



Plano de Desenvolvimento de **Saúde** e **Qualidade de Vida** da Cidade de Lisboa

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA - PELOURO DOS DIREITOS SOCIAIS

Vereador João Carlos Afonso

ENQUADRAMENTO

REDE PORTUGUESA CIDADES SAUDÁVEIS, RPCS

Miriem Ferreira, Socióloga, Responsável Técnica da RPCS

COORDENAÇÃO, CML

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

EQUIPA TÉCNICA – VOLUME I, PERFIL MUNICIPAL DE SAÚDE DE LISBOA

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

Maria João Duarte, Arquitecta
Jorge Carvalho Mourão, Geógrafo
Ana Cosme, Antropóloga
Ana Lúcia Antunes, Socióloga
Ana Sofia Rocha, Engenheira do Território
Carla Sancho, Socióloga
Célia Campos, Geógrafa
Maria Helena Torres, Socióloga
Maria Manuela Nunes, Engenheira Civil
Nicolás Meléndez Álvarez, Estagiário de Gestión y Desarrollo Urbano, Bogotá (apoio técnico)

COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL

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

António Tavares, Médico de Saúde Pública, Director de Departamento Saúde Pública e Delegado Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
Fátima Quitério, Médica Saúde Pública
Fátima Nogueira, Gestora de Serviços de Saúde, Directora Executiva do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras
Maria Manuela Peleteiro, Médica de Família, Directora Executiva do ACES Lisboa Norte
Maria do Rosário Fonseca, Socióloga, Administradora Hospitalar, Directora Executiva do ACES Lisboa Central

ESCOLA NACIONAL SAÚDE PÚBLICA, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Isabel Loureiro, Médica Saúde Pública, Presidente do Conselho Científico da Escola Nacional de Saúde Pública
Celeste Gonçalves, Médica Saúde Pública, Professora Auxiliar Convidada de Saúde Pública

COLABORAÇÃO CIENTÍFICA

FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE, SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Constantino Sakellarides, Médico, Professor Catedrático de Políticas e Administração de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
Ana Isabel Santos, Licenciada em Política Social, ISCSP, Doutoranda em Saúde Pública

PONTOS DE CONTACTO

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA

Ana Teresa Gouveia, Técnica Superior de Serviço Social, Departamento de Desenvolvimento Social
Marta Sotto-Mayor, Engenheira Civil, Directora Municipal de Habitação e Direitos Sociais
Paulo Agostinho, Engenheiro Químico, Director de Departamento Educação e Juventude
Pedro Gouveia, Arquitecto, Coordenador da Equipa de Projecto do Plano de Acessibilidade Pedonal
Sónia Paixão, Jurista, Directora de Departamento de Desporto
Vítor Vieira, Engenheiro Civil, Director de Departamento de Higiene Urbana
Sara Godinho, Arquitecta, Coordenadora da UIT – Norte,
Dulce Moura, Socióloga, Unidade de Intervenção Territorial, UIT- Centro Histórico
Helena Fonseca, Socióloga, Unidade de Intervenção Territorial, UIT – Ocidental
Paulo Vitorino, Geógrafo, Unidade de Intervenção Territorial, UIT – Oriental



Lisboa deve garantir a promoção de estilos de vida saudável e ter uma agenda pró activa de políticas de prevenção, consolidação e promoção das respostas no domínio da saúde dirigidos a todos, mas com especial incidência nos grupos etários mais vulneráveis, como crianças e idosos.

Esta nova agenda de promoção da qualidade de vida precisa de contar com um trabalho em rede, que não envolva só os vários agentes de saúde da cidade e que garanta a toda as pessoas mais e melhores condições de saúde.

Em 1996 a Câmara Municipal de Lisboa foi membro fundador da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis que tem o seu enfoque na acção política intersectorial, numa perspectiva de construção e condução de políticas saudáveis.

Com a elaboração do Volume I do Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida, decidimos reforçar a nossa responsabilidade na promoção da saúde e qualidade de vida, delinear uma estratégia municipal capaz de mobilizar e fortalecer as parcerias com a sociedade civil, tendo em vista a optimização das boas práticas já existentes de promoção da saúde,

Este é um documento pragmático, exequível e colectivamente elaborado constituindo uma primeira fase de caracterização da situação existente mas que também identifica as áreas estratégicas de acção para que a promoção de um ambiente urbano e estilos de vida saudáveis da população sejam possíveis.

Temos a responsabilidade de pensar e em conjunto contribuir para a transformação da nossa sociedade, sendo individual e colectivamente mais exigentes no que concerne à saúde e qualidade de vida, conjugando as dimensões sociais, económicas e ambientais, não desperdiçando e aproveitando melhor os recursos que temos.

É no desenvolvimento destes elementos que procuramos focar o seu contributo, sendo que a Saúde é uma condição imprescindível para o usufruto dos Direitos Humanos e Sociais. Uma vida melhor para as pessoas será sempre uma melhor vida para a cidade.

*João Carlos Afonso
Vereador dos Direitos Sociais*

ÍNDICE DO VOLUME I

I – INTRODUÇÃO

I.1 – Apresentação	1
I.2 – O conceito de Cidade Saudável	3

II – DETERMINANTES DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

5

III – CONTEXTO EUROPEU E NACIONAL

III.1 – Saúde 2020 - Quadro Europeu de Referência de Políticas e Estratégias de Saúde	8
III.2 – A Rede Europeia das Cidades Saudáveis OMS Europe – Fase VI 2014-2018	10
III.3 - O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016	
III.3.1 - Eixos Estratégicos	11
III.3.2 - Objectivos para o Sistema de Saúde	12
III.3.3 - Indicadores e metas em saúde	13
III.3.4 - Programas Nacionais de Saúde Prioritários – Objectivos e Metas 2016	15

IV – CONTEXTO REGIONAL E LOCAL

IV.1 – Planeamento Regional e Local - Administração Desconcentrada do Estado	
IV.1.1 – As Estratégias Locais de Saúde (ELS)	22
IV.1.2 - Os Planos Locais de Saúde dos ACES de Lisboa	23
IV.2 – A Promoção da Saúde ao nível Local	24
IV.2.1 - A Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa	26
IV.2.2– A Rede Social de Lisboa e o Plano de Desenvolvimento Social (PDS)	28
IV.2.3– Os Projectos de Intervenção Comunitária na área da Saúde (BIP/ZIP)	29
IV.2.4 – Os Projectos Locais de Saúde (Juntas de Freguesia)	31

V– ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

V.1 – Conceção do Perfil Municipal de Saúde e do Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida	32
V.2 – Processo de elaboração	33
V.3 – Parcerias e Pontos de Contacto	35

VI – A CIDADE DE LISBOA

VI.1- O território e a sua inserção na AML	36
VI.2- Reorganização administrativa – as novas freguesias de Lisboa	37

VII - QUEM SOMOS E COMO VIVEMOS

VII.1. – Demografia	40
VII.1.1 - Distribuição da população residente em 2011 pelas freguesias actuais	41
VII.1.2 - Densidade populacional	42
VII.1.3 - Evolução da população residente e do edificado 1960; 2001 e 2011	42
VII.1.4 - Projecções demográficas – PDM	45
VII.1.5 - Estrutura etária	47
VII.1.6 - Dimensão e estrutura da Família	51
VII.1.7 - Natalidade e Mortalidade	54
VII.1.8 – Fecundidade	57
VII.1.9 – Envelhecimento	60
VII.1.10 – Dependência	62
VII.1.11 – Imigração	64
VII.2. - Parque Habitacional;	
VII.2.1 - Tipologias e regimes de ocupação	73
VII.2.2 – Lotação	74

VII.2.3 - Estado de conservação	75
VII.2.4 – Infra-estruturação	76
VII.2.5 - Exposição solar	80
VII.2.6 – Acessibilidade	81
VII.2.7 - Habitação social	84
VII.2.8 - AUGI e BIP/ZIP	86
VII.2.9 - Dinâmica de reabilitação e construção nova	89
VII.3. – Socioeconomia	91
VII.3.1 - População activa e Indicadores económicos	91
VII.3.2 - Sectores de actividade	92
VII.3.3 – Rendimento	94
VII.3.4 - Protecção social	96
VII.3.5 – Vulnerabilidade social	99
VII.3.5.1 – Desemprego	100
VII.3.5.2 – Pessoa Sem-abrigo	106
VII.3.5.3 – Iliteracia	108
VII.3.5.4 - (In) segurança alimentar	111
VII.4. – Educação	115
VII.4.1 - Grau de instrução	115
VII.4.2 - Abandono escolar	116
VII.4.3 - Programas curriculares de educação para saúde	117
VII.4.4 - Projectos promovidos pela CML no âmbito da educação para a saúde	120
VII.5. – Ambiente	122
VII.5.1 Qualidade da água	
VII.5.1.1 - Abastecimento de água potável	123
VII.5.1.2 - Tratamento de águas residuais	126
VII.5.2 Qualidade do ar	128
VII.5.2.1 - Ar Exterior	128
VII.5.2.2 - Ar Interior	133
VII.5.3 Ruído	133
VII.5.3.1 - O Mapa de Ruído	134
VII.5.3.2 - O Plano de Acção do Ruído	135
VII.5.4 Higiene Urbana	137
VII.5.5 Animais em Meio Urbano	140
VII.5.6 Alergias	142
VII.5.7 Alterações Climáticas	144
VII.6. – Desporto e actividade física	148
VII.6.1 – Orientações da União Europeia sobre a actividade física para a saúde	151
VII.6.2 - Apoio da CML ao desenvolvimento da actividade física e desportiva na cidade	154
VII.6.3 - Carta da Actividade Física e do Desporto do Município de Lisboa	160
VII.6.4 - Educação física e desporto escolar	160
VII.7. - Mobilidade e transportes	161
VII.7.1 - Movimentos pendulares e tempo despendido	162
VII.7.2 - Ciclovias – utilização em deslocações do dia-a-dia e em lazer	168
VII.7.3 - Mobilidade pedonal	170
VII.8. - Qualidade de Vida	
VII.8.1 - Equipamentos e espaços públicos	170
VII.8.2 - Envelhecimento activo	184
VII.8.3 - Participação Cívica	187
VII.8.4 - Apoio familiar e informal	191
VII.8.5 - Segurança e criminalidade	193

VIII – SAÚDE	197
VIII.1 – Estilos de vida	199
VIII.1.1 – Hábitos alimentares	200
VIII.1.2 – Qualidade do sono e da vida sexual	204
VIII.1.3 – Actividade Física	210
VIII.1.4 – Álcool	212
VIII.1.5 – Tabaco	213
VIII.1.6 – Drogas	214
VIII.1.7 – Sinistralidade	220
VIII.1.8 – Violência	235
VIII.2 – Estado de Saúde	240
VIII.2.1 – Esperança de vida e autopercepção do estado de saúde	240
VIII.2.2 – Saúde Mental	243
VIII.2.2.1 – Ansiedade, depressão e suicídio	246
VIII.2.2.2 – Saúde Mental nas crianças e adolescentes	249
VIII.2.2.3 – Demências e isolamento nos idosos	250
VIII.2.3 – Saúde Oral	252
VIII.2.4 – Saúde Sexual e Reprodutiva	253
VIII.2.4.1 – VIH/SIDA	253
VIII.2.4.2 – Outras doenças sexualmente transmissíveis	256
VIII.2.4.3 – Trabalhadores do Sexo	256
VIII.2.4.4 – Interrupção voluntária de gravidez (IVG)	257
VIII.2.5 – Saúde Infantil e doenças evitáveis pela vacinação	259
VIII.2.5.1 – Nascimento e peso ao nascer	259
VIII.2.5.2 – Saúde Infantil	261
VIII.2.5.3 – Doenças evitáveis pela vacinação	262
VIII.2.6 – Doenças de evolução prolongada	263
VIII.2.6.1 – Obesidade	263
VIII.2.6.1.1 – Obesidade infantil	265
VIII.2.6.2 – Diabetes	266
VIII.2.6.3 – Doenças cérebro-cardiovasculares	267
VIII.2.6.3.1 – Hipertensão Arterial	268
VIII.2.6.4 – Doenças oncológicas	269
VIII.2.6.5 – Doenças respiratórias	273
VIII.2.6.5.1 – Tuberculose	274
VIII.3 – Serviços de Saúde e acesso a cuidados de saúde	278
VIII.3.1 – Serviços de Saúde	
VIII.3.1.1 – Enquadramento territorial	278
VIII.3.1.2 – Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)	280
VIII.3.1.3 – Unidades Funcionais (USF, UCSP, UCC, USP e URAP)	282
VIII.3.1.4 – Cuidados Hospitalares	287
VIII.3.1.5 – Cuidados Continuados Integrados	293
VIII.3.1.6 – Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	297
VIII.3.1.7 – Unidades de Saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	298
VIII.3.1.8 – Unidades de saúde privadas	301
VIII.3.2 – Acesso a cuidados de saúde	302
VIII.3.2.1 – Oferta, cobertura e utilização de Cuidados de Saúde	
VIII.3.2.1.1 – Cuidados de Saúde Primários	303
VIII.3.2.1.2 – Cuidados de Saúde Hospitalares	306
VIII.3.2.1.3 – Cuidados Continuados Integrados	309
VIII.3.2.2 – Acesso em Áreas Específicas	
VIII.3.2.2.1 – Diabetes	311
VIII.3.2.2.2 – Doenças cérebro-cardiovasculares	312
VIII.3.2.2.2.1 – Via verde AVC	312
VIII.3.2.2.2.2 – Via verde coronária	313
VIII.3.2.2.3 – Doenças Oncológicas	314
VIII.3.2.4 – Saúde Mental	316
IX – SÍNTESE E CONCLUSÕES	319
IX.1 – Síntese	319
IX.2 – Contributos para o Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida da Cidade de Lisboa	349

BIBLIOGRAFIA

I – INTRODUÇÃO

I.1 - Apresentação

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

G. Goldstein, I. Kickbusch (1996)

A Saúde, na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), é um "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades", pelo que a "promoção de saúde", segundo ainda a OMS, deve "envolver a população como um todo, no contexto do seu dia-a-dia, não se centrando em grupos de risco de doenças específicas".

A saúde é assim encarada, desde há algumas décadas, mais como um valor da comunidade do que do indivíduo. Sendo sem dúvida um direito fundamental do ser humano, que deve ser assegurado sem distinção, é essencialmente um valor colectivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos.

É da responsabilidade do município a elaboração do Perfil Municipal de Saúde e do Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida, instrumentos decorrentes da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis que tem como objectivos a promoção da saúde e a qualidade de vida dos municípios, segundo uma metodologia estratégica de intervenção baseada nos seguintes princípios do Projecto Cidades Saudáveis da OMS:

- **equidade,**
eliminando as diferenças evitáveis e injustas que restringem as oportunidades e o direito ao bem-estar, proporcionando os meios que permitam a toda a população beneficiar do máximo de condições de saúde;
- **sustentabilidade,**
garantindo um processo institucional duradouro e meios de sustentação económico-financeira;
- **cooperação intersectorial,**
assegurando a articulação de saberes e experiências no planeamento, execução e monitorização das acções, criando e tirando partido de sinergias que visem a maior eficácia e eficiência na persecução dos objectivos do desenvolvimento e inclusão social;
- **solidariedade,**
promovendo a participação da sociedade na assunção de responsabilidades e encargos.

O Projecto Cidades Saudáveis é um movimento global que se iniciou a partir do conceito "Saúde para Todos no Século XXI", difundido pela OMS em finais dos anos 70, dando origem à Rede Europeia de Cidades Saudáveis.

A Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, da qual o município de Lisboa foi membro fundador, foi constituída em 1996, sendo formalmente uma Associação de Municípios desde 1997, contando actualmente com 30 municípios e sendo presidida pelo Presidente do Conselho de Administração, função actualmente a cargo do Presidente da Câmara Municipal do Seixal. A partir de 2001, a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis passou a integrar a Rede Europeia de Cidades Saudáveis.

A cidade saudável é portanto um eixo estratégico comum, com um enfoque na acção política intersectorial, numa perspectiva de construção e condução de políticas saudáveis, ou seja, adoptando a dupla perspectiva de “Políticas de Saúde Pública” e de “Saúde em Todas as Políticas”.

De facto, como é sabido, as acções e políticas desenvolvidas em sectores fora da saúde, têm repercussões directas ou indirectas, positivas ou negativas, na saúde das populações urbanas e na equidade de acesso aos cuidados de saúde.

Compete ao Poder Local promover o bem-estar dos seus cidadãos e de garantir acesso igualitário a oportunidades e recursos municipais. As cidades podem atingir esses objectivos através da sua influência em vários domínios, tais como a saúde, os serviços sociais, o ambiente, a educação, a economia, a habitação, a segurança, o transporte e o desporto. Com o apoio activo do Poder Local podem e devem implementar-se parcerias intersectoriais e iniciativas de capacitação comunitária.

É condição da participação de cada município na Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, a elaboração dos dois instrumentos mencionados: o Perfil de Saúde e o Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida.

Neste sentido, em 2001, através de um Protocolo firmado entre a Câmara Municipal de Lisboa (CML) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), foi elaborado um primeiro Perfil Municipal de Saúde de Lisboa, cujo resumo foi então apresentado publicamente, não se tendo desenvolvido o Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida.

No entanto, só em 2013 foi decidido retomar este trabalho, tendo sido constituído na CML um Grupo de Trabalho¹, em articulação com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a Fundação Saúde-Serviço Nacional de Saúde e o Conselho das Comunidades dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), para elaboração de um novo Perfil Municipal de Saúde.

O Perfil Municipal de Saúde pretende ser um instrumento de conhecimento da realidade para apoio na identificação das necessidades em matéria de saúde e bem-estar da população, através de um conjunto de indicadores, que possibilite analisar e identificar os problemas de saúde da população e a definição das medidas de intervenção do município, que constituem a base de um Plano de Desenvolvimento da Saúde, instrumento de execução de uma Política Municipal de Saúde, que deverá envolver também, de forma participativa e focalizada, outras entidades parceiras e instituições da Sociedade Civil, nas áreas da Saúde e da Doença, e em forte articulação com os organismos da Administração Central.

Segundo a OMS, os perfis de saúde “descrevem o estado de saúde das pessoas e as condições em que estas vivem (...) são ferramentas essenciais para a mudança, e assim devem fazer parte integrante dos processos de tomada de decisões e de planeamento estratégico locais”².

Para identificar as áreas em que se torna necessário intervir, no sentido de serem corrigidos procedimentos e desenvolvidas boas práticas, o Perfil Municipal de Saúde de Lisboa procurará assim dar resposta a uma conjunto de interrogações sobre:

- quem somos,
- como vivemos,
- que saúde temos,
- de que sofremos e morremos
- que meios temos

¹ Despacho 15/GVHR/2012, de 29 de Novembro

² OMS (1995); *Perfis de Saúde das Cidades – Como conhecer e avaliar a Saúde da sua Cidade*, Gabinete Regional para a Europa.

Esta informação é fundamental para definir políticas e acções, que visem a melhoria da qualidade de vida e a adopção de comportamentos mais saudáveis, o que constituirá o Plano Municipal de Saúde.

No âmbito da elaboração do Perfil de Saúde da Cidade de Lisboa, a ARSLVT realizou uma primeira abordagem denominada “Retrato da Saúde em Lisboa: Contributo para um Perfil da Saúde da Cidade” que contemplou a análise da actual situação demográfica, os determinantes de saúde - ambientais, sociais, biológicos, comportamentais, estilos de vida e o estado de saúde, nas suas componentes de morbilidade e mortalidade. Foi nesta medida recolhida a informação disponível, mesmo que a escalas supra municipais.

Por sua vez, os Planos Locais de Saúde da responsabilidade dos ACES encontram-se a ser desenvolvidos, sendo recolhidas informações mais detalhadas e associadas ao território de cada um dos agrupamentos, o que permitiu o acesso a informações complementares, numa tentativa de identificação da distribuição territorial das diferentes problemáticas.

Os Planos Locais de Saúde, desenvolvidos pelos ACES, sob coordenação das respectivas Unidades de Saúde Pública, deverão vir a reflectir a contratualização entre os serviços de saúde e as forças vivas locais em que se integra a Câmara, em sede dos Conselhos da Comunidade³.

Deste esforço conjunto da CML e dos ACES se espera poder vir a criar Observatórios Locais da Saúde, que uma vez identificadas as características da população, dos seus estilos de vida e das problemáticas inerentes, permita acompanhar e monitorizar a eficácia das medidas e da actuação de cada nível de intervenção.

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

Nas questões em que se veio a revelar escassa a informação disponível, evidencia-se a necessidade de efectuar estudos dirigidos e aprofundados.

A importância para o Município, em poder dispor destes instrumentos, é inquestionável e tanto maior, quanto, no contexto da crise económica e financeira que o país atravessa, a população se confronta com a deterioração das condições de trabalho e a redução do poder de compra, com repercussões na qualidade de vida e nas condições de saúde e de estabilidade emocional, ao mesmo tempo que aumentam as dificuldades de apoio social e de acesso aos serviços de saúde.

I.2 - O conceito de Cidades Saudáveis

Uma Cidade Saudável, mais do que um conceito, é uma estratégia de promoção da saúde, considerada como um produto social, resultante da interacção dos aspectos biológicos, ecológicos, socioeconómicos e culturais da população, tendo como objectivo a melhoria da sua qualidade de vida.

Este conceito inovador, da saúde considerada de uma forma sistémica, e a proposta de construção de cidades saudáveis, surgiu nos finais dos anos 70 no Canadá, quando no relatório “A saúde pública nos anos 80”, resultado de um grupo de trabalho formado para o efeito pelas instâncias governamentais canadianas, foram identificadas linhas de acção política, social e de desenvolvimento comunitário ao nível local, como resposta aos problemas de saúde pública.

³ Conselho da Comunidade, órgão dos ACES em que estão representadas entidades locais, na áreas da saúde, administração, educação, solidariedade social e emprego, Dec-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro.

Segundo esta nova concepção e análise integral, a saúde estaria condicionada não só pelos aspectos biológicos, mas igualmente pelos hábitos e estilos de vida, pelo ambiente e pela organização dos serviços de saúde.

A abordagem desse novo conceito de saúde foi reforçada pela Carta de Otava, elaborada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde subordinada ao tema da “Promoção da Saúde nos Países Industrializados”, realizada também no Canadá em 1986, pela OMS, o Governo canadiano e a Associação Canadiana de Saúde Pública.

A Carta de Otava, subscrita por 38 países incluindo Portugal, estabelece como condições essenciais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, o rendimento, o ambiente, a justiça social e a equidade.

A saúde é então definida mais do que a “ausência de doença”, mas como “um estado adequado de bem-estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades”.

Aos conceitos de “tratamento” e “cura” é então acrescentado o conceito de “promoção”, como “um processo, através do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os factores que contribuem para o seu bem-estar e para o da comunidade ou os que a podem pôr em risco, tornando-a vulnerável à doença e prejudicando a sua qualidade de vida” (Otava, 1986).

Nas acções de “promoção da saúde” o indivíduo é assim considerado parte integrante do processo, enquanto potencialmente capaz de controlar os factores determinantes da sua saúde.

Na Carta de Otava são definidas cinco áreas operacionais para implementar a estratégia de promoção da saúde:

- 1) elaboração de políticas públicas saudáveis;
- 2) criação de ambientes favoráveis;
- 3) fortalecimento da acção comunitária;
- 4) desenvolvimento de capacidades pessoais e mudanças nos estilos de vida
- 5) reorientação dos serviços de saúde.

Para operacionalizar os fundamentos da promoção da saúde no contexto local, é então criado o Movimento Cidades Saudáveis, que vem dar origem à Rede de Cidades Saudáveis em 1995, dentro da qual a Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis é criada logo em 1996.

Segundo a OMS (1995), para que uma cidade se torne saudável, deve esforçar-se por proporcionar:

- 1) um ambiente físico limpo e seguro;
- 2) um ecossistema estável e sustentável;
- 3) um elevado nível de apoio social, sem exploração;
- 4) um elevado grau de participação social;
- 5) a satisfação das necessidades básicas;
- 6) o acesso a experiências, recursos, contactos, interações e comunicações;
- 7) uma economia local diversificada e inovadora;
- 8) orgulho e respeito pela herança biológica e cultural;
- 9) serviços de saúde acessíveis a todos
- 10) um elevado nível de saúde

As cidades, numa perspectiva de saúde pública, requerem uma atenção particular, 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. As cidades são também fontes de emissão de poluentes contaminantes do ar, das águas e locais de acumulação de resíduos, fontes de ruído e de agressão ambiental que tem influência directa ou indirecta na incidência de muitas doenças.

Embora as cidades sejam motores de prosperidade económica e, muitas vezes, o epicentro da maior riqueza de um país, elas também podem ser focos de concentração de pobreza e de problemas de saúde.

A vida nas cidades pode afectar a saúde através do ambiente físico e construído, do ambiente social e do deficiente acesso a serviços e apoios. A qualidade da habitação, o desenho dos bairros, a densidade do desenvolvimento e a mistura de usos do solo, o acesso a espaços verdes e equipamentos, áreas de lazer, ciclovias, qualidade do ar, ruído e a exposição a substâncias tóxicas têm sido comprovadas como factores que afectam a saúde e o bem-estar da população, de muitas formas diferentes.

Algumas circunstâncias da vida urbana, especialmente a segregação e a pobreza, contribuem e reforçam as discrepâncias, já que impõem a exposição desproporcionada a padrões de resposta à privação socioeconómica que são socialmente indesejáveis e prejudiciais à saúde.

Numa sociedade em envelhecimento como a actual, o aumento da esperança de vida não corresponde exactamente um ganho de vida com qualidade e bem-estar, devido à incapacidade de essa mesma sociedade implementar mecanismos de solidariedade e de acção social e de saúde, susceptíveis de prevenir as situações de doença, isolamento e pobreza, dramaticamente infligidas da dignidade humana que nela ocorrem.

Assiste-se assim, no início deste novo milénio, ao incremento de situações sociais e de saúde tão preocupantes que justificam uma intervenção governativa integrada das entidades e serviços públicos locais, e de toda a sociedade civil.

Deste modo, o compromisso do Município de Lisboa com uma Cidade Saudável, só por si, justifica o aparecimento deste documento, que irá dar origem ao Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida de Lisboa, contemplado no Plano de Acção 2014-2017 do Pelouro dos Direitos Sociais⁴.

II - DETERMINANTES DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

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

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

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

⁴ <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt/documentos/1411746609Z1kXF6qh1Kx43E02.pdf>

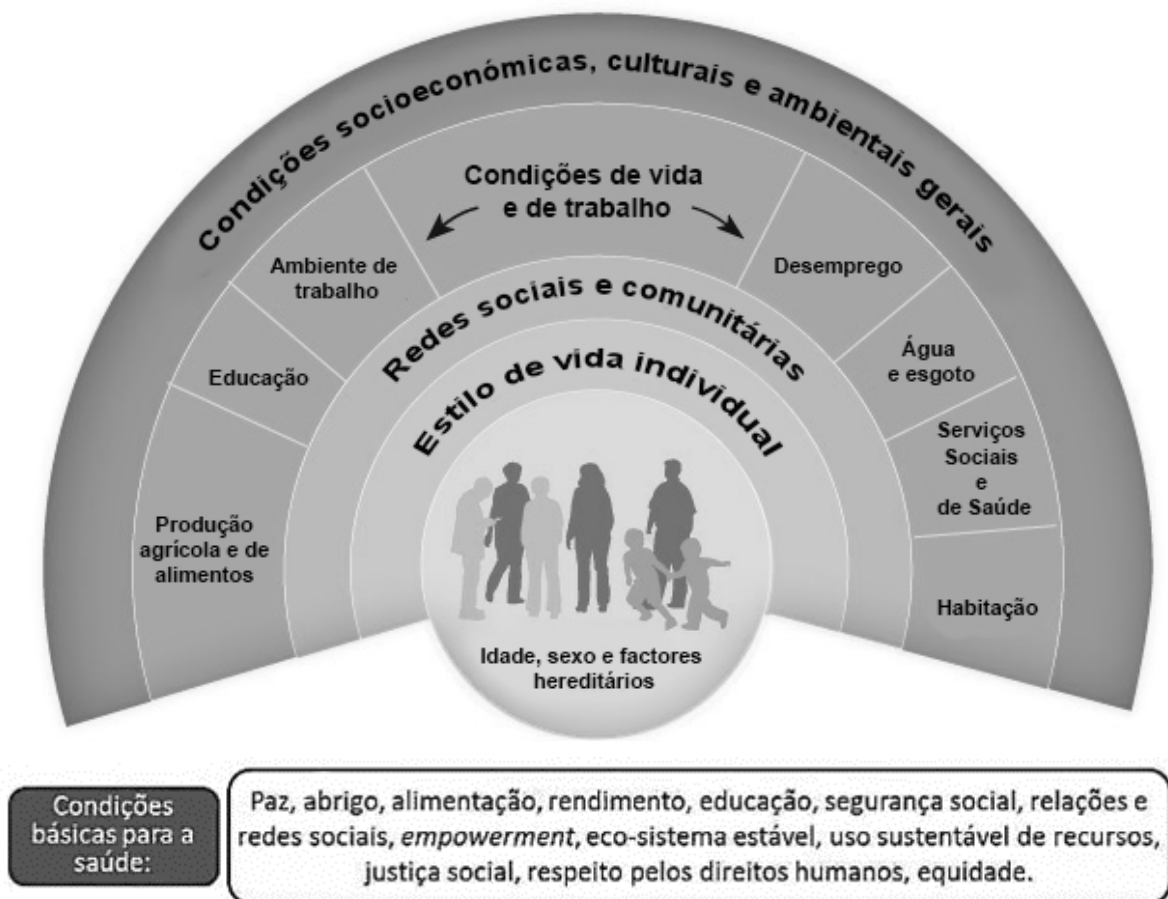
Não existe uma definição única do conceito de “Determinantes Sociais de Saúde”, mas é consensual entre a comunidade científica e as estruturas governamentais e não-governamentais, que há factores sociais de risco com impacto na saúde dos indivíduos, como sejam o rendimento, a educação, o emprego, o ambiente...

Pessoas com um maior nível socioeconómico, com um bom nível de escolaridade e formação, vivendo em boas condições de habitação, possuem um menor risco de serem afectados por certas doenças e têm um maior conhecimento e acesso aos meios pelos quais podem evitá-las ou serem tratadas.

Para além dos determinantes sociais, outros determinantes há que não são em princípio modificáveis, como sejam os biológicos, no entanto alguns podem ser alterados por acção individual, ao nível dos comportamentos de risco, como sejam o hábito de fumar, a falta de exercício físico, certos hábitos alimentares...

Há vários modelos que têm vindo a ser desenvolvidos no sentido de traduzir o conceito de “Determinantes de Saúde”, sendo talvez o mais conhecido o de Göran Dahlgren e Margaret Whitehead (1991), que contribuiu para a primeira estratégia europeia de “Saúde para Todos” da OMS.

O modelo representa os principais Determinantes de Saúde dispostos em sectores circulares concêntricos envolvendo o indivíduo e os seus determinantes biológicos, desde os estilos de vida individuais, passando pelas redes sociais e comunitárias, até aos determinantes sociais.



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

Em 2005 a OMS criou uma Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde, com o objectivo de estudar a problemática e as iniquidades que a eles estão associadas.

Em 2011, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde reuniu delegações de 125 países membros e resultou na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.

Esta declaração afirma que *“as desigualdades na saúde são inaceitáveis e que essas desigualdades surgem das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o desenvolvimento da primeira infância, a educação, o estatuto social e económico, o emprego e a dignidade no trabalho, o ambiente, a habitação, para além da prevenção e do tratamento eficaz dos problemas de saúde.”*

Entretanto, o percurso individual de saúde não é uniforme, tem necessidades específicas consoante as etapas da vida e períodos críticos que determinam também as fases subsequentes da vida do indivíduo. A intervenção nesses momentos cruciais é também um factor de promoção da saúde e que pode ser determinante a médio e longo prazo.

Conforme o Plano Nacional de Saúde⁵, 6 etapas podem ser identificadas ao longo do percurso de saúde do indivíduo ou “ciclo de vida”:

- Nascer com Saúde
(incluindo a gravidez desde a concepção e período neonatal até ao nascimento e os primeiros 28 dias de vida)
- Crescer com Segurança
(pós-neonatal até aos 9 anos)
- Juventude à Procura de um Futuro Saudável
(dos 10 aos 24 anos)
- Uma Vida Adulta Produtiva
(dos 25 aos 64 anos)
- Um Envelhecimento Activo
(acima dos 65 anos)
- Morrer com Dignidade

O ciclo de vida desenvolve-se ainda em diferentes contextos, que têm influência na saúde do indivíduo e que podem ser promotores de uma vida saudável:

- Família
- Creches, escolas, universidades
- Locais de trabalho
- Locais de recreação, desporto e lazer
- Instituições de acolhimento
(lares, internatos, acolhimento de portadores de deficiência, acolhimento de mulheres e crianças em risco)
- Contexto prisional
- Comunidades

A abordagem da saúde através do ciclo de vida e o reconhecimento dos diversos contextos associados às diferentes etapas da vida do indivíduo permite orientar a intervenção dos serviços de saúde, dos recursos e respostas sociais e da comunidade de uma forma complementar e integrada, para a promoção da saúde e prevenção da doença, onde o Poder Local tem um largo papel a desempenhar. Com efeito já a Lei nº 159/99 de 14 de Setembro estabelecia no quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias, na alínea h) do artigo 22º, a competência do município em: “cooperar no sentido de compatibilização da saúde pública com o planeamento estratégico de desenvolvimento concelhio”. Recentemente, a nova Lei nº 75/2013 de 12 de Setembro, que veio estabelecer o novo quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias, nomeadamente na alínea u) do n.º 1 do artigo 33º, reitera estas competências com a seguinte redacção: “Apoiar actividades de natureza social, cultural, educativa, desportiva, recreativa ou outra de interesse para o município, incluindo aquelas que contribuam para a promoção da saúde e prevenção das doenças;”.

⁵ <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

III – CONTEXTO EUROPEU E NACIONAL

III.1 – Saúde 2020 - Quadro Europeu de Referência de Políticas e Estratégias de Saúde

“(...) melhorar significativamente a saúde e o bem-estar das populações, reduzir as desigualdades em saúde, fortalecer a saúde pública e assegurar sistemas de saúde centrados nas pessoas, que sejam universais, equitativos, sustentáveis e de alta qualidade (...)”

OMS - Saúde 2020 – Objectivos Comuns Partilhados, 2013.

A OMS reconhece e enfatiza que os governos nacionais e locais podem atingir melhorias reais e significativas do estado de saúde das populações, assim como uma maior equidade de acesso, se trabalharem na governação para a saúde de forma transversal e intersectorial, no cumprimento dos seguintes objectivos estratégicos interligados para a Saúde 2020:

- Melhorar a saúde de todos e reduzir as desigualdades;
- Melhorar a liderança e a governança participativa para a saúde.

A Saúde 2020 é baseada em 4 quatro áreas prioritárias de intervenção interligadas, interdependentes e mutuamente apoiadas:

1. Investimento na saúde através de uma abordagem do curso da vida e capacitação das pessoas;

Uma boa saúde ao longo da vida leva a um aumento da expectativa de vida saudável e da longevidade dos indivíduos, o que pode render importantes benefícios económicos, sociais e individuais. A promoção da saúde, baseada em princípios de compromisso e capacitação dos cidadãos, oferece benefícios reais na criação de melhores condições de saúde, na promoção da segurança e do bem-estar, e na melhoria da educação em saúde.

É particularmente importante investir em programas de apoio à saúde mental das populações, considerando a associação prejudicial entre problemas de saúde mentais e marginalização social, desemprego, alcoolismo, e outros abusos de substâncias. Um enfoque estratégico numa vida saudável e activa para os jovens e para os idosos é também uma prioridade no desenho de políticas e estratégias de saúde.

2. Enfrentar os grandes desafios de saúde de doenças não transmissíveis e transmissíveis;

A incidência de doenças não transmissíveis está desigualmente distribuída dentro e entre países da UE e está intimamente ligada à ação sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde. Para além da necessidade de prevenção de doenças, os sistemas de saúde enfrentam grandes desafios com o aumento das doenças crónicas, incluindo problemas de saúde mental e condições relacionadas com a idade.

A Saúde 2020 apela para esforços continuados de combate às doenças transmissíveis, através da construção de informação e capacidade de vigilância – aumentando a troca de informação, implementando acções conjuntas de vigilância e resposta a graves ameaças virais e bacterianas, assegurando condições básicas como água e alimentação, e procurando controlar as grandes doenças como o HIV, a tuberculose e a *influenza*.

3. Fortalecimento de sistemas de saúde centrados nas pessoas, capacidade da saúde pública e preparação para emergências, vigilância e resposta;

A prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e dessa forma atingir melhores resultados de saúde, requer sistemas de saúde que são financeiramente viáveis, adequados à sua finalidade, e centrados nas necessidades em saúde dos cidadãos. Para tal, é fundamental caminhar sempre no sentido de garantir a cobertura universal de cuidados de saúde primários, incluindo o acesso a cuidados de elevada qualidade e a medicamentos.

Os cuidados de saúde primários devem responder às necessidades em saúde, promovendo um ambiente propício no qual parcerias podem prosperar e encorajando as pessoas a participarem no seu tratamento e a cuidarem melhor da sua própria saúde. A plena utilização das ferramentas e inovações do século 21, como tecnologias de informação, e comunicação (registos digitais, telemedicina e e-saúde), assim como a comunicação social pode contribuir para a implementação de melhores e mais efectivos cuidados e melhorar a literacia em saúde.

Para alcançar melhores resultados de saúde, importantes ganhos em saúde e rentáveis benefícios, é necessário um fortalecimento substancial das funções e da capacidade das unidades de saúde pública, reforçando a protecção da saúde, a promoção da saúde e a prevenção da doença. A reforma da educação e formação de profissionais de saúde, no sentido de dispor de uma força de trabalho mais flexível, polivalente e orientada para as equipas, está no coração de um sistema de saúde apto para o século 21.

4. Criação de comunidades resilientes e ambientes de apoio.

As oportunidades de saúde das pessoas estão intimamente ligadas às condições em que nascem, crescem, trabalham e envelhecem. A criação de ambientes sociais e físicos promotores e protectores da saúde humana, actuando contra os riscos de um ambiente perigoso, é algo crucial para a formação de comunidades resilientes e melhoria do estado de saúde dos cidadãos. Para tal é necessário actuar de forma colaborativa entre os sectores da saúde e do ambiente. Os riscos no meio ambiente são um dos principais determinantes da saúde; muitas condições de saúde estão ligadas ao meio ambiente, tais como exposição à poluição atmosférica, e o impacto das alterações climáticas mediante a ocorrência de fenómenos climáticos extremos.

A avaliação sistemática dos efeitos sobre a saúde de um ambiente em rápida mutação – especialmente no que concerne factores relacionados com tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização – é essencial e deve ser seguida por medidas que garantam benefícios positivos para a saúde. A expansão da colaboração interdisciplinar e intersectorial entre a saúde humana, ambiental e animal é tarefa da maior importância para a melhoria da efectividade da saúde pública.

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

Tal como afirma L Kornov⁶ “... assegurar as condições para a promoção da saúde é um dos maiores desafios do planeamento territorial local e da governação urbana”.

⁶ Kornov, L. (2009) - *Strategic Environmental Assessment as catalyst of healthier spatial planning: The Danish Guidance and practice, Environmental Impact assessment*

Ao nível autárquico, o direito à saúde surge cada vez mais como um referencial estratégico para a actuação dos municípios.

A governação local enfrenta numa nova fase de desafios e competências na área da saúde, em estreita articulação com a participação activa dos cidadãos, no desenvolvimento de acções e projectos concretos de prevenção e promoção da saúde, e também como forma de combater a iliteracia em saúde e capacitar os cidadãos para a adopção de estilos de vida saudáveis.

No Município de Lisboa, de acordo com o Plano de Acção 2014-2017 do Pelouro dos Direitos Sociais, é no domínio da “Participação” que foi estabelecida a área temática “Qualidade de Vida e Saúde”, a qual engloba dois objectivos estratégico e operacionais: (a) “Promover estilos de vida saudáveis” e (b) “Reforçar e consolidar as respostas no domínio da saúde”.

III.2 - A Rede Europeia das Cidades Saudáveis - OMS Europe Fase VI 2014-2018

A Fase VI é um enquadramento prático e flexível para a implementação da Saúde 2020, ao nível local. Constitui uma plataforma única para a aprendizagem conjunta e a partilha de conhecimento e experiência entre as cidades.

Na Fase VI, o compromisso político continua a ser fundamental para reforçar a liderança e a governança participativa para a Saúde. O conceito de Plano de Desenvolvimento em Saúde de uma cidade permanece válido e desejável, englobando a ênfase nas abordagens trans-sectoriais e trans-sociais e no pensamento estratégico. Apela-se às cidades para desenvolverem e implementarem com forte compromisso político, acções inovadoras de abordagem da saúde em todas as políticas.

Os perfis de saúde de uma cidade, bem como o planeamento integrado para a saúde e o desenvolvimento sustentável continuarão no cerne do trabalho em Saúde Urbana.

Neste sentido, “a Fase VI apoiará e incentivará as cidades a fortalecerem os seus esforços para colocarem as principais partes interessadas a trabalharem, conjuntamente, em prol da saúde e bem-estar; a aproveitarem o seu potencial de inovação e mudança; e a encontrarem respostas para os desafios de saúde pública locais.”⁷

Assim, os temas centrais da Fase VI são:

1. **Percursos de vida e capacitação das pessoas**, tendo como questões prioritárias a infância, o envelhecimento e a literacia em saúde.
2. **Confronto com os principais desafios da saúde europeia**, tendo como questões prioritárias a actividade física, a dieta e obesidade, álcool, tabaco, bem-estar psíquico.
3. **Fortalecimento dos sistemas centrados nas pessoas**, a capacidade da saúde pública, tendo como questões prioritárias a transformação da prestação de serviços nas cidades, com principal enfoque para a questão das parcerias e a revitalização e reforço da capacidade da saúde pública.
4. **Criação de comunidades resilientes e ambientes de apoio**, tendo como questões prioritárias a resiliência comunitária, os ambientes saudáveis, o planeamento e desenho urbano saudáveis, o transporte saudável, as alterações climáticas e a habitação e regeneração.

⁷ Fase VI (2014-2018) - Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS: objectivos e requisitos

A Fase VI visa promover acções sistemáticas para lidar com as desigualdades em saúde. Neste contexto, a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis (RPCS) propõe-se desenvolver um Roteiro Nacional para a Saúde nas Áreas Metropolitanas (AM) de Lisboa e Porto e nas Comunidades Intermunicipais (CI), envolvendo todos os municípios que integram esta rede, bem como a Associação Nacional de Municípios Portugueses.

O Roteiro Nacional para a Saúde tem como objectivos fundamentais:

1. Colocar as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde na agenda política do Poder Central e Local;
2. Apontar recomendações e soluções possíveis da localização dos equipamentos de saúde;
3. Negociar, posteriormente, com o Ministério da Saúde políticas e medidas conducentes à redução das desigualdades em saúde e, conseqüentemente, à melhoria da saúde e qualidade de vida das populações;

As desigualdades em saúde têm vindo a aumentar, nomeadamente em consequência dos efeitos da crise económica, como resultado do acesso desigual aos cuidados de saúde, à educação e à cultura, ao emprego e à protecção social, reconhecidos determinantes de saúde e de estilos de vida saudáveis.

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

III.3 - O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016

“O PNS 2012-2016 (...) assume a missão de guia (...) para decisores políticos, instituições e prestadores de cuidados, (...) fundamenta-se na promoção da equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, (...) enfatiza a qualidade, (...) propõe orientações de investimentos em Saúde Pública que assentam na vigilância da saúde, (...) na monitorização e resposta a riscos e emergências, na protecção da saúde nas suas diferentes vertentes (ambiental, ocupacional, alimentar, numa lógica de Saúde em Todas as Políticas, (...) confronta os desafios impostos pela transição demográfica e mudança de perfil epidemiológico em Portugal, (...) criando 9 programas nacionais prioritários como resposta aos principais problemas de saúde.”

Francisco George – Director Geral da Saúde, 2013

III.3.1 - Eixos Estratégicos

O PNS estabelece quatro Eixos Estratégicos:

1. Cidadania em Saúde

O Cidadão é o centro do Sistema de Saúde e deve ser fomentada a participação activa das organizações representativas dos interesses do cidadão (por exemplo, Associações de Doentes, de Consumidores, Instituições Particulares de Solidariedade Social - IPSS, Misericórdias, etc.). São fundamentais as estratégias para a capacitação do cidadão e o incremento da literacia em saúde.

2. Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde

Neste contexto, o PNS aponta para a absoluta necessidade de reduzir e combater as desigualdades em saúde, associadas a determinantes sociais e a grupos vulneráveis através de acções multi e intersectoriais, promovendo um acesso à saúde adequado, mediante serviços de proximidade. Para tal, o PNS faz a avaliação de necessidades em saúde e define as estratégias e recursos para a promoção da equidade e acesso.

3. Qualidade em Saúde

A Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde enfatiza a necessidade de prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo. Neste contexto de qualidade, o PNS aponta para intervenções dirigidas: i) às estruturas de prestação de cuidados; ii) aos processos dela decorrentes; iii) aos resultados. Trata-se de promover a cadeia de valor em saúde, através de ciclos de melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento profissional e institucional, acompanhados por acções de monitorização, *benchmarking* e avaliação.

4. Políticas Saudáveis

O conceito de políticas saudáveis é naturalmente abrangente, responsabilizando não só o sector da saúde, mas também todos os outros, incluindo o sector privado e o terceiro sector, que devem contribuir para a criação de ambientes físicos e sociais promotores do bem-estar e de saúde das populações. Neste contexto, o PNS aponta para a necessidade de criar e implementar as medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas ou outras que visem criar condições ambientais, socioeconómicas e culturais favoráveis à saúde individual e colectiva. As políticas saudáveis são desenvolvidas pelo governo, autarquias e outros sectores, e definem prioridades e parâmetros para a acção.

Neste sentido, o PNS adopta uma dupla perspectiva:

1. Políticas de Saúde Pública

- i. Identificação de prioridades em saúde;
- ii. Priorização das intervenções;
- iii. Realização de compromissos entre as oportunidades, os recursos e as prioridades;
- iv. Promoção do acesso, da qualidade, da cidadania e da redução das desigualdades.

2. Saúde em Todas as Políticas

- i. Abordagem intersectorial – as acções e políticas de iniciativa de sectores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde e na equidade;
- ii. Intervenções dirigidas aos determinantes sociais de saúde.

III.3.2 - Objectivos para o Sistema de Saúde

Os objectivos para o Sistema de Saúde definidos no PNS são os seguintes:

- 1 **Obter Ganhos em Saúde** - ganhos mensuráveis em saúde das populações e subgrupos, através da identificação de prioridades e alocação de recursos aos vários níveis;
- 2 **Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida** - promoção, protecção e manutenção da saúde; a prevenção, tratamento e reabilitação da doença;
- 3 **Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença** - mecanismos de solidariedade e protecção na doença, e clarificação do papel dos vários agentes do sistema, o reforço dos mecanismos e a sustentabilidade do próprio Sistema;
- 4 **Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global** - partilhar a inovação, articular-se internacionalmente, e incorporar os avanços internacionais.

III.3.3 - Indicadores e metas em saúde

O PSN 2012-2016 considera ainda os seguintes indicadores e metas em saúde:

- Grupo I: **Indicadores de Estado de Saúde** - permitem analisar quão saudável é uma população através de dimensões como mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar;
- Grupo II: **Indicadores de Determinantes de Saúde** - possibilitam o conhecimento sobre os factores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e da utilização dos cuidados de saúde (comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais);
- Grupo III: **Indicadores de Desempenho do Sistema de Saúde** - nas suas múltiplas dimensões de aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efectividade, eficiência e segurança, auxiliam a análise da qualidade do Sistema de Saúde;
- Grupo IV: **Indicadores de Contexto** - contêm medidas de caracterização que, não sendo indicadores de estado de saúde, determinantes individuais ou de desempenho do Sistema de Saúde, fornecem informação contextual importante e permitem, por ajustamento, comparar populações distintas.

Grupos de indicadores de saúde e respectivas áreas (adaptado de CIHI, 2005 e CIHI, 1999, extraído de Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Versão Resumo)

Grupo I: Indicadores de Estado de Saúde			
Mortalidade	Morbilidade	Incapacidade	Bem-estar
Por grupos de idade (por ex. infantil); por causas específicas; derivados (por ex. esperança de vida, AVPP)	Interfere com a atividade diária e com a procura dos serviços de saúde.	Inclui deficiência (da função ou estrutura do corpo), limitação de atividade (dificuldade na execução de uma tarefa ou ação)	Físico, mental e social. São exemplos a autoperceção do estado de saúde.
Grupo II: Indicadores de Determinantes de Saúde			
Comportamentos	Condições de vida e trabalho	Recursos Pessoais	Ambientais
Que influenciam o estado de saúde.	Perfil socioeconómico e condições de trabalho.	Prevalência de fatores como apoio social e eventos de vida produtores de estresse relacionados com a saúde.	Que influenciam o estado de saúde.
Grupo III: Indicadores de Desempenho do Sistema de Saúde			
Aceitabilidade	Acesso	Qualidade	Capacitação do cidadão
Responde às expectativas do cidadão, comunidade, prestadores e pagadores.	Adequado conforme as necessidades.	Adequado e baseado em padrões estabelecidos.	Os conhecimentos do cidadão são adequados aos cuidados prestados
Integração de cuidados	Efetividade	Eficiência	Segurança
Capacidade de prestar cuidados, de forma continuada e coordenada, através de programas, profissionais entre níveis de cuidados, ao longo do tempo.	São atingidos os resultados propostos, a nível técnico e satisfação de prestadores e utentes.	Os resultados são maximizados (quantitativa e qualitativamente) com um mínimo de recursos e tempo despendidos.	Riscos potenciais de uma intervenção ou do próprio ambiente dos serviços de saúde
Grupo IV: Indicadores de Contexto			
Não são indicadores do estado de saúde ou de desempenho do Sistema de Saúde mas fornecem informações contextuais úteis, permitindo comparar populações entre si e ao longo do tempo.			

**Lista de indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde em Portugal Continental
(valores observados, projectados e metas para 2016, extraído de Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Versão Resumo)**

N	INDICADOR Nome	VALORES			
		2001 (a)	2009 (a)	Projecção 2016	META 2016
ÁREA: MORTALIDADE					
20	Esperança de vida à nascença (anos)	76,6	79,2	81,7	81,8
21	Esperança de vida aos 65 anos (anos)	17,0	18,4	19,8	20,0
ÁREA: MORBILIDADE					
22	Nascimentos pré-termo (/100 nados vivos)	5,9	8,8	13,5	11,2
23	Crianças com baixo peso à nascença (/100 nados vivos)	7,1	8,2	8,8	8,5
ÁREA: QUALIDADE					
24	Partos por cesariana (/100 nados vivos)	28,0	36,4	45,7	40,4
ÁREA: EFECTIVIDADE					
25	Nascimentos em mulheres adolescentes (/100 nados vivos)	6,0	4,2	3,0	2,6
ÁREA: MORTALIDADE					
26	Mortalidade perinatal (/1000 nascimentos)	6,2	4,5	3,0	2,5
27	Mortalidade infantil (/1000 nados vivos)	5,3	3,6	2,1	1,9
28	Mortalidade abaixo dos 5 anos (/1000 nados vivos)	6,8	4,5	2,6	2,3
29	Mortalidade dos 5 aos 14 anos (/100000 hab.)	22,1	11,5	7,2	6,1
30	Mortalidade dos 15 aos 24 anos (/100000 hab.)	81,9	41,4	23,3	21,8
31	Mortalidade dos 25 aos 64 anos (/100000 hab.)	354,1	292,5	242,8	237,6
32	Mortalidade dos 65 aos 74 anos (/100000 hab.)	2182,5	1649,5	1325,4	1301,4
33	Mortalidade por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos (/100000 mulheres)	13,8	12,6	9,1	9,0
34	Mortalidade por tumor maligno do colo do útero antes dos 65 anos (/100000 mulheres)	2,6	2,7	2,1	2,0
35	Mortalidade por tumor maligno do cólon e reto antes dos 65 anos (/100000 hab.)	7,1	7,3	7,1	6,8
36	Mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100000 hab.)	14,8	9,2	6,0	4,4
37	Mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos (/100000 hab.)	17,8	9,5	5,2	5,0
38	Mortalidade por SIDA antes dos 65 anos (/100000 hab.)	9,9	6,2	4,2	3,1
39	Mortalidade por suicídio antes dos 65 anos (/100000 hab.)	3,0	5,9	7,3	6,4
40	Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos (/100000 hab.)	11,9	12,9	12,3	10,7
41	Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos (/100000 hab.)	11,5	7,6	4,2	4,0
42	Mortalidade por acidentes laborais (/100000 hab.)	2,7	1,8	0,9	0,8
ÁREA: ACESSO					
43	Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos (%)	76	70	56	75
44	Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos (%)	35	36	41	58
ÁREA: EFICIÊNCIA					
45	Médicos (/100000 hab.)	323,7	383,7	431,5	451,5
46	Enfermeiros (/100000 hab.)	359,0	551,3	764,7	801,1
47	Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (/100000 hab.)	68,8	75,2	81,4	106,5
48	Consultas de Medicina Familiar (/hab./ano)	2,7	2,7	3,0	3,4
49	Consultas médicas hospitalares (/hab./ano)	0,8	1,4	2,3	2,4
50	Atendimentos em urgências hospitalares (/1000 hab./ano)	647,7	708,2	754,3	720,1
51	Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas	0,77	0,50	0,33	0,31
52	Despesa em medicamentos na despesa em saúde (%) (b)	22,8	18,5	14,2	ND
53	Medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos (%)	14,9	28,8	89,5	94,3
ÁREA: QUALIDADE					
54	Consumo de analgésicos e antipiréticos no SNS em regime ambulatório (DDD/1000 hab./dia)	4,9	5,0	5,1	4,3
55	Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos no SNS em regime ambulatório (DDD/1000 hab./dia)	67,0	73,7	86,9	72,5
56	Consumo de antidepressivos no SNS em regime ambulatório (DDD/1000 hab./dia)	38,1	58,1	122,0	103,3
57	Consumo de antibacterianos no SNS em regime ambulatório (DDD/1000 hab./dia)	18,9	17,2	14,4	14,2

Encontra-se previsto que as metas fixadas sejam regularmente monitorizadas, avaliadas e revistas se necessário

Em 2010, foram apresentados dois relatórios⁸ já com os resultados verificados e a quantificação do ajuste das metas de acordo com os desvios verificados, a evolução nos indicadores propostos para os últimos 13 anos (2000-2013) e as iniquidades observadas entre regiões. Através destes documentos podem acompanhar-se os resultados obtidos, por indicador e ainda por objectivo (Ganhos em Saúde) e por meta (Redução de Iniquidades Regionais).

São aqui também apresentados os resultados referentes ao PNS 2004-2010, para os indicadores cuja meta foi atingida, com a respectiva evolução, e para os indicadores cuja meta não foi atingida mas que apresentam evolução positiva.

São também publicados relatórios anuais, intitulados *Portugal em Números*, que são divulgados na página da DGS, em que são avaliados os objectivos e metas dos Programas Nacionais de Saúde Prioritários.

III.3.4 - Programas Nacionais de Saúde Prioritários – Objectivos e Metas 2016

O PNS 2012-2016 contempla ainda a elaboração de 9 Programas de Saúde Prioritários:

1. Programa Nacional para a Diabetes
2. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA
3. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
4. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
5. Programa Nacional para a Saúde Mental
6. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
7. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
8. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares
9. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

1. Programa Nacional para a Diabetes

O Programa Nacional para a Diabetes estabelece como principais estratégias de intervenção:

- (1) Prevenção primária (combate aos factores de risco); secundária (diagnóstico precoce e tratamento adequado com equidade) e terciária (reabilitação e reinserção social das pessoas com diabetes);
- (2) Promoção da qualidade dos serviços de saúde a prestar às pessoas com diabetes.

Os objectivos deste Programa são:

Gerais

- 1- Gerir de forma integrada a diabetes;
- 2- Reduzir a prevalência da diabetes;
- 3- Atrasar o início das complicações major da diabetes e reduzir a sua incidência;
- 4- Reduzir a morbidade e mortalidade por diabetes;

Específicos

- 1- Conhecer a prevalência da diabetes e das suas complicações;
- 2- Reduzir a incidência da diabetes Tipo 2 nos grupos de risco por grupos etários;
- 3- Diagnosticar precocemente as pessoas com diabetes com valores iguais ou superiores a 126 mg /dl de glicemia;
- 4- Reduzir o número de episódios de internamento hospitalar por cetoacidose, hipoglicemia grave e situações de hiperosmolaridade;

⁸ 1º Relatório Intercalar de Actividades PNS 2011-2016 (Julho 2010) e 2º Relatório Intercalar de Actividades PNS 2011-2016 (Novembro 2010)

- 5- Reduzir o número de episódios de internamento hospitalar por complicações da diabetes;
- 6- Reduzir o número de dias de incapacidade temporária para o trabalho resultante das complicações major da diabetes;
- 7- Uniformizar as práticas profissionais em prol de uma efectiva qualidade clínica, organizacional e satisfação das pessoas com diabetes;
- 8- Melhorar o acesso da pessoa com diabetes aos cuidados de saúde.

Em Novembro de 2013 foi apresentado o primeiro relatório “Diabetes - Factos e Números 2013” de monitorização deste programa que, sumariamente, refere:

“A prevalência da Diabetes em 2012 é de 12,9% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos), a que corresponde um valor estimado de 1 milhão de indivíduos. O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,2 p.p. da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2012. Em termos de composição da taxa de prevalência da Diabetes, em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada.”

De acordo com um estudo recente promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian⁹, a diabetes tem especial impacto em Portugal, que regista a maior prevalência da Europa, com cerca de 14%, e um custo para o país de cerca de 0,8% do PIB, com algumas estimativas apontando para 1%.

Portugal tem a associação de doentes diabéticos mais antiga do mundo, que está muito activa, oferece serviços à população e mantém registos das estatísticas e dos dados referentes a vários parâmetros da doença em Portugal.

Este diagnóstico fez com que esta problemática constitua um “desafio Gulbenkian”, o qual assumiu a seguinte designação: “Suster o crescimento da prevalência de diabetes – evitar que em 5 anos 50.000 pessoas desenvolvam a doença”.

2. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA

O PNI VIH/SIDA define como principais eixos de intervenção:

- (1) Informação e Conhecimento Epidemiológico;
- (2) Prevenção em especial as populações vulneráveis;
- (3) Diagnóstico precoce e universal;
- (4) Tratamento, Apoio e Cuidados;
- (5) Investigação de qualidade;
- (6) Combate à Discriminação e ao Estigma;
- (7) Cooperação e Relações Internacionais.

Os objectivos do Programa são:

- (1) Diminuição do risco de infecção;
- (2) Diminuir a vulnerabilidade à infecção;
- (3) Diminuição do impacto da epidemia.

As metas do Programa para 2016 são:

- (1) Reduzir em Portugal o número de novas infecções por VIH em 25%;
- (2) Diminuir de 65% para 35% os diagnósticos tardios de infecção pelo VIH (definidos pela contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 350/mm³);
- (3) Diminuir em 50% o número de novos casos de SIDA;
- (4) Diminuir em 50% o número de mortes por SIDA;
- (5) Aumentar para 95% a proporção dos indivíduos que dizem usar preservativo em relações sexuais ocasionais;
- (6) Eliminar a transmissão da infecção por VIH da mãe para o filho.

⁹ Crisp, Lord Nigel (Coord. 2014); *Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel a desempenhar*, Fundação Calouste Gulbenkian

O Relatório “Portugal – Infeção VIH/SIDA em números-2013”, apresentado em Outubro de 2013, procura traçar um primeiro retrato global da infeção por VIH e da Tuberculose em Portugal, mencionando algumas recomendações para serem atingidos os objectivos referidos no programa.

A situação a 31.12.2012 reflete a diminuição do número de casos de infeção, ainda que de forma moderada mas consistente desde o ano 2000. No entanto denota-se ainda evidente o atraso de notificação quando se compara o número de casos por data de diagnóstico com o número de casos por data de notificação.

3. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

O PNPCT estabelece como principais eixos estratégicos:

- (1) Prevenção da iniciação ao consumo nos jovens;
- (2) Promoção e Apoio na cessação tabágica;
- (3) Protecção na exposição ao fumo;
- (4) Informação para um clima social não tabágico;
- (5) Monitorização,
- (6) Avaliação e Promoção da formação, investigação e conhecimento.

Os objectivos do Programa são:

- (1) Reduzir a prevalência do consumo do tabaco na população com 15 ou + anos em pelo menos 2% até 2016;
- (2) Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- (3) Informar, alertar e promover um clima social favorável ao não tabagismo.

O Relatório “Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2013”, apresentado em Outubro de 2013, reflete que há ainda muito a fazer neste campo; “Segundo dados recolhidos pelo 3.º Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa 2012 (Balsa, Vital, Urbano, 2013), na população entre os 15 e os 74 anos, as prevalências do consumo de tabaco, em 2012, foram de: 44,3% ao longo da vida, 25,9% no último ano e de 24,2% no último mês.”

Na Região de Lisboa e Vale do Tejo a experimentação de tabaco foi mais elevado na população escolar feminina do 3º ciclo e secundário. Em Portugal mais de 8 em cada 10 fumadores começa/ou a fumar porque os amigos fumam e mais de metade dos fumadores nunca fez nenhuma tentativa para deixar de fumar. Não existem ainda dados nacionais sobre mulheres grávidas fumadoras e a prevalência de mortes por doenças associadas ao consumo tabágico são ainda muito elevadas. As recomendações neste relatório apontam para a melhoria da monitorização do consumo de tabaco, com destaque para o seu impacto nas iniquidades em saúde; promoção da revisão da Lei do tabaco; reforço do investimento em estratégias de formação e educação em saúde, entre outras.

O relatório de “Caraterização das Consultas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica”, apresentado em Novembro de 2013, revela os resultados do questionário (pedido em Fevereiro de 2013 aos responsáveis das consultas de cessação tabágica, por intermédio das Administrações Regionais de Saúde), de caracterização das consultas especializadas no apoio intensivo à cessação tabágica.

4. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

O PNPAS tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica de alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias.

O PNPAS tem os seguintes objectivos gerais:

- (1) Aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências;

- (2) Modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos;
- (3) Informar e capacitar para a compra, confecção e armazenamento de alimentos saudáveis na população em geral em especial aos grupos mais desfavorecidos;
- (4) Identificar e promover acções transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros sectores públicos e privados, nomeadamente nas áreas da agricultura, desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias;
- (5) Melhorar a qualificação e o modo de actuação dos diferentes profissionais que, pela sua actividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar.

Metas propostas para 2016:

- (1) Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2016;
- (2) Aumentar em 5% o número de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas;
- (3) Aumentar em 5% o número de crianças em idade escolar que consome diariamente um pequeno-almoço adequado;
- (4) Aumentar em 5% o número de consumidores que utiliza a rotulagem nutricional antes de adquirir produtos alimentares;
- (5) Aumentar em 10% o número de autarquias que recebe regularmente informação sobre alimentação saudável;
- (6) Reduzir em 10% a média de quantidade de sal presente nos principais fornecedores alimentares de sal à população.

O relatório do PNPAS, apresentado em Outubro de 2013, reflecte informação resultante do apuramento de resultados de dados, nacionais e internacionais, disponíveis, elaborado a partir de estudos pontuais, iniciativas regulares e informação disponível no SNS.

Os dados apresentados neste relatório afirmam já a elevada prevalência de casos de obesidade nacional (cerca de 1 milhão de adultos obesos e 3,5 milhões de pré-obesos), bem como a sua associação com características sociais e económicas, que, nos grupos populacionais socialmente mais vulneráveis, se reflete numa maior exposição a situações de doença e insegurança alimentar¹⁰.

Outro dado relevante é o facto de os dados parecerem indicar um crescimento de necessidades de apoio alimentar e nutricional por parte dos serviços de saúde a idosos, revelando a necessidade de uma monitorização regular do estado nutricional e a eventual prevenção destas situações.

No país, o número de adultos obesos é já de cerca de 1 milhão, sendo os pré-obesos 3,5 milhões.

Nos grupos populacionais socialmente mais vulneráveis, a obesidade está associada às características sociais e económicas e a uma maior exposição a situações de doença e insegurança alimentar¹⁰.

5. Programa Nacional para a Saúde Mental

O PNSM tem os seguintes objectivos prioritários:

- (1) Criação de um novo modelo de financiamento e gestão dos serviços de saúde mental;
- (2) Realocação dos recursos financeiros gerados através da alienação patrimonial de estruturas da psiquiatria, que permitam garantir a substituição dos cuidados prestados pelas instituições encerradas por cuidados de melhor qualidade;
- (3) Renegociação dos contratos dos novos hospitais gerais PPP relativos à psiquiatria;

¹⁰Insegurança alimentar é a falta ou insuficiente acesso das pessoas aos alimentos. Num agregado familiar existe insegurança alimentar quando os seus membros vivem com fome ou risco de inanição, isto é, enfraquecimento por falta ou deficiente assimilação dos alimentos.

- (4) Criação dos novos serviços locais de saúde mental (SLSM) de Lisboa, Porto e Coimbra;
- (5) Continuação do desenvolvimento dos serviços de saúde mental da infância e adolescência, priorizando o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco na infância e adolescência e a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas;
- (6) Redução do número de doentes institucionalizados em Hospitais Públicos de Lisboa, Porto e Coimbra, actuando paralelamente na integração na sociedade da vertente da reabilitação profissional e residencial das pessoas com doença mental, destacando a importância das famílias de pessoas com doença mental, enquanto parceiros importantes na prestação de cuidados;
- (7) Aprofundamento dos cuidados continuados integrados de saúde mental;
- (8) Desenvolver o Programa Nacional de Prevenção do Suicídio;
- (9) Reactivação do Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, em particular no sector relativos às perturbações demenciais.

A avaliação da implementação do PNSM 2007-2016, inicialmente projectado para 9 anos, e iniciado com quase um ano de atraso em relação ao previsto e que terá que ser continuado pelo menos até 2017, para além das actividades de monitorização contínua ao nível nacional foi também apoiada, no contexto internacional, pela Organização Mundial de Saúde.

O Estudo Nacional de Saúde Mental, realizado no âmbito do World Mental Health Survey Initiative reflecte, ao nível nacional, as seguintes preocupações apresentadas no PNS:

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

Apesar de todas as dificuldades decorrentes da situação de crise económica vividas no país, a avaliação da Coordenação Nacional para a Saúde Mental aponta para progressos significativos, nomeadamente no que se refere à diminuição (40%) dos doentes institucionalizados.

A maior parte dos cuidados de saúde mental passou a ser prestada em serviços locais de saúde mental integrados no sistema geral de saúde, que registaram um aumento considerável no número de intervenções ao nível do ambulatório.

O PNSM 2007-2016 contempla ainda o **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, 2013-2017 (PNPS)**, a que a Sociedade Portuguesa de Suicidologia se associou. O PNPS divide os seus objectivos em duas fases, 1ª fase (2013-2014) e 2ª fase (2014-2017).

A elaboração deste Plano teve em conta a realidade nacional, caracterizada pela pouca fiabilidade do registo do número de actos suicidas, diferentes terminologias e diferentes clusters, bem como as orientações mais recentes da Organização Mundial de Saúde.

6. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

O PNDO tem os seguintes objectivos e metas para 2016:

- (1) Aumentar a taxa de cobertura total dos rastreios oncológicos de base populacional (mama, colo do útero, colo-rectal e pulmão), garantindo mais de 60% de cobertura em todo o território até 2016;
- (2) Criação de uma base de dados nacional de tumores e rede de referência oncológica, tendo os IPO como centros de referência e promovendo a integração total das diversas plataformas de introdução de dados;

- (3) Combater a dicotomia centralização de cuidados versus cuidados de proximidade, promovendo a circulação de conhecimento e a utilização cooperativa dos meios disponíveis, nomeadamente os meios sofisticados de diagnóstico;
- (4) Melhorar a investigação clínica, a circulação da informação e os sinergismos entre as instituições académicas e as hospitalares;
- (5) Centralização da monitorização dos programas de rastreio (taxas de cobertura qualidade e custos dos rastreios);
- (6) Promover a afiliação das unidades oncológicas periféricas às unidades centrais e iniciar a ligação dos programas de rastreio aos registos oncológicos regionais, como previsto na Directiva Europeia, de molde a poder estabelecer um programa completo de controlo de qualidade dos mesmos, contribuindo para a exaustividade e exactidão dos registos oncológicos nacionais.

A previsão realizada pela International Agency for Research on Cancer (IARC), tendo apenas por base o envelhecimento da população, aponta para Portugal para um acréscimo de 12,6% de novos casos de cancro, sendo que também a sobrevivência de doentes com cancro tem vindo a aumentar, acarretando este facto uma série de novos problemas clínicos e sociais.

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

A taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno, ainda que com variações, não tem sofrido alterações significativas, sendo mais elevada nos homens.¹¹

Em resultado do progressivo envelhecimento da população, é estimado um acréscimo de 12,6% de novos casos de cancro, que aliado ao aumento da sobrevivência dos doentes, se traduz em novos problemas clínicos e sociais.

7. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

O objectivo geral do PNDR, até 2016, é a redução da carga das doenças respiratórias a nível nacional, expressa nos seguintes objectivos e metas para 2016:

- (1) Promover a prevenção secundária e terciária, nomeadamente, mediante a elaboração de planos específicos em 100% das Regiões de Saúde;
- (2) Melhorar a acessibilidade dos Doentes Respiratórios à prestação de cuidados de saúde, nomeadamente, mediante a elaboração e implementação de uma rede de referência para as Doenças Respiratórias Crónicas (DRC);
- (3) Contribuir para a precocidade no diagnóstico, nomeadamente, aumentar em 30% a acessibilidade às espirometrias nos Cuidados de Saúde Primários;
- (4) Optimizar a terapêutica, nomeadamente, reduzir em 30% a prescrição de aerossol-terapia;
- (5) Melhorar a eficiência do sistema de prescrição, nomeadamente, alargando em 50% a prescrição por via electrónica, de cuidados respiratórios domiciliários;
- (6) Reduzir em 10% a taxa de internamentos por DRC;
- (7) Reduzir a morbilidade e a mortalidade, por doença respiratória, em 2%.

Portugal está a confrontar-se, nos últimos anos, com um incremento de doenças respiratórias crónicas, tendo a mortalidade por doença respiratória vindo a aumentar, constituindo a terceira principal causa de morte e a 5ª principal causa médica de internamento.¹²

A mortalidade respiratória no sexo masculino é sempre superior em todas as patologias e aumenta com a idade, sendo predominante a partir dos 65 anos.¹²

¹¹ "Doenças Oncológicas em Números – 2013", Outubro de 2013

¹² "Doenças Oncológicas em Números – 2013", Setembro de 2013

8. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

O PNDCC enfatiza a necessidade de elaboração de "Normas de Orientação Clínica" como um poderoso instrumento de criação de referenciais científicos para os diferentes grupos profissionais envolvidos.

A hipertensão arterial merece uma particular relevância, pela sua elevada prevalência na população portuguesa, estando o PNDCC focado nas designadas Vias Verdes coronária e do acidente vascular cerebral.

A estratégia de prevenção das doenças cérebro-cardiovasculares deverá ser baseada em dois componentes fundamentais: por um lado, a adopção de estilos de vida saudáveis, evitando os denominados comportamentos de risco, como o tabagismo, e incorporando componentes como o exercício físico e combate ao sedentarismo ou o equilíbrio da dieta e combate á obesidade; por outro a correcção dos denominados factores de risco modificáveis, como são a hipertensão arterial, a dislipidémia ou a diabetes.

O PNDCC tem os seguintes objectivos e metas para 2016:

Objectivos de Impacto

- (1) Redução global da mortalidade por causas do aparelho circulatório em 1%;
- (2) Redução da mortalidade intra hospitalar global por enfarte agudo do miocárdio para 8% em 2016;
- (3) Redução da mortalidade intra hospitalar global por acidente vascular cerebral para 13% em 2016.

Objectivos Operacionais

- (1) Publicação anual de Indicadores Assistenciais Vias Verdes coronárias e do AVC;
- (2) Incremento do número de admissões através das vias verdes por enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral em 10% (total nacional) até 2016;
- (3) Incremento do número de angioplastias percutâneas na terapêutica de reperfusão do enfarte agudo do miocárdio em 20% até 2016;
- (4) Incremento do número global de doentes submetidos a terapêutica fibrinolítica no acidente vascular cerebral em 30% até 2016.

Em Portugal, tal como na Europa, as doenças cardiovasculares constituem a mais relevante causa de morte.¹³

Nas duas últimas décadas, verifica-se uma tendência decrescente da taxa de mortalidade destas doenças, sendo mais pronunciada na população idosa (>70 anos).¹³

9. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)

O PPCIRA tem como objectivos gerais:

- (1) Redução da taxa de infecções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade,
- (2) Redução da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos;
- (3) Promoção da vigilância contínua da infecção hospitalar, do consumo de antibióticos e da incidência de microrganismos multirresistentes.

¹³ "Portugal Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013", Setembro de 2013

Neste Programa são as seguintes as estratégias específicas de intervenção:

- (1) Informação/Educação;
- (2) Vigilância Epidemiológica;
- (3) Normalização de estrutura, procedimentos e práticas clínicas;
- (4) Incentivos financeiros por via do financiamento hospitalar.

O último relatório apresentado pelo Departamento da Qualidade na Saúde-Resultados de 2012, publicado em Abril 2014, para a Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea, do PPCIRA, revelam que, em termos globais, **os níveis de resistência a antimicrobianos mantêm-se preocupantes** e ainda que, apesar das melhorias registadas nesta avaliação, a participação dos laboratórios de microbiologia ainda não é total.

A infecção nosocomial da corrente sanguínea (INCS) é considerada uma das infecções associadas aos cuidados de saúde que mais contribui para a morbilidade e mortalidade nos hospitais e, conseqüentemente, para o aumento dos custos dos cuidados de saúde e diminuição da qualidade de vida dos utentes, daí a importância da vigilância epidemiológica destas infecções.

As taxas de INCS por MRSA (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus)¹⁴ no total de INCS por Staphylococcus aureus mantêm-se persistentemente acima dos 60% nos últimos três anos, sendo este um dos indicadores propostos pelo PPCIRA e a ser avaliado em 2015.

“Baixar a incidência das infecções hospitalares – reduzir para metade as taxas de infecção de 10 hospitais públicos num período de 3 anos” constitui um “desafio Gulbenkian¹⁵”.

IV – CONTEXTO REGIONAL E LOCAL

IV.1– Planeamento Regional e Local - Administração Desconcentrada do Estado

IV.1.1 – As Estratégias Locais de Saúde (ELSA)

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um plano de carácter estratégico, que estabelece princípios, orientações e metas, que terão de ser prosseguidas aos vários níveis de intervenção, para atingir um dos objectivos primeiros de capacitar o Sistema de Saúde para potenciar os recursos para a obtenção de ganhos em saúde para todos.

“Maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis” é a Visão do PNS 2012-2016.

As Políticas Saudáveis constituem um dos 4 Eixos Estratégicos¹⁶ do PNS e devem ser o resultado do envolvimento dos múltiplos sectores da sociedade, que têm impacto na qualidade de vida e na criação de ambientes saudáveis, em forma de parcerias ou de articulação das intervenções, no sentido da maior eficácia dos resultados.

¹⁴ MRSA (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus) é uma bactéria que se tornou resistente a vários antibióticos - primeiramente à penicilina, em 1947, e, logo depois, à meticilina.

¹⁵ Crisp, Lord Nigel (Coord. 2014); Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel a desempenhar”, Fundação Calouste Gulbenkian

¹⁶ Eixos Estratégicos do PNS 2012-2016 – 1. Cidadania em Saúde, 2. Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, 3. Qualidade em Saúde, 4. Políticas Saudáveis.

Ao nível local salientam-se as Estratégias Locais de Saúde (ELSA), um dos principais instrumentos de operacionalização do PNS, que podem ser definidas como processos de planeamento para a obtenção de ganhos em saúde, através do estabelecimento de parcerias e coordenação de recursos, repartindo responsabilidades entre os serviços de saúde, os actores sociais e económicos e as organizações locais.

Na sequência do PNS 2004-2010, as Administrações Regionais de Saúde promoveram Estratégias Locais de Saúde, para prossecução dos objectivos do PNS. Em 2006, em parceria com o Alto Comissariado da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública, foram iniciados experimentalmente Estratégias Locais de Saúde em 5 concelhos do país: Almada, Arraiolos, Faro, Santa Marta de Penaguião e Coimbra (Centro de Saúde Norton de Matos). No entanto a avaliação do PNS 2004-2010, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010, assinalou as dificuldades em enquadrar, priorizar e implementar as acções ao nível local.

Apesar das dificuldades, as Estratégias Locais de Saúde têm de ser experimentadas e difundir-se pelo território, partindo das prioridades e metas de saúde locais, contribuindo para os objectivos nacionais, envolvendo a comunidade e estabelecendo fortes compromissos sociais, para que as diferentes acções se articulem e de forma coordenada contribuam para o aumento de ganhos em saúde.

De salientar o papel que neste processo pode e deve ser assegurado pelos ACES, Observatório Local de Saúde e Conselhos da Comunidade, órgãos que pela sua natureza reforçam a existência de redes e parcerias entre a Administração Central e o Poder Local.

IV.1.2 - Os Planos Locais de Saúde dos ACES de Lisboa

O Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010, concluiu, apesar do esforço verificado de estabelecimento de Estratégias Locais de Saúde (ELSA), pela necessidade de planeamento ao nível local, envolvendo a comunidade, de forma sistemática e consistente ao longo de todo o território, recomendando às Autoridades Regionais de Saúde a responsabilidade da condução do processo ¹⁷.

Surge assim o Plano Local de Saúde, como documento estratégico dos ACES, cujo enquadramento, modelo e metodologia são definidos a partir de 2011 pelas Administrações Regionais de Saúde¹⁸, sendo cometida a responsabilidade da sua coordenação às Unidades de Saúde Pública (USP), unidades funcionais com atribuições na área do planeamento, e envolvendo todos os órgãos de gestão e os diferentes serviços, assim como a comunidade através dos respectivos Conselhos da Comunidade.

Partindo de uma fase de recolha, sistematização e interpretação da informação referente a cada território, foram desenvolvidos Perfis de Saúde dos ACES, com o acompanhamento metodológico dos Departamentos de Saúde Pública da ARS, tendo como objectivo o levantamento das principais características da população alvo, dos seus problemas e as suas necessidades em matéria de saúde, dos respectivos determinantes e dos recursos disponíveis, constituindo uma primeira etapa do processo de planeamento.

Os Planos Locais de Saúde (PLS) Identificam os problemas de saúde com maior prevalência, priorizam as necessidades em saúde, definem estratégias, traçam objectivos e metas quantificadas, que permitirão no futuro medir a mudança desejada em consonância com o Plano Nacional de Saúde, e formular recomendações para a sua operacionalização.

Os PLS têm por objectivo contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, promovendo mais saúde para toda a população e a maior racionalização da utilização dos recursos.

¹⁷ *To empower the Regional Health Authorities to lead stakeholders and community engagement and planning at local level, WHO EVALUATION OF THE NATIONAL HEALTH PLAN OF PORTUGAL 2004–2010, Key Messages VIII*

¹⁸ *Termos de Referência para a construção de Planos Locais de Saúde 2011-2016, ARSN,*

São instrumentos de gestão estratégica, abertos à comunidade em que se integram, conjugando diferentes conhecimentos da realidade local, e visando apoiar os profissionais de saúde e dar suporte à tomada de decisão das Direcções Executivas dos ACES, dos Coordenadores das Unidades Funcionais, dos Gestores de programas e projectos e do Conselho da Comunidade dos ACES.

Para o concelho de Lisboa estão em fase de elaboração, para o horizonte temporal de 2016, três Planos Locais de Saúde, correspondentes aos 3 ACES existentes no território da cidade: ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ACES Lisboa Central e ACES Lisboa Norte. Anteriormente foram traçados Perfis de Saúde para cada um dos ACES.



Existe actualmente um contrato-programa celebrado entre a ARSLVT e os respectivos ACES, a rever anualmente, que tem por objecto a definição dos objectivos do ACES para o triénio 2013-2015, de acordo com a prestação de serviços e cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, no âmbito das seguintes características e áreas de intervenção:

- a) Comunitário e de base populacional;
- b) Personalizado, com base na escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Do exercício de funções da autoridade de saúde.

Os PLS podem ser facilitadores da definição de estratégias e medidas a debater nos Conselhos de Comunidade.

Os Conselhos da Comunidade dos ACES¹⁹ fazem parte dos seus órgãos de administração e fiscalização e são compostos por entidades representantes da comunidade, como a Segurança Social, as Escolas, as IPSS, os Representantes de Utentes, as Associações Sindicais, entre outras, competindo-lhes participar na gestão dos cuidados de saúde primários, alertar para os factos relevantes de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde, propor ações de educação, promoção da saúde e combate à doença.

IV.2 – A Promoção da Saúde ao Nível Local

A Constituição da República Portuguesa declara no seu art.º 64º que “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” (nº 1), sendo este direito realizado “Através de um serviço nacional de saúde universal e geral [...] tendencialmente gratuito (nº 2, alínea a), estabelecendo no ponto 3 que “incumbe prioritariamente ao Estado [...] “garantir o acesso a todos os cidadãos [...] aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (alínea a) e ainda “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” (alínea b). Salienta-se ainda a importância do art.º 65º da Constituição, o qual articula a habitação com as redes de equipamentos de proximidade

¹⁹ Decreto-lei 28/2008, de 22 de fevereiro, republicado pelo decreto-lei 253/2012, de 27 de Novembro

As autarquias, seja a Câmara Municipal, sejam as Juntas de Freguesia, ou as estruturas da sociedade civil organizada, contribuem para a concretização deste objectivo, através de políticas e acções locais.

Não é apenas no âmbito da Rede das Cidades Saudáveis que a Cidade de Lisboa, as suas estruturas e agentes locais intervêm em prol da promoção da saúde da população.

O vasto campo de actuação do poder local encontrava-se já consignado na anterior Lei n.º 159/99, de 14 de Setembro, que estabeleceu as atribuições e competências das autarquias locais, especificando a sua participação nas áreas do planeamento, da gestão e da prestação de cuidados, nos órgãos consultivos de acompanhamento e avaliação do Serviço Nacional de Saúde, na definição das políticas e acções das estruturas locais de saúde.

A nova Lei nº 75/2013 de 12 de Setembro, que veio estabelecer o novo quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias, reitera estas competências atribuindo ao município (alínea u) do n.º 1 do artigo 33º) a capacidade de: “Apoiar actividades de natureza social, cultural, educativa, desportiva, recreativa ou outra de interesse para o município, incluindo aquelas que contribuam para a promoção da saúde e prevenção das doenças;”.

Ainda que na área da saúde, não tenham vindo a ser assumidas pelo poder local competências legais directas, é sua incumbência intervir para a promoção da saúde e de um estilo de vida mais saudável, em articulação, parceria e cooperação com as autoridades de saúde e outros intervenientes institucionais ou com a sociedade civil organizada.

Saliente-se no caso de Lisboa na área do Planeamento, a Carta de Equipamentos de Saúde, elaborada pela Câmara em articulação com a ARSLVT e aprovada pela Assembleia Municipal em 2 de Junho de 2009, com base na qual foi assinado entre a Câmara e a ARSLVT em 21 de Julho do mesmo ano, um Contrato-Programa para a construção de **6 novas Unidades de Cuidados de Saúde Primários na cidade de Lisboa, em terrenos cedidos pelo Município.**

As propostas da Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa foram incorporadas na Revisão do PDM, já em vigor, metodologia que deverá ser seguida na elaboração dos PDM de 2.ª Geração.

Com efeito o Decreto-Lei 380/99 de 22 de Setembro, com a redacção actual dada pelo Decreto-Lei 316/ 2007 de 19 de Setembro, estabelece no seu art.º 17º - Redes de infra-estruturas e equipamentos colectivos, explicita que “(...) *as redes de infra-estruturas e equipamentos (...)*” que promovem “(...) *a optimização do acesso à cultura, à educação e à formação, à justiça, à saúde, à segurança social, ao desporto e ao lazer são identificadas nos instrumentos de gestão territorial (...)*”. No art.º. 85º - Conteúdo material (PDM), é também explicitado a identificação das “(...) *redes urbana, viária, de transportes e de equipamentos de educação, de saúde (...)*”.

Na área da gestão é entretanto de salientar o papel dos Conselhos da Comunidade dos ACES. Sede privilegiada de auscultação e concertação entre os ACES e os diferentes agentes locais, os Conselhos da Comunidade, a que o município preside, têm como atribuições conferidas pela legislação as de “alertar para os factos relevantes de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde, propor acções de educação, promoção da saúde e combate à doença.”

O Plano de Desenvolvimento Social da Rede Social de Lisboa, aprovado pelo plenário do Conselho Local de Acção Social (CLAS-Lx) em 28 de Junho de 2012, incluiu também no conjunto das acções para o triénio 2013-2015, medidas de reforço e dinamização de respostas nomeadamente nas áreas da Saúde Mental e dos Cuidados Continuados de Saúde, no âmbito do desafio estratégico “Cidade Saudável”.

A actuação do município traduz-se ainda na participação em redes nacionais e internacionais visando a promoção da saúde e do bem-estar da população, como é o caso presente da Rede de Cidades Saudáveis.

Simultaneamente o Município intervém ao nível da sensibilização e do aprofundamento do conhecimento, seja em parceria em encontros científicos, seja no apoio a actividades de rastreio, na elaboração de manuais, guias de recursos, etc.

O Programa do Governo da Cidade 2013-2017 consagra uma “estratégia integrada para os direitos sociais na cidade de Lisboa”, envolvendo de forma participada e intersectorial as políticas de Habitação, Educação, Cultura, Desenvolvimento Social, Saúde, Juventude e Desporto.

Por outro lado, no documento Grande Opções do Plano 2014-2017 para a cidade de Lisboa, directamente articulado com o Plano Plurianual de Investimentos e o Plano Anual de Actividades, é claramente definido no “Eixo C - Lisboa Inclusiva”, o “Programa C4 – Direito à Saúde, ao Desporto e ao Bem-Estar”.

VI.2.1 – A Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa

Em cumprimento do art.º 127.º do Regulamento do PDM de Lisboa, aprovado pela Assembleia Municipal em 26/5/94 e ratificado por Resolução do Conselho de Ministros de 14/7/94, a Câmara deveria ter elaborado no prazo de 2 anos, “ ... Cartas Municipais de Equipamentos Desportivos, de Ensino e de Saúde, com uma actualização bienal, a submeter à apreciação das entidades competentes.” (pág. 76).

Efectivamente estes instrumentos foram sendo elaborados, mas foi tão-somente em 2010 que se criaram condições políticas para a sua aprovação, ao fim de 16 anos de trabalho, o que confirma a necessidade de persistência na execução dos instrumentos urbanísticos.

Paralelamente, é de realçar o Programa Local de Habitação²⁰ (PLH), desenvolvido entre 2008 e 2009, em que um dos oito objectivos estabelecidos é o de garantir uma oferta de serviços e infra-estruturas ao sistema de funcionamento da cidade, de forma consistente e sustentável, considerado como um factor importante para o alcance do objectivo de topo que é re(habitar) a cidade de Lisboa.

O PLH de Lisboa não foi concebido apenas como um programa sectorial de habitação, mas como “um projecto estratégico para a cidade” enquadrando-o no conceito de habitação no seu sentido mais lato, isto é, que integra, como seus pilares fundamentais, três áreas temáticas de interesse, indissociáveis na perspectiva da Qualidade de Vida dos cidadãos: a Habitação, os Equipamentos de Proximidade/Espaço Público e a Mobilidade.

Por vicissitudes várias, só em 2009 a elaboração da Carta de Equipamentos de Saúde se deu por concluída, como uma 1ª fase do Planeamento da Rede, tendo como cenário a população estimada para o momento (2007), e tendo como objectivo a avaliação das necessidades presentes e a satisfação ou a redução das carências.

A Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa²¹ foi elaborada em estreita articulação com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ARSLVT e com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, UMCCI, respectivamente no que respeita às Redes de Cuidados de Saúde Primários e de Cuidados Continuados Integrados, para os quais foi realizado um Diagnóstico, uma Proposta de Redução de Carências e uma subsequente Proposta de Intervenção Prioritária.

²⁰ A CML desenvolveu entre Outubro de 2008 e Junho de 2009 o Programa Local de Habitação (PLH), entretanto aprovado em Janeiro de 2010, em Assembleia Municipal, através da Proposta nº1115/2009 (ver <http://habitacao.cm-lisboa.pt>), que determinou 8 objectivos estratégicos:

1. Melhorar a qualidade do parque habitacional
2. Melhorar a qualidade da vida urbana
3. Promover a coesão territorial
4. Adequar a oferta à procura de habitação
5. Poupar recursos
6. Dar prioridade à reabilitação
7. Garantir os solos necessários para Re-Habitar Lisboa
8. Promover a Administração Aberta

²¹ Aprovada em 2 de Junho de 2009 pela Assembleia Municipal, na sequência da deliberação da Câmara Municipal de 15 de Abril de 2009.

Com base nesta Proposta, foi assinado em 21 de Setembro de 2009 um Contrato Programa entre o Município e a ARSLVT, para a construção de 6 novas Unidades de Saúde, de que se encontram já construídas e em funcionamento 3: Boavista, Belém e Carnide.

Além destas novas 6 unidades a construir em terrenos cedidos pelo Município, encontram-se ainda planeadas 4 unidades, uma a instalar num espaço construído a adquirir pela ARSLVT e 3 em parcelas propriedade da ARSLVT.



- 6 terrenos cedidos pelo município (Contrato-Programa)
(Alta de Lisboa/Montinho S.Gonçalo, Carnide, Rua Rodrigues Miguéis, Campolide, Belém e Bairro da Boavista)
- 1 espaço construído a adquirir pela ARSLVT
(Baixa/Martim Moniz)
- 3 parcelas propriedade da ARSLVT
(Parque das Nações, Lumiar/Hospital Pulido Valente e Penha de França/Rua Angelina Vidal)
- 4 Unidades de Saúde inauguradas
 - Boavista
 - Belém
 - Angelina Vidal
 - Carnide

Fonte: CML/ARSLVT

A última unidade a ser inaugurada, Carnide, acolheu no entanto, além da USF “Carnide Quer” que cobre menos de metade da freguesia, a totalidade do Centro de Saúde da Pontinha, freguesia do concelho de Odivelas, impossibilitando a curto prazo a expansão dos serviços de atendimento dos utentes da freguesia de Carnide, para os quais a nova unidade foi construída.

Esta questão terá a prazo de ser solucionada, eventualmente através de uma nova unidade na actual freguesia da Pontinha e Famões, permitindo retirar parte dos serviços de cobertura desta freguesia, agora instalados na nova unidade de Carnide.

Entretanto encontra-se em negociação a aquisição de um espaço construído com cerca de 1 700 m² no empreendimento habitacional do Martim Moniz, que após as obras de adaptação para a instalação de uma nova unidade de saúde permitirá cobrir a população da Baixa estimada em 18 000 utentes.

As Propostas da Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa encontram-se integradas no Plano Director Municipal de Lisboa, em vigor desde 31 de agosto de 2012 (Diário da República, 2ª série — Nº 168 de 30 de agosto de 2012), conforme consta do ponto 2 do art.º 2º do respectivo Regulamento.

A elaboração da Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa constituiu uma importante contribuição para a persecução dos objectivos de promoção da saúde e de qualidade de vida da população no sentido de transformar a Cidade de Lisboa numa Cidade Saudável, encontrando-se, decorridos mais de 5 anos desde a data da sua aprovação, em processo de revisão.

IV.2.2 - A Rede Social de Lisboa e o Plano de Desenvolvimento Social (PDS)

Em 2006, foi constituído o Conselho Local de Acção Social (CLAS), órgão de plenário onde são aprovadas as propostas da Rede Social, que articula as entidades locais de solidariedade social aderentes, com a Comissão Tripartida, órgão de coordenação constituído pela Câmara Municipal de Lisboa, CML, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, SCML, e o Instituto de Segurança Social, ISS.

Em 28 de Junho de 2012 o CLAS aprovou o Plano de Desenvolvimento Social (PDS), que se encontra estruturado em 5 Desafios Estratégicos:

- “Lisboa, Território da Cidadania Organizacional”,
- “Lisboa, Cidade Inclusiva”,
- “Lisboa, Cidade Saudável”,
- “Lisboa, Cidade do Empreendedorismo Social”
- “Lisboa, Cidade das Redes da Inovação Social”

Por sua vez, o Desafio Estratégico “Lisboa, Cidade Saudável” enquadra Orientações Estratégicas, que definem Produtos e Acções na área da saúde, que integram a respectiva Agenda Estratégica para o período de 2013-2015:

DESAFIOS ESTRATÉGICOS	ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA	PRODUTOS	ACÇÕES	GRUPO MISSÃO/ /COORDENAÇÃO
Lisboa, Cidade Saudável	Contribuir para melhorar o acesso à saúde	Plano de acesso à Saúde em Lisboa	Definição do modelo de atendimento, acompanhamento e encaminhamento das situações de saúde mental	ARS-LVT
			Criação de Modelo descentralizado para rentabilização da Rede de infra-estruturas de equipamentos sociais, saúde, desporto e outros	CML
			Avaliar a componente de saúde nos projectos de intervenção comunitária	SCML
			Implementar a Rede de Cuidados Continuados	ARS-LVT
	Promover estilos de vida saudáveis	Política Territorial integrada de intervenção para os comportamentos aditivos	Promover e divulgar medidas conducentes à prevenção de hábitos alimentares de risco, incentivando estilos de vida saudáveis	ARS-LVT ENSP
			Plano de acção articulado para os comportamentos aditivos	ARS-LVT ENSP SICAD

De salientar que o Desafio Estratégico “Lisboa, Cidade Saudável” é já fruto da articulação entre os diferentes instrumentos de planeamento da área social e da saúde.

IV.2.3 – Os Projectos de Intervenção Comunitária na área da Saúde (BIP/ZIP)

A Câmara Municipal de Lisboa desenvolveu entre Outubro de 2008 e Junho de 2009 o Programa Local de Habitação (PLH), entretanto aprovado em Janeiro de 2010, em Assembleia Municipal.

O primeiro grande projecto “nascido” do PLH foi a elaboração de uma Carta dos Bairros e Zonas de Intervenção Prioritária (BIP-ZIP), que permitisse incluir na gestão do território da cidade uma perspectiva que não fosse “cega” à dimensão social.

Assim surge a Carta dos BIP-ZIP, aprovada pela CML e pela AML, respectivamente em 17 de Novembro de 2010 e 1 de Março de 2011, e subsequentemente o Programa BIP-ZIP, aprovado pela CML, em 22 de Dezembro de 2010.

O Programa BIP-ZIP foi inicialmente aprovado com uma dotação orçamental anual de 1 milhão de euros, a repartir segundo uma metodologia de orçamento participativo, destinando-se a apoiar actividades e projectos a desenvolver nos 67 bairros BIP-ZIP e apresenta-se como mais um processo participativo dos cidadãos na gestão da cidade.

O Programa BIP/ZIP apresenta-se ainda como um instrumento de política pública municipal, que visa dinamizar parcerias com as Juntas de Freguesia, associações locais, colectividades e organizações não-governamentais, em pequenas intervenções locais de natureza social, ambiental, arquitectónica ou urbanística, podendo ir de eventos que envolvam toda a comunidade, à limpeza de graffiti ou à colocação de iluminação pública.

A adesão da população e o número de candidaturas demonstrou desde logo a necessidade de aumentar a dotação orçamental inicial de um milhão de euros, que passou para 1 milhão e meio de euros logo em 2013.

No âmbito das candidaturas ao respectivo Programa de Financiamento, são vários os projectos que visam melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde, como o apoio à literacia em saúde, a criação de modalidades de transporte adequado aos trajectos, horários e necessidades específicas dos utentes, principalmente dos idosos, ou à promoção de estilos de vida saudável e bons hábitos alimentares, etc. (quadro seguinte).

Em resultado da articulação entre as diferentes intervenções nas áreas sociais e da saúde, os Projectos do Programa BIP/ZIP serão objecto da Acção do PDS coordenada pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, intitulada “Avaliar a componente de saúde nos projectos de intervenção comunitária”.

OBJECTIVOS	PROJECTOS DO PROGRAMA BIP/ZIP
Criação de: Transporte Solidário de acesso aos cuidados de saúde em alguns bairros da cidade; Rede de Voluntariado de apoio à saúde dos idosos; Formação para a Saúde e Bem-estar na Terceira Idade; actividades de formação para o envelhecimento ativo e o empreendedorismo sénior.	Edição 2011 e 2012 - Projecto 25 – C*3 em Movimento
Inclusão e Prevenção	Edição 2012 – Projecto 90 Participar para Alimentar
Garantia de transporte da população idosa ao Centro de Saúde através da aquisição e adaptação de carrinha para transporte; promoção de solidariedade e combate à solidão; promoção do envelhecimento activo.	Edição 2012 - Projecto 14 – AUGI’S COM FUTURO
Aumento da acessibilidade dos idosos aos serviços de saúde com transporte solidário; ronda periódica de apoio à segurança; serviço de apoio 24 horas na casa de idosos em situação mais vulnerável (teleassistência).	Edição 2013 - Projecto 20 – Gerações
Apoio ao acesso de serviços de saúde; formação para a autoestima e novas competências para as pessoas idosas; melhoria da saúde mental e elaboração de planos de vida na terceira idade; sensibilização para uma ‘casa segura e limpa’; melhoria da imagem e da autoestima do idoso; rede solidária e combate ao isolamento.	Edição 2013 - Projecto 26 – Hora Amiga
Criação de uma rede de vizinhança de apoio à saúde dos idosos; visitas domiciliárias para sensibilização dos cuidados com a saúde; Rastreio Cognitivo.	Edição 2013 - Projecto 48 – “Palavra Amiga”
Apoio à população no acesso a serviços de saúde complementares; promoção de hábitos de saúde através de formação e sensibilização; disponibilização de medicamentos homeopáticos a baixo custo ou a custo zero.	Edição 2012 - Projecto 58 – Saúde para Todos
Garantir o aumento da integração social de diferentes gerações e etnias através da realização ateliers/workshops profissionais, artísticos e sociais promotores do diálogo intergeracional, multicultural e a capacitação de competências sociais, pessoais e relacionais de crianças, jovens e pessoas idosas.	Edição 2012 - Projecto 24 – Projecto Mais: Mentes Animadas Idades Somadas
Garantia de respostas às solicitações na área da saúde; ajuda aos cidadãos para compreenderem o receituário e tomarem os medicamentos; recolha e distribuição gratuita de medicamentos.	Edição 2013 - Projecto 63 – Saúde Solidária
Proporcionar à população a prática de uma modalidade desportiva olímpica de Tae Kwon Do, fomentando os comportamentos de promoção da saúde e, simultaneamente, diminuindo os comportamentos de risco.	Edição 2014 – Projecto 62 – Possidónio + Activa
Garantir a proximidade às pessoas idosas sozinhas e isoladas, reduzindo a solidão através da saúde e dar resposta ao mesmo tempo às faltas no acesso a cuidados básicos de saúde, dar aconselhamento e melhorar a segurança e a vida no bairro; realizar visitas ao domicílio a pessoas idosas sozinhas para lhes prestar ajuda em cuidados de saúde, aconselhamento, encaminhamento e a “Conversa Terapêutica”;; “Quiosque da Saúde”: pequeno equipamento que servirá de ponto de encontro, incentivando a sair de casa e promovendo contacto e controle da sua saúde e melhoria da vida no Bairro.	Edição 2014 – Projecto 34 – Saúde à Porta
Formação dos profissionais de saúde que estão nas unidades de saúde (Centro de Saúde de Marvila e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) através da sensibilização da comunidade clínica para a inclusão da sintomatologia associada à violência familiar na avaliação clínica padronizada; contribuir para a capacitação de profissionais que trabalham nesta temática com a divulgação de novas metodologias de prevenção/ intervenção.	Edição 2014 – Projecto 99 – Gravidez Sem Violência (1+1=3)

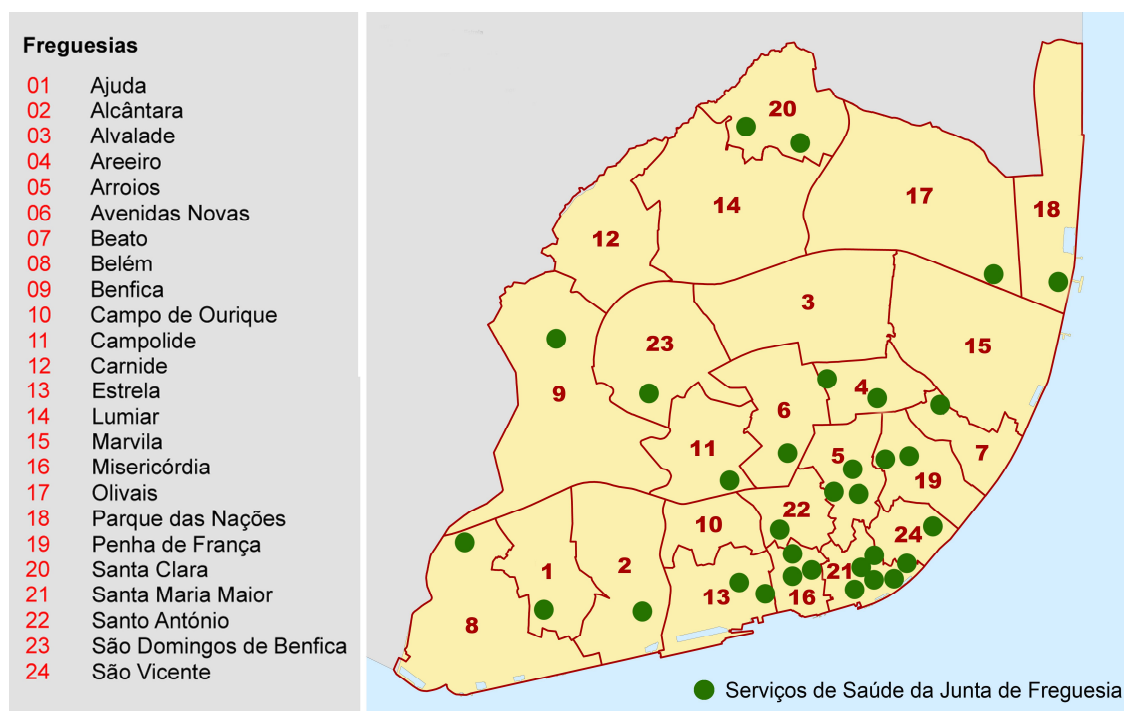
IV.2.4 – Os Projectos Locais de Saúde (Juntas de Freguesia)

A Lei 169/99 de 18 de Setembro²² estabelecia entre outras matérias, o quadro de competências dos órgãos das freguesias, identificando nomeadamente o tipo de responsabilidades que lhes eram inerentes no âmbito dos equipamentos integrados no respectivo património ou o tipo de actividades de interesse para a freguesia a que poderia ser prestado apoio (artº 34, nº 4 e alíneas l) e n) do nº 6).

Na realidade, verificou-se ao longo do tempo que as Juntas de Freguesia não se restringiram ao conjunto de competências que lhes estavam legalmente prescritas. Por exemplo, nas áreas sociais, culturais, desportivas e recreativas, para além do apoio e participação previstas na Lei, as Juntas de Freguesia promoveram e promovem directamente diversas actividades, tanto integradas nas Redes Públicas de Equipamentos, como em paralelo com os demais equipamentos de proximidade.

A iniciativa de promoção directa de actividades por parte das Juntas de Freguesia decorre principalmente da necessidade de colmatar carências existentes, a que os serviços e rede de equipamentos públicos deficientemente dão resposta; há no entanto que ter em consideração que estas iniciativas não deverão contudo contribuir para que deixem de ser identificadas as carências, devendo pugnar-se pela sua solução no quadro próprio, nomeadamente exigindo dos diferentes níveis da Administração Pública a execução dos equipamentos e respostas em falta, no âmbito das respectivas competências.

No campo da promoção da saúde, verificam-se uma grande diversidade de iniciativas das Juntas de Freguesia, desde as campanhas de sensibilização, os apoios directos à população mais carenciada para aquisição de medicamentos mediante acordos com farmácias da zona, a criação de serviços de transporte personalizado para acesso aos cuidados de saúde, principalmente para a população idosa de menores recursos, até à oferta de serviços de saúde a preços mais acessíveis ou em função do rendimento, com base na contratação ou do voluntariado de profissionais de saúde.



²² Revogada parcialmente pela Lei 75/2013 de 12 de Setembro

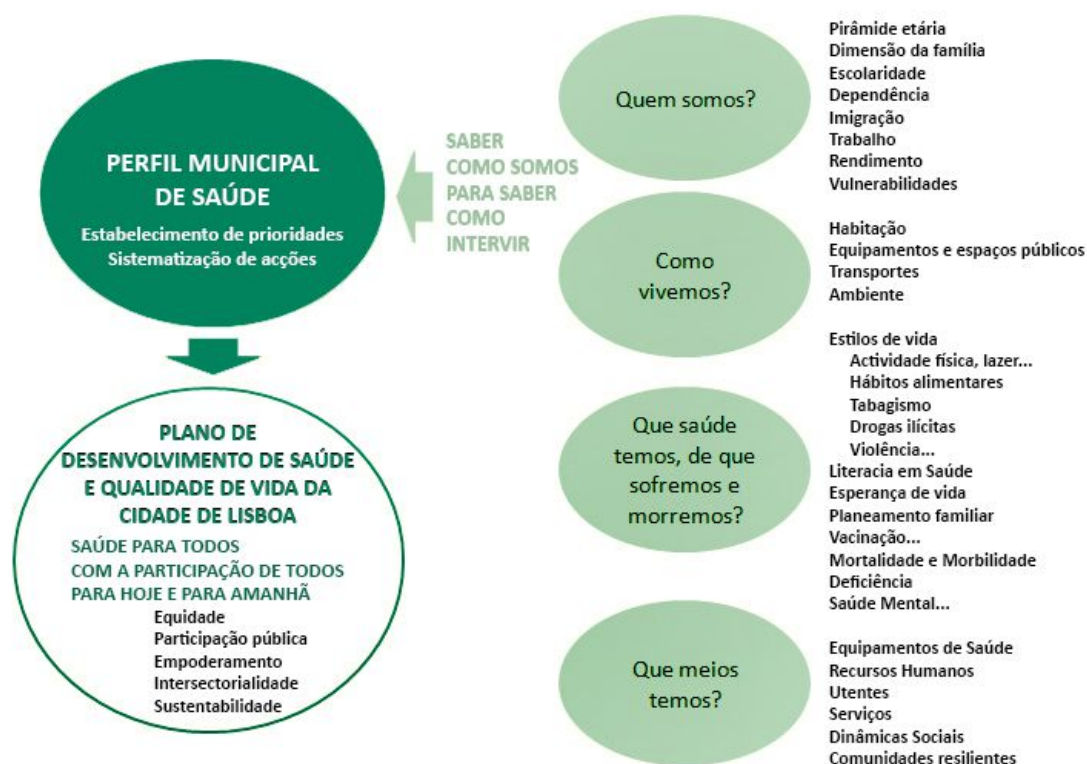
V – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

V.1 - Conceção do Perfil Municipal de Saúde e do Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida

Através de um conjunto de indicadores, o Perfil Municipal de Saúde deverá possibilitar a análise e a identificação dos problemas de saúde da população e servir de suporte ao Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida, o qual deverá envolver também, de forma participativa e focalizada, outras entidades parceiras e instituições da Sociedade Civil nas áreas da Saúde e da Doença.

Para identificar as áreas em que se torna necessário intervir, no sentido de serem corrigidos procedimentos e desenvolvidas boas práticas para a cidade saudável, o Perfil Municipal de Saúde de Lisboa procura assim dar resposta a um conjunto de interrogações sobre: Quem somos, como vivemos, que saúde temos, de que sofremos e morremos, e finalmente que meios e recursos temos.

Esquema metodológico para a elaboração do Perfil Municipal de Saúde de Lisboa



Esta informação é fundamental para a definição de políticas e acções, que visem a melhoria da qualidade de vida e a adopção de comportamentos mais saudáveis, o que constituirá o Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida de Lisboa.

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

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

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

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

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

Tanto quanto possível a população de Lisboa deverá rever-se no perfil assim traçado.

V.2 - Processo de elaboração

O processo de elaboração do actual Perfil Municipal de Saúde de Lisboa foi iniciado ainda durante o anterior mandato autárquico, em 2012, tendo sido incumbido da sua elaboração o Grupo de Trabalho das Cidades Saudáveis, pelo Despacho 15/GVHR/2012, de 29 de Novembro.

Ainda que com algumas deficiências, o processo desenvolveu-se desde cedo com o envolvimento dos diferentes serviços camarários, em articulação com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Conselho das Comunidades dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Após as eleições de Setembro de 2013, o objectivo do trabalho foi reiterado pelo novo executivo, passando-se a contar também com a colaboração da Fundação para a Saúde – SNS.

Na subsequente fase de elaboração do Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida de Lisboa, deverão ser ainda envolvidos representantes da Rede Social de Lisboa e da comunidade em geral através de estruturas representativas.



Numa primeira fase deste trabalho, a ARSLVT realizou a análise da actual situação demográfica, dos determinantes de saúde ambientais, sociais, biológicos, comportamentais, dos estilos de vida e do estado de saúde, nas suas componentes de morbilidade e mortalidade.

Esta primeira abordagem constituiu um documento apresentado publicamente em Julho de 2013, tendo sido denominado “Retrato da Saúde em Lisboa: Contributo para um Perfil da Saúde da Cidade”, que foi posteriormente incorporado no presente documento.

No entanto, muita desta informação não se encontra disponível senão a uma escala supramunicipal, havendo que tentar perceber o que distingue cada parcela do território da cidade.

Paralelamente, através dos ACES, que se encontram por sua vez a desenvolver os Planos Locais de Saúde, recolheram-se então informações dos respectivos Perfil de Saúde, mais detalhadas e associadas ao território de cada um dos agrupamentos, numa tentativa de identificação da distribuição territorial das diferentes problemáticas.

Deste esforço conjunto da CML e dos ACES, espera-se que possam vir a ser criados Observatórios Locais da Saúde, que, uma vez identificadas as características da população, dos seus estilos de vida e das problemáticas inerentes, permitam acompanhar e monitorizar a eficácia das medidas e da actuação de cada nível de intervenção.

Também nos temas em que se veio a revelar escassa a informação, se espera poder vir a desenvolver estudos aprofundados, eventualmente com o recurso a inquéritos, conforme o que é preconizado nos respectivos capítulos.

Por outro lado, em face do reforço de competências e de meios atribuídos às Juntas de Freguesia de Lisboa, nomeadamente as competências na área da intervenção social, foram também estabelecidas as necessárias interligações com as 24 Juntas de Freguesia, nomeadamente aquelas que possuem algum tipo de resposta de saúde.

Foram igualmente estabelecidos contactos com as Comissões Sociais de Freguesia – CSF, com vista a melhorar o acesso aos cuidados de saúde, melhorar a literacia em saúde e desenvolver medidas e acções de prevenção da doença, promoção da saúde e de sensibilização da população de Lisboa para os hábitos de vida saudáveis, que possam vir a integrar o Plano de Desenvolvimento de Saúde de Lisboa, numa perspectiva de metodologia participativa.

V.3 - Parcerias e Pontos de Contacto

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



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

VI – A CIDADE DE LISBOA

VI.1-O território e a sua inserção na AML

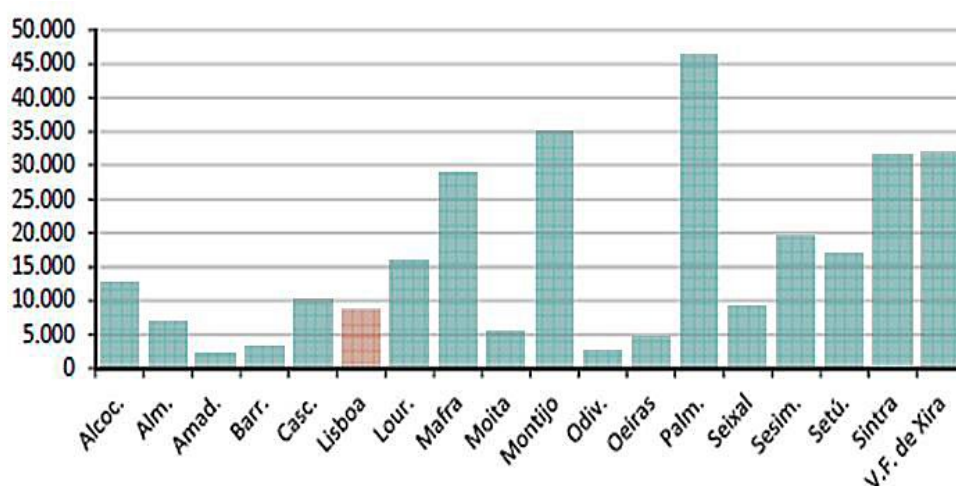
O território da Área Metropolitana da Lisboa (AML) corresponde à unidade estatística da Região de Lisboa (NUTS II), estendendo-se muito para além dos limites da cidade e do concelho, abrangendo nas duas margens do rio Tejo as sub-regiões (NUTS III) da Grande Lisboa e da Península de Setúbal.



A Região de Lisboa tem uma superfície de cerca de 3000 km² (3% do território nacional), uma população de 2 821 876 habitantes (Censos 2011), correspondendo a 28% do Continente e a 26,7% da população portuguesa, e compreende 18 concelhos (5,8% do total nacional) e 211 freguesias (5% do total nacional), enquanto a superfície ocupada pelo concelho de Lisboa é relativamente diminuta no contexto da região, não excedendo os 85 km².

Superfície	Km2
Lisboa Região	3002
Lisboa Cidade	85

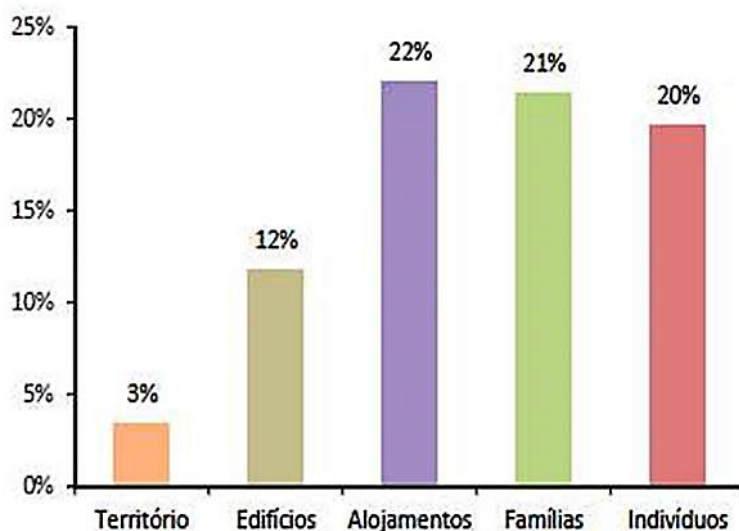
Superfície dos concelhos da AML (ha)



Fonte: Censos Lisboa 2011; INE, I.P., Censos 2011 - Resultados definitivos

Ao mesmo tempo que a cidade de Lisboa representa apenas 3% do território da sua Área Metropolitana, no entanto concentra cerca 12% do total de edifícios, 22% dos alojamentos, 21% das famílias e 20% dos indivíduos.

Peso do Concelho de Lisboa na AML relativamente a território, edifícios, alojamentos e indivíduos



Fonte: Censos Lisboa2011; INE, I.P., Censos 2011 - Resultados definitivos

VI.2 - Reorganização administrativa – as novas freguesias de Lisboa

Através do DL 56/2012 de 8 de Novembro, foi reorganizado o mapa administrativo de Lisboa, que entrou em vigor após as eleições autárquicas de 2013, com a redução do número de freguesias de 53 para 24, além do aumento da área do concelho de Lisboa em cerca de 1,50 km², por incorporação de uma parte das freguesias de Moscavide e Sacavém no Concelho de Loures, passando a nova freguesia do Parque das Nações em Lisboa a abranger a totalidade desta nova área urbanizada em consequência da intervenção urbanística na zona da Exposição Mundial de 1998.

As 24 novas freguesias de Lisboa, fruto da concretização da reforma administrativa, não são só maiores em área e em população comparativamente às anteriores 53, as suas Juntas passam agora a dispor de um leque consideravelmente mais alargado de responsabilidades.

Varredura e lavagem das ruas, licenciamento da maioria das actividades exclusivamente locais, gestão e conservação de muitos equipamentos sociais, culturais e desportivos locais, mercados ou bibliotecas locais, manutenção de espaços verdes locais, mobiliário urbano e sinalização vertical e horizontal na maior parte do espaço público, são algumas das suas novas competências (ou passagem a competências próprias de outras que anteriormente eram só delegadas pelo município).

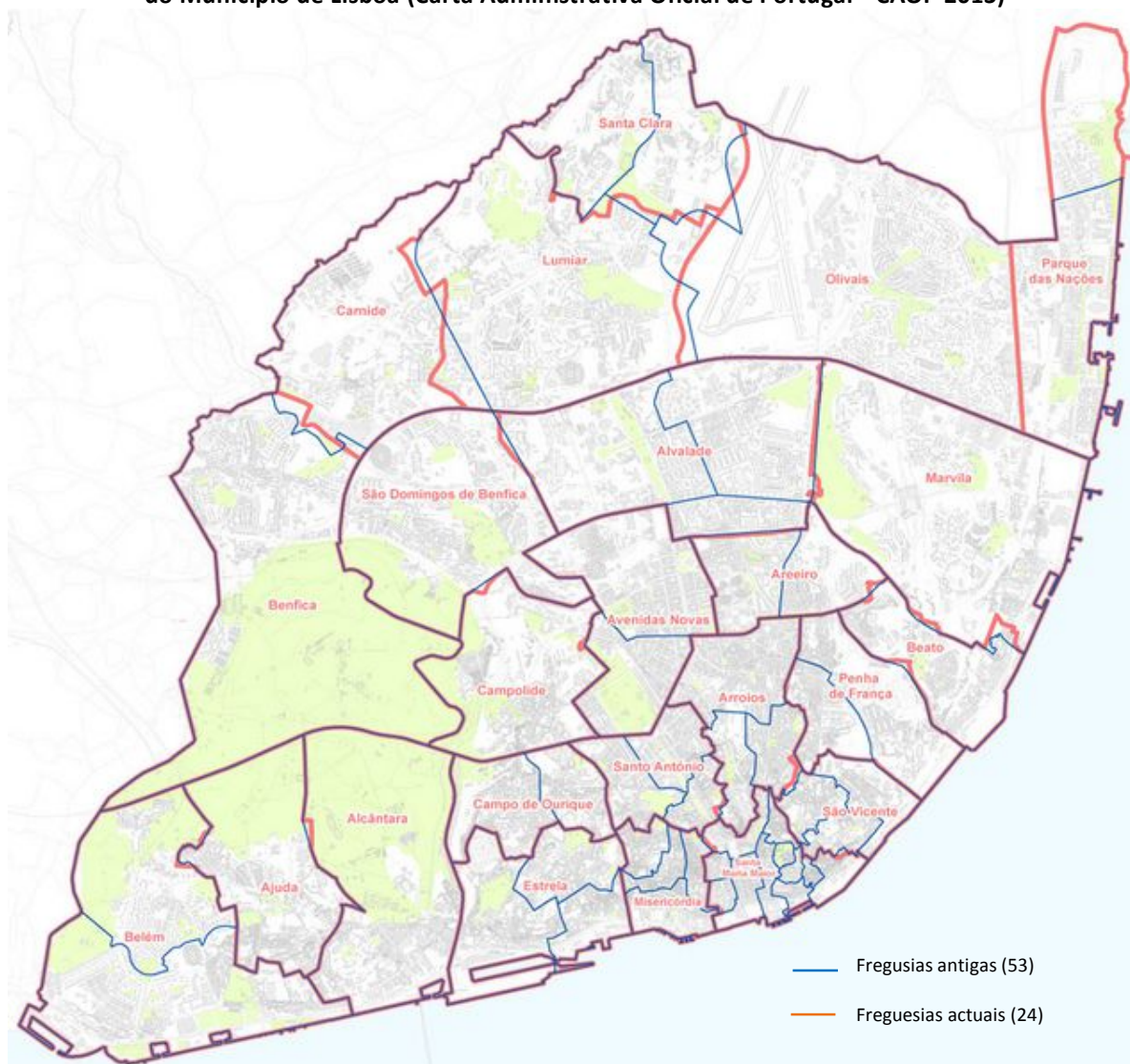
A reorganização administrativa de Lisboa coloca algumas dificuldades na análise e comparação de dados estatísticos nomeadamente os censitários, uma vez que as novas freguesias não são, com algumas excepções, o resultado da junção de 2 ou mais das freguesias antigas. Para além disso, a freguesia do Parque das Nações conta com uma área anteriormente pertencente a outro concelho.

Das 10 freguesias que se mantiveram (Ajuda, Alcântara, Beato, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Marvila, Olivais e São Domingos de Benfica), isto é, que não resultam da agregação de freguesias antigas, apenas 2, as freguesias de Alcântara e Campolide, não viram os seus limites alterados.

Quanto às restantes 14 novas freguesias, resultantes da junção de 2 ou mais das freguesias antigas, apenas 3 (Areeiro, Avenidas Novas e Penha de França) correspondem aos limites resultantes dessas agregações sem qualquer alteração.

O mapa seguinte apresenta os limites administrativos das antigas 53 freguesias e das novas 24 freguesias de Lisboa, de acordo com a Carta Administrativa Oficial de Portugal - CAOP 2013.

Mapa comparativo dos limites administrativos das antigas (53) e das novas (24) freguesias do Município de Lisboa (Carta Administrativa Oficial de Portugal - CAOP 2013)



A título de exemplo das alterações que se verificam, a freguesia do Lumiar manteve o nome e não agregou qualquer outra freguesia antiga, mas passou a integrar áreas das anteriores freguesias de Carnide, Santa Maria dos Olivais e Charneca, ao mesmo tempo que perdeu áreas para as novas freguesias de Santa Clara e Carnide, ao que corresponde uma variação de menos 4 098 indivíduos.

Esta realidade, e o facto de algumas freguesias também não conterem número inteiro de subsecções estatísticas, impossibilita o exercício de apuramento de dados às 24 novas freguesias exclusivamente por agregação dos dados estatísticos disponíveis às 53 freguesias anteriores.

No entanto, através da agregação de subsecções estatísticas, a Câmara procedeu a um apuramento considerado provisório, de algumas variáveis às 24 freguesias, que são utilizadas neste documento sempre que possível.

Com esta ressalva, identificam-se no quadro seguinte os nomes das freguesias antigas que deram origem às novas freguesias, assim como a Unidade de Intervenção Territorial (UIT)²³ a que pertencem.

REORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DE LISBOA - Lei nº 56/2012, de 8 de Novembro	FREGUESIAS ATUAIS	<i>freguesias antigas</i>	UIT
	Santa Clara	Ameixoeira	NORTE
Lumiar	Charneca		
Benfica	Lumiar		
Carnide	Benfica		
São Domingos de Benfica	Carnide		
Ajuda	São Domingos de Benfica	OCIDENTAL	
Alcântara	Ajuda		
Belém	Alcântara		
Beato	Santa Maria de Belém	ORIENTAL	
Marvila	São Francisco Xavier		
Olivais	Beato		
Parque das Nações	Marvila		
Alvalade	Santa Maria dos Olivais	CENTRO	
Areiro	Alvalade		
Arroios	Campo Grande		
Avenidas Novas	São João de Brito		
Campolide	Alto do Pina		
Santo António	São João de Deus		
	Anjos		
	Pena		
	São Jorge de Arroios	CENTRO HISTÓRICO	
Campo de Ourique	Nossa Senhora de Fátima		
Estrela	São Sebastião da Pedreira		
Misericórdia	Campolide		
	Coração de Jesus		
	São José		
	São Mamede		
	Santa Isabel		
	Santo Condestável		
	Lapa		
	Prazeres		
	Santos-O-Velho		
	Encarnação		
	Mercês		
	Santa Catarina		
	São Paulo		
	Castelo		
	Madalena		
	Mártires		
	Sacramento		
	Santa Justa		
	Santiago		
	Santo Estevão		
	São Cristovão e São Lourenço		
	São Miguel		
	São Nicolau		
	Sé		
	Socorro		
	Penha de França		
	São João		
	Graça		
	Santa Engrácia		
	São Vicente de Fora		

²³ As UIT são zonas de gestão camarária constituídas por equipas multidisciplinares preparadas para intervir no espaço público e equipamentos da sua área.

VII – QUEM SOMOS E COMO VIVEMOS

VII.1 - Demografia

Lisboa é a capital de um país com 10,5 milhões de habitantes, 95% dos quais no Continente, e centro de uma Região Metropolitana com uma população de 2,8 milhões de habitantes (Censos 2011). A Sub-Região da Grande Lisboa tinha então pouco mais de 2 milhões, dos quais mais de 1/4 habitava em Lisboa Cidade.

Inversamente ao sucedido no País, no Continente, na Região e na Sub-Região, Lisboa diminuiu a sua população em relação a 2001.

População residente e sua distribuição por sexo em 2011 – Variação intercensos

Território	População Residente 2011					Variação 2001-2011
	HM	H		M		
		Total	%	Total	%	
Portugal	10 562 178	5 046 600	47,8	5 515 578	52,2	1,99
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: Retrato da Saúde em Lisboa, Junho 2013 (INE, Censos 2011 – População residente (N.º) por local de residência, Sexo e Grupo

Principais indicadores demográficos, 2011

Território	Taxa de crescimento efectivo	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
Lisboa Cidade	-0,32	-0,16	10,5	12,1	46,7	51,7

Fonte: Retrato da Saúde em Lisboa, Junho 2013 (INE, Indicadores de População por Município, Anuário Estatístico da Região de Lisboa)

A cidade de Lisboa vê diariamente o número dos seus utilizadores crescer dos cerca de 553 mil residentes²⁴ para as 930 mil pessoas, fruto dos movimentos pendulares casa-trabalho e casa-escola.

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

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

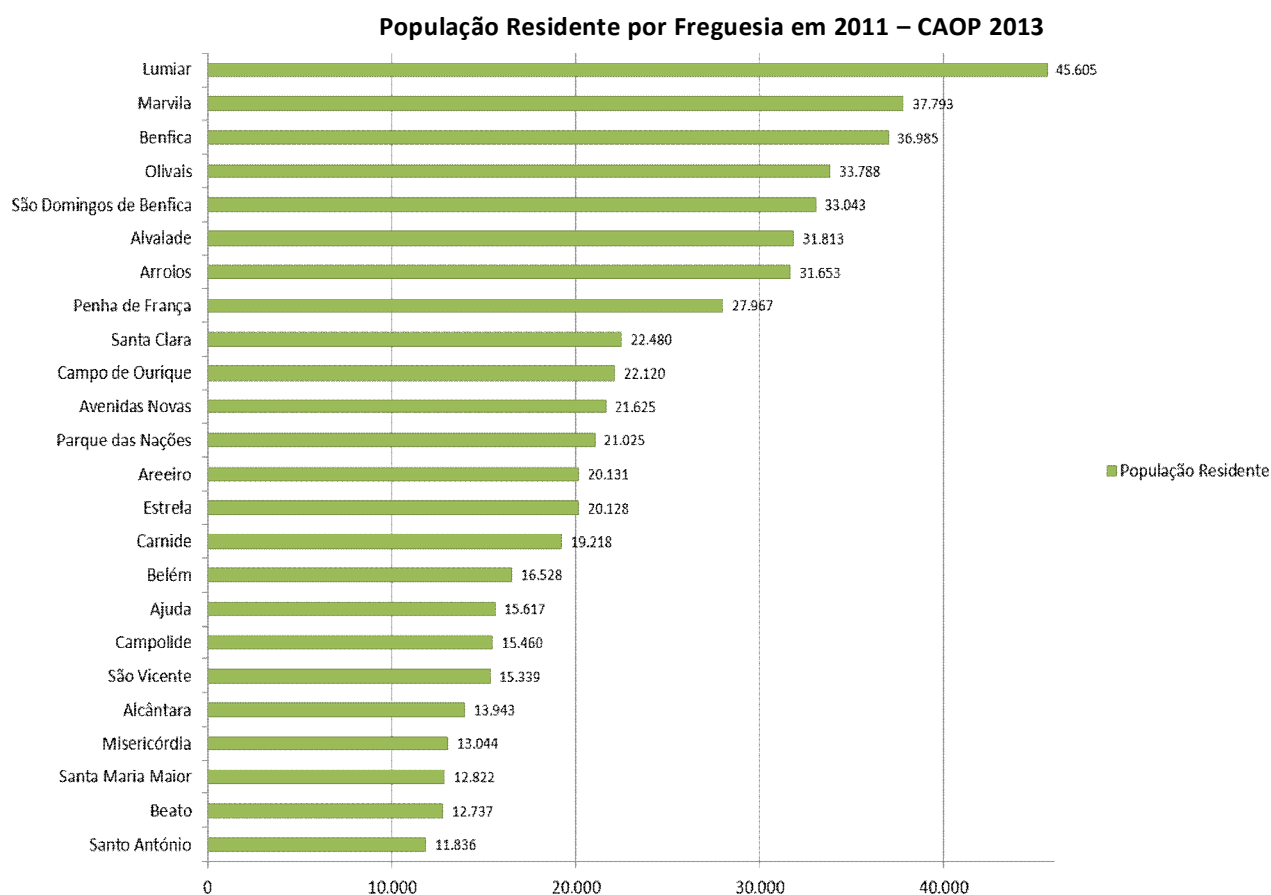
A atracção exercida pela cidade de Lisboa na Região traduz-se numa maior carga na utilização dos equipamentos e infra-estruturas e simultaneamente, na necessidade de dotar a cidade de condições, não só para os residentes, mas também para os que a utilizam, sendo este é um dos objectivos estratégicos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

²⁴ Censos 2011 segundo a CAOP 2013 – 24 freguesias

VII.1.1 - Distribuição da população residente em 2011 pelas freguesias actuais (CAOP 2013)

COD	Freguesia	Indivíduos
1	Ajuda	15.617
2	Alcântara	13.943
7	Beato	12.737
8	Benfica	36.985
10	Campolide	15.460
11	Carnide	19.218
18	Lumiar	45.605
21	Marvila	37.793
33	Olivais	33.788
39	São Domingos de Benfica	33.043
54	Alvalade	31.813
55	Areiro	20.131
56	Arroios	31.653
57	Avenidas Novas	21.625
58	Belém	16.528
59	Campo de Ourique	22.120
60	Estrela	20.128
61	Misericórdia	13.044
62	Parque das Nações	21.025
63	Penha de França	27.967
64	Santa Clara	22.480
65	Santa Maria Maior	12.822
66	Santo António	11.836
67	São Vicente	15.339
	Total Lisboa	552.700

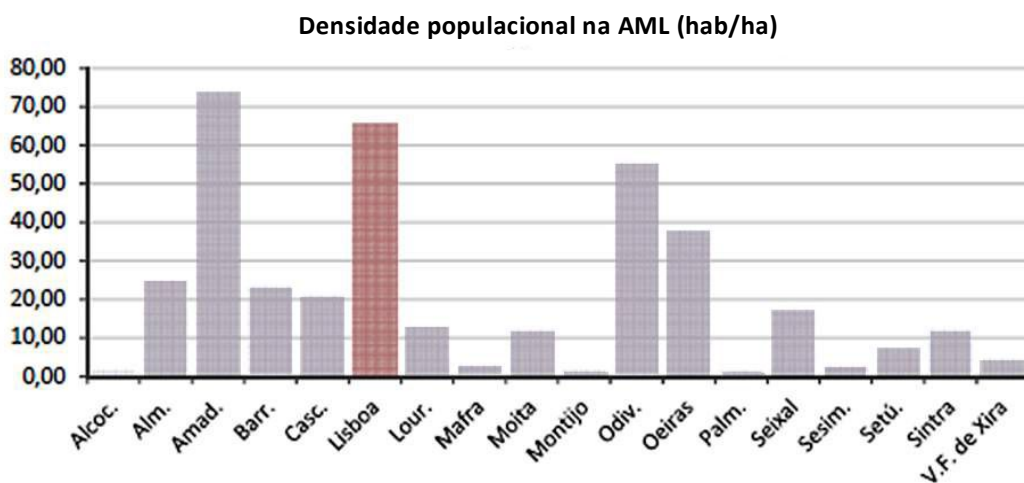
Fonte: INE, Censos 2011 - População residente por freguesia, apurada segundo a CAOP 2013



Fonte: INE, Censos 2011 - População residente por freguesia, apurada segundo a CAOP 2013

VII.1.2 - Densidade populacional

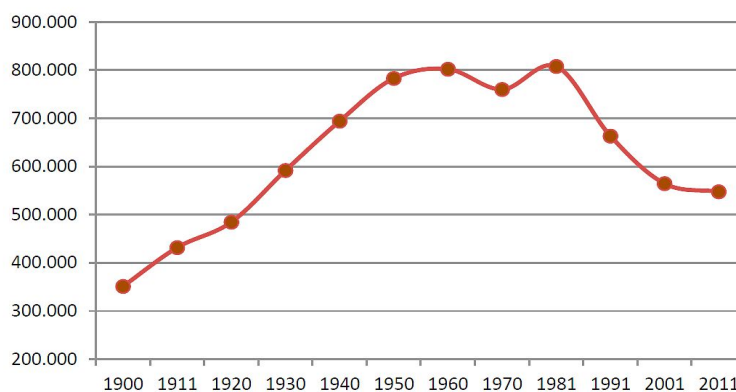
Lisboa tem, comparativamente aos restantes concelhos, uma densidade populacional elevada (65 hab/ha), só ultrapassada pelo Concelho da Amadora (74 hab/ha) e apenas semelhante a Odivelas (55 hab/ha).



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

VII.1.3 - Evolução da população residente e do edificado 1960, 2001 e 2011

Até ao início da década de 1980, a população residente em Lisboa aumentou até ultrapassar os 800 mil habitantes. Este crescimento foi quase sempre linear, com exceção do período da década de 1960 em que, a par da saída de residentes em busca de melhores condições de habitabilidade na periferia, a cidade viu a população descer em resultado da guerra colonial, perda que foi compensada na década seguinte com a vinda da população das antigas colónias na sequência do processo de descolonização.



Fonte: INE, I.P., Censos 2011, Ano: 2011

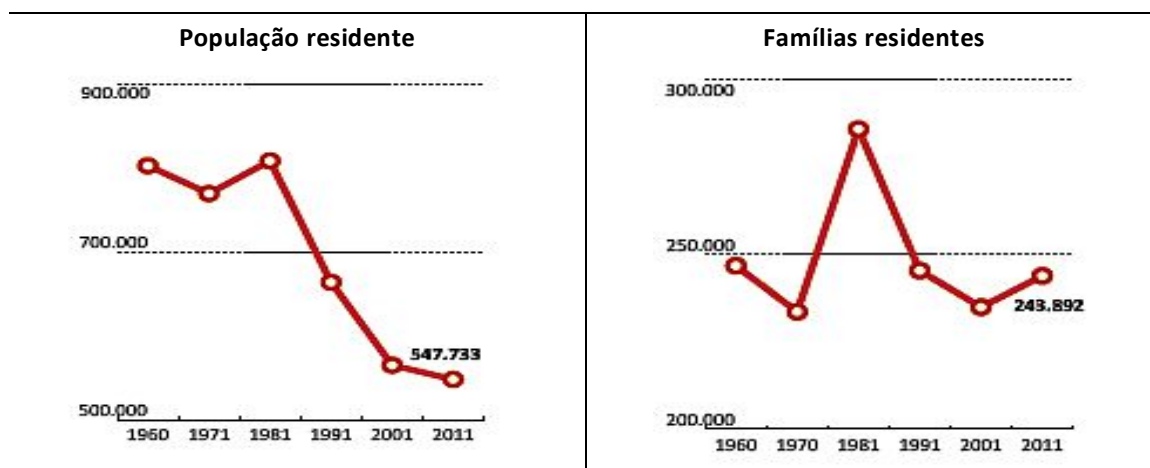
A partir do Recenseamento Geral à População em 1981, a população a residir no concelho tem vindo a decrescer, tendo atingido o valor de 564 657 habitantes em 2001. Na última década o ritmo de decréscimo da população foi menor, atingindo a população residente o valor de 547 733 habitantes em 2011. Se considerarmos os novos limites administrativos da cidade após 2013, que passaram a integrar uma parcela de território anteriormente pertencente ao Município de Loures, a população em 2011 seria de 552 700 habitantes, valor ainda assim inferior ao de 2001.

Apesar do abrandamento da tendência de perda de população residente das últimas décadas, a população lisboeta é hoje inferior à população residente em 1930.

Depois da perda populacional verificada ao longo das últimas 3 décadas, a população de Lisboa tende a estabilizar, registando um claro abrandamento do ritmo da perda demográfica face às décadas anteriores.

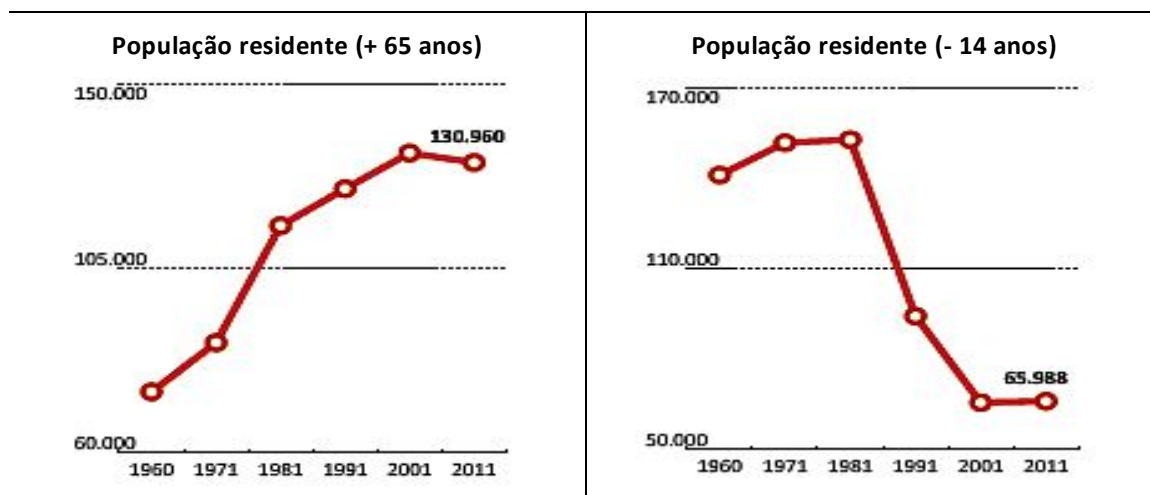
Ao longo dos últimos 30 anos, Lisboa perdeu 260 204 habitantes (cerca de 1/3 da sua população).

O ritmo da perda demográfica foi decrescente: -17,9% entre 1981 e 1991
 -14,9% entre 1991 e 2001
 -3% entre 2001 e 2011



Fonte: INE, I.P., Censos 2011, Ano: 2011

De 2001 para 2011, enquanto a população residente decresceu (-3%) o número de famílias cresceu (+4%), reflectindo alterações recentes da estrutura familiar



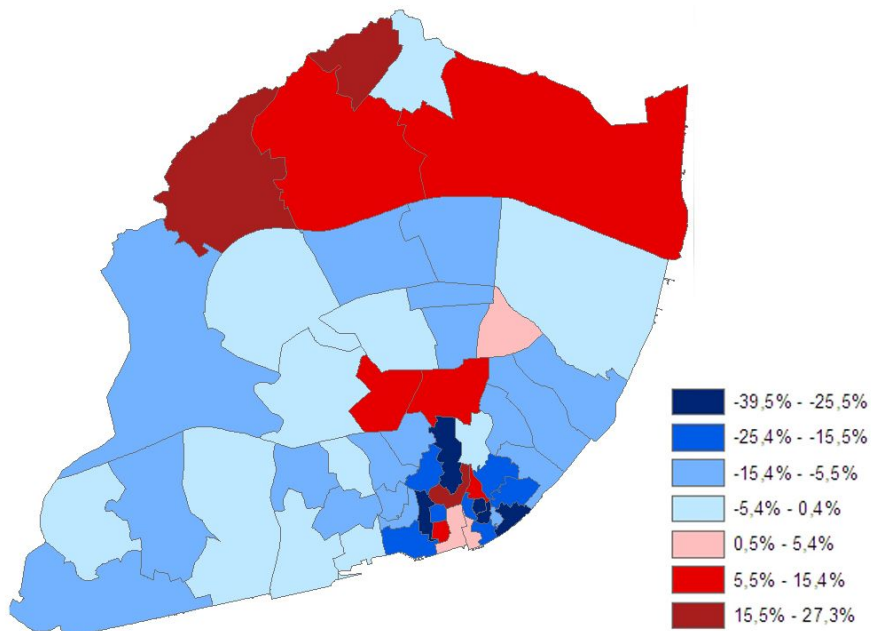
Fonte: INE, I.P., Censos 2011, Ano: 2011

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

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

Analisando as taxas de variação da população residente por freguesia, esboça-se na última década uma tendência de retorno ao centro e ao centro histórico, nomeadamente nas freguesias de Avenidas Novas, Santa Maria Maior e Misericórdia, que viram a sua população aumentada, em larga medida por via da instalação de casais jovens e das populações imigrantes que se instalaram em edifícios relativamente degradados e por isso com preços mais acessíveis.

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



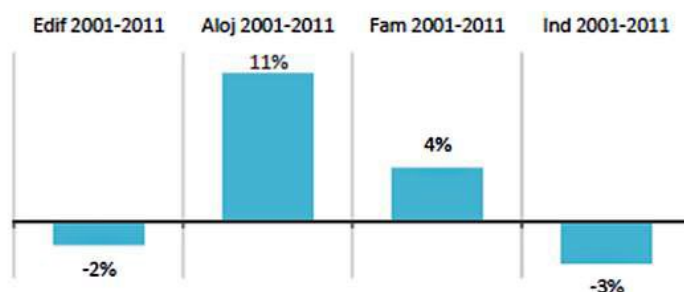
Contudo, mais relevantes em valores absolutos são as dinâmicas demográficas positivas provocadas pelos dois grandes projectos urbanísticos desenvolvidos na cidade de Lisboa – Parque das Nações e Alta de Lisboa, responsáveis por aumentos demográficos significativos nas freguesias de Carnide, Lumiar, Santa Clara e Parque das Nações.

Entretanto, se entre 2001 e 2011, Lisboa perdeu população e viu aumentar o número de famílias:

- 3% indivíduos
- +4% famílias

também quanto ao edificado houve variações entre os edifícios e os alojamentos, correspondendo a maiores volumetrias e maior número de alojamentos por edifício:

- 2% edifícios
- +11% alojamentos



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

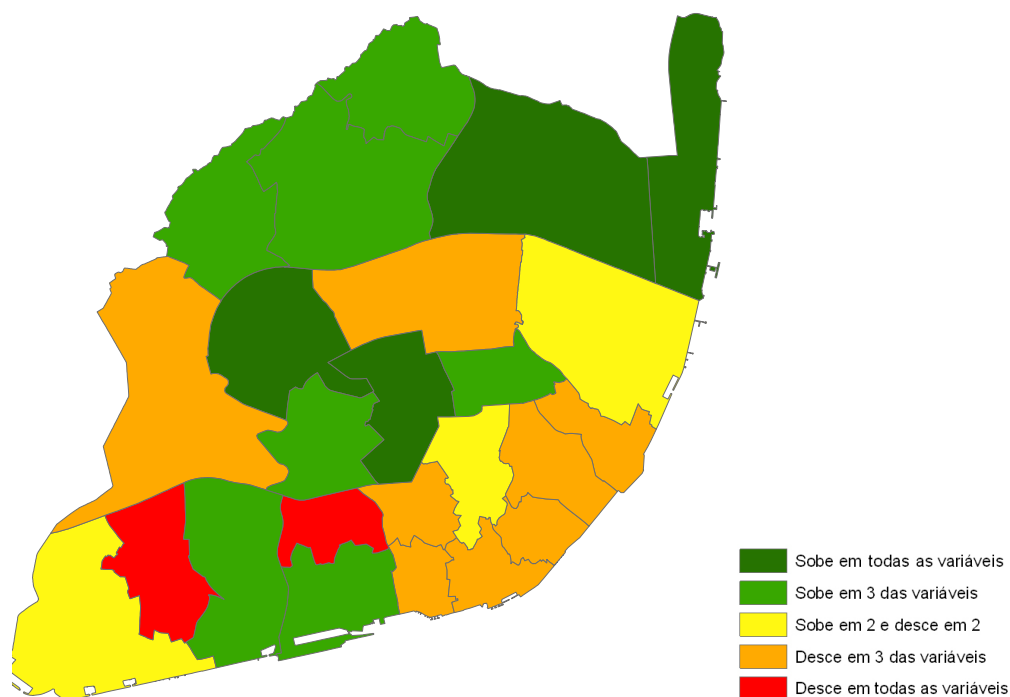
As perdas e ganhos destas quatro variáveis revelam uma dinâmica positiva no interior do centro da cidade (Areeiro, Avenidas Novas, Campolide), em áreas já há muito consolidadas (Estrela e Alcântara) e nas de natural expansão da Cidade (Carnide, Lumiar, Santa Clara, Olivais e agora Parque das Nações).

Inversamente, o Centro Histórico (Santa Maria Maior), freguesias vizinhas ribeirinhas (Misericórdia, São Vicente de Fora, Penha de França e Beato), tal como a área da Avenida da Liberdade (Santo António), estão em dinâmica regressiva.

Em efectiva perda estão Campo de Ourique e Ajuda. As freguesias com evolução próxima da média da cidade são Marvila, Arroios e Belém.

A dinâmica da reabilitação urbana poderá vir a contribuir para o repovoamento das freguesias em perda, criando perspectivas ao desenvolvimento do mercado de arrendamento, oferecendo condições para a instalação de novos moradores a custos mais acessíveis.

Classificação da variação de Edifícios, Alojamentos, Famílias e Indivíduos nas novas freguesias



Fonte: CML/Censos Lisboa 2011 / INE, Censos 2011

VII.1.4 - Projecções demográficas – PDM

A Carta de Equipamentos de Saúde foi elaborada em 2008, 7 anos após os Censos de 2001 e depois de um processo intenso de ocupação e transformação do uso do solo nas freguesias da coroa norte da cidade, que fez surgir novas e extensas zonas habitacionais como o Parque dos Príncipes, a Ameixoeira, as Galhardas, a Alta de Lisboa, a zona central de Chelas ou o Parque das Nações, que no seu conjunto albergam uma população estimada em quase 55 000 habitantes.

Admitindo que a população da cidade estaria a estabilizar, estando a perda de população verificada nas 3 últimas décadas progressivamente a diminuir até uma expressão pouco significativa, a metodologia então utilizada redistribuiu a população dos Censos 2001 pela cidade, estimando uma compensação entre os ganhos em população nos novos territórios ocupados e a perda nas zonas consolidadas, de forma a manter o número total de habitantes.

Tendo sido opção do município, não proceder ao planeamento dos equipamentos senão para a satisfação das necessidades presentes, não foram construídos cenários prospectivos para base da avaliação de necessidades futuras.

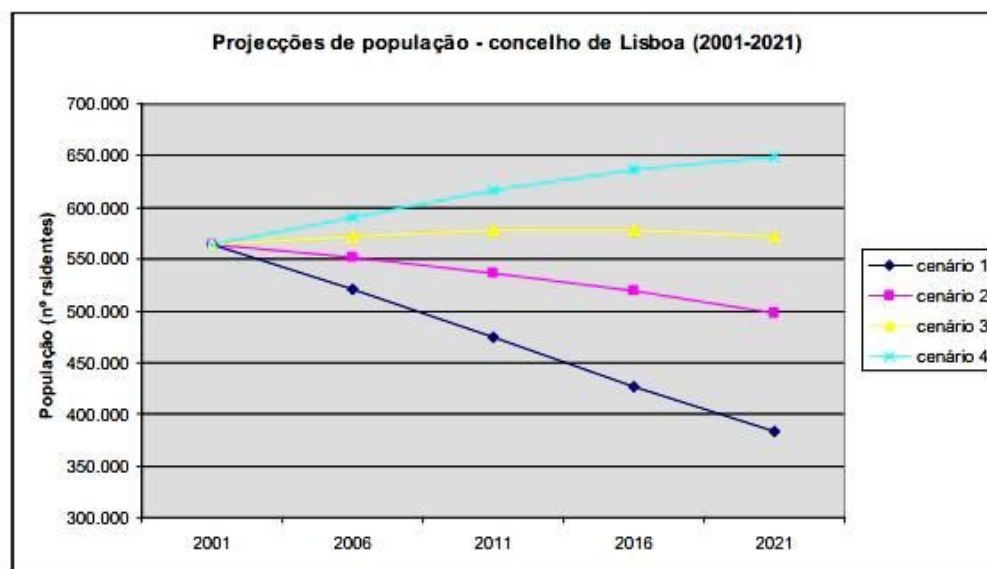
Este exercício só foi realizado em 2011 no âmbito da Revisão do Plano Director Municipal (PDM), ainda antes da realização dos Censos de 2011, tendo sido elaborada uma estimativa para 2006 e projecções para 2011, 2016, 2021 e 2026.

Para cada uma das datas foram considerados 4 cenários designados por “1. muito desfavorável”, “2. desfavorável”, “3. estabilização” e “4. crescimento moderado”.

O primeiro cenário “muito desfavorável”, embora passível de concretização, foi considerado como claramente indesejável, assumindo-se que as políticas municipais relativas ao ordenamento do território e à habitação procurarão contrariar a significativa tendência para a perda populacional e para o forte envelhecimento que se verificou nos decénios de 80 e 90.

Nos restantes cenários, as projecções são as de que Lisboa continuaria a perder população, ainda que moderadamente (2. cenário desfavorável), recuperaria ligeiramente para voltar a perder população (3. cenário de estabilização) e inverteria a tendência de perda de população apresentando já um acréscimo de 9% em 2011 (4. Cenário de crescimento moderado).

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
Cenário 2	564 657	551 548	536 575	519 059	497 973	474 366
Cenário 3	564 657	572 581	577 693	578 270	571 731	557 202
Cenário 4	564 657	590 881	615 838	636 409	649 029	650 765



Fonte: PDM

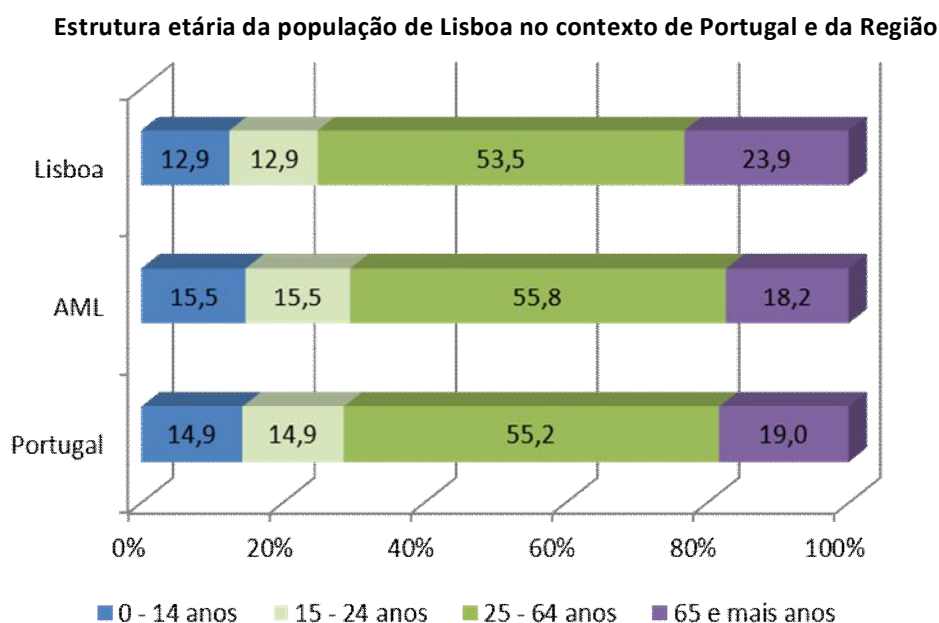
Os Censos de 2011 vieram a revelar um total de residentes de 547 733 (53 freguesias), correspondente a um decréscimo entre 2001 e 2011, na ordem dos 3% (-16 924 habitantes), realidade situada entre os cenários 2 e 3.

Com a Revisão das Cartas de Equipamentos já em curso, em que se inclui a Carta de Equipamentos de Saúde, haverá no entanto que complementar o cenário projectado, avaliando em detalhe, território a território, o potencial de crescimento demográfico, a partir da construção de novos fogos e da reocupação dos fogos vagos.

Este crescimento é não só desejável como constitui um objectivo político para a cidade, para o qual concorrem as diversas políticas municipais de atracção de novos residentes, cujas necessidades em equipamentos têm de ser acauteladas e supridas, constituindo a oferta em equipamentos um dos factores de atracção, ao assegurar melhores condições para habitar a cidade.

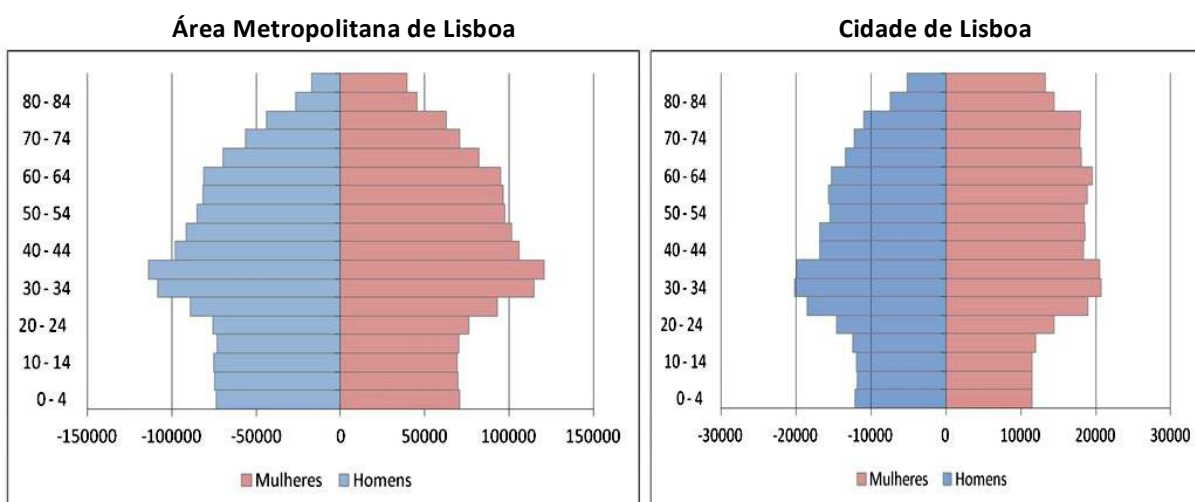
VII.1.5 - Estrutura etária

Comparativamente com o País e a Região, Lisboa apresentava em 2011 simultaneamente uma percentagem de idosos superior à média e uma percentagem de crianças inferior, conforme se observa no quadro seguinte:



Fonte: INE, I.P., Censos 2011

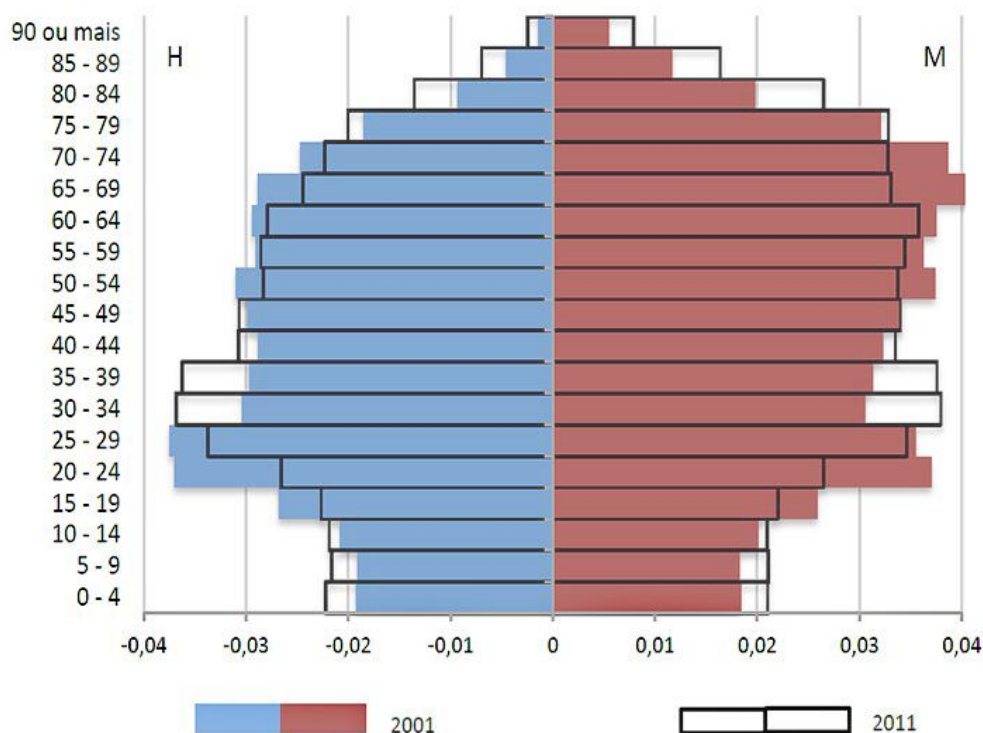
A pirâmide etária da cidade apresenta uma configuração envelhecida em comparação com a da Região, particularmente a partir do grupo etário dos 45-49 anos, em que o sexo feminino se torna predominante. A proporção de mulheres na cidade (54,2%) é superior à encontrada na Região (52,7%).



Fonte: Censos 2011

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

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



Fonte: CML, Plano de Acessibilidade Pedonal

Em 2011, a população jovem (0–14 anos) representava cerca de 13% do total da população. A proporção da população em idade activa (15–64 anos) era de cerca de 63% e os idosos (65 anos e mais) tinham um peso relativo de cerca de 24% do total, contabilizando 130 960 indivíduos.

No conjunto da população idosa (65 e mais anos), verificou-se um importante acréscimo (cerca de 3%) da população muito idosa (75 ou mais anos). A proporção de indivíduos muito idosos no total da população era em 2001 de 10,3%, tendo passado para cerca de 13% em 2011.

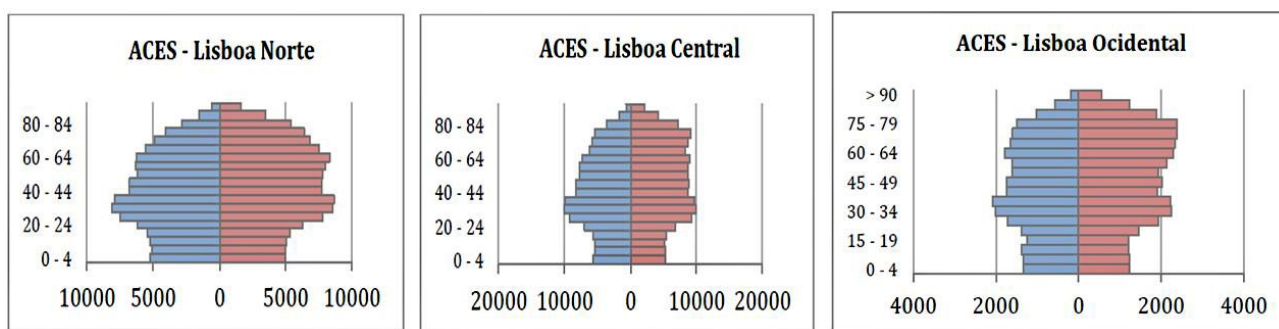
Apesar da tendência de envelhecimento verificada anteriormente se manter, o índice de envelhecimento²⁵ desceu de 203 para 186 idosos por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011.

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

-19% (15 aos 29 anos)	+8% (0 aos 14 anos)
-7% (45 aos 64 anos)	+13% (30 aos 44 anos)
-18% (65 aos 74 anos)	+19% (75+)

²⁵ Relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

Se se considerar as áreas territoriais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), verifica-se que do ACES Lisboa Norte para o ACES Lisboa Ocidental²⁶ o envelhecimento é mais marcado.

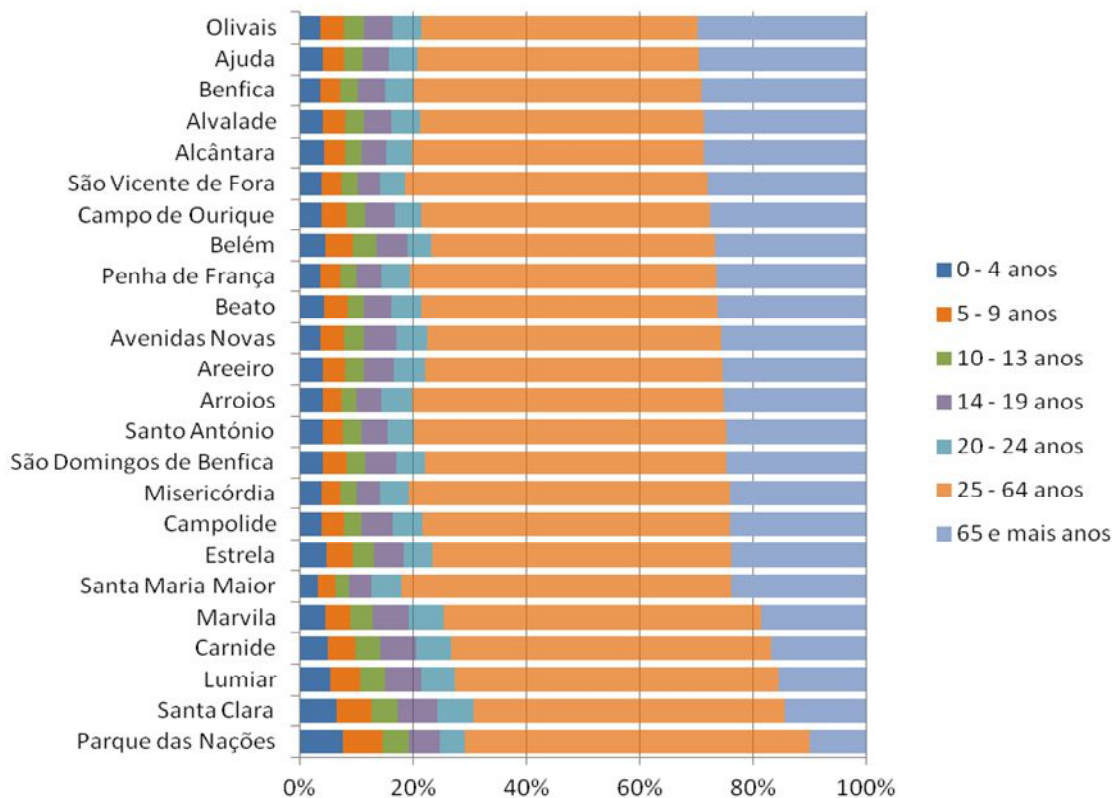


Fonte: Retrato da Saúde em Lisboa, Junho 2013

Analisando a Estrutura Etária por freguesia, as freguesias mais envelhecidas são Olivais, Ajuda, Benfica e Alvalade, enquanto Lumiar, Santa Clara e Parque das Nações apresentam a maior percentagem de crianças.

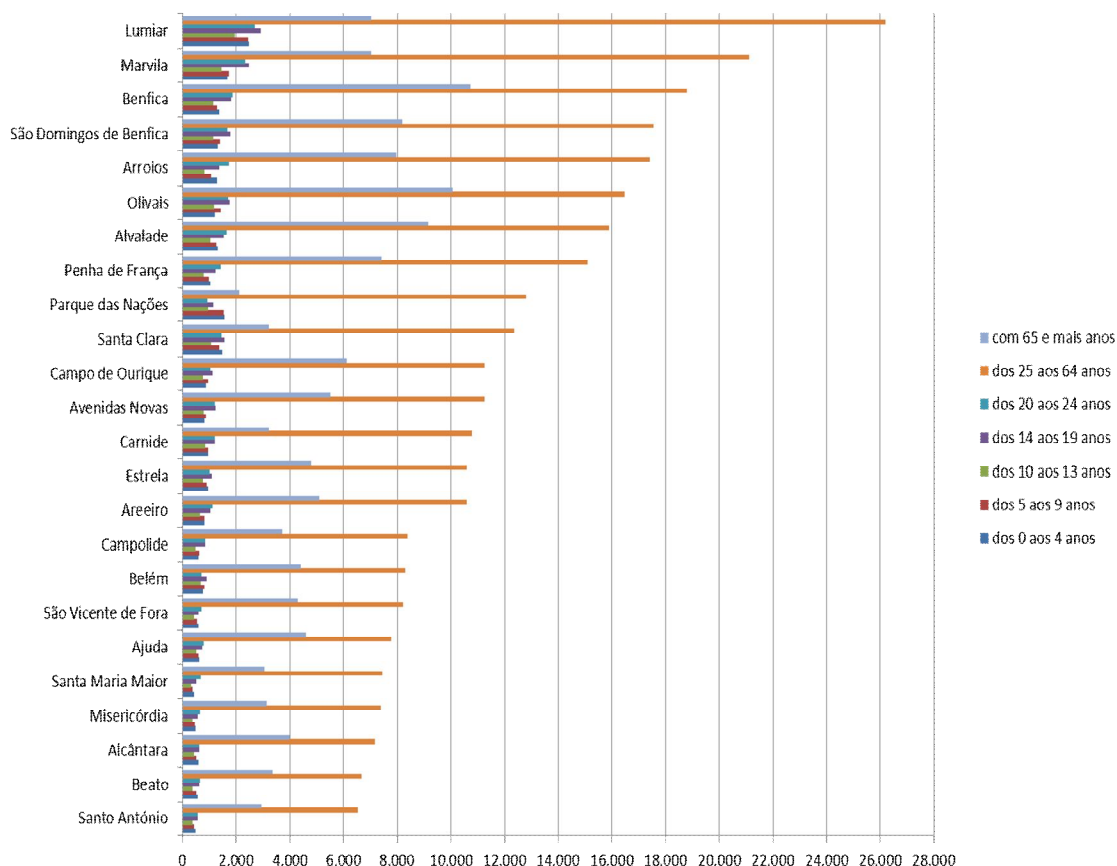
Esta realidade corresponde no entanto a diferentes características de ocupação e diferentes estruturas socioeconómicas, nomeadamente nas freguesias de Santa Clara e Parque das Nações, a primeira com estratos socioeconómicos mais baixos e famílias mais numerosas, enquanto a segunda corresponde a uma ocupação recente com agregados familiares mais jovens com filhos ainda pequenos.

Estrutura Etária por Freguesia (CAOP 2013) – Censos 2011
em %



²⁶ ACES Lisboa Ocidental e Oeiras apenas considerados os dados referentes às freguesias de Lisboa

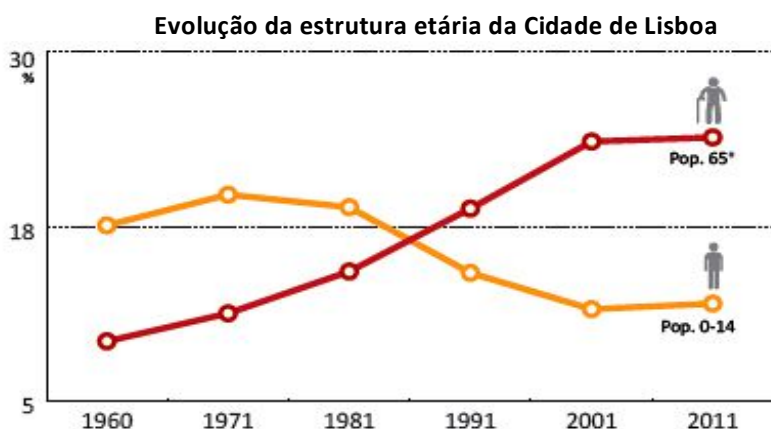
Estrutura Etária por Freguesia (CAOP 2013) – Censos 2011 em valor absoluto



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

Acresce ainda que a população de Lisboa é maioritariamente feminina, o que está sobretudo relacionado com o fenómeno do envelhecimento. O valor da relação de masculinidade em 2011 era de 85 homens por cada 100 mulheres.

Igual estabilização e inversão da tendência se verificou também na última década para a população jovem (65 548 jovens em 2001 contra 70 494 em 2011).



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

Em resultado da crise económica, tanto o total de população como a estrutura etária ter-se-ão ainda alterado nos últimos 3 anos, sendo significativa a saída do país de mão de obra qualificada, sobretudo de jovens recém-licenciados.

Esta realidade reflecte-se tanto no total da população pela saída directa de pessoas, como no envelhecimento da população, pela saída de adultos em idade activa, e pela consequente redução da taxa de natalidade.

O desejado rejuvenescimento do tecido social, tanto ao nível nacional como da cidade de Lisboa, desígnio expresso nos objectivos do PDM em vigor, é desde modo também dificultado, sendo contrariado apenas pelo crescente quantitativo de imigrantes, que a cidade de Lisboa continua a captar.

VII.1.6 - Dimensão e estrutura da família

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

Em Portugal as famílias são hoje em maior número e a sua dimensão média diminuiu, em consequência do aumento do número das famílias unipessoais e da redução do número de famílias numerosas.

As pessoas que vivem sós são sobretudo idosos de ambos os sexos e mulheres, dois grupos que o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento²⁷ identifica como sendo particularmente afectados pelo risco de pobreza.

Os núcleos familiares constituídos por um casal (de direito ou de facto) com pelo menos um filho representavam metade dos núcleos familiares em 2011. Observa-se, contudo, um decréscimo de 7% em relação 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 afectadas 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 afectadas pelo risco de pobreza: 9,1% e 15,6% respectivamente em 2010 (INE, 2013)

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).

**Famílias monoparentais com pelo menos 1 filho menor de 25 anos;
% em relação ao nº de famílias clássicas em 2011**

	Nº Famílias Clássicas	Nº Famílias Monoparentais	% Famílias Monoparentais	Pai	Mãe
Continente	3 859 188	235 457	6,1	12,3	87,7
Grande Lisboa	835 653	64 410	7,7	13,3	85,7
Lisboa Cidade	243 892	16 155	6,6	14,6	85,4

- 6% das famílias são monoparentais (pai ou mãe com pelo menos um filho com menos de 25 anos)
- 36% mais do que em 2001
- 85% das famílias monoparentais são constituídas pela mãe

²⁷ INE, 2011

As famílias com 3 ou mais crianças dependentes seguidas das famílias monoparentais, sobretudo se tiverem crianças a seu cargo, apresentam um risco acrescido de pobreza, quando comparadas com os outros agregados.

**Taxa de Risco de pobreza (60% da mediana) após transferências sociais,
por composição do agregado familiar, Portugal, EU-SILC 2010-2013**

					Unidade: %
Ano de referência dos dados	2009	2010	2011	2012	
Total, sem crianças dependentes	16,5	15,8	15,2	15,0	
1 adulto sem crianças	30,1	27,5	24,2	21,9	
1 adulto com menos de 65 anos, sem crianças	22,2	23,2	20,7	22,3	
1 adulto com 65 + anos, sem crianças	34,9	30,1	26,6	21,6	
2 adultos ambos c/ menos de 65 anos, sem crianças	16,6	16,2	16,6	17,0	
2 adultos, pelo menos 1 c/ 65 + anos, sem crianças	20,3	19,5	16,5	13,4	
Outros agregados, sem crianças	9,1	9,1	10,1	12,0	
Total, com crianças dependentes	19,1	20,1	20,5	22,2	
1 adulto c/ pelo menos 1 criança	37,0	27,9	30,7	33,1	
2 adultos com 1 criança	12,6	15,6	16,2	16,0	
2 adultos com 2 crianças	17,1	19,8	17,0	19,8	
2 adultos com 3 + crianças	33,2	34,5	41,2	40,4	
Outros agregados, com crianças	20,7	19,5	22,5	23,8	
	EU-SILC	2010	2011	2012	2013

Nota: são consideradas "crianças dependentes" todos os indivíduos com menos de 18 anos, bem como os indivíduos entre 18 e 24 anos economicamente dependentes.

Fonte: EU-SILC: Inquérito às Condições de Vida e Rendimento

A percentagem de indivíduos que vivem sozinhos é significativa. Ao 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 atinge os 35%.

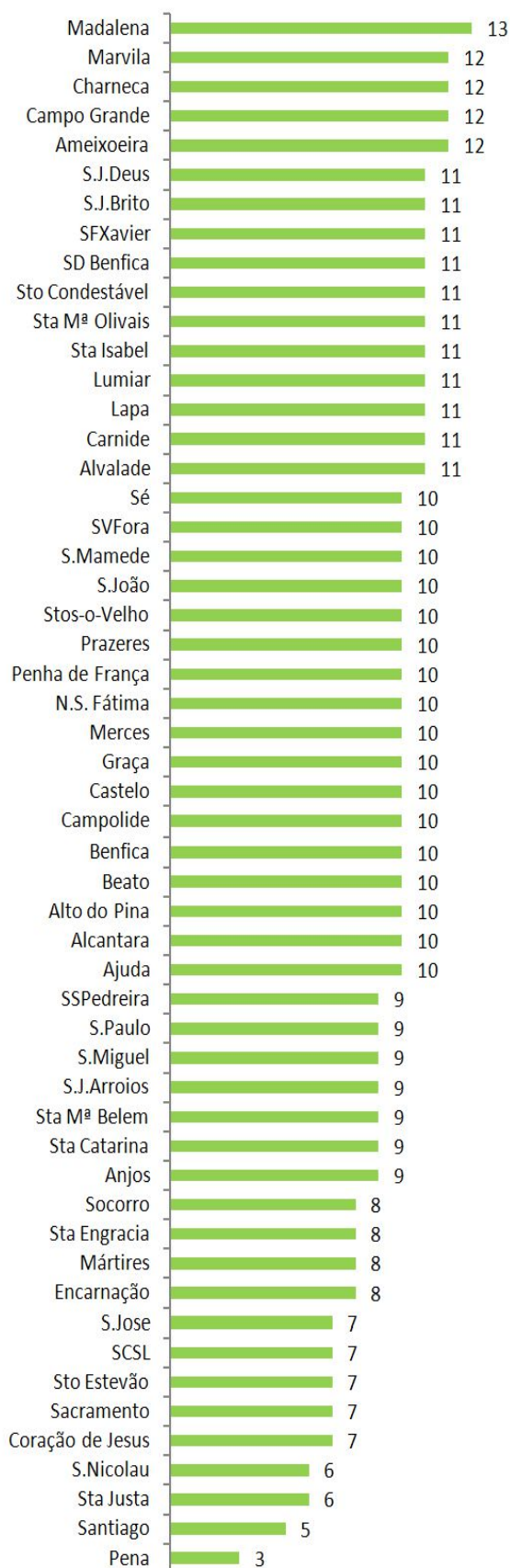
Segundo os gráficos seguintes e considerando as 53 freguesias antigas de Lisboa, podemos constatar as elevadas percentagens de "Famílias Unipessoais", oscilando entre 22%, valor mais baixo (Marvila), e 51%, valor mais alto (S. Miguel), sendo a média do concelho de 35%, o que significa que praticamente 4 em cada 10 famílias são constituídas por uma pessoa a viver sozinha (família unipessoal).

Esta situação poderá ser explicada pela estrutura etária da população residente em Lisboa, em que 24% têm mais de 65 anos e o grupo etário [25-64] representa 54% da população, ou seja 75% dos residentes de Lisboa têm mais de 25 anos.

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

- das 85 244 famílias unipessoais na cidade de Lisboa, 42,8% eram pessoas a viverem sós com mais de 65 anos.

Percentagem de famílias monoparentais nas freguesias antigas de Lisboa



Percentagem de famílias unipessoais nas freguesias antigas de Lisboa



VII.1.7 - Natalidade e Mortalidade

A evolução da Taxa Bruta de Natalidade²⁸ no Concelho de Lisboa revela uma quebra acentuada nas décadas de 1990 e 2000, para recuperar mais de 1 ponto na década seguinte e descer novamente na década presente embora mantendo-se acima dos 10‰.

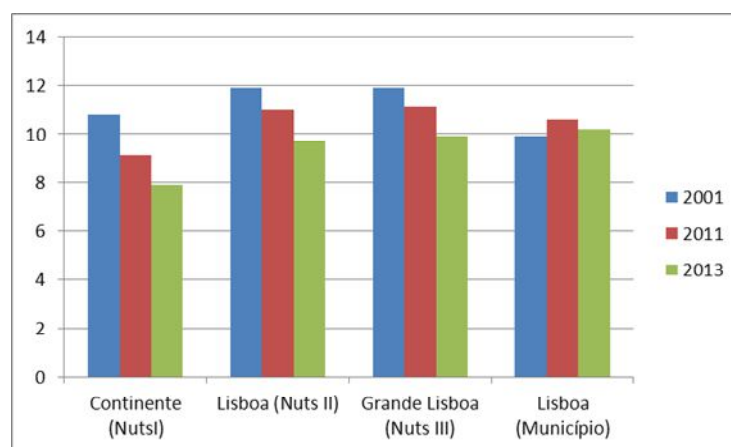
Evolução da Taxa Bruta de Natalidade no Concelho de Lisboa 1981 a 2013

Anos	Taxa Bruta de Natalidade
1981	12,2
1995	8,8
2001	9,9
2009	11,3
2010	11,4
2011	10,6
2012	10,2
2013	10,2

Fonte: PORDATA²⁹

Comparativamente ao Continente, à Região e à Grande Lisboa, cujas evoluções foram sempre decrescentes desde 2001, o concelho de Lisboa apresenta hoje a taxa de Natalidade mais alta (10,2), sendo a média do Continente 7,9.

Evolução da Taxa Bruta de Natalidade no Continente, Região, Sub-Região e Cidade de Lisboa 2001 a 2013



Regiões	2001	2011	2013
Continente (Nuts I)	10,8	9,1	7,9
Lisboa (Nuts II)	11,9	11,0	9,7
Grande Lisboa (Nuts III)	11,9	11,1	9,9
Lisboa (Município)	9,9	10,6	10,2

²⁸ Número de crianças que nascem anualmente por cada 1000 habitantes

²⁹ (Fonte: INE - Estatísticas de nados-vivos, INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960;1981) e Estimativas Anuais da População Residente (desde 1982, inclusive)

Comparando a Taxa Bruta de Natalidade, concelho a concelho, verifica-se em 2013 que com a mesma taxa verificada em Lisboa existem mais 4 concelhos, três na Região (Loures, Alcochete e Montijo) e um na Região Autónoma dos Açores (Madalena, Pico) e apenas três concelhos no Continente (Alvito, Odivelas e Campo Maior) e um na Região Autónoma dos Açores (Ribeira Grande, São Miguel) apresentam uma taxa superior a Lisboa.

Concelhos	Taxa Bruta de Natalidade, 2013
Ribeira Grande	12,8
Alvito	11,4
Odivelas	10,9
Campo Maior	10,5
Lisboa	10,2
Loures	10,2
Alcochete	10,2
Montijo	10,2
Madalena	10,2
Amadora	10,1

Fonte: PORDATA

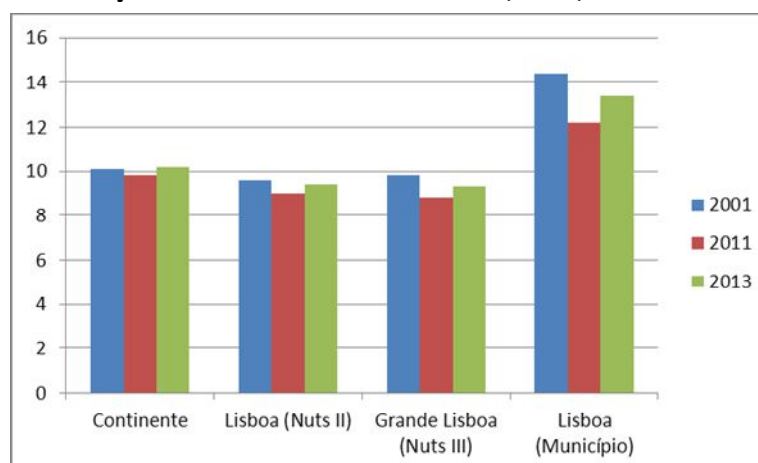


Fonte: PORDATA

Apesar da Taxa Bruta de Natalidade de Lisboa ser das mais altas no país, o saldo natural é negativo, dado ser inferior à Taxa Bruta de Mortalidade.

Por outro lado, também a Taxa Bruta de Mortalidade³⁰ na cidade de Lisboa é superior à verificada no Continente, na Região e na Sub-Região e o tem sido sempre desde 1981.

Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade, 2001, 2011 e 2013



Fonte: PORDATA

Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade de 1960 a 2013

	1960	1981	1996	2001	2009	2010	2011	2012	2013
Portugal	10,7	9,7	10,6	10,1	9,9	10,0	9,7	10,2	10,2
Continente	10,6	9,7	10,6	10,1	9,9	10,0	9,8	10,3	10,2
Região de Lisboa	9,5	8,4	10,2	9,6	9,2	9,4	9,0	9,3	9,4
Grande Lisboa	9,7	8,8	10,3	9,8	9,2	9,4	8,8	9,2	9,3
Lisboa Cidade	10,5	12,4	15,5	14,4	13,3	13,8	12,2	13,3	13,4

Fonte: PORDATA

No entanto, se analisarmos a evolução da Taxa de Mortalidade Infantil³¹, os valores de Lisboa Cidade a partir de 1981 tem sido próximos das restantes áreas geográficas de referência, que, fruto da criação e expansão do Serviço Nacional de Saúde viram a sua taxa, verificada na década de 1960, ser reduzida cerca de 70%, esbatendo-se a diferença existente até então entre Lisboa e o resto do país.

Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade Infantil de 1960 a 2013

	1960	1981	1996	2001	2009	2010	2011	2012	2013
Portugal	77,5	21,8	6,8	5,0	3,6	2,5	3,1	3,4	2,9
Continente	74,6	21,4	6,6	4,8	3,6	2,5	3,1	3,3	2,9
Região de Lisboa	59,4	17,4	6,4	4,4	4,5	3,3	3,6	3,5	3,4
Grande Lisboa	55,5	17,5	6,6	4,5	5,0	3,6	4,2	3,5	3,6
Lisboa Cidade	45,6	20,9	5,9	5,4	3,9	3,0	3,0	2,4	4,3

Fonte: PORDATA

O valor da Taxa Bruta de Mortalidade de Lisboa Cidade é portanto também influenciado pelo envelhecimento da população, uma vez que a proporção em relação às restantes áreas geográficas, para o escalão dos 0-1 ano de idade não é significativo.

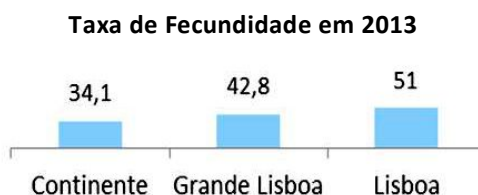
- a Taxa Bruta de Natalidade da cidade de Lisboa (10,2) é superior à da Região (9,7) e à do Continente (7,9)
- a Taxa Bruta de Mortalidade da cidade de Lisboa (13,4) é superior à da Região (9,4) e à do Continente (10,2)
- apesar da Taxa Bruta de Natalidade de Lisboa ser das mais altas no país, o saldo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

³⁰ Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 (10³) habitantes). (meta informação – INE)

³¹ Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade por 1000 nados-vivos

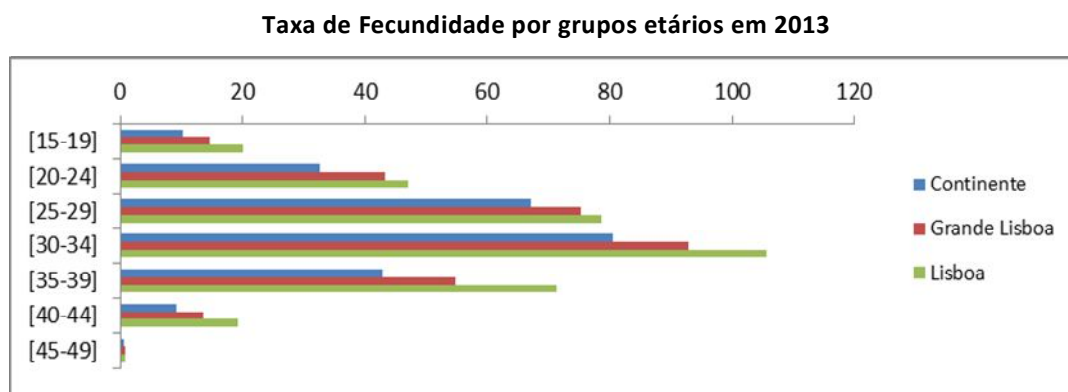
VII.1.8 - Fecundidade

Apesar da tendência nacional de envelhecimento e da baixa da natalidade, Lisboa apresenta ainda assim uma Taxa de Fecundidade³² superior à média do Continente e da Grande Lisboa, situando-se o valor máximo no grupo etário dos 30-34 anos.



Fonte: PORDATA

De realçar também que é em Lisboa que se verificam os valores mais elevados nos grupos etários acima dos 35 anos idades, facto que vem confirmar a gravidez cada vez mais tardia.



Fonte: PORDATA

No que se refere à distribuição geográfica das mulheres em idade fértil, constata-se que a maior percentagem é na zona norte da cidade de Lisboa (42,6%) e a mais baixa na zona ocidental (38,4%).

Mulheres em idade fértil (15-49 anos) em 2011		
Lisboa Cidade	123.723	41,7%
ACES Central	58.656	41,7%
ACES Norte	52.075	42,6%
ACES Ocidental	12.992	38,4%

Fonte: Perfil de Saúde do ACES Central

Os padrões de fecundidade têm vindo a alterar-se sob a influência de múltiplos factores como a participação das mulheres no mercado de trabalho, o nível de escolaridade ou as transformações ao nível dos modelos de relação conjugal.

Por sua vez, a alteração dos padrões de fecundidade repercute-se ao nível demográfico, económico e social.

Mas são as condições económicas os principais determinantes do número de filhos.

Segundo o *Inquérito à Fecundidade 2013*, estudo realizado pelo INE em parceria com a Fundação Francisco Manuel dos Santos, se os portugueses tivessem o número desejado de filhos, haveria substituição de gerações³³, o que não acontece desde o início da década de 1980.

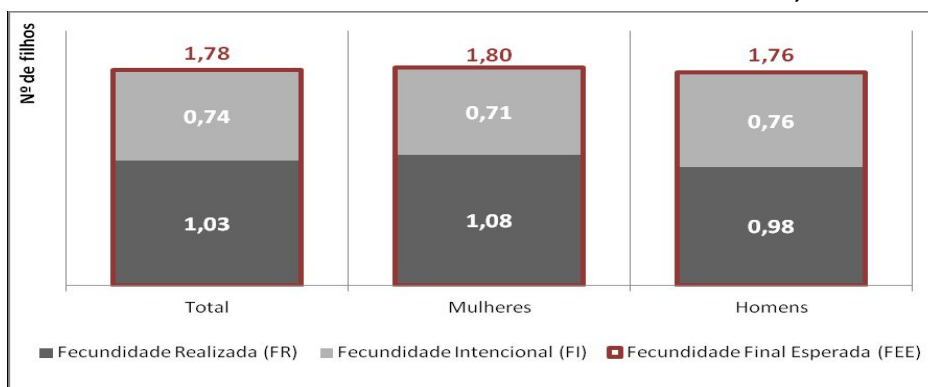
³² Número de nados-vivos por 1000 mulheres

Os resultados do estudo basearam-se em vários indicadores que traduzem a diferença entre o desejo e a realidade, de que se destacam:

- **fecundidade realizada** “número de filhos biológicos (nascidos com vida) tidos pelas pessoas até ao momento de referência do inquérito”;
- **fecundidade intencional** “número de filhos biológicos que as pessoas ainda pensam vir a ter”;
- **fecundidade final esperada** “agregação num só indicador da fecundidade realizada e da fecundidade intencional”.
- **fecundidade desejada ao longo da vida** “número de filhos biológicos desejados pelas pessoas ao longo da sua vida, independentemente dos que têm e dos que pensam vir a ter”;
- **ideal de filhos numa família** “número de filhos (biológicos, adoptados, enteados ou outros) considerado pelas pessoas como ideal para uma família, independentemente de ser a sua.

Em média, a população em idade fértil tem 1,03 filhos (fecundidade realizada), pretende vir a ter 1,78 (mais 0,74 filhos, fecundidade intencional), mas desejaria mais.

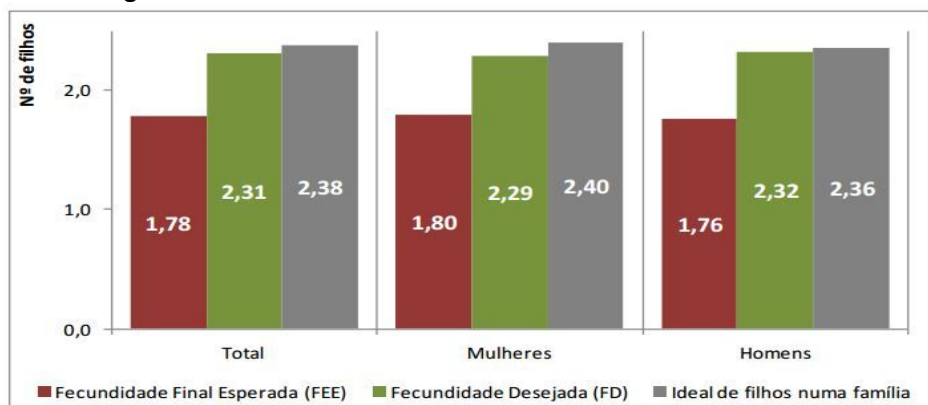
Número Médio de Filhos por Tipo de Fecundidade, Portugal 2013
Mulheres dos 18 aos 49 anos e Homens dos 18 aos 54 anos,



Fonte: INE e Fundação Francisco Manuel dos Santos – Inquérito à Fecundidade 2013

Os resultados revelam que há frustração nas expectativas dos portugueses em relação ao número de filhos. Em média, as pessoas desejam ter 2,31 filhos e consideram 2,38 como o número ideal de filhos numa família.

Fecundidade Final Esperada, Fecundidade Desejada ao Longo da Vida e Número Ideal de Filhos numa Família, Portugal 2013 - Mulheres dos 18 aos 49 anos e Homens dos 18 aos 54 anos



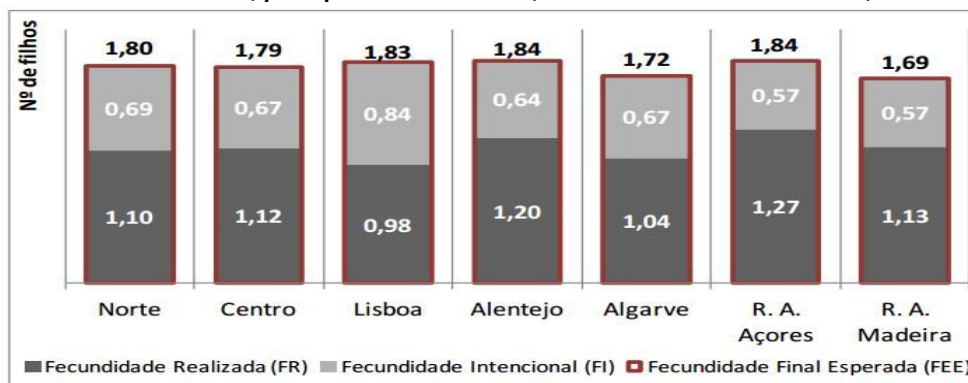
Fonte: INE e Fundação Francisco Manuel dos Santos – Inquérito à Fecundidade 2013

³³ Para haver substituição de gerações é necessário que o Índice Sintético de Fecundidade (número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil - dos 15 aos 49 anos de idade) seja de 2,1

Considerando a intenção manifestada pelos inquiridos (mulheres dos 18 aos 49 anos e homens dos 18 aos 54 anos), a tendência decrescente do número de nascimentos em Portugal irá manter-se: 75% dos inquiridos em idade fértil não pensa ter filhos nos próximos três anos e a maioria (53%) não pensa sequer ter mais filhos.

Relativamente à distribuição geográfica, a Região de Lisboa apresenta os valores mais altos na fecundidade intencional e os mais baixos na fecundidade realizada.

Número Médio dos filhos, por tipo de Fecundidade, Mulheres dos 18 aos 49 anos, NUTS II 2013

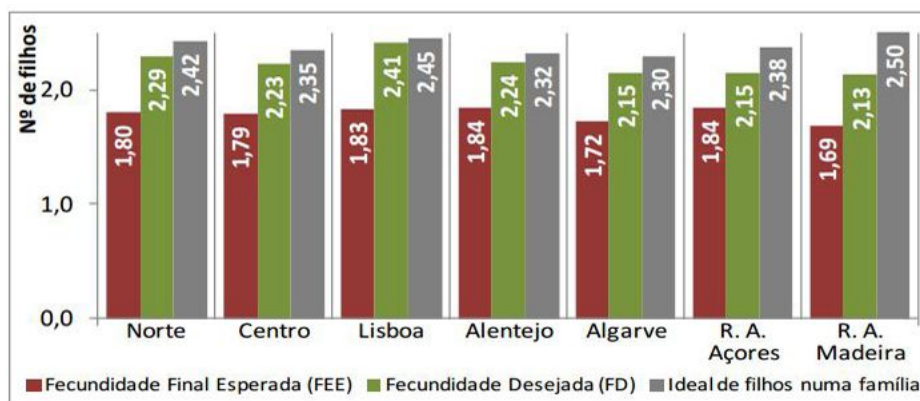


Fonte: INE e Fundação Francisco Manuel dos Santos – Inquérito à Fecundidade 2013

Em todas as regiões, o número médio de filhos que as mulheres já têm ou pensam vir a ter é inferior ao número médio de filhos desejados, e este é inferior ao número médio ideal de filhos numa família.

A Região de Lisboa é a que apresenta a maior diferença entre o número médio de filhos desejados (2,41) e os que as mulheres têm ou pensam vir a ter (1,83).

Fecundidade Final Esperada, Fecundidade Desejada ao Longo da Vida e Número Ideal de Filhos numa Família, NUTS II 2013 - Mulheres dos 18 aos 49 anos e Homens dos 18 aos 54 anos



Fonte: INE e Fundação Francisco Manuel dos Santos – Inquérito à Fecundidade 2013

Na **Região de Lisboa**, as pessoas têm em média:

- **0,98 filhos**, a mais baixa Taxa de Fecundidade Realizada do País
- desejariam ter **2,41 filhos**, a mais alta Taxa de Fecundidade Desejada do País
- tencionam ter **1,83 filhos** ao longo da vida
- 2,45 seria o número de filhos ideal, segundo afirmam

A quase totalidade das pessoas (93%) considera que devem existir incentivos à natalidade:

- A medida mais frequentemente referida (57%) como “a mais importante” é Aumentar os rendimentos das famílias com filhos”
- A medida seguinte mais referida (32%) como “a mais importante” é “Facilitar as condições de trabalho para quem tem filhos, sem perder regalias”
- A medida considerada menos importante foi “Alargar o acesso a serviços para ocupação dos filhos durante o tempo de trabalho dos pais”.

VII.1.9 - Envelhecimento

A evolução demográfica em Portugal no passado recente apresenta uma característica sem precedentes na nossa História, um aumento gradual do grupo etário acima dos 65 anos em detrimento dos jovens, tendo o índice de envelhecimento³⁴ do país passado de 27 em 1960 para 128 em 2011.

Este envelhecimento é a origem de situações e problemáticas sociais, culturais e económicas.

“Os impactos decorrentes do envelhecimento nas políticas sociais foram identificados pelas autoridades com responsabilidades públicas, quer internacionais quer nacionais, destacando-se como prioridades de intervenção das políticas públicas na esfera do envelhecimento activo:

- (i) a relação entre pobreza e saúde;
- (ii) o impacto da situação socioeconómica no envelhecimento;
- (iii) a redução da dependência e da discriminação em relação a todas as idades;
- (iv) a protecção social.”³⁵

Em Lisboa, de acordo com os Censos 2011, a população não só diminuiu, como envelheceu ligeiramente: de 23,6% de idosos (65 e mais anos) em 2001, passou para 23,9% em 2011.

A proporção do número de idosos aumentou, ainda que o número de idosos tenha decrescido 1,76%³⁶, e apesar de o índice de envelhecimento ter baixado de 203 para 186, a cidade continua a ser uma cidade envelhecida e mais envelhecida do que o país, em que o índice de envelhecimento era em 2011 de 128 idosos para cada 100 jovens.

Em Lisboa, as famílias com pessoas de menos de 15 anos são metade das que integram pessoas de mais de 65 anos (20% e 39% respectivamente).

“Esta nova característica do perfil demográfico da população apresenta assim as novas necessidades da população idosa e estas por sua vez carecem de programas de resposta e de soluções integradas que possam fazer face a esta problemática, exigindo também uma readaptação das capacidades de resposta das instituições/entidades que actuam junto das comunidades.”

Neste sentido há que considerar também a “análise sobre a previsão da evolução dos custos associados ao aumento da população idosa no que diz respeito aos serviços de saúde e de apoio social e sua compatibilização com a situação financeira do Estado e das famílias.”³⁷

Para além do índice de envelhecimento, o índice de longevidade³⁸ é outro indicador importante de medida do envelhecimento, tendo atingido em Lisboa em 2011, o valor de 52,9, ou seja, em cada 100 pessoas idosas (+ de 65 anos) mais de metade eram “grandes idosos” (+ de 80). Em Portugal na mesma data o valor era de 47,9.

³⁴ Relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

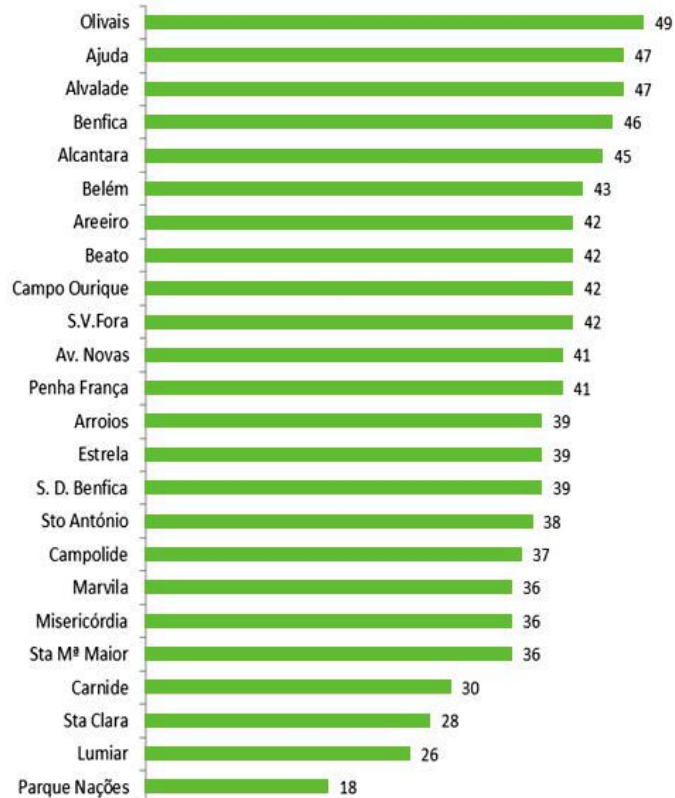
³⁵ (CEPCEP – Relatório Final «O Envelhecimento da População»; pág. 21)

³⁶ Menos 2344 indivíduos com 65 e mais anos em 2011 do que em 2001 (INE, Censos da População)

³⁷ *ibidem*

³⁸ Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida como o quociente entre o número de pessoas com 80 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos.

Percentagem de Famílias Clássicas com pessoas de 65 e mais anos, Censos 2011 – novas freguesias

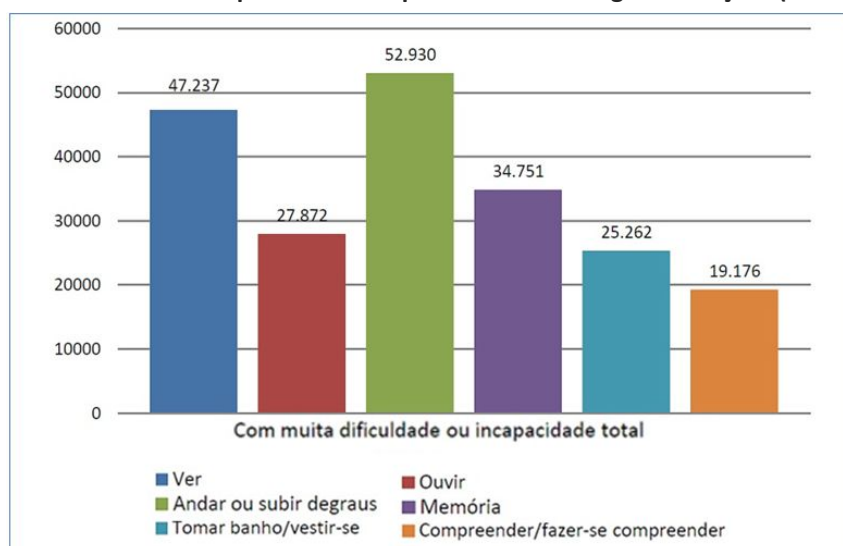


Ao envelhecimento não estão apenas associados problemas de saúde crónicos, mas também incapacidades condicionadoras de algumas das actividades diárias e da própria mobilidade pedonal.

Em Lisboa existem 93.584³⁹ pessoas que afirmam ter pelo menos uma dificuldade na realização de algumas actividades devido a problemas de saúde, deficiência ou decorrentes do envelhecimento. Tendo por base a população que afirma ter pelo menos uma dificuldade (93.584), verifica-se que cerca de 62% tem 65 ou mais anos e 43% tem 75 ou mais anos.

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

Incidência de dificuldade ou incapacidade total para efectuar as seguintes acções (valores absolutos)



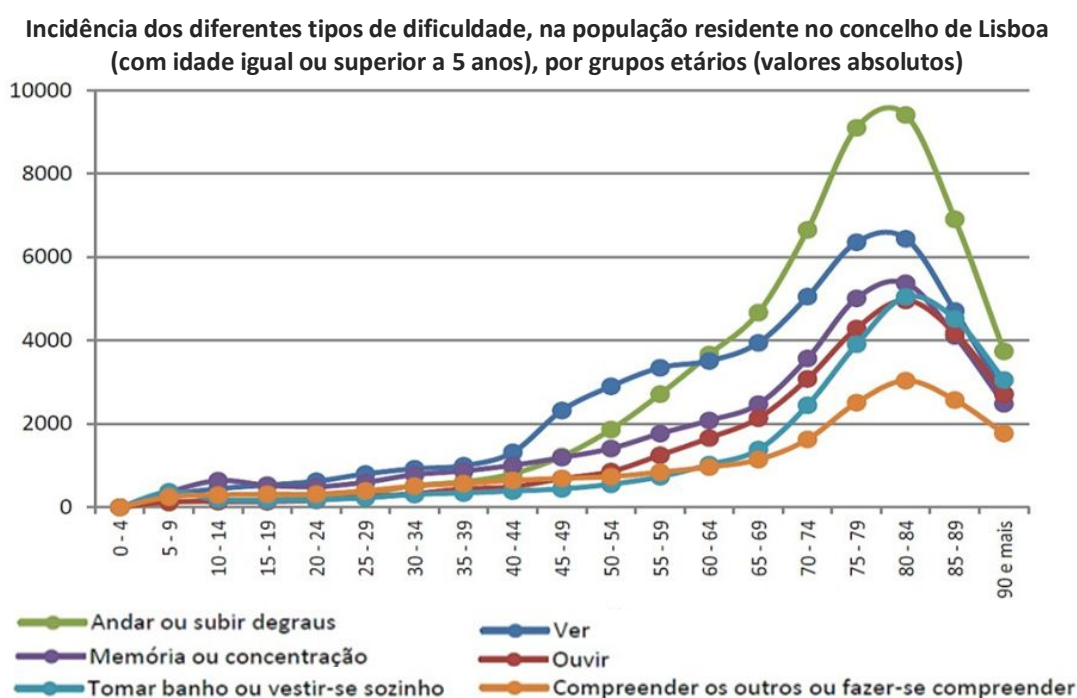
Fonte: INE, Censos 2011

³⁹ INE, Censos 2011.

Pode dizer-se que 53 mil pessoas residentes em Lisboa têm muita dificuldade ou não conseguem de todo andar ou subir degraus, e cerca de 47 mil têm muita dificuldade ou não conseguem ver. A dificuldade com menor incidência na população é a relativa à compreensão.

Todos os 6 tipos de dificuldades têm uma maior incidência nos idosos do que na população em geral, com destaque para o andar ou subir degraus e o tomar banho ou vestir-se sem ajuda.

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



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).

VII.1.10 - Dependência

Vários indicadores podem ser usados para evidenciar o esforço que a sociedade exerce sobre a população em idade activa (15-64 anos), como sejam o índice de dependência de jovens⁴⁰, o índice de dependência dos idosos⁴¹, ou o índice de dependência total⁴² que traduz a relação entre o grupo formado pela população jovem e idosa e a população em idade activa.

⁴⁰ Relação entre a população jovem e a população activa, definida como o quociente entre o número de pessoas com menos de 15 anos e o número de pessoas dos 15 aos 64 anos.

⁴¹ Relação entre a população idosa e a população activa, definida como o quociente entre o número de pessoas com mais de 65 anos e o número de pessoas dos 15 aos 64 anos.

⁴² Relação entre a população jovem e idosa e a população activa, definida como o quociente entre o número de pessoas com menos de 15 anos e mais de 65 anos e o número de pessoas dos 15 aos 64 anos.

Lisboa, se comparada à Sub-região, à Região ou ao Continente, apresenta o menor índice de dependência de jovens e o maior índice de dependência de idosos. Estes resultados reflectem o perfil demográfico da cidade caracterizado por uma população jovem pouco numerosa e um número significativo da população mais idosa.

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;

Se analisados estes índices, freguesia a freguesia, verificam-se ainda situações mais acentuadas de dependência, situando-se os valores extremos nas freguesias antigas de S. Nicolau e Santiago no centro histórico, Alvalade e Charneca.

Índices de dependência – Freguesias (antigas) com valores extremos, em 2011

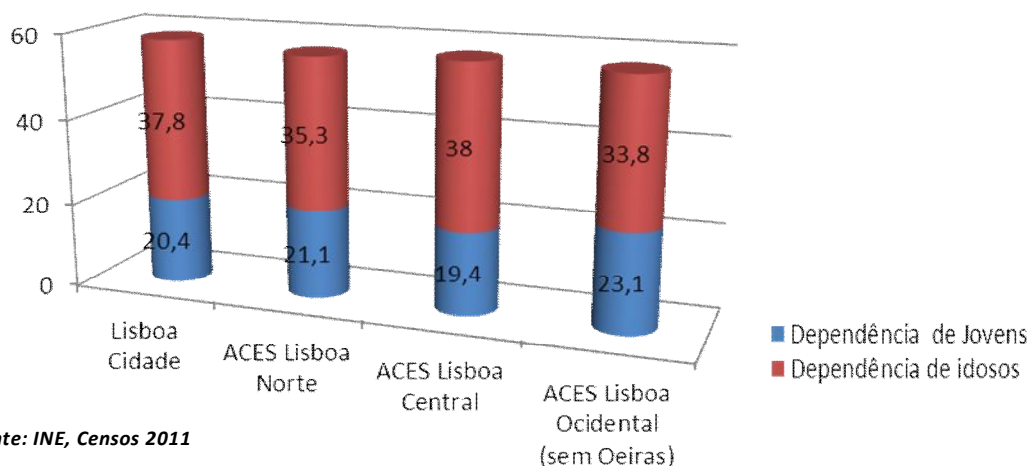
	Índices de Dependência			
	Dependência de Jovens	Dependência de idosos	Envelhecimento	Dependência total
Lisboa Cidade	20,4	37,8	186	58
Máximo	29 (Charneca)	58 (Santiago)	597 (Santiago)	76 (Alvalade)
Mínimo	9 (S. Nicolau)	21 (Charneca)	71 (Charneca)	36 (S. Nicolau)

Fonte: INE, Censos 2011

Considerando os territórios dos ACES, este fenómeno é mais evidente no território do ACES Central que abrange as novas freguesias do Areeiro, Arroios, Beato, Campo de Ourique, Estrela, Marvila, Misericórdia, Olivais, Parque das Nações, Penha de França, Santa Maria Maior, Santo António e São Vicente e no qual se verifica o menor índice de dependência de jovens (19,4) e o maior de idosos (38,0).

	Índices de Dependência		
	Dependência de Jovens	Dependência de idosos	Dependência total
Lisboa Cidade	20,4	37,8	58
ACES Lisboa Norte	21,1	35,3	56,4
ACES Lisboa Central	19,4	38,0	57,3
ACES Lisboa Ocidental (sem Oeiras)	23,1	33,8	56,8

Fonte: INE, Censos 2011



Fonte: INE, Censos 2011

VII.1.11 - Imigração

De acordo com a Constituição Portuguesa, todos os cidadãos, incluindo os de nacionalidade estrangeira têm direito à protecção da saúde.

A saúde e o acesso aos seus cuidados constituem um factor determinante na integração dos imigrantes, pelo que, qualquer imigrante que se encontre em Portugal e que necessite de cuidados de saúde tem o direito a ser assistido num Centro de Saúde ou num Hospital, independentemente da sua nacionalidade, da falta de meios económicos, de legalização ou outra situação irregular ou de carência.

Esta atitude perante o imigrante indocumentado, que tem contribuído para o país ser reconhecido internacionalmente como um dos países com melhores condições de integração dos imigrantes, nem sempre é, infelizmente, do conhecimento dos profissionais de saúde, gerando por vezes situações de deficiente atendimento e discriminação.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de Abril, os imigrantes que não sejam titulares de uma autorização de residência válida, e que se encontrem numa situação irregular, têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde mediante a apresentação de um documento da Junta de Freguesia da sua área de residência, atestando que se encontra a residir no país há mais de 90 dias.

O Ministério da Saúde procedeu à regulamentação do direito de acesso aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa, prestada pelo Serviço Nacional de Saúde aos cidadãos estrangeiros⁴³. Aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal é-lhes facultado o acesso, em igualdade de tratamento aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa, prestada pelas instituições e serviços incluídos no SNS.

Com a aprovação do II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010–2013⁴⁴, no qual a Saúde é uma das áreas de intervenção (Área 6), é garantida a “promoção do acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde” (Medida nº 35).

Mas existem aspectos específicos e de significativa complexidade relativos à promoção da saúde entre as populações imigrantes, bem como ao seu acesso aos equipamentos e serviços de saúde, pelo que se torna pertinente, neste contexto, perceber a dimensão e as características da população imigrante da cidade.

Em 2013 o número de estrangeiros residentes em Portugal totalizava 401 320 cidadãos com título de residência válido, dos quais 176 936 no distrito de Lisboa, tendo-se verificado um decréscimo de 13,7% do número de emissão de novos títulos de residência (33 246) em relação a 2012 (38 537).

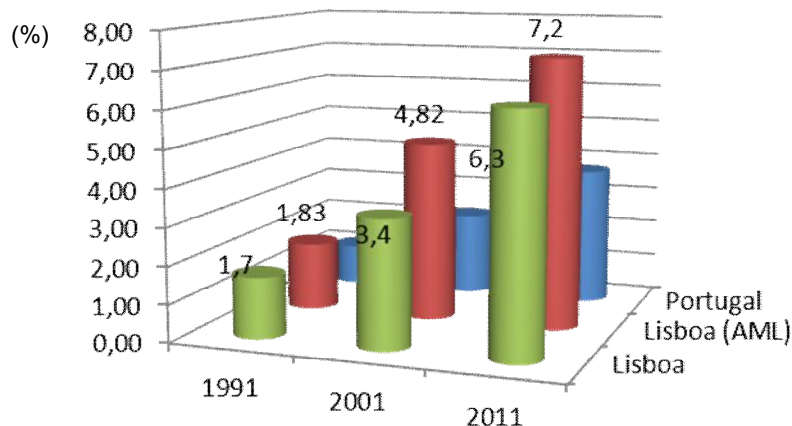
De acordo com o Relatório Anual de 2013 do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), houve um decréscimo do número de residentes estrangeiros ao nível nacional (-3,8%) e no distrito de Lisboa (-2,8%). Os principais factores que poderão ter contribuído para a diminuição do número de residentes estrangeiros são: (1) a aquisição da nacionalidade portuguesa, (2) a redução dos fluxos imigratórios (internacionais); e (3) o impacto da actual crise económica no mercado de trabalho.

Contrariamente, na cidade de Lisboa, a população residente de nacionalidade estrangeira tem vindo a crescer nos últimos 20 anos. Em 1991 representava menos de 2% (1,7%) da população residente, para em 2011 representar já 6,3% do total da população da cidade. Considerando apenas a última década, este peso quase que duplicou, correspondendo em 2011 a 34 492 residentes de nacionalidade estrangeira, aproximando-se do peso na AML.

⁴³ Despacho n.º 25 360/2001 de 16 de Novembro

⁴⁴ Resolução do Conselho de Ministros n.º 74 /2010 de 17 de Setembro

Evolução da população residente de nacionalidade estrangeira, 1991 a 2011



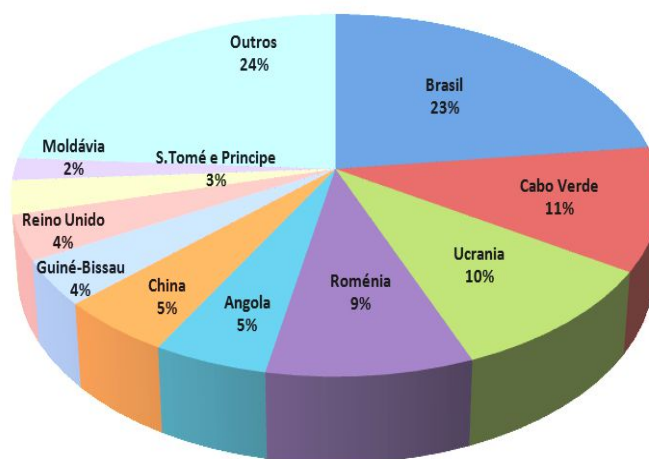
Fonte: INE, Censos, 1991, 2001 e 2011

Entretanto, 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.

Segundo os dados do INE, o número de casamentos celebrados por local de registo e nacionalidade dos cônjuges permite afirmar que em 2012 a proporção de casamentos celebrados na cidade de Lisboa entre portugueses e estrangeiros em relação ao total de casamentos foi de 29%, percentagem superior à encontrada na Grande Lisboa (25,7%) e muito superior à do Continente (12,5%).

As nacionalidades actualmente mais representativas em Portugal são: o **Brasil** (23%), **Cabo Verde** (11%), **Ucrânia** (10%), **Roménia** (9%) e **Angola** (5%), seguindo-se a **China** (5%), **Guiné-Bissau** (4%), **Reino Unido** (4%), **São Tomé e Príncipe** (3%) e **Moldávia** (2%), correspondendo as outras nacionalidades a 24%.

Principais 10 nacionalidades estrangeiras, em Portugal, 2013 (%)



Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), 2013

Este grupo das 10 nacionalidades mais representativas em Portugal representa cerca de 77,2% da população estrangeira com permanência regular.

Salienta-se que a China passou a ser a 6ª nacionalidade mais relevante, com um acréscimo de 6,8% (18 637 indivíduos), ultrapassando a Guiné-Bissau (17 846) que aumentou apenas 0,5% em relação a 2012. Estas duas nacionalidades foram as únicas que aumentaram o número de residentes.

Relativamente à estrutura etária dos imigrantes residentes em Portugal, verifica-se uma grande concentração nos grupos etários da população activa, cerca de 84,0% (337 008) do total, sendo preponderante o grupo etário dos 20-39 anos (179 510).

Pedidos de Nacionalidade

Ao nível nacional, em 2013, o número de pedidos de atribuição de nacionalidade portuguesa foi de 30 130, verificando-se um acréscimo de 1,4% em relação a 2012. Foram emitidos pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) 28 753 pareceres (27 771 positivos e 982 negativos). Dos 27 771 pareceres positivos, 62% foram por naturalização e 18% por via do casamento ou união de facto há mais de três anos (com nacional português).

No que respeita à aquisição de nacionalidade por casamento ou união de facto, relevam os pedidos efectuados a seguinte distribuição: Brasil, (1 946), Cabo Verde (581), Angola (434), Ucrânia (343), Guiné-Bissau (329), Moldávia (306), Índia (218), Paquistão (106) e Marrocos (101).

Um aspecto igualmente importante, relacionado com acesso aos cuidados de saúde dos cidadãos estrangeiros, é o facto de, considerando o total da população estrangeira residente, cerca de 59% ter dupla nacionalidade. Do total de residentes com dupla nacionalidade, 72% tem nacionalidade portuguesa e outra, beneficiando de forma plena do Serviço Nacional de Saúde.

Em 2013 a população estrangeira residente em Lisboa era de 46 426 habitantes, dos quais 59% dispunha de dupla nacionalidade, sendo em 72% destes casos uma das nacionalidades a portuguesa, beneficiando de forma plena do Serviço Nacional de Saúde

Pedidos de Asilo

Os pedidos de protecção internacional (pedidos de asilo) e o número de cidadãos reinstalados são também de extrema importância no que concerne aos cuidados de saúde (primários e continuados) e ao acesso destes indivíduos ao Serviço Nacional de Saúde. Mais ainda, quando se verifica um acréscimo de quase 70% (507) face a 2012.

As condições de saúde em que muitas vezes estes indivíduos se encontram levam a que os serviços de acolhimento estejam em estreita articulação com os serviços de saúde pública, de modo a que possam responder adequada e oportunamente aos eventuais problemas de saúde (específicos) de que possam ser portadores.

A pertinência dos pedidos de asilo prende-se com o facto de, desde 2010, o número de pedidos ter tido um crescimento exponencial. Como tal, os serviços de saúde pública da cidade de Lisboa têm de estar preparados para esta nova realidade migratória.

Segundo o SEF, do total dos pedidos de asilo, 113 (22,3%) foram efectuados em território nacional e 394 (77,7%) em postos de fronteira. É também de assinalar que a maioria dos pedidos (55,6%) foi efectuado por cidadãos africanos, nomeadamente da Guiné-Conacri (83), Nigéria (37), Senegal (36) e Mali (26).

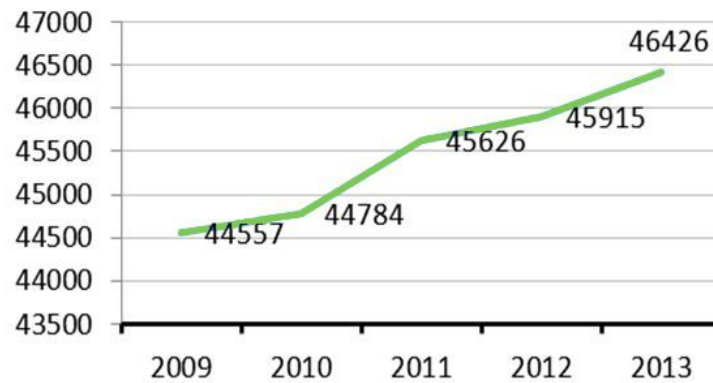
Dos 507 pedidos de asilo, 146 foram apresentados por cidadãos sírios (39%). No entanto, uma grande parte destes indivíduos, após terem efectuado o pedido de asilo, não estabeleceu residência em Portugal e deslocou-se para outros países da União Europeia.

Segundo o Relatório Anual do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras de 2013, verificou-se uma tendência para o desajuste da capacidade de acolhimento face ao contínuo aumento dos pedidos de protecção internacional.

Estrangeiros na Cidade de Lisboa

Da análise da informação mais recente, recolhida pelo SEF para os últimos cinco anos, verifica-se que a população estrangeira continua a crescer na cidade de Lisboa, totalizando 46 424 indivíduos em 2013, contrariando a tendência observada para o país no mesmo período, onde se verificou uma perda contínua da população estrangeira, reflectindo a conjuntura nacional de crise.

Evolução da população residente estrangeira na cidade de Lisboa, 2009 a 2013 (nº de habitantes)



Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), 2013

Em 2011, no concelho de Lisboa, do total da população estrangeira com estatuto legal de residência, os indivíduos de nacionalidade brasileira ocupavam a maior percentagem (29%), seguida da chinesa (7,6%), cabo-verdiana (7,5%) e romena (7,2%).

População estrangeira oriunda dos Países de Língua Oficial Portuguesa com estatuto legal de residência, 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

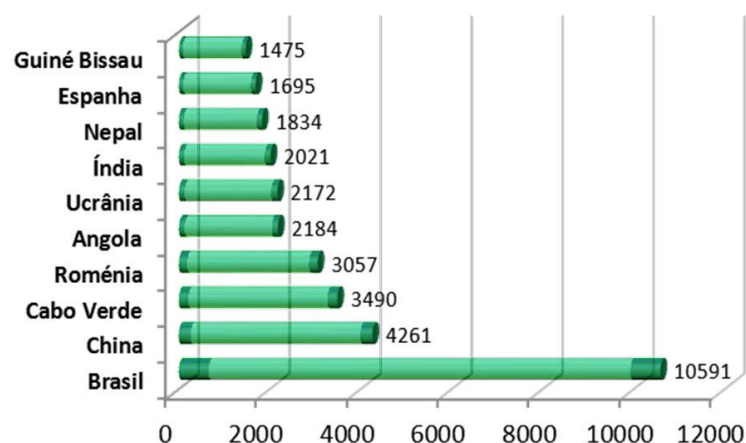
População estrangeira com estatuto legal de residência, 2011

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	5 998	3,4
Concelho de Lisboa	44 128	2 423	5,5	3 199	7,2	552	1,3	408	0,9	3 343	7,6

Fonte: INE, Censos 2011

De acordo com os dados do SEF para o ano de 2013, actualmente no município de Lisboa, das nacionalidades mais representadas, destaca-se a Brasileira, relativamente às restantes, alterando o observado em 2001, em que eram os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), no seu conjunto, a comunidade mais representada,

Principais 10 nacionalidades estrangeiras presentes na cidade de Lisboa, 2013 (nº de habitantes)



Fonte: SEF, 2013

Contudo, identificam-se mais de 100 nacionalidades, o que confirma a já muito característica diversidade cultural da cidade de Lisboa, possuidora de especificidades culturais muito diversas, que se pretendem articuladas através da promoção do diálogo intercultural.

Neste sentido, o Plano de Acção 2014-2017 do Pelouro dos Direitos Sociais inclui no seu eixo “Coesão”, a área do “Diálogo Intercultural e Inter-religioso”, tendo como objectivo “valorizar a diversidade cultural e religiosa da cidade.”

A cidade de Lisboa continúa a atrair população estrangeira.

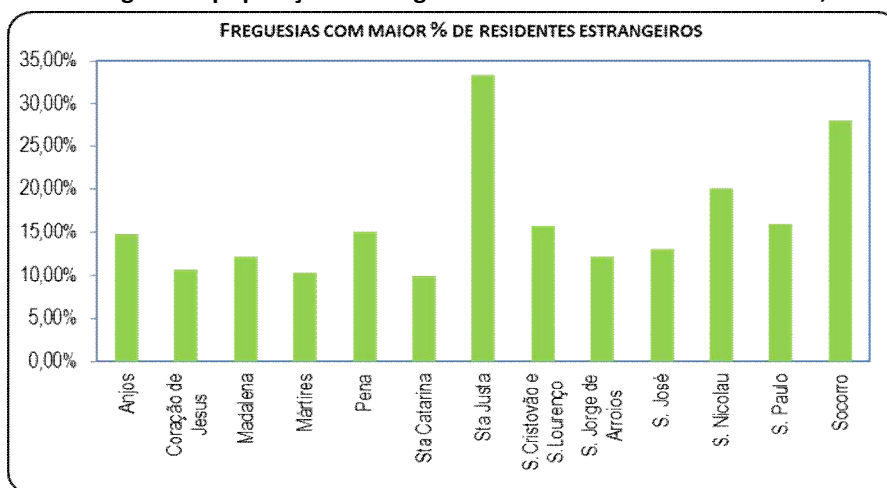
Contrariamente à evolução mais recente verificada ao nível nacional, verificou-se na cidade de Lisboa um aumento da população estrangeira residente, que passou no período de 5 anos entre 2009 e 2013, de 44 557 para 46 426 indivíduos, o que representa um acréscimo de 4,2%.

A diversidade de origens da população estrangeira residente na cidade de Lisboa é um dos factores que contribui para a diversidade característica das grandes cidades com elevados padrões de interculturalidade e cosmopolitismo, traduzindo-se também em problemas de saúde diversos, que carecem de abordagens específicas, quer na promoção da saúde, quer na oferta de cuidados de saúde.

Considerando a distribuição territorial da população estrangeira na cidade de Lisboa, é de salientar que as freguesias com uma maior representatividade de residentes estrangeiros são actualmente as do centro-histórico da cidade.

Um dos motivos que podem explicar esta realidade prende-se com o facto de ser nesta zona da cidade que se concentra grande parte da habitação vaga para aluguer, a necessitar de obras de conservação, ao que correspondem consequentemente valores mais baixos de arrendamento.

Percentagem de população estrangeira residente na cidade de Lisboa, 2011



Fonte INE, Censos 2011

Em simultâneo, foram surgindo nas áreas históricas centrais estabelecimentos comerciais com predominância étnica, onde se destacam claramente os países asiáticos: China, Índia, Bangladesh e Paquistão.

Em 2001, a população estrangeira residente em Lisboa, conforme a análise efectuada no âmbito do Atlas do Programa Local de Habitação⁴⁵, localizava-se especificamente em determinadas freguesias, constituindo “as cidades da cidade”, Charneca, Carnide, Santo Estevão, Marvila e Ameixoeira, com predomínio de residentes estrangeiros dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

⁴⁵ O Atlas do Programa Local de Habitação, PLH foi elaborado em 2008 com base nos Censos 2001

Nas freguesias dos Mártires, Sacramento, São João de Deus, Alvalade e São Miguel, destacava-se a população Brasileira, enquanto nas freguesias de Santa Justa, São Cristóvão e São Lourenço, Pena, Socorro e Sé predominava a população asiática; por fim, a população oriunda dos países do Leste europeu concentrava-se sobretudo nas freguesias do Castelo, São Miguel, Graça, São Sebastião da Pedreira e São Paulo.

A distribuição espacial das comunidades imigrantes será actualizada no âmbito do Plano Municipal para a Integração de Imigrantes de Lisboa (PMIIL), cuja elaboração foi recentemente aprovado pela CML⁴⁶.

Este instrumento será fundamental para a melhoria das condições de saúde das comunidades imigrantes, abarcando um conjunto alargado de temáticas a serem trabalhadas e que são essenciais para uma plena integração dos imigrantes na cidade de Lisboa.

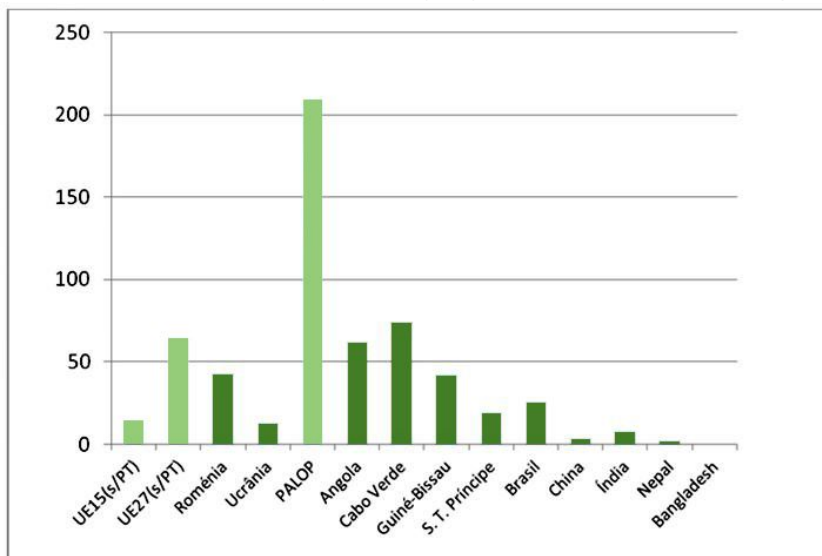
Rendimento Social de Inserção

De acordo com os Censos 2011, em Lisboa residiam 347 estrangeiros, tendo como principal meio de vida o Rendimento Social de Inserção (RSI).

A maioria dos RSI (208) estavam atribuídos a imigrantes oriundos dos PALOP, em que os naturais de Cabo-Verde estavam em maioria com 73 residentes, seguindo-se Angola, com 61, e Guiné-Bissau com 41.

A Roménia, com 42 residentes, era o país de origem da União Europeia mais representativo, sendo o Brasil igualmente um país de origem com um número significativo de indivíduos com acesso ao RSI (25).

População estrangeira residente em Lisboa com 15 ou mais anos, com Rendimento Social de Inserção (nº), por país ou comunidade de origem, 2011



Fonte: INE, Censos 2011

Acordos e convenções internacionais na área da saúde

É de salientar a importância das Convenções Internacionais celebradas entre Portugal e Estados terceiros bem como os Acordos Administrativos associados, que permitem aos cidadãos de ambos os Estados usufruírem de condições de acesso preferenciais aos cuidados de saúde no outro Estado, em situação de estada ou residência, respeitando as disposições especificadas no clausulado dos documentos mencionados.

⁴⁶ Proposta 546/2014, aprovada por unanimidade em 24 de Setembro de 2014, e publicada no BM n.º 1076 de 2 de outubro de 2014.

Neste domínio, os Acordos de Cooperação Internacional integram-se em cinco categorias de cooperação:

1. com os Estados do Espaço Económico Europeu (EEE) e Suíça,
2. com os PALOP,
3. com Cabo Verde no domínio dos cuidados nefrológicos,
4. com um conjunto de outros Estados fora da EEE e Suíça,
5. no âmbito de Organizações internacionais.

Ainda no seio do EEE foram firmados Acordos entre Portugal e vários Estados, que determinam disposições específicas quanto ao financiamento dos cuidados de saúde prestados aos migrantes desses Estados, quer em situações de estada, residência, ou ainda na vertente específica dos cuidados programados a que acederam. Estes Acordos abrangem a Dinamarca, Espanha, França, Luxemburgo, Noruega e Reino Unido.

A cooperação estabelecida neste domínio permite assegurar cuidados de saúde a cidadãos de Cabo Verde, S. Tomé e Príncipe, Guiné, Moçambique e Angola, de acordo com uma quota pré-definida acordada com cada um destes Estados.

As responsabilidades assistenciais quanto à prestação de cuidados de saúde, recaem sobre Portugal, enquanto as financeiras se encontram repartidas entre ambos os Estados, de acordo com os critérios específicos estabelecidos nos Acordos que foram firmados.

O processo é desencadeado pelos PALOP e está sujeito a avaliação prévia da Direcção Geral de Saúde, entidade que coordena ao nível nacional este processo, em articulação com o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, para efeitos assistenciais. As Embaixadas de ambos os Estados alinham subsequentemente os procedimentos com os respectivos Ministérios da Saúde, proporcionando então a transferência do doente, com a qual se dá início à assistência médica nos termos e para os efeitos acordados, até à alta definitiva do doente do Serviço Nacional de Saúde.

Acordos de cooperação internacional com os PALOP no domínio da saúde e número máximo de doentes a assistir por ano civil.

PALOP	Diploma	Quota (nº de doentes/ano)
Angola	Decreto do Governo nº 39/84 de 18 de Julho Decreto nº 29/91 de 19 de Abril	200
Cabo Verde	Decreto nº 24/77 de 3 de Março Decreto nº 129/80 de 18 de Novembro	300
Guiné-Bissau	Decreto nº 44/92 de 21 de Outubro	300
Moçambique	Decreto do Governo nº 35/84 de 12 de Julho	50
S. Tomé e Príncipe	Decreto nº 25/77 de 3 de Março	200

Fonte: ACSS, 2010

Foram também estabelecidas Convenções no domínio da Segurança Social e particularmente no ramo da doença, entre Portugal e os Estados referidos na Tabela, tendo por finalidade proporcionar as condições assistenciais necessárias aos migrantes em nome do princípio da igualdade de tratamento e decorrendo da garantia dos direitos adquiridos por parte dos nacionais dos Estados Contratantes.

Às Convenções estabelecidas encontram-se associados, por norma, os Acordos Administrativos que materializam procedimentos e explicitam metodologias a aplicar no sentido da execução do clausulado que constitui o corpo das Convenções. Estes Acordos podem assumir carácter generalista, ou pelo contrário serem especificamente direccionados para determinados âmbitos. Os Estados com que Portugal tem convenções e acordos de cooperação são: Andorra, Angola, Argentina, Brasil, Cabo Verde, Canadá, Marrocos, Reino Unido e Tunísia.

Neste contexto de evolução da população imigrante residente na cidade de Lisboa, colocam-se importantes desafios para a saúde pública, já que determinados grupos heterogéneos desta população são tidos como complexos grupos de risco, no que diz respeito a certos determinantes sociais da saúde.

Segundo o modelo *healthy migrant effect*⁴⁷, um dos padrões frequentemente abordados na literatura é o dos imigrantes descritos como mais saudáveis do que os nativos do país de acolhimento⁴⁸. Segundo Jasso (2004), esta vantagem resulta do efeito selectivo atribuído ao facto de os indivíduos mais saudáveis terem maiores capacidades e condições para mudar de país de residência, uma vez que este é um processo que implica um forte investimento pessoal⁴⁹.

No entanto, tem sido encontrada evidência científica de que este padrão tende a desaparecer ao longo do tempo de estadia, pela sobreposição de outros factores de natureza social identificados na população imigrante, tais como baixos recursos socioeconómicos, deficientes condições de habitação, exclusão social ou situações laborais precárias⁵⁰.

Ainda segundo este estudo, as comunidades oriundas dos PALOP e Brasil consideram o seu estado de saúde “mau”, quando comparadas com as comunidades dos países do Leste europeu. O facto de determinadas comunidades terem o português como língua materna, revela-se como factor preponderante na sua integração. No entanto, os determinantes socioeconómicos têm um peso preponderante nos estados de saúde dos imigrantes, ou seja, quanto mais baixo o nível socioeconómico das comunidades imigrantes, maior é a propensão para estados de saúde débeis.

Os imigrantes são um grupo particularmente vulnerável e por isso, nas sociedades de acolhimento, o seu estado de saúde é comparativamente pior que o da restante população. À chegada a Portugal, apresentam-se em geral saudáveis. No entanto, as deficientes condições de alojamento e de emprego a que a generalidade é sujeita conduz rapidamente a uma grande fragilização social e física, com tradução natural no estado de saúde individual e colectivo.⁵¹

Os factores acima identificados, conjuntamente com o efeito da barreira linguística, estão normalmente também na origem de dificuldades em aceder à educação, informação e utilização dos serviços de saúde no país de acolhimento, tornando estes indivíduos progressivamente mais vulneráveis a consequências de risco para a sua saúde⁵².

Para além das diferenças culturais e linguísticas por parte dos imigrantes, também os técnicos de saúde têm dificuldades em entender e lidar com essas diferenças. “Os imigrantes têm dificuldade de expressão e conseqüentemente de exprimirem os seus sintomas, para além de que a sua noção de estado de saúde e doença diverge devido a factores culturais e de instrução.”⁵³

As maiores disparidades foram encontradas entre a saúde de homens e mulheres, dentro de grupos étnicos minoritários, sugerindo que as mulheres das minorias étnicas reportam situações de saúde particularmente graves, mesmo quando têm um perfil etário médio mais jovem. No que concerne à população migrante, os estudos existentes apontam de igual modo para a importância do factor género como determinante no estado de saúde destas populações⁵⁴.

Mutilação Genital Feminina (MGF)

A Mutilação Genital Feminina é uma prática que ocorre em Portugal, em parte da população imigrante, principalmente oriunda da Guiné-Bissau, único país lusófono na lista da MGF da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Esta prática, associada maioritariamente a comunidades muçulmanas, é mantida com fundamentos culturais e religiosos, nomeadamente para controlo da sexualidade feminina, aceitação social e de grupo, requisito para casamento e honra da família.

⁴⁷ MAURÍCIO, Cláudia (2011); “Determinantes do Estado de Saúde dos Imigrantes na zona Metropolitana de Lisboa”, Tese de Mestrado, ISEGI-UNL.

⁴⁸ Fennelly, 2007; Khat & Darmon, 2003; Malmusi, Borrell, & Benach, 2010; Razum, Zeeb, & Rohrmann, 2000

⁴⁹ Jasso, Massey, Rosenzweig, & Smith, 2004

⁵⁰ Lindstrom, Sundquist, & Ostergren, 2001; Llacer, Zunzunegui, del Amo, Mazarrasa, & Bolumar, 2007; Wiking, Johansson, & Sundquist, 2004; Williams, 1993

⁵¹ ANDRADE, Inês Martins, “Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa” Edição Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), Lisboa, Dezembro 2008

⁵² Braveman & Gruskin, 2003

⁵³ MAURÍCIO, Cláudia (2011); “Determinantes do Estado de Saúde dos Imigrantes na zona Metropolitana de Lisboa”, Tese de Mestrado, ISEGI-UNL.

⁵⁴ Borrell et al., 2008; Llacer et al., 2007; Malmusi et al., 2010

A “Mutilação Genital Feminina” é entendida como a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos ou outras lesões que alteram anatomicamente os genitais femininos, seja por razões culturais ou outras não terapêuticas⁵⁵.

Mesmo que realizada em condições de higiene e assepsia, não se conhecem quaisquer benefícios para a saúde, podendo causar sérias consequências adversas para a saúde física e emocional das crianças, já que é praticada geralmente durante a infância, prolongando-se os danos pela adolescência e vida adulta das mulheres.

A realidade é a de uma prática executada por outras mulheres, familiares ou praticantes sem formação médica, com instrumentos não cirúrgicos e não esterilizados, de que resultam frequentemente hemorragias fatais, infecções e transmissão de doenças como HIV, Hepatite B e C, para além da possibilidade de septicemia, tétano, gangrena, fasciite necrotizante e endometrite.

As complicações a longo prazo e tardias incluem a formação de quistos e fístulas, micção dolorosa, infecções urinárias recorrentes e incontinência, frigidez e infertilidade, oferecendo ainda riscos para a gravidez e parto, assim como para os recém-nascidos.

Igualmente nefastos são os danos psicológicos, podendo originar problemas de saúde mental e psicossociais, incluindo depressão, ansiedade e disfunção sexual.

A OMS estima que no espaço da União Europeia vivam cerca de 500 mil mulheres mutiladas e 180 mil meninas estejam em risco. No mundo, o fenómeno assume dimensões desmesuradas: a OMS estimava em 2010 que já tivesse vitimado mais de 100 milhões de meninas, em cerca de 30 países entre eles a Guiné-Bissau⁵⁶, estimando estarem em risco cerca de 3 milhões de meninas anualmente.

Pelo facto de receber pessoas oriundas de países onde esta prática é comum, Portugal é considerado pela OMS um País de risco no que diz respeito à prática da MGF. Contudo, os dados sobre a verdadeira dimensão do problema ao nível nacional são insuficientes.

Sendo considerada crime em Portugal⁵⁷, é conseqüentemente uma prática oculta, pelo que se torna difícil obter estatísticas e conhecer em profundidade o fenómeno.

Com o objectivo de proceder a uma análise quantitativa e qualitativa, identificando as dinâmicas sócio-culturais, que justificam a preservação da prática ao longo dos séculos, encontra-se em curso um estudo iniciado em 2014⁵⁸, coordenado pelo Centro de Estudos de Sociologia e pelo Observatório Nacional de Violência e Género da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, com a participação do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, de peritos na área da saúde e da estatística e associações da sociedade civil.

O combate à MGF em Portugal, pelas instâncias oficiais, iniciou-se em 2003, quando o II Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2003-2006) condenou explicitamente a prática da MGF, tendo Portugal sido um dos primeiros países da UE a ter um Programa de Acção para a Eliminação da

⁵⁵ A Mutilação Genital Feminina encontra-se classificada desde 2008 segundo 4 tipos:

- Tipo I – Remoção total ou parcial do clítoris e/ou do prepúcio do clítoris (clitoridectomia).
- Tipo II – Remoção total ou parcial do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem a excisão dos grandes lábios (excisão).
- Tipo III – Estreitamento do orifício vaginal com a criação de uma membrana selante, com o corte e aposição dos pequenos lábios e/ou os grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris (infibulação).
- Tipo IV – Todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção/picar, perfuração, incisão/corte, escarificação e cauterização.

⁵⁶ A Assembleia Nacional Popular da Guiné-Bissau aprovou uma lei específica em 2011, proibindo e criminalizando a MGF.

⁵⁷ A MGF encontra-se enquadrada pelo Código Penal Português (DL n.º 48/95, de 15 de Março), no artigo 144º (com a redacção actualizada pela Lei n.º 59/2007, de 04/09) como Ofensa à Integridade Física Grave (artigo com aplicação também a actos praticados fora do território português).

Artigo 144.º

Ofensa à integridade física grave

Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a:

- a) Privar-lo de importante órgão ou membro, ou a desfigurá-la grave e permanentemente;
- b) Tirar-lhe ou afectar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem;
- c) Provocar-lhe doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável; ou
- d) Provocar-lhe perigo para a vida;

é punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.

⁵⁸ Estudo intitulado “Mutilação Genital Feminina em Portugal: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação”

MGF, adoptado em 2009, que foi objecto de reconhecimento internacional, como boa prática, no âmbito do Programa Daphne⁵⁹.

Entretanto, o III Programa de Acção para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina 2014-2017 encontra-se aprovado, integrado no V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017, integrando 42 medidas distribuídas por 5 Áreas Estratégicas: Prevenir, Integrar, Formar, Conhecer, Cooperar⁶⁰.

Ainda que, na sua actividade clínica, os profissionais de saúde tenham oportunidade de se deparar com casos de MGF, muitos não se encontram ainda informados, com formação específica, ou mesmo sensibilizados para esta questão e desconhecem a melhor abordagem a estas mulheres.

Em 2008, um inquérito realizado na Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa, a 112 profissionais de saúde (8 médicos, 48 enfermeiros e 26 auxiliares de acção médica/administrativos) revelou que 44 dos inquiridos (39%) já tinham observado pelo menos uma mulher com MGF (correspondendo a 22 médicos, 20 enfermeiros, e 2 auxiliares de acção médica/administrativos)⁶¹.

Estes dados comprovam que a MGF é praticada em território nacional, nomeadamente na área da cidade de Lisboa. Da “mera suspeita”, tem vindo gradualmente a verificar-se a “existência” desta prática através da verificação de casos concretos.

O registo na Plataforma de Dados da Saúde começou a ser feito no início de 2014, tendo entre Março e Julho de 2014 sido registados nove casos. Actualmente encontram-se registados 43 casos, todos detectados na AML em situação de internamento (40%), acompanhamento de gravidez (30%) e consulta externa (20%), contudo nenhum dos casos se reporta a MGF executada recentemente ou em território nacional.

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

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

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

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

VII.2 - Parque Habitacional

VII.2.1 - Tipologias e regimes de ocupação

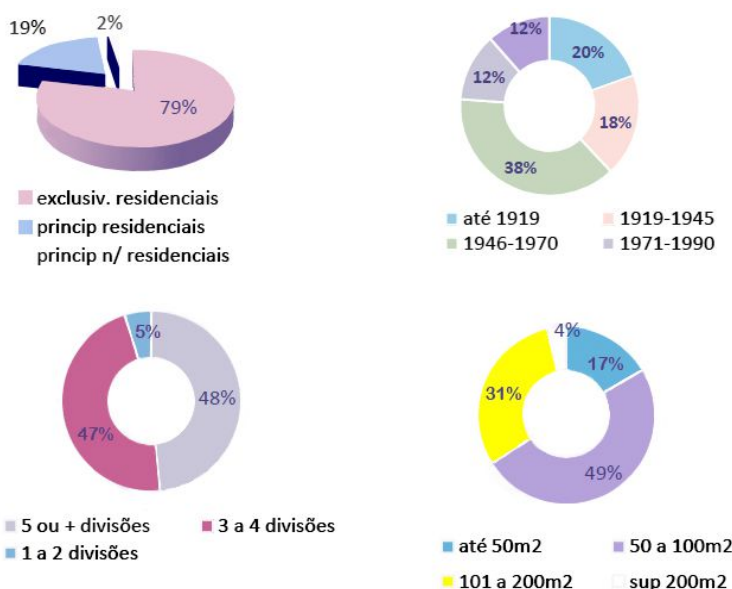
O parque habitacional da cidade de Lisboa é muito diverso e apresenta uma elevada densidade de construção na área central. As tipologias e os regimes de ocupação do edificado são também diversos e reflectem diferentes períodos da sua história. Os períodos construtivos mais importantes em Lisboa foram o de 1946 a 1970 (38%) e o anterior a 1919 (20%).

⁵⁹ Programa Daphne III (Decisão n.º 779/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de Junho de 2007) estabelece para o período de 2007 a 2013 um programa específico de prevenção e de combate à violência contra as crianças, os jovens e as mulheres e de protecção das vítimas e dos grupos de risco no âmbito do programa geral Direitos Fundamentais e Justiça.

⁶⁰ Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013, Diário da República, 1.ª série — N.º 253 — 31 de dezembro de 2013).

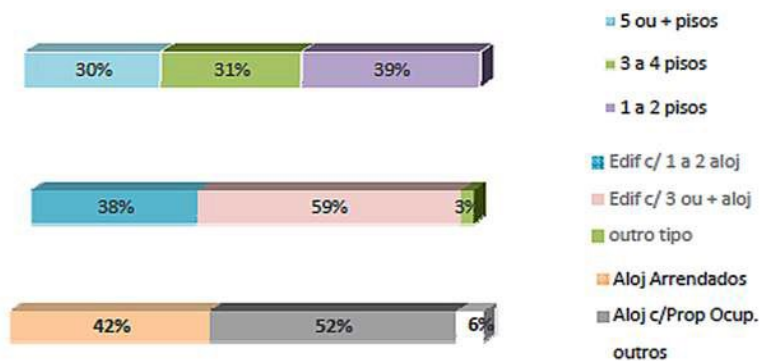
⁶¹ SANDRA BARRETO, VERA CUNHA, LISA VICENTE, ANA CAMPOS, *Mutilação Genital Feminina: O que sabem os Profissionais de Saúde?*, Maternidade Alfredo da Costa, 2008

No perfil do edificado vocacionado para habitação, ressalta a ocupação residencial como uso exclusivo, (79%), a primazia de edifícios de 1 a 2 pisos (39%), mas coexistentes com os de 3 a 4 (31%) e 5 ou mais pisos (30%), a predominância de 3 ou mais alojamentos (59%) e estes no seu conjunto compostos de 3 a 4 (48%) ou 5 ou mais divisões (47%) e com áreas de 50 a 100m² (49%). Há ainda 31% que têm 100 a 200m².



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

Destaca-se ainda o facto de pouco mais de metade dos alojamentos de Lisboa-Cidade (52%) corresponderem a habitação própria com proprietário ocupante, sendo os restantes alojamentos (42%) em regime de arrendamento.



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

Do total de 52 696 edifícios clássicos existentes em 2011 em Lisboa, 18 488 (35%) são construídos com base numa estrutura de paredes de alvenaria sem placa e de paredes de adobe ou alvenaria de pedra solta.

VII.2.2 - Lotação

O conceito de “normal”, ao falar-se da lotação de um alojamento, é de acordo com os critérios dos Censos o da existência na habitação de uma sala de refeições/estar, um quarto por cada casal, um quarto por cada duas crianças até aos sete anos e um quarto por cada pessoa solteira de sexo diferente a partir dos sete anos.

A lotação de uma habitação pode ir variando ao longo do ciclo de vida dos seus ocupantes, pelo nascimento ou morte de membros do agregado familiar, pela constituição de novos núcleos familiares dentro da mesma família, que poderão sair para outro alojamento ou permanecer no mesmo alojamento em coabitação.

Um alojamento pode assim dispor de divisões em excesso ou em falta, sendo normalmente por razões económicas que se verifica a existência de um número de moradores superior ao número desejável de divisões.

Deste modo, o número de alojamentos sobrelotados constitui um indicador de deficiente qualidade de vida.

Os Censos de 2011 revelam que em Lisboa, dos 237 247 alojamentos familiares clássicos de residência habitual, 26,2% (62 044) tinham uma lotação adequada, enquanto 61,7% tinham divisões em excesso e 12,1% estavam sobrelotados. Para resolver o problema da sobrelotação, bastaria apenas mais 1 divisão a 9,2% dos alojamentos (21 775).

Mas o agravamento da crise pode já ter feito aumentar este número, ao obrigar um maior número de pessoas a ter de viver na mesma casa.

Lotação dos alojamentos familiares clássicos de residência habitual

	Total	Alojamento com divisões em excesso			normal	Alojamentos sobrelotados		
		com 3 ou + divisões em excesso	com 2 divisões em excesso	com 1 divisão em excesso		com 1 divisão em falta	com 2 divisões em falta	com 3 ou + divisões em falta
Lisboa cidade	237 247	28 924	41 504	76 040	62 044	21 775	5 211	1 749

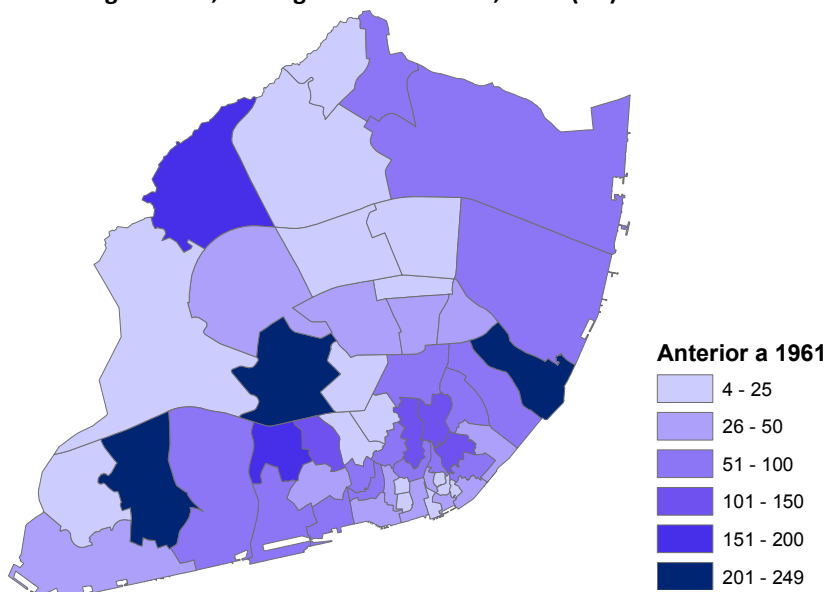
Fonte: INE, Censos 2011

VII.2.3 - Estado de conservação

A degradação do edificado mais antigo é uma realidade que se traduz directamente em reduzidas condições de habitabilidade e salubridade dos alojamentos e respectiva infra-estruturação, onde é difícil e por vezes até penoso, o acesso a pessoas com mobilidade reduzida e onde persistem baixos níveis de conforto térmico e salubridade no interior das habitações, sobretudo nos edifícios mais antigos (até 1945), representando 38% do edificado clássico.

Os edifícios com necessidades de grandes reparações e muito degradados representam ainda um número elevado (3 892) e correspondem, na sua grande maioria, a edifícios com 50 e mais anos, ou seja anteriores a 1961 (90%).

Edifícios anteriores a 1961, com necessidades de grandes reparações e muito degradados, 53 freguesias de Lisboa, 2011 (Nº)



Fonte: INE, Censos 2011

As freguesias que se destacam com mais de 200 edifícios identificados são Campolide, Beato e Ajuda.

Esta realidade do edificado mais degradado e antigo tem repercussões directas na saúde das populações que nele residem, já que essas mesmas deficientes condições de habitabilidade, a falta de salubridade, e as patologias diversas do edificado (infiltrações, falta de isolamento, aquecimento, saneamento, pragas, etc.) induzem ou agravam um vasto conjunto de situações de doença crónica e criam situações de maior vulnerabilidade social e *stress*, sobretudo junto das crianças e dos idosos.

Por outro lado, existem outros aspectos relacionados com as características do edificado e com os regimes de ocupação e lotação dos alojamentos que se relacionam directamente com a saúde das comunidades residentes. A falta de ventilação e deficiente iluminação natural de muitas habitações (sobretudo as interiores e sem janela), assim como o insuficiente isolamento térmico e a degradação dos materiais construtivos e das estruturas acarreta múltiplos problemas associados com algumas doenças pulmonares crónicas como a asma, as alergias e outras doenças virais oportunistas.

Também se verifica que a incidência de pragas infestantes é muito maior ou mesmo circunscrita às áreas onde o edificado é mais antigo e degradado, estando no entanto ocupado e por vezes até sobrelotado.

Cruzando ainda com o facto de 17% dos alojamentos possuírem uma área inferior a 50m² e quase metade (49%) disporem de uma área entre 50 a 100m², pode concluir-se que, em algumas áreas históricas mais antigas da cidade, com um edificado mais degradado e com deficientes condições de habitabilidade, coexistem igualmente alojamentos de reduzida dimensão em conjugação com os factores já descritos associados ao estado de conservação.

VII.2.4 - Infraestruturação

Existe uma estreita relação entre as condições de habitação e os problemas de saúde associado à prevalência de doenças infecto-contagiosas, como as hepatites.

Electricidade, água canalizada e de qualidade, instalações sanitárias, banho ou duche, drenagem e tratamento das águas residuais e recolha de lixo são consideradas como a infra-estruturação básica da habitação em qualquer país considerado desenvolvido.

Na cidade de Lisboa, persistem ainda hoje situações de deficiente infra-estruturação do edificado habitacional, existindo ainda edifícios ou alojamentos sem abastecimento de água e sem esgoto, sem retrete e sem banho.

De acordo com os Censos de 2011, cerca de 0,9% dos alojamentos careciam de pelo menos uma daquelas infra-estruturas básicas, valor inferior ao verificado no Continente (1,9%), mas superior ao verificado na Grande Lisboa (0,8%).

Em relação a este indicador, existem também grandes assimetrias entre as freguesias no interior da cidade, 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%).”

Considerando apenas o abastecimento de água, a existência de retrete e de esgotos, o número de alojamentos familiares de residência habitual em Lisboa sem uma destas infra-estruturas pode considerar-se residual se considerado percentualmente em cada freguesia, mas ainda é significativo em termos absolutos: 444 alojamentos não estão ligados à rede de abastecimento de água, 588 não dispõem de retrete e 338 não têm esgotos.

O melhoramento do saneamento básico vai reflectir-se progressivamente numa maior esperança de vida, na descida da taxa de mortalidade e na melhoria das condições habitacionais e de saúde da população.

Alojamentos Familiares de Residência Habitual por condições de infra-estruturação - 2011 (*)

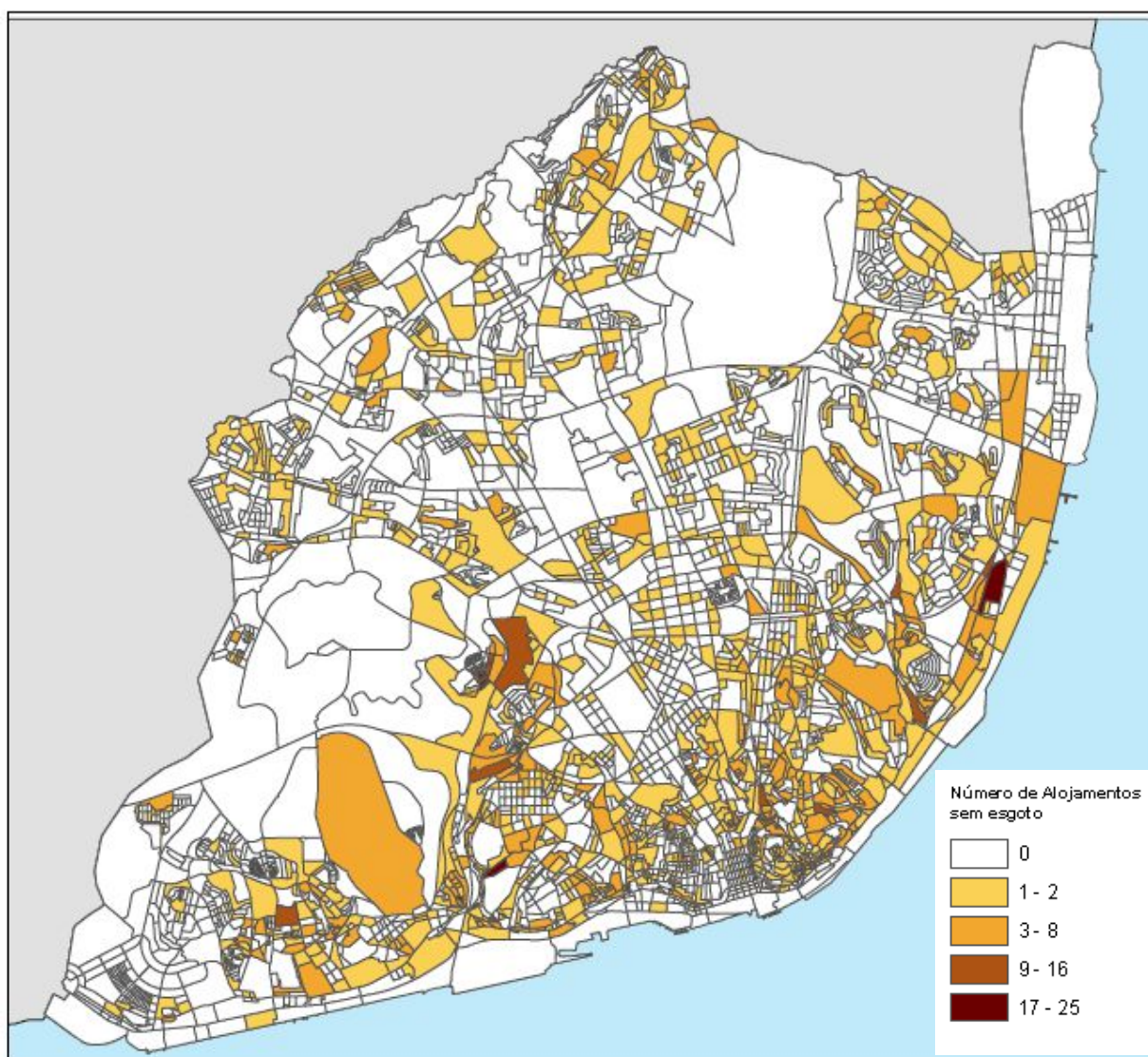
Freguesias	Alojamentos nº	Alojamentos s/água		Alojamento s/retrete		Alojamentos s/esgoto		Alojamentos s/banho	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Ajuda	6919	20	0,29	25	0,36	13	0,19	109	1,6
Alcântara	6526	19	0,29	32	0,49	17	0,26	116	1,8
Alvalade	14105	8	0,06	6	0,04	6	0,04	48	0,3
Areeiro	8995	9	0,10	8	0,09	7	0,08	45	0,5
Arroios	14326	22	0,15	33	0,23	18	0,13	152	1,1
Avenidas Novas	9610	9	0,09	10	0,10	8	0,08	50	0,5
Beato	5677	13	0,23	13	0,23	7	0,12	92	1,6
Belém	7011	22	0,31	26	0,37	17	0,24	76	1,1
Benfica	16584	10	0,06	10	0,06	10	0,06	57	0,3
Campo de Ourique	10354	17	0,16	31	0,30	10	0,10	151	1,5
Campolide	6592	60	0,91	81	1,23	39	0,59	211	3,2
Carnide	7535	7	0,09	5	0,07	6	0,08	52	0,7
Estrela	8751	25	0,29	39	0,45	22	0,25	201	2,3
Lumiar	18457	10	0,05	10	0,05	7	0,04	49	0,3
Marvila	13898	53	0,38	54	0,39	34	0,24	163	1,2
Misericórdia	6281	14	0,22	33	0,53	14	0,22	154	2,5
Olivais	14220	14	0,10	15	0,11	12	0,08	54	0,4
Parque das Nações	8287	8	0,10	9	0,11	7	0,08	26	0,3
Penha de França	13023	13	0,10	17	0,13	11	0,08	98	0,8
Santa Clara	8605	36	0,42	40	0,46	32	0,37	98	1,1
Santa Maria Maior	5902	19	0,32	34	0,58	15	0,25	200	3,4
Santo António	5498	7	0,13	15	0,27	5	0,09	69	1,3
S. Domingos de Benfica	14837	12	0,08	13	0,09	8	0,05	52	0,4
S. Vicente	7458	17	0,23	29	0,39	13	0,17	178	2,4
Total concelho	239451	444	0,19	588	0,25	338	0,14	2501	1,0

(*)Fonte: CML/Censos Lisboa 2011, dados obtidos por agregação das subsecções estatísticas que integram cada uma das novas freguesias (resultados exactos para as freguesias de Alcântara, Areeiro, Avenidas Novas, Beato, Benfica, Campolide, Olivais, Parque das Nações, Penha de França, Santa Clara, São Domingos de Benfica e São Vicente e aproximados para as restantes)

Segundo a análise dos dados estatísticos dos Censos 2011 comparativamente aos dados do Censos 2001 houve uma melhoria bastante significativa. No caso dos alojamentos “sem retrete” a percentagem baixou de 0,6% em 2001 para 0,2% em 2011.

Analisando a distribuição geográfica, por exemplo, dos alojamentos sem esgoto, verifica-se que as subsecções estatísticas com número mais elevado de casos se situam em Marvila, entre a Rua Direita e a Rua do Açúcar e no Largo de Chelas, em Campo de Ourique entre a Rua do Borja e a Rua Possidónio da Silva e na Rua dos Sete Moinhos, na Ajuda entre a Rua da Bica do Marquês e a Alameda dos Pinheiros, em Campolide na Quinta da Rabicha, geralmente associados a pátios e vilas.

Alojamentos familiares de residência habitual sem esgoto, 2011, (Nº)

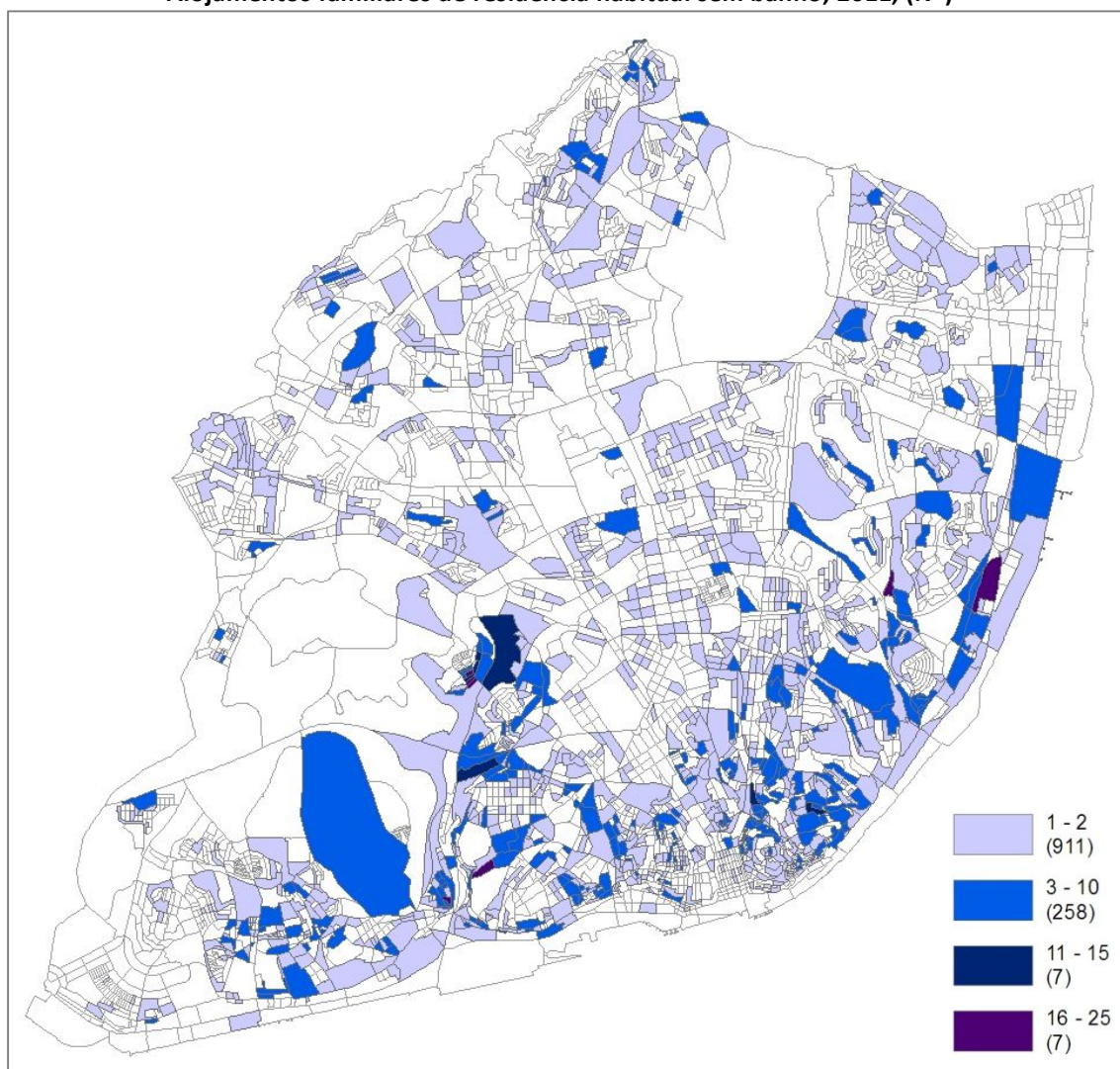


Fonte: INE, I.P., Censos 2011

O número de alojamentos sem banho representa ainda 1% (2 501) do total de alojamentos considerados, que se concentram maioritariamente nas freguesias do Centro Histórico, com um parque habitacional mais envelhecido, indicando-se por ordem decrescente Santa Maria Maior, Campolide, Misericórdia, Estrela e São Vicente.

Para além do Centro Histórico, também se encontram alojamentos sem banho novamente em áreas tradicionalmente de ocupação operária.

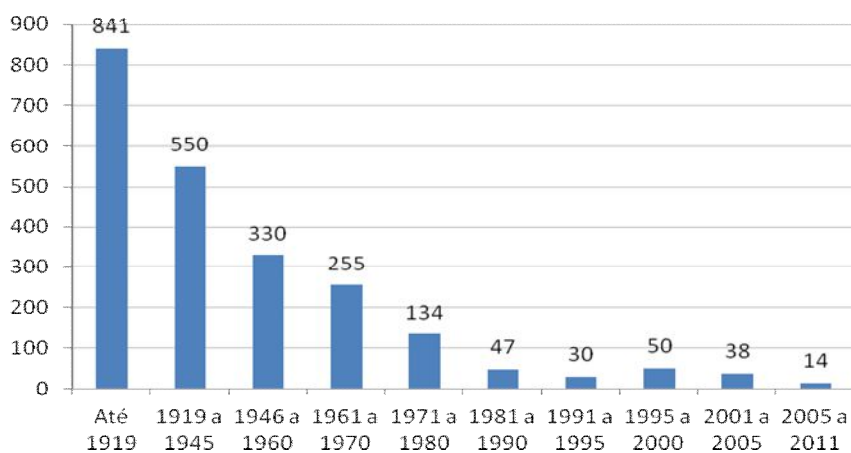
Alojamentos familiares de residência habitual sem banho, 2011, (Nº)



Fonte: INE, Censos 2011

Estes alojamentos correspondem ao parque habitacional mais antigo, na sua maioria anterior a 1960.

Alojamentos familiares clássicos de residência habitual sem banho, segundo a idade dos edifícios



Fonte: INE, Censos 2011

Em síntese, verifica-se que a freguesia de Campolide é a que apresenta maior número de alojamentos familiares de residência habitual sem as instalações básicas (sem água, sem retrete, sem esgoto e sem banho), seguindo-se Marvila e Santa Clara (sem água, sem retrete e sem esgoto).

Freguesias com maior incidência de Alojamentos Familiares de Residência Habitual sem água, sem retrete, sem banho e sem esgoto, 2011

Sem água		Sem retrete		Sem esgoto		Sem banho	
Campolide	(60)	Campolide	(81)	Campolide	(39)	Campolide	(211)
Marvila	(53)	Marvila	(54)	Marvila	(34)	Estrela	(201)
Santa Clara	(36)	Santa Clara	(40)	Santa Clara	(32)	Santa Maria Maior	(200)

Fonte: INE, I.P., Censos 2011

VII.2.5 - Exposição solar

De forma equilibrada, a exposição solar tem efeitos positivos na saúde e no bem-estar, promovendo ossos mais resistentes, através da vitamina D responsável pela fixação do Cálcio. Por outro, tem também efeitos benéficos ao nível da saúde mental, contribuindo para a elevação dos níveis de serotonina no cérebro, melhorando o humor e a boa disposição. Em algumas patologias de natureza reumatológica e dermatológica, tem mesmo um poder curativo.

O sol é por outro lado uma fonte de calor, pelo que a sua ausência está associada à exposição ao frio. As habitações sem acesso solar suficiente, de fraca qualidade de construção, mal isoladas e sem aquecimento, são aquelas que constituirão, por exemplo, o maior risco para a ocorrência de doenças relacionadas com a Síndrome Coronária Aguda e doenças respiratórias nomeadamente pneumonias.

Tendo em conta a exposição solar dos edifícios e a relação com a sua eficiência energética, a melhor orientação de uma habitação será aquela que garanta uma exposição ao quadrante Sul, uma vez que permite uma maior exposição aos raios solares, assegurando consequentemente melhores condições de habitabilidade.

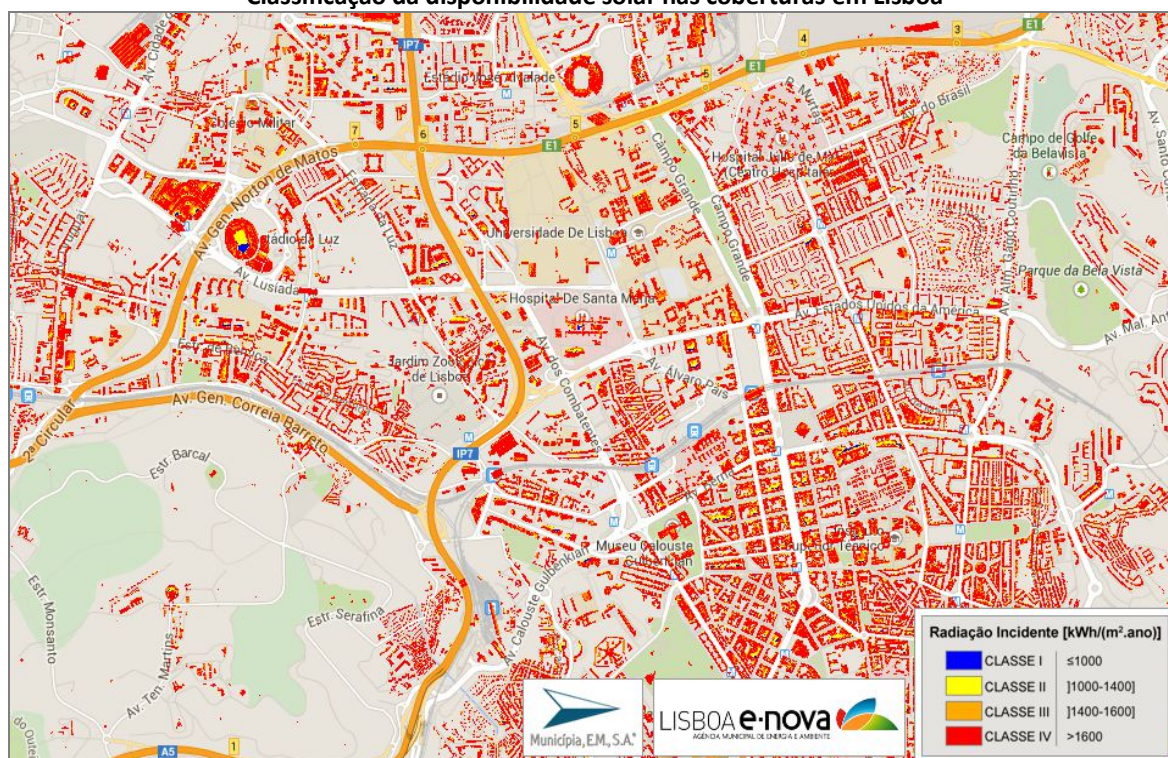
Quando não é possível ter uma habitação totalmente orientada a Sul, deve dar-se prioridade ao quadrante Oeste, relativamente às divisões da habitação de maior permanência e maior superfície habitada, para que no Inverno se possam assegurar os ganhos solares indispensáveis ao contributo para melhores condições de salubridade e conforto térmico.

Em Lisboa, a topografia e a morfologia urbana, sobretudo nas zonas históricas e consolidadas, edificadas em épocas em que a questão da insolação não era tida em conta, não permitem contudo assegurar a todos os edifícios ou a todas as suas áreas, iguais condições de insolação.

A energia térmica solar pode no entanto ser captada e convertida em energia eléctrica, permitindo a produção de calor e a sua utilização nos equipamentos domésticos, assim como o seu armazenamento para utilização posterior.

Lisboa é a capital europeia com maior número médio anual de horas de sol, com mais de 2 800 horas de sol por ano, traduzidas numa média de 4,6 horas de sol diárias em Dezembro e 11,4 horas de sol diárias em Julho, o que constitui um potencial para a instalação de sistemas solares nas coberturas, permitindo não só a redução da factura energética, como a melhoria das condições de habitabilidade.

Classificação da disponibilidade solar nas coberturas em Lisboa



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

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

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

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

VII.2.6 - Acessibilidade

A acessibilidade em meio urbano pode ser definida como a possibilidade do território e dos diferentes espaços construídos da cidade proporcionarem a todos os cidadãos, de forma equitativa, uma igual oportunidade de aceder e utilizar os espaços, equipamentos e infra-estruturas urbanas, de uma forma directa, imediata, permanente e o mais autónoma possível.

O quadro legal e regulamentar neste domínio está detalhadamente definido no DL 163/2006, de 8 de Agosto, o qual define as normas técnicas de acessibilidade e estabelece as regras para sua aplicação às edificações. Para a cidade de Lisboa, foi também criado o Regulamento Municipal de Acessibilidade e Mobilidade Pedonal, publicado no Edital n.º 29/2004, de 7 de Junho.

Com efeito, as boas práticas e experiência internacional neste domínio demonstram que os espaços urbanos, os edifícios e as instalações e serviços acessíveis são, por regra, mais funcionais, mais seguros e mais confortáveis para todos os utilizadores.

Pode dizer-se que uma cidade mais acessível é também uma cidade que oferece maior qualidade de vida e bem-estar aos seus utilizadores, na qual todos podem beneficiar de uma melhor circulação e de um maior reforço dos laços sociais de vizinhança e de proximidade.

A promoção da acessibilidade deve portanto ser vista como uma oportunidade de qualificação do espaço urbano.

A expressão “acessibilidade pedonal” refere-se especificamente à acessibilidade experimentada por quem se desloca a pé ou em cadeiras de rodas na via pública. A existência de barreiras físicas ou comunicacionais que impeçam a uma parte da população o acesso, uso ou fruição de um espaço ou edifício habitacional ou outro, é objectivamente uma forma de exclusão⁶².

No que diz respeito à via pública, a cidade de Lisboa, pela sua orografia, sobretudo nas áreas de colinas do Centro Histórico, apresenta arruamentos com elevados declives, sendo que grande partes das ruas têm uma inclinação longitudinal, por vezes muito acentuada, com valores entre os 5% e os 8%, e por vezes superiores a 8% de declive, portanto difíceis de vencer a pé, especialmente pelos cidadãos com mobilidade reduzida.

Mapa de declives da rede viária do Concelho de Lisboa



Fonte: CML, Plano de Acessibilidade Pedonal, Vol. 1, 2013

Garantir as condições de mobilidade e acessibilidade para todos os cidadãos implica não só a existência de percursos acessíveis e sem discontinuidades no espaço público, mas também uma rede de infra-estruturas de transporte público, na qual são minimizadas as barreiras à circulação, garantindo a plena realização de uma viagem de uma origem “A” para um destino “B”.

Relativamente às redes de transporte público, existe uma grande quantidade de obstáculos à circulação pedonal, que constituem um aspecto central nas dificuldades de acesso aos interfaces (paragens/estações) ao longo dos percursos de viagem, incluindo os transbordos e transferências modais, e também no acesso aos veículos (entradas/saídas).

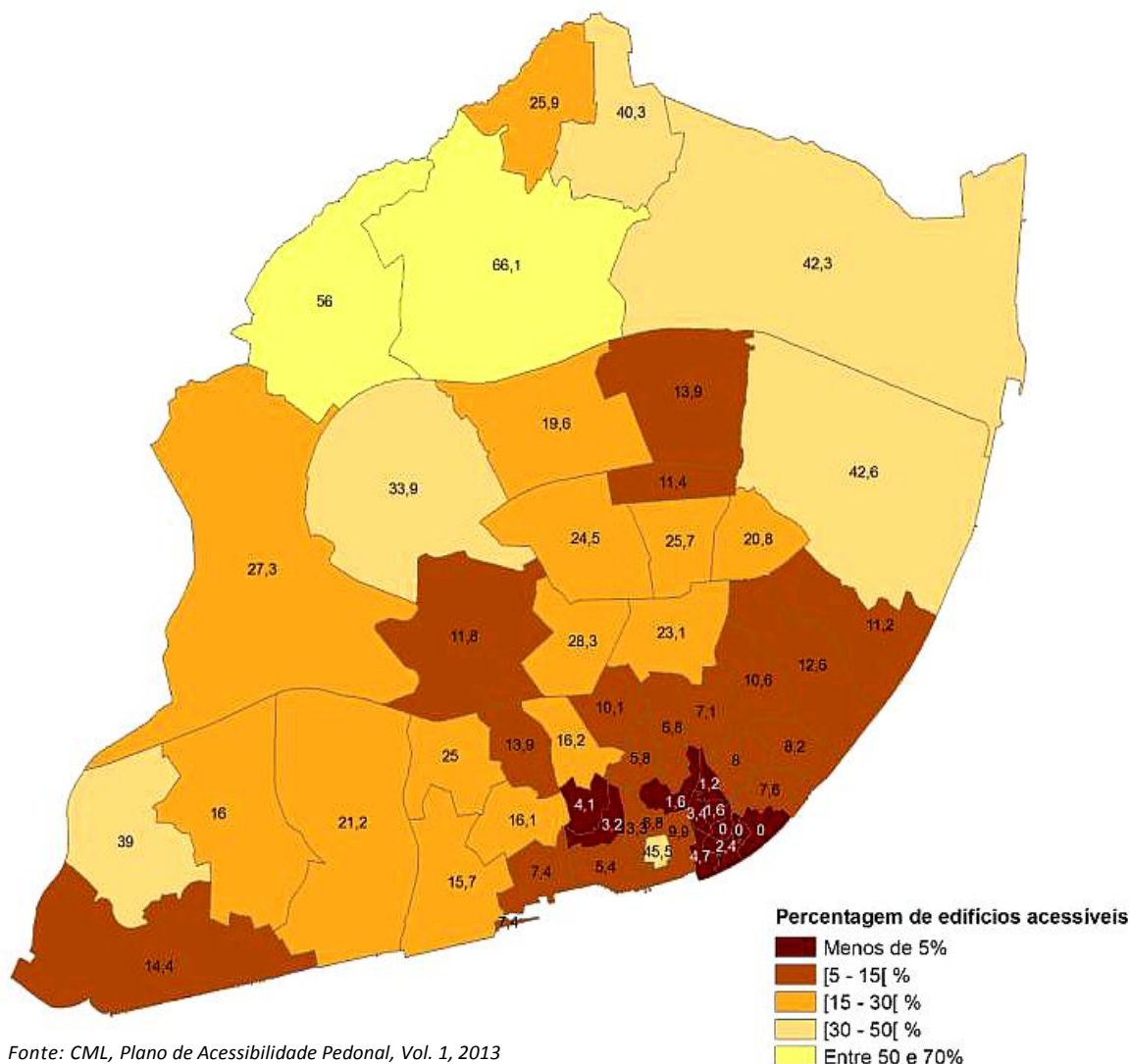
⁶² Plano de Acessibilidade Pedonal, Vol. 1, 2013

No que diz respeito ao acesso aos veículos, os problemas colocam-se ao nível da inexistência de plataformas de nível com o piso dos veículos ou de plataformas elevatórias, do reduzido número de veículos de piso rebaixado ou da falta de rampas nas estações, ou ainda, dentro dos veículos, pela insuficiente existência de lugares adaptados a passageiros em cadeira de rodas, ou reserva de lugares para deficientes físicos, grávidas e acompanhantes de crianças de colo.

Por outro lado, as questões da acessibilidade também se colocam ao nível dos edifícios. Lisboa apresenta um vasto centro histórico composto por edificações muito antigas. Nestes edifícios históricos, a promoção da acessibilidade não pode prejudicar as regras de protecção das edificações classificadas ou em vias de classificação.

A intervenção realizada nos edifícios históricos ou nos espaços públicos não se deve resumir à criação de condições de acesso físico. Deverá adoptar-se uma estratégia baseada no conceito de "design universal", "design inclusivo" ou "design para todos", que tenha por objectivo a possibilidade de livre circulação, de uso e fruição dos espaços o mais abrangente possível, prosseguindo objectivos de adaptação progressiva dos espaços e edifícios já existentes e prevenir a criação de novas barreiras.

Percentagem de edifícios acessíveis em 2011



As condições da via pública e as características dos edifícios históricos de Lisboa tornam mais complexa, mas também mais pertinente, a tarefa de promoção da acessibilidade e da mobilidade para todos, numa perspectiva de equidade e de qualificação dos diferentes tipos de espaços e redes urbanas, dando sobretudo resposta às necessidades especiais de determinados grupos populacionais, como os idosos, os adultos com carrinhos de bebé e as pessoas portadoras de deficiência e contribuindo globalmente para uma cidade mais acessível e saudável.

VII.2.7 - Habitação social

A intervenção da Câmara Municipal de Lisboa (CML) na promoção de Habitação Social foi assumida desde cedo de forma relevante no que concerne à persecução do objectivo de uma habitação para todos em Lisboa: nos anos 60-70 do séc. com os projectos que urbanizaram Olivais e Chelas e mais tarde (anos 80-90), com os Programas PIMP e PER, na erradicação dos bairros de barracas em Lisboa, responsáveis pelo realojamento de milhares de famílias, através de construção, aquisição e ainda do apoio ao movimento cooperativo habitacional que nestas décadas surgiu um pouco por toda a cidade complementando a oferta habitacional na cidade.

Em 1995 é criada a GEBALIS – Gestão dos Bairros Sociais de Lisboa, EEM, para assegurar, sob a tutela da CML, a administração dos bairros municipais que lhes iam sendo confiados, na perspectiva de “assegurar uma política de gestão integrada, visando a administração dos bairros, a qualidade de vida das populações e a conservação do património”.

Em 2013 existiam em Lisboa⁶³:

- 69 Bairros Sociais
- 30 641 fogos de habitação social (total sob gestão GEBALIS/CML)
 - 21 111 (fogos atribuídos em Janeiro de 2014);
 - 1 552 (fogos não atribuídos)
 - 7 978 (fogos alienados)
- nº de Habitantes (estimativa):
 - Apuramento 1 = 59 111 hab
 - 21 111 x 2,8 (dimensão familiar média apurada no Inquérito GEBALIS)
 - Apuramento 2 = 85 795 hab
 - 30 641 x 2,8 (idem)

De salientar na caracterização socioeconómica, que consta do Relatório do Inquérito de Satisfação Residencial e Participação Cívica realizado pela GEBALIS:

- 5,3% de pessoas dependentes de terceiros por problemas físicos e mentais
- 19% dos agregados com problemas de mobilidade física em pelo menos um dos membros

Quanto à satisfação no que respeita a adequação da casa a pessoas com limitações físicas, declaram-se:

- 59% satisfeito/muito satisfeito
- 41% pouco satisfeito/insatisfeito.

No contexto da melhoria do acesso a uma habitação condigna, como um determinante basilar da saúde, a CML tem vindo a rever os critérios de atribuição de habitações municipais e a criar outro tipo de Programas de apoio à habitação, com o objectivo de suprir carências habitacionais e consagrar este tão importante direito social:

Programa Habitação Municipal – “Casas para quem precisa”

Os agregados familiares têm de reunir, cumulativamente, as seguintes condições prévias para atribuição do direito à habitação municipal:

- a) Nenhum dos membros do agregado familiar possua habitação própria na área metropolitana de Lisboa ou esteja a usufruir de apoios financeiros públicos para fins habitacionais;
- b) Residam no Concelho de Lisboa;
- c) Não seja titular ou cônjuge ou unido de facto com o titular de uma habitação atribuída pelo município;

⁶³ Fonte: GEBALIS

- d) Nenhum dos elementos do agregado, por opção própria, tenha beneficiado de uma indemnização em alternativa à atribuição de uma habitação municipal por realojamento;
- e) O agregado familiar receba um rendimento mensal corrigido (RMC) inferior a três ou a cinco IAS, no caso de o requerente ter idade igual ou superior a 65 anos, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
- d) No caso dos agregados familiares com mais de 3 elementos ou mais de 5 elementos no caso de o requerente ter idade igual ou superior a 65 anos, terem um rendimento mensal corrigido (RMC) per capita, igual ou inferior a 1 IAS.

Programa Acupunctura Urbana

O Programa Acupunctura Urbana (AU) é um programa municipal, coordenado pelo pelouro da Habitação, dirigido às Juntas de Freguesia para pequenas intervenções em fogos privados, com vista a garantir condições mínimas de habitabilidade, designadamente conforto, salubridade e acessibilidade.

Para que as habitações possam ser consideradas elegíveis é necessário:

- Não possuírem condições mínimas de habitabilidade, estando classificados com estado de conservação “mau” ou “péssimo” nos termos da Portaria 1192-B/2006, de 3 de Novembro;
- O proprietário não ter capacidade económica para levar a cabo a intervenção;
- Não existir intimação ou intervenção municipal directa, efectuada ou em curso;
- Estar ocupado por agregado familiar elegível nos seguintes termos:
 - ter um carenciado idoso;
 - ter um carenciado;
 - ter um elemento portador de deficiência;
 - estar sinalizado pela Rede Social.

Toma-se como referência para a determinação de carência económica dos agregados o critério definido no Regulamento do Regime de Acesso à Habitação Municipal, cabendo às Juntas de Freguesia verificar o cumprimento destes critérios e obter, sempre que aplicável, autorização do proprietário e/ou condomínio.

Programa Renda Convencionada

O Programa Renda Convencionada tem como objecto o arrendamento de fogos municipais⁶⁴ por valores de arrendamento inferiores aos praticados no mercado de arrendamento privado mas superiores aos valores máximos da renda apoiada destinada aos agregados com carência económica.

São vários os objectivos deste Programa, sendo o primeiro o de criar um mercado intermédio de arrendamento dirigido aos agregados em situação de carência habitacional mas que se encontram fora da abrangência da Habitação Social tradicional.

Mas este Programa permite ainda outros tipos de objectivos com sejam:

- Criar uma bolsa de arrendamento de fogos municipais, com fracções municipais devolutas em condições de habitabilidade boas ou razoáveis, em alternativa à alienação;
- Criar condições para atrair jovens para a cidade através da oferta de rendas abaixo dos limites do programa “Porta 65 jovem”, ou outro que o substitua, permitindo que qualquer jovem possa beneficiar cumulativamente do apoio do Estado por acesso a esse programa.

⁶⁴ Os fogos a arrendar constituem uma bolsa de arrendamento publicitada no sítio <http://rehabitarlisboa.cmlisboa.pt>

- Proporcionar uma maior mistura de estratos diferenciados de população nos bairros municipais, contribuindo para a sua requalificação e revitalização;
- Melhorar a gestão do parque habitacional municipal, garantindo receitas que permitam a efectiva manutenção e conservação deste parque.

VII.2.8 - AUGI / BIP-ZIP

AUGI - Áreas Urbanas de Génese Ilegal

No município de Lisboa, as áreas urbanas de génese ilegal (AUGI) estão actualmente identificadas e delimitadas, ao abrigo da legislação específica (Lei n.º 91/95, de 2 de Setembro, alterada e republicada através da Lei n.º 10/2008, de 20 de Fevereiro).

Estas áreas correspondem a “bairros clandestinos” que surgiram principalmente a partir da segunda metade da década de 1960, sem que o seu loteamento tivesse sido aprovado pela Câmara Municipal e em que a maioria das construções não está legalizada.

Para essas áreas da cidade, o processo de planeamento urbano foi invertido no seu processo formal e ultrapassado pela pressão urbanística, resultando na inexistência ou instalação tardia e deficiente das infraestruturas urbanas como arruamentos, passeios e espaços de estadia, na ausência de áreas a ceder para equipamentos e espaços verdes e numa urbanização ilegal de extensas áreas na coroa Noroeste da cidade de Lisboa.

Ao longo das cerca de 5 décadas decorridas, o município foi intervindo no entanto em cada uma destas áreas, de modo a assegurar as condições mínimas de infra-estruturação e prevenindo situações de risco para a saúde pública, pelo que todas as AUGI dispõem actualmente de abastecimento de água, saneamento, electricidade e iluminação pública, além de recolha de lixos.

Em 2008⁶⁵, a Câmara Municipal de Lisboa procedeu à delimitação de 10 AUGI e definiu o respectivo processo de legalização (Plano de Pormenor ou Loteamento), para o que, com o apoio das Juntas de Freguesia (Ameixoeira, Carnide, Charneca e Lumiar), realizou várias reuniões de trabalho com os proprietários e moradores, tendo sido formalizadas Comissões de Administração Conjunta em 9 das 10 AUGI identificadas.

Em Dezembro de 2011 foi constituído o Gabinete de Apoio aos Bairros de Intervenção Prioritária em Áreas Urbanas de Génese Ilegal (GABIP - AUGI), com o objectivo de garantir uma boa articulação entre os proprietários, os moradores e os vários serviços da Câmara Municipal intervenientes, bem como o de conduzir os processos de reconversão.

Em 18 de Junho de 2013, foi aprovado pela Assembleia Municipal de Lisboa, o Regulamento Municipal para Reconversão Urbanística das Áreas Urbanas de Génese Ilegal no Município de Lisboa⁶⁶, que define essencialmente as condições para a legalização das construções existentes com vista ao cumprimento das condições mínimas regulamentares de habitabilidade, assim como os procedimentos para a operacionalização da operação nomeadamente quanto a redução de taxas, definição das áreas de cedência e redução da compensação urbanística.

⁶⁵ Deliberação n.º 1330/CM/2008

⁶⁶ Deliberação n.º 66/AM/2013 - Diário da República de 05.07.2013, 2.ª série — N.º 128

No quadro seguinte apresentam-se valores aproximados de superfície de pavimento para uso habitacional, que se encontram afectos à totalidade da área abrangida pelos diferentes processos de reconversão, ou seja, que se encontram reflectidos nos estudos em curso para a elaboração de Planos de Pormenor, de Unidade de Execução e/ou de Loteamentos – a maioria ainda não aprovados.

Áreas Urbanas de Génese Ilegal – AUGI

Processos de reconversão	Nº de fogos	Nº de habitantes	Superfície de pavimento de uso habitacional (m2) *
Quinta do Grafanil	83	228	26 980
Alto do Chapeleiro	88	178	19 200
Bairro dos Sete Céus	60	151	17 600
Rua particular à Az. dos Lameiros	113	212	12 600
Quinta da Mourisca	104	239	11 250
Galinheiras	1 580	3 225	210 000
Quinta do Olival / Casal dos Abrantes	210	400	64 100
Quinta da Torrinha	422	790	75 000
Rua A e Rua B à Azinhaga da Torre do Fato	77	175	65 000
Rua Particular à Azinhaga da Cidade	20	25	n.a.
Total	2 757	5 623	

* Valor aproximado

BIP/ZIP – Bairros e Zonas de Intervenção Prioritária

As AUGI integram a Carta do Programa BIP-ZIP⁶⁷ que define os Bairros e Zonas de Intervenção Prioritária em Lisboa, constituindo uma das quatro grandes tipologias de intervenção⁶⁸.

De acordo com problemáticas afins e diferenciadas das restantes tipologias, os BIP/ZIP foram classificados segundo 4 grandes tipologias: AUGI, Históricas, Municipais e Outros/Mistos.

Para a construção do conceito de BIP/ZIP e a identificação das áreas susceptíveis de serem enquadradas nesse mesmo conceito, para as quais deveriam ser delineadas estratégias de intervenção específicas e com carácter de urgência, foi utilizada uma metodologia em que o território da cidade foi escrutinado segundo diversos índices construídos a partir da natureza dos problemas e carências existentes.

A partir de vários indicadores socioeconómicos, urbanísticos e ambientais foram construídos um índice social e um índice urbano com expressão gráfica à escala do quarteirão, que em conjunto permitiram sinalizar manchas do território evidenciando o que se designou por “fractura socioterritorial”.

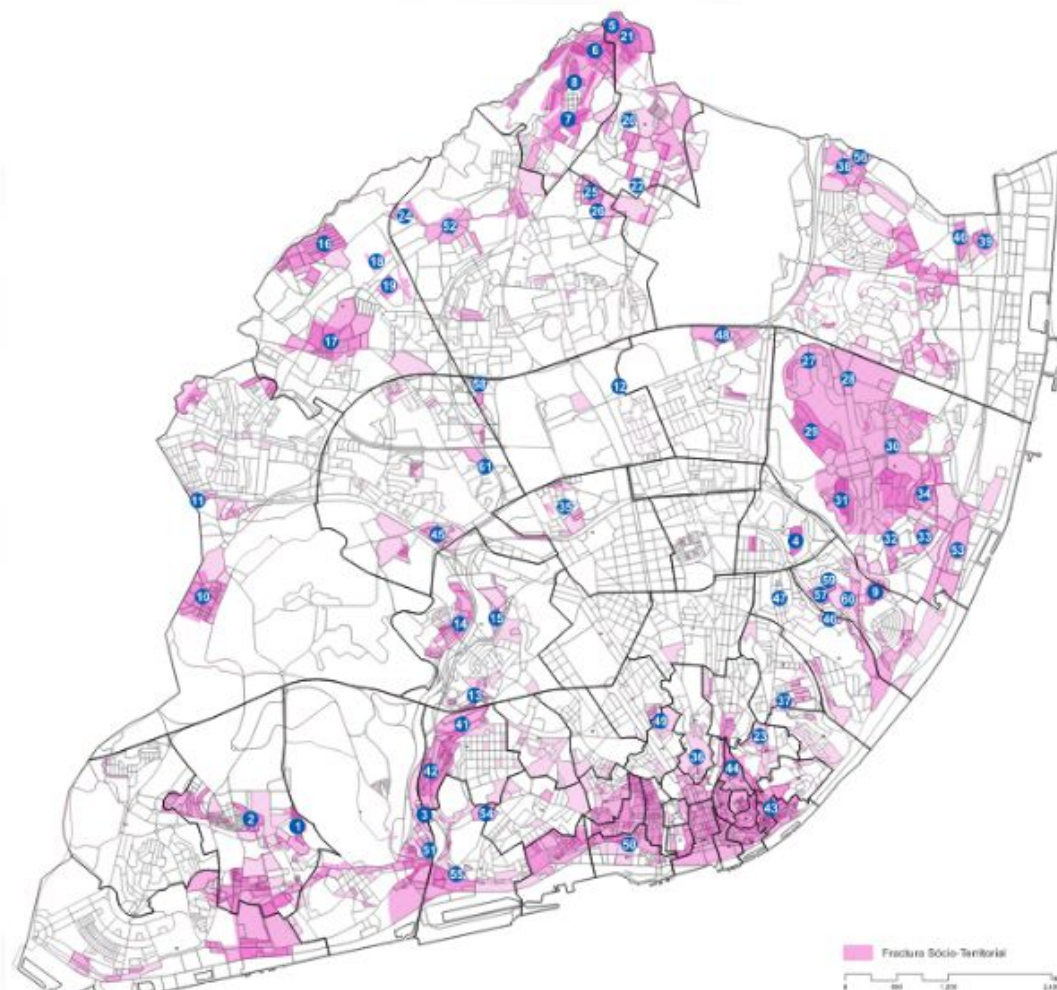
Para a construção deste conceito, revelador da maior probabilidade de verificação das piores condições sociais, económicas e urbanísticas concorreram indicadores como a concentração de população desempregada, menos qualificada ou beneficiária de prestações sociais, o rendimento por escalão do IRS, o índice de envelhecimento, o estado de conservação do edificado, o valor patrimonial das fracções, a qualidade do espaço público, da iluminação pública, a cobertura de equipamentos, da recolha selectiva de resíduos sólidos e de transportes públicos...

⁶⁷ Ver Capítulo IV.2.3 - Os Projectos de Intervenção Comunitária na área da Saúde (BIP/ZIP)

⁶⁸ <http://habitacao.cm-lisboa.pt/index.htm?no=2720001>

Uma proposta de delimitação dos BIP/ZIP foi debatida publicamente, envolvendo serviços e empresas municipais, as Comissões Permanentes de Habitação e Urbanismo da Assembleia Municipal, as Juntas de Freguesia e associações de moradores dos bairros identificados, tendo sido aprovada em 17 de Novembro de 2010 uma Carta com 67 bairros e zonas, correspondendo a cerca de 140 000 habitantes, ou seja cerca de ¼ da população da cidade.

Carta do Programa BIP-ZIP



Fonte: CML, GABIP

O Programa BIP/ZIP Lisboa - Parcerias Locais, criado pela Câmara Municipal de Lisboa no quadro do Programa Local de Habitação (PLH), não se esgotou no diagnóstico e identificação das áreas a carecer de intervenção, pretendendo constituir-se como um instrumento de política pública municipal de desenvolvimento local, visando dinamizar parcerias locais.

O Programa destina-se exclusivamente a apoiar actividades e projectos a desenvolver nos BIP/ZIP, através de intervenções diversas, para melhoria dos habitats abrangidos, através da promoção e apoio a projectos locais que contribuam para o reforço da coesão sócio - territorial no município.

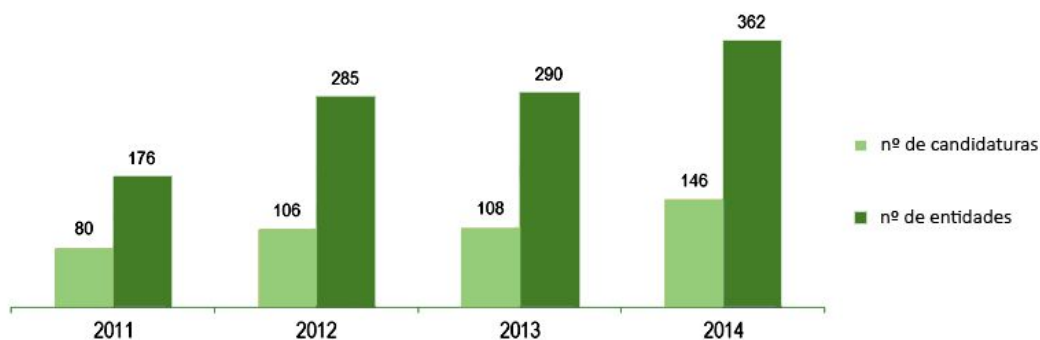
De forma sucinta, os objectivos específicos do programa são os seguintes:

- Promoção do desenvolvimento local fomentando a cidadania activa, a capacidade de auto-organização e a procura colectiva de soluções, através da participação da população na melhoria das suas condições de vida e de saúde;
- Contribuir para uma efectiva melhoria destes espaços, de forma a permitir e reforçar a sua integração na cidade, sem discriminações no acesso aos bens e serviços que a todos são devidos;
- Criar um clima favorável ao desenvolvimento pessoal e à capacidade de iniciativa local.

O programa decorre em 2014 já na sua 4ª edição, tendo tido o apoio financeiro da autarquia nas 4 edições, 2011, 2012, 2013 e 2014, de cerca de 5 milhões de euros.

Desde o início do programa, houve um aumento de cerca de 25% do nº de entidades parceiras (Juntas de Freguesia, IPSS, ONG, grupos informais...)

Evolução do nº de candidaturas e de entidades parceiras ao programa BIP/ZIP



	2011	2012	2013	2014
Nº Candidaturas	80	106	108	146
Nº Entidades	176	285	290	362

VII.2.9 - Dinâmica de reabilitação e construção nova

Ao longo dos últimos 10 anos, o esforço de reabilitação urbana em Lisboa tem sido crescente. A dimensão e extensão do centro histórico e o elevado estado de degradação do edificado mais antigo, conjuntamente com um conjunto de políticas públicas e programas incentivadores, explicam a elevada prioridade que tem sido dada, de uma forma continuada, à reabilitação urbana do parque habitacional da cidade.

A cidade de Lisboa apresenta hoje uma dinâmica de reabilitação do edificado significativamente forte, por comparação com a construção nova. Com efeito, a percentagem de alvarás de reabilitação urbana no total de processos de edificado assume um expressivo valor de 89%, por comparação com o peso dos alvarás de construção nova, que representam apenas 11% no período considerado, entre 2003 e 2013.

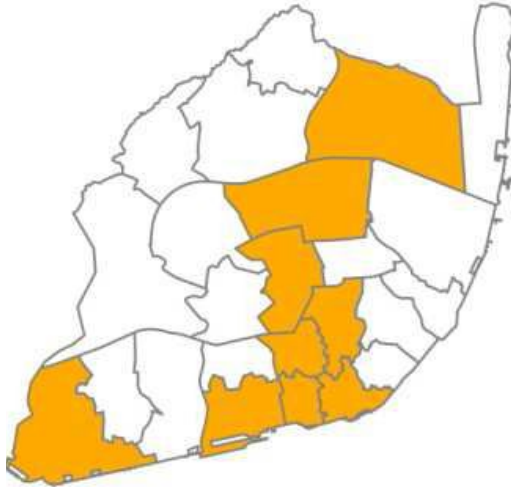
Alvarás emitidos para reabilitação e construção nova na cidade desde 2003 até Março de 2013

Nº de Processos entrados da Cidade (Reabilitação e Construção Nova):	16173
Peso dos Alvarás no total de processos de Reabilitação da Cidade:	89%
Peso dos Alvarás no total de processos de Construção Nova da Cidade:	11%

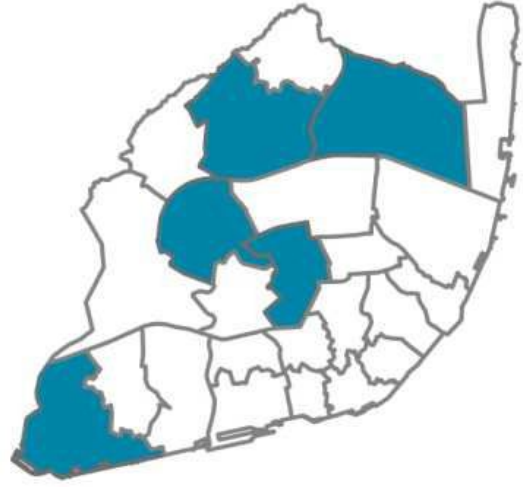
Fonte: GESTURBE (desde o início, em 2003, até Março/2013)

Alvarás emitidos para reabilitação e construção nova Janeiro de 2003 a Março de 2013 - distribuição geográfica

Freguesias com os 5 valores mais altos nos alvarás de **Reabilitação**



Freguesias com os 5 valores mais altos nos alvarás de **Construção Nova**



Fonte: Censos de 2011 (soma das subsecções estatísticas - BGRI - pela sobreposição dos limites das novas freguesias); SIGU - Sistema de Indicadores de Gestão Urbanística, Março de 2013.

Delimitação da Área de Reabilitação Urbana de Lisboa (ARU)



Fonte: CML

A reabilitação urbana tem sido assumida pelo Município de Lisboa como uma prioridade estratégica de intervenção, reflectida no Plano Diretor Municipal, no Plano Plurianual de Investimento e no Programa Local de Habitação (PLH), trazendo vantagens ao nível do ordenamento do território, da economia urbana e do emprego, do rejuvenescimento da cidade, da melhoria das condições de habitabilidade, da eficiência energética e da saúde dos residentes.

A Área de Reabilitação Urbana (ARU) de Lisboa abarca praticamente todo território da cidade, existindo nesta área vários incentivos aos proprietários para que façam obras de reabilitação nos seus edifícios, melhorando as suas condições de habitabilidade, nomeadamente o conforto térmico e o reforço anti-sísmico, recorrendo aos fundos comunitários.

VII.3 – Socioeconomia

Os comportamentos, atitudes e percepção da saúde das populações numa dada comunidade são influenciados pelos factores socioeconómicos. Se por um lado, os determinantes sociais, como o “grau de instrução”, as “taxas de analfabetismo” e as “taxas de abandono escolar”, influenciam o nível de literacia ou de iliteracia de uma população, por outro lado os determinantes económicos como o “rendimento”, os “sectores de actividade” e o “emprego vs. desemprego” são o suporte do bem-estar e desenvolvimento dessa comunidade.

Com a recente crise económica e social, as vulnerabilidades socioeconómicas são mais visíveis e por esse motivo também carecem de um maior conhecimento estatístico e uma análise qualitativa mais aprofundada. São grupos sociais como os agregados familiares beneficiários de “prestações sociais”, os “sem-abrigo” e o flagelo dos “desempregados” que são fundamentalmente os grupos da população com maiores riscos e permeabilidade na doença.

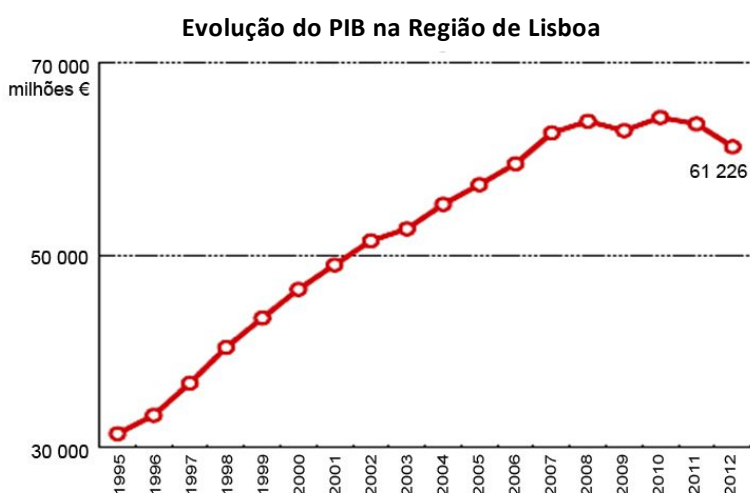
VII.3.1 - População activa e Indicadores económicos

A Região de Lisboa assume-se como o principal motor económico metropolitano de Portugal. A actividade económica e o emprego apresentam uma elevada concentração na região metropolitana de Lisboa, a qual assume cerca de 37% do PIB nacional, contribuindo anualmente com 61 226 M€ para a economia nacional.

PIB	
Lisboa Região (milhões €)	61.226
Lisboa Região/País (%)	37,1

PIB per capita	
Lisboa Região (milhares de €)	21,7
Lisboa Região/País (%)	15,6

Fonte: INE, I.P., Contas Regionais Ano: 2012 * Dados preliminares



Fonte: INE, I.P., Contas Regionais

Lisboa é uma região onde se localizam os centros de decisão económica do País e emprega cerca de 1 430 mil pessoas (30% do emprego), manifestando uma produtividade aparente do trabalho 1,3 vezes superior à do país.

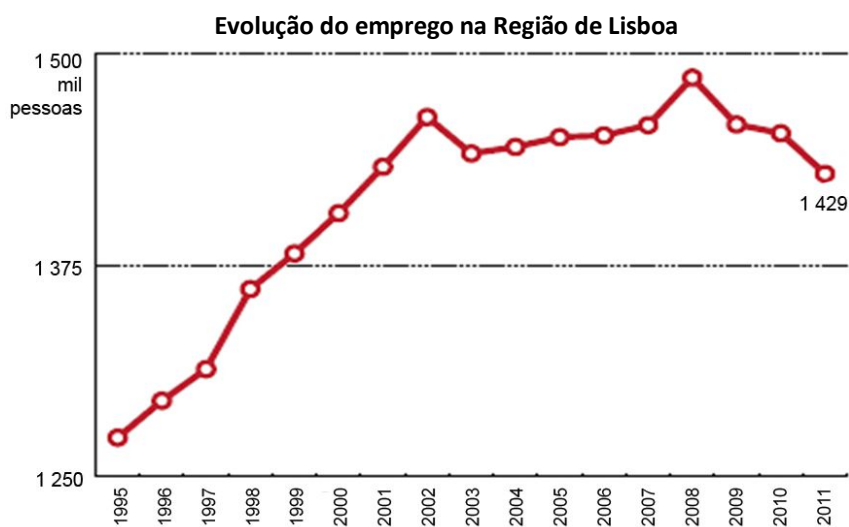
Apesar da Região de Lisboa ter tido uma evolução positiva e crescente na produção de riqueza ao longo de mais de uma década, existe, desde 2010, um efectivo decréscimo, associado às condições económicas muito desfavoráveis decorrentes da crise económica.

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

Emprego

Lisboa Região (milhares de pessoas)	1429,3
Lisboa Região/País (%)	29,4

Fonte: INE, I.P., Contas Regionais, Ano: 2011, dados provisórios



Fonte: INE, I.P., Contas Regionais

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

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

VII.3.2 - Sectores de actividade

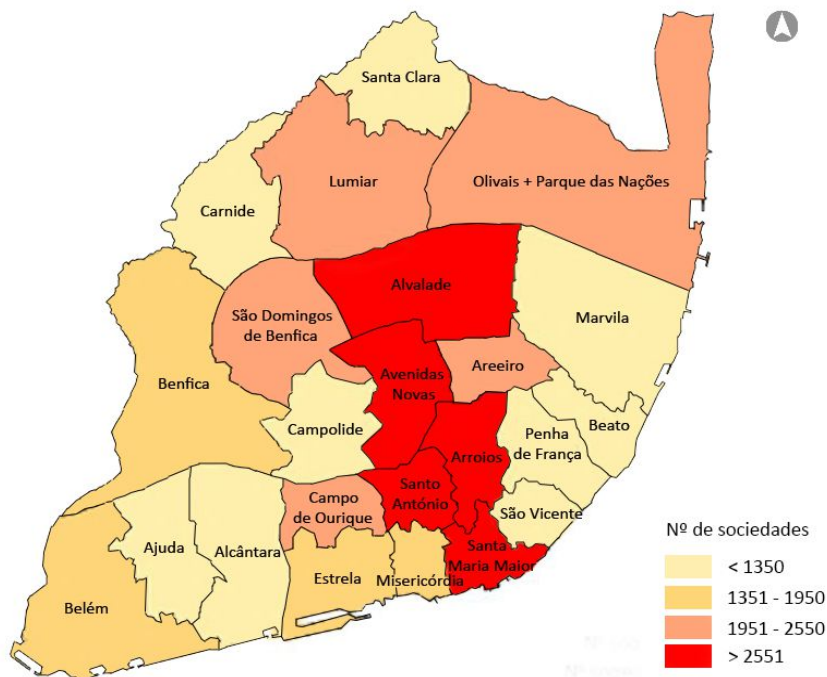
O concelho de Lisboa é o principal motor económico do país, um território desenvolvido, dotado de recursos avançados preparados para competir ao nível internacional.

A cidade e a região concentram uma parte significativa dos recursos do país, quer na produção, quer na área da inovação e investigação, na área do turismo e do lazer, da gestão e administração pública, colocando-se entre as regiões inovadoras europeias.

De acordo com o Anuário Estatístico de INE de 2011, a maior concentração de sociedades (mais de 2 551) localiza-se nas freguesias centrais da cidade: Santa Maria Maior, Santo António, Arroios, Avenidas Novas e Alvalade.

Os territórios que têm entre 1 951 e 2 550 sociedades são as freguesias do Lumiar, Olivais, Parque das Nações, Campo de Ourique, Areeiro e São Domingos de Benfica.

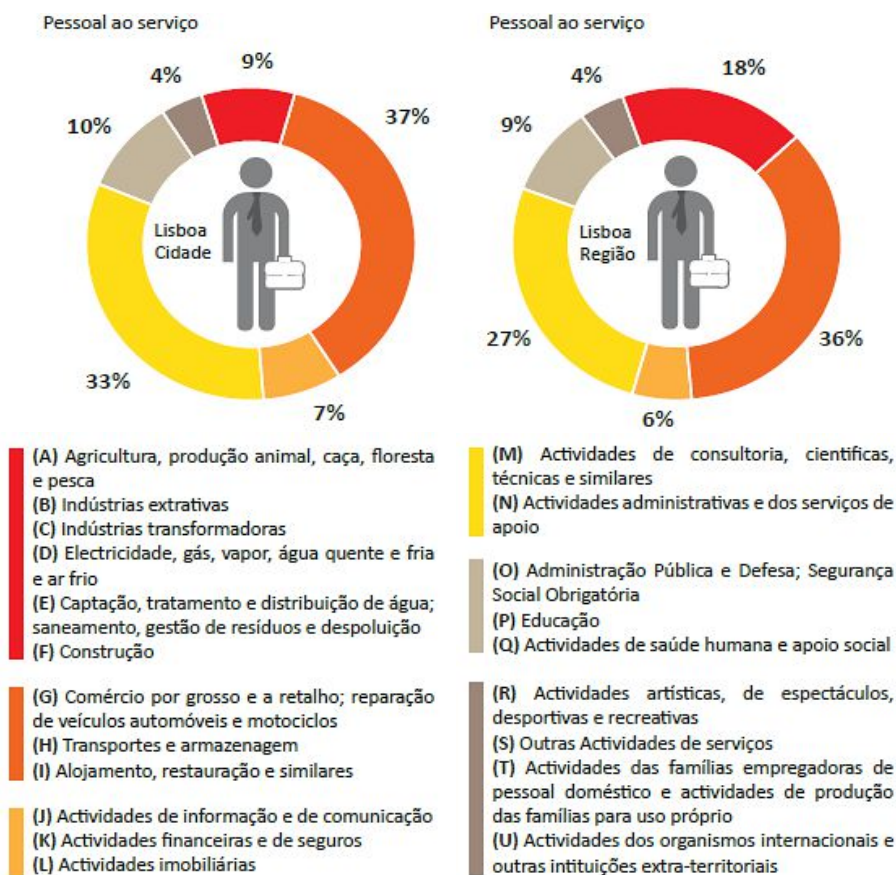
Total de sociedades por freguesia na cidade de Lisboa



Fonte: INE, I.P., Anuário Estatístico, Ano: 2011

O sector terciário é o que emprega mais pessoas nos ramos de actividade: comércio por grosso e a retalho; reparação de veículos automóveis e motociclos(G), transporte e armazenagem (H) e alojamento, restauração e similares (I), com 37% de pessoal ao serviço.

Perfil sectorial do tecido empresarial



Fonte: INE, I.P., Anuário Estatístico, Ano: 2011

Para a Região de Lisboa e para o mesmo sector, os valores são similares, com 36% de pessoal ao serviço. Neste sector, o ramo de actividade económica que agrega um maior número de empregos é o alojamento, restauração e similares, que na Região de Lisboa representa 86,4 % de empregos.

Os ramos de actividade do sector terciário que assumem também um peso relevante na população empregada da cidade são as actividades de consultoria, científicas, técnicas e similares (M) e as actividades administrativas e dos serviços de apoio (N), com 33%. Na região estes ramos de actividade representam uma taxa de população empregada mais baixa, de apenas 27%.

Na região, as actividades de consultoria, científicas, técnicas e similares (M) representam 73,9 % de empregos.

O sector primário⁶⁹ na cidade representa 9% da população empregada, enquanto na região o mesmo sector assume o valor de 18%.

Os sectores da Administração Pública e Defesa, Segurança Social Obrigatória(O), Educação(P), actividades de saúde humana e Apoio Social (Q) empregam na cidade de Lisboa 10% e na Região 9%.

As actividades de informação e comunicação, financeiras e de seguros e imobiliárias têm valores idênticos: 7% para a Cidade e 6% na Região.

Por fim as actividades artísticas, de espectáculos, desportivas e recreativas (R), as actividades de famílias empregadoras de pessoal doméstico e actividades de produção das famílias para uso próprio (T) e actividades dos organismos internacionais e outras instituições extra-territoriais empregam, quer para a cidade quer para a Região, 4% da população empregada.

VII.3.3 - Rendimento

Há evidência crescente de que pessoas em posição de desvantagem estão diferentemente expostas a um conjunto de factores 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 adopção de comportamentos saudáveis. O mesmo nível de exposição pode ter diferentes efeitos em diferentes grupos socioeconómicos, sendo por isso o rendimento, um dos factores a considerar no planeamento de saúde. (*WHO – “Equity and social determinants” 2010*).

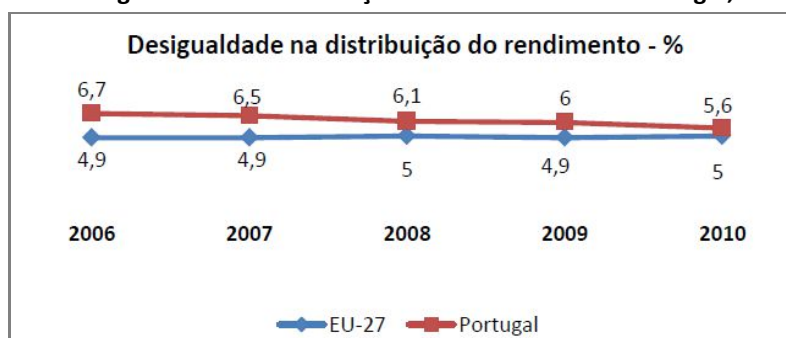
A taxa de risco de pobreza em Portugal era em 2012 de 17,6% para os homens e 18,4% para as mulheres, superior em um ponto percentual à média da União Europeia (EU) (*Eurostat Compact Guide, Summer 2013 edition*).

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 mantiveram-se superiores.

Note-se que a taxa de pobreza 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).

⁶⁹ agricultura, produção animal, caça, floresta, pesca (A), indústrias extractivas (B), indústrias transformadoras (C), electricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio (D), captação, tratamento e distribuição de água, saneamento, gestão de resíduos e despoluição (E) e construção (F).

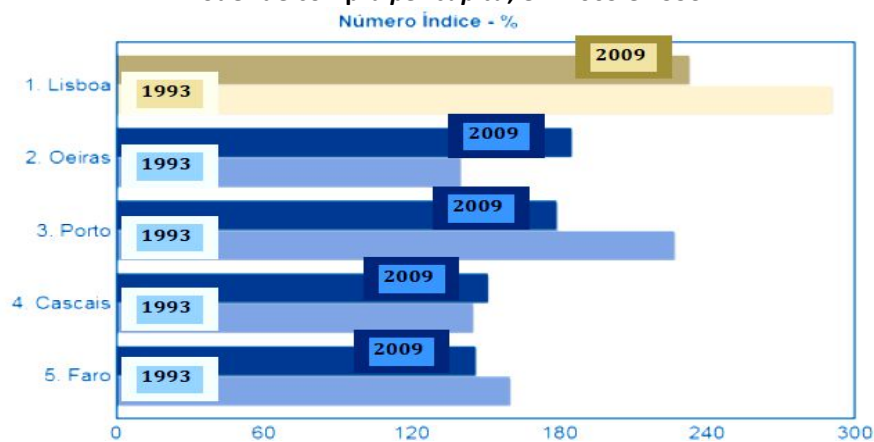
Evolução da desigualdade na distribuição do rendimento em Portugal, 2006-2010⁷⁰



Fonte: Eurostat, 12-3-2012

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

Poder de compra *per capita*, em 2009 e 1993



Fonte: PORDATA, Retrato de Lisboa, 2011

Os resultados de um questionário realizado em 2013, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), abrangendo uma amostra de 1 252 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).

Nº de pensionistas da Segurança Social por local de residência, em 2009-2011

Território	Nº de 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; Anual – Instituto de Informática. IP

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

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

⁷⁰ 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).

VII.3.4 - Protecção Social

A protecção social constitui um direito de todos os cidadãos consagrado no artigo 63º da Constituição da República Portuguesa, assegurado pelo Sistema de Segurança Social, que visa garantir aos indivíduos um conjunto de condições de vida dignas, designadamente em determinadas situações de risco social como a doença, a velhice, a invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

Excluindo as prestações de aposentação e reforma que, incluídas no sistema de protecção social, constituem o meio de subsistência que no final da vida activa substitui o rendimento do trabalho, as restantes prestações sociais estão de alguma forma associadas a situações de insegurança e vulnerabilidade.

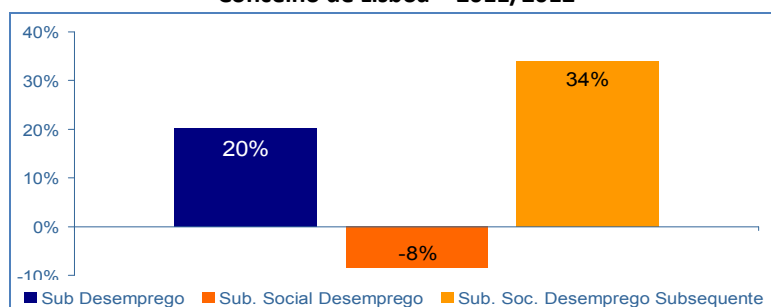
A análise de prestações sociais frequentes como as diferentes prestações de Desemprego, o Rendimento Social de Inserção (RSI), o Complemento Solidário para Idosos (CSI) ou as pensões de Invalidez ou de Sobrevivência revela então a realidade social.

Por exemplo, a variação percentual entre 2011 e 2012 dos beneficiários por tipologia de prestações de Desemprego revela:

- uma variação negativa (-8%) no Subsídio Social de Desemprego;
- um acréscimo de 20% e 34% respectivamente, em relação ao Subsídio de Desemprego e ao Subsídio de Desemprego Social Subsequente.

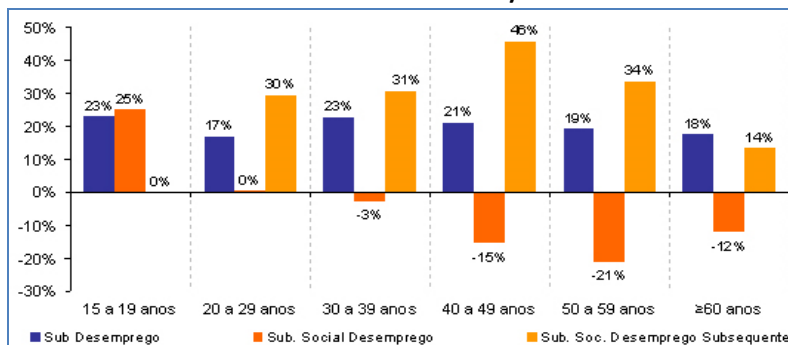
Este último, o Subsídio de Desemprego Social Subsequente tem um aumento muito significativo, significando que mais 34% de desempregados já não tem direito ao Subsídio de Desemprego, mas continua em situação de vulnerabilidade socioeconómica.

**Variação Percentual de Beneficiários de Prestações de Desemprego por Tipo de Subsídio⁷¹
Concelho de Lisboa – 2011/2012**



Fonte: Instituto da Segurança Social, Centro Distrital de Lisboa

**Variação Percentual de Beneficiários de Prestações de Desemprego por Tipo de Subsídio e Escalão Etário
Concelho de Lisboa 2011/2012**



Fonte: Instituto da Segurança Social, Centro Distrital de Lisboa

⁷¹ **Subsídio de Desemprego** - Prestação em dinheiro atribuída ao trabalhador para compensar a falta de remuneração motivada pela perda involuntária de emprego

Subsídio Social de Desemprego - Prestação em dinheiro concedida ao trabalhador que na situação de desemprego involuntário não tenha direito ao Subsídio de Desemprego, desde que tenha 180 dias de trabalho por conta de outrem com registo de remunerações nos 12 meses imediatamente anteriores à data do desemprego

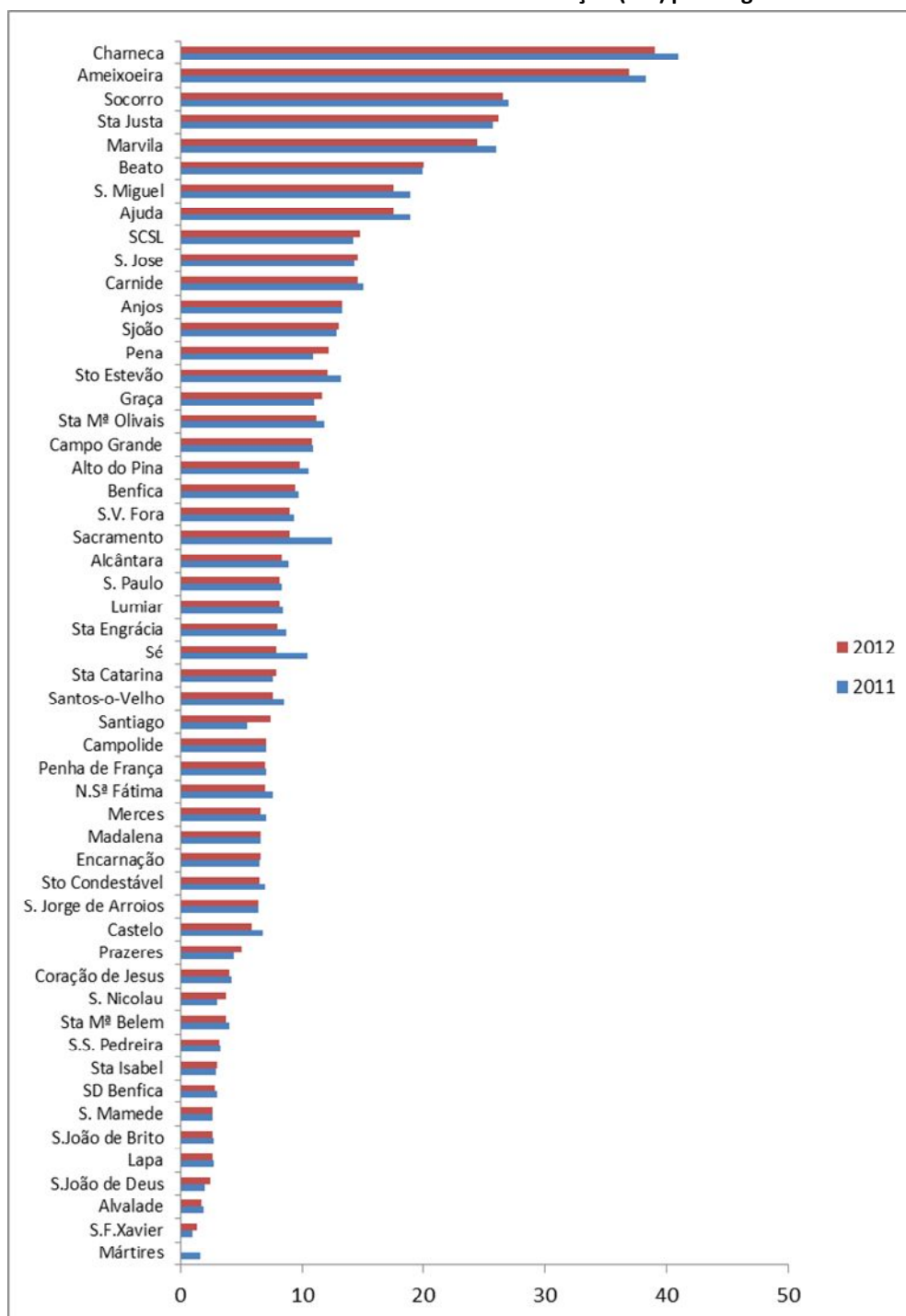
Subsídio Social de Desemprego Subsequente - Prestação em dinheiro atribuída ao beneficiário, quando este já recebeu a totalidade do Subsídio de Desemprego a que tinha direito, desde que: continue em situação de desemprego.

Entretanto, também de 2011 para 2012 se verificou um decréscimo do número de famílias beneficiárias do RSI no concelho de Lisboa.

Por freguesia, o maior número de famílias beneficiárias localizava-se na Charneca (38,3%) , Ameixoeira (37%), Socorro (27%) e Santa Justa (26%).

Actualmente, as freguesias da Charneca e da Ameixoeira encontram-se agrupadas numa só freguesia, Santa Clara, tendo esta nova freguesia reunido as duas freguesias com maior percentagem de famílias que vivem de prestações sociais. Considerando a percentagem de Desempregados, constata-se que a antiga freguesia da Charneca é simultaneamente a segunda freguesia com maior percentagem de residentes nesta situação (18%).

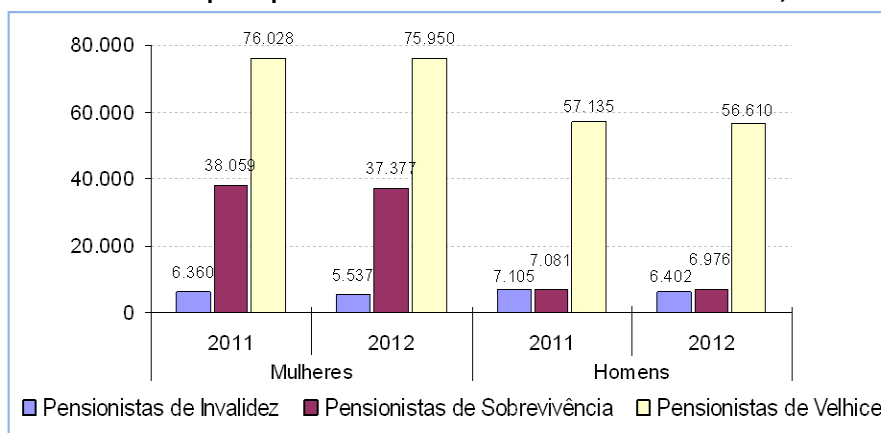
% de famílias beneficiárias de Rendimento Social de Inserção (RSI) por freguesia 2011 e 2012



Fonte: Instituto da Segurança Social, Centro Distrital de Lisboa

O número de pensionistas apresenta um ligeiro decréscimo de 2011 para 2012, sendo as mulheres o maior número de Pensionistas por Velhice e Pensionistas de Sobrevivência (viuvez), enquanto os homens ultrapassam as mulheres nas Pensões de Invalidez (trabalhos de maior risco físico).

Pensionistas Activos por Tipo de Pensão e Género no Concelho de Lisboa, 2011-2012



Fonte: Instituto da Segurança Social, Centro Distrital de Lisboa

Quanto ao Complemento Solidário para Idosos (CSI)⁷², a partir de 2008 verificou-se uma alteração de critérios de atribuição, passando a ser abrangidos os idosos a partir dos 65 e mais anos, quando em anos anteriores o subsídio se destinava apenas aos maiores de 79 anos (2006) e maiores de 69 anos (2007).

Ainda que fosse expectável um aumento do número de beneficiários deste subsídio, o número cresceu entre 2008 e 2012, ao nível nacional, mais de 35%, “um acréscimo que realça a fragilidade da população mais idosa particularmente exposta a situações de pobreza, na maioria mulheres (cerca de 70%).”⁷³

Seria no entanto igualmente expectável que “este apoio, destinado a retirar os mais idosos de um patamar inferior ao limiar da pobreza, diminuísse por razões naturais, com a redução do número dos que possuem menores carreiras contributivas, e com o ingresso de novos reformados e pensionistas com carreiras mais longas e com contribuições mais elevadas. No entanto, tal não sucedeu, registando-se ao nível nacional um aumento de perto de 65 400 beneficiários, o que fez com que a percentagem de pessoas com 65 e mais anos com necessidade deste apoio passasse de 9,5% em 2008 para 12% em 2012.

Em Lisboa o aumento percentual de beneficiários foi inferior ao verificado no Distrito e no País, registando-se no entanto um incremento de quase 1 500 beneficiários entre 2008 e 2012.

A redução de beneficiários em 2011 não teve continuidade em 2012, nem em Lisboa nem na Região. Aliás neste ano, para além do aumento de beneficiários em Lisboa aumentou também a sua percentagem na população com 65 e mais anos.”⁷⁴

Nº de Beneficiários do Complemento Solidário Idosos (CSI)

Anos	Portugal	Distrito Lisboa	Concelho Lisboa
2011	248.792	35.132	9.215
2012	244.927	34.642	9.452

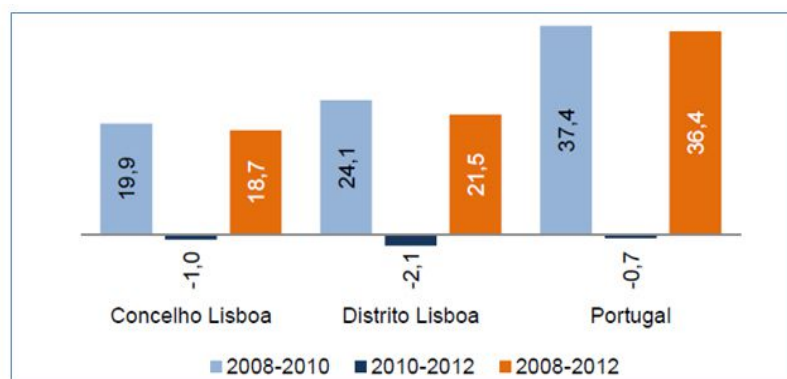
Fonte: Grupo de Missão do Referencial Estratégico, Plano de Desenvolvimento Social de Lisboa 2013-2015
Relatório Semestral, Junho de 2013

⁷² Prestação pecuniária mensal atribuída a cidadãos nacionais ou estrangeiros, residentes no país nos últimos 6 anos, com idade igual ou superior a 65 anos e com baixos recursos.

⁷³ Grupo de Missão do Referencial Estratégico, Plano de Desenvolvimento Social de Lisboa 2013-2015 – Relatório Semestral, Junho de 2013

⁷⁴ Ibidem

Complemento Solidário Idosos (CSI), Variação



Fonte: Grupo de Missão do Referencial Estratégico, Plano de Desenvolvimento Social de Lisboa 2013-2015, Relatório Semestral, Junho de 2013

A variação entre o período total de 2008 a 2012 foi positiva em Lisboa cidade, no Distrito e no país, embora, se considerado o período entre 2010-2012 a variação tenha sido negativa, situando-se no concelho de Lisboa um pouco acima de Portugal

De 2011 para 2012, o Subsídio de Desemprego e o Subsídio de Desemprego Social Subsequente registaram um aumento de 20% e 34% respectivamente.

Este último significa que mais 34% de desempregados já não tem direito ao Subsídio de Desemprego mas continua em situação de vulnerabilidade socioeconómica

VII.3.5 - Vulnerabilidade social

“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 factores (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 consequente 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 factores 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 consequências 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.”⁷⁵

⁷⁵ Retrato de Saúde de Lisboa, ARSLVT, Junho 2013

Tendo em conta o quadro de crise económica e social em Portugal, foi criado em 2012 pelo Município de Lisboa um Fundo de Emergência Social de Lisboa, dirigido ao apoio, por um lado a IPSS ou entidades equiparadas, por outro a agregados familiares em situação de emergência habitacional grave, a quem a Câmara Municipal de Lisboa não consegue dar resposta em tempo útil através do acesso a uma habitação municipal condigna e para os quais as respostas já disponíveis no quadro da Rede Social são insuficientes.

O Fundo de Emergência Social de Lisboa para os Agregados Familiares é um apoio financeiro excepcional e temporário a agregados familiares carenciados em situação de emergência habitacional grave, que residam no concelho de Lisboa e que reúnam determinadas condições, cumulativamente, de carência habitacional (careçam de habitação ou estejam em risco elevado e confirmado de perda da habitação, possuam um rendimento mensal per capita não superior a 300€, não beneficiem de outros apoios habitacionais ou prestações sociais permanentes ou extraordinárias, etc.).

Os pedidos de apoio financeiro destinado às famílias são avaliados e prestados através das Juntas de Freguesia, sendo apoiadas as seguintes despesas:

- habitação (renda de casa em habitação privada, prestação de aquisição de habitação, água, electricidade, gás);
- telecomunicações (telemóvel até ao limite de 15€ ou telefone fixo);
- educação de dependentes menores (aquisição de material escolar, etc.);
- alimentos básicos (desde que não existam na freguesia outras respostas sociais);
- saúde (meios complementares de diagnóstico, taxas moderadoras, medicamentos ou outras despesas prescritas pelo médico).

No âmbito do Protocolo de delegação de competências, a CML transferiu para 40 das antigas 53 Juntas de Freguesia o valor total de 152 000€ em 2012 e 192 000€ em 2013.

Para 2014, para execução do Fundo de Emergência Social de Lisboa – Agregados Familiares, a CML celebrou Contratos de Delegação de Competências com 21 das 24 actuais Juntas de Freguesia, tendo sido transferido o valor total de 210.000,00€ para a constituição do Fundo Permanente.

Entretanto para 2015, para o FES Agregados Familiares a CML aprovou a verba de 909 000€.

É uma prioridade do Município de Lisboa, a promoção de políticas públicas municipais que promovam o acesso efectivo aos direitos sociais, a satisfação das necessidades dos que vivem em situações difíceis, que invertam ciclos de pobreza e desigualdade e que permitam solucionar vulnerabilidades e situações de emergência social.

Fruto da situação de crise económica e social que o país atravessa, o montante disponibilizado pelo Município para apoio a agregados familiares carenciados em situação de emergência habitacional grave tem vindo a aumentar desde 2012, data de criação do Fundo de Emergência Social de Lisboa,

VII.3.5.1 - Desemprego

O desemprego afecta cada vez mais portugueses e esse factor terá, inevitavelmente, repercussões económicas ao nível familiar. A menor capacidade económica das famílias afectará, por exemplo, a alimentação (com aumento de carências alimentares, alimentação pouco equilibrada e de menor qualidade), a escolaridade, as condições habitacionais e o acesso à saúde (equipamentos, serviços e medicamentos)⁷⁶.

⁷⁶ In *Perfil de Saúde, ACES Central, 2014*

Em 2014, o desemprego decresceu quer no país quer na região relativamente ao ano anterior, mas nos últimos anos, teve mais expressão na AML do que no país.

Em Portugal, nesse mesmo ano (2014), a taxa de desemprego era de 13,9% e de 14,9% na região. Em 2013 era respectivamente de 16,2% e de 18,5%, valor também superior à média nacional nesse ano⁷⁷.

No último período censitário (2001/2011) verificou-se um aumento muito significativo do desemprego, que se manifestou em ambos os géneros, embora em Lisboa e na Grande Lisboa, ao contrário da média do continente, o desemprego tenha atingido mais os homens do que as mulheres.

Evolução da população desempregada em relação ao género (%)

	Total		Homens		Mulheres	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Continente	7,4	15,2	5,6	14,3	9,6	16,2
Grande Lisboa	7,6	14,1	6,8	15	8,5	13,2
Lisboa	8,2	14,9	7,1	15,6	9,4	14,2

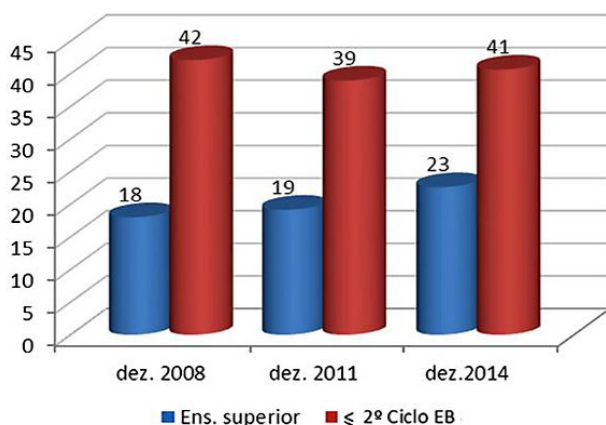
Fonte: PORDATA, última actualização 20-11-2013

No Município de Lisboa, em 2011, a taxa de desemprego situou-se em 11,84%, que correspondia a 30 839 desempregados, valor inferior à média nacional (13,2%) e à média da AML (12,9%).

Dos total destes desempregados, perto de 30% apresentavam nível de escolaridade superior (completo, incompleto ou frequência) e destes, mais de 50% tinham menos de 35 anos, mas mais de 35% eram considerados desemprego jovem (inferior a 25 anos)⁷⁸.

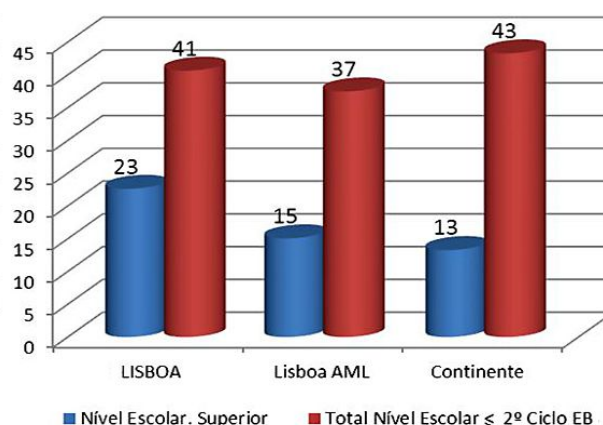
Porém, na cidade de Lisboa, desde 2008, o aumento do número de desempregados inscritos no Centro de Emprego tem sido rápido e atinge principalmente os indivíduos mais vulneráveis (pessoas com mais baixas qualificações) e é cada vez maior o número de desempregados com elevadas qualificações.

Evolução dos Desempregados inscritos nos Centros de Emprego com Ensino Superior ou igual ou inferior ao 2º ciclo (%), Dezembro 2008-2011-2014



Fonte: Instituto do Emprego e Formação profissional, I.P.

Desempregados inscritos nos Centros de Emprego com Ensino Superior ou igual ou inferior ao 2º ciclo (%), em Lisboa, na AML e no Continente, Dezembro 2014



Fonte: Instituto do Emprego e Formação profissional, I.P.

Em Dezembro de 2014, o Município de Lisboa apresentava a percentagem mais elevada de desempregados com o Ensino Superior (23%), relativamente à AML (15%) e mesmo a Portugal Continental (13%).

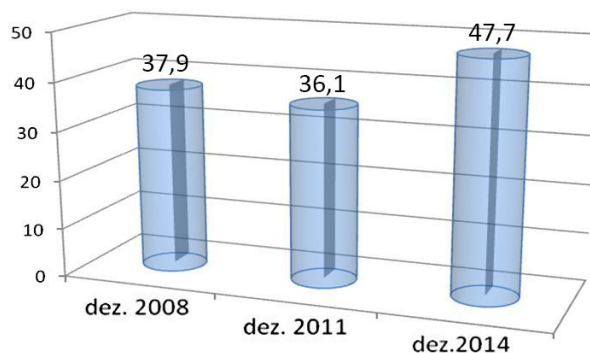
A proporção de jovens com menos de 35 anos representava mais de 30% dos desempregados, contudo, era o escalão entre os 35 e os 54 anos, a faixa etária onde mais se concentravam os desempregados, tal como na generalidade do país.

⁷⁷ INE, Inquérito ao emprego, 2014

⁷⁸ INE, Censos 2011

Salienta-se ainda o agravamento da taxa de desemprego de longa duração (superior a 12 meses) que em Dezembro de 2014 tinha aumentado para cerca de 50% do total de inscritos.

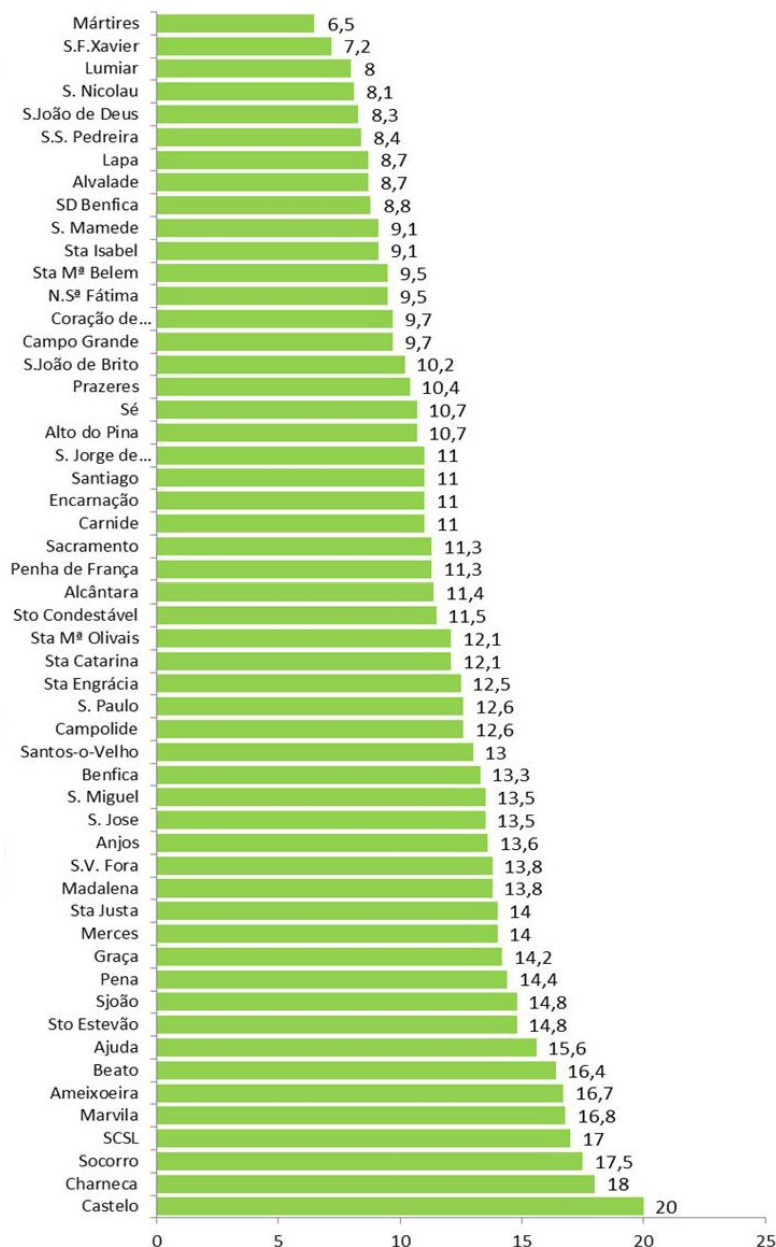
Evolução dos desempregados de longa duração (mais 12 meses) inscritos nos Centros de Emprego (%)



Fonte: Instituto do Emprego e Formação profissional, I.P.

Analisando freguesia a freguesia, os extremos situam-se na freguesia dos Mártires (mínimo com 6,5%) e no Castelo (máximo com 20%), embora importe referir tratar-se de antigas freguesias de muito pequena dimensão, em que os números absolutos têm uma menor expressão do que a percentagem.

Percentagem de desempregados por freguesia – 2011



Fonte: INE Censos Lisboa 2011

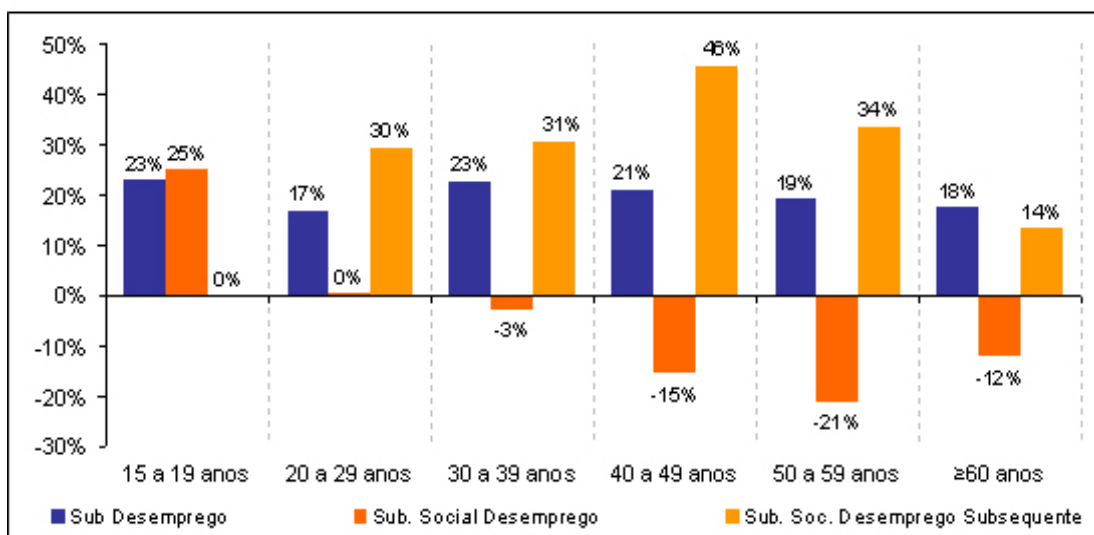
A título de exemplo, a freguesia do Castelo tinha em 2011 apenas 355 residentes e os Mártires 372, tendo respectivamente 32 e 14 desempregados, para um total na cidade de 30 839.

É ainda de salientar as freguesias da Charneca (18%), Marvila (16,8%) e Ameixoeira (16,7%), que juntas perfazem um total de 4834 desempregados. Entre as freguesias com menor número de desempregados, destaca-se Lumiar (8%) que a seguir a Santa Maria dos Olivais (23 658) é a freguesia com maior número de população activa (21 672).

O gráfico seguinte demonstra a elevada percentagem de beneficiários do Subsídio Social Desemprego Subsequente nos escalões etários que integram a linha descendente da população activa, ou seja, quase metade da população desempregada no grupo etário [40–49] é beneficiário deste tipo de subsídio.

Estes dados poderão significar que existe, também, uma maior vulnerabilidade socioeconómica neste grupo etário, na medida em que se verifica que há uma dificuldade acrescida para encontrar novo emprego após os 35 anos de idade.

Variação Percentual de Beneficiários de Prestações de Desemprego por Tipo de Subsídio e Escalão Etário, Concelho de Lisboa, 2011-2012



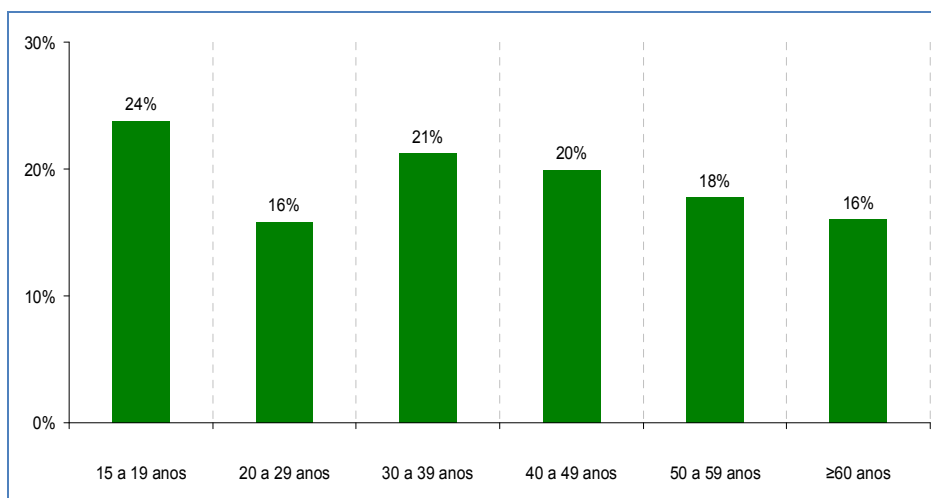
Fonte: Instituto da Segurança Social, Centro Distrital de Lisboa, 2012

Em relação ao Subsídio de Desemprego, a maior percentagem encontra-se no grupo etário mais jovem [15-19] e no 3º mais jovem [30-39], ambos com 23% de beneficiários, facto que se compreende quando verificamos que o concelho de Lisboa tem 23% dos desempregados com o Ensino superior.

Entretanto a maior percentagem de beneficiários do Subsídio de Desemprego (24%) no concelho de Lisboa (gráfico seguinte) encontra-se no escalão etário [15-19], percentagem que somada à do grupo etário [20-29] (16%) perfaz 40% do total dos beneficiários.

Entretanto a maior percentagem de beneficiários do Subsídio de Desemprego (24%) no concelho de Lisboa (gráfico seguinte) encontra-se no escalão etário [15-19], percentagem que somada à do grupo etário [20-29] (16%) perfaz 40% do total dos beneficiários.

Percentagem de beneficiários do Subsídio de Desemprego por escalões etários



Fonte: Instituto de Informática, IP - Ministério da Solidariedade e Segurança

Contabilizando os três tipos de subsídios de desemprego (Subsídio de Desemprego, Subsídio Social de Desemprego e Subsídio Social de Desemprego Subsequente) e analisando por freguesia o número de desempregados com um destes tipos de apoio e os desempregados sem qualquer tipo de apoio, verifica-se que em 2011 metade das freguesias tinha mais de 1/3 de desempregados sem qualquer tipo de apoio.

De entre estas freguesias, 7 apresentavam um valor superior a 40% dos desempregados sem qualquer tipo de apoio e na antiga freguesia da Madalena o número de desempregados sem qualquer tipo de apoio era mesmo superior ao número dos que eram beneficiários (53,3%).

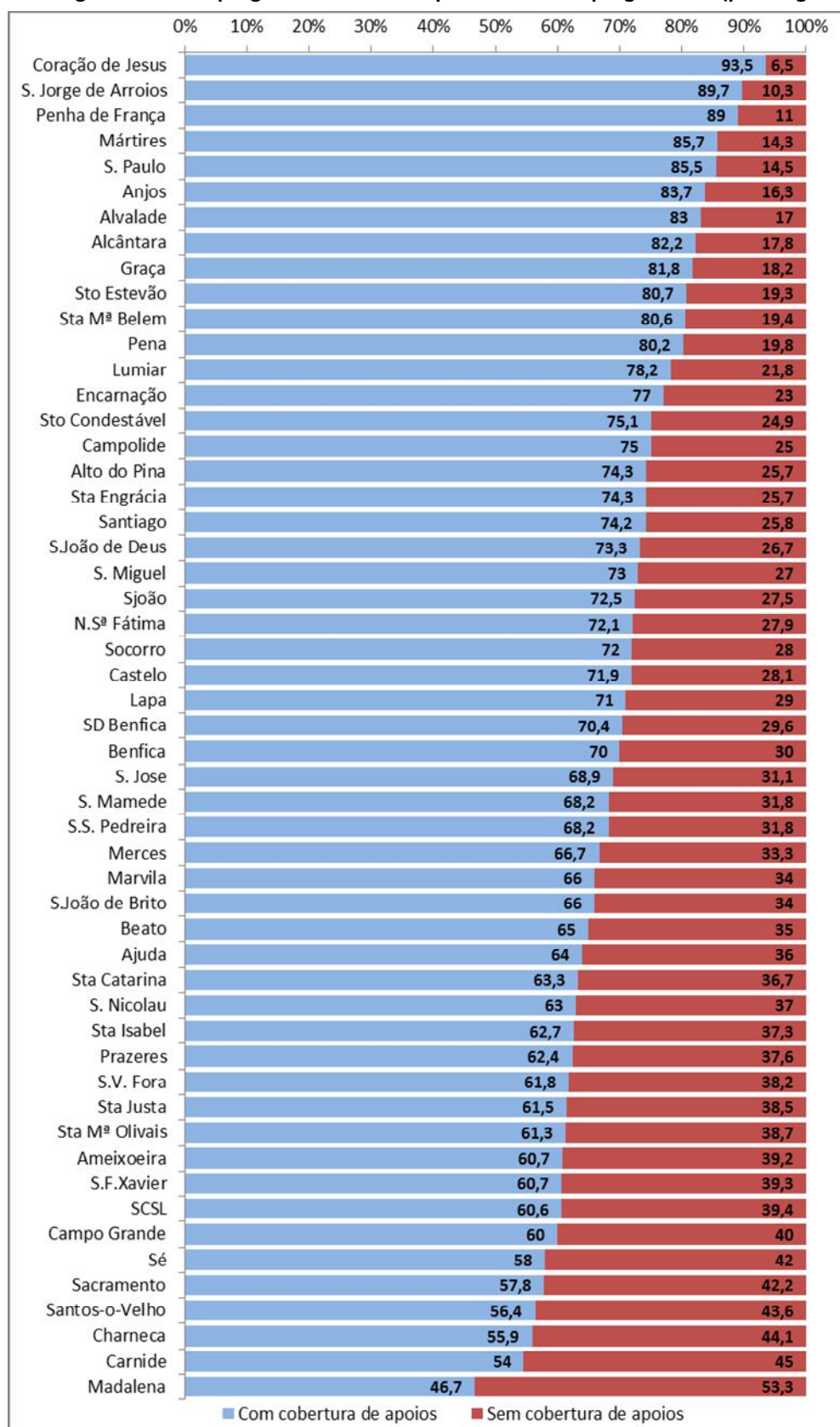
Em relação às freguesias com maior número de desempregados, verificava-se que na antiga freguesia da Charneca (18%), os apoios apenas abrangiam pouco mais de metade dos desempregados (55,9%).

Quando cruzamos estes dados com o número de beneficiários do Rendimento Social de Inserção nesta mesma freguesia (Charneca), verificamos que é a freguesia onde também existem mais famílias beneficiárias desta prestação social (41%).

As freguesias que apresentam uma maior cobertura de apoios, Coração de Jesus e S. Jorge de Arroios, são as que apresentam simultaneamente menor número de desempregados, 9,7% e 11% respectivamente.

O gráfico seguinte mostra a proporção por freguesia, segundo o anterior mapa administrativo, de desempregados com algum tipo de subsídio de desemprego e sem qualquer tipo de apoio, situação que terá vindo a agravar-se dado que as alterações levadas a cabo nas regras de atribuição dos subsídios ao longo do ano de 2012 retirou o direito a este tipo de prestações a cada vez mais pessoas.

Percentagem de desempregados com e sem apoios de Desemprego - 2011 (por freguesia)



Fonte: Instituto de Informática, IP - Ministério da Solidariedade e Segurança, 2011

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

Lisboa tinha em Dezembro de 2014 a maior proporção do país de desempregados inscritos nos Centros de Emprego com nível de instrução superior (23%).

VII.3.5.2 – Pessoa Sem-Abrigo

Torna-se evidente que a questão habitacional é de relevância fundamental para a saúde das populações, mas os problemas das pessoas sem-abrigo são de uma natureza também social, complexa e intrincada.

São inúmeras as definições que existem, no entanto adoptando o conceito utilizado pela FEANTSA⁷⁹ e utilizada por outros países europeus,⁸⁰ “considera-se pessoa sem-abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição sócio-económica e condição de saúde física e mental, se encontre:

- **sem tecto** (vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário)
- **sem casa** (encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito)”.

Se, por um lado, é grave não deter uma habitação com as condições mínimas de habitabilidade, por outro lado, é ainda mais complexo ser “sem-casa”, pois por detrás desta situação existe normalmente uma perda de vínculos familiares e sociais, decorrentes entre outros factores de desemprego, de violência, da perda de algum ente querido, da perda de auto-estima, de alcoolismo, de toxicoddependência, de doença mental...

Estes são os principais motivos que levam as pessoas a “morarem na rua”. São histórias de rupturas sucessivas e que, com muita frequência, estão associadas ao uso de álcool e drogas, não só pela pessoa sem-abrigo, mas por outros membros da família.

No que concerne às estratégias de intervenção, a abordagem da situação de sem-abrigo é multidisciplinar, traduzindo-se em respostas sociais específicas e integradas que tenham em conta as diferentes realidades e problemáticas associadas a esta população, nomeadamente problemas de saúde mental, alcoolismo, droga, desemprego, entre outros, pelo que se revelam desadequadas as respostas meramente assistencialistas e padronizadas.

Torna-se portanto necessário criar respostas específicas para esta população, em diversas áreas, entre as quais a Saúde, no que se refere à indispensável articulação com as respostas sociais integradas, na área da saúde mental e dos comportamentos viciantes e das dependências, facilitando o acesso a programas específicos de desintoxicação e de inserção e garantindo o apoio médico continuado e a interface entre serviços sociais e de saúde, incluindo uma abordagem estatística da situação existente.

O Departamento de Desenvolvimento Social (DDS) da Câmara Municipal de Lisboa tem na sua estrutura o Núcleo de Apoio Aos Sem Abrigo - NASA.

Trata-se de um Núcleo constituído por uma Equipa técnica multidisciplinar que efectua um trabalho planeado de acção e intervenção de âmbito psico-social, através do contacto com a população em situação de sem-abrigo (PSA) em todo o território da cidade de Lisboa, através da motivação, acompanhamento e encaminhamento, pelo estabelecimento de relações de confiança que possam constituir-se como base de um processo de construção e consolidação para uma alternativa à situação da rua (sem-abrigo), em estreita articulação com parceiros formais e informais.

Em Maio de 2009, o plenário do Conselho Local de Acção Social de Lisboa (CLAS) aprovou o “Plano Cidade PSA”, elaborado pelo Grupo de Trabalho para a Pessoa Sem Abrigo constituído no âmbito da Rede Social de Lisboa.

⁷⁹ FEANTSA – Federação Europeia de Organizações que trabalham com pessoas sem-abrigo

⁸⁰ Tipologia da FEANTSA (ETHOS)

O Plano Cidade PSA -Lisboa aponta para um novo paradigma na intervenção nesta área, dadas a multidimensionalidade e complexidade do fenómeno e a necessidade de definir uma estratégia concertada, com vista ao desenvolvimento de medidas de intervenção.

A grande mudança paradigmática incide na promoção de uma **perspectiva de intervenção integrada**, centrada nas questões das pessoas, que considere o indivíduo (e não o grupo) como preocupação central.

Mas a alteração paradigmática adquire uma dupla dimensionalidade, ao nível da intervenção e ao nível dos pressupostos segundo os quais a intervenção é planeada.

Seguindo esta perspectiva integradora do fenómeno, o "envolvimento" é um mecanismo fundamental e acontece (pelo menos) a dois níveis: por um lado o envolvimento entre técnicos e população, por outro lado, o envolvimento entre as instituições, fundamental para tornar possível uma ideia de intervenção integrada.

As três etapas fundamentais descritas no Plano Cidade PSA para a estratégia integrada de intervenção são:

- I - Emergência Social e Orientação
- II - Motivação e Acompanhamento
- III - Inserção e Autonomização

Está prevista também a implementação da figura do **gestor de caso** que, entre várias funções, garantirá a coerência e adequabilidade técnica do apoio em cada situação, constituindo o cerne num processo de integração.

Embora não exista um levantamento que contemple todas as situações existentes, poder-se-á tomar como referência a monitorização decorrente do Plano Cidade, realizada no ano de 2010, tendo como base os dados de todas as equipas técnicas de rua, onde foi possível apurar que de forma permanente "em rua", encontravam-se cerca de **600** pessoas e o levantamento feito no ano de 2014, pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), onde foi apurado que existiam **509** pessoas em situação de sem-abrigo. Contudo, trata-se de números voláteis, cuja fidedignidade é sempre difícil de garantir.

O modelo de intervenção e acompanhamento de pessoas sem-abrigo, definido no âmbito da Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo 2009-2015, contempla a constituição de Núcleos de Planeamento e Intervenção junto dos Sem-Abrigo (NPISA), que visam a implementação daquela metodologia de intervenção e acompanhamento integrado, garantindo a articulação entre os intervenientes, evitando sobreposição de respostas.

Em Lisboa foi constituído o Núcleo de Planeamento Intervenção Sem-Abrigo (NPISA), pela acção da Comissão Tripartida da Rede Social, constituída pela Câmara, Segurança Social e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. A coordenação do NPISA é bienal e assegurada de forma rotativa pelas três entidades, encontrando-se actualmente cometida à SCML.

A Câmara disponibilizou instalações no Cais do Gás junto ao Cais do Sodré para a instalação de uma Unidade de Atendimento de Pessoas Sem-Abrigo – UAPSA, que faz parte do NPISA, tendo esta unidade começado a funcionar em Dezembro de 2014.

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

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

VII.3.5.3 – (I) literacia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1998 literacia em saúde como:

“O conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e usarem a informação de forma a promover e manter uma boa saúde.

Literacia em saúde significa deste modo, mais do que ser capaz de ler bulas e conseguir marcar uma consulta.

Ao melhorar o acesso das pessoas à informação sobre saúde e a sua capacidade de a usar efectivamente, a literacia em saúde é crítica para o seu empoderamento.”

Literacia em Saúde é portanto a capacidade para tomar decisões em saúde, fundamentadas, no decurso da vida e no dia-a-dia, no contexto familiar, social ou laboral, na utilização do sistema de saúde e no contexto político. Esta capacidade possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde e incentiva-as a procurar informação para assumir responsabilidades.

A literacia em saúde compreende:

- Competências enquanto **doente**
para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro activo dos profissionais;
- Competências enquanto **consumidor**
para tomar decisões de saúde na selecção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
- Competências enquanto **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.

A literacia em Saúde contribui para:

- Redução das despesas na saúde;
- Redução da susceptibilidade para doenças crónicas;
- Redução da susceptibilidade para adoptar comportamentos de risco;
- Redução do risco de morte prematura para os idosos;

A preocupação da OMS com a literacia em saúde é apresentada na nova estratégia europeia OMS - Saúde 2020 como uma questão fundamental para atingir os objectivos propostos.

Sendo a Fase VI da Rede Europeia de Cidades Saudáveis “um enquadramento prático e flexível para a implementação da Saúde 2020, ao nível local”, a temática da Literacia em Saúde é apresentada como uma questão prioritária, nomeadamente no que se refere à capacitação das populações:

“O aumento da literacia em saúde e o acesso a boas informações relacionadas com saúde são pré-requisitos. As competências inadequadas ou problemáticas de literacia em saúde nas populações de toda a Europa resultam num menor leque de escolhas saudáveis, em comportamentos mais arriscados, pior saúde, menor autogestão e muito mais hospitalização. (...) As Cidades Saudáveis são um actor-chave na alfabetização em saúde. Por meio de parcerias inovadoras com a sociedade civil, incluindo comunidades de maior risco, as cidades saudáveis podem defender e apoiar o fortalecimento de programas e serviços de Literacia em Saúde.”

Para aferir o nível de literacia em saúde da população portuguesa, foi recentemente desenvolvido um projecto de investigação pela Escola Nacional de Saúde Pública⁸¹, intitulado “Saúde que Conta”, em que através de uma rede de colaboração constituída por 12 escolas de saúde de todo o país⁸², incluindo as ilhas, foi aplicado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde em Portugal (HLS-EU-PT)⁸³.

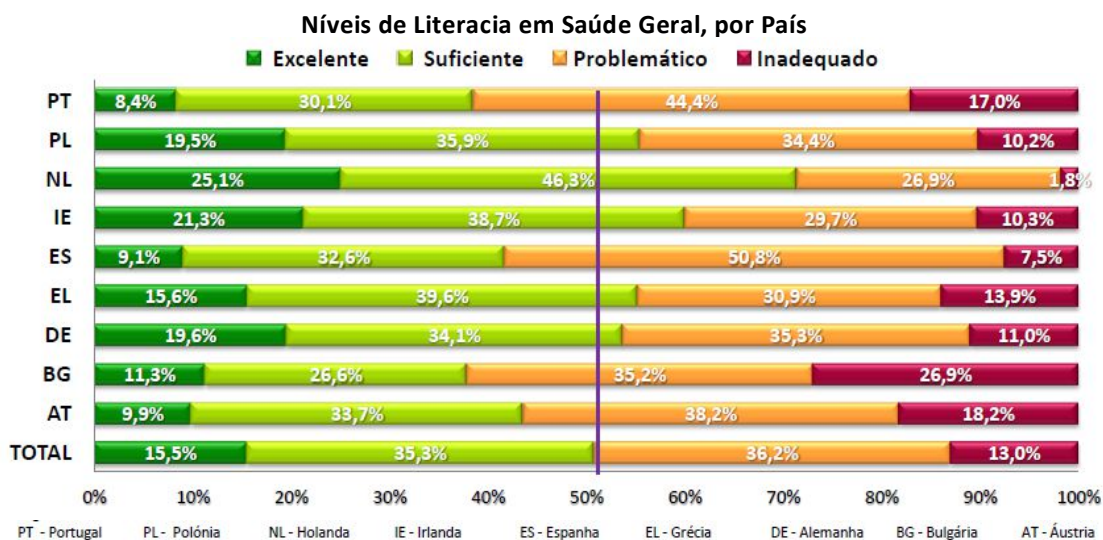
⁸¹ Com o apoio da Lilly Portugal, ramo nacional da Eli Lilly and Company, empresa farmacêutica de Indianápolis, nos EUA.

⁸² Lisboa (Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa); Porto (Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Instituto Politécnico do Porto); Coimbra (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra); Viana do Castelo (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo); Viseu (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu); Évora (Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da

Este questionário, já aplicado em vários países europeus⁸⁴ e adaptado à realidade portuguesa, permite não só avaliar a capacidade das pessoas acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem a informação de saúde para tomarem as decisões ajustadas a manterem a saúde, prevenir a doença e procurarem tratamento, como permite a comparação entre os diferentes países europeus, de modo a desenvolver estratégias de intervenção adequadas às reais necessidades das populações.

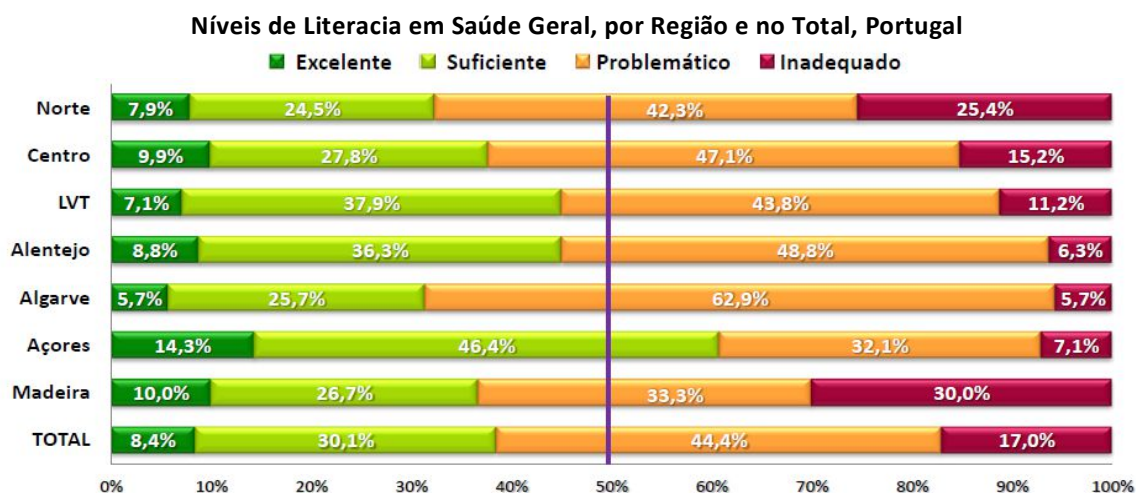
As conclusões mostram que os portugueses na Literacia em Saúde Geral, que engloba a Literacia em Cuidados de Saúde, em Prevenção da Doença e em Promoção da Saúde, são os que apresentam a menor percentagem de resultados excelentes (8,4%), o segundo pior resultado no nível “problemático” (44,4%) e o terceiro pior resultado no nível “inadequado” (17%).

Os resultados “problemáticos ou inadequados” representam 61,4%.



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

Se considerados os resultados por região em Portugal, a região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta 55% de resultados “problemáticos ou inadequados”.



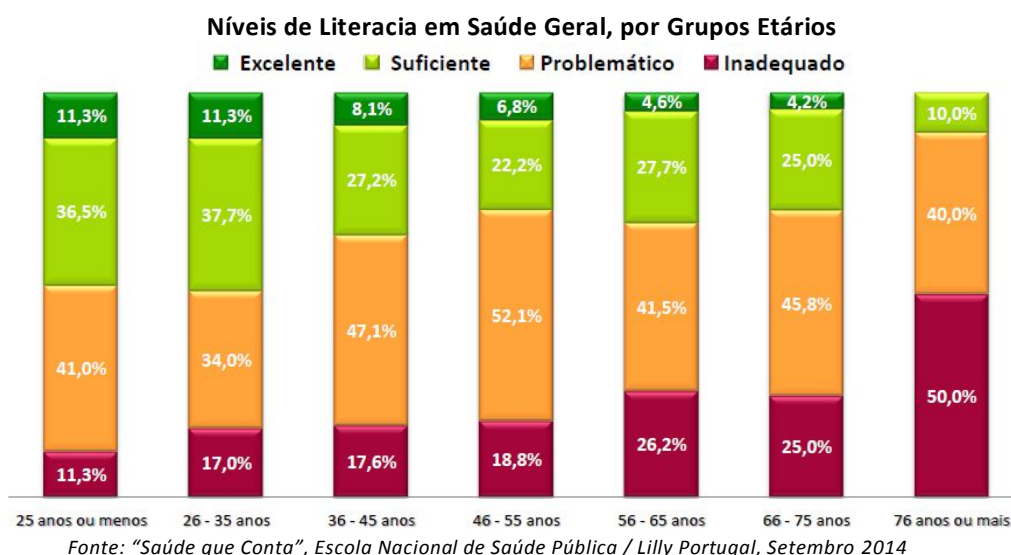
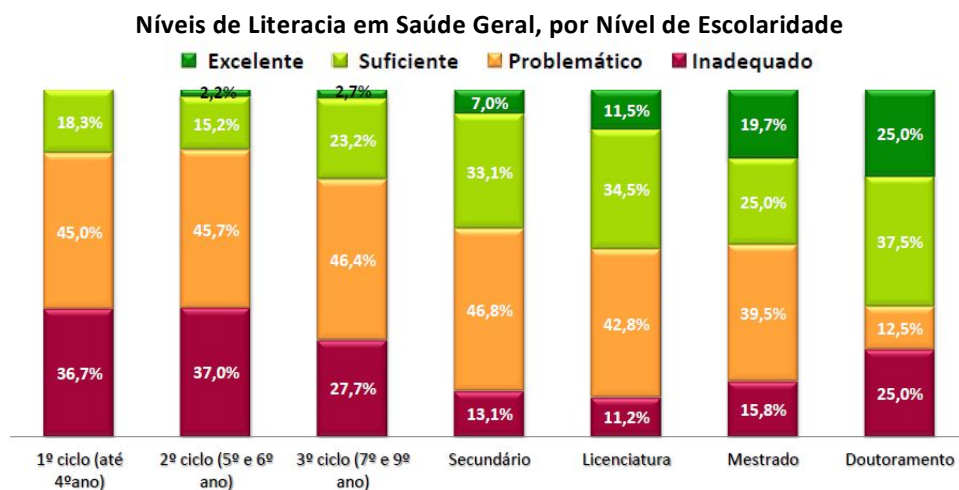
Fonte: “Saúde que Conta”, Escola Nacional de Saúde Pública / Lilly Portugal, Setembro 2014

Saúde da Universidade de Évora); Portalegre (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre); Beja (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja); Algarve (Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve); Madeira (Centro de Competência Tecnologias da Saúde da Universidade da Madeira); Açores (Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo da Universidade dos Açores)

⁸³ Health Literacy Survey – EU, coordenado pela Universidade de Maastricht, com o objectivo de desenvolver, validar e aplicar, nos diferentes países europeus, um instrumento de aferição dos níveis de Literacia da Saúde da população de forma muito próxima às definições mais recentes do conceito.

⁸⁴ Espanha, Irlanda, Holanda, Alemanha, Áustria, Grécia, Polónia e Bulgária

Os níveis de literacia em saúde tendem a aumentar com o nível de escolaridade e diminuem à medida que aumenta a idade; e não são só os grupos vulneráveis que apresentam níveis inadequados de literacia em saúde, mas sim a população em geral.



“São cada vez mais os estudos que revelam que um nível inadequado de literacia em saúde tem implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente dos baixos níveis de literacia em saúde passam por uma maior taxa de morbilidade em doenças como diabetes, hipertensão, obesidade, e infecção por HIV” (Ana Escoval, Escola Nacional de Saúde Pública, coordenadora do Projecto Saúde que Conta).

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

A literacia em saúde está relacionada positivamente com o grau de escolaridade, diminuindo com a idade. Em Lisboa, em 2011, ainda existia uma proporção de indivíduos que não sabia “ler nem escrever” (Capítulo VII.4 – Educação), o que tem repercussões na sua capacitação para a tomada de decisões adequadas à promoção da sua saúde, à prevenção da doença e à utilização dos serviços de saúde.

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

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

VII.3.5.4 - (In) Segurança alimentar

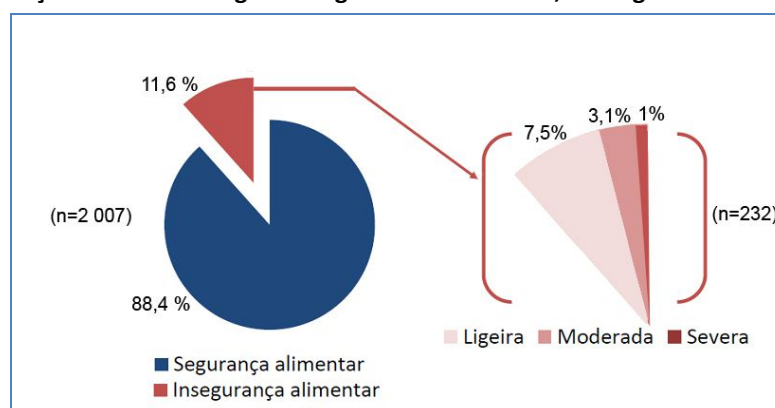
A segurança alimentar é um conceito que se refere à existência de alimentos disponíveis e em quantidade e qualidade suficientes para proporcionar uma vida activa e saudável.

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

Num projecto de investigação de 2014 do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa foi inquirida uma amostra de 2 007 representantes de famílias a residir em Portugal Continental com pelo menos uma criança dependente em idade escolar, a frequentar um nível de ensino entre o pré-escolar e o 3º ciclo do ensino básico⁸⁵.

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

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



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

A insegurança alimentar pode ser **ligeira** (quando não há fome, mas sim alguma perturbação na capacidade de dar resposta a uma alimentação adequada e há necessidade de reorganizar a sua gestão), **moderada** (quando a ingestão de alimentos foi reduzida e implica uma sensação de fome) e **severa** (quando todos os elementos, incluindo as crianças, reduziram a ingestão e têm a sensação de fome)⁸⁶.

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

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

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

⁸⁵ Truninger, Mónica (2014); "INSEGALM – Estudo de Caracterização da Pobreza e Insegurança Alimentar Doméstica das Famílias com Crianças em Idade Escolar", Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

⁸⁶ Bickel, Nord, Price, Hamilton & Cook (2000)

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

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

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

Programas de combate ao desperdício e à insuficiência alimentar

A CML tem vindo a estabelecer parcerias com outras entidades, no âmbito de programas de alimentação destinados a pessoas carenciadas na cidade de Lisboa. Este tipo de parcerias visa uma maior eficácia e eficiência na intervenção desenvolvida de forma articulada com as Juntas de Freguesia, as IPSS, Associações, empresas e outras entidades que actuam na cidade.

Assim, estão em curso vários programas em parceria com a CML, relacionados com a carência alimentar e com o combate ao desperdício, contribuindo para a redução da insegurança alimentar.

Um dos grandes objectivos do presente mandato camarário é o de “Lisboa, Cidade Sem Desperdício Alimentar”, considerando que o papel da cidade, como Capital, deve ser o de liderar a criação de uma estrutura estratégica de conjunto na Área Metropolitana.

Serve the City Lisboa

Uma das parcerias que a Câmara Municipal de Lisboa tem vindo a desenvolver é com o projecto *Serve the City Lisboa* no âmbito dos jantares comunitários. Os jantares comunitários são um projecto de solidariedade social e voluntariado criado por este movimento de inspiração cristã que existe desde 2007 em Portugal e que, entre outras iniciativas, organiza grupos de voluntários para servir estes jantares nos centros urbanos da Europa⁸⁷.

DARiACORDAR

A Associação DARiACORDAR, através da criação de um modelo local, propõe-se combater o desperdício de muitas refeições não consumidas. Para tal, tem vindo a desenvolver contactos com diversas entidades no sentido destas doarem os bens alimentares e as refeições não consumidas.

A DARiACORDAR contacta a Câmara Municipal de Lisboa e as Juntas de Freguesia no sentido de que sejam indicadas as IPSS e as famílias mais carenciadas, às quais serão por sua vez doados os géneros alimentícios.

Comissariado Municipal para o Desperdício Alimentar

Pela Proposta nº210/2014, a Câmara deliberou aprovar a criação de um Comissariado Municipal de Combate ao Desperdício Alimentar, tendo em vista a elaboração do Plano Municipal de Combate ao Desperdício Alimentar⁸⁸.

⁸⁷ O movimento *Serve the City* começou há 10 anos em Bruxelas, envolvendo pessoas refugiadas numa igreja, à espera de asilo político na Bélgica.

⁸⁸ Proposta 210/2014 de 28 de Maio de 2014, apresentada pelo Presidente António Costa, pelo Vereador João Afonso dos Direitos Sociais e pelo Vereador da oposição João Gonçalves Pereira (CDS/PP), aprovada por unanimidade.

Este Plano Municipal visa criar uma Rede de Combate ao Desperdício Alimentar, onde se integrem todas as entidades que já trabalham nesta área (ONG, IPSS, etc.), os serviços da Câmara, bem como as 24 Juntas de Freguesia, empresas (através da RSE⁸⁹), associações da área alimentares nomeadamente a Associação de Hotelaria, Restauração e Similares em Portugal (AHRESP) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura.

A CML não se pretende substituir a esta Rede, mas ser facilitadora e agregadora de todas as entidades, de modo a alargar a recolha de desperdício alimentar a toda a cidade, visando tornar Lisboa na primeira capital europeia com um plano de combate, cujo objectivo é o “desperdício zero”.

Em relação às empresas, para além da sensibilização para esta matéria, será através da responsabilidade social que poderão ser partilhados recursos materiais, como equipamentos e serviços.

Encontra-se prevista a criação de um Guia de Compromisso a 1 ou 2 anos após a criação da Rede, sendo extinto o respectivo Comissariado logo que seja oportuno.

São ainda de destacar outras iniciativas desenvolvidas por diferentes instituições na cidade de Lisboa neste domínio:

Banco Alimentar Contra a Fome

Segundo dados do Relatório de Actividades 2012 do Banco Alimentar Contra a Fome, foram apoiadas 329 instituições na área da Grande Lisboa e 144 no concelho de Lisboa. Nas 329 instituições apoiadas, receberam apoio alimentar cerca de 81 738 pessoas. As instituições apoiadas abasteceram-se 6 vezes por mês (2 vezes produtos secos e 4 vezes produtos frescos).

Das instituições apoiadas pelo Banco Alimentar Contra a Fome, mais de metade, cerca de 57,5% são instituições que trabalham com grupos etários tendencialmente mais vulneráveis a estas situações de carência, como sejam as crianças e os idosos.

Cáritas Portuguesa

A Cáritas Portuguesa reporta um aumento de 33% em 2013 do número de pessoas a pedir apoio, seja alimentar ou de outra natureza. Esta instituição, segundo as suas próprias declarações, tem apenas neste momento capacidade para acompanhar 45% dos casos que aparecem a solicitar ajuda, revelando que 75% das pessoas que recorrem a esta instituição, fazem-no por falta de rendimentos.

Para além da falta de emprego como a principal causa da necessidade de apoio, é de salientar os problemas de saúde que afectam 26% das pessoas acompanhadas pela Cáritas.

Re-food

A Re-food é uma organização de actuação micro-local, criada para reaproveitar excedentes alimentares e realimentar quem mais precisa. Criado em Março de 2011, por Hunter Halder, americano radicado em Lisboa, o projeto Re-food tem actualmente 5 núcleos:

- Nossa Senhora de Fátima
- Telheiras
- Estrela
- Lumiar
- Olivais

⁸⁹ A Responsabilidade Social das Empresas (RSE) é a integração voluntária de preocupações sociais e ambientais nas operações quotidianas das organizações e na interacção com todas as partes interessadas. Trata-se de um modo de contribuir para a sociedade de forma positiva e de gerir os impactos sociais e ambientais da organização como forma de assegurar e aumentar competitividade.

A Re-food conta com a ajuda de cerca de 800 voluntários, servindo mais de 15 mil refeições por mês. Prevê-se que até ao início de 2015 sejam criados mais 7 núcleos em Lisboa: Misericórdia, Alcântara, Belém, Parque das Nações, Carnide, Avenidas Novas (S. Sebastião da Pedreira) e Santo António.

O objectivo "Lisboa 100%" pretende alargar o Re-food a todas as freguesias da cidade, estando prevista a abertura de mais 30 núcleos até ao final de 2015. O objectivo é o de tornar Lisboa a primeira cidade do mundo sem desperdício alimentar, prevendo-se nessa altura que sejam distribuídas entre 15 a 20 mil refeições por dia.

Segundo a Re-food, o projecto "Lisboa 100%" estará concluído apenas "quando todos os restaurantes tiverem uma alternativa a deitar fora os seus excedentes alimentares e quando não existir uma pessoa que viva em insuficiência alimentar".

No domínio da criação de alternativas no combate à insuficiência alimentar e ao desperdício e canalização de excedentes alimentares para estruturas ou organizações que os façam chegar a quem deles mais precise, pode ainda destacar-se uma realidade recente que constitui mais uma potencialidade e que são as "hortas urbanas".

Hortas urbanas

A criação de hortas urbanas é uma acção da Câmara Municipal de Lisboa que têm contribuído para o desenvolvimento de uma rede de espaços de cultivo agrícola, integrados na Estrutura Ecológica Municipal, abrangendo diversas tipologias, em que se integram as Hortas Sociais e as Hortas de Recreio, atribuídas mediante concurso e a troco de uma comparticipação, a cujos utilizadores é dada formação, apoio técnico e logístico.

As "hortas sociais", de uso individual ou familiar, têm como objectivo fundamental satisfazer as necessidades alimentares de pessoas e famílias de baixos recursos ou contribuir para o respectivo rendimento através da eventual venda de produtos hortícolas, enquanto as "hortas de lazer" constituem uma ocupação de tempos livres na prática agrícola, promovendo o reforço de uma rede social e de laços de proximidade e afinidade entre utilizadores.

Qualquer das duas tipologias, a que correspondem encargos diferentes conforme a finalidade, têm vindo a gerar excedentes para os quais se torna necessário criar circuitos de comercialização e de distribuição por entidades de cariz social.

O desemprego e as consequentes situações de precaridade social leva a que a satisfação de obrigações e compromissos passe a ser o centro das preocupações da gestão orçamental familiar, afastando hábitos alimentares mais saudáveis. A mudança nos consumos alimentares das "famílias inseguras" traduz-se geralmente num aumento de enlatados, conservas e congelados, a par de um decréscimo no consumo de carne e peixe

Em Lisboa não existe informação sobre o número de agregados familiares que beneficiam de apoio alimentar, bem como o número de crianças das EB1 da cidade que têm carência alimentar.

Apesar da crescente intervenção de instituições, na mitigação das situações de carência alimentar e no combate ao desperdício, o número de pedidos de ajuda continua a crescer.

A falta de sistematização da informação sobre o número e tipo de beneficiários de ajuda alimentar não permite avaliar o grau de cobertura dos apoios existentes.

A Unicef Portugal, a partir dos contributos de várias organizações não-governamentais como a Associação para a Promoção da Segurança Infantil, a Cáritas Portuguesa e a Confederação Nacional de Acção sobre Trabalho Infantil, refere que o número de pedidos de ajuda registou um "aumento sem precedentes", alertando para que "em 2011, a taxa de pobreza infantil subiu para 28,6%".

VII.4 – Educação

“A 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)”.

VII.4.1 - Grau de instrução

Em Lisboa o grau de instrução predominante é o ensino superior (27%) que tem de si distanciado o segundo valor mais alto (20%) referente à conclusão do 1º ciclo do ensino básico.

Lisboa apresenta ainda um painel variado de níveis de instrução onde a população que não lê nem escreve (3%) e a que apenas lê e escreve (12%), totaliza o valor da que obteve o ensino secundário (15%).

Grau de Ensino	Continente (N)	Grande Lisboa (N)	Lisboa Cidade (N)	Continente (%)	Grande Lisboa (%)	Lisboa Cidade (%)
População total (Censos 2011)	9.769.564	1.982.759	547.348	100	100	100
S/ grau de ensino completo	1.890.167	334.104	82.038	19	17	15
C/ grau de ensino completo	8.157.454	1.708.373	465.695	81	84	85
Não sabe ler nem escrever	472.919	54.953	16.186	5	3	3
Sabe ler e escrever	1.417.248	279.151	65.852	14	14	12
1º Ciclo	2.552.130	411.740	107.156	25	20	20
2º Ciclo	1.329.508	225.147	49.333	13	11	9
3º Ciclo	1.638.624	342.912	80.869	16	17	14
Ensino Secundário	1.355.254	334.471	80.869	13	16	15
Ensino Pós - Secundário	83.485	21.255	5.142	0,83	1	0,9
Ensino Superior	1.198.453	372.848	148.413	12	18	27

Fonte: CML/Censos 2011 Lisboa

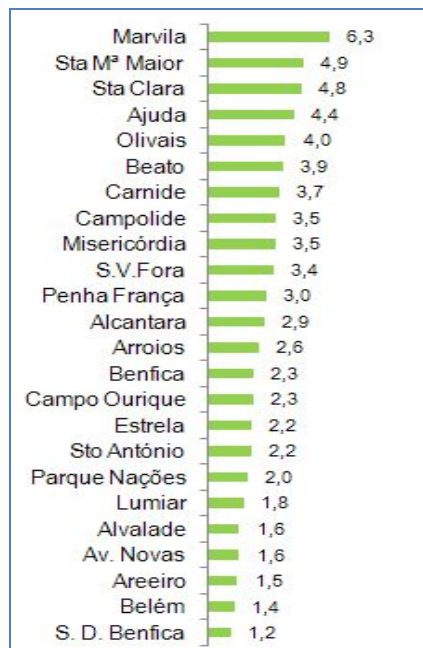
Considerando as novas freguesias de Lisboa, a maior representatividade do ensino superior situa-se nas freguesias do Lumiar 42%, Avenidas Novas 40% e Parque das Nações e S. Domingos de Benfica ambas com 39%.

Entretanto as percentagens mais significativas do número de indivíduos que “não sabe ler nem escrever”, ainda que este grupo inclua as crianças antes da idade escolar, situam-se nas freguesias de Marvila (6,3%), Santa Maria Maior (4,9%) e Santa Clara (4,8%).

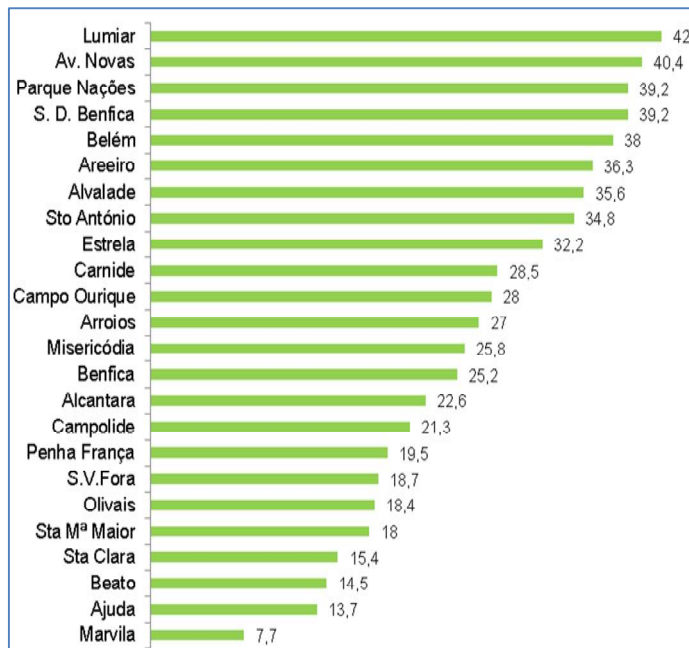
A taxa de analfabetismo⁹⁰ de Lisboa em 2011 (Censos 2011) era de 4,44%, valor próximo da região de Lisboa (4,37%) e inferior ao continente (6,79%), embora em algumas freguesias do centro histórico a taxa se situasse acima dos 8%, como em Sta. Justa, Sto. Estêvão, São Nicolau, Socorro (10,2) e São Miguel (12,2%), e apresentasse valores entre os 8% e os 10% na zona Norte (Charneca com 8,4%) e na zona oriental (Marvila com 9,2%), o que estará associado à população mais idosa.

⁹⁰ Proporção de indivíduos de 10 e mais anos que não sabem ler nem escrever

Percentagem de indivíduos que não sabem ler nem escrever, 2011 (Novas freguesias)



Percentagem de indivíduos com Ensino Superior, 2011 (Novas freguesias)



Fonte: CML/Censos 2011 Lisboa

Ler é uma das competências essenciais para entender, por exemplo, as instruções médicas. A iliteracia em saúde está associada à baixa escolaridade, à baixa condição económica e à idade. As percentagens mais significativas para a taxa de analfabetismo situavam-se em 2011 nas freguesias de São Miguel (12,2), Socorro (10,2) e Marvila (9,2).

VII.4.2 - Abandono escolar

Segundo o Atlas da Educação, o abandono escolar diminuiu para valores muito baixos no ensino básico entre 1991 e 2011, descendo de 12,6% para 1,7%, ao nível nacional. A taxa de abandono escolar é ligeiramente mais alta no município de Lisboa, relativamente à Grande Lisboa (1,6) e ao Continente (1,5), constituindo uma vulnerabilidade social.

Taxa de Abandono Escolar antes do fim da escolaridade obrigatória - 2011

Continente	1,5
Grande Lisboa	1,6
Concelho de Lisboa	1,7

Fonte: INE Censos 2011

O mesmo estudo revela que em 2011 o município de Lisboa se encontrava entre os 25 municípios que apresentaram a mais baixa desigualdade educativa, tendo diminuído cerca de 0,44 % como podemos verificar no quadro abaixo:

Evolução da Desigualdade Educativa no município de Lisboa

Ano	1991	2001	2011
Coeficiente de Gini ⁹¹	0,55	0,28	0,11

Fonte: Atlas da Educação Universidade Nova de Lisboa, Coordenação David Justino, 2013

⁹¹ Medida de desigualdade desenvolvida pelo estatístico italiano Corrado Gini (1912) e utilizada para identificar tendências em desenvolvimento social através da escolaridade ao longo do tempo.

VII.4.3 - Programas curriculares de educação para saúde

O Decreto-Lei n.º 139/2012, de 5 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 91/2013, de 10 de julho, define os princípios que sustentam a inserção no currículo de temas transversais à sociedade não só na prática educativa, mas em toda a dinâmica curricular e até na vivência escolar, desde a educação pré-escolar até ao ensino secundário.

Educação para a Cidadania

A prática da cidadania traduz-se numa atitude e num comportamento, num modo de estar em sociedade que tem como referência os direitos humanos e manifesta-se em atitudes, comportamento e modos de estar em sociedade, segundo os valores da igualdade, da democracia e da justiça social.

O papel da escola é muito importante na aprendizagem e no exercício da cidadania por transmitir valores e práticas que irão permitir o reconhecimento formal dos direitos e deveres que fazem parte da nossa vida quotidiana.

Assim, a educação para a cidadania é feita de uma forma transversal e envolve diferentes dimensões, das quais se destacam, entre outras:

- Ambiente e desenvolvimento sustentável
- Segurança rodoviária

Educação para a Saúde

A educação para a saúde e a sexualidade visa dotar as crianças e jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões ajustadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental.

A escola deve facultar informações rigorosas no âmbito da protecção da saúde e da prevenção do risco, designadamente na área da sexualidade, da violência, do comportamento alimentar, do consumo de substâncias, do sedentarismo e dos acidentes em contexto escolar e doméstico.

Em 1986, realizou-se a primeira grande conferência internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou um documento orientador. Portugal participou na conferência e ratificou o documento.

Esta conferência convocou a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os outros organismos internacionais a defender a saúde em todos os contextos, uma vez que a educação para a saúde não é da responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, mas de muitos outros sectores, designadamente o da educação, responsáveis pela construção de um bem-estar global.

A partir desse momento, foi criada a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, com o objectivo de promover a saúde e demonstrar o impacto da promoção da saúde em meio escolar. Portugal também aderiu a este movimento em 1995, que actualmente se encontra representado na plataforma *Schools for Health in Europe* (SHE).

O Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES)

O Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES), em desenvolvimento pelo Ministério da Educação, visa estimular as escolas do Ensino Básico e Secundário de modo a que estas promovam a literacia em saúde, atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis, valorizem comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis e criem condições ambientais para uma Escola Promotora de Saúde.

Alimentação e actividade física

A Direcção-Geral da Educação define normas orientadoras para a preparação de refeições e para a oferta alimentar em meio escolar, segundo princípios dietéticos de variedade e de qualidade, tendo como objectivo melhorar o estado de saúde global dos jovens, inverter a tendência crescente de perfis de doença associadas a uma deficiente nutrição e promover a saúde dos jovens, especificamente em matéria de alimentação saudável e actividade física.

No âmbito da alimentação, estão em curso vários programas e projectos:

Regime de Fruta Escolar (RFE)

Consiste numa iniciativa de âmbito europeu, que pretende, através da distribuição gratuita de 1 peça de fruta duas vezes por semana, reforçar as práticas alimentares mais saudáveis e capacitar as crianças e as famílias para a adopção de competências que levem a um consumo de fruta em substituição dos “lanches” de fraca qualidade alimentar.

O RFE aplica-se em estabelecimentos de ensino público aos alunos que frequentam o 1º ciclo dos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas, e é coordenado pelos Ministérios da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas (MADRP), da Saúde (MS) e da Educação (ME).

A escola, constituindo-se como veículo privilegiado de acesso à formação dos jovens, afigura-se como a forma ideal de acesso aos destinatários da medida, garantindo os meios adequados para a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Neste sentido, é um factor essencial para a sensibilização da consciência colectiva que determina a obtenção de resultados sustentáveis no longo prazo a favor da saúde e com vista à luta contra a obesidade.

Portugal aderiu ao RFE no seu primeiro ano de implementação, tendo aprovado, através da Portaria n.º1242/2009, de 12 de Outubro, o Regulamento do Regime de Fruta Escolar, a vigorar desde o ano lectivo de 2009/2010.

Canal Educativo da Federação das Indústrias Portuguesas Agroalimentares (FIPA)

Sítio com conteúdos e materiais sobre educação alimentar, adaptados aos alunos dos 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico, validado pela Direcção-Geral da Educação e pela Associação Portuguesa de Nutricionistas.

Tem como objectivo disponibilizar à comunidade educativa informações e documentos que possam servir de base à abordagem do tema alimentação e estilos de vida saudáveis, em sala de aula ou no desenvolvimento de trabalhos sobre o tema.

Disponibiliza conteúdos e fichas de actividades, adaptados aos alunos dos 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico, sobre diversos temas associados à alimentação saudável.

Programa Nestlé Crianças Saudáveis

Programa educativo sobre nutrição, saúde e bem-estar, dirigido a educadores e alunos, desenvolvido pela Nestlé Portugal, dirigido às escolas dos 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico, com o apoio e colaboração da Direcção Geral da Educação.

Através da Internet, este programa é divulgado a todas as escolas, disponibilizando aos seus visitantes informações sobre nutrição, saúde e bem-estar, bem como os materiais pedagógicos. Contém áreas distintas, como o Espaço Educadores - área especialmente dedicada aos professores - e o Espaço Alunos - conteúdos diversos sobre estilos de vida saudáveis.

Ainda no âmbito da educação para a saúde, a actividade física tem vindo a ser alvo de uma promoção constante, quer ao nível da Educação Física como disciplina curricular e no Desporto Escolar, quer também na perspectiva do movimento, das actividades lúdicas e do lazer.

À escola compete desenvolver competências na área da actividade física, desenvolvendo nos jovens o gosto por esta temática e criando espaços e momentos onde os jovens possam despender energias de um modo seguro.

Cabe também às autarquias, a criação de infraestruturas que permitam que os jovens e respectivas famílias se sintam seguros no trajecto entre as residências e as escolas, de modo a serem incentivados a recorrerem a acessos pedonais ou cicláveis.

Prevenção de Comportamentos Viciantes e Dependências

A prevenção de comportamentos viciantes e dependências em meio escolar é da competência da Direcção-Geral da Educação. O objectivo é melhorar o estado de saúde global dos jovens, ajudar na definição de políticas no âmbito desta matéria, realizar debates, sessões de sensibilização e outras estratégias de trabalho continuado com os alunos, envolvendo toda a comunidade educativa.

Existem vários programas e projectos neste âmbito:

Sítio juvenil “tu, alinhas?”

Sítio internet interactivo desenvolvido pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) em parceria com uma empresa, para a produção de conteúdos ligados à temática da prevenção do consumo de substâncias psicoactivas.

Projecto “Eu e os Outros”

O Projecto “Eu e os Outros” foi desenhado por uma equipa técnica ligada à Linha Vida SOS Droga e surge integrado no desenvolvimento do site juvenil “Tu Alinhas?”. O projecto tem como objectivo promover a reflexão em grupo sobre temas ligados à adolescência, criando uma dinâmica de grupo geradora de desenvolvimento pessoal e social, dirigido a grupos de jovens entre os 10 e os 18 anos.

Educação Sexual em Meio Escolar

Esta temática tem actualmente um carácter obrigatório e destina-se a todos os alunos que frequentam estabelecimentos de ensino básico e secundário da rede pública e estabelecimentos da rede privada e cooperativa com contratos de associação em território nacional.

Os objectivos desta componente curricular são a melhoria dos relacionamentos afectivo-sexuais entre os jovens, para a redução de possíveis ocorrências negativas resultantes dos comportamento sexuais, como gravidez precoce e infecções sexualmente transmissíveis (IST), e para a tomada de decisões conscientes na área da educação para a saúde e vida sexual.

Saúde Mental - Prevenção da Violência em Meio Escolar

A abordagem conjugada da saúde mental e da prevenção da violência em meio escolar é considerada como inevitável, sendo igualmente referenciada no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), no qual é referido que os estabelecimentos de ensino devem ter como preocupação a implementação de programas de prevenção, devidamente validados e direccionados para os grupos mais vulneráveis.

Os objectivos são:

- a) identificar os vários tipos de comportamentos relacionados com a violência;
- b) apoiar acções de sensibilização e de promoção da saúde mental;
- c) promover uma intervenção continuada e baseada no conhecimento, em parceria com instituições competentes na matéria

Existem outros temas relacionados com a saúde, que embora não sejam prioritárias, estão directamente ligados ao meio escolar, designadamente:

Segurança Infantil

A Aliança Europeia de Segurança Infantil (ECSA), com o apoio da Comissão Europeia e em parceria com a OMS, a UNICEF, a Health and Environment Alliance (HEAL), as Universidades de Keele e de West of England, coordena o Projecto Child Safety Action Plan (CSAP), uma iniciativa cujo objectivo é promover o desenvolvimento de planos de acção nacionais, apoiados pelos respectivos Governos, que aumentem a segurança das crianças e adolescentes na Europa.

O Projecto conta com a participação de 26 países, entre os quais Portugal, e visa contribuir para o aumento de literacia das crianças, jovens e agentes educativos em matéria de segurança rodoviária, primeiros socorros e outras situações de risco, com a finalidade de a escola se constituir, cada vez mais, como um ambiente seguro, reconhecido pela comunidade.

Higiene individual e colectiva

As infecções respiratórias e gastrointestinais são muito frequentes em idade escolar. A implementação, na escola, de boas práticas de higiene individual e colectiva pode ajudar a quebrar a transmissão destas doenças e o consequente absentismo escolar.

A comunidade educativa deve adquirir conhecimentos básicos sobre a prevenção das doenças infecciosas e o desenvolvimento de comportamentos saudáveis, especialmente nas áreas da higiene das mãos, da higiene respiratória e da higiene dos alimentos.

Saúde Oral

A OMS aponta, para 2020, metas para a saúde oral que exigem um reforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de educação e saúde dos serviços públicos e privados.

Neste sentido foi criado o Programa Nacional da Saúde Oral o qual desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolvendo-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes, onde as crianças e jovens vivem e estudam.

Doenças Crónicas

A evidência científica reconhece como factores de risco das doenças crónicas o tabagismo, a má alimentação, o abuso de álcool e o défice de actividade física. Se tivermos em conta que estes riscos estão na origem da maior parte das doenças crónicas e da mortalidade na Europa, torna-se fundamental e urgente desenvolver estratégias e metodologias de prevenção que reduzam estes riscos, apostando sobretudo nas crianças e jovens.

VII.4.4 - Projectos promovidos pela CML no âmbito da educação para a saúde

O município gere a rede de escolas públicas e jardins-de-infância municipais e tem responsabilidades na formação das crianças para a vida.

Neste sentido, a CML promove projectos dirigidos aos Jardins-de-infância e escolas básicas do 1º ciclo, no âmbito da educação alimentar e promoção da saúde, do desporto escolar e da actividade física, educação e cultura, sistematizados no quadro seguinte:

Projectos promovidos pelo Município com a Comunidade Escolar

Saúde	Desporto/Actividade Física	Educação/Cultura
<p>Vamos todos ao Mercado <i>Departamento de Urbanismo Comercial</i> <i>DUC-Mercados</i> Projecto de educação alimentar dirigido às escolas do 1º ciclo.</p>	<p>Desporto Mexe Comigo <i>Departamento de Desporto</i> Promoção da actividade física regular dos residentes nos Bairros de Realojamento do concelho (gratuito).</p>	<p>Crescer na Segurança <i>Protecção Civil</i> Para crianças dos 5 aos 10 anos Animação infantil para identificação dos riscos do dia-a-dia na rua e em casa e comportamentos de autoprotecção em caso de sismo e incêndio.</p>
<p>Arte Alimentar com Peso e Medida (*) <i>Departamento de Educação / Departamento de Desenvolvimento Social-RAAML</i> Para crianças do 3º ano do 1º ciclo do EB: •peça de teatro infantil que promove a alimentação saudável e o exercício físico; •workshop sobre nutrição para promover estilos de vida saudável junto de crianças e boas práticas alimentares (consumo de fruta/hortícolas vs. gorduras e açucars)</p>	<p>Olisípiadas <i>Departamento de Desporto</i> Novos Jogos da Cidade para crianças dos 6 aos 14 anos, incluindo jovens com deficiência, que residam ou frequentem um estabelecimento de ensino ou um clube desportivo no concelho de Lisboa</p>	<p>Orquestra Geração Lisboa <i>Departamento de Educação</i> Combate à estigmatização individual e colectiva e ao abandono e insucesso escolar, fomento de igualdade de oportunidades, alargamento de horizontes vivenciais, culturais e sociais, independentemente do género, raça, cor, nacionalidade ou origem étnica, através do ensino da música e da sensibilização para as artes.</p>
<p>Quinta Pedagógica dos Olivais <i>Departamento de Educação</i> Actividades pedagógicas regulares (Programas Escola e Família) “Sopa da Quinta Pedagógica”; “Ciclo do Pão”; “Piza Saudável”; “Sumos Coloridos” Sensibilização e promoção de boas práticas alimentares e combate à obesidade Infantil</p> <p>Semana temática sobre alimentação Saudável (em redor de 16 Outubro - Dia Mundial da Alimentação) Dirigido ao pré-escolar e 1.º ciclo do EB e às famílias Sensibilização para a importância de comportamentos e hábitos de alimentação saudáveis p/ promoção da saúde.</p> <p>Exposição Crescer Saudável, Efectuada em Maio com trabalhos realizados no programa de saúde escolar – Educação para a Saúde, promovido pelo ACES Lisboa Oriental</p>	<p>Programa de Apoio à Natação Curricular <i>Departamento de Desporto / Departamento de Educação</i> Formação desportiva à infância / primeiras aulas de natação acompanhada por professores (deslocações entre a escola e a piscina inferiores a 15 min. asseguradas por transporte municipal). 80 escolas/497 turmas/10 505 alunos)</p>	<p>Passaporte Escolar <i>Departamento de Educação</i> Para os alunos do 1.º Ciclo do E Básico da rede pública (± 14.240 crianças) Promoção de educação não formal (ex: visitas guiadas, ateliers, oficinas, espectáculos, iniciação a um desporto...), complementares do ensino formal, proporcionando experiências nas áreas das ciências, ambiente, cultura, desporto e formação cívica. Rentabilização dos recursos educativos existentes na cidade e divulgação dos vários serviços educativos da cidade, através do Guia da Oferta Educativa, editado pela Câmara Municipal de Lisboa. Rede de parceiros com actividades em cerca de 80 equipamentos da cidade.</p>
<p>Educação Alimentar e Promoção da Saúde <i>Departamento de Educação</i> Promoção de hábitos alimentares saudáveis atendendo à diversidade intercultural da população escolar da rede pública (alunos do pré-escolar e 1º Ciclo, docentes, não docentes, pais e encarregados de educação) actividades na Quinta Pedagógica, no Pavilhão do Conhecimento e em várias escolas</p>	<p>Infância em Movimento - <i>Departamento de Educação</i> Promoção do exercício físico, criação de hábitos de vida saudáveis, promoção da relação da criança com o seu corpo, familiarização com os espaços verdes da cidade, envolvendo também os JI da rede pública.</p>	<p>Passaporte Pré-Escolar <i>Departamento de Educação</i> Para os alunos do Pré-Escolar da rede pública (± 4.380 crianças) / modelo idêntico ao “Passaporte Escolar”. Promoção de educação não formal em 3 áreas: formação pessoal e social, expressão e comunicação, estudo e conhecimento do mundo/</p>
<p>Alimentação Escolar: comer e aprender uma alimentação saudável <i>Departamento de Educação</i> Sensibilização para o combate ao desperdício de alimentos e produtos (EB1 do Convento do Desagravo) • Inclusão de receitas com vegetais, frutas e outros alimentos frescos que inculcam nas crianças o gosto pela alimentação saudável / receitas de outros países, • Actividades e projectos sobre a importância da alimentação saudável, da cadeia produtiva dos alimentos e do combate ao desperdício alimentar (diferentes escolas de Lisboa e na Quinta Pedagógica de Lisboa.</p>		<p>Escolas de Trânsito <i>Departamento de Trânsito</i> Para o Pré-Escolar e Ensino Básico (alunos, docentes e encarregados de educação) Aquisição ou renovação de conhecimentos sobre Segurança Rodoviária e comportamentos de segurança na via pública enquanto peões, passageiros ou condutores (ciclistas, motociclistas ou condutores), com exposição final de trabalhos em escolas ou espaços públicos.</p>
<p>ABC das Palavras no Mundo-“Livros com SabER e SabOR <i>Departamento de Educação</i> Para crianças do pré-escolar e do 1º ano do EB Sensibilização sobre Alimentação Saudável (articulação com Bibliotecas Escolares)</p>		<p>Espaço a Brincar – Uma viagem pelos Direitos da Criança e do Jovem <i>Departamento de Desenvolvimento Social</i> Divulgar a Convenção sobre os Direitos da Criança, promovendo uma cidadania activa e participativa através de actividades.</p>

(*) Inserido no Programa Educação Alimentar e Promoção da Saúde/Promovido pela Associação Filmeideia/financiado através do Regulamento de Atribuição de Apoios pelo Município (RAAML)

VII.5 – Ambiente

Uma cidade como Lisboa 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 um elevado número de edifícios que é necessário aquecer, enormes quantidades de resíduos que é necessário eliminar e de poluentes que é necessário controlar e com um número excessivo de viaturas que circulam pelas ruas, ocupam estacionamento e passeios indevidamente e que influenciam e alteram o ambiente.

Este ambiente urbano, tão próximo do ser humano e tão modificado por este, contém em si uma panóplia de factores de risco para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas que aí habitam. Poderia afirmar-se que a cidade ao gerar a sua própria poluição, constitui-se no cerne do seu próprio problema.

O ambiente físico que a cidade oferece tem um papel basilar na determinação da qualidade de vida e da saúde que se pode atribuir ao lugar, o que também explica os padrões de vida, de saúde, de doença e de morte dos indivíduos.

Nesta perspectiva, vários estudos concluem que as situações de vulnerabilidade formam clusters, sugerindo uma amplificação do risco identificada pela simultaneidade de vários factores, 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.

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 factores ambientais

O ar, a água e o saneamento básico são os principais factores 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 de fracções mais pequenas do território da cidade (freguesias ou grupos de freguesias).

São atribuíveis a factores ambientais:

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

VII.5.1 - Qualidade da água

“Sabia que as vacinas são a medida de saúde pública que mais vidas salva, feito apenas superado pela introdução do abastecimento de água potável às populações?”

Stanley Plotkin in Vaccines, Elsevier

VII.5.1.1 - Abastecimento de água potável

O abastecimento de água à população é fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade saudável.

No concelho de Lisboa, a Empresa Portuguesa das Águas Livres (EPAL) assegura o abastecimento da água à população residente e a gestão sustentável do ciclo urbano. Por seu lado, a SIMTEJO, Saneamento Integrado dos Municípios do Tejo e Trancão, é responsável pela recolha, tratamento e devolução ao rio Tejo ou reutilização das águas residuais provenientes das habitações, comércio e indústria. O objectivo é o de aproveitar as águas recicladas para a lavagem das ruas e outros usos não potáveis, salvaguardando a escassez do bem que é a água potável.

À Câmara Municipal de Lisboa (CML) compete planear o sistema de saneamento, coordenar a programação da rede de infraestruturas de saneamento, projectando-as e assegurando a sua construção e conservação.

A água potável captada é de origem superficial e subterrânea. As captações superficiais são da Albufeira de Castelo do Bode (rio Zêzere) e de Valada do Tejo (rio Tejo). As captações subterrâneas são oriundas das nascentes dos Olhos de Água (rio Alviela), lezírias e aquíferos da OTA e Alenquer.

O abastecimento deve garantir o fornecimento de água de forma contínua, pressão apropriada, sem microrganismos e substâncias químicas que possam causar potencial perigo para a saúde humana e ainda sem sabor, sem odor e com boa aparência, sendo a qualidade da água para consumo humano regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de Agosto. O diploma define a frequência de amostragem e análise a cumprir pelas entidades gestoras.

A rede de abastecimento de Lisboa, com cerca de 1400 quilómetros, está sob vigilância e monitorização permanentes, detectando as fugas não visíveis que se infiltram no solo, com vantagens económicas e ambientais ao nível da conservação da água, da redução do consumo de energia e reagentes e das emissões de CO₂.

Para combater os desperdícios devido ao mau funcionamento da rede de abastecimento, a EPAL adaptou um sistema denominado WONE de Gestão de Redes e Controlo de Perdas, que tem como objectivo a gestão da rede e o controlo das perdas de água no abastecimento de água à cidade.

A utilização deste sistema pela EPAL, no combate sistemático às perdas de água na rede de abastecimento da cidade, já lhe valeu um prémio em Madrid, permitindo colocar Lisboa ao nível das capitais mundiais mais eficientes.

Em 6 anos, a EPAL conseguiu combater o desperdício e reduzir as perdas na rede de distribuição de 25% para 9% em 2012.

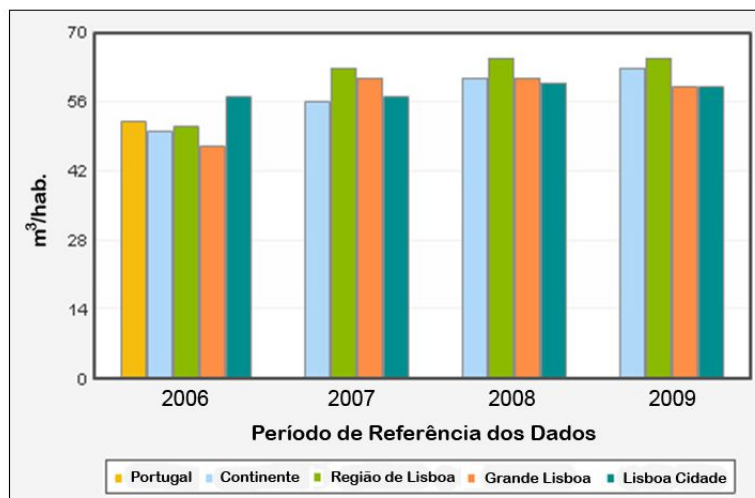
Em 2010, o volume total de água fornecida na rede de distribuição da cidade de Lisboa foi de 58 671 774 m³ (160 744,6 m³/dia).

De acordo com a ONU, cada pessoa necessita de 3,3 m³/pessoa/mês (cerca de 110 litros de água por dia para atender às necessidades de consumo e higiene). Gastar mais de 120 litros de água por dia (3,6 m³/pessoa/mês) é desperdiçar dinheiro e delapidar os recursos naturais.

Em Portugal o consumo médio de água anual num agregado familiar com quatro pessoas é de aproximadamente 3,75 m³/pessoa/mês (125 litros), valor que se situa ligeiramente acima do máximo admissível e que requer uma sensibilização da população para o uso racional da água.

Em Lisboa, o consumo de água por habitante, em 2009, foi de 120,2 m³ (10 m³/pessoa/mês), o que corresponde a 9% do consumo do Continente⁹², quando a população de Lisboa representa apenas 5,45% da população do Continente.

Consumo de água por habitante (m³/hab) por localização geográfica, 2006-2009



Fonte: INE

Programa Nacional para o Uso Eficiente da Água (PNUEA 2012-2020)

O Programa Nacional para o Uso Eficiente da Água, 2012-2020⁹³ (PNUEA 2012-2020) conclui pela necessidade de uma contribuição significativa das Câmaras Municipais na alteração de comportamentos e de hábitos incorretamente instituídos, visando a redução do consumo de água nas actividades quotidianas em casa, na cozinha, na casa de banho, assim como na escola e no local de trabalho.

No PNUEA 2012-2020 são sugeridas medidas e acções concretas a promover pelas Câmaras Municipais:

- campanhas de sensibilização entre os funcionários e os utentes de equipamentos colectivos, nomeadamente escolares e desportivos;
- incentivos à alteração de comportamentos, através de adequação dos sistemas tarifários;
- implementação do cálculo da Pegada Hídrica⁹⁴ Municipal, definindo metas de redução dos consumos;
- realização de acções de formação para os gestores e operadores dos sistemas de abastecimento de água
- realização de programas educativos/formativos para todos os utilizadores em geral, visando o desenvolvimento de uma nova atitude em relação à valorização da água, do seu uso e promovendo a redução da pegada hídrica;
- instituição de prémios e distinções oficiais que prestigiem as entidades produtoras de equipamentos e gestoras de sistemas pela sua eficiência e para entidades que demonstrem um bom uso eficiente da água (escolas, equipamentos desportivos, instalações de diversos sectores socioeconómicos);
- divulgação de folhetos e outra documentação sobre formas de poupar água;
- elaboração de processos normativos a adoptar por instituições, empresas ou cidadãos;
- promoção da utilização de dispositivos com certificação de eficiência hídrica (autoclismos, etc.) e produtos de baixo consumo de água para redução do desperdício de água;
- promoção de Certificação Hídrica dos edifícios, que fomente o conceito de “desempenho eficiente dos edifícios”.

⁹² Fonte: Retrato de Lisboa, PORDATA

⁹³ http://www.apambiente.pt/_zdata/CONSULTA_PUBLICA/2012/PNUEA/Implementacao-PNUEA_2012-2020_JUNHO.pdf

⁹⁴ A pegada hídrica é um indicador da apropriação por parte da humanidade dos recursos de água doce. O valor médio global da pegada hídrica centra-se nos 1385 m³/hab/ano, sendo que no caso português este valor é de aproximadamente 2264 m³/hab/ano

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

Em Lisboa, o consumo de água por habitante, em 2009, foi de 10 m³/pessoa/mês, 3 vezes mais do que o desejável.

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

Consumos de água engarrafada e água da rede de abastecimento

Apesar de a rede ter boa qualidade de água para consumo, ainda há muitos portugueses que preferem consumir água engarrafada. Um fenómeno social em expansão, que também se verifica noutros países, e que não reflecte a evolução da qualidade de água, com significativas melhorias nos últimos anos.

O relatório anual da Entidade Reguladora dos Serviços de Água e Resíduos (ERSAR), em 2013, divulgou que em Portugal, 98,2% da água é segura, sendo, por isso, Portugal um país efectivamente seguro para se beber água da torneira.

Por outro lado, não só a água engarrafada é mais cara⁹⁵, como penaliza muito o ambiente através da produção de plástico, rótulos e transporte. Milhares de toneladas de plástico são consumidas para produzir embalagens e muitas emissões de CO₂ para a atmosfera ocorrem durante o transporte da água. Curiosamente, a quantidade de água necessária para fazer uma embalagem é a mesma que é colocada dentro desta.

Em 2008, foi divulgado um estudo do Instituto Regulador de Águas e Resíduos (IRAR) que evidencia que o uso da água engarrafada para uso alimentar está generalizado em três quartos da população.

Um outro estudo, realizado em 2007, da Associação das Empresas Portuguesas para o Sector do Ambiente refere que cerca de 40% dos portugueses utilizavam água engarrafada por não confiarem na qualidade da água das redes públicas de abastecimento.

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

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

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

⁹⁵ Em Lisboa, o metro cúbico (1000 litros) custa o mínimo de €0,2286/m³ ou seja €0,0002/L, enquanto um garrafão de 6L, de marca branca, custa o mínimo de €0,5 ou seja €0,0833/L. A água engarrafada custa, no mínimo, 400 vezes mais.

VII.5.1.2 - Tratamento de águas residuais

A Câmara Municipal de Lisboa (CML) tem a competência de planear o sistema de saneamento básico e coordenar as actividades de programação das infra-estruturas de saneamento e tratamento de águas residuais, assegurando a projecção, construção e conservação da rede.

As águas residuais do Concelho de Lisboa são conduzidas para a Estação de Tratamento de Águas Residuais (ETAR) de Chelas, Beirolas, Frielas e Alcântara, nas quais são tratadas e devolvidas ao meio receptor (rio Tejo).

Estas ETAR estão apetrechadas com as tecnologias necessárias para o tratamento de águas com o objectivo das reutilizar para fins não potáveis, como por exemplo: lavagem de ruas, rega de espaços verdes, sistemas de refrigeração, etc.

As águas residuais são alvo de várias tipologias de tratamento, passando por 4 fases (pré-tratamento ou tratamento preliminar, tratamento primário, tratamento secundário e tratamento terciário), em que o esgoto é sujeito sucessivamente a processos de separação da matéria poluente até as águas residuais tratadas apresentarem um reduzido nível de poluição por matéria orgânica, podendo na maioria dos casos ser despejadas no meio ambiente receptor após uma desinfeccção e remoção dos organismos patogénicos..

ETAR de Chelas

Subsistema constituído pela ETAR, 5 estações elevatórias e 1 sistema interceptor que se estende de Santa Apolónia até ao Beato, com cerca de 5 km.

A ETAR de Chelas, em funcionamento desde 1989, com tratamento primário, serve a zona central de Lisboa e tem capacidade para tratar **52 500 m³/dia**.

ETAR de Alcântara

Subsistema composto pela ETAR e por 11 Estações Elevatórias distribuídas por 25 km de sistema interceptor. Está prevista a construção de mais 2 estações elevatórias. O Caneiro de Alcântara é uma das infra-estruturas de drenagem fundamental através do qual afluem as águas residuais da zona alta deste subsistema. Serve grande parte do município de Lisboa e parte dos municípios da Amadora e Oeiras, num total de **756 000 habitantes**.

A ETAR de Alcântara está, desde o final de 2009, em funcionamento com tratamento de nível secundário e terciário, data em que foram interceptados os colectores oriundos das ruas do Ouro, Augusta e da Prata e de Santa Apolónia, tendo a capacidade para tratar **570 000 m³/dia** (3,3m³/s em tempo seco, mais 3,3m³/s em tempo húmido).

ETAR de Beirolas

O subsistema de Beirolas é composto pela ETAR, 8 estações elevatórias e um sistema interceptor, com cerca de 18 km, da calçada do Grilo até Sacavém, com ampliação prevista em cerca de 3 km. Esta ETAR serve a zona oriental de Lisboa e parte do Município de Loures e contribui com 80% do caudal afluente total.

A ETAR de Beirolas iniciou a sua exploração em 1989 com tratamento secundário, tendo sido ampliada em 2000 para tratamento de nível terciário.

A sua capacidade é de **54.500 m³/dia**, evidenciando-se a contribuição de efluentes de proveniência industrial. Está prevista a ampliação da ETAR e a construção de uma linha de tratamento em tempo húmido.

ETAR de Frielas

Subsistema constituído por ter a ETAR, 6 estações elevatórias e cerca de 95 km de interceptores e emissários. Está prevista a ampliação do sistema com mais 2 estações elevatórias. Esta ETAR serve parte dos Municípios de Amadora, Lisboa, Loures, Mafra, Vila Franca de Xira e Sintra e servirá o Município de Mafra.

Esta ETAR tem capacidade para tratar de **70.000 m³/dia**, tendo sido criada também para desodorizar parte das zonas potencialmente geradoras de maus odores, estando em curso, a 2.ª fase do reforço do sistema de desodorização.

Durante o ano de 2011, no Município de Lisboa, o volume de efluentes tratados foi de 63 814 830 m³. No quadro seguinte os volumes apresentados dizem respeito às contribuições geradas pelo Município de Lisboa.

Os cálculos do volume de água recolhida resultam da medição efectuada em cada uma das ETAR, afectada pela percentagem de população de cada município servido pela mesma ETAR. Os caudais médios dizem respeito às ETAR contabilizando a globalidade dos caudais afluentes de todos os Municípios servidos (SIMTEJO).

Volumes de águas residuais geradas e tratadas pelo Município de Lisboa

		2009	2010	2011	2012
ETAR de Alcântara	Caudal médio mês (m3/mês)	2.956.654	3.284.160	4.241.032	4.203.411
	Caudal médio por segundo (m3/segundo)	68	75	97	96
	Volume de efluentes recebidos m3/ano	25.545.491	28.375.143	39.492.491	39.142.162
	Volume de efluentes com tratamento primário m3/ano	18.822.427	-	-	-
	Volume de efluentes recebidos com tratamento secundário m3/ano	6.723.063	28.375.143	39.492.491	39.142.162
	Volume de efluentes recebidos com tratamento terciário m3/ano	-	-	-	-
	Água Residual Tratada Fornecida (m3)	-	182	-	-
ETAR de Beirolas	Caudal médio mês (m3/mês)	1.395.083	1.580.484	1.533.393	1.314.332
	Caudal médio por segundo (m3/segundo)	32	36	35	30
	Volume de efluentes recebidos m3/ano	7.700.855	8.724.273	8.464.327	7.255.111
	Volume de efluentes com tratamento primário m3/ano	-	-	-	-
	Volume de efluentes recebidos com tratamento secundário m3/ano	7.700.855	8.724.273	8.464.327	7.255.111
	Volume de efluentes recebidos com tratamento terciário m3/ano	-	-	-	-
ETAR de Chelas	Caudal médio mês (m3/mês)	1.218.610	1.275.807	1.146.453	1.031.206
	Caudal médio por segundo (m3/segundo)	28	29	26	24
	Volume de efluentes recebidos m3/ano	14.623.324	15.309.687	13.757.430	12.374.471
	Volume de efluentes com tratamento primário m3/ano	-	-	-	-
	Volume de efluentes recebidos com tratamento secundário m3/ano	14.623.324	15.309.687	13.757.430	12.374.471
	Volume de efluentes recebidos com tratamento terciário m3/ano	-	-	-	-
Água Residual Tratada Fornecida (m3)	2.850	7.794	13.025	14.127	
ETAR de Frielas	Caudal médio mês (m3/mês)	1.525.075	1.740.539	1.683.159	1.567.654
	Caudal médio por segundo (m3/segundo)	35	40	38	36
	Volume de efluentes recebidos m3/ano	2.013.099	2.172.193	2.100.583	1.956.432
	Volume de efluentes com tratamento primário m3/ano	-	-	-	-
	Volume de efluentes recebidos com tratamento secundário m3/ano	2.013.099	2.172.193	2.100.583	1.956.432
	Volume de efluentes recebidos com tratamento terciário m3/ano	-	-	-	-
Água Residual Tratada Fornecida (m3)	-	182.640	295.580	367.050	

NOTAS

Os volumes apresentados dizem apenas respeito às contribuições geradas pelo Município de Lisboa. Os cálculos do volume de água recolhida resultam da medição efectuada em cada uma das ETAR, afectada pela percentagem de população de cada município servido pela mesma ETAR.

Os caudais médios dizem respeito às ETAR contabilizando a globalidade dos caudais afluentes de todos os Municípios servidos.

A ETAR de Alcântara está desde o terceiro trimestre de 2009 (Outubro) em funcionamento com tratamento de nível secundário.

Fonte: CML, REOT/Simtejo

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

A ausência de descargas directas no Tejo, aliada ao grande hidrodinamismo do estuário, um dos maiores da Europa, favorece a biodiversidade e o equilíbrio dos ecossistemas.

Lisboa garante o tratamento a praticamente 100% dos efluentes, havendo apenas algumas áreas de ocupação antiga que se encontram excluídas como é o caso da LxFactory.

VII.5.2 - Qualidade do ar

Dependendo da actividade física, um adulto inspira cerca de 10 mil litros de ar por dia. Em geral, não é necessário, nem possível, corrigir a composição do ar que se respira, sendo esta a principal diferença entre o consumo de ar e o consumo de água. A água passa por um tratamento prévio, que a torna própria para o consumo humano. O ar, ao contrário, deve ser consumido exactamente como existe na natureza, pelo que é muito importante que a sociedade entenda e respeite as medidas de preservação da qualidade do ar.

A qualidade do ar resulta do maior ou menor grau de poluição atmosférica⁹⁶, o que constitui um dos principais problemas de saúde pública na sociedade moderna.

A exposição à poluição é praticamente inevitável e os efeitos dos poluentes dependem essencialmente de dois factores: (1) concentração do poluente e (2) tempo de exposição ao poluente.

Dependendo do poluente ou combinação de poluentes, da sensibilidade de cada indivíduo e do regime respiratório em causa (esforço ou repouso), os efeitos dos poluentes podem variar, podendo a exposição simultânea a vários poluentes potenciar os seus efeitos nocivos.

A qualidade do ar apresenta também grande variabilidade no tempo e no espaço. As variações de concentração dos poluentes dependem de condições meteorológicas – vento, temperatura, precipitação, estabilidade atmosférica - e ainda da quantidade de poluentes emitidos e da altura do dia em que são emitidos.

Os poluentes atmosféricos classificam-se em: (1) primários, quando são emitidos directamente pelas fontes de emissão, ou (2) secundários, quando resultam de reacções químicas e fotoquímicas que ocorrem na atmosfera.

Em Lisboa, a concentração de poluentes é regularmente registada por equipamentos sediados em estações de monitorização da qualidade do ar, instaladas em locais criteriosamente escolhidos da cidade, conforme iremos ver em detalhe no que respeita ao ar exterior.

Uma forte aglomeração urbana contribui em grande parte para a sua poluição. 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.

Há uma tendência para que a poluição do ar seja percebida apenas 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.

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

VII.5.2.1 - Ar Exterior

Os compostos libertados para a atmosfera e as partículas presentes na poluição atmosférica não provocam imediatamente consequências para além de eventual ardor e irritação dos olhos, nariz e garganta, mas a exposição prolongada aos ambientes poluídos contribui para o desenvolvimento de complicações ao nível pulmonar e cardiovascular, podendo levar ao enfraquecimento do sistema imunológico e à morte.

⁹⁶ Entende-se por poluição atmosférica as mudanças da atmosfera causadas pela contaminação de substâncias gasosas, líquidas ou sólidas, de origem natural ou resultantes da acção humana e que podem provocar impacte ambiental e na saúde pública.

Viver exposto a níveis altos de poluição atmosférica aumenta a susceptibilidade ao cancro do pulmão e principalmente as crianças desenvolvem dificuldades respiratórias e apresentam uma maior probabilidade de vir a ser asmáticas.

Para além do desenvolvimento a longo prazo de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a inalação de partículas de metais poluentes pode dar origem a distúrbios neurológicos, de ansiedade e a doenças como Alzheimer e Parkinson.

Acresce ainda que determinados poluentes atmosféricos têm efeitos específicos na saúde pública, nomeadamente:

- Doenças respiratórias - Dióxido de Enxofre (SO₂), Dióxido de Azoto (NO₂), Partículas (PM₁₀ e PM_{2.5}), Ozono (O₃);
- Doenças cardiovasculares - Monóxido de Carbono (CO), O₃, PM e Chumbo (Pb);
- Desordens do sistema nervoso central: Pb, Mercúrio (Hg) e outros como Policlorobifenilos (PCB), Metilmercúrio;
- Alterações ao nível do desenvolvimento: Pb, Hg, Cádmio (Cd);
- Doenças oncológicas: Benzeno, Partículas (PM_{2.5} ou <), metais pesados (Arsénio (As), Cd, Crómio (Cr))

Nas cidades, os gases tóxicos que contribuem para a poluição do ar são provenientes principalmente das emissões do tráfego rodoviário.

Na última década, verificou-se um aumento muito significativo da utilização do Transporte Individual (TI) para as deslocações com destino a Lisboa em todos os corredores de acesso à cidade, o que tem consequências directas na degradação da qualidade do ar exterior⁹⁷.

Em Lisboa, a qualidade do ar é monitorizada através das Estações de Monitorização da Rede de Medição da Qualidade do Ar de Lisboa (RMQA), da responsabilidade da CCDR-LVT, sendo os dados disponibilizados pela Agência Portuguesa do Ambiente.

Existem em funcionamento 4 estações de medição da qualidade do ar que medem a concentração horária, de 8 horas e diária, através de medições em contínuo (Avenida da Liberdade, Entrecampos, St. Cruz de Benfica e Restelo), em que são medidos os principais poluentes devidos ao tráfego:



- Dióxido de Enxofre (SO₂);
- Partículas (PM₁₀, PM_{2.5});
- Óxidos de Azoto (NO₂ e NO);
- Compostos Orgânicos Voláteis (COV);
- Monóxido de Carbono (CO);
- Dióxido de Carbono (CO₂);
- Benzeno (C₆H₆);
- Outros, como o benzo [alfa] pireno e os metais pesados.

⁹⁷ Plano de Acessibilidade Pedonal de Lisboa – Via Pública – Volume 2, Dezembro de 2013

Os poluentes com maiores impactos na saúde pública e cujas medições em Lisboa, principalmente na Avenida da Liberdade, têm ultrapassado nos últimos anos os limites legais, são o Dióxido de Azoto (NO₂) e as Partículas (PM₁₀).

As partículas inaláveis PM₁₀, tanto pela sua dimensão como pelas suas características físicas e químicas podem ter efeitos potencialmente negativos na saúde humana.

As partículas mais finas podem transportar substâncias tóxicas (sulfatos, nitratos, metais pesados e hidrocarbonetos) para as vias respiratórias, atingindo os alvéolos pulmonares, provocando dificuldades respiratórias e por vezes danos permanentes.

Em muitas cidades europeias as partículas inaláveis (<10µm) são o poluente que suscita maiores preocupações, estando a sua acção relacionada com muitos tipos de problemas de saúde, desde a irritação nasal, tosse, até à bronquite, asma, cancro pulmonar, podendo mesmo ser causa de morte.

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/m³ para a média anual, e 50µg/m³ em média para as 24 horas (OMS, 2013).

As PM₁₀ 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 PM_{2,5} - partículas de diâmetro aerodinâmico inferior a 2,5µm), podem afectar a actividade 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 (Retrato da Saúde em Lisboa, ARSLVT, Junho 2013).

No quadro seguinte apresentam-se os valores encontrados em 2011 (Base anual e diária) para as partículas inferiores ou iguais a 10 µm (PM₁₀) (ibidem).

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 (PM ₁₀)	Valores encontrados nas estações de medição				Valor limite (µg/m ³)
	Beato	Av. Liberdade	Entrecampos	Restelo	
Média (µg/m ³)	nd	44,3	29,7	26,1	40
Máximo (µg/m ³)	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)

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

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

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 (Retrato da Saúde em Lisboa, ARSLVT, Junho 2013).

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 ₃)	Valores de medição e nº de excedências encontradas nas estações de medição				Valor alvo (µg/m ³)	N.º de excedências permitidas
	Valor anual (base 8 horas)	Beato	Av. Liberdade	Entrecampos		
Média (µg/m ³)	54,3	nd	45,9	59,5	120	25
Máximo (µg/m ³)	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)

Zonas de Emissões Reduzidas

Em 1996, a aprovação da Directiva Comunitária Quadro da Qualidade do Ar (Directiva nº 96/62/CE) fixou os objectivos e parâmetros da qualidade do ar de forma a reduzir, prevenir e evitar os seus efeitos nocivos para a saúde humana.

O Decreto-Lei n.º 276/99, de 23 de Julho, transpõe para a legislação nacional a referida Directiva Comunitária e os valores-limite de concentração de poluentes, o que implicou a elaboração de um plano e um programa de execução da melhoria da qualidade do ar para a região de Lisboa. Uma das medidas a implementar na cidade de Lisboa era a introdução de uma Zona de Emissão Reduzida (ZER).

No caso de Lisboa, o eixo da Av. da Liberdade/Baixa apresenta os piores resultados com 80 excedências por ano, quando apenas 35 são permitidas, o que levou à instauração de um processo judicial contra o estado Português no Tribunal de Justiça Europeu por parte da Comissão Europeia.

Mesmo com a redução de 30% no volume de tráfego de atravessamento desta zona, após a introdução do novo sistema de circulação na Baixa/Cais do Sodré, as melhorias verificadas (passagem de uma média de 130 dias com excesso de concentrações poluentes, para os actuais 85) não foram suficientes para se cumprirem as metas acordadas.

Através de um protocolo estabelecido em 2009 entre a CCDR-LVT e o estado Português elaborou-se um Programa de Execução do Plano de Melhoria da Qualidade do Ar para a região de Lisboa e Vale do Tejo. Em maio de 2011, foi aprovada a Proposta n.º 247/2011 que diz respeito à criação de uma Zona de Emissões Reduzidas na Cidade de Lisboa (ZER).

Zona de Emissões Reduzidas na Cidade de Lisboa (ZER).

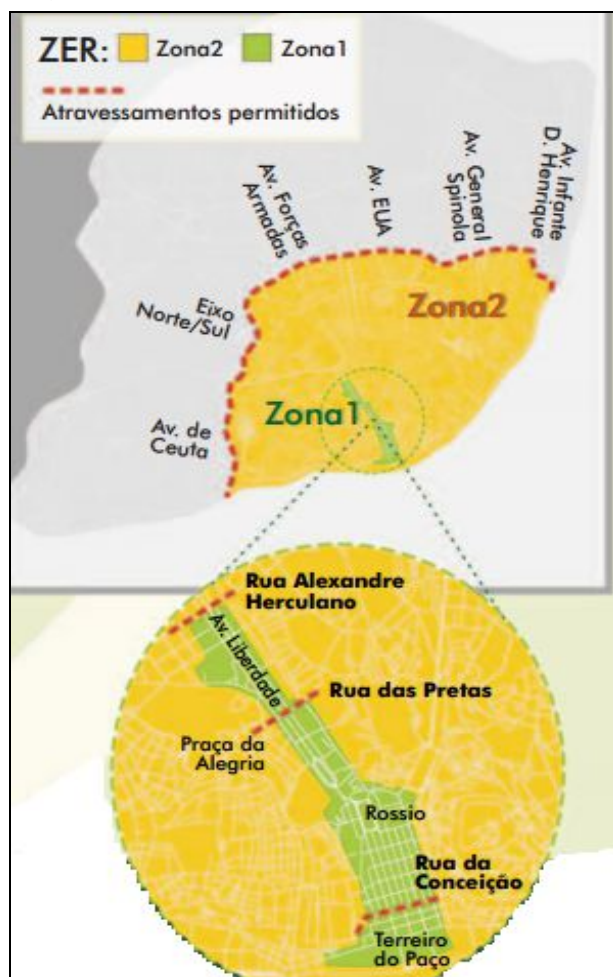
A criação de uma Zona de Emissões Reduzidas na Cidade de Lisboa (ZER), através de restrições à circulação automóvel, foi implementada em três fases.

Na primeira fase, restringiu-se a circulação de veículos construídos antes de Julho de 1992 (que não respeitem as normas de emissão EURO I) no eixo da Av. da Liberdade (a sul do cruzamento com a R. Alexandre Herculano) e a Baixa – definida como Zona 1.

Na segunda fase, em vigor desde 1 de Abril de 2012⁹⁸, foi definido o alargamento da área afectada à ZER (zona 1 e zona 2) bem como o aumento da exigência ambiental e a redução das excepções.

⁹⁸ Publicado no Boletim Municipal n.º 941, 3.º Suplemento, de 1 de Março

Delimitação das Zonas de Emissões Reduzidas na cidade de Lisboa



Fonte: CML

Na 3.ª fase, em vigor desde 15 de Janeiro de 2015, o grau de exigência aumentou em termos ambientais, passando a ZER de Lisboa a ter as seguintes regras:

- Zona 1** (Eixo Av. Liberdade/Baixa) – apenas circulam veículos posteriores a 2000, ou seja, que respeitem as normas de emissão EURO 3 (em geral, veículos ligeiros fabricados depois de Janeiro de 2000 e pesados depois de Outubro de 2000);
- Zona 2** (limitada a sul da Avenida de Ceuta | Eixo Norte-Sul | Avenida das Forças Armadas | Avenida EUA | Avenida Marechal António Spínola | Avenida Infante Dom Henrique) – apenas circulam veículos posteriores a 1996, ou seja, que respeitem as normas de emissão EURO 2 (em geral, veículos ligeiros fabricados depois de janeiro de 1996 e pesados depois de outubro de 1996).

Estas restrições são apenas aos dias de semana entre as 7 e as 21 horas, e não são aplicáveis aos residentes das respectivas áreas.

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

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

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

O aumento da utilização do Transporte Individual no acesso à cidade de Lisboa leva à deterioração da qualidade de ar exterior.

VII.5.2.2 - Ar Interior

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

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

Num estudo desenvolvido em 2011 e ainda a decorrer⁹⁹, 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 CO₂ 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 CO₂ 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, que devem ser divulgadas e incentivadas.

A maioria da população vive, trabalha e descansa em ambientes construídos, passando cerca de 80-90% das suas vidas dentro de edifícios.

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

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

VII.5.3 - 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.

O ruído é um dos principais factores de risco ambiental medidos em DALY, *disability-adjusted life years*, medida do impacte global da doença, expresso nos anos de vida perdidos devido a doença, incapacidade ou morte prematura, no âmbito da saúde ambiental¹⁰⁰.

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 nocturna são bastante afectadas, bem como as áreas no enfiamento das pistas do aeroporto e as zonas com maior tráfego de automóveis, em especial de veículos pesados, designadamente a ponte 25 de Abril.

O ruído afecta 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 afectar a saúde mental se forem de intensidade mais baixa.

⁹⁹ ENVIRH Environment and Health in Children Day Care Centers – Estudo da qualidade do ar interior em creches e infantários - <http://envirh.fcm.unl.pt/>

¹⁰⁰ Technical Report N. 11/2010 – Good practice guide on noise exposure and potential health effects da European Environment Agency

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).

O Centro de Investigação e Estudos da Amplifon, empresa multinacional especialista na área dos sistemas auditivos¹⁰¹, concluiu que “nas pessoas com uma perda auditiva leve, moderada e grave multiplica-se 2,3 e 5 vezes, respectivamente, a probabilidade de desenvolver demência [...]”. Ainda não há relações estabelecidas pelos investigadores, entre os dois transtornos, mas é apontado que o aumento da carga de trabalho mental e o maior isolamento social relacionado com a perda auditiva podem ter como efeito o aumento dos níveis de demência.

A perda de audição afecta todas as idades. Os jovens estão cada vez mais expostos a altos decibéis, devido ao uso excessivo de leitores de música e exposição a sons elevados e superiores ao máximo recomendado, contudo os idosos são ainda os mais visados.

A perda de audição aumenta consideravelmente com a idade, mais de 40% das pessoas, entre os 60 e os 69 anos, sofrem de uma perda significativa da audição e esse valor aumenta até quase 90% nas pessoas com mais de 80 anos, contribuindo para o seu isolamento e doenças mentais.

VII.5.3.1 - O Mapa de Ruído

O Mapa de Ruído é um meio de diagnóstico, que, através de uma representação gráfica da distribuição espacial dos níveis de ruído ambiente exterior, revela em pormenor as emissões sonoras, as diferentes fontes e as áreas expostas.

O Mapa de Ruído da cidade de Lisboa representa os níveis de ruído de acordo com os indicadores estabelecidos pela legislação nacional: o indicador *Ln* que representa o ruído médio durante o período nocturno (das 23h00 as 7h00) e o *Lden* que representa uma média ponderada das 24 horas do dia, sendo cada classe de ruído expressa em dB(A)¹⁰² e representada por uma escala cromática.

O DL 9/2007, de 17 de Janeiro, aprova o Regulamento Geral do Ruído e determina que as zonas sensíveis ou mistas, com ocupação, expostas a ruído ambiente exterior que ultrapasse os limites legais, devem ser objecto de planos municipais de redução de ruído, cuja elaboração é da responsabilidade das câmaras municipais e “devem ser executados num prazo máximo de dois anos”.

O Plano Director Municipal adopta o desenvolvimento de uma estratégia para o ruído na cidade de Lisboa com os seguintes objectivos:

- Promover a qualidade de vida dos habitantes da cidade de Lisboa diminuindo o incómodo e os problemas de saúde associados ao ruído;
- Construir, actualizar e utilizar os instrumentos de mapeamento estratégico de ruído como instrumentos de definição de prioridades na intervenção em redução de ruído;
- Reduzir o número de população exposta a níveis de ruído acima do regulamentado;
- Identificar zonas tranquilas promovendo estratégias de intervenção dirigidas à sua manutenção e extensão;
- Definir e implementar planos de acção para a redução de ruído que possuam mecanismos de revisão e actualização tal como instrumentos de avaliação do seu cumprimento;
- Articular e definir a política com as entidades gestoras do tráfego rodoviário, ferroviário e aéreo.

¹⁰¹ www.amplifon.pt

¹⁰² Medida do ruído relativa a um som padrão especificado e que corresponde a 0.

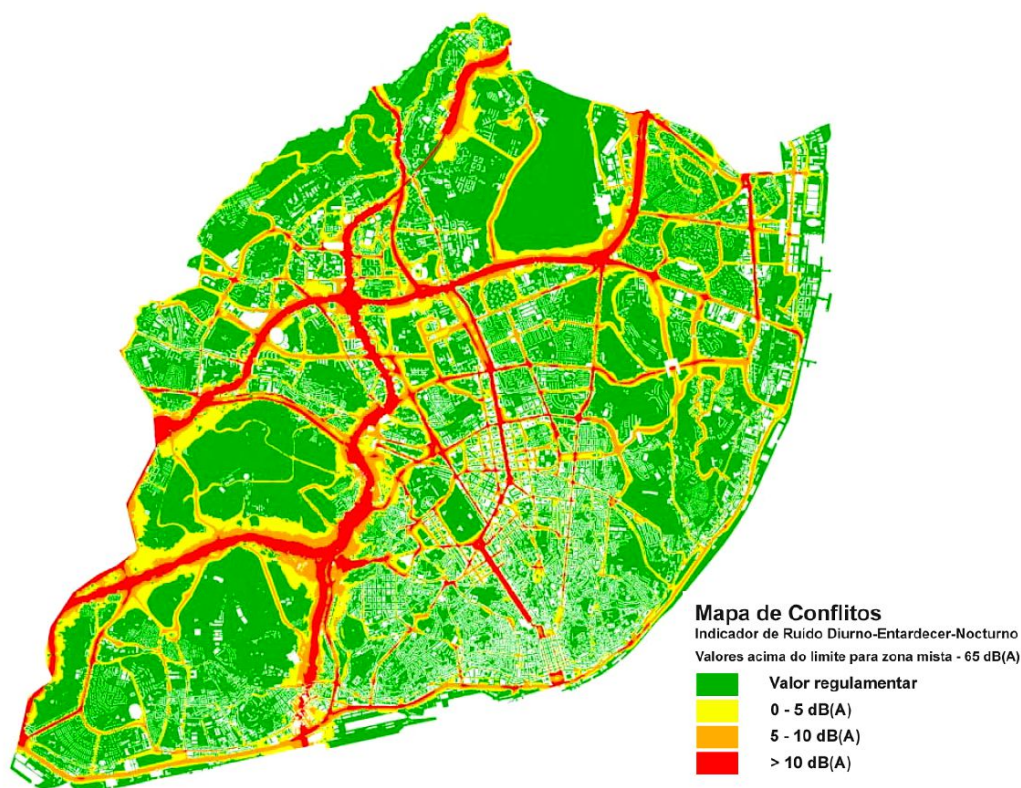
Neste sentido, o Município elaborou um Plano de Acção do Ruído com o objectivo de melhorar a qualidade de vida dos que vivem e trabalham em Lisboa, representando cerca de 33 mil pessoas, uma vez que estão expostos a níveis de ruído acima do máximo permitido pela respectiva lei.

VII.5.3.2 - O Plano de Acção do Ruído

Apesar do custo total das acções previstas no PAR ser de cerca de 9M€, importa referir que estas apenas contribuirão para uma redução de aproximadamente 5,5 mil pessoas de um total de 33 mil pessoas expostas a níveis de ruído acima do limite legal. Deste modo, nas zonas onde não se consigam obter ganhos significativos, maior ênfase deverá ser dado às medidas de actuação complementar.

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

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



Estes resultados permitem concluir que as soluções de alteração de pavimento e o controlo da velocidade de circulação demonstram resultados favoráveis em relação à exposição da população ao ruído ambiente.

De facto, apesar de não resolver a totalidade dos conflitos identificados, estas duas medidas representam melhorias significativas no ambiente sonoro das zonas identificadas, resultando em ganhos de saúde para a população residente na envolvente.

Após a fase de Consulta Pública, foram ainda definidas as seguintes intervenções:

- Implantação de uma barreira acústica na 2ª circular viaduto junto ao Fonte Nova
- Orientações para zonas de diversão nocturna (em Regulamento Municipal de Ruído)
- Acções de sensibilização para veículos de emergência
- Acções de sensibilização em parceria com a Quercus e outras associações.
- Delimitação de 12 zonas tranquilas

O Plano de Acção do Ruído¹⁰³ tem três fases de concretização, em módulos de cinco anos cada, que correspondem às prioridades de intervenção definidas com base em dois indicadores: o rácio custo-benefício das medidas pensadas para cada uma das zonas e o impacto dessas medidas relativamente à redução do número de pessoas expostas ao ruído.

**Redução do número de residentes expostos a >65dB(A)
por Zonas Prioritárias de Intervenção (29 zonas)**

1ª fase	1º	Alcântara	913
	2º	Estrada de Benfica	478
	3º	Rua Maria Pia	116
	4º	Rua Sampaio Bruno	88
	5º	Avenida de Ceuta	544
	6º	Avenida Gago Coutinho/Avenida Almirante Reis	317
	7º	Campo Grande	226
	8º	Calçada de Carriche / Avenida Padre Cruz	213
	9º	Avenida Infante Santo	201
	10º	Avenida Estados Unidos da América	194
	11º	Avenidas Novas	174
	12º	Avenida de Roma	147
	13º	Radial de Benfica	134
	14º	Estrada da Luz	121
	15º	Rua Morais Soares	95
	16º	Avenida António Augusto de Aguiar	79
	17º	Avenida Nações Unidas	71
	18º	Rua de Campolide	64
	19º	Avenida Alfredo Bensaúde	56
	20º	Rua de S. Bento / Avenida D. Carlos I	55
	21º	Avenida Fontes Pereira de Melo	40
	22º	Avenida João XXI	17
	23º	Rua da Venezuela	11
	24º	Rua da Escola Politécnica	8
2ª fase	25º	2ª Circular	709
3ª fase	26º	Avenida da Liberdade e envolvente Poente	193
	27º	Baixa Pombalina	174
	28º	Avenida das Forças Armadas	63
	29º	Avenida Lusíada	4

A **primeira fase** prevê intervenções, entre a racionalização e ordenamento da circulação e estacionamento, redução da velocidade máxima de circulação para 30km/hora (Zonas 30) nas vias secundárias e regularização e beneficiação dos pavimentos das vias rodoviárias, em 24 zonas. Prevê-se que na primeira fase as intervenções resultem numa redução de cerca de 79% da população que está exposta a níveis de ruído superiores ao permitido por lei, naquelas áreas.

A **segunda fase** consiste na alteração de pavimento de desgaste e colocação de barreiras acústicas na Segunda Circular. Pretende-se com esta medida reduzir em 13% a população que está exposta a níveis de ruído superiores ao máximo legal.

A **terceira fase** consistirá na implementação de medidas minimizadoras do ruído em 4 zonas. Desta fase, resultará uma redução em 8% da população que está exposta a ruído excessivo.

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

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

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

¹⁰³ O 24º Plano de Acção do Ruído foi concluído em 2013 e esteve em período de discussão pública de 12 de Dezembro de 2013 a 28 de Janeiro de 2014.

VII.5.4 - Higiene Urbana

Entre os diversos problemas ambientais, o da produção de resíduos urbanos é um dos que mais significativos impactos têm na saúde pública e no ambiente, pois não só contribui indirectamente para a transmissão de doenças provocadas por agentes que encontram nos resíduos as condições adequadas à sua proliferação, como contaminam o ar, o solo e as águas superficiais e subterrâneas.

O termo Resíduos Urbanos (RU) aplica-se ao vulgarmente designado “lixo urbano” e abrange não só os resíduos domésticos, como os resíduos provenientes da actividade comercial e dos serviços.

Cada português produziu 487 quilos de lixo em 2011, mais de um quilo por dia, totalizando quase cinco milhões de toneladas, em que mais de metade foi para aterro (Agência Portuguesa do Ambiente, 2012).

Até 1988, Lisboa entregava os resíduos recolhidos na cidade na Estação de Tratamento de Resíduos Sólidos (ETRS) da Câmara Municipal de Lisboa, localizada em Beirolas. Posteriormente, todos os resíduos recolhidos, com excepção dos resíduos orgânicos, metais ferrosos e não ferrosos foram depositados no Aterro Sanitário de Beirolas.

De 1988 a 1997, os resíduos indiferenciados continuaram a ser entregues na ETRS, mas os resíduos que não eram aproveitados passaram a ser depositados no Aterro Sanitário do Vale do Forno, onde eram simultaneamente depositados os RU de Lisboa e Amadora. Em 1998, após este aterro ter sido selado, os resíduos passaram a ser encaminhados para a Valorsul¹⁰⁴, a empresa actualmente responsável pelo tratamento e valorização das cerca de 950 mil toneladas de resíduos urbanos produzidos, por ano, em 19 Municípios da Grande Lisboa e da Região Oeste¹⁰⁵, sendo os resíduos indiferenciados depositado no Aterro Sanitário do Mato da Cruz.

Contudo, no ano de 2000, com a entrada em funcionamento da Central de Tratamento de Resíduos Sólidos Urbanos (incineradora) de São João da Talha, a maioria dos resíduos indiferenciados passou a ser encaminhados para valorização energética e apenas um grupo muito restrito de resíduos continuou a ser depositado no Aterro Sanitário de Mato da Cruz.

É de salientar que a maioria dos resíduos produzidos nos 19 municípios da área de intervenção da Valorsul são provenientes da recolha indiferenciada, cujo destino é a Central de Tratamento de Resíduos Sólidos, com valorização energética (incineradora). Salienta-se ainda que, existem apenas duas incineradoras em Portugal Continental (Valorsul em São João da Talha e Lipor¹⁰⁶ na Maia), pelo que a maior parte dos resíduos provenientes da recolha indiferenciada, ao nível nacional, é depositada em aterros sanitários. (Direcção Municipal de Ambiente Urbano da Câmara Municipal de Lisboa)

A área de intervenção da Valorsul corresponde a menos de 4% da área total do país, mas valoriza mais de um quinto (20%) de todo o lixo doméstico produzido em Portugal.

O Sistema de Gestão de Resíduos Urbanos (SGRU) engloba, no todo em parte, as seguintes componentes técnicas:

- produção;
- remoção (inclui Deposição Indiferenciada e Selectiva, Recolha Indiferenciada e Selectiva, Transporte de Resíduos Urbanos);
- armazenagem;
- transferência;
- valorização e recuperação;
- tratamento;
- eliminação.

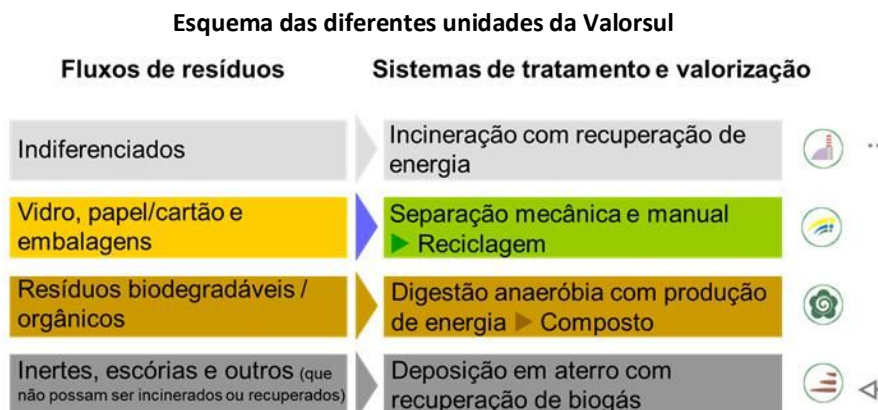
¹⁰⁴ VALORSUL, *Valorização e Tratamento de Resíduos Sólidos das Regiões de Lisboa e do Oeste, S.A.*

¹⁰⁵ *Alcobaça, Alenquer, Amadora, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lisboa, Loures, Lourinhã, Nazaré, Óbidos, Odivelas, Peniche, Rio Maior, Sobral de Monte Agraço, Torres Vedras e Vila Franca de Xira.*

¹⁰⁶ LIPOR – *Serviço Intermunicipalizado de Gestão de Resíduos do Grande Porto – é a entidade responsável pela gestão, valorização e tratamento dos Resíduos Urbanos produzidos por oito municípios da Região do Porto: Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Porto, Póvoa de Varzim, Valongo e Vila do Conde.*

A CML efectua diariamente a remoção de resíduos indiferenciados e recicláveis em toda a cidade, que são posteriormente entregues nas diversas instalações da Valorsul.

As diferentes unidades de tratamento e destino final da Valorsul são as apresentadas na figura seguinte:



Os resíduos biodegradáveis (orgânicos) resultantes dos sectores da restauração, hotelaria, mercados e cantinas são passíveis de ser valorizados, pelo que são conduzidos à Estação de Tratamento e Valorização Orgânica da Valorsul para, após tratamento por digestão anaeróbica, gerar energia eléctrica e produzir um composto orgânico, a utilizar na agricultura.

Recolha Selectiva

No âmbito da promoção da política dos 3R – Reduzir, Reutilizar e Reciclar – o município de Lisboa iniciou a recolha selectiva de vidro em 1987 e a de papel em 1993. A recolha de embalagens de cartão para alimentos líquidos (ECAL), de metais, plásticos e pilhas, só foi iniciada mais tarde em 1997.

No sistema de Recolha Selectiva, o munícipe coopera no processo através deposição e separação dos resíduos produzidos, para o que lhe são disponibilizados contentores próprios para o efeito.

No conjunto de contentores colocados na via pública para recolha de vidro, papel e embalagens, que se denomina “ecoponto”, é nalguns casos incluído ainda um recipiente para pilhas (pilhão).

Desde 2003, que a Câmara Municipal de Lisboa tem vindo a retirar ecopontos da via pública, com excepção dos vidrões e pilhões, substituindo-os pelo sistema de recolha selectiva de resíduos porta a porta (embalagens e papel).

Para além de restringir e personalizar o acesso dos munícipes aos contentores colocados em cada edifício, a fim de diminuir as deposições indevidas de resíduos, esta substituição visa também:

- contribuir para o aumento da participação dos cidadãos no esforço da reciclagem, de modo a serem alcançadas as metas de reciclagem impostas pela União Europeia (nas áreas onde já existe recolha selectiva porta a porta, consegue-se separar e valorizar uma maior quantidade de resíduos recicláveis);
- oferecer uma maior facilidade e comodidade aos munícipes por aproximar os locais de deposição de resíduos dos cidadãos;
- uniformizar o sistema de recolha;
- reduzir o impacte visual negativo provocado pelos ecopontos e da ocupação do espaço público.

A recolha selectiva porta a porta baseia-se num esquema de recolha alternada de materiais recicláveis (embalagens e papel) e dos resíduos indiferenciados, em dias distintos.

As tipologias do edificado, a morfologia urbana e as características funcionais de cada área da cidade (moradias, habitações de alto porte, zonas históricas, edifícios com ou sem condições para guardar contentores, concentração e tipo de actividades económicas - restauração, comércio e serviços) também influenciam os dias, os horários e o tipo de equipamento de deposição utilizado (contentores, sacos ou fardos de papel).

Existem ainda recolhas pontuais de resíduos, mediante agendamento, como sejam os resíduos verdes provenientes de hortas e jardins, resíduos de construção e demolição (RCD) até 1m³, e objectos volumosos fora de uso apelidados de “monstros” (mobiliário, electrodomésticos, etc.).

Resíduos Hospitalares

Os resíduos hospitalares¹⁰⁷ são todos os subprodutos que resultam da acção humana especializada na prestação de cuidados de saúde, como sejam as “(...) actividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em actividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outras que envolvam procedimentos invasivos, tais como acupunctura, piercings e tatuagens”¹⁰⁸.

Segundo a OMS, da totalidade da produção de resíduos numa unidade de saúde, apenas 20% são considerados perigosos, enquanto os restantes 80% se traduzem em lixo comum (tipo urbano).

Pelo elevado risco biológico, os resíduos hospitalares, por norma, são processados numa forma rigorosa e eficiente. Contudo, na presença de uma falha, de origem humana ou tecnológica, os resíduos constituem-se como um potencial tóxico e contaminante da flora e da fauna; da água, do solo e do ar; promotor do crescimento e propagação de vectores de doença, entre outros.

A contaminação do ambiente por parte dos resíduos hospitalares provém, concretamente, de agentes tóxicos, microbiológicos, teratogénicos e/ou mutagénicos, drenados a partir dos fluxos de escoamento, lixiviação de terrenos ou em meios aquáticos.

Como um exemplo a referir temos os citostáticos que são produtos de natureza mutagénica cuja exposição/contacto pode ser letal para alguns organismos. A descarga destes resíduos no ambiente pode constituir um grave desastre ecológico.

Importa assim não esquecer o papel fundamental que o impacto desta categoria de resíduos pode ter no ambiente. Assim, é fundamental que exista um papel interventivo das autarquias para o cumprimento estrito da legislação por parte dos intervenientes no processo de produção, recolha, tratamento e destino final deste tipo de resíduos.

Limpeza Urbana

Com a reorganização administrativa da cidade de Lisboa algumas das competências do Município foram transferidas para as Juntas de Freguesia, como é o caso da limpeza urbana que inclui além da varredura e lavagem manual de ruas, com recurso a equipamentos mecânicos de pequena capacidade, a limpeza urbana integral dos espaços expectantes com uma área inferior a 5 000 m² e dos taludes com uma inclinação inferior a 25%, a deservagem e aplicação de herbicida em arruamentos e a limpeza de sarjetas e sumidouros.

A Câmara Municipal de Lisboa mantém as competências de remoção de RU, varredura e lavagem mecânica de eixos estruturantes, lavagem de equipamentos para deposição RU até 1100 litros e ecopontos, remoção de grafitis e ainda desmatação de terrenos superiores a 5.000 m² e com inclinação superior a 25 %.

¹⁰⁷ Regulados pelo Decreto-Lei nº 178/2006, de 5 de Setembro

¹⁰⁸ Tavares, Madeira, Barreiros, Ramo, Pacheco & Noronha, 2007, p. 1

Em Lisboa são realizadas acções diárias, previamente agendadas, de controlo da população de ratos e baratas, na rede de esgotos e à superfície, e o controlo sazonal de outras pragas e espécies nocivas na via e espaços públicos. Podem ainda ser efectuadas, no espaço público ou no património municipal, intervenções pontuais a pedido dos serviços ou dos munícipes.

Nos casos, onde se verificam situações de insalubridade são também efectuadas intervenções em fogos, a pedido das Autoridades de Saúde, das Juntas de Freguesia ou de outras organizações da comunidade ou por determinação do tribunal.

A limpeza das sarjetas e sumidouros é uma operação fundamental na limpeza urbana para prevenir situações extremas de entupimento da rede de colectores e que impossibilitam o escoamento das águas pluviais e o seu encaminhamento para os colectores. Por isso, estas operações efectuam-se periodicamente de acordo com um plano anual e com o grau de vulnerabilidade ou risco de inundação da área em presença.

A lavagem de ruas é considerada uma operação importante na remoção dos resíduos sólidos, possibilitando eliminar poeiras e detritos, sendo efectuada periodicamente e sempre que se justifique.

As operações de remoção de ervas permite o controle da vegetação infestante no espaço público.

As papeleiras, situadas na via pública, servem para a deposição dos pequenos resíduos produzidos pelos transeuntes. O seu despejo e limpeza do local é da responsabilidade da Junta de Freguesia, enquanto à autarquia cabe a lavagem “de fundo”, a substituição, a reparação e a colocação de novas papeleiras caso seja necessário.

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

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

VII.5.5 - Animais em Meio Urbano

Existem alguns problemas identificados relacionados com os animais que habitam a cidade de Lisboa – animais de companhia (cães e gatos), pragas (ratos, pulgas, carraças e baratas), pombos, cavalos... podendo nalguns casos causar impacto na saúde pública.

Segundo a legislação em vigor, é da competência das Câmaras Municipais o controle das populações de animais errantes, para proteger a saúde pública e o meio ambiente, e a resolução das situações que permitem a subsistência de animais em lugares públicos.

Gatos e cães

A lei determina que em cada fogo não podem ser acolhidos mais do que 4 gatos ou 3 cães e 1 gato. A presença de numerosos gatos vadios que invadem algumas zonas da cidade causa incómodos e insalubridade. Quando os munícipes solicitam, o município procede à captura dos animais, evitando desta forma o excesso de gatos vadios nas ruas.

A CML tem um projecto que visa criar “colónias” de gatos vadios para que as pessoas os possam alimentar, denominado Programa “CER” – Captura, esterilização e recolocação”.

Basta a captura destes animais e reduz-se provisoriamente a população de gatos num determinado local. Contudo, esta medida aumenta as probabilidades de sobrevivência dos restantes gatos e estimula a migração para outras zonas, designadas por “zonas limpas”.

O programa consiste na captura dos animais, no despiste das principais doenças e, caso sejam saudáveis, na esterilização e na libertação de novo no local, em número adequado ao espaço e características do local.

É de realçar que um casal de gatos pode ter duas ou mais ninhadas por ano, podendo vir a gerar, ao fim de 7 anos, exponencialmente, cerca de 420 000 animais. Daí a importância de serem adoptadas medidas eficazes de controlo deste problema.

Os gatos, por outro lado, ajudam a combater a praga de ratos na cidade de Lisboa.

O Município reestruturou o antigo canil/gatil de Lisboa, denominando-o de Casa dos Animais de Lisboa. A Casa dos Animais de Lisboa conjuntamente com o seu grupo de trabalho, recentemente criado, assegura o cadastro da população animal da cidade, designadamente cães e gatos, garantindo o seu controlo. Relativamente a doenças transmissíveis por animais, como é o caso da profilaxia da raiva, o Município desenvolve acções como: a captura, a remoção, a apanha, o tratamento e a detenção, a redução do abandono e o estímulo à adopção responsável.

Em caso de insalubridade causada por animais, o Município conjuntamente com a autoridade de saúde garantem a realização de vistorias, assegurando os procedimentos necessários à restituição das condições de salubridade e bem-estar animal.

Os donos são responsáveis pela remoção dos dejetos dos seus animais, devendo para isso utilizar um saco de plástico. A deposição dos dejectos de animais, acondicionados de forma hermética, para evitar qualquer insalubridade, deve ser efectuada nos equipamentos de deposição existentes na via pública, segundo o Regulamento de Resíduos Sólidos da Cidade de Lisboa (Art.º 25º, n.º 1 e n.º5).

Pombos

O pombo doméstico, *Columba livia*, é uma ave originária da Europa e comum em quase todas as cidades. Considerados como um símbolo da paz, são vistos como parte do embelezamento dos espaços e jardins públicos e alimentados por milhares de pessoas, que não sabem do perigo que representam para a saúde pública.

Principalmente as fezes desta ave podem conter fungos e outros micro-organismos causadores de doenças graves, como a criptococose e toxoplasmose.

A criptococose é uma micose que atinge com mais frequência os pulmões e o sistema nervoso central, causa infecção no pulmão, rins, próstata, ossos ou fígado, demonstrando poucos sintomas localizados. Na pele podem aparecer lesões. A forma de contaminação dá-se pela inalação dos fungos contidos nas fezes, não havendo contágio humano. Se não for tratada pode levar à morte. Cães, gatos e outros animais também podem adquirir a doença.

A Toxoplasmose é causada por um protozoário e passada por animais domésticos, especialmente pombos e gatos. Pode causar cegueira em adultos e as mulheres grávidas com a doença desenvolvem problemas no feto: catarata, cegueira, deficiência da inteligência. A doença é detectada através de exames ao sangue.

Os pombos são ainda repositórios de parasitas externos como a “pulga das penas”, a “carraça do pombo”, o “piolho vermelho”, o “ácaro da sarna” e o “ácaro do pó”, causadores de dermatites e alergias.

Principalmente o pessoal de limpeza que procede à remoção das fezes dos pombos deve ser instruído para molhar as fezes com água e cloro antes da limpeza e usar máscara além das habituais luvas de borracha e outras formas de protecção do corpo e do vestuário.

O controlo do número de pombos é portanto essencial, para que seja garantido o equilíbrio ecológico, não devendo o número de aves ser superior a um quinto da população residente.

Ainda que a maioria da população desconheça o perigo que os pombos representam, acaba por considerá-los inoportunos e incomodativos, quando em grande número são a origem da sujidade provocada pelas fezes que conspurca os espaços públicos e privados e ataca a pintura dos automóveis.

O aumento do número de pombos e as consequentes queixas dos moradores levaram a Câmara Municipal de Lisboa a preparar um programa capaz de controlar a população columbófila na cidade.

Não só a situação punha em risco a saúde pública e provocava a destruição do património edificado, dos monumentos e dos pavimentos, como existia a necessidade de identificar os agentes patogénicos nas aves.

Assim, foi criado o Programa de Controlo da População de Pombos, um programa integrado, que compreende a utilização de um contraceptivo oral que não esteriliza as aves, mas reduz a sua capacidade reprodutiva, possibilitando o controlo da sua população sem ter de recorrer à introdução de predadores, processo utilizado em várias cidades. O programa é faseado, com distribuição de milho com contraceptivo oral, durante 180 dias por ano, dividido em dois momentos de 90 dias, correspondentes às épocas de postura.

Este tipo de intervenção é tanto mais importante quanto o hábito de dar milho aos pombos é também uma forma de combate à solidão.

Cavalos

Têm sido identificados cavalos em várias zonas da cidade, nomeadamente na Ameixoeira, Alto do Chapeleiro, Olaias e Ajuda, com problemáticas associadas diferentes: abandono, deficientes condições de alojamento e falta de vigilância.

De acordo com a legislação existente, o município actua na verificação das situações e na sua resolução quando geradoras de insalubridade ou sofrimento animal.

Dos animais que habitam a cidade, os pombos são os que representam maior risco para a saúde pública, pelos seus os agentes patogénicos, não tendo a maioria das pessoas consciência do perigo que estes animais podem representar.

Um único casal de gatos pode gerar cerca de 420 000 crias em 7 anos, pelo que as comunidades de gatos vadios têm de ser controladas.

Os dejectos caninos são também um foco de transmissão de doenças, sendo as crianças o grupo mais vulnerável.

VII.5.6 - Alergias

Segundo a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, constata-se uma tendência para o aumento da população urbana com sintomas de doença alérgica, devendo-se as alergias a factores como a poluição atmosférica, as poeiras, os ácaros do pó da casa, certos alimentos, etc.

O problema das alergias é recorrente, pelo que o município tem sensibilizado os munícipes e esclarecido questões relacionadas com as doenças alérgicas e as suas causas, desmistificando as questões relacionadas com pólenes de espécies arbóreas.

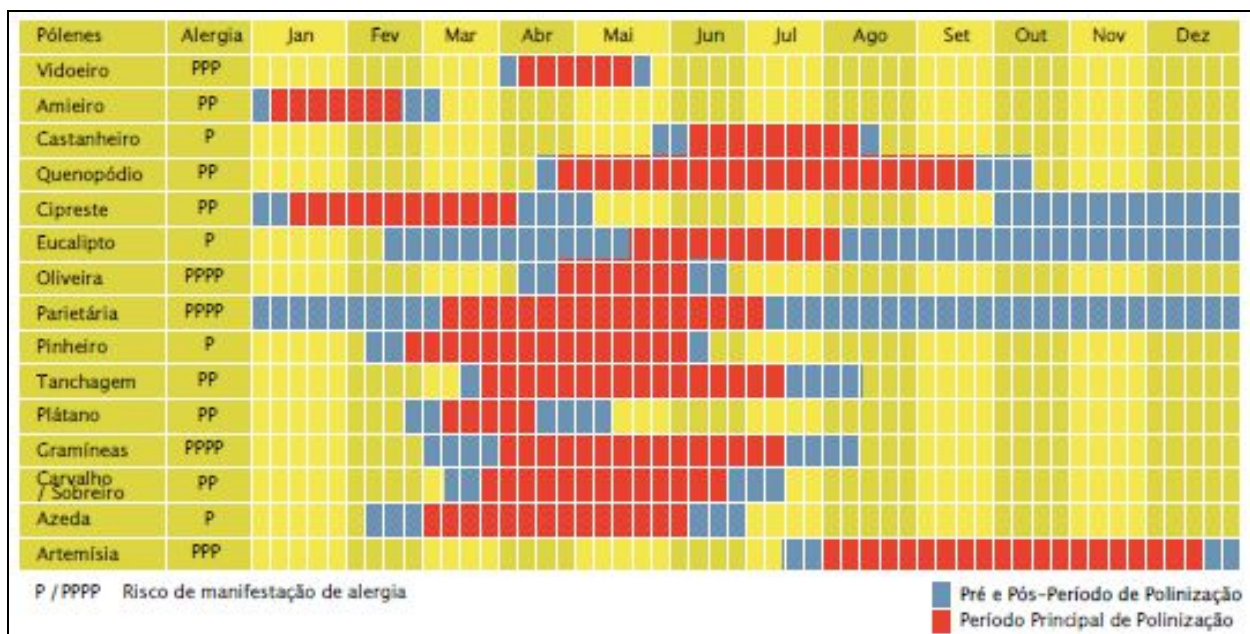
Os pólenes são os alergénicos mais importantes do ambiente exterior. Os períodos de chuva reduzem muito o número e a concentração de pólenes no ar ambiente, enquanto o vento, a temperatura elevada e o tempo seco constituem as condições que se associam a maior intensidade de sintomas.

São vários os tipos polínicos que existem no ar que respiramos. Para a maior parte das pessoas estes pólenes não constituem qualquer tipo de agressão. No entanto, para os que por um desvio imunológico se tornaram alérgicos, isto é, têm uma resposta exagerada, esses pólenes podem constituir um factor desencadeante ou agravante de sintomas nasais, oculares e brônquicos.

As principais plantas alergizantes pertencem essencialmente a três grupos:

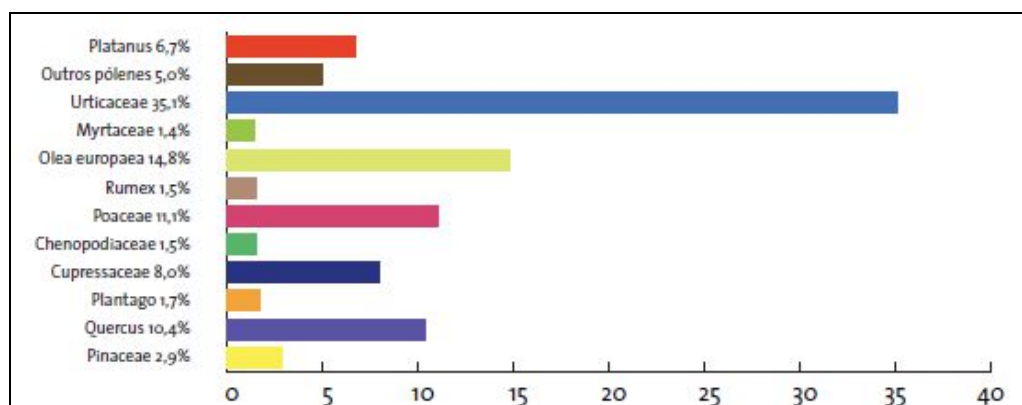
1. As **árvores**, cuja polinização se dá no Inverno e na primeira metade da Primavera. Em Lisboa, o pólen de Oliveira é sem dúvida o pólen mais importante na indução de sintomas alérgicos, representando o terceiro pólen mais importante no que se refere ao desencadear de doença alérgica. Pode haver também alergias a pólenes de outras árvores, como o Pinheiro, Plátano, Bétula, Cipreste, Castanheiro, Faia ou Acácia; no entanto estas alergias ocorrem geralmente associadas a alergias a outros pólenes mais potentes e é muito raro justificar-se qualquer vacinação específica contra os pólenes destas árvores.
2. As **ervas gramíneas** (fenos), são constituídas por variadas espécies, selvagens e cultivadas. Estão distribuídas por todo o território, em áreas rurais e urbanas. A polinização ocorre, usualmente, nos meses de Março a Julho. Estes pólenes são a principal causa de alergias da Primavera em todo o país e também em Lisboa, onde apesar de não serem o pólen mais abundante são, sem qualquer dúvida, o pólen mais alergizante.
3. As **ervas daninhas/arbustos** cuja polinização começa na Primavera, estende-se por todo o Verão, e termina no início do Outono. Neste grupo, o pólen mais importante é o da Parietária, também designada por Alfavaca-de-cobra que, em Lisboa, representa a segunda causa de alergia a pólenes. Existem pólenes de outras ervas daninhas como Artemísia, Plantago (Tanchagem), Quenopódio (Pé-de-ganso), mas normalmente são menos relevantes do que a Parietária, no que diz respeito à alergia humana.

O calendário polínico da região de Lisboa regista a presença de pólenes no ar atmosférico praticamente de Fevereiro a Novembro¹⁰⁹



¹⁰⁹ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

O gráfico seguinte refere-se à distribuição percentual dos diferentes tipos polínicos na cidade de Lisboa, nos anos 2002-2006.



O pólen mais abundante é o das urticáceas (*Urticaceae*). As gramíneas (*Poaceae*) apesar de menos frequentes na atmosfera são pólenes muito mais agressivos para os doentes alérgicos.

Há uma elevada percentagem de pólen de Oliveira (*Olea europaea*) no ar de Lisboa, responsável pelo número importante de doentes alérgicos a este pólen.

No entanto, árvores como os ciprestes (*Cupressaceae*), carvalhos (*Quercus*), plátanos (*Platanus*) ou pinheiros (*Pinaceae*), apesar de serem responsáveis por uma disseminação atmosférica relevante de pólenes, particularmente nos meses de Março e Abril, a sua relevância em termos clínicos alergológicos é muito menor.

Antes de se atribuir, de um modo precipitado, a causalidade de eventuais sintomas a esta ou àquela espécie vegetal, é necessário uma avaliação médica alergológica que permita identificar se há ou não alergia a pólenes e a que pólenes, para se poder planear o esquema preventivo e/ou terapêutico mais adequado.

Num estudo efectuado na região de Lisboa com doentes com rinite alérgica comprovou-se que a causa principal de alergia são os ácaros do pó doméstico, logo seguidos do pólen de gramíneas.

O pólen de árvores raramente é causa isolada de alergia e, quando isto sucede, trata-se normalmente de alergia ao pólen de Oliveira.

VII.5.7 – Alterações Climáticas

Ondas de Calor

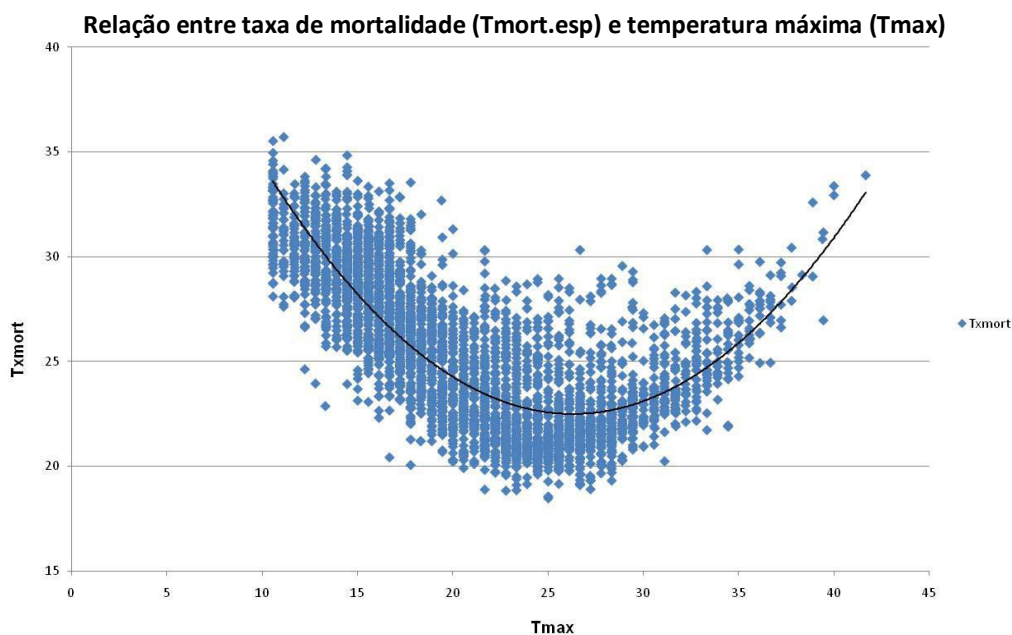
O estudo da associação entre temperatura e mortalidade revela que em cada região os valores mínimos de mortalidade ocorrem num determinado intervalo de temperatura – uma “faixa” de temperatura óptima – acima e abaixo do qual aumenta o número de óbitos.

Não obstante os impactes das vagas de calor serem actualmente muito mais divulgados e estudados, deve sublinhar-se que o peso da mortalidade associada ao frio é ainda maior, inclusive em países onde o Inverno é considerado ameno, como Portugal.¹¹⁰

Considerando os períodos de temperaturas elevadas e de contaminação do ar, no caso de Lisboa está demonstrado que há um incremento no risco de mortalidade¹¹¹.

¹¹⁰ Temperaturas extremas e mortalidade: modelação espacial da vulnerabilidade das populações na Área Metropolitana de Lisboa (AML)
Helena Nogueira, Paulo Manuel Simões Canário e Henrique José Nunes

Num estudo elaborado pela Universidade de Lisboa¹¹², baseado na análise estatística dos óbitos diários e de variáveis climáticas, entre os anos 1998 e 2008, concluiu-se que há uma relação estatisticamente significativa entre a mortalidade diária e a temperatura máxima e mínima diária graficamente em forma de U.



Segundo o referido estudo “Verificou-se que a mortalidade se encontra inversamente relacionada com temperaturas máximas inferiores ao limiar situado entre os 27 e os 30°C e directamente relacionada com temperaturas superiores a este. Acima deste valor e até aos 34°C a taxa de mortalidade diária aumenta 0.3% por cada incremento de 10°C. Acima dos 34°C o incremento na mortalidade, por cada 10°C, passa a ter um valor médio de 0.75% até aos 40°C e de 1.5% para valores de temperatura máxima superiores a 41°C. Para temperaturas máximas inferiores ao limiar referido há um aumento de mortalidade de cerca de 0.3% por cada diminuição de 10°C até aos 22°C. Abaixo deste valor o incremento na mortalidade é crescente até um valor médio de 1.5% para temperaturas iguais ou inferiores a 17°C.”¹¹³

Num outro estudo denominado “*Interactive short-term effects of equivalent temperature and air pollution on human mortality in Berlin and Lisbon*”, realizado entre 1998 e 2008, verificou-se que a taxa bruta de mortalidade anual atribuída a parâmetros atmosféricos como a temperatura e o ozono, foi de 9,71 por 1000 habitantes.

Não existe porém uma estatística sobre a quantidade de pessoas que morrem anualmente por causa das ondas de calor em Lisboa, embora se possa verificar que existe uma tendência global de aquecimento, que certamente irá influenciar as ondas de calor na frequência e duração, e portanto, irá conduzir a um aumento da mortalidade devido ao calor.¹¹⁴

¹¹¹ ALCOFORADO, et al. “*Interactive short-term effects of equivalent temperature and air pollution on human mortality and Lisbon*. Humboldt Universidad zu Berlin, Geography Department - Climatological Section- Berlin- Germany, Universidade de Lisboa - Centro de Estudos Geográficos- Lisboa- Portugal, Institute of Epidemiology II, Hellmoltz Zentrum München - German Research Center for Environmental Health (GmbH) - Neuherberg/ Oberschleißheim - Germany. Elsevier, 2013

¹¹² CANÁRIO, Paulo, et al. *Modelação estatística da relação entre mortalidade e condições atmosféricas na Área Metropolitana de Lisboa*. Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa. II Workshop Internacional sobre Clima e Recursos Naturais nos Países de Língua Portuguesa, Bragança, Portugal, 15 - 19 Novembro, 2010.

¹¹³ *Ibidem*

¹¹⁴ CANÁRIO, Paulo, *Methodology for assess thermal extremes mortality risk in urban areas*. Finisterra, Research Group of Climate and Environmental Changes ClIMA - Centro de Estudos Geográficos- Universidade de Lisboa. 2010.

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

As temperaturas altas aumentam os níveis de ozono e poluentes atmosféricos, desencadeando crises de asma, doenças respiratórias e situações de desidratação principalmente nos idosos. As ondas de calor agravam a carência em água, com consequências para a produção agrícola, originando por sua vez situações de malnutrição e aumento de doenças infecciosas, principalmente nas crianças.¹¹⁵

Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras encontra-se a preparar um Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas, com periodicidade sazonal de 15 de Maio a 30 de Setembro, a implementar pela primeira vez em 2015.

Nesta fase, com a ajuda dos parceiros (Hospital de referência, Câmaras Municipais de Lisboa e Oeiras, Comissões Municipais de Protecção Civil de Lisboa e Oeiras, o Instituto de Segurança Social, as IPSS, etc.) está a ser identificada população mais vulnerável, como sejam:

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

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

Entre os tipos de abrigo, estão a ser inventariados os abrigos:

- temporários de livre acesso (igrejas, Centros Comerciais e outros espaços climatizados...)
- temporários com Apoio Social (Centros de Dia...)
- permanentes com apoio de saúde e social (alerta vermelho)

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

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

Com a execução do Plano será efectuada uma Monitorização, baseada no número:

- registo de óbitos ocorridos
- registo do número de evacuações para centros hospitalares
- registo de entradas/saídas nos abrigos
- registo dos pedidos de apoio

¹¹⁵ ARSLTV, *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Alterações climáticas e saúde humana. Grupo de Trabalho Regional "Saúde e Alterações Climáticas". Departamento de Saúde Pública. Lisboa, 2012.*

O papel do planeamento urbano

Em Lisboa, bem como noutras cidades, o planeamento urbano pode mitigar os efeitos adversos do clima, adaptando a cidade e minimizando os impactos, ao aproveitar os aspectos positivos, nomeadamente da morfologia urbana, da topografia ou da exposição solar.

Através da criação de espaços verdes, da escolha de materiais de construção adequados segundo as suas características físicas como o albedo¹¹⁶ e a condutibilidade térmica, através da manutenção dos corredores de ventilação, com a orientação N-S no caso de Lisboa¹¹⁷, se pode mitigar a ilha de calor¹¹⁸.

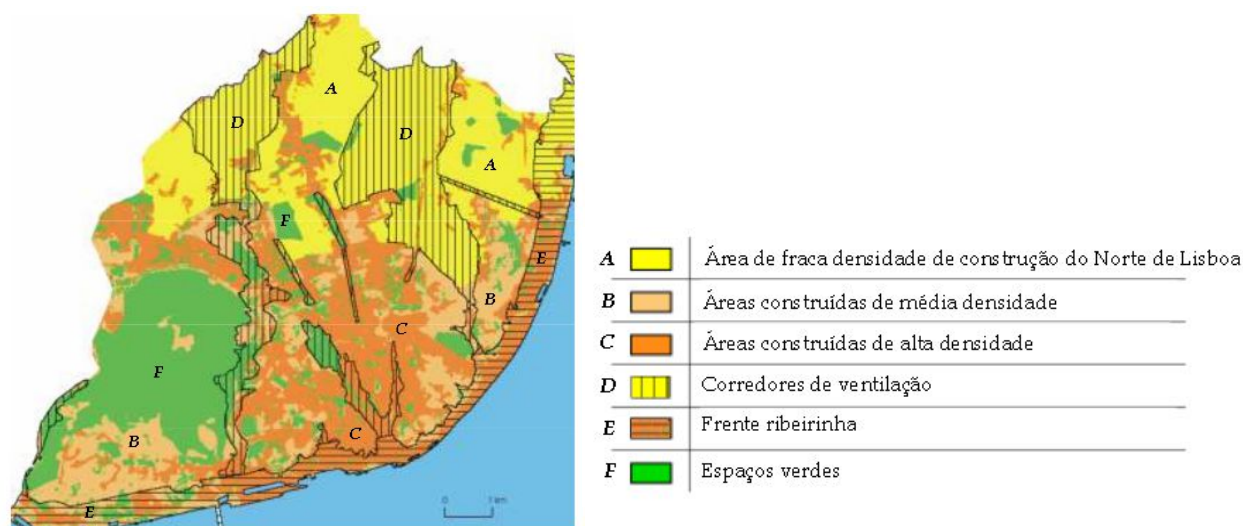
Por exemplo, o revestimento de coberturas com material impermeabilizante de cor escura contribui para a absorção da radiação e o sobreaquecimento do interior das habitações e da ilha de calor da superfície.

O vento desempenha um papel fundamental no ambiente climático das cidades, promovendo o necessário arejamento; particularmente as brisas do mar ou do estuário, que transportam ar fresco e húmido do oceano e/ou do estuário do Tejo, contribuem para um arrefecimento significativo da cidade, actuando positivamente no conforto térmico e saúde dos cidadãos.⁷³

No estudo intitulado “Orientações climáticas para o ordenamento de Lisboa”⁷³, elaborado no âmbito dos Estudos de Caracterização de suporte à elaboração do PDM em vigor, foram delimitadas as áreas de morfologia urbana e posição topográfica semelhantes, para as quais foram definidas orientações urbanísticas, no sentido de promover condições de ventilação adequadas e mitigar a ilha de calor urbano para o favorecimento da qualidade do ar, do conforto bioclimático e da saúde.

Estas orientações foram incorporadas nos objectivos, recomendações e normas regulamentares do PDM, nomeadamente na definição da Estrutura Ecológica e nos conteúdos programáticos das Unidades Operativas de Planeamento e Gestão (UOPG) da Coroa Norte (UOPG 1) e Oriente (UOPG 2).

Delimitação das áreas para as quais estão definidas orientações climáticas para o ordenamento urbano



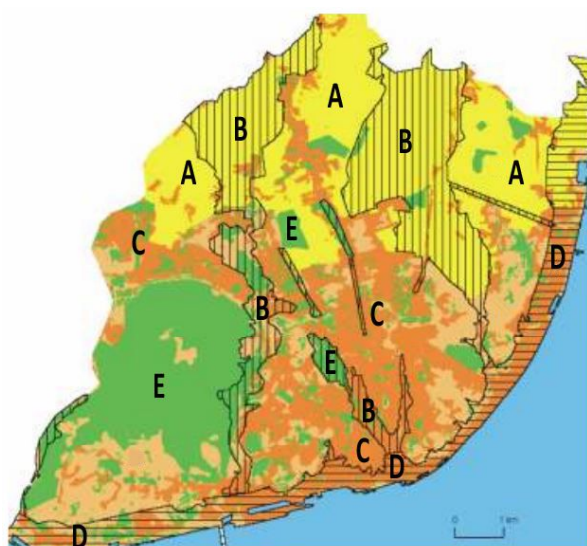
Fonte: Orientações climáticas para o Ordenamento em Lisboa Relatório 4. - 2005, Maria João Alcoforado et al.

¹¹⁶ Relação entre a quantidade de luz reflectida de forma difusa por uma superfície não luminosa e a quantidade de luz incidente.

¹¹⁷ ALCOFORADO, Maria João, et al. Orientações climáticas para o Ordenamento em Lisboa Relatório 4. Centro de Estudos Geográficos - Área de Investigação Geo- Ecológica- Universidade de Lisboa. Lisboa, 2005.

¹¹⁸ Ilha de calor ou ilha de calor urbano (ICU,) máxima diferença de temperatura verificada no mesmo momento entre as áreas de ocupação urbana e a sua periferia não ocupada, representada através de curvas isotérmicas.

Orientações climáticas para o ordenamento de Lisboa



- A Ordenar o crescimento urbano no Norte da cidade
- B Manter corredores de ventilação
- C Evitar o aumento da densidade no Sul da cidade
- D Permitir a circulação das brisas para o interior do tecido urbano
- E Maximizar a área verde

Fonte: CANÁRIO, Paulo / Orientações climáticas para o Ordenamento em Lisboa Relatório 4, 2005, Maria João Alcoforado et al.

O risco de mortalidade aumenta durante o período de temperaturas elevadas e contaminação do ar. O vento desempenha um papel fundamental no ambiente climático das cidades, promovendo o necessário arejamento, contribuindo para um arrefecimento significativo, actuando positivamente no conforto térmico e saúde dos habitantes.

Em Lisboa estão identificados grandes corredores de ventilação, de orientação geral Norte/Sul (d direcção coincidente com os ventos dominantes na cidade), que não devem ser ocupados com edificações compactas ou manchas de vegetação densa, de modo a não comprometer a circulação dos ventos dominantes, importantes não só na mitigação da ICU como na remoção de poluentes e na qualidade do ar.

As Orientações Climáticas para o Ordenamento em Lisboa foram incorporadas no PDM.

VII.6 – Desporto e actividade física

Desde o final da década de 70, aquando da aprovação da *Carta Europeia do Desporto para Todos*¹¹⁹ e da *Carta Internacional da Educação Física e do Desporto*¹²⁰, têm sido emanadas pelas organizações intergovernamentais várias recomendações dirigidas aos governos e autoridades locais para o incremento de medidas e de ações que conduzam a um maior envolvimento das populações em actividades físicas e desportivas regulares.

A Constituição da República Portuguesa, aprovada em 2 de Abril de 1976, precede a aprovação destas Cartas, e determina o Direito ao Desporto no âmbito dos *Direitos e deveres sociais e culturais*, nomeadamente, nos artigos 70º, *Juventude*, e 79º, *Cultura Física e Desporto*¹²¹.

¹¹⁹ Conselho da Europa. Resolução (74) 41 relativa aos princípios para uma política de Desporto para Todos, adoptada pelo Comité de Ministros, em 24 de Setembro de 1976.

¹²⁰ Carta Internacional da Educação Física e do Desporto, adoptada na 20ª Conferência Geral da UNESCO, em 21 de Novembro de 1978.

¹²¹ Constituição da República Portuguesa, Artigo 70.º, Juventude «1. Os jovens gozam de protecção especial para efectivação dos seus direitos económicos, sociais e culturais, nomeadamente: [...] d) Na educação física e no desporto»; Artigo 79.º Cultura física e desporto, «1. Todos têm direito à cultura física e ao desporto. 2. Incumbe ao Estado, em colaboração com as escolas e as associações e colectividades desportivas, promover, estimular, orientar e apoiar a prática e a difusão da cultura física e do desporto, bem como prevenir a violência no desporto».

Em 2003, a Assembleia Geral das Nações Unidas adoptou uma Resolução¹²² convidando os governos a considerar o «desporto como um meio de promoção da educação, da saúde, do desenvolvimento e da paz», declarando 2005 como o *Ano Internacional do Desporto e da Educação Física*, em associação aos *Objectivos de Desenvolvimento do Milénio* (ODM).

O desporto permite atingir um vasto conjunto de objectivos de desenvolvimento:

- (1) o desenvolvimento humano, melhorando a saúde pública e o bem-estar, fomentando actividades educativas e de lazer;
- (2) o desenvolvimento social, promovendo a estabilidade, o respeito e a inclusão social;
- (3) o desenvolvimento económico, estimulando o investimento e o emprego;
- (4) o desenvolvimento político, promovendo a paz e o respeito pelas regras democráticas.

Este ano, no dia 6 de Abril, foi celebrado pela primeira vez em todo o mundo o Dia Internacional do Desporto pelo Desenvolvimento e pela Paz, para assinalar a contribuição do desporto e da actividade física na educação, no desenvolvimento humano, na adopção de estilos de vida saudável e na edificação de um mundo pacífico.

O desporto cobre uma diversidade de actividades físicas, actividades recreativas e actividades competitivas, tal como está definido na Carta Europeia do Desporto: «Entende-se por “desporto” todas as formas de actividades físicas que, através de uma participação organizada ou não, têm por objectivo a expressão ou o melhoramento da condição física e psíquica, o desenvolvimento das relações sociais ou a obtenção de resultados na competição a todos os níveis»¹²³.

O conceito de *Desporto para Todos*¹²⁴ consubstancia-se na possibilidade de praticar desporto e deve assegurar, de igual forma:

- (i) a todos os jovens a possibilidade de beneficiar de programas de educação física para desenvolver as suas aptidões desportivas de base;
- (ii) a cada um a possibilidade de praticar desporto e de participar em actividades físicas e recreativas num ambiente seguro e saudável, e em cooperação com os organismos desportivos apropriados;
- (iii) a quem manifestar tal desejo e possuir as competências necessárias, a possibilidade de melhorar o seu nível de rendimento e de realizar o seu potencial de desenvolvimento pessoal e/ou de alcançar níveis de excelência publicamente reconhecidos.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou a *Estratégia Global sobre Dieta, Actividade Física e Saúde*¹²⁵ onde se descrevem as acções necessárias para o aumento da actividade física em termos mundiais, nos diversos níveis de governo, incluindo os governos de âmbito local.

Em 2013, foi aprovado o *Plano Global para a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis 2013-2020*¹²⁶ estabelecendo como meta voluntária para cada país, até 2025, a redução de 10% na prevalência da taxa de actividade física insuficiente, apresentando linhas orientadoras para os Estados-membros e para diversas agências das Nações Unidas, com particular relevância para a cooperação entre a OMS e a UNESCO, no desenvolvimento de orientações políticas na área da Educação Física, visando melhorar as condições e a qualidade da Educação Física em contexto educativo, desde o nível pré-escolar até ao final do ensino secundário.

A Rede Europeia para a Promoção da Actividade Física¹²⁷ (HEPA) foi criada, em 2005, com a finalidade de intensificar as acções para incremento da actividade física e melhoria das condições favoráveis aos estilos de vida saudável. A HEPA tem vindo a trabalhar em estreita relação com a OMS/Europa e a União Europeia.

No âmbito da União Europeia (UE), o Livro Branco do Desporto¹²⁸ teve como principal objectivo contribuir para o debate acerca da importância do desporto e desenvolver condições para a integração do desporto na política global da UE. Foram identificadas acções prioritárias nos âmbitos

¹²² Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 58/5 UN, 2003.

¹²³ Conselho da Europa (1992). Carta Europeia do Desporto, alínea a) do n.º1 do Artigo 2.º.

¹²⁴ Conselho da Europa (1992). Carta Europeia do Desporto, n.º1 do Artigo 1.º.

¹²⁵ World Health Assembly. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2004.

¹²⁶ World Health Assembly. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020, 2013.

¹²⁷ European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity – HEPA.

¹²⁸ Comissão Europeia, 2007.

da função social, da dimensão económica e da organização do desporto, e enfatizadas as orientações da UE para a Actividade Física.

A recente Recomendação¹²⁹ do Conselho da UE sobre políticas de promoção da actividade física refere as taxas «inaceitavelmente elevadas» de inactividade física, a «ausência de impactos significativos na sua redução», e realça o «potencial da Educação Física na escola» e «do desporto para a promoção da actividade física».

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde¹³⁰, a prevalência da inactividade física da população portuguesa foi estimada em 53,9% (50% nos homens; 57,5% nas mulheres), referindo que no nosso país, a actividade física é abordada numa série de documentos políticos e na legislação nacional das áreas da saúde, do desporto, da educação, do planeamento urbano e dos transportes mas não existe uma política nacional específica, nem estratégia nacional de comunicação relativa a esta área. A redução das horas semanais da disciplina de Educação Física, de 3 para 1, foi considerada bastante desfavorável face aos objectivos HEPA¹³¹.

É elevada a percentagem de jovens portugueses, entre os 13 e os 15 anos, que não atinge os níveis recomendados de actividade física - mínimo de 60 minutos diários de actividade intensa/moderada, entre os 5 e os 17 anos, estimada pela OMS¹³² em mais de 80% para os rapazes e de 90% para as raparigas.

De acordo com os dados publicados pelo Eurobarómetro Desporto e Actividade Física¹³³, Portugal é um dos países da UE com maior taxa¹³⁴ de inactividade física (64%), superado apenas pela Bulgária (78%) e por Malta (75%). Em relação a 2009, as percentagens daqueles que têm uma prática desportiva¹³⁵ ou exercício físico, com uma frequência «regular»¹³⁶ (8%), com «alguma regularidade» (20%) ou «ocasional» (8%) diminuíram entre 1 e 4%, e aumentou 9% a percentagem daqueles que «nunca» o fazem. É também o país onde é maior a percentagem da população que não se envolve em actividades físicas ou desportivas «vigorosas»¹³⁷ (76%) ou «moderadas»¹³⁸ (69%). A «falta de tempo» (33%), a «falta de interesse/motivação» (26%) e os «custos elevados» (19%) constituem as principais razões apontadas pela população portuguesa para justificar a fraca participação em actividades físicas e desportivas.

Estes indicadores confirmam os resultados do estudo realizado, entre 2006 e 2009, pelo Observatório Nacional da Actividade Física e do Desporto¹³⁹ que abrangeu a avaliação de 6.299 portugueses de 10 ou mais anos de idade com funcionamento físico independente, de ambos os sexos, residentes nos 18 distritos das 5 regiões de Portugal Continental (NUTS II). Em termos nacionais e com diferenças ligeiras entre regiões, os principais resultados demonstram que a actividade sedentária é superior a 60% em todos os grupos etários:

- nos jovens (66,7% em raparigas, 63,4% em rapazes)
- nos adultos (64,6% em mulheres, 68,7% em homens)
- nos idosos (71,6% em mulheres, 73,6% em homens)

¹²⁹ União Europeia. *Recomendação do Conselho, de 26 de novembro de 2013, relativa à promoção trans-sectorial das actividades físicas benéficas para a saúde (2013/C 354/01)*.

¹³⁰ World Health Organization. *Noncommunicable diseases country profiles, 2011*.

¹³¹ World Health Organization. *National approaches to the promotion of health-enhancing physical activity (HEPA): experiences and lessons learned from national appraisals, 2013*.

¹³² World Health Organization. *Global school-based student health survey (GSHS), 2011*.

¹³³ European Commission, Directorate-General for Education and Culture, *Special Eurobarometer/412. Sport and physical activity. REPORT, Março 2014*.

¹³⁴ A média da UE, com 28 países, é de 42%.

¹³⁵ «Qual é a frequência da sua prática desportiva ou exercício físico? Exercício físico são diversas actividades físicas que se podem praticar num contexto desportivo ou numa infraestrutura desportiva, como nadar, treinar num ginásio fitness, num clube, correr num parque, etc.».

¹³⁶ «Regular» = quase todos os dias; «com alguma regularidade» = algumas vezes por semana; «ocasional» = ocasionalmente

¹³⁷ «... esforços físicos intensos, tais como carregar pesos pesados, cavar/jardinar, exercício aeróbico ou andar de bicicleta em ritmo intenso?»

¹³⁸ «...esforços físicos moderados, tais como carregar pesos ligeiros, andar de bicicleta em ritmo moderado ou jogar ténis a pares? Por favor, não inclua andar.»

¹³⁹ Instituto do Desporto de Portugal. *Livro Verde da Actividade Física, 2011*.

As taxas das actividades realizadas com intensidade moderada e vigorosa são inferiores a 6,1 % em todos os grupos etários:

- nos jovens (4,1% em raparigas, 6,0% em rapazes),
- nos adultos (5,1% em mulheres, 5,5% em homens)
- nos idosos (2,7% em mulheres, 3,6% em homens)

Quando são considerados blocos de 10 minutos de actividade contínua com intensidade pelo menos moderada, nenhum grupo populacional consegue alcançar a quantidade de actividade física recomendada.

Uma particular preocupação incide sobre os níveis de inactividade física nos jovens entre os 12 e 17 anos, nomeadamente nas raparigas, porque actividade física insuficiente tende a persistir durante a idade adulta. Por isso, os jovens e os idosos, em particular as raparigas/mulheres, constituem os principais grupos-alvo das estratégias de prevenção que têm por objectivo o aumento de actividade física para a saúde, uma vez que somente cerca de 10% das raparigas e 28% das mulheres idosas são consideradas suficientemente activas.

E se a ausência de actividade física significativa constitui um grave problema de saúde pública, no caso das pessoas com deficiência¹⁴⁰ o risco de problemas de saúde é ainda maior, devido à diminuição das oportunidades para aceder a actividades físicas e desportivas¹⁴¹ com periodicidade regular e enquadramento técnico de qualidade e especializado.

Um estudo recente sobre o perfil de risco cardiovascular dos estudantes (n=854) do ensino secundário¹⁴², entre os 15 e os 18 anos, realizado em escolas públicas (42%) e privadas (58%) de quatro concelhos do distrito de Lisboa, evidencia que a actividade física é insuficiente para cerca de 81% dos estudantes. Indagados sobre o tempo semanal dedicado a actividades físicas extracurriculares com intensidade vigorosa, 29% dos estudantes responderam «nunca», 53% «entre 30 minutos e 4 horas», e só 19% «4 ou mais horas por semana», correspondendo a 30 % de rapazes e apenas 10% de raparigas.

Segundo a OMS, o desporto «tem um papel determinante para atingir as metas e os níveis de actividade física recomendados para as populações da Europa»¹⁴³ embora tenda a ser subaproveitada a capacidade do sector desportivo de influenciar os níveis de actividade física. A OMS recomenda ainda que seja proporcionado apoio às autoridades locais e ao associativismo desportivo «para a promoção e organização do desporto».

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

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

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

VII.6.1 - Orientações da União Europeia sobre a actividade física para a saúde

A apreensão sobre os níveis de prevalência da inactividade física na União Europeia conduziu ao estabelecimento de orientações e prioridades dirigidas, em primeiro lugar, aos responsáveis pela elaboração de políticas dos Estados-membros, a todos os níveis - europeu, nacional, regional e local - e aos sectores público e privado.

¹⁴⁰ World Health Organization. *World report on disability*, 2011.

¹⁴¹ Rimmer J, Schiller W, Chen M-D. (2012), *Effects of disability-associated low energy expenditure deconditioning syndrome*, *Exercise & Sport Sciences Reviews*, **40**: 22–29.

¹⁴² Rocha T, et al., 2014. *Cardiovascular risk profile of high school students: A cross-sectional study*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, **33**: 525-534.

¹⁴³ World Health Organization/Europe. *Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action*, 2011.

As 41 orientações procuram operacionalizar as recomendações da OMS sobre a actividade física para a saúde, e respectivas estratégias de abordagem trans-sectorial através de acções concretas em 6 áreas de actuação:

- Desporto (recomendações 6 a 13);
- Saúde (14-20); Educação (21-24);
- Transporte, Ambiente, Planeamento Urbano e Segurança Pública (25-32);
- Ambiente nos locais de trabalho (33-34);
- Serviços dirigidos a seniores (35-37).

No capítulo da área de política - Desporto - considera-se indispensável destacar:

«Uma vida fisicamente activa ao longo do tempo exige a existência de uma rede nacional de instalações desportivas a preços acessíveis e de fácil acesso, com acompanhamento para os principiantes. As infra-estruturas desportivas devem estar facilmente acessíveis a todas as camadas da população, o que pressupõe o financiamento público da construção, renovação, modernização e manutenção de equipamentos desportivos, bem como a utilização de instalações desportivas a custos reduzidos ou de forma gratuita. (...) Os programas de «Desporto para todos» devem ter por objectivo incentivar a participação de todos os cidadãos em acções de actividade física e desportiva, promovendo a ideia de que o alvo é toda a população e de que o desporto é um direito humano, independentemente da idade, raça, etnia, classe social ou sexo. (...) Por conseguinte, as políticas desportivas devem ambicionar o aumento do número de cidadãos que participam em actividades físicas e desportivas. Para este efeito, devem ser identificados os recursos necessários e os principais intervenientes, ao mesmo tempo que tem de ser dada uma resposta para ultrapassar as barreiras sociais e ambientais à participação em actividades desportivas, com principal destaque para os grupos sociais desfavorecidos»¹⁴⁴.

Concretamente, no âmbito de intervenção da administração local são sugeridas diversas medidas:

- “- Proceder ao levantamento de todas as instalações desportivas e de lazer e à sua ampliação, quando necessário, eventualmente em conjunto com as organizações desportivas;
- Garantir que os residentes das áreas urbanas e rurais têm acesso a instalações desportivas em zonas de acesso fácil a partir de casa (infra-estruturas e transportes públicos);
- Garantir a todos os cidadãos o acesso livre a instalações desportivas, tendo em conta a igualdade entre homens e mulheres e a igualdade de oportunidades para todos;
- Incentivar a participação em actividades desportivas e de convívio na comunidade local através de campanhas locais destinadas a aumentar os níveis de actividade física da população, designadamente eventos desportivos específicos e várias alternativas para além do desporto de competição;
- Organizar eventos e actividades atractivas para toda a comunidade a fim de desenvolver hábitos de actividade física regular;
- Apoiar as organizações desportivas locais no desenvolvimento e execução de projectos destinados à promoção de actividade física e à participação em actividades desportivas junto de grupos sedentários da população;
- Desenvolver parcerias com universidades e especialistas do sector da saúde com o objectivo de criar gabinetes de apoio, aconselhamento e recomendação da actividade física a fim de promover a actividade física e a participação em actividades desportivas junto de grupos sedentários da população».¹⁴⁵

Para que as orientações da UE sobre a actividade física para a saúde possam ser implantadas com eficácia nas diversas áreas de actuação, é ainda necessário considerar a monitorização e a avaliação do processo, e dos seus resultados (recomendação 38), assim como a consciencialização e a divulgação pública (recomendações 39-41).

¹⁴⁴ União Europeia. Orientações da UE para a promoção da actividade física. Acções recomendadas para apoiar a actividade física benéfica para a saúde. Aprovadas pelo Grupo de Trabalho da UE «Desporto & Saúde» na reunião de 25 de Setembro de 2008. Confirmadas pelos Ministros do Desporto dos Estados-Membros da UE na reunião realizada em Biarritz em 27-28 Novembro de 2008.

¹⁴⁵ Idem

A eficácia da implantação das orientações da UE sobre a actividade física para a saúde é medida pela redução da prevalência da inactividade física em, pelo menos, um ponto percentual por ano no futuro próximo.

Níveis recomendados de actividade física para a saúde.

A União Europeia retoma os documentos orientadores da Organização Mundial da Saúde sobre os níveis mínimos de actividade física para a saúde (Recomendação 1): « (...) **um mínimo de 60 minutos diários de actividade física, de intensidade moderada, para crianças e jovens, e um mínimo de 30 minutos diários de actividade física moderada para adultos, incluindo idosos**».

As recomendações sobre os níveis mínimos de actividade física para a saúde são baseadas em relatórios publicados por diversas entidades internacionais e nacionais, ancorados numa revisão extensa de dados científicos, confirmando a mensagem de que a actividade física constitui um factor essencial de qualquer estratégia de prevenção das doenças não transmissíveis e de aumento dos níveis de saúde pública da população.

A principal ideia das recomendações é que a actividade física regular ao longo de meses e anos pode produzir benefícios de saúde a longo prazo, desde que realizada semanalmente.

Os níveis recomendados de actividade física para a saúde, publicados pelo Instituto do Desporto de Portugal¹⁴⁶, em 2011, são aqui reproduzidos:

Crianças e adolescentes, dos 6 aos 17 anos.

Devem acumular diariamente 60 minutos de actividade física de intensidade pelo menos moderada, dos quais 20 a 30 minutos devem ser de actividade vigorosa, como correr, subir e descer, saltar, complementada com jogos, actividades ou exercícios que solicitem o sistema músculo-esquelético para melhoria da força muscular, da flexibilidade e da resistência óssea ao nível do tronco e dos membros superiores e inferiores, 2 a 3 vezes por semana.

As propostas ou programas devem, assim, incluir jogos, actividades ou exercícios que solicitem o sistema cardiovascular (movimentos de locomoção, como por exemplo, nadar, pedalar, fugir, apanhar, procurar), que melhorem a força e a flexibilidade (como por exemplo, subir, trepar, elevar, puxar, flectir, alongar ou esticar) e que tenham impacto no esqueleto (como por exemplo, saltar e correr).

Adultos, dos 18 aos 64 anos.

Ser suficientemente activo na idade adulta significa acumular pelo menos 150 minutos por semana de actividade física de intensidade moderada (30 minutos por dia, 5 dias por semana), ou 60-75 minutos por semana de actividade aeróbia de intensidade vigorosa (20 a 25 minutos por dia, 3 dias por semana), ou alguma combinação equivalente de actividade aeróbia moderada e vigorosa.

A actividade pode ser fraccionada em períodos de, pelo menos, 10 minutos e realizada preferencialmente ao longo da semana. Podem ser obtidos benefícios adicionais com aumentos da actividade física aeróbia moderada para 300 minutos por semana (60 minutos por dia, 5 dias por semana), ou vigorosa para 120-150 minutos por semana (40 a 50 minutos por dia, 3 dias por semana), ou uma combinação equivalente de actividades de intensidade moderada e vigorosa.

As práticas com uma quantidade superior proporcionam benefícios de saúde ainda maiores.

Os adultos devem ainda praticar exercícios de força de intensidade moderada a elevada que envolvam grandes grupos musculares, 2 a 3 vezes por semana.

As recomendações para as pessoas adultas também se aplicam aos adultos mais idosos (≥ 65 anos),

¹⁴⁶ Instituto do Desporto de Portugal. Livro Verde da Actividade Física, 2011, pp: 15-16.

ou seja, a acumulação de pelo menos 150 minutos por semana de actividade física de intensidade moderada (30 minutos por dia, 5 dias por semana).

Na impossibilidade de concretização deste objectivo, sugere-se que os adultos idosos sejam o mais possível fisicamente activos, dentro das suas limitações. Esta recomendação é igualmente aplicável a adultos mais jovens que apresentem problemas clínicos crónicos.

Todos os adultos (18-64 anos) devem evitar a inactividade, uma vez que alguma actividade física é melhor do que nenhuma.

Adultos idosos, 65 ou mais anos.

Os adultos idosos deverão determinar a intensidade de esforço em função da sua aptidão física. Numa escala de 10 pontos, em que o esforço mínimo é 0 e o máximo é 10, consideram-se de intensidade moderada os esforços percebidos entre 5 e 6; abaixo de 5 são considerados leves, e acima de 6, vigorosos.

Nas pessoas idosas, independentemente do estado de saúde, a actividade física de intensidade vigorosa representa, todavia, um risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares adversos, para além de risco de quedas. Por isso, sem aconselhamento médico, estas pessoas não devem ultrapassar o nível de intensidade moderada. Em virtude do aumento do risco de queda neste grupo da população (1 em cada 3 adultos idosos cai pelo menos uma vez por ano), são igualmente contempladas recomendações para a prevenção de quedas que se aplicam só aos adultos idosos, ou a pessoas mais jovens com problemas de equilíbrio.

VII.6.2 – Apoio da CML ao desenvolvimento da actividade física e desportiva na cidade

Nos últimos anos, a Câmara Municipal de Lisboa tem desenvolvido um conjunto de acções e programas na área do desporto visando dar resposta aos objectivos de alargamento da actividade física e da prática desportiva. As medidas incluem, entre outras, a descentralização de competências nas Juntas de Freguesia, a implementação de programas próprios dirigidos a crianças e jovens, o desenvolvimento de actividades nas instalações desportivas municipais, o apoio e a promoção do associativismo desportivo, o investimento na requalificação dos equipamentos desportivos e na melhoria dos espaços públicos e espaços verdes, para aumentar a qualidade e acessibilidade da rede de instalações e equipamentos de desporto de proximidade.

De forma sucinta, são referenciados os indicadores de impacto dos programas da CML, entre 2009 e 2014, no âmbito da promoção e desenvolvimento de actividade desportiva.

Delegação de Competências da CML para as Juntas de Freguesia

Considerando que as Juntas de Freguesia, pela sua proximidade aos cidadãos, dispõem de uma capacidade de actuação local privilegiada, no âmbito do Protocolo de Delegação de Competências para as Juntas de Freguesia, entre 2009 e 2013, a CML transferiu um montante global de cerca de 8,5 milhões de euros para a promoção da actividade desportiva, e para a gestão e conservação de instalações desportivas municipais (IDM), incluindo diversos aditamentos destinados a custear obras de beneficiação e requalificação destas instalações.

Delegação de Competências nas Juntas de Freguesia		2009	2010	2011	2012	2013
Actividade desportiva		705.169	989.027	989.027	996.834	991.934
	Montantes área (€)					
Gestão IDM		887.345	645.360	645.360	729.070	919.699
	Montantes globais (€)	1.592.514	1.634.387	1.634.387	1.725.904	1.911.633

Programa de apoio à natação curricular do 1º ciclo do ensino básico

Iniciado em 2008, o Programa de Apoio à Natação Curricular no 1º Ciclo do Ensino Básico é dirigido aos alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico de todas as escolas públicas da cidade de Lisboa. O programa, de frequência integralmente gratuita, proporciona as condições necessárias para a adaptação ao meio aquático e a aprendizagem da natação, competências fundamentais no processo formativo das crianças que estão definidas no programa curricular oficial da Expressão e Educação Físico Motora.

Em cada ano lectivo e durante 6 semanas, cada aluno frequenta um ciclo de 12 aulas, em 2 sessões semanais com a duração de 45 minutos. As aulas são realizadas no horário lectivo sob a responsabilidade dos professores titulares da turma, coadjuvados por 2 professores de Educação Física especializados em natação, e decorrem nas 10 piscinas municipais e em 4 piscinas de entidades privadas.

Os alunos são avaliados regularmente, através de uma bateria de testes para aferir a aquisição dos objectivos de aprendizagem definidos no Programa Nacional de Expressão Físico-Motora. No decorrer de cada ano de escolaridade, os resultados da evolução das aprendizagens, e respectivos níveis, são registados na Caderneta Individual. O ciclo de escolaridade de 4 anos culmina com a Festa de Finalistas dirigida aos alunos que completam as suas aprendizagens.

No âmbito do programa é ainda promovido um programa de supervisão pedagógico e formação, destinado aos técnicos de natação e professores titulares, de forma a promover a aproximação dos diferentes agentes de ensino envolvidos e melhorar o processo de ensino-aprendizagem.

No ano lectivo 2012/2013, o programa foi alargado às crianças com necessidades educativas especiais integradas nas Unidades de Apoio Especializado (UAE), através de apoio individual especializado para dar resposta às suas necessidades educativas.

No último ano lectivo (2013/14), estavam envolvidas 82 escolas de 28 agrupamentos e 550 turmas, abrangendo um total de 11.330 crianças. O investimento médio anual da CML é da ordem dos 800 mil euros.

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

Programa “Desporto mexe comigo”

Iniciado, em 2008, como uma experiência piloto no Bairro da Boavista (Benfica), o Programa Desporto Mexe Comigo tem como objectivos prioritários:

- contribuir para o acesso à prática desportiva regular devidamente enquadrada, das crianças e jovens de Lisboa, em risco de exclusão social,
- promover a criação de novas referências e a capacitação de agentes das comunidades locais com vista ao enquadramento e dinamização futura de actividades desportivas,
- diminuir os comportamentos de risco em consequência da tomada de consciência proporcionada pelas acções, partilha e envolvimento das famílias na elaboração e desenvolvimento das actividades.

O Programa desenvolve-se exclusivamente em parceria com entidades locais e a sua frequência é completamente gratuita. A estrutura metodológica assenta numa abordagem transversal e holística no contexto da população mais vulnerável à exclusão social.

A actividade desportiva regular abrange uma diversidade de desportos colectivos e individuais sendo realizada, no mínimo, em duas sessões semanais de 1h30m. A prática regular é complementada com actividades de carácter pontual, tais como, festivais desportivos com envolvimento das famílias das crianças e jovens, acções de formação e de sensibilização dirigidas a agentes desportivos da comunidade local e actividades conjuntas entre participantes do mesmo polo ou de diferentes polos da cidade.

O *Desporto Mexe Comigo* tem sido distinguido em diversos fóruns internacionais: Conselho da Europa (2008); Associação Internacional das Cidades Educadoras (2010); Associação Europeia de Sociologia de Desporto (2010); e no final de 2012, foi um dos 12 projectos premiados pelo Programa “Habitat” das Nações Unidas, num concurso ao nível mundial com 500 candidaturas; Fórum Mundial “Educação pelo Desporto” (2013); Congresso Internacional das Cidades Educadoras (2014).

O investimento médio anual da CML é da ordem dos 72 mil euros, operacionalizado através de Contratos Programa de Desenvolvimento Desportivo com as entidades parceiras, cujo montante reflecte, na quase totalidade, os custos do enquadramento técnico qualificado da actividade desportiva regular.

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

Programa de Apoio ao Associativismo Desportivo

Iniciado em simultâneo com a entrada em vigor (2009) do Regulamento de Atribuição de Apoios pelo Município de Lisboa (RAAML), este Programa de apoio financeiro e não financeiro a clubes/colectividades, ou a outras entidades sem fins lucrativos, que desenvolvam actividades de reconhecido interesse municipal na área desportiva, tem como finalidade proporcionar-lhes meios adicionais para suportar os encargos decorrentes do desenvolvimento da prática desportiva regular e da beneficiação/requalificação de instalações desportivas ou sociais.

Entre 2009 e 2014, a CML atribuiu um apoio global de cerca de 8 milhões, dos quais, 4,5 milhões para o desenvolvimento da actividade desportiva regular e 3,5 milhões para obras de beneficiação em instalações desportivas, com impactos importantes no número de clubes apoiados e praticantes abrangidos: 102 clubes e 119.000 praticantes, em 2014. Durante o mesmo período, e em termos globais, o apoio à beneficiação e requalificação de instalações desportivas abrangeu 121.700 m2 de área desportiva útil.

Os apoios não financeiros atribuídos pela CML consubstanciam-se na cedência de meios técnicos, logísticos e de instalações desportivas municipais. Anualmente, e em média, a CML apoia cerca de 180 entidades na realização de 313 provas desportivas. Em média, estima-se que este apoio abranja 130.000 praticantes desportivos, em cada ano.

Apoio ao associativismo desportivo	Impactos	2009	2010	2011	2012	2013	2014
		Apoio financeiro:	N.º de clubes apoiados	85	87	106	94
actividade desportiva	N.º de praticantes abrangidos	77.500	79.800	89.800	98.000	108.000	119.000
Apoio financeiro:	Área desportiva útil beneficiada (m²)	35.300	31.700	23.900	16.300	14.500	a)
Apoio financeiro actividades e obras	Montantes globais (€)	1.247.616	1.473.850	1.451.810	1.297.350	2.026.790	759.430 a)
Apoio não financeiro	N.º de entidades apoiadas	188	424	193	140	196	129 b)
	N.º de provas desportivas	297	372	322	263	313	184 b)

(a) Indicado apenas o apoio financeiro para actividade desportiva; (b) Até Setembro 2014

Projecto Actividades Náuticas na Escola

Iniciado em 2013, o projecto Actividades Náuticas na Escola consiste no desenvolvimento de actividades náuticas dirigidas à população escolar da cidade de Lisboa. Na fase experimental, operacionalizada por Contrato Programa de Desenvolvimento Desportivo entre a CML e a Associação Portuguesa de Treino de Vela (APORVELA), foi implementado um projecto-piloto de actividades de navegação a bordo da Caravela Vera Cruz, destinadas aos alunos das turmas dos cursos profissionais de desporto da Escola Secundária Camões, da Escola Secundária D. Dinis e da Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho.

As actividades de navegação são desenvolvidas com base num programa caracterizado por 4 etapas, com os objectivos de proporcionar experiências de mar/batismo, identificar e perceber as dinâmicas ligadas ao mar, desenvolver técnicas de navegação e proporcionar a extensão do conhecimento obtido a outras áreas disciplinares, tais como a Física, Geografia, Biologia, Astronomia e o Desporto.

Foram realizadas actividades de navegação durante as férias escolares da Páscoa e do Verão, com a participação de cerca de 71 alunos (50 rapazes e 21 raparigas). A fase experimental deste projeto será concluída no final presente ano.

Encontra-se já em fase de programação o projecto Clubes de Mar, cujo objectivo visa proporcionar a todos os jovens um primeiro contacto com o Mar, fomentando o gosto pela descoberta através dos desportos náuticos, e que de certa forma, permite dar uma continuidade ao Programa de apoio à Natação curricular do 1º ciclo do ensino básico. Com enquadramento no âmbito das actividades do Desporto Escolar dirigida aos alunos do 3º ciclo de escolaridade (7º, 8º e 9º anos) das escolas da cidade de Lisboa, o lançamento desta experiência piloto ocorrerá durante o presente ano lectivo.

Programas de Actividade Regular nas Piscinas Municipais

No âmbito da gestão directa das 7 piscinas municipais, a CML enquadra um conjunto de actividades desportivas regulares, dirigidas a utentes de diversas idades, nomeadamente, o ensino da natação e a hidroginástica. As actividades desenvolvem-se ao longo de 11 meses que constituem a época desportiva.

Piscinas Municipais	Impactos	2009	2010	2011	2012	2013
Actividades enquadradas, utilização livre e cedências a entidades privadas	N.º de utentes regulares	8.140	8.562	9.389	9.777	9.796
	N.º de utentes em Utilização Livre	1.425	1.395	1.246	1.249	1.217
	N.º de praticantes de entidades privadas	304	317	382	333	346

Em cada ano e em média, estima-se que cerca de 9.800 utentes realizem uma actividade desportiva regular, em aulas enquadradas por técnicos de natação devidamente certificados, com a duração de 45 minutos, duas vezes por semana. Em cada ano e em média, são cerca de 1.300 utentes que utilizam as piscinas para a sua actividade autónoma, sem enquadramento técnico mas vigiada por nadadores salvadores devidamente certificados (Utilização Livre). A cedência do plano de água a entidades privadas, nomeadamente clubes, para o desenvolvimento das suas actividades com enquadramento técnico próprio, abrange cerca de 340 praticantes desportivos, em cada ano.

Iniciado em 2013, o projecto Lisboa Sabe Nadar tem como finalidade a criação de condições para ensinar a nadar pessoas adultas que residam ou trabalhem em Lisboa. As aulas, com a duração de 40 minutos, decorrem nas piscinas municipais ao longo de uma época desportiva, sem limite de aulas, sendo este ajustado à individualização do processo de ensino e aprendizagem, tendo em conta a idade, as características físicas e o ritmo de evolução, sendo no final atribuído o diploma *Sabe Nadar*.

Projecto	Impactos	2012/13	2013/14
Lisboa Sabe Nadar	N.º de piscinas	4	6
	N.º de adultos abrangidos	215	84
	N.º de diplomados	32	18

Investimento na beneficiação e requalificação das instalações desportivas municipais

Em Março de 2010, a Assembleia Municipal de Lisboa aprovou a Carta Desportiva do Município de Lisboa¹⁴⁷ que integra a caracterização das instalações desportivas por tipologia, a identificação das entidades do movimento associativo, e outras informações na área do desporto, o diagnóstico de necessidades acompanhado de uma proposta de programação de instalações desportivas e respectivo investimento para colmatar as carências identificadas.

O diagnóstico permitiu aferir que, em 2009, a área desportiva útil (ADU) existente era de 910.648 m², considerando as instalações desportivas de base formativas. Este valor corresponde a 1,61m² de ADU/Habitante, um valor aquém das referências europeias (4m² ADU/Hab), sendo que 51% das freguesias da cidade apresentavam um rácio de ADU/Hab inferior a 1m².

A estratégia de intervenção apresentada baseou-se em duas vertentes: a construção de novas instalações desportivas e a requalificação de instalações desportivas existentes.

¹⁴⁷ Carta Desportiva do Município de Lisboa aprovada em reunião de Câmara a 29 de julho de 2009, através da proposta n.º 1118/CM/2009, e em Assembleia Municipal, a 2 de março de 2010, por via da deliberação n.º 12/AM/2010, publicada no 1.º Suplemento do Boletim Municipal n.º 837, de 4 de março de 2010.

A proposta de construção de novas instalações desportivas, com uma ADU global de cerca de 214 000m², previa um investimento na ordem de 197 milhões de euros, a concretizar ao longo de 10 anos. No âmbito da requalificação de instalações desportivas municipais foi previsto um investimento de cerca de 64 milhões de euros, para 4 Complexos Desportivos Municipais (Olivais, Campo Grande, Areeiro e São João de Brito), outras 23 instalações desportivas municipais de gestão directa da CML, ou delegada nas Juntas de Freguesia, e de instalações desportivas dos clubes da cidade.

Entre 2009 e 2013, foram analisados cerca de 228 processos no âmbito da programação de intervenções de construção, requalificação e beneficiação de instalações desportivas, sendo que cerca de 51% destes processos culminaram em intervenções efectivas nas instalações desportivas, com obras concluídas.

Relativamente à requalificação das instalações desportivas municipais (IDM), pelo volume do investimento, destacam-se os processos mais significativos - o Concurso Público Internacional para celebração de Contratos Administrativos de Concessão de Obras Públicas relativos aos Complexos Desportivos Municipais dos Olivais, Campo Grande e Areeiro. O montante total do investimento previsto para estas três obras é 17,5 M€, cuja totalidade do financiamento é da responsabilidade das entidades concessionárias. Encontram-se quase finalizadas as obras nos Complexos Desportivos Municipais dos Olivais e do Areeiro, prevendo-se a sua abertura ao público no 1º trimestre de 2015. O processo do Complexo Desportivo Municipal do Campo Grande encontra-se em fase de preparação de início da obra, e a requalificação do Complexo Desportivo Municipal de São João de Brito, a cargo da Junta de Freguesia de Alvalade, está em fase de execução do projecto.

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

Investimento da CML em ID	Previsão (2010-2020)		Investimento (2009-2014)	
Complexos Desportivos Municipais	40,5 M€	63,2%	18,4 M€	45,4%
Outras instalações desportivas municipais	9,0 M €	14,0%	2,7 M€	30,0%
Instalações desportivas de clubes	14,6 M€	22,8%	3,5 M€	23,0%
Montantes globais	64,0 M€	100%	24,6 M€	38,4%

Entre 2009 e 2013, o investimento da CML em intervenções de beneficiação ou requalificação de IDM foi de cerca de 2,7 milhões de euros, para um total de 45.000 m² de área desportiva útil (ADU), distribuídos da seguinte forma:

Ano	Investimento anual (€)	Beneficiação (€)	Requalificação (€)
2009	723.894,92	48.367,72	675.527,20
2010	418.732,05	370.678,49	48.053,56
2011	210.244,56	60.244,56	150.000,00
2012	426.420,49	165.420,49	261.000,00
2013	919.461,96	6.765,00	912.696,96
INVESTIMENTO TOTAL	2.698.753,98	651.476,26	2.047.277,72
ADU (m²)	44.963	17.174	27.789

VII.6.3 – Carta da Actividade Física e do Desporto do Município de Lisboa

Encontra-se em curso o processo de revisão da Carta Desportiva do Município de Lisboa que tem como objectivo central a satisfação das necessidades, actuais e futuras, em instalações desportivas e respectiva tipologia, considerando o quadro prospectivo de desenvolvimento demográfico, socioeconómico e desportivo do município. Permitirá ainda a identificação dos espaços verdes públicos que admitem a instalação de equipamentos de desporto e possuam condições modelares para o desenvolvimento de programas locais de actividade física e desportiva, visando a promoção dos estilos de vida saudável da população.¹⁴⁸

Os Censos 2011 disponibilizaram dados demográficos que permitem actualizar as anteriores estimativas demográficas de referência, devendo ser também elaborados cenários prospectivos possibilitando a avaliação das necessidades para além do momento presente.

No âmbito estritamente desportivo importa, sobretudo, incluir os indicadores de prática desportiva e da actividade física com impacto no âmbito da saúde, que permitam avaliar e fundamentar as necessidades concretas, actuais e futuras, quer em termos das instalações desportivas e respectiva tipologia, para dar resposta às necessidades de desenvolvimento desportivo da cidade de Lisboa, quer em termos da organização e apetrechamento dos espaços públicos e dos espaços verdes, à população que reside, trabalha, estuda ou visita a cidade de Lisboa.

Este quadro prospectivo é essencial para definir e fundamentar as estratégias de investimento municipal em termos da beneficiação, da requalificação e da modernização da rede de infraestruturas existente, e da sua ampliação através da construção de novas instalações.

O processo de revisão da Carta Desportiva do Município de Lisboa deve ocorrer em estreita coordenação com o processo de revisão da Carta Educativa no que diz respeito à procura de complementaridade das instalações desportivas, especificamente, de base formativa, com a finalidade de otimizar recursos e investimentos públicos. Todo o processo deve adequar-se aos desafios resultantes da nova estrutura territorial e administrativa da cidade de Lisboa, ter em conta as medidas enunciadas no programa para o governo de Lisboa (uma cidade Mais Próxima, Empreendedora, Inclusiva, Sustentável e Global), as orientações e ambições da Estratégia Lisboa 2020, e incorporar os objectivos estratégicos sectoriais e os desafios colocados na Carta Estratégica de Lisboa 2010/2024, aprovados com a Revisão do Plano Diretor Municipal de Lisboa.

VII.6.4 - Educação física e desporto escolar

A prática regular e bem orientada do exercício físico é um importante contributo para a saúde e qualidade de vida do indivíduo pelo que faz parte das actividades curriculares desde os primeiros anos de escolaridade.

Juntamente com uma alimentação equilibrada, a prática regular de exercício físico é a chave para o controlo do peso, favorecendo um estilo de vida activo para combater o sedentarismo, a obesidade, as doenças cardio-respiratórias, etc.

O programa do Desporto Escolar destina-se aos agrupamentos de escolas e às escolas não agrupadas do ensino oficial, aos estabelecimentos de ensino cooperativo e profissional, dependentes ou não do Ministério da Educação e Ciência.

O objectivo do Desporto Escolar é proporcionar o acesso à prática desportiva regular e de qualidade contribuindo para a promoção do sucesso escolar dos alunos, dos estilos de vida saudáveis, de valores e princípios associados a uma cidadania activa.

¹⁴⁸ A Proposta dos Termos de Referência para a revisão da Carta Desportiva do Município de Lisboa, adoptando a nova designação de Carta da Actividade Física e do Desporto do Município de Lisboa, foi aprovada em reunião de Câmara de 23 de Julho de 2014 (P. 406/2014).

O Desporto facilita ainda a interiorização de valores tais como a solidariedade, a camaradagem, a entreajuda, o respeito pelo outro e pela natureza, promovendo a saúde e a condição física, a aquisição de hábitos e condutas motoras.

Em 2009, das cerca de 980 escolas inscritas e distribuídas por 308 concelhos do País, 64 escolas encontram-se em Lisboa (44 públicas e 20 privadas), correspondendo a 6,5% dos estabelecimentos de ensino que participaram no Programa do Desporto Escolar, com 376 equipas envolvidas¹⁴⁹.

No total do país, a maior concentração de jovens situa-se nas modalidades colectivas, com 58% relativamente ao total das equipas. Em Lisboa esta tendência também se verifica, representando as modalidades colectivas 53%.

Nº de Equipas por Tipo Modalidade

	Modalidades Colectivas (1)	Raquetes (2)	Náuticas e de Exploração da natureza (3)	Combate (4)	Outras (5)	Alunos Portadores de Deficiência (6)	Várias (7)
País	3112	1073	494	32	1854	67	1
Lisboa Concelho	218	56	12	12	87	1	0

Fonte: Carta Desportiva de Lisboa, 2009

(1) Andebol, Basquetebol, Basebol e Softebol, Boccia, Corfebol, Futsal, Goalball, Hóquei em campo, Rugby e Voleibol (2) Badminton, Ténis e Ténis de Mesa (3) Canoagem, Prancha à Vela, Remo, Surf, Vela, BTT, Escalada, Multiactividades e Orientação (4) Esgrima, Judo, Luta, Taekwondo (5) Actividades Rítmicas e Expressivas, Atletismo, Desportos Gímnicos, Golfe, Hipismo, Natação, Perícias e Corridas de Patins, Tiro com Arco, Triatlo e Xadrez (6) Boccia e Goalball (7) n.i.

Em Lisboa, as 44 escolas da Rede Pública (2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e Secundário) representam 58% do universo inscrito no Programa do Desporto Escolar, com 218 equipas, correspondendo a 69% do total que participa nas várias modalidades desportivas que integram o desporto escolar ao nível nacional.

VII.7 - Mobilidade e transportes

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, a rede de transportes foi criada quase sempre e apenas depois do povoamento se ter verificado, em função da procura resultante do crescimento da cidade, muitas 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 uma tarefa complexa, sobretudo numa cidade com as características morfo-geográficas de Lisboa.

Nos últimos anos tem havido progressos significativos na cidade de Lisboa, no que diz respeito à promoção da acessibilidade e também da segurança, nomeadamente através de projectos como o Pedibus¹⁵⁰, iniciativas com impacte potencial igualmente na saúde, quer na perspectiva do ambiente, quer na da promoção da saúde dos seus beneficiários mais directos.

¹⁴⁹ Carta Desportiva de Lisboa, CML, 2009

¹⁵⁰ O Pedibus é um projeto-piloto que consiste num "autocarro humano", gratuito, em que as crianças, acompanhadas de um ou mais adultos (familiares dos alunos em sistema de rotatividade), seguem a pé para a escola, segundo um trajeto com paragens pré-definidas. As primeiras experiências de circuitos Pedibus, com a colaboração da CML, envolveram escolas básicas dos bairros de Alvalade e Campo de Ourique, prevendo-se uma expansão a mais áreas da cidade com a adesão de um maior número de escolas/comunidades escolares.

Tem igualmente sido promovida e melhorada a acessibilidade a zonas verdes e gerados incentivos à actividade física através da criação de zonas pedonais e do desenvolvimento das pistas cicláveis, cada vez mais frequentadas por alguns sectores da população.

No entanto, os factores relativos à segurança na utilização destas infra-estruturas carecem de uma especial atenção já que a sua implementação pode também contribuir significativamente para a morbilidade por acidente.

Desde o início de 2014 que se encontra em execução o Plano de Acessibilidade Pedonal (PAP)¹⁵¹, elaborado pela Câmara, que tem como objectivo “tornar Lisboa uma cidade para todas as pessoas”, especialmente para quem se desloca a pé ou em cadeiras de rodas na via pública.

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.

Programa Transporte Solidário

Como resposta às dificuldades de deslocação, principalmente das pessoas idosas, para acesso aos serviços de saúde, de finanças, correios, de abastecimento diário ou simplesmente a actividades de convívio, algumas Juntas de Freguesia¹⁵², em parceria com outras instituições ou com co-financiamento de programas de apoio social como o BIP/ZIP, criaram um serviço designado por “Transporte Solidário”.

O serviço de Transporte Solidário é gratuito e dirigido às pessoas idosas em situação de isolamento social, contribuindo para a diminuição do isolamento, do sentimento de solidão e de insegurança. Mediante marcação prévia, o transporte assegura as deslocações dentro da freguesia de residência ou ao Hospital de referência.

Programa Apoio Mobilidade

Um outro Programa que permite dar uma resposta às necessidades de mobilidade de uma população considerada vulnerável, disponibilizando-lhe condições de transporte adequado para uma participação mais activa na sociedade é o designado “Programa Apoio Mobilidade”.

O Programa Apoio Mobilidade é da responsabilidade do Município e dirigido aos jovens e adultos com multideficiência, residentes em Lisboa, com especial incidência para pessoas que se deslocam em cadeira de rodas. O transporte é efectuado desde casa para as universidades, instituições e centros de formação profissional.

Para a população idosa ou portadora de deficiência, pode considerar-se que a autonomia é um bom equivalente de Saúde.

Encontra em execução o Plano de Acessibilidade Pedonal (PAP), que tem como objectivo “tornar Lisboa uma cidade para todas as pessoas”, especialmente para quem se desloca a pé ou em cadeiras de rodas na via pública

VII.7.1 - Movimentos pendulares e tempo despendido

O crescimento das cidades para a periferia e o aumento do tráfego diário e da taxa de motorização conduzem a incrementos dos tempos de duração das deslocações diárias, com a consequente redução dos tempos de lazer e de conciliação com a família, tendo implicações directas na qualidade de vida, na saúde e no bem-estar das populações.

¹⁵¹ O Plano de Acessibilidade Pedonal (PAP) foi elaborado pela Câmara e aprovado em 18 de Fevereiro de 2014 pela Assembleia Municipal, encontrando-se em execução.

¹⁵² Ajuda, Arroios, Beato, Belém, Benfica, Carnide, Lumiar, Santa Clara.

O meio de transporte utilizado e o tempo de percurso são frequentemente factores que afectam a qualidade de vida e consequentemente a saúde da população.

A expressão “movimentos pendulares” é habitualmente utilizada para designar os movimentos quotidianos da população entre o local de residência e o local de trabalho ou estudo, normalmente traduzida em duas deslocações, uma de ida no período da manhã e outra de retorno ao fim do dia.

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

Também o prolongamento do tempo em que se permanece sentado ao volante prejudica as costas, os joelhos e o pescoço, uma vez que o peso que o corpo exerce sobre a coluna se multiplica por quatro, quando a pessoa está sentada. O corpo tende a curvar-se alongando os músculos, afectando especialmente a região lombar.

Os passageiros dos transportes colectivos estão em princípio menos sujeitos a este tipo de consequências, ao enfrentar o trânsito passivamente como passageiros e podendo adoptar posturas menos prejudiciais durante o trajecto.

No entanto a realidade é de uma cada vez maior utilização do transporte individual, em detrimento da utilização dos transportes colectivos.

Em cerca de dez anos (1991 a 2002), a taxa de motorização em Portugal registou um incremento de quase 100%, tendo passado de 279 para 554 veículos ligeiros/1000 hab, valor acima da média europeia (495).

Nos últimos quatro anos (2010-2013), em contexto de crise, a taxa de motorização nacional registou uma diminuição, para logo em 2013 se verificar um ligeiro aumento em relação ao ano anterior, ao apresentar o valor de 414. Apesar desta flutuação, no período de 1991 a 2013, a taxa cresceu perto de 50%.

Em Lisboa cidade, o forte crescimento desta taxa na década de 90, que acompanhou o forte crescimento nacional no mesmo período, registou ainda valores muito mais elevados do que a média da AML e do que a média do país; em 2002 era de 672 veículos ligeiros/1000 hab.

Embora o abrandamento da taxa de motorização nos últimos anos, em consequência da crise, também se tenha feito sentir em Lisboa, esta taxa continua na cidade muito acima da média nacional situando-se em 2011 em 557 veículos/1000 hab e em 2013 esteja estimada em 589, muito acima da média nacional e da AML (para a AML era de 467 em 2011 e 475 em 2013)¹⁵³.

Há ainda a salientar o maior envelhecimento da frota automóvel com custos ambientais acrescidos e consequências negativas na saúde, embora este agravamento seja inferior no distrito de Lisboa em relação ao país (em 2013 a proporção de veículos ligeiros de passageiros com 10 e mais anos em circulação era de 60% no país, enquanto no distrito de Lisboa essa proporção era de 46%).

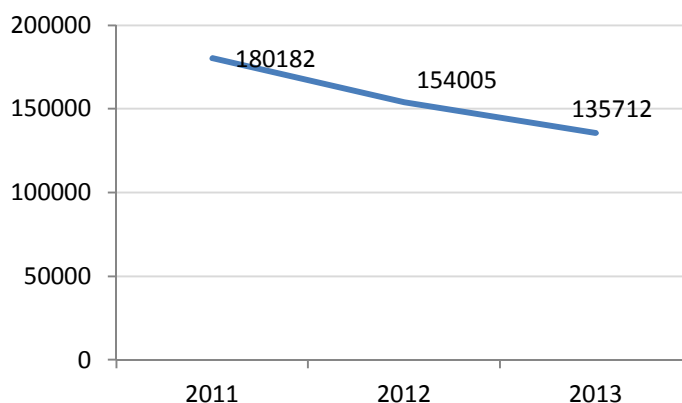
Em 2013, destaca-se que em Portugal apenas 1% do total de veículos ligeiros de passageiros utilizava energias alternativas, o que significa haver insuficientes incentivos à utilização dessas energias, pelo menos em meio urbano, onde o volume de tráfego é mais elevado.

Entretanto, também no contexto nacional, verificou-se a diminuição do transporte público terrestre de passageiros, incluindo a diminuição do número de passageiros transportados por comboio e por metropolitano, o que se verificou igualmente na cidade de Lisboa, em que o transporte por metropolitano, autocarro e eléctrico tem vindo a decrescer desde 2010.

¹⁵³ A taxa de motorização para a AML e para Lisboa foi calculada com base no número de veículos ligeiros segurados, informação do Instituto dos Seguros de Portugal, que pode estar sobreavaliada por poder incluir os veículos ligeiros de empresas.

Em Lisboa, o Metropolitano de Lisboa, transporte urbano de excelência, registou no triénio 2011/13, uma redução do número de passageiros transportados, verificando-se uma redução de 25% neste período.

Número de passageiros transportados no Metropolitano de Lisboa, 2011 a 2013



Fonte: INE; Estatísticas dos transportes, 2011 a 2013

Embora o despovoamento de Lisboa se tenha atenuado na última década (-3%), assistiu-se nos últimos anos ao êxodo populacional, que incidiu principalmente na população activa, da população da cidade para os concelhos da AML e mais recentemente para o anel mais periférico da AML.

Nesta década, foram os concelhos como Mafra e Cascais na Grande Lisboa, Sesimbra a sul, e Alcochete e Montijo em consequência da construção da ponte Vasco da Gama, que registaram o maior crescimento populacional, acima dos 20%, contribuindo para o aumento dos movimentos pendulares entre Lisboa e a periferia.

A conciliação vida-trabalho (pago e não pago), referida à capacidade de conciliação entre o tempo dedicado ao trabalho e o tempo disponível para estar com a família e amigos ou para o lazer, é um dos 11 tópicos do “índice de bem-estar”, indicador composto elaborado por organismos como a OCDE e o Eurostat.

O tempo em duração e qualidade para estes aspectos da vida pessoal induz níveis de bem-estar mais elevados com benefícios directos na saúde física e mental.¹⁵⁴

Em contrapartida, os tempos de deslocação diária reduzem os tempos disponíveis para este equilíbrio desejável e contribuem para a medição do “bem-estar subjectivo”¹⁵⁵. Este será mesmo um novo indicador a ser contemplado no futuro neste índice ao nível regional.

Em Portugal, este indicador na vertente “Qualidade de vida e Balanço vida-trabalho”, embora tenha registado globalmente uma evolução positiva (2004-2013), tem vindo a decrescer desde 2007.¹⁵⁶

Por comparação entre 2001 e 2011 e por NUTIII, os movimentos pendulares têm a sua expressão máxima nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto seguida das áreas do litoral¹⁵⁷.

A AML registou um incremento nestes últimos dez anos. Na Grande Lisboa, região onde a cidade se insere funcionando como receptora destes movimentos, realizavam deslocações mais de 1,3 milhões de empregados e estudantes. Destas deslocações, mais de 150 000 indivíduos provinham de fora da Grande Lisboa, tendo-se registado um ligeiro aumento deste últimos, aumentando os tempos e as distâncias percorridas.

¹⁵⁴ Better Life Index, OCDE

¹⁵⁵ OECD Guidelines on Measuring subjective Well-being, OCDE, 2013, Chapter3, pp. 149/“Stress doesn't pay; The commuting paradox”, 2008, Stutzer e Frey The Scandinavian Journal of Economics

¹⁵⁶ Estudo “Índice de Bem Estar para Portugal”, INE

¹⁵⁷ Transporte Terrestre de Passageiros, INE, Destaque 2013, 19 Dezembro 2014

Na cidade de Lisboa, em relação à sua população residente (552 700), entra diariamente quase outro tanto (425 747) para trabalhar ou estudar, mais de 10 vezes mais população do que a que sai (47 521), revelando a capacidade de atracção da capital, ainda que se venha a verificar desde há cerca de 2 décadas alguma perda de competitividade de Lisboa em resultado da criação de bolsas de emprego nos concelhos limítrofes.

A população que se desloca diariamente para Lisboa representa mais de 3/4 (78%) da população residente, proporção que diminuiu ligeiramente desde 2001, em que era de cerca de 80%.

Dos residentes de Lisboa que trabalham ou estudam, apenas 14% saem da cidade por estes motivos, o que revela que a cidade mantém uma elevada sustentabilidade em matéria de trabalho ou estudo, ainda que se verifique que esta proporção tenha vindo a aumentar nas duas últimas décadas, em que passou de 8,4 na década de 90 para 13,5 em 2001.

De salientar que em Lisboa a mobilidade pendular da população empregada é muito elevada, 168%, ou seja, por cada 100 residentes em Lisboa empregados, quase 170 entram e saem para trabalhar. Cerca de 65% da população empregada na capital reside fora da cidade.

Para os residentes de Lisboa o tempo médio de deslocação diária é de 23 minutos, ligeiramente inferior ao verificado na região de Lisboa. Esse valor tem vindo a decrescer (em 1991 era de 27,98 minutos) o que está em parte relacionado com a expansão da rede de metropolitano.

Local de residência (à data dos Censos 2011)	Proporção da população residente que entra na unidade territorial (movimentos pendulares)	Proporção da população residente que sai da unidade territorial (movimentos pendulares)	Duração média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante	Proporção da população residente que trabalha ou estuda noutro município
	%	%	minutos	%
Continente	0,08	0,81	20,23	29,94
Lisboa (AML)	3,37	1,75	26,37	39,70
Lisboa	77,73	8,68	23,03	14

O afluxo diário a Lisboa representa a entrada de quase 400 000 veículos ligeiros, valor superior em quase 1,5 vezes ao número de veículos ligeiros segurados na capital.¹⁵⁸

A utilização do transporte individual em detrimento do transporte colectivo influencia, a diferentes níveis, o tempo de deslocação e a fluidez do tráfego, contribuindo para uma cidade cada vez menos sustentável, com consequentes efeitos nefastos no bem-estar e qualidade de vida, em diferentes vectores como a qualidade do ar, o ruído, os tempos médios de deslocação, a conciliação trabalho-família, traduzindo-se em menos saúde no seu sentido lato.

Em Lisboa em 2011, apenas 17% das pessoas empregadas ou estudantes se deslocavam a pé ou utilizavam a bicicleta como meio de deslocação. O incentivo destas formas de deslocação contribui para uma “cidade de proximidade”, uma cidade mais sustentável, menos consumo de combustível e menos gastos em tempos de deslocação entre o local de trabalho ou estudo.

No entanto a percentagem da população que se desloca a pé tem diminuído, em 2001 eram 21% os que se deslocavam apenas a pé.

Deslocar-se a pé contribui também para uma vida activa mais saudável, no que concerne à necessidade mínima dos 10 000 passos diários, equivalentes a 30 minutos de actividade física moderada, para evitar os prejuízos do sedentarismo e cuidar da saúde cardiovascular, respiratória, metabólica e músculo-esquelética.

¹⁵⁸ 301 467 veículos ligeiros segurados em 2013, Instituto de Seguros de Portugal.

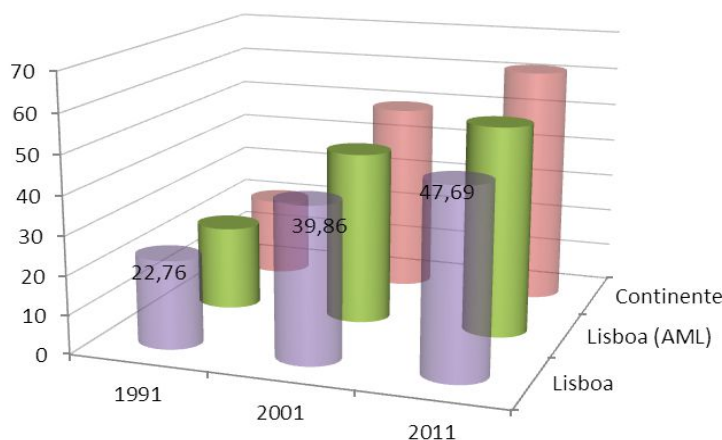
Enquanto apenas 13% da população empregada em Lisboa se deslocava a pé em 2011, a população estudante que se deslocava a pé era quase 1/4, dado o carácter de proximidade dos estabelecimentos de ensino, valores que se enquadravam nas médias do continente e da AML.

Local de residência (à data dos Censos 2011)	Proporção da população empregada que utiliza o modo pedonal nas deslocações pendulares	Proporção da população estudante que utiliza o modo pedonal nas deslocações pendulares	Mobilidade pendular da população empregada	Proporção da população não residente empregada na unidade territorial
	%	%	%	%
Continente	13,56	22,59	1,74	0,03
Lisboa (AML)	10,10	27,03	8,78	5,40
Lisboa	13,60	24,75	168,08	64,70

Cerca de metade da população empregada ou estudante utilizava o transporte individual em Lisboa (49%), valor idêntico à média da AML (48,8%) e inferior ao continente (64%), o que se deve em parte à maior oferta de transporte público, característica das grandes cidades, nomeadamente a existência de uma rede de metropolitano, transporte urbano de excelência.

A proporção da população empregada ou estudante que utiliza o automóvel nas deslocações tem vindo também a aumentar em Lisboa, acompanhando o aumento generalizado na área metropolitana e no continente. Embora seja inferior ao país e mesmo à região, este valor tem vindo sempre a crescer, tendo passado de 22,76% em 1991, para 48% na última década.

Utilização do automóvel nas deslocações (%), 1991 a 2011



Fonte: Censos 2011

Local de residência (à data dos Censos 2011)	Principal meio de transporte											
	Total	A pé	Automóvel ligeiro como condutor	Automóvel ligeiro como passageiro	Autocarro	Transporte colectivo da empresa ou da escola	Metro	Comboio	Motociclo	Bicicleta	Barco	Outro
Lisboa	304835	51586	103974	41404	59224	2791	35451	4872	2882	587	222	1842

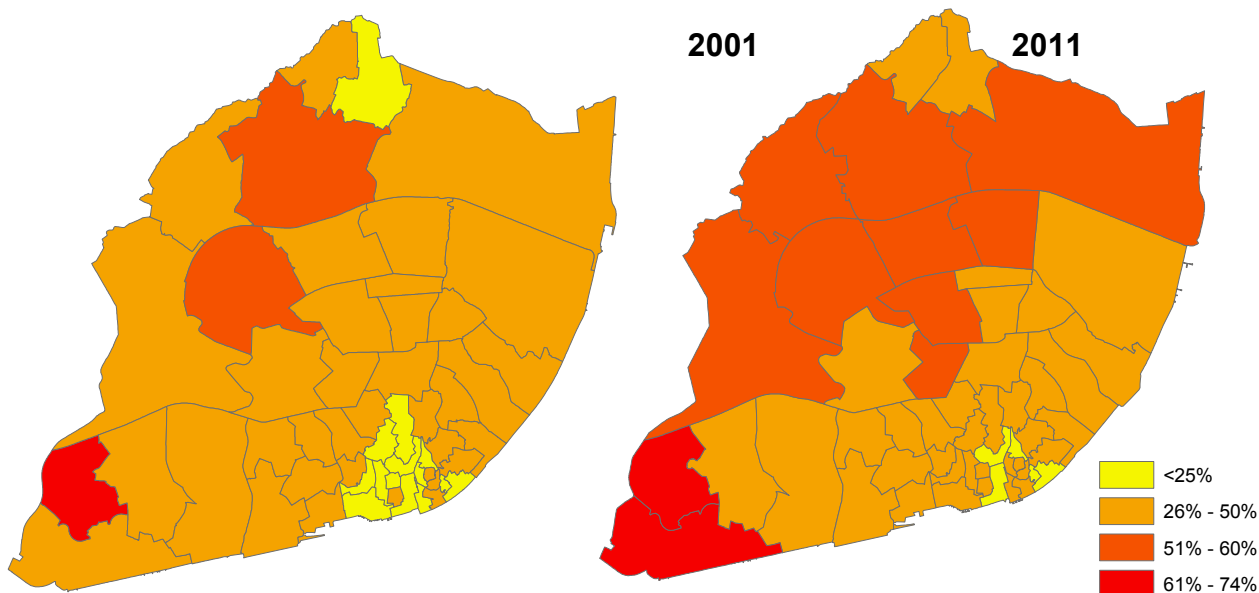
Fonte: Censos 2011

Em 2001, apenas nas freguesias de São Domingos de Benfica, Lumiar e São Francisco Xavier, a população residente empregada ou estudante que utilizava o transporte automóvel nas suas deslocações era superior a 50%. Estas freguesias foram as que tiveram um maior crescimento populacional nessa década, o que não foi acompanhado pela expansão da rede de transportes públicos.

A continuação da expansão da cidade para Noroeste e para Este nesta última década conduziu à generalização da utilização do automóvel nessas áreas, verificando-se em 2011, que a utilização do transporte automóvel se intensificou e generalizou não só nessas áreas como também em algumas áreas centrais da cidade.

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

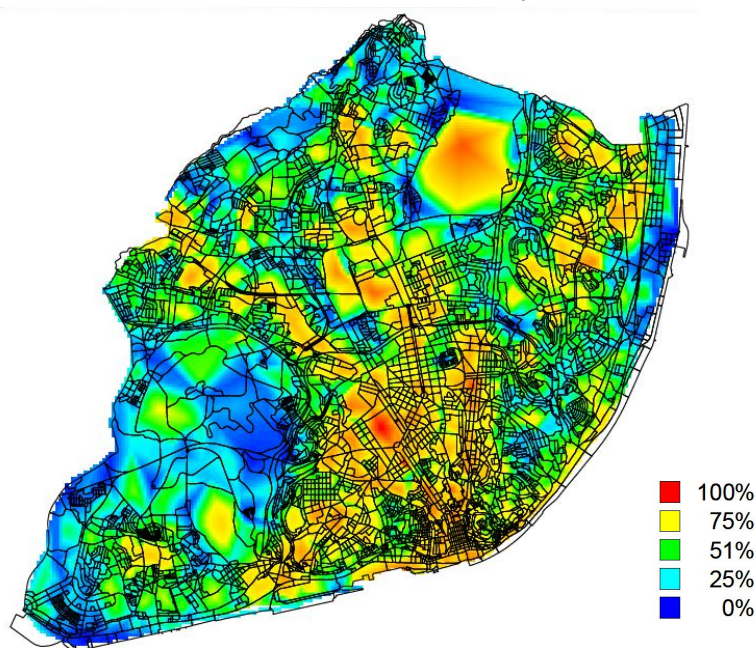
Utilização do automóvel nas deslocações (%), 2001 e 2011



Fonte: INE, Censos 2011

Na freguesia de São Francisco Xavier, perto de 3/4 da população utilizava o automóvel nas suas deslocações, facto que está relacionado com a deficiente cobertura dos transportes públicos na área ocidental da cidade, onde não chegou a expansão da rede do metropolitano levada a cabo nestes últimos dez anos.

Cobertura da rede Carris e Metro, 2010



Fonte: Metodologia de identificação e construção da carta dos BIP/ZIP Julho 2010

Para além do modo de transporte utilizado, outros aspectos têm implicações na saúde, como sejam a necessidade de utilização de mais do que um modo de transporte numa mesma deslocação/viagem, a qualidade e o conforto na ligação entre os diferentes modos de transporte e os respectivos tempos de espera intermodais.

Em 2011, cerca de 1/4 da população residente na cidade, empregada ou estudante, utilizava mais do que um modo de transporte nas suas deslocações.

Na “cadeia” de transportes a utilizar, o transbordo é sempre uma parte penalizante da deslocação uma vez que tem associado, normalmente, um consumo acrescido de tempo e um esforço adicional para o passageiro, o que constitui também um factor de dissuasão da utilização do transporte colectivo. Recentemente, as alterações efectuadas às carreiras de autocarros, com o objectivo do aumento da complementaridade entre a rede de autocarro e do Metro, levaram a um aumento generalizado do número de transbordos.

O aumento do custo dos transportes colectivos e a redução dos subsídios aos passes sociais desincentiva também a sua utilização, penalizando especialmente grupos alvo da população como os jovens e os idosos.

Assiste-se assim, ao contrário do necessário incentivo à utilização do transporte colectivo, medidas que o tornam cada vez menos sustentável, após um elevado investimento na expansão e modernização das redes, mais caro, menos eficaz e com perda da qualidade de vida e bem-estar das populações.

A redução dos tempos de percurso passa necessariamente pela redução do congestionamento do tráfego, mas também pela aproximação dos locais de residência dos locais de trabalho ou estudo, pela regeneração e repovoamento das zonas centrais de Lisboa através de políticas de atracção de população e reocupação de fogos devolutos, pela mistura e equilíbrio entre funções urbanas, como habitar, trabalhar, estudar, recrear... para o que é necessário assegurar a dotação de equipamentos, áreas verdes e espaços públicos da cidade.

Paralelamente, passa também pelo incentivo de modos de deslocação suave como o andar pé e de bicicleta, pela redução dos consumos de energia mais poluentes através do recurso a energias alternativas, pela criação de parques de estacionamento dissuasores nos limites da cidade integrados com as redes de transporte público, tornando Lisboa uma cidade mais saudável.

A autonomia é um equivalente de Saúde para a população idosa ou portadora de deficiência, pelo que uma cidade saudável deve atender às necessidades específicas das pessoas com mobilidade condicionada

A utilização do transporte particular é geradora de sedentarismo e causadora de situações de stress, enquanto o tempo de permanência ao volante prejudica as costas, os joelhos e o pescoço, uma vez que o peso que o corpo exerce sobre a coluna se multiplica por quatro, quando a pessoa está sentada

A opção pelo transporte público aumenta a capacidade de transporte de passageiros e melhora as condições de fluidez de tráfego e eficácia do sistema de transportes.

A gestão dos modos de transporte na AML requer uma abordagem integrada, que se traduza numa maior eficiência e no aumento da utilização do transporte público.

A redução dos tempos de percurso passa necessariamente pela redução do congestionamento do tráfego, mas também pela aproximação dos locais de residência dos locais de trabalho ou estudo, pela regeneração e repovoamento das zonas centrais da cidade.

A conciliação entre o tempo dedicado ao trabalho e o tempo disponível para estar com a família e amigos ou para o lazer, é um dos 11 tópicos do “índice de bem-estar”, indicador composto elaborado por organismos como a OCDE e o Eurostat.

VII.7.2 - Ciclovias – utilização em deslocações do dia-a-dia e em lazer

Em 2007, a Câmara iniciou o planeamento e execução de uma rede de percursos cicláveis na cidade. Inicialmente o objectivo foi o de criar percursos cicláveis que fossem seguros e cómodos para os utilizadores, ligando em simultâneo áreas da cidade com diferentes funcionalidades: zonas residenciais, zonas mistas e de serviços e áreas verdes de recreio e lazer, formando uma primeira estrutura de circulação.

Nesta primeira fase a rede ciclável foi “assumidamente mais orientada para o lazer, numa fase em que não existiam ciclistas em Lisboa.”¹⁵⁹

A CML decidiu-se então pela solução de separação total de modos, ou seja, “ a implementação preferencial de pistas segregadas (numa primeira fase), quer do automóvel quer do peão, sendo admitida a unidireccionalidade e a coexistência apenas em situações pontuais, individualizando os percursos com pavimento diferenciado e o mais uniforme possível, atendendo ao contexto onde se insere, de forma a garantir em simultâneo a segurança de peões e ciclistas”^(ibidem)

As pistas cicláveis localizavam-se preferencialmente em áreas urbanas consolidadas, à cota do passeio, em áreas destinadas a estacionamento e na faixa de rodagem junto ao passeio, com excepção das vias de circulação automóvel com grande volume de tráfego.

No final de 2010, Lisboa tinha cerca de 80Km de rede ciclável e até 2012 cerca de 35% da rede ciclável estava implantada em espaço pedonal.

Após 2013 foi adoptada um nova estratégia que altera o cenário inicial, em que a taxa de ocupação de espaços pedonais foi de apenas 13%, enquanto a ocupação de espaço viário é de 63%.

De acordo com o Plano de Acessibilidade Pedonal “Não obstante as opções tomadas, é certo que a implantação de ciclovias gerou mais utilizadores de bicicleta na cidade de Lisboa, não só em lazer mas também nas ligações diárias casa-trabalho. Observa-se, no entanto, que vários destes utilizadores (casa-trabalho) optam por andar de bicicleta na faixa de rodagem e não na ciclovia....”

Rede de Percursos e Corredores Cicláveis de Lisboa em 2010



Fonte: CML/DMAU

¹⁵⁹ Plano de Acessibilidade Pedonal de Lisboa – Via Pública – Volume 2, Dezembro de 2013

VII.7.3 - Mobilidade pedonal

Promover a mobilidade pedonal dos cidadãos na cidade é um incentivo à actividade 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 nocturna adequada – é também necessário que prevaleça o sentimento de segurança entre a população.

A CML está a fazer um forte investimento na alteração do modelo da mobilidade urbana na cidade de Lisboa, com a melhoria da articulação intermodal dos transportes públicos e com a criação de mais “zonas 30” - zonas de acalmia de tráfego em que a velocidade máxima permitida é de 30 Km/h capazes de reforçar a qualidade de vida nos bairros da cidade, reduzir a poluição atmosférica e sonora, e ainda melhorar a coexistência entre peões e veículos, tendentes a fomentar a autolocomoção na cidade.

VII.8 - Qualidade de Vida

VII.8.1 - Equipamentos e espaços públicos

Os equipamentos colectivos têm um papel importante na qualidade de vida da população, atenuando as injustiças e as desigualdades sociais.

Se bem localizados, acessíveis e dimensionados em função das necessidades, promovem o bem-estar e influenciam as dinâmicas sociais, favorecendo a existência de outras funções.

Os equipamentos colectivos são assim elementos essenciais da estruturação do tecido social e do tecido urbano. Mas também os espaços livres públicos, a arborização e os espaços verdes podem originar espaços socialmente funcionais e promotores da qualidade de vida, para além da sua função de desafogo e contribuição para a sustentabilidade ambiental.

A oferta de espaços verdes urbanos seguros, limpos e confortáveis, proporcionam aos indivíduos através da sua utilização e repetida fruição, bem-estar e saúde, aliviando o *stress* urbano e a fadiga, com consequências na diminuição da agressividade e da violência, influenciando até a capacidade de relacionamento com os vizinhos e os sentimentos de pertença a um lugar (bairro, cidade).

As árvores na via pública contribuem igualmente para o conforto humano, estabilizando e melhorando as condições microclimáticas através da sombra e da circulação de ar que impulsionam, reduzindo a poluição atmosférica e absorvendo a radiação ultravioleta e o dióxido de carbono.

Sem contar com os equipamentos de saúde, que são objecto de uma análise específica no presente documento, integrando o capítulo *V.3 – Serviços de Saúde e acesso a cuidados de saúde*, a cidade de Lisboa apresenta situações diversas de cobertura de equipamentos colectivos e espaços públicos, com áreas bem dotadas a par de graves carências em determinados sectores ou zonas do território.

Equipamentos de Ensino

Ensino Pré-escolar, Básico e Secundário

Considerando a década entre 2001 e 2011, verifica-se em Lisboa um aumento do número de matrículas nos graus de ensino Pré-escolar, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico e Secundário, e um decréscimo do número de alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

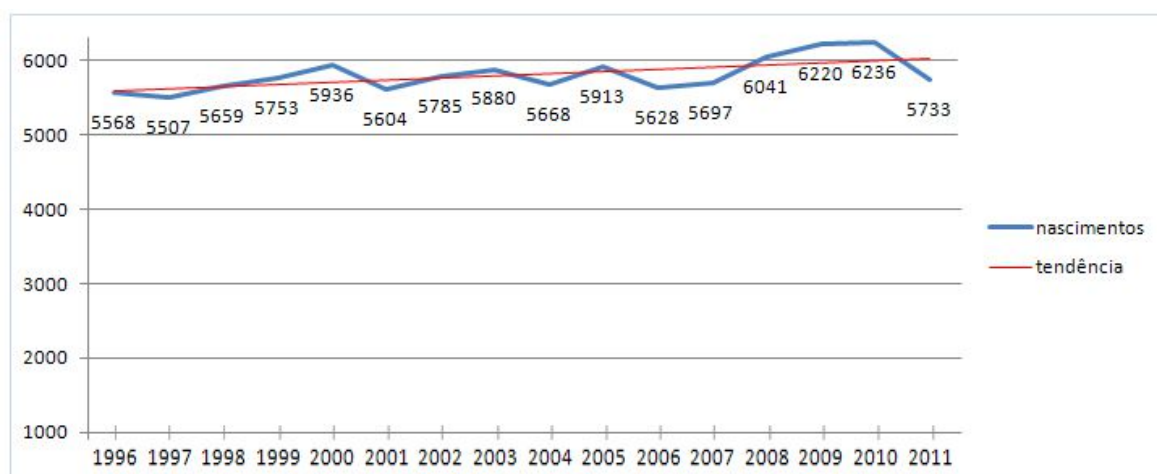
**Alunos matriculados segundo o nível de ensino por ano lectivo
2001-2002, 2006-2007 e 2011-2012**

	2001/2002			2006/2007			2011/2012		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Pré-escolar	4 763	11 388	16 151	4 480	13 281	17 761	5 291	13 075	18 366
1º Ciclo	16 424	12 254	28 678	16 216	11 856	28 072	15 340	12 142	27 482
2º Ciclo	9 298	5 075	14 373	9 150	4 917	14 067	10 099	4 991	15 090
3º Ciclo	12 731	5 578	18 309	14 536	6 649	21 185	17 121	6 255	23 376
Secundário	15 358	7 508	22 866	17 019	9 843	26 862	21 647	11 381	33 028

Fonte: INE, Alunos matriculados segundo o nível de ensino por ano lectivo / INE, Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007 / MEC, DGEEC

Uma possível explicação para a diminuição dos alunos no 1º Ciclo é a da saída das crianças do concelho antes da idade escolar, acompanhando os pais na mudança de residência para os concelhos da periferia, uma vez que o número de nascimentos em Lisboa desde 1996 foi crescente, ainda que se verifique uma quebra no último ano deste intervalo (2011), início desde então da inversão da tendência, provavelmente em consequência da situação actual de crise económica.

Nº de nascimentos (nados-vivos) no concelho de Lisboa, 1996-2011



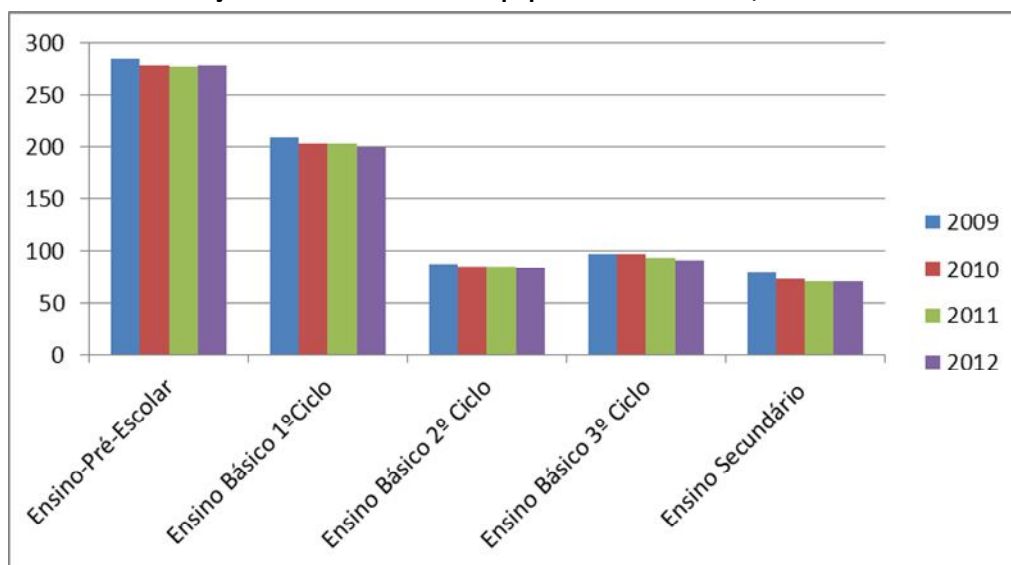
Fonte: INE

Entretanto, considerando o período entre 2009 e 2012, independentemente da respectiva capacidade e taxa de ocupação, o número de estabelecimentos de ensino não acompanhou a evolução crescente da procura, tendo inclusivamente diminuído em todos os níveis de ensino e tanto na rede pública como na rede particular.

Evolução do número de equipamentos de ensino público, particular e total, 2009-2012

	Público				Particular				Total			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
pré-escolar	90	88	89	88	195	190	187	189	285	278	276	277
1.º ciclo	93	91	94	93	115	111	108	106	208	202	202	199
2.º ciclo	41	39	39	39	46	46	46	45	87	85	85	84
3.º ciclo	58	58	55	55	39	39	38	36	97	97	93	91
secundário	32	33	30	31	47	40	40	39	79	73	70	70

Evolução do número total de equipamentos de ensino, 2009-2012



Fonte: PORDATA / DGEEC/MEC - Recenseamento escolar

Na última década, a intervenção na rede de equipamentos públicos, quer da responsabilidade do município no que concerne ao pré-escolar e ao 1.º Ciclo do Ensino Básico, quer da responsabilidade do Ministério da Educação e Ciência nos restantes níveis de ensino (2.º e 3.º Ciclo do Ensino Básico e Secundário), foi dirigida essencialmente para a requalificação e reconstrução de instalações, reordenamento da população escolar e abandono de instalações obsoletas ou cuja ocupação representava elevados encargos de manutenção e rendas a privados, o que explica o decréscimo do número de equipamentos.

Desde 2005 foram encerrados pelo município 15 estabelecimentos de ensino do 1.º Ciclo, essencialmente por não reunirem as condições mínimas para a função escolar devido ao estado de conservação do seu edificado, e por na sua maioria se tratarem de instalações adaptadas, de propriedade particular.

Procurando paralelamente elevar a qualidade do edificado dos equipamentos de ensino sob sua gestão, o município efectuou desde 2008, através do Programa Escola Nova, obras de requalificação e reabilitação em 60 estabelecimentos, de um total de 114 edifícios a ser objecto de intervenção, representando um esforço financeiro total de 94 milhões de euros.

Desde o ano lectivo de 2000/2001, nos restantes níveis de ensino, da responsabilidade do Ministério da Educação e Ciência, a par de obras de renovação, ampliação e reconstrução de instalações, as alterações traduziram-se na extinção de escolas, de forma definitiva ou para dar lugar à criação de novas escolas por fusão das extintas, alteração tipológica e reagrupamento das populações escolares, abrangendo cerca de 40 estabelecimentos de ensino.

Desde 2008, foram objecto de construção:

- edifícios novos para substituição de instalações precárias ou a abandonar (EB Pedro de Santarém com criação de pré-escolar e 1º Ciclo e EB Professora Aida Vieira)
- instalações independentes para o pré-escolar (JI Pena e JI Alvalade)
- instalações de raiz (JI Lumiar)
- novas escolas do 1º Ciclo do ensino básico com pré-escolar (EB Bairro do Armador, EB Galinheiras e EB Parque das Nações, esta última construída através de Protocolo com o MEC, por se tratar de Escola Básica Integrada).

Também a requalificação/ampliação da EB Laranjeiras permitiu aumentar substancialmente a capacidade desta escola, assim como a da EB São Vicente/Telheiras se reflectiu num acréscimo da oferta educativa, com a introdução de pré-escolar e 1º Ciclo.

No entanto, como as necessidades em equipamentos de ensino na cidade são muito díspares, a construção/requalificação destes equipamentos não foi suficiente para garantir a satisfação de carências existentes.

A título de exemplo, a construção da nova EB Parque das Nações, presentemente apenas com 1º Ciclo e Jardim-de-Infância, não impediu que permanecesse o regime duplo na EB Vasco da Gama, no mesmo Bairro.

Ambas as Escolas estão sob a tutela da DGEstE/MEC, uma vez que se tratam de escolas básicas integradas, aguardando a EB Parque das Nações a construção da 2.ª fase que, conforme o projecto, irá contemplar os 2º e 3º ciclos do ensino básico, acréscimo de oferta essencial para corresponder às necessidades e procura verificada na área.

No âmbito dos trabalhos em curso de Revisão da Carta Educativa de Lisboa em vigor, será monitorizada a Rede de Ensino Público, e perante o diagnóstico então produzido, serão aferidas as necessidades de equipamentos de ensino da cidade pela oferta existente, bem como avaliada a necessidade de reorganização da própria rede escolar.

Ensino Tecnológico e Profissional

Os cerca de 33 000 alunos, a frequentar o Ensino Secundário em Lisboa em 2011/2012, encontravam-se repartidos pelas diversas modalidades de ensino, de acordo com o seguinte quadro, por comparação com a Região e o Continente:

Alunos matriculados no ensino secundário por modalidade de ensino, 2011/2012

Modalidade de ensino	Total	Cursos Gerais	%	Cursos Profissionais	%	Cursos orientados para adultos	%	Cursos de Aprendizagem	%	Cursos Tecnológicos	%	CEF	%
Continente	419.746	187.026	44,6	106.381	25,3	94.274	22,5	18.137	4,3	12.350	2,9	1.578	0,4
Região de Lisboa	116.354	55.070	47,3	24.236	20,8	27.368	23,5	6.196	5,3	3.088	2,7	396	0,3
Lisboa Cidade	33.538	13.429	40,0	9.283	27,7	7.093	21,1	2.121	6,3	1.435	4,3	177	0,5

Fonte: MEC/DGES

Lisboa apresenta ainda um conjunto de ofertas educativas através do Centro para a Qualificação e o Ensino Profissional – Mais Valor Lisboa, do Departamento de Desenvolvimento e Formação da Câmara Municipal de Lisboa, realizando acções de formação e de informação em diversas áreas, nomeadamente, Tecnologias de Informação e Comunicação, competências básicas e técnicas de procura de emprego, encaminhando jovens e adultos para as ofertas educativas e formativas da Câmara Municipal de Lisboa ou de entidades parceiras, adequadas ao perfil de cada candidato.

Ensino Superior

Em Lisboa estão instalados 59 estabelecimentos do Ensino Superior, Universitário e Politécnico, entre os subsistemas Público e Privado, incluindo o Ensino Superior Público Militar e Policial, constituindo-se a capital como o maior polo universitário do país.

Número de Estabelecimentos de Ensino Superior localizados em Lisboa, 2014

Ensino Público	Número de Estabelecimentos	Subtotais	Total por Subsistema
Universitário			
Universidade de Lisboa	17		
Universidade Nova de Lisboa	5	23	
Instituto Universitário de Lisboa	1		
Politécnico			
Instituto Politécnico de Lisboa	7		34
Escola Superior de Enfermagem	1	8	
Militar e Policial	3	3	
Ensino Privado			
Universitário	8		25
Politécnico	17		

Fonte: MEC/DGES

Para além dos 59 estabelecimentos localizados dentro dos limites administrativos da capital, existem ainda outros estabelecimentos e polos das universidades de Lisboa noutros concelhos da AML (Almada, Oeiras, Sintra, Cascais).

A oferta não é dirigida exclusivamente aos residentes da cidade ou mesmo do país, acolhendo Lisboa, anualmente, cerca de 4 000 estudantes estrangeiros ao abrigo de protocolos e programas de mobilidade.

Em 2013, o número total de estudantes do ensino superior matriculados em Lisboa era de 114 770, representando cerca de 31,5% do total de estudantes no ensino superior do Continente, sendo o peso do sector público 3 vezes superior ao sector privado.

Número de alunos matriculados no Ensino Superior, 2013

	Total	Público	Privado
Continente	364.476	297.455	67.021
Região Lisboa	139.761	106.036	33.725
Lisboa Cidade	114.770	86.605	28.165

Fonte: MEC/DGES

O maior incremento do acesso ao ensino superior, traduzido no aumento do número de alunos, ocorreu, tanto em Lisboa como no resto do país, na década de 1990 a 2001, tendo estabilizado desde então, apesar de algumas flutuações e de uma tendência decrescente a partir de 2011, principalmente no sector privado.

Evolução do número de alunos matriculados no Ensino Superior, 1990-2013

	Total						
	1990	2001	2009	2010	2011	2012	2013
Continente	156.267	381.078	365.800	376.372	388.843	383.220	364.476
Região Lisboa	78.777	149.481	141.211	145.781	150.034	148.414	139.761
Lisboa Cidade	72.997	127.368	116.134	119.302	123.444	121.934	114.770

Fonte: MEC/DGES

Evolução do número de alunos matriculados no Ensino Superior por subsistema, 1990-2013

	Público							Privado						
	1990	2001	2009	2010	2011	2012	2013	1990	2001	2009	2010	2011	2012	2013
Continente	118.188	267.407	275.760	287.036	300.981	304.829	297.455	38.079	113.671	90.040	89.336	87.862	78.391	67.021
Região Lisboa	51.217	90.786	97.090	101.362	106.267	108.891	106.036	27.560	58.695	44.121	44.419	43.767	39.523	33.725
Lisboa Cidade	46.376	76.375	78.775	82.049	86.585	88.919	86.605	26.621	50.993	37.359	37.253	36.859	33.015	28.165

Fonte: MEC/DGES

O número de jovens residentes em Lisboa, a frequentar o Ensino Superior, é de 30 259 segundo os Censos 2011. Este número inclui os estudantes a frequentar estabelecimentos localizados na cidade, a maioria, mas igualmente estabelecimentos fora de Lisboa.

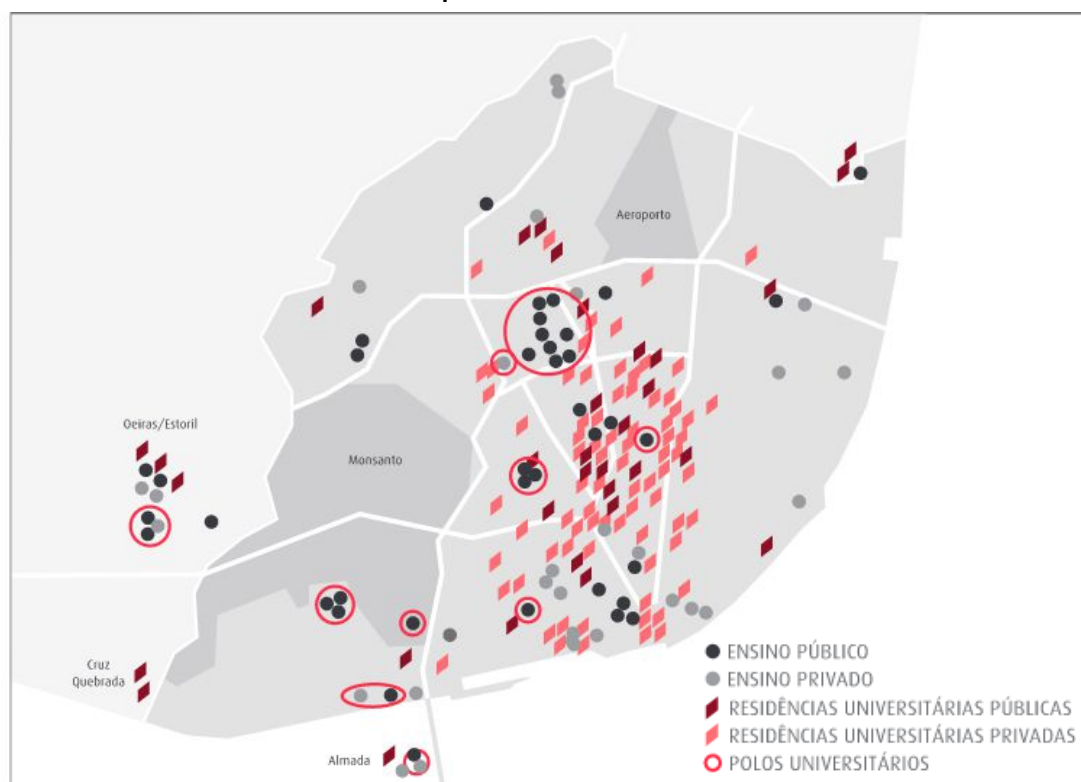
No entanto, se considerarmos o número de estudantes matriculados no Ensino Superior em estabelecimentos localizados em Lisboa (114 770), verifica-se que este número é quase 4 vezes superior ao dos estudantes universitários residentes na cidade.

Para além da população estudantil não residente, que se desloca diariamente dos concelhos vizinhos à semelhança da população trabalhadora, a população estudantil que se encontra deslocada do seu local habitual de residência é significativa, pelo que assume uma grande importância a oferta de alojamento.

Lisboa dispõe de 4 000 camas para estudantes universitários, distribuídas por 140 unidades de alojamento, públicas e privadas. Mais de 60% da oferta de alojamento para estudantes é garantida pelas residências públicas (2.470 camas)¹⁶⁰.

Segundo o estudo WStudent Housing Review, efectuado em 2013 pela empresa de consultores imobiliários Worx, faltam 10 mil camas para alojar cerca de 14 mil estudantes de Ensino Superior na capital, entre alunos deslocados nacionais, oriundos dos PALOP e do Programa Erasmus, programa que em Portugal entre 2000 e 2010 aumentou 196% o número de alunos.

Estabelecimentos de Ensino Superior e Residências Universitárias Públicas e Privadas



Fonte: Worx, Real Estate Consultants, 2013

¹⁶⁰ W Student Housing Review, Worx, Real Estate Consultants, 2013

Outras das estruturas e apoios importantes para garantir uma maior equidade no acesso ao Ensino Superior é a existência de cantinas e a atribuição de Bolsas de estudo.

No que se refere a serviços de apoio à alimentação, Lisboa possui 14 Cantinas Universitárias que podem também ser usadas por funcionários e alunos do ensino não superior.

Quanto às Bolsas de Estudo, o número de requerimentos diminuiu no total do país, de 2012 para 2013, de 88 600 para 85 557, tendo no entanto crescido o número de deferimentos de 58 816 para 62 295. Em Lisboa, verificaram-se no mesmo período aumentos tanto no número de pedidos, como no número de bolsas atribuídas.

Pedidos de Bolsas de Estudo para Estudantes do Ensino Superior em Lisboa, 2012/2013, 2013/2014

		2012/2013	2013/2014
Ensino Público	Submetidos	13 370	16 135
	Deferidos	8 139	11 469
Ensino Privado	Submetidos	2 321	3 223
	Deferidos	1 104	1 915
Total	Submetidos	15 691	19 358
	Deferidos	9 243	13 384

Fonte: MEC/DGES

Equipamentos Sociais

De acordo com a Nomenclatura Oficial¹⁶¹, Lisboa oferece uma rede de equipamentos sociais, que apoiam a população nas suas diferentes necessidades, promovendo a inclusão e a coesão social.

Resposta Social	Número de Equipamentos	Capacidade Total	Total de Utentes
Infância e Juventude			
Crianças e Jovens	218	13.909	12.652
Crianças e Jovens com Deficiência	12	552	528
Crianças e Jovens em Situação de Perigo	91	8.164	7.582
População Adulta			
Pessoas Idosas	306	16.310	13.238
Pessoas em Situação de Dependência	25	1.013	829
Pessoas Adultas com Deficiência	61	2.758	2.361
Pessoas co Doença do Foro Mental ou Psiquiátrico	14	216	220
Pessoa Sem-Abrigo	6	2.107	3.466
Família e Comunidade			
Família e Comunidade em Geral	81	22.589	22.434
Pessoas com VIH/Sida e suas famílias	13	1.111	1.678
Pessoas Toxicodependentes	4	226	1.288
Grupo Fechado			
Família e Comunidade em Geral	3	266	270
TOTAL	834	69.221	66.546

Fonte: Carta Social, 2014

A resposta às necessidades de apoio social tem vindo a constituir um permanente desafio, por força do aumento da esperança média de vida, de que resulta um progressivo envelhecimento da população, de que emergem novos tipo de necessidades, a par do aumento das situações de dependência, assim como das alterações registadas na estrutura e nos modelos familiares,

¹⁶¹ Despacho do SESS de 19 de Janeiro de 2006

resultantes do cada vez maior papel das mulheres no mercado de trabalho e da recomposição das relações conjugais.

O agravamento das condições de vida no contexto de crise económica tem conduzido a uma diversidade e complexidade de fenómenos de exclusão social, exigindo respostas cada vez mais urgentes e menos tipificadas.

A escassez de recursos requer que a actuação seja cada vez mais eficiente, pelo que a articulação e funcionamento em Rede de todos os intervenientes é cada vez mais uma exigência.

Carta Social Georreferenciada

No sentido de proceder a uma sistematização da diversidade de recursos locais e uma melhor divulgação das respostas, recursos e projectos de âmbito social da cidade de Lisboa, assim como contribuir para uma melhor articulação dos parceiros, grupos de trabalho e plataformas da Rede Social, encontra-se em construção uma plataforma informática que se pretende permanentemente actualizada, geográfica, dinâmica e interactiva de fácil utilização, designada por Carta Social Georreferenciada/Dinâmicas Sociais.

A Carta Social Georreferenciada/Dinâmicas Sociais é um produto decorrente do PDS, da responsabilidade da Rede Social, e destina-se a registar todas as respostas e recursos inovadores e circunstanciais, para além dos equipamentos e respostas sociais convencionais, nomeadamente aqueles que são susceptíveis de planeamento e programação, como sejam as creches, os Centros de Dia e de Convívio para Idosos, assim como as Estruturas Residenciais para Idosos, que são objecto da Carta de Equipamentos Sociais de Lisboa, cuja elaboração é responsabilidade da CML.

Rede Pública de Creches e Programa B.a.Bá

As creches são equipamentos de natureza socioeducativa, destinados à primeira infância, desde os 4 meses aos 3 anos de idade, constituindo um dos apoios para a família e em particular para a mulher trabalhadora, na guarda das crianças durante o horário laboral.

Em 2009, a Câmara aprovou as Orientações Estratégicas para a Rede de Equipamentos Sociais para a Infância – Rede Pública de Creches, que utilizando as recomendações e normas em vigor naquela data¹⁶², procedeu ao cálculo das necessidades e das carências, decorrentes da cobertura existente para a população-alvo segundo as taxas de cobertura definidas pelo Município.

A Taxa de Cobertura da Rede Pública (equipamentos não lucrativos e de acesso não restrito) na cidade de Lisboa foi calculada em 2009 em 36,4%, estimando-se que tenha baixado para 36,2% em 2011 (Relatório DAS de 29/12/2011), considerando os dados populacionais dos Censos 2011, e apesar da alteração introduzida pelo Plano de Emergência Social - PES (Portaria N.º 262 de 8/2011), que permitiu um aumento de capacidade por sala, garantindo que alguns equipamentos pudessem passar de 35 para 42 crianças.

Por decisão política da Autarquia, consubstanciada na aprovação das Orientações Estratégicas para os Equipamentos Sociais – Infância, Rede Pública de Creches, aprovada em Reunião de Câmara em 31 de Julho de 2009, a Taxa de Cobertura deverá atingir, sem prazo estabelecido, a meta de 50% da população-alvo (crianças dos 0 aos 3 anos).

Para a satisfação das carências então calculadas em cerca de **53 creches de 35 crianças**, foi aprovado pelo Município o Programa B.a.Bá, visando a expansão da Rede Pública de Creches pela criação de **60 novas unidades de 42 crianças**, as quais corresponde a um **aumento de 2 520 vagas**.

Com o Programa B-a-Bá foram já construídas e encontram-se em funcionamento 11 novas creches com um total de 840 novas vagas, o que representa um encargo de mais de 8 M€ para o Município, reduzindo as carências em 21%.

¹⁶² Despacho Normativo 99/89 de 27 de Novembro / Normas para a Programação e Caracterização de Equipamentos Colectivos, DGOTDU, 2002

Rede de Equipamentos Sociais para Idosos

À semelhança do que se encontra estabelecido nas Orientações Estratégicas – Equipamentos Sociais – Infância, Rede Pública de Creches, entende-se como Rede Pública de Equipamentos Sociais para Idosos, o conjunto dos equipamentos de responsabilidade directa do Estado, de Instituições Privadas de Solidariedade Social, da Santa Casa da Misericórdia, ou outros não lucrativos e de acesso não restrito.

Não integram a Rede Pública, portanto, para além das Instituições privadas lucrativas, quaisquer equipamentos destinados exclusivamente a segmentos específicos da população e vedados ao público em geral, como sejam as respostas e equipamentos de serviços sociais de empresas ou de grupos profissionais.

Entende-se assim, que parte da população idosa não requer apoio de serviços da Rede Pública, ou porque beneficia de um enquadramento familiar ou social que o assegura, ou porque esse apoio lhe é disponibilizado pela antiga entidade empregadora ou grupo profissional a que pertenceu, ou porque recorre ao sector privado lucrativo.

Para o cálculo das necessidades e avaliação das carências em equipamentos são agrupadas as tipologias em 2 tipos de equipamentos, conforme assegurem ou não dormida:

Centro de Convívio / Centro de Dia para Idosos Estrutura Residencial para Idosos¹⁶³

A taxa de população em 2011 com 65 e mais anos era de 23,9%, estando estabelecido 5% como taxa de cobertura para as tipologias de Centro de Convívio e Centro de Dia para Idosos, do que resulta uma taxa global de 10%.

Para a obtenção da taxa de cobertura em Estruturas Residenciais procede-se à sua decomposição em 3 intervalos etários, 65 a 84 anos, 85 a 89 anos, e mais de 90 anos, dado que a proporção de idosos a viver em Estruturas Residenciais difere em cada um destes intervalos,

Da conjugação das 3 diferentes taxas de cobertura de referência (1,5% para idosos entre 65 e 84 anos, 10% para idosos entre 85 e 89 anos e 30% para idosos com mais de 90 anos) resulta uma taxa global de 3%, a aplicar sobre a população idosa (65 e mais anos):

Centro de Convívio + Centro de Dia 10% Estrutura Residencial 3%

De salientar que sobretudo nas tipologias de Centro de Dia e Centro de Convívio, vem sendo reconhecida a necessidade de reavaliação das suas funções, actividades e serviços, de modo a virem a responder de forma mais ajustada à procura e às necessidades actuais dos idosos, o que não invalida a necessidade da criação do espaço onde essas funções terão lugar.

Para qualquer das tipologias, é usada a capacidade de 50 utentes, valor médio e mais frequente e que se situa entre os valores recomendados nas Normas para Programação e Caracterização, publicadas pela DGOTDU, sendo a dimensão mínima para qualquer das tipologias, a de 20 utentes, valor abaixo do qual as necessidades não justificam a criação de um equipamento e para as quais deve em princípio procurar-se outro tipo de soluções.

O serviço de Apoio Domiciliário poderá constituir uma alternativa ao internamento do idoso ou contribuir para o seu retardamento, pelo que a sua expansão pode ser considerada um factor de redução da taxa a aplicar para o cálculo das necessidades em Estruturas Residenciais para Idosos.

Em caso algum o Serviço de Apoio Domiciliário deverá constituir-se alternativa ou influenciar o estabelecimento da taxa de cobertura de Centros de Convívio ou Centros de Dia, devendo o idoso ser incentivado a sair de casa e a conviver.

Ainda que com menor expressão, o acolhimento familiar de idosos é uma resposta social que recentemente tem vindo a aumentar e que deverá ser incentivada como alternativa ao internamento do idoso numa Estrutura Residencial.

¹⁶³ engloba designações como Lar de Idosos, Lar de 3.ª Idade, Casa de Repouso, Residências Sénior, Residência Geriátrica, Residências Assistidas, Residencial de Idosos, Hotel Sénior, etc.

Usando a metodologia atrás descrita, verificam-se, para a população de 2011, as coberturas de 4,6% em Centro de Dia/Centro de Convívio e de 2% em Estruturas Residenciais, de que resultam as carências em cerca de 160 unidades de Dia/Convívio e 40 Estruturas Residenciais.

Verifica-se na cidade de Lisboa uma elevada carência em qualquer das tipologias de equipamentos sociais para idosos, independentemente das necessidades sentidas de actualização de conteúdos programáticos dos serviços prestados.

Universidades Sénior

Uma parte da população idosa actual conserva a sua autonomia, participando activamente na vida familiar, comunitária e social, apresentando maiores níveis de escolaridade e aspirando a manter-se actualizada e interventiva. As Universidades Sénior, Universidades da Terceira Idade ou Academias Sénior representam uma resposta socioeducativa sem fins de certificação no contexto da formação ao longo da vida, constituindo essencialmente um espaço de convívio e mitigação da inactividade e da solidão.

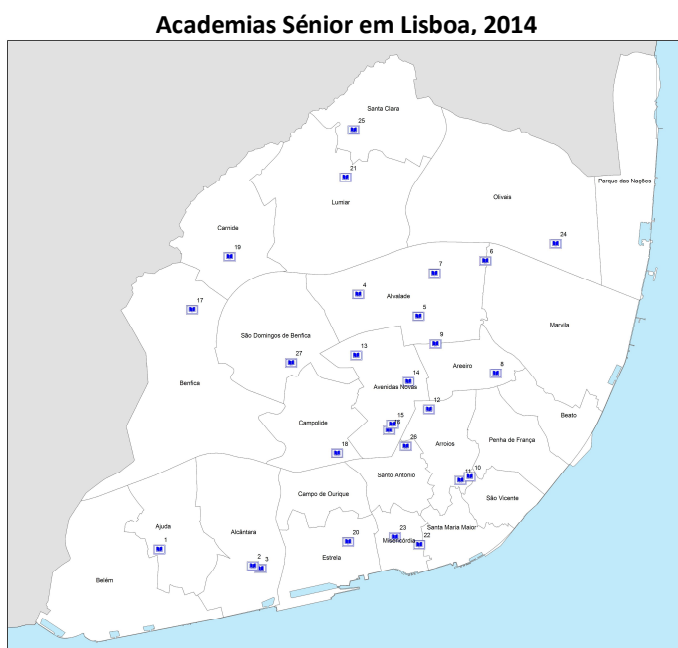
Com o aumento da longevidade, a redução da natalidade e a diminuição da população activa, a própria definição de pessoa idosa tem vindo a ser colocada em causa pela disparidade existente entre a “idade legal para a reforma” e as capacidades individuais das pessoas que a detêm.

Em resultado, têm vindo a verificar-se algumas alterações no sentido da permanência durante mais anos no mercado de trabalho e a promoção de estilos de vida mais saudáveis que proporcionem viver mais anos com saúde (bem estar físico mental e social) e com qualidade de vida.

Esta atitude corresponde aliás à definição adoptada pela Organização Mundial de Saúde para Envelhecimento Activo.

Independentemente da denominação, estas novas respostas são um espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos, seguindo Portugal o modelo inglês, em que se constituem como organizações sem fins lucrativos, baseadas no voluntariado dos docentes e não garantindo certificação.

Em Portugal a primeira Universidade da Terceira Idade foi criada em 1976, apenas três anos após a criação da primeira em França, mas só nos últimos anos este modelo se implantou verdadeiramente com o nascimento de dezenas de novas academias e universidades, passando rapidamente de 30 em 2001 para 112 em finais de 2008. Actualmente em Lisboa existem 27 universidades para a terceira idade.



Fonte: CML, EP-PLHDS

As Universidades para a Terceira Idade são espaços privilegiados de inserção e participação social dos mais velhos.

Espaços verdes e equipamentos de desporto informal, de lazer e recreativo

A Carta Desportiva do Município de Lisboa¹⁶⁴ define os espaços para o desporto informal e recreativo, tendo-se baseado numa caracterização física e espacial de algumas zonas do território, cujas características são favoráveis à criação de percursos, apontando soluções capazes de incentivar a prática desportiva informal através de uma eficiente gestão de recursos.

O desporto informal apresenta assim formas e características que o podem fazer incluir nas actividades de lazer.

No desporto informal e recreativo, o praticante desportivo não necessita de quaisquer apoios ou necessita apenas que lhe sejam concedidas algumas facilidades da parte do Estado, da Autarquia ou de uma Colectividade, para que possa realizar a sua prática de uma forma autónoma. São exemplos disso a corrida, a prática do ciclismo, da canoagem ou da vela realizadas de forma independente e realizada à margem de qualquer estrutura organizativa.

Outro exemplo são os “circuitos de manutenção”, que podem ser circuitos urbanos ou integrados na natureza (Parque de Monsanto) com zonas de descanso e miradouros (zonas de pausa), e que ainda que não tenham enquadramento técnico, possibilitam a prática desportiva de uma forma autónoma.

A Câmara de Lisboa tem circuitos de manutenção em cerca de 19 locais da cidade¹⁶⁵, numa tentativa de fomentar a fruição dos espaços verdes, também através da prática da actividade física. Cada um destes espaços tem entre três e oito equipamentos, cada um deles apropriado a um tipo de exercício físico e para pessoas a partir dos 12 anos.

A instalação de equipamentos de apoio, como sejam 40 quiosques localizados em vários jardins e espaços verdes e em diferentes artérias da cidade, a conservação e a criação de novos parques infantis e juvenis e a consolidação de uma rede de percursos e corredores pedonais e cicláveis foram projectos importantes para a promoção da actividade desportiva informal e consequente melhoria da qualidade de vida dos cidadãos residentes em Lisboa.

Alguns espaços verdes, como o que se localiza junto à Torre de Belém, com vista para o rio, desafogado e tranquilo, ou os jardins da Estrela e da Fundação Calouste Gulbenkian, oferecem um ambiente propício à prática do Tai Chi Chuan, ocorrendo nesses espaços verdes da cidade eventos semanais (ao fim de semana) da prática desta actividade.

Simultaneamente, estas práticas ao ar livre permitem que quem passa possa ver e experimentar e suscita o interesse de todos, o que tem atraído novos praticantes, originado nova procura destas actividades ou de actividades semelhantes, principalmente em locais próximos da sua área de residência. Tem sido crescente a utilização destes locais, assim como a procura em ambientes naturais, para a prática de actividades desportivas informais.

A identificação de espaços, realizada no âmbito da Carta Desportiva do Município de Lisboa, inclui jardins e parques dispersos pela Cidade, espaços relvados amplos (clareiras), que são utilizados com regularidade pela população para a prática de actividades desportivas informais, assim como os percursos no interior das áreas verdes, que oferecem condições para a caminhada e utilização da bicicleta de recreio.

Para além das áreas identificadas, outros espaços incluídos na Estrutura Ecológica Municipal terão ficado por inventariar, por ausência de escala, mas que ao nível da relação de vizinhança com as habitações, constituem um potencial a explorar para o fomento do hábito de praticar exercício físico ou uma actividade desportiva informal.

¹⁶⁴ A Carta Desportiva do Concelho de Lisboa foi aprovada pela Câmara Municipal a 29 de Julho de 2009 (Proposta 1118/CM/2009) e pela Assembleia Municipal, a 2 de Março de 2010 (Deliberação nº 12/AM/2010, tendo sido publicado no 1º Suplemento do Boletim Municipal nº 837 de 4 de Março de 2010.

¹⁶⁵ Parque Oeste, Parque Bensaúde, Vale do Silêncio, Museu de Arte Popular/Jardim Japonês, Jardim Fernando Pessoa, Alameda D. Afonso Henriques, Alameda Roentgen, Parque da Belavista Sul, Jardim Vasco da Gama, no Corredor Verde junto ao Palácio de Justiça, Jardim da Amnistia Internacional (antigos Jardins de Campolide), Mata de Madre Deus, Rua Eugénio de Castro, Campo das Amoreiras, Jardim Caldeira Cabral, Vale Fundão, Parque Silva Porto, Alameda da Encarnação e Jardim do Arco do Cego.

Com efeito, os espaços verdes de uma cidade desempenham um papel fundamental na manutenção dos equilíbrios ecológicos e são fundamentais para a sustentabilidade e qualidade ambiental da cidade e, conseqüentemente, proporcionam as condições necessárias para que os cidadãos possam adoptar estilos mais activos e saudáveis, baseados em actividades físicas, desportivas e de recreio ao ar livre.

Na cidade de Lisboa, a Estrutura Ecológica Municipal¹⁶⁶ é constituída por:

1. Estrutura ecológica fundamental

Em articulação com a rede ecológica definida à escala metropolitana, estabelece as matrizes do sistema de corredores estruturantes, do sistema húmido e do sistema de transição fluvial-estuarino;

2. Estrutura ecológica integrada

Decorre da estrutura ecológica fundamental e inclui os espaços verdes e os logradouros verdes permeáveis, e ainda os espaços verdes de enquadramento a áreas edificadas e os eixos arborizados.

Extracto da Planta da Estrutura Ecológica Municipal, PDM de Lisboa, 2012



ESTRUTURA ECOLÓGICA MUNICIPAL



¹⁶⁶ Regulamento do Plano Director Municipal de Lisboa, publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 168 - 30 de agosto de 2012

O sistema de corredores estruturantes, parte integrante da estrutura ecológica fundamental, é constituído por:

- a) Parque de Monsanto;
- b) Arco Ribeirinho;
- c) Arco Periférico;
- d) Arco Interior;
- e) Corredor Verde Oriental (Vales da Zona Oriental);
- f) Corredor Verde de Monsanto;
- g) Corredor do Vale de Alcântara;
- h) Corredor da Alta de Lisboa;
- i) Corredor de Telheiras.

A maior parte destes corredores estruturantes, possuem áreas específicas, circuitos identificados, aparelhos, equipamentos e estruturas de apoio para a prática desportiva e para diversas actividades físicas e de recreio e lazer, as quais estão à disposição da população, sendo muito importantes para a promoção da saúde e bem-estar.

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



A uma escala de maior proximidade, ou seja ao nível dos bairros e das freguesias, consideram-se os espaços verdes consolidados existentes na cidade de Lisboa, aqueles que integram a estrutura ecológica municipal integrada, e que se subdividem nas seguintes subcategorias:

- a) Espaços verdes de recreio e produção;
- b) Espaços verdes de protecção e conservação;
- c) Espaços verdes de enquadramento a infra-estruturas viárias;
- d) Espaços ribeirinhos.

No contexto regulamentar, apenas os espaços verdes de recreio e produção podem integrar equipamentos colectivos e infra-estruturas de apoio ao recreio e lazer, assim como os espaços ribeirinhos, entendidos como espaços sem utilização portuária exclusiva, possuindo uma vocação de acolhimento de actividades físicas, desportivas e de recreio e lazer ao ar livre.

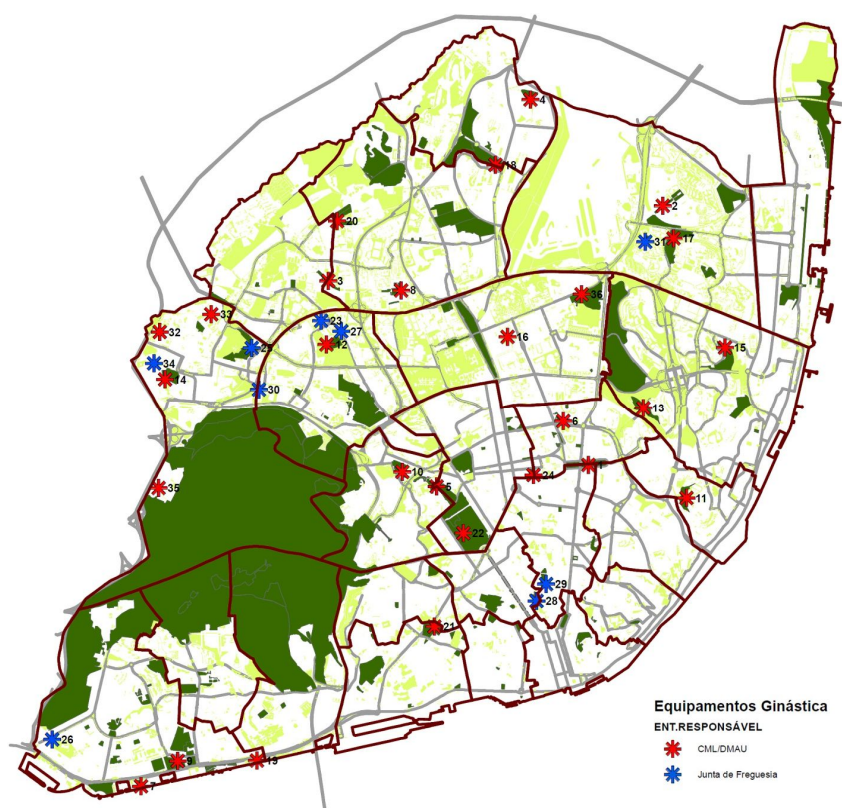
No contexto da cidade saudável e da promoção de estilos de vida saudáveis, importa portanto quantificar e caracterizar, não só os corredores verdes estruturantes e parques, mas também os espaços verdes, jardins e miradouros, bem como os percursos, equipamentos e estruturas existentes ao serviço da população de Lisboa.

De acordo com os indicadores de monitorização do Plano Director Municipal de Lisboa, existem na cidade as seguintes áreas de espaços verdes consolidados:

ESTRUTURA ECOLÓGICA MUNICIPAL - Ambiente e Espaços Verdes	m2	%
Sistema de corredores estruturantes	46.269.361	54,6
Espaços verdes de recreio e produção	9.864.950	10,7
Espaços verdes de protecção e conservação	5.598.216	6,1
Espaços ribeirinhos	787.496	0,8

Considerando a globalidade da estrutura ecológica municipal, em particular os corredores estruturantes, os espaços verdes de recreio e produção e os espaços ribeirinhos, existem na cidade de Lisboa 36 espaços verdes e públicos, nos quais estão instalados aparelhos para a prática de exercício físico e/ou circuitos de manutenção, devidamente assinalados, permitindo à população praticar exercício físico ao ar livre de forma auto-orientada e gratuita.

Espaços verdes e públicos com instalação de aparelhos de ginástica ao ar livre



1 Parque Eduardo VII	19 Mata de Madre de Deus
2 Rua Eugénio de Castro	20 Alameda da Encarnação
3 Parque Silva Porto	21 Parque Vale Fundão
4 Jardim da Estrela	22 Jardim do Arco do Cego
5 CAFE IN	23 Quinta da Paz
6 Vale Grande / Parque Oeste	24 Quinta da Granja
7 Alameda Roentgen	25 Jardim da Rua Inocêncio Francisco da Silva
8 Parque Vale do Silêncio	26 Rua Dom Jerónimo Osório
9 Parque Bensaúde	27 Estrada da Luz
10 Jardim Japonês - Museu de Arte Popular	28 Jardim do Torel
11 Jardim Vasco da Gama	29 Campo dos Mártires da Pátria
12 Jardim Fernando Pessa	30 Rua Ten. Coronel Ribeiro dos Reis
13 Jardins de Campolide	31 Parque José Gomes Ferreira
14 Jardim Professor Francisco Caldeira Cabral	32 Rua Cidade da Beira
15 Alameda D. Afonso Henriques	33 Quinta das Pedralvas
16 Parque da Bela Vista Sul	34 Quinta do Charquinho
17 Corredor Verde / Marquês da Fronteira	35 Rua João Frederico Ludovice
18 Campo das Amoreiras	36 Bairro da Boavista

Fonte: CML, EP-PLHDS

Para além destas actividades realizadas ao ar livre, começam a emergir outras actividades relacionadas com a dança, a expressão corporal e os passeios, corridas e percursos pedestres, que contribuem para a saúde e bem-estar.

Algumas associações preocupadas com a qualidade de vida e saúde, começam a incluir nas suas actividades as Danças de Salão, o Tango, e as Sevilhanas, entre outras. Todas estas danças ajudam a prevenir as doenças cardiovasculares, a aumentar o tónus muscular, a melhorar a postura e o equilíbrio, a estabilidade e a flexibilidade, para além de reduzirem o *stress* e a ansiedade, e aumentarem a auto-estima.

A dança pode ser considerada como uma actividade física que envolve qualquer pessoa, em qualquer idade, e que combate o sedentarismo e, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida, o estado de saúde e bem-estar, através de um estilo de vida mais activo.

Por outro lado, a organização de passeios, corridas, percursos e visitas a locais de interesse histórico-cultural é uma prática recorrente na cidade de Lisboa. São várias as empresas, associações e instituições que promovem estas iniciativas, numa perspectiva de enriquecimento cultural, de valorização do património histórico da cidade de Lisboa e simultaneamente de prática de actividade física, envolvendo, de forma organizada, os cidadãos para uma vida mais activa e saudável.

Os espaços verdes da cidade desempenham um papel fundamental na manutenção dos equilíbrios ecológicos e de sustentabilidade e qualidade ambiental e proporcionam as condições necessárias para que os cidadãos possam adoptar estilos mais activos e saudáveis.

VII.8.3 - Envelhecimento activo

O conceito de *Envelhecimento Activo* foi adoptado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde, no seguimento da 2ª Assembleia Mundial em Madrid, promovida pelas Nações Unidas, e definido como “o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.”¹⁶⁷

Deste modo, o conceito de Envelhecimento Activo pressupõe uma actuação multi e interdisciplinar de modo a que o processo de envelhecimento seja acompanhado das medidas que minimizem os seus efeitos limitadores da autonomia e assegurem condições para o prosseguimento da actividade e participação individual na sociedade ao longo de todo o ciclo de vida.

Esta abordagem procura assim promover uma imagem positiva da população idosa, essenciais numa sociedade inclusiva, participativa, activa e saudável, em que o aumento da esperança média de vida é encarado como uma oportunidade para uma melhor saúde e independência.

A cidade de Lisboa sofreu durante as últimas décadas uma profunda alteração da sua estrutura demográfica, evidenciando um forte envelhecimento na base e no topo da pirâmide etária. Os pontos críticos resultantes desta tendência são o elevado grau de envelhecimento da população, em especial a progressão das pessoas com mais de 75 anos, a exposição à pobreza e as assimetrias de qualidade do habitat, com particular impacte na autonomia das pessoas com mais idade.

Neste contexto, emergem grandes preocupações para o governo da cidade, exigindo uma efectiva e gradual adaptação da cidade ao envelhecimento da população residente, assim como a promoção da participação das pessoas idosas nas decisões que lhes dizem respeito, o aumento da oferta quantitativa e qualitativa dos serviços e das acções adequadas às suas necessidades e às suas expectativas de viver mais anos com qualidade.

Nesse sentido, foi desenvolvido o Plano Gerontológico Municipal (2009-2013), que através de uma visão integrada do processo de envelhecimento, visa promover o envelhecimento *Activo e Saudável* da população da cidade acima dos 55 anos, através de projectos e acções específicas nesta área, pressupondo que sejam criados ou reforçados os meios e mecanismos de participação social, para uma cidadania plena.

¹⁶⁷ WHO. *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002.*

Decorrentes do Plano Gerontológico Municipal, têm sido desenvolvidos Programas e Acções pelo Departamento de Desenvolvimento Social, em articulação com outros serviços e entidades, que se descrevem sumariamente:

Programas desenvolvidos pelas Juntas de Freguesia

Programa Envelhecimento Activo e Saudável (PEAS)

Visa promover e conceder apoio financeiro a projectos desenvolvidos pelas Juntas de Freguesia, na área do Envelhecimento, cuja finalidade seja contribuir para a inserção social e promoção da qualidade de vida dos seniores com 55 ou mais anos.

Programa Praia-Campo Sénior

Tem como principais objectivos promover o bem-estar e a qualidade de vida nos tempos livres e proporcionar momentos de convívio, lazer e confraternização na praia e no campo. É promovido pela CML em parceria com as Juntas de Freguesia. Neste Programa, participam anualmente cerca de 2 500 munícipes com idade igual ou superior a 55 anos.

Programas dirigidos à população idosa isolada ou vulnerável

Operação S.Ó.S.

Operação concertada entre a Câmara Municipal de Lisboa e os parceiros sociais para sensibilizar a comunidade para a vulnerabilidade dos idosos isolados. A CML disponibilizou o número gratuito *800 204 204*, com a finalidade de dar resposta urgente a situações de risco e ao isolamento a que estão sujeitos cerca de 85 mil idosos no concelho de Lisboa.

Serviço de Tele-assistência

Parceria entre a CML e a Fundação PT, aprovada através da Proposta 385/2012, de 14 de Junho, destina-se a contribuir para a manutenção da autonomia dos seniores no seu domicílio, com dignidade e segurança, proporcionando uma resposta imediata em situações de urgência/emergência ou derivadas destas, 24 horas por dia, 7 dias por semana, bem como apoio na solidão a todos aqueles que se encontrem em situação de vulnerabilidade ou dependência (física ou psicológica).

Programa Municipal Ajuda Lisboa (PMAL)

Aprovado pela Deliberação 764/2012, de 14 de Novembro, pretende constituir-se como uma resposta social, integrada e articulada em parceria com outras entidades, às situações de isolamento e dependência identificadas, num modelo de gestão de caso. Através de uma plataforma colaborativa on-line, bem como de um conjunto de respostas em rede previamente articuladas, pretende garantir uma melhor cobertura das situações referenciadas e uma gestão de casos mais eficaz, com evidentes benefícios para os munícipes de Lisboa, em particular os mais vulneráveis.

Programa de voluntariado

Voluntariado Sénior

Tem como objectivo o enquadramento da população sénior da Cidade de Lisboa em projectos nas áreas do ambiente e da cultura, assumindo-se com especial relevância no domínio do envelhecimento activo, sendo presentemente uma das vertentes mais expressivas do *Banco de Voluntariado da Cidade de Lisboa*, que assume a responsabilidade do recrutamento destes voluntários.

Plano de Intervenção para a Área do Envelhecimento (PIAE) - Rede Social

Aprovado em sessão plenária do Conselho Local de Acção Social de Lisboa (CLAS) em 5 de Dezembro de 2012, visa a “prossecução de uma acção territorializada que envolva e mobilize os parceiros locais, para que todos, de uma forma sustentada, unam esforços e combinem iniciativas que acrescentem valor na Área do Envelhecimento”.

A Plataforma para a Área do Envelhecimento (PAE), composta por 18 Entidades¹⁶⁸ com intervenção na área do envelhecimento no território da cidade, tem como missão implementar o PIAE até 2015, que constitui o culminar de um trabalho de diagnóstico participado, de reflexão sobre a temática, com técnicos, dirigentes, pessoas idosas e de pesquisa bibliográfica sobre literatura científica especializada. O documento incorpora a proposta de um plano de acção com definição de eixos, objectivos estratégicos e específicos, acções, cronograma, resultados e produtos.

O **Plano de Intervenção para a Área do Envelhecimento da Rede Social de Lisboa** encontra-se estruturado em torno de **três (3) Eixos Estratégicos**, com os respectivos objectivos estratégicos, estratégias de intervenção, objectivos específicos e acções¹⁶⁹.

- o **1º Eixo Estratégico – Conhecimento, Sensibilização e Educação** traduz-se em dois objectivos estratégicos, que contemplam o conhecimento e a informação, quer ao nível de cada território local, quer ao nível da cidade, pretendendo contribuir para a produção e aumento do conhecimento para uma melhor intervenção nesta área.
- o **2º Eixo Estratégico – (Re)Qualificação das Respostas/Serviços** traduz-se em dois objectivos estratégicos, que visam contribuir para a promoção da qualificação da intervenção nas respostas/serviços e para a qualidade da intervenção dos profissionais e dirigentes.
- o **3º Eixo Estratégico – Inovação da Intervenção** traduz-se em dois objectivos estratégicos, que pretendem contribuir para a identificação de novas respostas para a actual e nova geração de pessoas idosas e para a sensibilização do poder político para a necessidade de uma Estratégia Nacional para Área do Envelhecimento.

A implementação deste Plano perspectiva-se numa lógica de transversalidade, privilegiando a sua apropriação pelas Comissões Sociais de Freguesia e grupos de trabalho ligados ao envelhecimento; preconiza a constituição de equipas técnicas territoriais por proximidade de zona geográfica, para assim potenciar a intervenção, conseguir ganhos em economia e rentabilizar recursos, estabelecer a articulação entre territórios contíguos, facilitar a divulgação e circulação de informação, a partilha de experiências e a criação de sinergias de trabalho.

Simultaneamente, a reflexão sectorial sobre o envelhecimento pode constituir-se como um facilitador de um elevado potencial e conteúdos de trabalho, permitindo um maior conhecimento da realidade de cada território.

O conceito de *Envelhecimento Activo* foi adoptado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde, sendo definido como “o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

O Envelhecimento Activo pressupõe uma actuação multi e interdisciplinar para que o processo de envelhecimento seja acompanhado das medidas que minimizem os seus efeitos limitadores da autonomia.

¹⁶⁸ Associação de Aposentados, Pensionistas e Reformados (APRe!), Associação Nacional das Farmácias, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer, Administração Regional de Saúde de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Comando Metropolitano de Lisboa – Polícia de Segurança Pública, Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Lisboa, DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, Federação das Instituições de Terceira Idade (FITI), Fundação São João de Deus, Instituto de Segurança Social, IP - Centro Distrital de Lisboa (ISS, IP-CDL), Junta de Freguesia da Ajuda, Junta de Freguesia de Benfica, Junta de Freguesia de Arroios, Junta de Freguesia dos Olivais, Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal (EAPN) – Núcleo Distrital de Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)

¹⁶⁹ <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt>

VII.8.4 - Participação Cívica

A participação cívica é um dos domínios considerados na avaliação da qualidade de vida e do bem-estar das populações, sendo um indicador do nível de desenvolvimento social e humano.

Constituída pelo conjunto de acções ou iniciativas que impulsionam o desenvolvimento local e a democracia participativa, através da integração da comunidade no exercício político, revela o grau de satisfação e confiança nas instituições e na capacidade individual de participar na transformação da sociedade.

O inverso, a falta de participação cívica, revela o sentimento de impotência, o desencanto, o alheamento, a incerteza e a falta de perspectivas no futuro, vulnerabilidade preocupante principalmente na população mais jovem entre os 15 e os 30 anos, geração já apelidada de “nem-nem” (nem escola, nem trabalho)¹⁷⁰, que está em risco de inverter o que nas últimas décadas tem sido norma, o de aspirar a uma vida melhor do que a dos seus pais.

Na sequência da instauração do regime democrático após o 25 de Abril, verificou-se um crescente envolvimento e mobilização da população portuguesa, sem que se tenha atingido contudo um nível de participação equivalente ao verificado no resto da Europa, sendo a opinião pública e a sociedade civil portuguesa ainda das mais débeis da Europa Ocidental.

Os portugueses mantêm-se distantes em relação aos órgãos de poder, não confiando nas instituições, nem na capacidade de intervenção das organizações de defesa de interesses colectivos.

Em Portugal, apenas 18% das pessoas afirmam confiar no governo, percentagem muito inferior à média dos países da OCDE (39%)¹⁷¹.

A taxa de sindicalização evoluiu negativamente nas últimas décadas: de 31% da população adulta em 1978 passou para 12,9% em 1984 e 11% em 2000.

As organizações populares de base, em que se incluem as Comissões de Moradores, Assembleias de Moradores, Assembleias Populares, Comissões de Trabalhadores, que se desenvolveram igualmente depois do 25 de Abril, em torno das questões da habitação e do trabalho, revelam uma evolução idêntica, embora ainda existam diversas Comissões de Moradores, principalmente nas áreas urbanas de Lisboa, Porto e Setúbal, mantendo-se inclusivamente dinâmicas e com níveis de participação popular significativos.

Em Lisboa existem em actividade 29 Comissões de Moradores¹⁷², sendo também de mencionar na área da habitação a Associação Lisbonense de Proprietários e a Associação de Inquilinos Lisbonenses.

Uma forma tradicional de participação na vida local é através das colectividades de cultura, recreio e desporto, estruturas da maior importância na dinamização cultural, artística, recreativa, desportiva e associativa das comunidades locais, enfrentando actualmente dificuldades de subsistência, por escassez de receitas e financiamentos, carência de instalações, dificuldades técnicas e materiais e até dificuldades de disponibilidade por parte dos seus dirigentes.

¹⁷⁰ Em inglês NEET - "Not currently engaged in Employment, Education or Training"

¹⁷¹ OCDE, Índice de Bem-estar, Maio 2014

¹⁷² Alcântara, Alfama, Alfinetes e Salgadas, Alto do Lumiar, Alto dos Toucinheiros, Bairro Boavista, Bairro Chinês de Marvila, Bairro Cruz Vermelha do Lumiar, Bairro da Bela Flor, Bairro da Flamenga, Bairro da Quinta das Laranjeiras, Bairro da Quinta do Ourives, Bairro das Amendoeiras, Bairro das Furnas, Bairro do Armador, Bairro dos Loios, Bairro Flor da Serra, Bairro Padre Cruz, Bairro Quinta do Chale, Baixa Pombalina, Campo Grande, Casal da Vista Alegre, Condado - Marvila (antiga Zona J Nova de Chelas), Mourelos, Parque das Nações,, Quinta Marquês de Abrantes, Santa Maria de Belém e S. Francisco Xavier, São Domingos de Benfica e Telheiras.

Em 2006 Lisboa tinha mais de 500 colectividades, algumas centenárias, sendo a capital com mais colectividades, clubes, casas regionais e associações recreativas da Europa¹⁷³. A título de exemplo, na área do desporto, existem actualmente em Lisboa 239 colectividades exclusivamente com actividades desportivas ou com actividades desportivas além de outras actividades culturais ou recreativas.

Outro tipo de organizações tem tido uma evolução positiva, como sejam as associações de solidariedade social, de defesa dos direitos humanos, de defesa das mulheres, de minorias étnicas, de homossexuais, as associações de pais, de reformados... assumindo um papel cada vez mais relevante na sociedade, como parceiras na execução de políticas sociais ou como representantes de segmentos específicos da população.

Na área da defesa dos utentes de saúde, o número de associações tem crescido, sendo-lhes reconhecida pelo Estado¹⁷⁴ o direito à participação e intervenção junto da Administração Central, Regional e Local, contribuindo, deste modo, para o maior envolvimento e participação dos doentes, organizados formalmente, na definição e operacionalização das estratégias, planos e programas nacionais de saúde.

A recente crise económica e o regime de austeridade que lhe está associado, com a conseqüente diminuição da qualidade de vida e a crescente injustiça social, conduziu a um recrudescimento dos movimentos sociais, associados a dinâmicas de protesto.

Outro indicador da confiança pública no governo e da participação dos cidadãos no processo político é o nível de afluência às urnas, uma vez que, embora o direito de voto seja garantido a todos os cidadãos, apenas alguns exercem este direito.

Nas mais recentes eleições, realizadas para o Parlamento Europeu, o número de eleitores em Portugal foi de 33,76%, valor inferior à média europeia (42,54%).

Quanto ao género, as taxas de voto de homens e de mulheres são sensivelmente as mesmas.

Os índices de participação nos grandes centros urbanos são normalmente mais expressivos do que nos centros rurais. Segundo o Índice de Qualidade de Vida da OCDE (OECD Well being indicators), a região de Lisboa tem um índice de 4,2 (em 10) de Participação Cívica (Civic Engagement).

Lisbon reaches **4.2** / 10 points in **Civic Engagement**.



Este valor é também baixo relativamente às outras regiões dos países da OCDE, situando-se abaixo da média, no segmento dos 34% mais baixos.

Compared across all OECD regions, the region is in the

bottom 34% in **Civic Engagement**.



Comparativamente às outras regiões nacionais, Lisboa ocupa no entanto o 1º lugar no seio das 7 regiões consideradas (Lisboa, Norte, Centro, Alentejo, Algarve, Madeira e Açores).

This puts the region in position **1** / 7 regions in Portugal.

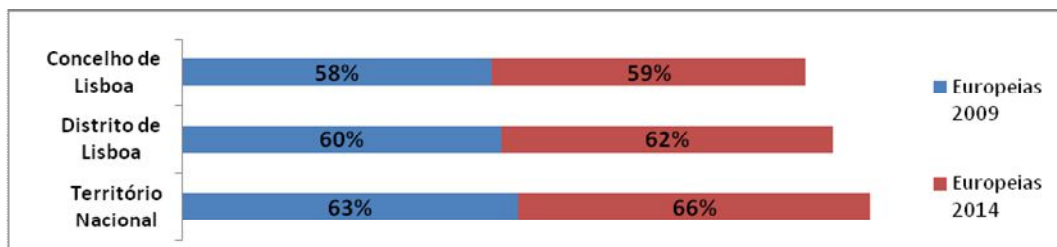


¹⁷³ *Colectividades de Lisboa, Maria João Figueira Rego e Luís Filipe Maçarico, CML 2006*

¹⁷⁴ *Lei n.º 44/2005, de 29 de Agosto, Portaria n.º 535/2009*

A taxa de abstenção tem vindo a aumentar em todo o território nacional e também em Lisboa. Comparando as taxas de abstenção nas duas últimas eleições autárquicas (2009 e 2013) e europeias (2009 e 2014), o concelho de Lisboa apresenta uma percentagem mais baixa nas duas eleições europeias (2009 e 2014), com uma diferença de 7% relativamente ao território nacional e 3% em relação ao distrito.

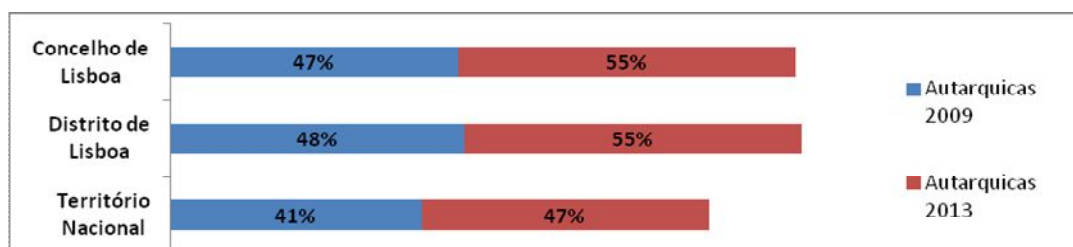
Taxa de abstenção nas eleições europeias, 2009 e 2014



Paradoxalmente, nas eleições autárquicas, que são eleições mais territorializadas e de maior proximidade aos cidadãos, a abstenção apesar de ter sido menor em termos absolutos, foi maior em termos relativos: houve um aumento mais expressivo, de 47% para 55% (+8%) de 2009 para 2013.

Em 2013, o concelho e o distrito de Lisboa apresentaram a mesma taxa de abstenção (55%), bastante acima da média nacional (47%).

Taxa de abstenção nas eleições autárquicas, 2009 e 2013



Os níveis de participação têm vindo a diminuir, tendo no entanto havido um recrudescimento recente associado a movimentos de protesto contra o regime de austeridade e consequente diminuição da qualidade de vida e crescente injustiça social.

Orçamento Participativo (OP)

Com o objectivo da promoção da cidadania e participação dos munícipes, foi criada aquando da recente reestruturação orgânica do município de Lisboa, a Divisão de Inovação Organizacional e Participação (DIOP) do Pelouro da Economia, Educação e Inovação, responsável entre outras atribuições pelo Portal Lisboa Participa, que gere Projectos, Programas e Prémios, como o Orçamento Participativo de Lisboa, Agenda 21 Local, Simplis, Academia Lx e Open Data.¹⁷⁵

O programa Orçamento Participativo de Lisboa (OP) é “uma das formas de participação dos cidadãos na governação da cidade de Lisboa.

Através do OP, os cidadãos apresentam propostas para a cidade e os cidadãos votam os projectos que querem ver concretizados em Lisboa, ou seja “os munícipes propõem e a Câmara Municipal de Lisboa executa.”

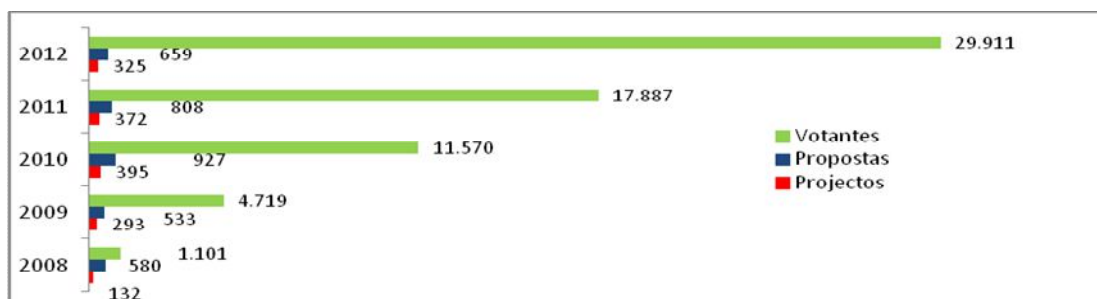
“Lisboa foi a primeira capital europeia a implementar o Orçamento Participativo (OP), com o objectivo de aprofundar a ligação da autarquia com os seus Munícipes, inspirado nos valores da Democracia Participativa”¹⁷⁶.

¹⁷⁵ <http://www.lisboaparticipa.pt/>

¹⁷⁶ <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt/>

Desde a primeira edição do OP, em 2008/2009, que tem vindo a aumentar consideravelmente o número de propostas e o número de votantes. O aumento mais acentuado verificou-se de 2011 para 2012 (de 17 887 para 29 911 votos). No que respeita ao número de projectos sujeitos a votação houve uma ligeira diminuição de 2011 para 2012 (de 372 para 325). O número de propostas apresentadas pelos munícipes (via internet e via presencial) tem apresentado oscilações ao longo das 5 edições.

Número de votantes, projectos e propostas - Orçamento Participativo de Lisboa, 2008 a 2012



Programa BIP/ZIP

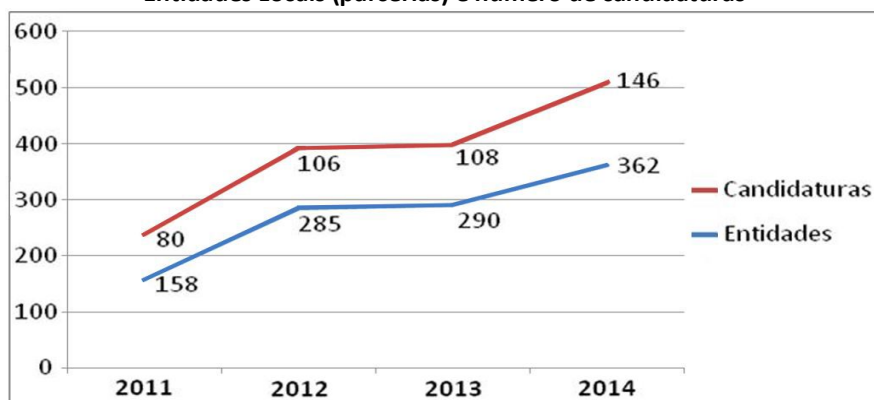
De cariz diferente, destinado a estimular e incentivar parcerias ao nível local e contribuir para o desenvolvimento sociourbanístico dos 67 BIP/ZIP¹⁷⁷, foi também criado pelo Município o Programa BIP/ZIP numa perspectiva de governação local partilhada¹⁷⁸.

“O Programa BIP/ZIP foi concebido para apoiar uma ampla diversidade de tipologias de projectos. O financiamento atribuído pelo Programa deve ser perspectivado como um contributo inicial para desencadear dinâmicas comunitárias e encontrar soluções criativas para os problemas vividos nos territórios, devendo as entidades promotoras e parceiras assegurar a continuidade das intervenções e o funcionamento dos produtos resultantes dos projectos, para além do período de vigência dos apoios.”¹⁷⁹

Estas parcerias podem ser constituídas por organizações sem fins lucrativos, IPSS, Associações de Desenvolvimento Local, Associações de Moradores, associações religiosas, desportivas, de jovens, de pais/encarregados de educação, colectividades, etc. Podem ainda constituir estas parcerias grupos informais na qualidade de parceiros, mas não na qualidade de promotores dos projectos.

Também no programa BIP/ZIP houve um aumento significativo no número de projectos apresentados ao longo das 4 edições, bem como no número de entidades locais participantes.

Programa BIP/ZIP - Evolução do número de Entidades Locais (parcerias) e número de candidaturas



¹⁷⁷ Ver Capítulo VII.2.7

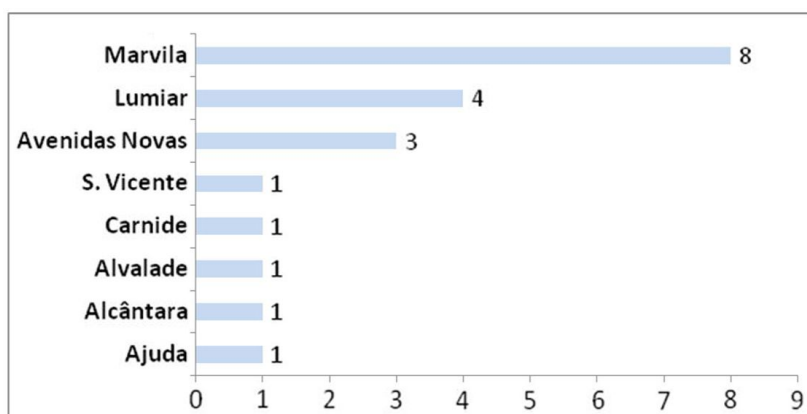
¹⁷⁸ Prémio de boas práticas em participação cidadã 2013, atribuído pelo observatório internacional da democracia participativa (OIDP)

¹⁷⁹ <http://habitacao.cm-lisboa.pt>, FAQ

Na última edição (2014, 4ª edição) houve mais 38 candidaturas e mais 72 entidades que concorreram ao programa. Das 362 entidades, 138 são entidades que nunca tinham concorrido, indício de que a sociedade civil lisboeta está a estabelecer cada vez mais consensos entre pares e a estabelecer parcerias em prol de causas locais (bairro ou zona).

Analisando o número de Associações de Moradores que em cada freguesia apresentaram projectos ou figuram como parceiros em projectos de terceiros, constata-se que se encontram distribuídas pelas 5 Unidades Territoriais da cidade, apesar de uma maior preponderância da zona Oriental e especificamente da freguesia de Marvila.

Programa BIP/ZIP 2014 - número de Associações de Moradores por freguesia (promotoras e/ou parceiras)



Para além do aumento do número de entidades da sociedade civil (as entidades públicas são uma percentagem reduzida) que constituem as parcerias locais, tem vindo também a aumentar a diversidade das áreas de intervenção destas entidades.

A heterogeneidade das parcerias também é de salientar, ou seja, os projectos têm nas parcerias associações ligadas a áreas tão diferentes como o ambiente, o apoio social ou a cultura e/ou expressão artística. Os agrupamentos de escolas da cidade também têm reforçado as parcerias do programa BIP/ZIP, a última edição contou com 15 agrupamentos de escolas.

Os Conselhos Municipais constituem também uma forma de participação activa na vida cívica da cidade, assumindo um importante papel enquanto estruturas consultivas do município.

Os Conselhos Municipais integram várias entidades da sociedade civil (associações, representantes das comunidades, organizações representativas) em diversas áreas e sectores da sociedade, estando neste momento formalmente constituídos 3:

- Conselho Municipal para a Interculturalidade e Cidadania – CMIC
(criado em 1993, é constituído formalmente por 17 associações de imigrantes)
- Conselho Municipal para a Integração das Pessoas com Deficiência – CMIPD
(criado em 1997, integra 28 associações da área da deficiência)
- Conselho Municipal da Juventude – CMJ
(criado em 1991, só em 2014 iniciou o seu funcionamento formalmente)

No âmbito do Programa BIP/ZIP têm aumentado o número de parcerias locais de entidades da sociedade civil e a diversidade das áreas de intervenção destas entidades.

VII.8.5 - Apoio familiar e informal

Os cuidados informais baseiam-se na vigilância e apoio a pessoas dependentes tais como crianças, idosos, doentes ou deficientes, na realização de tarefas diárias elementares, como sejam a alimentação e a higiene pessoal, por parte de não profissionais, normalmente familiares ou pessoas próximas ligadas por laços de amizade ou vizinhança.

Na sociedade actual, em que a estrutura familiar se tem vindo a alterar e a mulher passou a integrar o mercado de trabalho, os cuidados informais continuam a representar uma mais-valia social, quando não constituem um recurso alternativo à ausência ou dificuldade de resposta das Instituições de Solidariedade Social e do Estado.

Apesar das mudanças estruturais que se têm verificado, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos da pessoa dependente, em que o papel de cuidador é assumido pelo elemento da família mais vocacionado ou com maior capacidade ou disponibilidade, a que normalmente crescem sentimentos de dever. São exemplos a mãe ou a avó da criança de colo, menos frequentemente o pai, qualquer dos progenitores no caso de um filho adulto com deficiência, um dos filhos da pessoa idosa ou o cônjuge também ele idoso.

Em toda a Europa os avós, as avós em particular, estão a desempenhar um papel fundamental na prestação de cuidados informais, intensivos ou ocasionais, aos seus netos. Num estudo recente realizado em 11 países europeus¹⁸⁰, constatou-se que mais de 40% dos avós prestam algum tipo de cuidados aos netos sem a presença dos pais, sendo que os países do sul da Europa – Hungria, Portugal, Espanha, Itália e Roménia – são os que apresentam a maior percentagem de avós a cuidar de netos diariamente (14% em Portugal).

Quando as prestações sociais pagas aos pais e às mães que ficam em casa são limitadas, a oferta de estruturas formais de acolhimento de crianças é escassa e há poucas oportunidades de as mães trabalharem a tempo parcial, os avós asseguram uma grande parte dos cuidados intensivos prestados aos seus netos.

Entre os 11 países estudados, Portugal apresenta a mais elevada percentagem de mães com filhos com idades inferiores aos seis anos que trabalham a tempo inteiro. Adicionalmente, nestes países as mães que trabalham fazem-no frequentemente durante mais de 40 horas por semana¹⁸¹

No caso da pessoa idosa a carecer de apoio, principalmente de apoio ligeiro ou moderado, na ausência de familiares, as relações de amizade ou de solidariedade e de vizinhança ainda constituem uma realidade, falhando apenas quando existe uma atitude defensiva por parte da pessoa dependente. Este tipo de apoio é no entanto predominantemente utilitário, por exemplo no apoio a compras, na limpeza da casa, na confecção de refeições, em situações de emergência, conferindo no entanto um sentimento de segurança decorrente da proximidade.

A função de cuidador informal é assumida sem preparação, não é remunerada e normalmente é exercida em horário ininterrupto e sem previsão de limite de tempo, no apoio às tarefas do dia-a-dia, mas também na doença.

A prestação contínua de cuidados pode constituir uma sobrecarga física e psicológica para o cuidador, acabando por comprometer a sua vida profissional, social e até familiar, quando não também a sua saúde.

É fundamental que os serviços de apoio formal das áreas social e de saúde tenham um papel no alívio da sobrecarga do cuidador informal.

Quando o cuidador informal é acompanhado, dividindo as tarefas com outros prestadores de cuidados, no domicílio ou fora dele, o apoio poderá mais facilmente garantir conforto, prazer e qualidade de vida, tanto à pessoa cuidada como ao cuidador.

É pois necessária a criação de respostas de complementaridade aos cuidadores informais de crianças, adultos e idosos, por parte das Instituições de Solidariedade Social e do Estado, quer em cuidados formais quer em apoios financeiros, que permitam à família e ao cuidador principal optar pelas soluções que melhor respondem às necessidades e respectivo contexto.

¹⁸⁰ Karen Glaser, Debora Price, Eloi Ribe Montserrat, Giorgio di Gessa e Anthea Tinke, "A prestação de cuidados pelos avós na Europa: as políticas familiares e o papel dos avós na prestação de cuidados infantis", Março 2013

¹⁸¹ *Ibidem*

No que se refere às pessoas muito idosas, designadamente às questões relativas à organização do sistema de apoio familiar, a complexidade crescente do tipo de necessidades constitui um verdadeiro desafio à inovação e à planificação das respostas sociais.

A família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos da pessoa dependente, como crianças, idosos e pessoas com deficiência, em que o papel de cuidador é assumido pelo elemento da família mais disponível, a que normalmente acrescem sentimentos de dever.

Portugal, apresenta uma elevada percentagem de mães com filhos com idades inferiores aos seis anos que trabalham a tempo inteiro, frequentemente durante mais de 40 horas por semana.

No caso da pessoa idosa a carecer de apoio, principalmente de apoio ligeiro ou moderado, na ausência de familiares, as relações de amizade ou de solidariedade e de vizinhança ainda constituem uma realidade, dando um apoio predominantemente utilitário.

A prestação contínua de cuidados pode constituir uma sobrecarga física e psicológica para o cuidador, acabando por comprometer a sua vida profissional, social e até familiar, quando não também a sua saúde.

VII.8.6 - Segurança e criminalidade

Apesar de a criminalidade não ser uma manifestação unicamente urbana, é nas cidades que incide com mais intensidade, gerando a sensação de insegurança na população.

O Distrito de Lisboa, conjuntamente com os Distritos de Porto, Setúbal, Faro, Braga e Aveiro apresentam 69% dos crimes ocorridos no país em 2013 e participados aos Órgãos de Polícia Criminal (PSP, GNR e PJ), destacando-se o Distrito de Lisboa com 25%¹⁸².

A Criminalidade Violenta e Grave, que inclui 25 tipos de crimes¹⁸³ que se destacam pela sua violência física ou psicológica, representa 5,5% das participações, em que os “Roubos na Via Pública” constituem 65% deste grupo de criminalidade, sendo o “Roubo por esticção” o tipo de roubo na via pública mais frequente (82%).

Considerada a totalidade das participações no país, a criminalidade tem vindo a diminuir (-7% em 2013 do que em 2012), sendo o ano de 2013 o que apresenta a menor incidência na última década. Também no Distrito de Lisboa as participações diminuíram (-11%).

No que se refere a Lisboa e tendo por base dados de 2012, comparativos com 2011, do Comando Metropolitano de Lisboa (Cometlis), a criminalidade violenta e grave desceu 15%, tendo também diminuído em 5% a criminalidade geral.

Contudo, 2 tipos de crime viram o número de participações aumentar de 2012 para 2013, quer no país, quer em Lisboa, o “furto de oportunidade de objecto não guardado” (+20%) e a “violência doméstica” (+3%)¹⁸⁴.

Para além dos eventuais danos, decorrentes de qualquer acto criminoso, atentatório da integridade física e psicológica da vítima, a constatação da existência de actos de violência, perpetrados contra terceiros, representa para qualquer pessoa uma ameaça, e o sentimento de insegurança constitui em si uma restrição ao bem-estar.

¹⁸² Relatório Anual de Segurança Interna, 2013, SSI, Sistema de Segurança Interna

¹⁸³ Homicídio voluntário consumado, Ofensa à integridade física voluntária grave, Rapto, sequestro e tomada de reféns, Violação, Roubo a banco ou outro estabelecimento de crédito, Roubo a farmácias, Roubo a ourivesarias, Roubo a outros edifícios comerciais ou industriais, Roubo a residência, Roubo a tesouraria ou estações de correio, Roubo a transportes de valores, Roubo de viatura, Roubo em estabelecimento de ensino, Roubo em posto de abastecimento de combustíveis, Roubo em transportes públicos, Roubo na via pública excepto por esticção, Roubo por esticção, Outros roubos, Extorsão, Pirataria aérea e outros crimes contra a segurança da aviação, Motim, instigação ou apologia pública do crime, Associações criminosas, Resistência e coacção sobre funcionário, Organizações terroristas e terrorismo nacional, Outras organizações terroristas e terrorismo internacional.

¹⁸⁴ Relatório Anual de Segurança Interna, 2013, SSI, Sistema de Segurança Interna

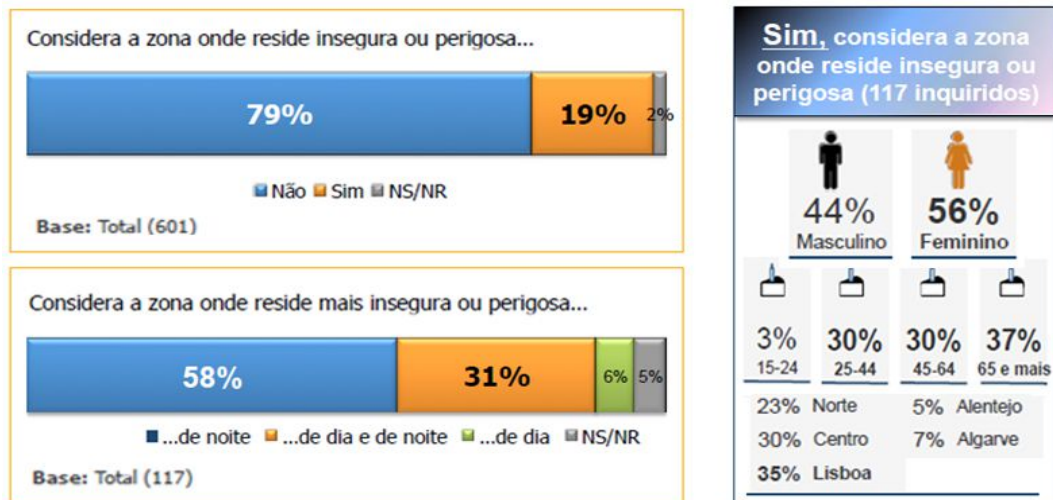
A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), em parceria com a INTERCAMPUS, realizou um inquérito sobre criminalidade e insegurança junto da população portuguesa ao nível nacional, incidindo especificamente sobre os seguintes aspectos:

- Sentimento de segurança na sua área residencial;
- Sentimento de segurança em termos pessoais;
- Sentimento de segurança em relação aos bens pessoais;
- Experiência pessoal nos últimos 12 meses

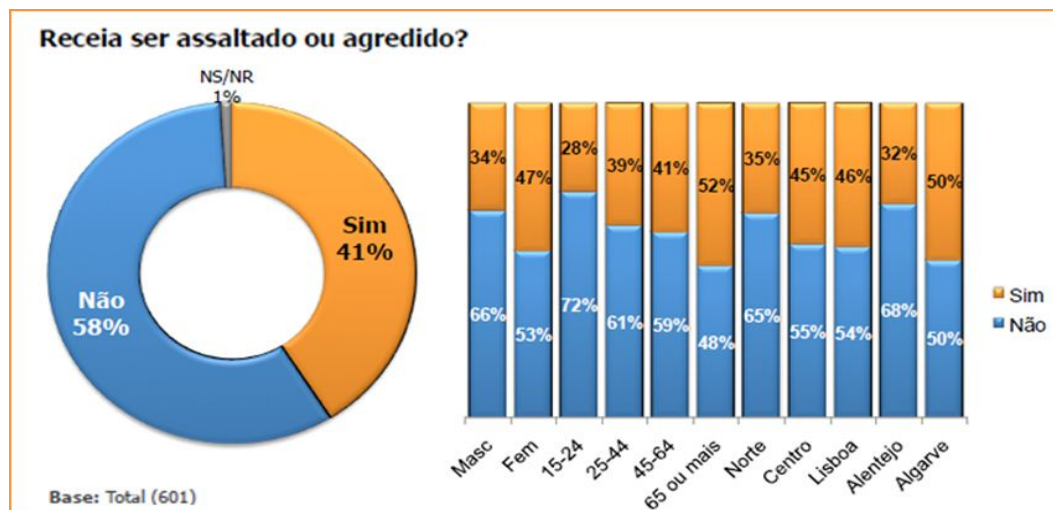
O inquérito foi realizado através de entrevistas, a um universo de 601 indivíduos entre 15 e os 65 e mais anos, residentes no Continente, com a seguinte distribuição por região:

Norte	221
Centro	143
Lisboa	166
Alentejo	45
Algarve	26

No total das 601 entrevistas, apenas 117 dos inquiridos (19%) considera a zona onde reside como perigosa ou insegura, sendo o sentimento de insegurança e perigosidade exponencialmente mais elevado durante a noite. Este sentimento é mais elevado na região de Lisboa (35%), a pouca distância da percentagem verificada na região Centro (30%).

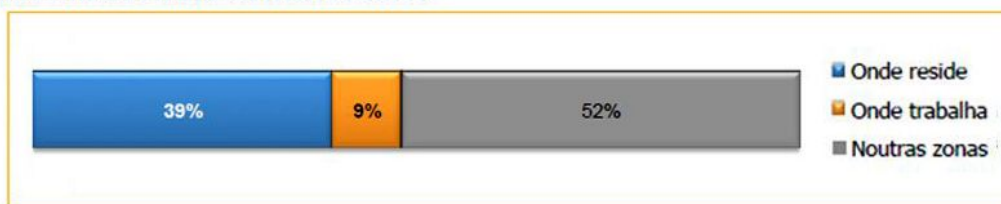


Destes 19%, mais de metade (58%) afirma não recear ser assaltado ou agredido, sendo este receio mais acentuado junto dos entrevistados de escalões etários mais elevados (65 ou mais anos), e nas regiões do Algarve, Lisboa e Centro.

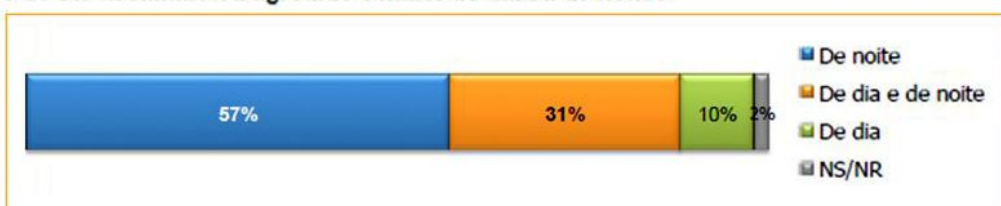


Para além da área de residência, a área de trabalho ou estudo é claramente percebida como uma área de maior segurança no que respeita a agressões ou assaltos. O receio destas acções acontecerem é também maior durante a noite.

O receio de ser assaltado ou agredido é maior na zona onde reside, na zona onde trabalha ou estuda ou noutras zonas?



O receio de ser assaltado ou agredido é maior de dia ou de noite?

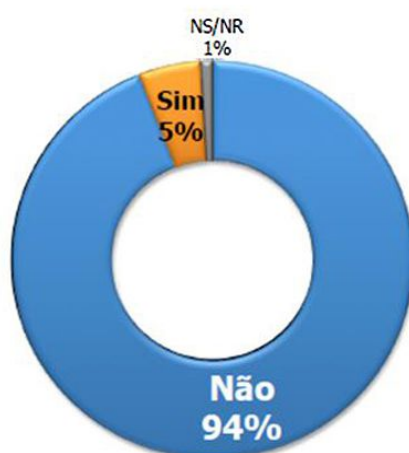


Base: Total (245)

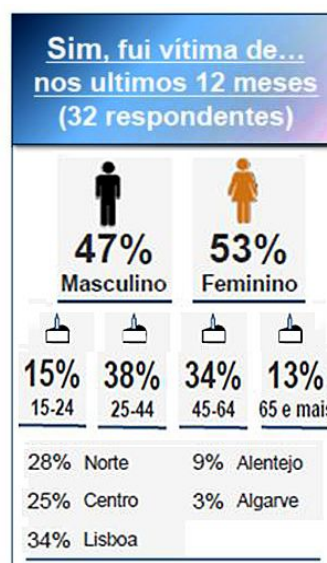
O receio de que a residência própria seja assaltada é declarado por 52% dos respondentes, sendo mais destacado junto dos inquiridos do sexo feminino e da população com 25 e mais anos de idade, e nas regiões do Algarve, Lisboa e Centro.

No que respeita ao receio de ser alvo de insultos, ameaças ou agressões no interior da residência, 78% da amostra responde negativamente. Junto dos inquiridos que afirmam ter este sentimento destacam-se os indivíduos do sexo feminino e das classes etárias com 25 e mais anos de idade. A maior percentagem que afirma este receio situa-se na região Norte (37%), verificando na região de Lisboa a percentagem de 27%, seguida da região Centro com 24% e os mínimos de 7% e 4%, respectivamente nas regiões do Algarve e Alentejo.

Num total de 601 inquéritos, 5% da amostra inquirida (32 respondentes) afirmou ter sido vítima de assalto, agressão ou outro crime nos últimos 12 meses. Na região de Lisboa 34% foi vítima nos últimos 12 meses.



Base: Total (601)



Base: Indivíduos que responderam afirmativamente: 32

Modelo Integrado de Policiamento de Proximidade (MIPP)

Em Maio de 2006, a Directiva Estratégica n.º 10/2006 de 15 de Maio da Direcção Nacional da PSP, veio implementar o PIPP (Programa Integrado de Policiamento de Proximidade), actualmente designado por MIPP (Modelo Integrado de Policiamento de Proximidade). Este tipo de policiamento assenta em parcerias estratégicas com entidades e organizações locais na procura de soluções para os problemas concretos, tendo como objectivo geral efectuar policiamento de proximidade em interacção com a comunidade, com o intuito de combater a criminalidade e o sentimento de insegurança.

No âmbito deste Modelo foram criadas equipas de proximidade, com elementos policiais com formação específica, como as Equipas de Proximidade e de Apoio à Vítima (EPAV), as Equipas Especializadas em Violência Doméstica (EEVD) ou as Equipas do Programa Escola Segura (EPES).

O Programa Escola Segura, criado em 1992, é um dos Programas de Prevenção e Policiamento existentes, de que se destacam os seguintes programas:

Programa Escola Segura, segurança e protecção da comunidade escolar.

Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança, segurança e tranquilidade da população idosa e prevenção de riscos.

Programa de Apoio à Vítima – Violência Doméstica, prevenção, sinalização, protecção e segurança, atendimento, apoio e acompanhamento pós-vitimação.

Programa Comércio Seguro, segurança junto a estabelecimentos comerciais.

Programa Significativo Azul, segurança objectiva e subjectiva das pessoas com deficiência intelectual e multideficiência, e dos que com elas interagem.

Programa Abastecimento Seguro, segurança e alarme em tempo real de actividade criminal contra postos de abastecimento de combustíveis.

Sistema Táxi Seguro, prevenção e combate à criminalidade exercida contra taxistas.

Programa Farmácia Segura, segurança, prevenção e combate à criminalidade dirigida às farmácias, funcionários e utentes.

Sistema de Protecção Videovigilância, prevenção e repressão do crime em locais públicos de utilização comum¹⁸⁵.

A Polícia Municipal de Lisboa é um corpo especializado, armado e uniformizado, integrado na estrutura da Câmara Municipal de Lisboa, que tem por missão fiscalizar, no município de Lisboa, o cumprimento de todas as leis e regulamentos que disciplinem matérias relativas às atribuições das autarquias e à competência dos seus órgãos, cooperando com as forças de segurança na manutenção da tranquilidade pública e na protecção das comunidades locais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

As suas principais áreas de intervenção são o Alojamento, o Comércio e Abastecimento, o Espaço Público, a Defesa e Protecção da Natureza e do Ambiente, o Património Municipal, a Protecção e Saúde Pública, a Mobilidade Urbana, e o Urbanismo e Construção.

Actualmente, um dos principais desafios que se colocam à Polícia Municipal de Lisboa, prende-se com a necessidade de se desenvolverem novas estratégias de intervenção que facilitem a aproximação da polícia ao cidadão e que contribuam para a melhoria da qualidade do serviço prestado e da qualidade de vida dos cidadãos.

Policiamento Comunitário

Dos projectos recentemente postos em prática destaca-se o “Policiamento Comunitário”, iniciado em finais de 2007 na zona da Baixa, com a designação “Baixa-Chiado mais Seguros” e replicado em 2008 em Alvalade com a designação de “Alvalade mais Seguro”, como resposta ao aumento da criminalidade neste bairros.

¹⁸⁵ Em Lisboa encontra-se aprovado e a aguardar a operacionalização o sistema no Bairro Alto

O Projecto de Policiamento Comunitário “Baixa-Chiado mais Seguros” visa contribuir para a melhoria da segurança e da mobilidade numa das principais zonas comerciais e turísticas da cidade de Lisboa. A estratégia de intervenção adoptada - em articulação com os representantes dos comerciantes da zona – é realizada através do recurso a veículos eléctricos – segways e quadriciclos – que permitem um policiamento preventivo de maior visibilidade, contribuindo para a manutenção da tranquilidade pública no local.

A utilização dos veículos eléctricos, para além de serem menos poluentes, contribuindo para a melhoria da qualidade ambiental da zona, permite uma maior mobilidade dos agentes, conseguindo os agentes patrulhar uma área maior em menos tempo, bem como chegar mais rapidamente aos locais das ocorrências. A utilização dos veículos eléctricos permite igualmente uma maior visibilidade dos agentes, facilitando a sua localização e contacto com a população.

Em 2009, a Polícia Municipal passou a integrar o Grupo Comunitário da Alta de Lisboa (GCAL), permitindo um melhor conhecimento do território e uma maior aproximação da Polícia à comunidade local.

No seguimento dessa articulação, foi criado, em março de 2010, um grupo de trabalho específico para o tema da segurança - o Grupo da Segurança - com a missão de planejar conjuntamente com a Polícia Municipal, a ida para o território de uma equipa de agentes para a operacionalização do policiamento comunitário.

Através da realização de grupos focais, foram identificadas pela população os principais problemas do território, as zonas críticas e o perfil dos agentes.

O Policiamento Comunitário “Alta de Lisboa mais Segura” é um policiamento de cariz preventivo, planeado, realizado e avaliado em conjunto entre a Polícia Municipal, os parceiros locais do Grupo da Segurança do GCAL e a população, em que se reconhece a responsabilidade partilhada e a importância da cooperação entre a polícia e a comunidade na melhoria da segurança ao nível local.

VIII – SAÚDE

Estilos de vida, estado de saúde, serviços de saúde e acesso a cuidados de saúde de qualidade

Conforme foi referido anteriormente, o estado de saúde dos indivíduos e das populações é influenciado por um amplo conjunto de factores de âmbito pessoal, social, económico e ambiental. Estes factores incluem os comportamentos pessoais, os estilos de vida, o acesso aos serviços de saúde e os efeitos do ambiente na saúde (OMS,1999).

O ambiente urbano tem muita influência na saúde e no bem-estar: o que as pessoas comem, o ar que respiram, a água que bebem, onde e se trabalham, a habitação, a constituição da família, onde estão localizados os serviços de saúde, o perigo que encontram na rua, quem está disponível para apoio emocional e financeiro (Vlahov et al, 2007).

De entre as várias abordagens possíveis para caracterizar a saúde da população da cidade de Lisboa, optou-se por seleccionar um conjunto de domínios particularmente significativos, relativamente aos estilos de vida, ao estado de saúde e ao acesso aos cuidados de saúde da população. Neste sentido, não se pretende apresentar uma análise exaustiva da saúde da população da cidade, mas de salientar os aspectos mais pertinentes, tendo em conta uma abordagem pelo ciclo de vida.

	Crianças	Jovens	Adultos	Idosos	Acesso
1. Estilos de Vida					X
1.1 Hábitos Alimentares	X	X	X	X	
1.2 Qualidade do sono e vida sexual	X	X	X	X	
1.3 Actividade Física	X	X	X	X	
1.4 Álcool		X	X	X	
1.5 Tabaco		X	X	X	
1.6 Drogas		X	X	X	
1.7 Sinistralidade	X	X	X	X	
1.8 Violência	X	X	X	X	
2. Estado de Saúde					X
2.1 Esperança de vida e auto percepção do estado de saúde		X	X	X	
2.2 Saúde Mental					
2.2.1 Ansiedade, depressão e suicídio	X	X	X	X	
2.2.2 Saúde mental nas crianças e adolescentes	X	X			
2.2.3 Demências e isolamento nos idosos				X	
2.3 Saúde Oral	X	X	X	x	
2.4 Saúde Sexual e Reprodutiva					
2.4.1 VIH/Sida		X	X	X	
2.4.2 Outras doenças sexualmente transmissíveis		X	X	X	
2.4.3 Trabalhadores do sexo		X	X		
2.4.4 Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)		X	X		
2.5 Saúde infantil e doenças evitáveis pela vacinação					
2.5.1- Nascimento e peso ao nascer	X				
2.5.2 Saúde infantil	X				
2.5.3 Doenças evitáveis pela vacinação	X	X			
2.6 Doenças de evolução prolongada					
2.6.1 Obesidade	X	X	X	X	
2.6.1.1 Obesidade Infantil	X				
2.6.2 Diabetes	X	X	X	X	
2.6.3 Doenças cérebro-cardiovasculares			X		
2.6.3.1 Hipertensão			X	X	
2.6.4 Doenças Oncológicas	X	X	X	X	
2.6.5 Doenças Respiratórias	X	X	X	X	
2.6.5.1 Tuberculose	X	X	X	X	
3. Serviços de saúde e acesso a cuidados de saúde	X	X	X	X	X
3.1 Serviços de Saúde					
3.1.1 Enquadramento territorial					
3.1.2 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)					
3.1.3 Unidades Funcionais (USF,UCSP,UCC,USP e URAP)					
3.1.4 Cuidados Hospitalares					
3.1.5 Cuidados Continuados Integrados					
3.1.6 Cuidados de Saúde – Rede Solidária					
3.2 Acesso a cuidados de saúde de qualidade					
3.2.1 Oferta, cobertura e utilização de Cuidados de Saúde					
3.2.1.1 Cuidados de Saúde Primários					
3.2.1.2 Cuidados de Saúde Hospitalares					
3.2.1.3 Cuidados Continuados Integrados					
3.2.2 Acesso em Áreas Específicas					
3.2.2.1 Diabetes					
3.2.2.2 Doenças cérebro- cardiovasculares					
3.2.2.2.1 Via verde AVC					
3.2.2.2.2 Via verde coronária					
3.2.2.3 Doenças oncológicas					
3.2.2.4 Saúde Mental					

Ao longo do capítulo são utilizadas diferentes fontes¹⁸⁶ com informação de saúde e dados de âmbito nacional, regional e municipal, sendo de salientar a existência de lacunas significativas de dados e informação ao nível municipal, tal como se verifica em outros temas já abordados nos capítulos anteriores.

VIII.1 - Estilos de Vida

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

Neste âmbito, salienta-se o consumo de tabaco e de álcool, a alimentação e a actividade física, como os principais determinantes relacionados com comportamentos que têm impacto na saúde da população. Estes factores estão associados ao aumento da incidência e da prevalência das doenças cardiovasculares, oncológicas, da obesidade e da diabetes *mellitus* entre outras, constituindo algumas das principais causas de mortalidade aos níveis global, nacional e regional, bem como apresentando graves repercussões ao nível da morbilidade, incapacidade, utilização de cuidados e despesa em saúde. Porém, mais de 30% destas causas de morte são potencialmente evitáveis, na medida em que os principais factores de risco estão associados a escolhas e a comportamentos potencialmente evitáveis e modificáveis¹⁸⁷.

As Ciências Sociais e as sucessivas conjunturas socioeconómicas mais desfavoráveis fizeram emergir um conceito de “comportamentos” mais amplo. Assim, para além do ponto de vista psicológico, que designa “comportamento” como conduta que um indivíduo apresenta perante um determinado estímulo, numa abordagem mais ampla, passou a ser abordado o “comportamento” como um “procedimento humano” condicionado por factores externos; sendo que, deste ponto de vista, o “comportamento” corresponde à acção do indivíduo sobre o mundo exterior, no que se refere ao mundo material e ao outro, determinado social e culturalmente e não apenas individualmente.

Existe pois uma forte relação entre as características fisiológicas e psicológicas do indivíduo e o seu meio ambiente e suas estruturas sociais, fazendo estas, por sua vez, com que os “comportamentos” se reflectam também colectivamente, através de sentimentos, motivações e estímulos assumidos por grupos de indivíduos.

Os comportamentos são pois características determinantes numa sociedade, reflectindo-se em todos os domínios da vida privada e comunitária, definidos/assumidos pelos indivíduos, individual ou socialmente, condicionados pelas estruturas sociais inerentes ao funcionamento da sociedade global e, por sua vez também, condicionantes dessa mesma estrutura. Desta forma, a promoção de comportamentos socialmente adequados é fundamental para que se atinjam os objectivos traçados por uma determinada estrutura.

No caso do Perfil de Saúde de Lisboa, os comportamentos são determinantes para que se atinja o nível de saúde e bem-estar preconizado pela OMS.

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) revelou que mais de metade dos inquiridos, com idade superior a 15 anos, possuía um destes quatro factores (consumo de tabaco, de álcool, alimentação e actividade física) em níveis de risco, 16,4% detinha dois factores e 3,4% acumulava três factores. (Dias; Briz, 2012, cit por ARS LVT, 2013). De acordo com Dias (2011), 60% da população portuguesa realiza actividade física em nível insuficiente para gerar benefícios de saúde, 21,4% são fumadores, 9,2% apresentam um consumo de risco de bebidas alcoólicas e 8,5% praticam uma alimentação não saudável. Este estudo também demonstrou diferenças na distribuição destes determinantes por

¹⁸⁶ *Inquérito Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística, Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Programas de Saúde Prioritários, Observatórios de Sociedades Científicas, Retrato de Saúde da Cidade de Lisboa, Perfis dos ACES da Cidade de Lisboa.*

¹⁸⁷ *Dias, 2010; Hu e Willett, 2002; WHO, 2003; Donaldson, 2004; Palacios, 2009*

sexo, grupo etário, escolaridade, estado civil, situação profissional, afectando particularmente os grupos menos favorecidos

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

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

Fonte: Retrato da saúde em Lisboa, ARS LVT, 2013 / Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, INSA, Boletim Epidemiológico 1, 2012.

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

VIII.1.1 - Hábitos alimentares

Os hábitos alimentares evoluem, adaptam-se e alteram-se ao longo dos tempos de acordo com a própria evolução dos hábitos e práticas dos indivíduos. Ao longo dos tempos a *pirâmide dos alimentos*¹⁸⁸, incluída nos currículos escolares desde os primeiros anos, tem demonstrado, através das suas consecutivas evoluções e alterações, esta adaptação aos novos “formatos” de vida dos indivíduos, já que as orientações expressas pela *Nova Roda dos Alimentos*¹⁸⁹ se deverão reflectir em hábitos alimentares saudáveis. A actual proposta vai ainda mais longe e inclui a actividade física, a água e as gorduras saudáveis na rotina alimentar diária, em detrimento do consumo proteico de origem animal.

Ter hábitos alimentares saudáveis não significa, porém, fazer uma alimentação restritiva ou pouco variada. Quanto mais variada for a selecção alimentar, melhor. Diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes o que, potencialmente, enriquece o dia-a-dia alimentar de cada pessoa. Ao optar por hábitos alimentares mais saudáveis, não tem de se abdicar de alimentos menos saudáveis, o importante é que o consumo desses alimentos constitua a excepção e não a regra.¹⁹⁰

Os comportamentos alimentares da população portuguesa são em grande parte desconhecidos, devido à escassez de estudos realizados através de recolha directa e com amostras representativas. O último Inquérito Alimentar Nacional foi realizado em 1980, desde então a informação sobre esta temática é obtida através de métodos indirectos, que indicam as disponibilidades alimentares ou os gastos das famílias em bens alimentares, ou através de estudos com amostras restritas (Poínhos, 2009; Rodrigues, 2007; Dias, 2011; PNAS, 2013).

As dietas que incorporam maior ingestão de vegetais, legumes e frutos, fibras vegetais e hidratos de carbono complexos, provenientes de cereais integrais, assim como a redução das gorduras saturadas e do sal, são alguns dos elementos que têm sido associados a um melhor estado de saúde (Delogerli, 1994; OMS, 2003; US.DA:US.DHHS, 2010).

Portugal continua a reger-se pela dieta mediterrânica¹⁹¹, no entanto, os hábitos alimentares variam não só de acordo com a região do país, mas também com o estrato socioeconómico, a faixa etária, entre os mais determinantes.

¹⁸⁸ instrumento sob forma gráfica de orientação da população para uma alimentação mais saudável

¹⁸⁹ <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/alimentacao-roda-dos-alimentos-pdf.aspx>

¹⁹⁰ In “Princípios para uma alimentação saudável”, (<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf>)

¹⁹¹ Alimentação caracterizada pela abundância de alimentos de origem vegetal, como o pão, massas, arroz, hortaliças, legumes, fruta fresca e frutos oleaginosos; utilização do azeite como principal fonte de gordura; consumo moderado de pescado, aves, lacticínios e ovos; consumo de pequenas quantidades de carnes vermelhas e ingestão moderada de vinho, geralmente durante as refeições. Nesta dieta são igualmente valorizados os aspectos relacionados com a actividade física regular, o descanso adequado e a convivência, assim como a biodiversidade e sazonalidade, os produtos tradicionais locais e as tradições culinárias, em paralelo com o consumo moderado de vinho tinto.

Alguns dados sugerem alterações significativas nos hábitos alimentares nas últimas décadas. Nomeadamente, os dados relativos à evolução no consumo dos grandes grupos alimentares entre 1990 e 2002 e dos inquéritos nacionais de saúde (1987 a 1999) revelam um aumento do consumo de produtos de origem animal muito superior ao dos produtos de origem vegetal, o que pode indicar um afastamento de um padrão alimentar do tipo mediterrânico (Portugal. INE, 2003; Cruz, 2000; Marques-Vidal, 2006, Cit por Dias, 2011).

Relativamente ao consumo de sal, a população portuguesa apresenta um dos valores mais elevados da Europa com 10,7g/dia, sendo 5g/dia o consumo máximo de sal definido com objectivo pela OMS. O consumo elevado de sal é um dos principais factores para o aumento da tensão arterial. (ARSLVT, 2013).

Em virtude deste facto, foi publicada a Lei n.º 75/2009, que estabelece limites máximos ao teor de sal no pão, assim como directrizes para a rotulagem de alimentos pré-embalados destinados ao consumo humano. Portugal foi assim, o primeiro país ocidental a criar uma lei para a limitação da quantidade máxima de sal no pão, (1,4 g de sal, por 100 gramas de produto final ou 0,55 g de sódio).¹⁹²

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

Os jovens da Região de Lisboa são os que apresentam os valores mais baixos quanto a este indicador, apenas 76,8% dos jovens toma o pequeno-almoço todos os dias, verificando-se o valor mais elevado na Região do Alentejo com 84,4% (HBSC, 2010; Cit por ARS LVT, 2013).

De acordo com 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, apenas 32,6% da população apresentava uma dieta considerada adequada do ponto de vista do consumo de fruta e vegetais. Este estudo aponta também para uma dieta mais inadequada na população mais jovem (ARS LVT, 2013).

Numa amostra de crianças de 5-6 anos de algumas escolas do ACES Lisboa Central, verificou-se que são feitas entre 4 a 7 refeições com uma média de 6 refeições, mas que 5% destas crianças não tomam sempre o pequeno-almoço.

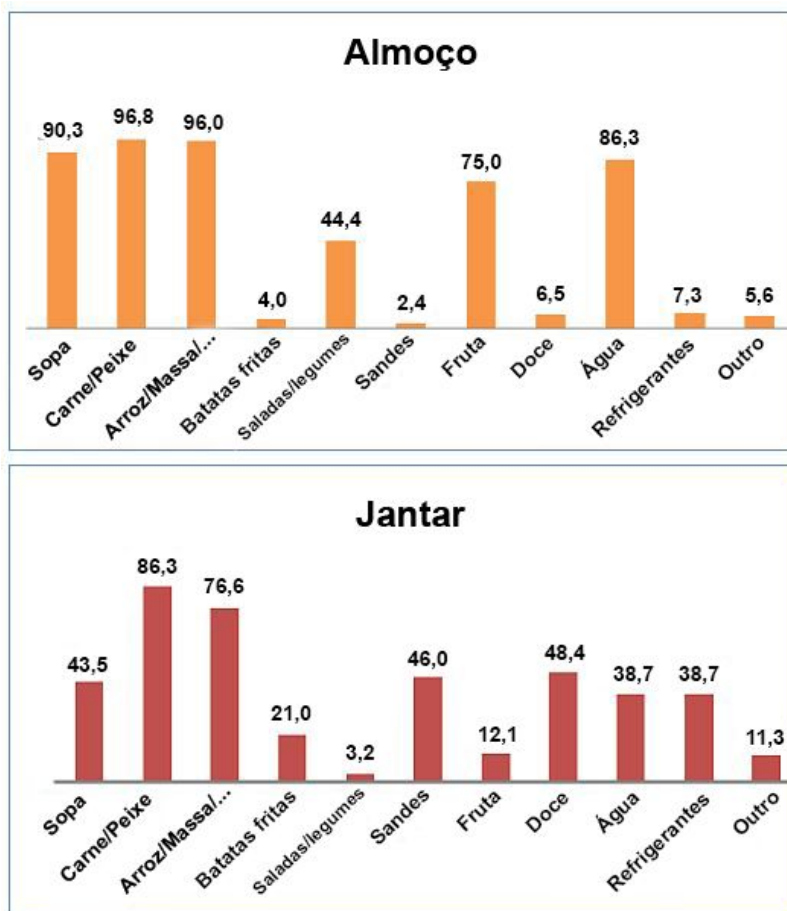


Fonte: Perfil Aces Central, 2013. Projecto Crescer Saudável – 2010,

¹⁹² www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-para-a-reducao-do-consumo-de-sal-na-alimentacao-em-portugal-relatorio-pdf.aspx

Este estudo revelou também diferenças nos hábitos alimentares ao almoço e ao jantar: 90% das crianças comem sopa ao almoço (geralmente na escola), porém só 44% comem ao jantar; 44% comem salada ou legumes ao almoço, no entanto só 3% o fazem ao jantar, assim como 75% comem fruta ao almoço, todavia este valor baixa para os 12% ao jantar (figuras seguintes)

Consumo de alimentos ao almoço e ao jantar



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

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

A crise económica tem provocado nalgumas famílias uma desarticulação nas refeições diárias, provocando uma dieta desequilibrada. Esta problemática acentua-se em determinadas áreas/zonas da cidade de Lisboa.

Urge efectuar um trabalho articulado com os agrupamentos escolares e a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), no domínio da carência alimentar.

Por forma a colmatar a insuficiência de informação sobre esta matéria na cidade de Lisboa, seria importante realizar, em parceria com Universidades e Instituições Científicas, instrumentos para obtenção de dados actualizados, tal como o lançamento de inquéritos direccionados a públicos-alvo.

No âmbito da Agenda Estratégica do Plano de Desenvolvimento Social 2013-2015, está inscrita uma acção intitulada “Promover e divulgar medidas conducentes à prevenção de hábitos alimentares de risco, incentivando estilos de vida saudáveis”.

A CML deverá continuar a desenvolver e a integrar parcerias para acções de divulgação e programas de sensibilização e formação para os hábitos de alimentação saudável, contribuindo deste modo também para o aumento dos níveis de literacia em saúde.

No âmbito do Programa Nacional Para a Alimentação Saudável e da Plataforma Contra a Obesidade, a Direcção Geral da Saúde tem vindo a desenvolver, em parceria com uma rede muito diversa de actores, diferentes programas de alimentação saudável, especialmente direccionados para a promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças, jovens, famílias e cidadãos em geral nos locais de trabalho.

PROGRAMAS PNPAS/DGS	DESCRIÇÃO E OBJECTIVOS
REGIME DE FRUTA ESCOLAR	Distribuição gratuita de hortofrutícolas a todos os alunos do 1º ciclo do ensino básico que frequentem estabelecimentos de ensino público.
PAPA BEM	Em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, em implementação nas creches públicas. Tem como finalidade efectuar uma educação junto dos educadores infantis (educadores de Infância, pais e crianças), e das famílias para prevenir a obesidade e apoiar o crescimento saudável com práticas alimentares diárias saudáveis.
PROGRAMA 5 AO DIA	Visa, com base no despacho 25006/2007 do Ministério da Educação, implementar o consumo de, pelo menos, 5 porções diárias de produtos hortofrutícolas nas escolas pelos alunos.
PROGRAMA FOOD	Promoção de boas práticas e hábitos alimentares saudáveis aos trabalhadores nos seus locais de trabalho e fora deste.
PROJECTO " COMER DEVAGAR E BEM & MEXE-TE TAMBÉM"	Promoção de hábitos alimentares saudáveis, assim como a prática de actividade física, para os alunos do 1º ciclo do ensino básico
"REGRESSO ÀS AULAS COM ENERGIA"	Diminuir a prevalência da obesidade infantil, através da melhoria de hábitos alimentares e realização de actividade física regular. Esta iniciativa dirige-se a toda a comunidade escolar.
NUTRI VENTURES	Promoção da alimentação e estilos de vida saudáveis, através de mensagens audiovisuais, em parceria com o Ministério da Educação e Ministério da Saúde
PROJECTO "MOVIMENTO HIPER SAUDÁVEL"	Promovido pelo Hipermercado Continente, com o objectivo de educar o consumidor para práticas alimentares saudáveis.
PROGRAMA 100%	Contribuir para a fidelização dos alunos ao espaço do refeitório escolar, no sentido de melhorar os seus hábitos alimentares.

No que concerne às actividades e projectos educativos e sensibilizadores especificamente direccionados para a alimentação saudável, a Câmara Municipal de Lisboa desenvolve e/ou é parceira nos seguintes programas e projectos:

PROGRAMAS E PROJECTOS CML	DESCRIÇÃO E OBJECTIVOS
EDUCAÇÃO ALIMENTAR E PROMOÇÃO DA SAÚDE	Iniciativa desenvolvida nas escolas EB1 da Rede Pública do Município de Lisboa. Tem em conta a diversidade cultural da população escolar, baseando-se nos princípios da cidadania e hábitos alimentares saudáveis. Destina-se a toda a comunidade escolar (alunos, docentes, pais, auxiliares) e pretende desenvolver o respeito pela diversidade cultural e combater a obesidade infantil.
"ARTE ALIMENTAR COM PESO E MEDIDA"	O projecto "Arte Alimentar com Peso e Medida" é uma peça de teatro infantil e um workshop sobre nutrição, que tem como objectivo fomentar as boas práticas alimentares e a realização de actividade física, promovendo o consumo de hortícolas/fruta em detrimento dos alimentos fornecedores de gordura e açúcares.
VAMOS TODOS AO MERCADO	Projecto de educação alimentar dirigido às escolas do 1º ciclo.
"MOVIMENTO 2020"	Projecto promovido pela Associação Portuguesa de Dietistas, com o objectivo de contribuir para uma transformação, crescimento e mudança na comunidade científica e no cidadão em geral, na área da saúde alimentar, mediante Protocolo a estabelecer com a CML.

VIII.1.2 - Qualidade do sono e da vida sexual

Qualidade do Sono

Essencial à vida, o sono tem um papel crucial no funcionamento físico e psicológico do indivíduo (Leitz, 2005), sendo um importante determinante da saúde.¹⁹³

Um terço das nossas vidas é passada a dormir, factor fundamental para a recuperação quer física quer psíquica do indivíduo. Dormir bem envolve a quantidade e qualidade do sono, variando com o sexo, idade e de pessoa para pessoa.

A sociedade moderna tem vindo a promover a diminuição das horas de sono, principalmente entre os jovens, estimando-se uma diminuição do tempo médio de sono na ordem de hora e meia, relativamente ao início do século passado.

Também de acordo com estudos recentes, as alterações do sono contribuem para défices cognitivos e sonolência diurna; numa fase inicial, a privação do sono estimula a actividade com diminuição da concentração.

O repouso está ainda associado à segregação da hormona do crescimento, daí o papel fundamental do sono das crianças e jovens em todo o processo de desenvolvimento, estado emocional e funcionalidade nos diferentes domínios da vida.

De um modo geral, assiste-se quer na Europa, quer em Portugal, ao aumento do consumo de medicamentos indutores do sono, considerando-se de grande importância conhecer a origem desse facto.

“As perturbações do sono constituem, pois, um problema de saúde pública, que requer uma intervenção quer ao nível individual, quer num âmbito mais vasto, envolvendo a adopção de medidas educativas e de promoção da saúde, fundamentadas na informação disponível sobre o problema.”¹⁹⁴

Em geral, 90% das pessoas necessitam de 6 a 9 horas de sono diárias, mas cerca de metade não o faz, com graves consequências para a sua saúde e no aumento do número de acidentes de viação, de trabalho, etc.

A Classificação Internacional das Perturbações do Sono (ICSD – International Classification of Sleep Disorders) identifica as seguintes perturbações do sono:

- **Dissonias** - Transtornos primários da iniciação ou manutenção do sono ou de sonolência excessiva, caracterizados por um distúrbio na quantidade, qualidade ou regulação de ritmo do sono. Esta secção compreende *Insónia Primária, Hipersonia Primária, Narcolepsia, Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono e Dissonia Sem Outra Especificação*.
- **Parasonias** – Distúrbios do Sono caracterizados por movimentos anormais durante o sono, causando interrupções no padrão saudável de repouso e gerando como consequência sonolência, cansaço e menor desempenho cognitivo e físico durante o dia.
- **Perturbações do sono associadas a doenças médicas e psiquiátricas**

¹⁹³ Patrícia de Abrunhosa Januário - “HÁBITOS DE SONO DAS CRIANÇAS E COMPREENSÃO INFANTIL DO SONO E DAS ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO ADORMECIMENTO, 2012

¹⁹⁴ Eleonora Paixão (Estatista) Maria João Branco (Médica de Saúde Pública) Teresa Contreiras (Médica de Saúde Pública), “Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental” Janeiro 2006

Em Portugal, de acordo com os resultados obtidos num estudo epidemiológico sobre as perturbações do sono¹⁹⁵, 28,1% da população de 18 e mais anos sofria em 2005 de sintomas de insónia, pelo menos três noites por semana.

Em Portugal, dispomos de um outro estudo sobre a caracterização dos hábitos de sono numa amostra da população portuguesa (Continente) com 18 e mais anos¹⁹⁶. Esse estudo foi baseado nos resultados de um inquérito realizado telefonicamente em dois momentos diferentes, 1999 e 2004. Em 1999 foram realizados inquéritos a 861 residências, correspondentes a uma taxa de execução de 73,5%. Em 2004 foram realizados 975 inquéritos, correspondentes a 80,5% da amostra inicial.

Em cada habitação houve um único respondente, o “chefe da família”, que, na sua ausência ou no caso de não poder responder ao questionário, foi substituído por qualquer elemento com 18 ou mais anos, residente, que se dispusesse a participar.

Em 1999, verificou-se que 87,3% dos inquiridos tinham um sono nocturno de 6 ou mais horas, enquanto no ano de 2004 esse valor desce para 85,1% dos inquiridos.

% de indivíduos que referiram 6 ou mais horas de sono nocturno em dias úteis, segundo a Região, 1999 e 2004

Ano	1999		2004	
	Nº	%	Nº	%
Total Continente	834	87,3	935	85,1
Regiões				
Norte	159	86,8	191	87,4
Centro	195	84,6	178	86,5
Lisboa e Vale do Tejo	137	91,2	192	82,3
Alentejo	181	81,2	187	85,6
Algarve	162	82,7	187	81,8

Fonte: Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental”, Janeiro 2006¹⁶⁸

Por regiões e comparando os dois inquéritos (1999 e 2004), constata-se uma diminuição bastante elevada na percentagem de indivíduos da Região de Lisboa e Vale do Tejo que referiram dormir 6 ou mais horas: de 91,2% em 1999 para 82,3% em 2004.

Importa salientar que esta diminuição do número de horas de sono poderá estar associada ao uso das novas tecnologias (Internet), nomeadamente a possibilidade de conversação on-line, carecendo no entanto esta hipótese de ser estudada de forma mais aprofundada.

Relativamente à percentagem de indivíduos que referiram “alteração do sono”, no total dos inquiridos, em 1999, 14,1% referiram essas alterações; em 2004 essa percentagem aumentou para 16,2%. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, os valores passaram de 14,6% em 1999 para 19,7% em 2004.

% de indivíduos que referiram “alteração do sono”, segundo a Região, 1999 e 2004

Ano	1999		2004	
	Nº	%	Nº	%
Total Continente	861	14,1	972	16,2
Regiões				
Norte	169	14,2	200	14,0
Centro	198	13,1	186	14,0
Lisboa e Vale do Tejo	144	14,6	198	19,7
Alentejo	186	16,1	195	15,4
Algarve	164	13,4	193	18,7

Fonte: Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental , Janeiro 2006¹⁶⁸

¹⁹⁵ Ohayon MM, Paiva T. Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine* 2005; 6: 435-441

¹⁹⁶ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003

No estudo em causa foi ainda questionada a percentagem de indivíduos que recorre sempre ou quase sempre a comprimidos “para dormir”. No total houve um acréscimo de pessoas que tomavam comprimidos, passando de 10,6% em 1999 para 13,9% em 2004. A região de Lisboa e Vale do Tejo registou um aumento significativo, passando de 11,1% em 1999 para 14,6% em 2004.

Percentagem de indivíduos que referiram tomar “comprimidos para dormir”, sempre ou quase sempre, segundo a Região, 1999 e 2004

Ano	1999		2004	
	N.º	%	N.º	%
Total Continente	860	10,6	974	13,9
Regiões				
Norte	169	7,1	200	15
Centro	197	15,2	186	12,4
Lisboa e Vale do Tejo	144	11,1	198	14,6
Alentejo	186	12,9	196	14,8
Algarve	164	4,3	194	7,2

Fonte: Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental”, Janeiro 2006¹⁷²

Também o sono dos adolescentes tem sido objecto de vários estudos, com o propósito de se entender melhor os seus comportamentos típicos. Em Portugal sabe-se pouco para além do número de horas que costumam dormir e da frequência com que se sentem sonolentos durante o dia¹⁹⁷.

Estudos noutros países revelam que a privação do sono e os seus maus hábitos têm sido associados a comportamentos agressivos, distúrbios emocionais e dificuldades no desempenho académico (Ramsawh et al, 2009).¹⁹⁸

A má qualidade do sono pode ter graves consequências ao nível da:

- saúde física - enfraquecimento ou comprometimento do sistema imunitário contribuição para o aumento de doenças respiratórias
- saúde mental - aumento da ansiedade, depressão e stress

Qualidade da vida sexual e saúde reprodutiva

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a “Saúde Reprodutiva é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos”¹⁹⁹.

Neste contexto, a Saúde Reprodutiva compreende uma vida sexual saudável e satisfatória, incluindo a capacidade de as pessoas se reproduzirem como e quando querem, o que implica uma liberdade e um acesso informado aos métodos de Planeamento Familiar por forma a regular a sua fecundidade.

“Implica também que têm direito ao acesso a serviços e cuidados de saúde apropriados que capacitem as mulheres para a gravidez e o parto e que proporcionem aos casais as melhores oportunidades de terem filhos saudáveis”.²⁰⁰

De acordo com um estudo realizado em 2013²⁰¹, “A sexualidade é um aspecto central do ser humano, que acompanha toda a vida e que envolve o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas,

¹⁹⁷ Gaspar de Matos, Loureiro e Veiga, 2009

¹⁹⁸ Eleonora Paixão (Estatista) Maria João Branco (Médica de Saúde Pública) Teresa Contereiras (Médica de Saúde Pública), “Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental” Janeiro 2006

¹⁹⁹ VILAR, Duarte, “Contributos para a História das Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal”, in Representações Sobre o Aborto: Acção Colectiva e (I)Legalidade num contexto em Mudança Universidade Lusíada de Lisboa/CLISSIS

²⁰⁰ SOUSA, Inês Margarida Nogueira de, “Satisfação Sexual e Qualidade de Vida da Mulher no Climatério”, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto 2013

²⁰¹ SOUSA, Inês Margarida Nogueira de, “Satisfação Sexual e Qualidade de Vida da Mulher no Climatério”, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto 2013

papéis e relações. Se a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem sempre todas elas são experienciadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interacção dos factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2004, p. 3).”

A sexualidade integra ainda, segundo alguns autores, questões como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o VIH/SIDA, a gravidez não desejada e o aborto, o cancro e a infertilidade resultantes de IST, a violência de género e os problemas de disfunções sexuais²⁰², a que poderemos acrescentar a vida sexual na velhice e a discriminação no acesso aos cuidados de saúde segundo a orientação sexual.

Em 2014, num projecto realizado em Portugal, financiado pela ILGA-Europe²⁰³ no âmbito do *Human Rights Violations Documentation Fund*, em que 629 pessoas LGBT²⁰⁴ foram inquiridas e entrevistado um grupo de profissionais de saúde, verificou-se que 17% já foi alvo de discriminação em serviços de saúde, incluindo: comentários do profissional, que foram sentidos como um insulto; desconforto no contacto físico com o utente; barreiras na doação de sangue ou dificuldades no acompanhamento de companheiros do mesmo sexo em consultas ou internamentos. Em 11% dos atendimentos de saúde mental foi sugerido que a homossexualidade pode ser “curada”.

Na área da saúde sexual e reprodutiva, ao nível mundial, e de acordo com um estudo médico da OMS, verifica-se a sua progressiva a têm vindo a degradar-se, sendo salientado que mais de 500 000 mulheres morrem todos os anos na sequência de complicações da gravidez ou do parto e 68 000 após um aborto.

Num outro estudo realizado mundialmente pela OMS e publicado pela revista médica “The Lancet”, o número de mortes prematuras, associadas a problemas de saúde sexual e reprodutiva, continua a aumentar, sendo as relações sexuais de risco a segunda causa de doença e de morte nos países em desenvolvimento e a nona, nos países desenvolvidos.

Todos os anos, mais de meio milhão de mulheres morre devido a complicações da gravidez ou do parto. Embora o acesso à contracepção tenha melhorado ao nível mundial, estima-se que 120 milhões de casais continuem a não poder obter os meios contraceptivos que desejariam utilizar ou de que precisam.

De acordo com dados da OMS, há cerca de 80 milhões de gravidezes não desejadas por ano, sendo 45 milhões interrompidas. Segundo as mesmas fontes, são praticados todos os anos 19 milhões de abortos sem intervenção de profissionais de saúde, os quais se saldaram em 68 000 mortes.

A OMS possui um Plano Estratégico para a Saúde Sexual e Reprodutiva para 2010-2015, incidindo no acesso universal à Saúde Sexual e Reprodutiva, nos cuidados de saúde primários como meio de atingir a equidade na saúde reprodutiva, assim como a relação entre a saúde sexual e reprodutiva e o VIH/SIDA.

Este Plano distingue 5 áreas de intervenção:

1. Planeamento Familiar;
2. Saúde Materna e Neonatal;
3. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Doenças do Aparelho Reprodutivo (DAR);
4. Aborto Inseguro;
5. Género, Direitos Reprodutivos, Saúde Sexual e Adolescência.

Em Portugal, foi criado em 2007 pela Direcção Geral de Saúde, o programa Nacional de Saúde Reprodutiva abrangendo igualmente 5 áreas:

1. Planeamento Familiar;
2. Vigilância Pré-Natal;
3. Diagnóstico Pré-Natal;
4. Interrupção Voluntária da Gravidez;
5. Procriação Medicamente Assistida.

²⁰² VILAR, Duarte, “Contributos para a História das Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal”, in Representações Sobre o Aborto: Acção Colectiva e (I)Legalidade num contexto em Mudança Universidade Lusíada de Lisboa/CLISSIS

²⁰³ ILGA, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association.

²⁰⁴ LGBT, Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais

A Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) deve ser promovida numa perspectiva integrada ao longo do ciclo de vida, incluindo cuidados muito variados, que vão da educação sexual das crianças e jovens, à contraceção, ao planeamento da gravidez, ao apoio aos casais com dificuldade em conseguir uma gravidez, à vigilância pré-natal e o acesso a serviços seguros de interrupção de gravidez.

Desta forma, a Saúde Sexual e Reprodutiva representa um todo indissociável, que abrange a Saúde da Mãe e da Criança, a educação, a igualdade de género e a prevenção das Infecções de Transmissão Sexual (ITS), que devem ser considerados fundamentais pelo sistema de saúde.

Em Portugal, o Planeamento Familiar teve início em 1967 com a criação da Associação para o Planeamento Familiar, envolvendo profissionais de saúde em diversas consultas nos hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra, tendo a partir de Março de 1976 sido introduzidas nos Centros de Saúde as consultas de planeamento familiar.

Outro dos marcos importantes foi a criação em 1984 da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica, assim como a criação da Comissão Nacional da Luta Contra a Sida, devido à emergência da doença e que passaram a estar na base da organização de campanhas de prevenção da Sida e promoção do uso do preservativo.

Actualmente, na União Europeia e em Portugal, a educação sexual e reprodutiva representa uma das principais preocupações em matéria de políticas educativas e de saúde pública.

De acordo com um estudo nacional conduzido pela professora Helena Reis, professora do ensino especial, sobre as atitudes dos professores relativamente à implementação dos programas de educação sexual nas escolas²⁰⁵ cerca de 87% dos adolescentes já ouviu falar do tema da contraceção na escola contra 22% das mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos.

Actualmente, os jovens portugueses iniciam a sua vida sexual mais cedo do que as gerações anteriores e apesar de se poder considerar que já existe um conhecimento generalizado sobre comportamentos de risco, Portugal é o segundo país da Europa com maior número de adolescentes grávidas, ocupando o Reino Unido o 1º lugar.

Neste contexto, a educação sexual nas escolas assume um papel fundamental na formação de jovens e adolescentes. Desde os anos 80 que se têm vindo a desenvolver iniciativas neste âmbito, mas foram os anos lectivos de 1995/96 e 1997/98 que marcaram efectivamente o início do Projeto experimental “Educação Sexual e promoção da Saúde nas Escolas”, desenvolvido em parceria pelo Programa de Promoção e Educação para a Saúde e pela Associação para o Planeamento da Família, com o apoio técnico da Direcção Geral da Saúde.

Posteriormente o Protocolo celebrado entre o Ministério da Educação e da Saúde, em Fevereiro de 2007, tornou mais operacional a articulação entre os Agrupamentos Escolares e as estruturas de saúde mais próximas.

A Lei nº 120/99 de 11 de Agosto e o Decreto-Lei nº 259/2000 de 17 de Outubro vieram conferir às escolas a obrigatoriedade de incluir no seu projecto educativo uma componente de educação sexual e a reflecti-la nos planos de trabalho das turmas. Para dar cumprimento à legislação foram firmados protocolos com diversas associações como a Associação para o Planeamento da Família, o Movimento de Defesa da Vida e a Fundação Comunidade Contra a Sida.

Segundo o mesmo estudo, apesar de não existirem estatísticas sobre o número e o tipo de actividades desenvolvidas nas escolas, quer os dados resultantes do acompanhamento de projectos em curso, promovidos pela Associação para o Planeamento da Família (APF) e do seu conhecimento do terreno, quer os dados dos inquéritos realizados pela Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde revelaram que muitas escolas estão já envolvidas em educação sexual.

205 REIS, Maria Helena; VILAR, Duarte, *A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores, Análise Psicológica* (2004), 4 (XXII): 737-745

Desta forma “A escola deve ser considerada como um contexto importante para possibilitar aos estudantes um aumento dos seus conhecimentos na área da sexualidade e para a promoção de atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos”.²⁰⁶

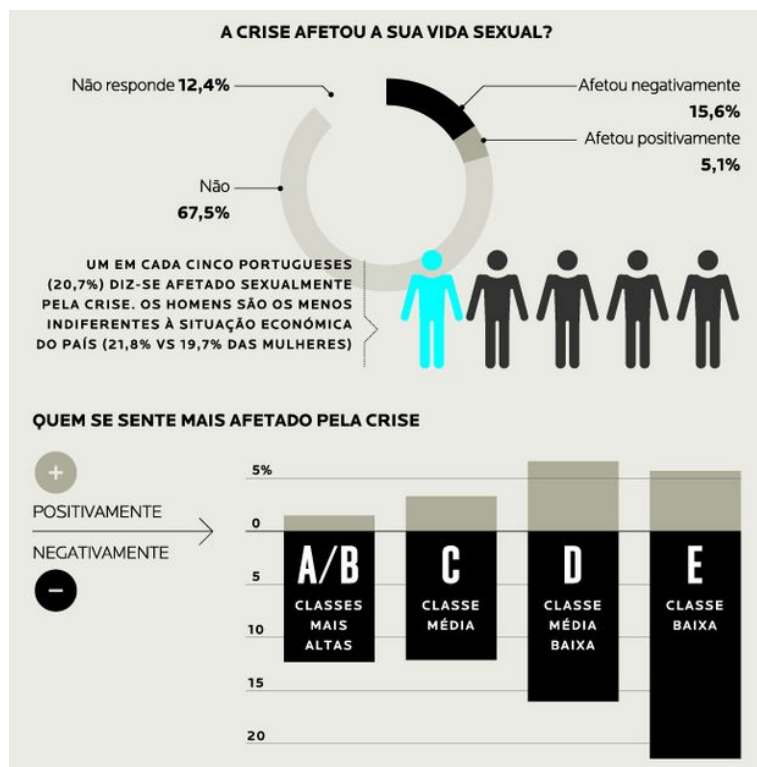
Segundo os autores do Grupo de Trabalho de Educação Sexual, esta temática assume a maior importância, uma vez que o país tem uma elevada prevalência de infeções sexualmente transmissíveis (IST), com destaque para o VIH/SIDA e para a patologia do colo do útero, e a gravidez na adolescência continua com valores elevados.

Segundo ainda o mesmo relatório, muitas das primeiras relações sexuais ocorrem após a utilização de álcool ou drogas, por vezes associados a comportamentos de risco, daí ser importante que as escolas complementem o papel educativo das famílias nesta área.

O 4º Inquérito Nacional de Saúde²⁰⁷, realizado 2007 e abrangendo 20 mil participantes, revelou que 86,7% das mulheres em idade fértil e com actividade sexual, usam um método contraceptivo. Esse estudo revela que são as camadas mais jovens que usam menos a contracepção (35% na região Norte), valor superior ao das mulheres menos escolarizadas que também não usam contracepção (24%).

Quanto aos métodos usados, 69% usam a pílula, 13% o preservativo, 8,4% o DIU (Dispositivo Intra-Uterino), 5,9% a laqueação de trompas e 4% o coito interrompido; a vasectomia é referida apenas por 0,2% dos respondentes. Do total dos inquiridos, 22% não faz vigilância periódica.

Em 2012, foi realizado um inquérito sobre a sexualidade dos portugueses, encomendado pelo jornal Expresso, em que foram inquiridos 1 220 indivíduos com 18 anos ou mais, residentes em Portugal continental. Este estudo contou com a colaboração de quatro especialistas: o psiquiatra Júlio Machado Vaz, a psicóloga Ana Carvalheira, presidente da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica, e os sociólogos Pedro Moura Ferreira e Sofia Aboim, do Instituto de Ciências Sociais (ICS) da Universidade de Lisboa.



Segundo os resultados do inquérito, 16% dizem-se afectados negativamente pela crise económica, sendo os mais velhos (30% na faixa etária 55-64 anos) e aqueles cuja situação económica mais piorou nos últimos dois anos (22%) os que apresentam mais razões de queixa.

Na região da Grande Lisboa, 23,2% dos inquiridos não teve relações sexuais no último ano.

O mesmo estudo refere que para 5% dos inquiridos a crise “afetou positivamente” a sua vida sexual, na medida em que alguns indivíduos usam o sexo como compensação para lidar com o stress.

²⁰⁶ SAMPAIO, Daniel, BAPTISTA; M^a. Isabel da Costa Antunes Machado; MATOS, Margarida Gaspar de; SILVA, Miguel Oliveira; *Grupo de Trabalho de Educação Sexual – Relatório Final*, Lisboa (7 de Setembro de 2007)

²⁰⁷ VILAR, Duarte, *Contributos para a História das Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Universidade Lusíada de Lisboa

Relativamente à avaliação da vida sexual, a maioria dos inquiridos (56%), que estão numa relação estável, referem que estão “muito” ou “bastante satisfeitos” com a sua vida sexual, enquanto apenas 27,8% dos que não estão numa relação sexual estável revelaram esse grau de satisfação.

Há ainda tendência para que a iniciação sexual seja cada vez mais cedo. Mais de metade (58,1%) dos jovens entre os 18 e os 24 anos começaram a sua vida sexual antes dos 17 anos. Quem actualmente tem 25 anos ou mais, teve a sua primeira experiência entre os 17 e os 20 anos.

A educação sexual nas escolas tem um papel fundamental na formação de jovens e adolescentes

Os jovens portugueses iniciam a sua vida sexual mais cedo do que as gerações anteriores e apesar de se poder considerar que já existe um conhecimento generalizado sobre comportamentos de risco, Portugal é o segundo país da Europa com maior número de adolescentes grávidas.

A situação de crise económica afecta negativamente a vida sexual de grande parte da população.

VIII.1.3 - Actividade física

«Caminhar é a primeira coisa que uma criança quer fazer e a última a que um idoso deseja renunciar.

Caminhar é o exercício sem ginásio. É a receita médica sem farmácia, o controle de peso sem dieta e o cosmético que não se vende.

É o tranquilizante sem comprimido, a terapia sem psicanalista e o lazer que não custa um cêntimo.

E, ademais, não polui, consome poucos recursos e é altamente eficiente.

Caminhar é conveniente, dispensa equipamentos especiais e é intrinsecamente seguro.

Caminhar é tão natural como respirar.»²⁰⁸

Das actividades físicas mais elementares e eficientes a todos os níveis, cognitivo, psíquico, físico, social, ambiental, é de destacar o andar a pé. Andar a pé faz bem à saúde do indivíduo, da comunidade e da cidade como um todo.

Uma boa rede pedonal com melhores passeios e passadeiras atraem mais pessoas, que fazem mais viagens a pé, o que significa menos carros, que emitem menos gases poluentes e produzem menos ruído e libertam mais espaço público, que por sua vez atrai mais pessoas e combate o sedentarismo e a obesidade, estimulando o hábito de andar a pé, o que contribui também para a atenuação de algumas doenças crónicas como a hipertensão arterial e a diabetes. Uma cidade apetrechada como percurso pedonais acessíveis e sem descontinuidade, que incentiva o cidadão a andar diariamente a pé, é certamente uma cidade que contribui para a promoção da saúde pública.

A predisposição das pessoas para andar a pé, para andar de bicicleta ou para praticar actividades ao ar livre, é função da comodidade, da qualidade e segurança oferecida nos trajectos e pela proximidade e acessibilidade dos espaços exteriores. Esta ligação assume especial importância nas crianças, pois o hábito da prática regular de exercício físico incrementa-se fundamentalmente durante a infância e permanece por toda a vida (Vlahov et al, 2007).

Vários estudos demonstram que o exercício físico, quando praticado regularmente, protege contra doenças cardiovasculares e algumas doenças oncológicas, limita a obesidade, reduz a influência da diabetes, promove uma sensação de bem-estar e protege os mais idosos da depressão (Wilkinson; Marmot, 1999; Hu, 1999; Lee, 2001; Thune, 2001; Lee, 2003; Dias 2011).

²⁰⁸ Adaptado de “International Charter for Walking”, Walk 21, 1999

Sendo a actividade de andar a pé uma forma de exercício físico de intensidade moderada, é apontada pela OMS como uma forma de tornar a população mais saudável e activa, e permitir uma significativa poupança nas despesas de saúde pública.

Contudo, o sedentarismo nas sociedades urbanas tem aumentado, estando estritamente ligado com o facto da maioria da população exercer profissões que não exigem esforço físico intenso, ao desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação à distância e à dependência do automóvel nos meios urbanos e periurbanos (ARS LVT, 2013).

De acordo com os resultados do Eurobarómetro relativos ao desporto e actividade física, 55% dos portugueses nunca pratica desporto ou exercício físico e 11% fazem-no raramente. Apenas 9% dos portugueses referiu prática regular (pelo menos 5 vezes por semana), sendo esta proporção mais elevada entre a população masculina dos 15 aos 24 anos (24%). A proporção de portugueses que pratica desporto ou exercício físico com alguma regularidade (1-2 ou 3-4 vezes por semana) atinge 24%(PNS 2012-2016).

A prática de algum tipo de actividade física, excluindo a prática de desporto - ciclismo, marcha, dança ou jardinagem, é mais comum do que a prática de um desporto organizado, 17% dos portugueses refere fazê-lo regularmente e 31% com alguma regularidade. O grupo etário mais jovem (15-24 anos) é aquele em que se regista maior proporção de prática de algum tipo de actividade física com alguma regularidade (Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016)

População Residente de 15 e mais anos que pratica desporto/exercício físico ou realiza outras actividades físicas (%), por sexo e grupo etário (2009)

	Prática de desporto/exercício físico regularmente		Prática de outras actividades físicas com alguma regularidade	
	H	M	H	M
15 a 24 anos	24	7	48	39
25 a 39 anos	7	6	31	32
40 a 54 anos	7	8	23	34
55 a 69 anos	8	7	27	31
70 anos ou mais	10	6	23	23

Fonte: Elaborado a partir de dados de Special Eurobarometer, 2010, Plano Nacional de Saúde 2012-2016

De acordo com os resultados do estudo HBSC 2010, na Região de Lisboa a percentagem de jovens que pratica actividade 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.

Na amostra inquirida pelo estudo e_COR, o sedentarismo na Região de Lisboa atinge 45,4% da população maior de 18 anos. Quando analisados os dados por sexo e grupos etários verifica-se que as mulheres com mais de 35 anos são mais activas do que as mulheres mais novas.

Comportamento da população com mais de 18 anos de idade, Região de Lisboa (NUTS II)Actividade/Sedentarismo, 2012

Comportamento da população	Activos		Sedentários	
	H	M	H	M
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, ARS LVT, 2013

A prazo, encorajar a população a cumprir diariamente um mínimo de 30 minutos de actividade física moderada, tal como andar a pé, tornará a população mais saudável e activa e permitirá uma significativa poupança nas despesas de saúde pública.

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

Andar a pé é uma das formas de actividade física moderada, que se praticada um mínimo de 30 minutos diariamente garante uma vida mais saudável e activa, contribuindo para uma poupança significativa nas despesas de saúde pública

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

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

VIII.1.4 - Álcool

O consumo de álcool como o de tabaco apresentam interacções 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 nível e os padrões de consumo, assim como o controlo da acessibilidade ao álcool são vistos como um problema de saúde pública. O álcool é um dos mais importantes determinantes da Saúde da União Europeia sendo assim o momento apropriado para aprofundar a discussão sobre a promoção da saúde e prevenção da doença, devendo a prevenção do alcoolismo e o seu tratamento ser vistos na perspectiva da igualdade social e económica.

A situação do álcool em Portugal deve ser analisada tendo em conta as dimensões relacionadas com consumos e problemas associados, nomeadamente, consequências originadas pelo consumo excessivo e prolongado do álcool que atingem não só o bebedor mas também a família e a comunidade em geral.

Os portugueses consomem em média 13,4 litros de álcool por ano. Segundo o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), houve um aumento dos consumos mais intensivos a partir dos 15 anos entre 2006 e 2011. E em relação à ocorrência de situações de embriaguez, registou-se um aumento de 34% para 42%, em igual período.

É fundamental ter conhecimento da realidade no terreno, de forma a permitir a reflexão e a tomada de decisão acerca de medidas estratégicas e linhas de acção específicas de prevenção, controlo e tratamento deste problema de Saúde Pública.

Existe uma relação significativa entre o nível populacional de consumo e a mortalidade por cirrose hepática, a psicose alcoólica, o alcoolismo, a pancreatite, certos tipos de cancro e a mortalidade por todas as causas anteriores.

Existe igualmente uma correlação positiva entre o consumo global e o suicídio, os acidentes de viação e a violência em relação a outros. A prevalência de problemas ligados ao álcool está relacionada com o nível global de consumo de álcool na população, de tal forma que um decréscimo de, aproximadamente, 10% no consumo per capita, significaria uma redução de aproximadamente 20% na mortalidade ligada ao álcool, nos homens, e redução de 5% nos acidentes de viação fatais, suicídios e homicídios, em toda a população.

VIII.1.5 - Tabaco

O consumo de tabaco, o consumo excessivo de álcool, a alimentação não saudável e a insuficiente actividade 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.

Devido à multiplicidade e gravidade das doenças que provoca e à elevada proporção de pessoas expostas, o consumo de tabaco constitui, presentemente, a primeira causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte ao nível mundial.

Dados recolhidos pelo último Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2005/2006) referentes à população residente em Portugal, com 15 ou mais anos, revelaram uma prevalência de fumadores, diários e ocasionais (dados ponderados para a população portuguesa), de 20,9%; 30,9% no sexo masculino e 11,8% no sexo feminino. Os ex-fumadores corresponderam a 16,1% da mesma população. No âmbito de um estudo Eurobarómetro, sobre as atitudes dos europeus em relação ao tabaco, promovido pela Comissão Europeia em 2012, 23% dos inquiridos portugueses disseram ser fumadores e 15% ex-fumadores.

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%).

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.

A menos que os actuais fumadores parem de fumar, o número de mortes relacionadas com o consumo de tabaco continuará a aumentar nos próximos anos, dado o tempo de latência entre o início do consumo de tabaco e as doenças a ele associadas. O tabagismo aumenta o metabolismo basal o que se traduz muitas vezes num aumento brusco de peso quando se faz a cessação do tabaco.

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

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

Fonte: Instituto Nacional de Saúde, 2013

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

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

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

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

As respostas ao tratamento do tabagismo no Serviço Nacional de Saúde tiveram início há mais de 20 anos. No entanto, apenas com a Lei 37/2007 de 14 de agosto, que permitiu “consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendem deixar de fumar (...) em todos os Centros de Saúde (...) e nos serviços hospitalares públicos (...)”, passou a existir uma cobertura nacional das consultas de cessação tabágica.

Segundo o Relatório de 2013 da ARSLVT, onde se fez uma “caracterização das consultas de apoio à cessação tabágica”, existe 2,9% de elementos por equipa (entre enfermeiros, médicos e psicólogos) nos ACES e 3,4% nos hospitais, em que 21,8% tem psicólogos na equipa. Em relação à carga horária semanal, 32,3% das consultas são de 1 a 3 vezes por semana e 42,7% de 3 a 6 vezes.

Embora a prevenção do consumo de tabaco nos jovens deva continuar a merecer um forte investimento, há necessidade, em simultâneo, de reforçar as estratégias de promoção da cessação tabágica, como via para reduzir a prevalência de fumadores na população.

VIII.1.6 - Drogas

Entre os utentes activos com residência no concelho de Lisboa e que recorreram às diferentes Equipas de Tratamento, a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal (60%), seguida da cocaína (6%).

Estas percentagens deixam de fora 27% (606) dos utentes activos que recorrem às Equipas de Tratamento, para os quais não existe informação sobre a droga principal, e o facto de 11% (271) dos mesmos utentes revelarem não ter uma substância principal de consumo.

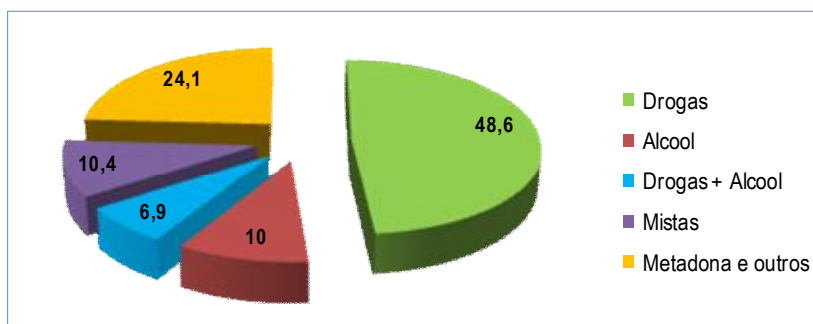
Relativamente a 76 utentes registados como tendo o álcool como substância principal, refira-se que se trata de uma situação de registo incompleto da informação, considerando que, dos 2 549 utentes do universo em análise, 578 são utentes da Unidade de Alcoologia de Lisboa.

Desta forma, estima-se o álcool como a segunda substância mais consumida pelos indivíduos inscritos nas Equipas de Tratamento, com uma representatividade de 26%.

Droga Principal:

- Heroína (1368) - 60%
- Cocaína (127) - 6%
- Álcool (76) - 3%
- Cannabis – (62) 3%
- Crack (17) - 1%
- Outras Substâncias* - (22) 1%
- Sem Informação (606) - 27%
- Sem Droga Principal (271) - 11%

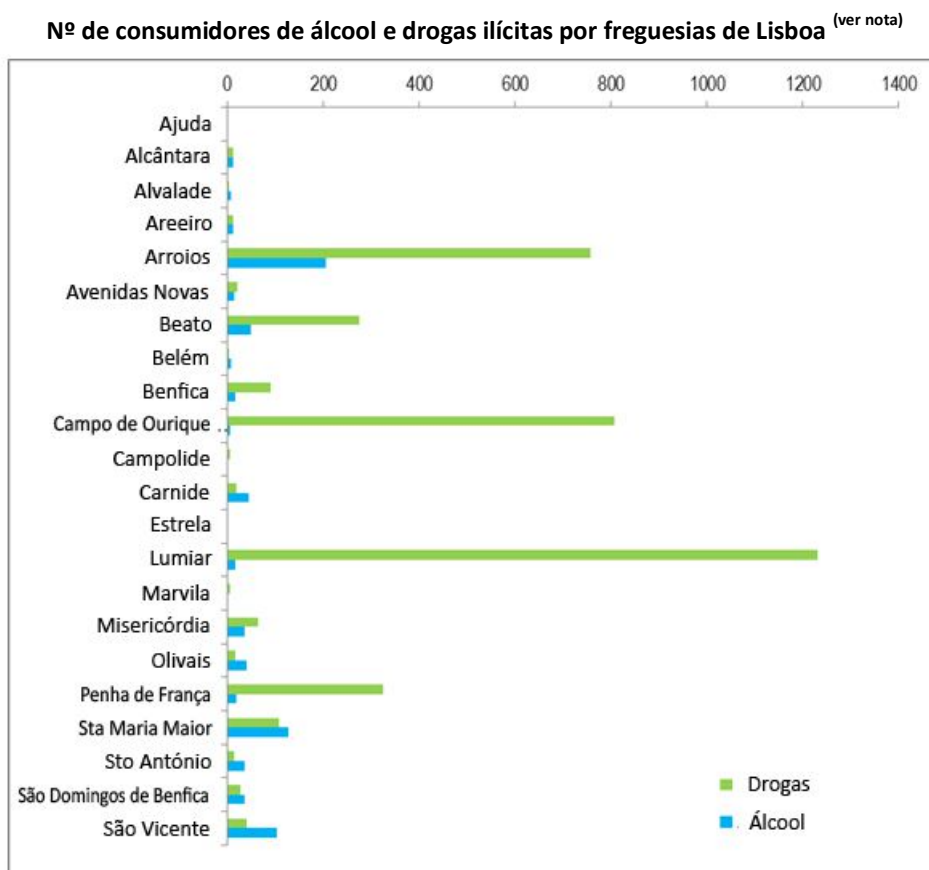
Total de Nº de utentes por tipo de substâncias consumidas, Lisboa cidade



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

Segundo os dados de 2013, recolhidos pela CML, onde se concentra toda a informação das Equipas de Rua (trabalho de proximidade), podemos verificar que o consumo de drogas permanece o consumo mais elevado, representando cerca de quase 50% do total dos consumos.

Quanto ao consumo de Metadona, importa referir que os números disponíveis correspondem apenas ao nº dos utentes em tratamento. Trata de uma substância apenas acessível em meio hospitalar, sabendo-se da existência de desvios da substância prescrita para alimentação do “mercado negro”, pelo que o nº de indivíduos a consumir Metadona é superior aos que se encontram contabilizados pelas estruturas de apoio às pessoas que usam drogas.



Fonte: CML, Equipas de Rua

Nota: Não são apresentadas as freguesias de Santa Clara e Parque das Nações. No caso da freguesia de Santa Clara (antigas freguesias de Ameixoeira e Charneca), a informação encontra-se contabilizada na freguesia do Lumiar por divisão territorial das equipas no terreno. Os valores encontrados na freguesia do Parque das Nações não são representáveis por demasiado residuais.

As freguesias com maior incidência são o Lumiar (que inclui Lumiar e Santa Clara), Arroios, Campo de Ourique e Penha de França. Menos expressivas mas ainda assim significativas, são de referir as freguesias de Santa Maria Maior, Beato e Misericórdia.

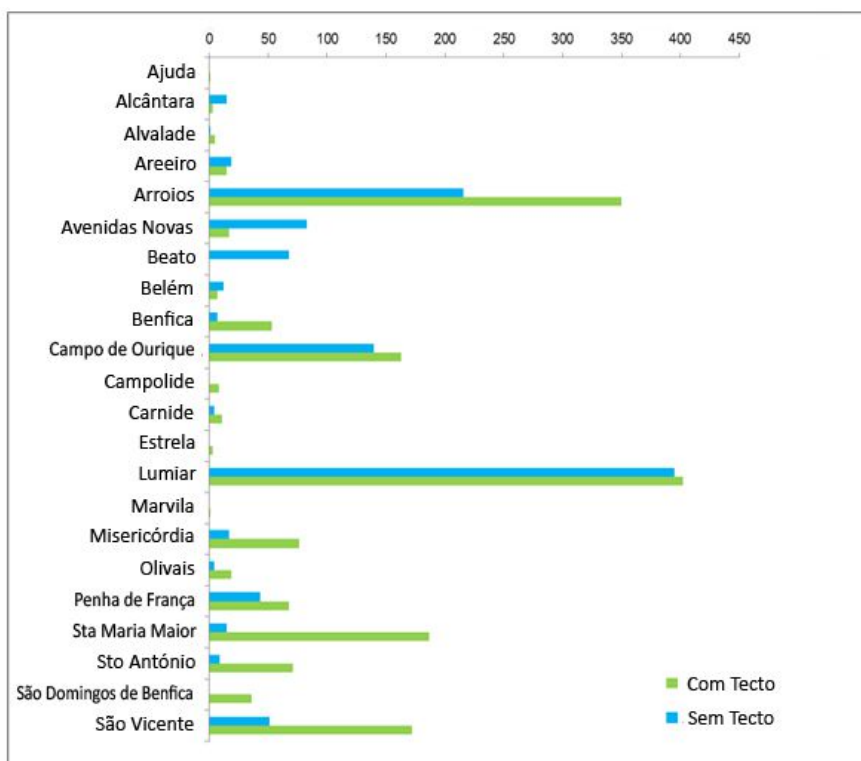
Em 2013 as equipas fizeram 606 encaminhamentos para diversas instituições, em que 238 dos utentes foram encaminhados para entidades de cariz social e 365 para os serviços de saúde, o que poderá revelar um trabalho de proximidade das equipas com as respostas adequadas às necessidades de cada utente.

“Das principais necessidades encontradas nesta população, dizem respeito às dimensões habitacional, profissional, educativa/formativa, económica, de saúde, judicial e documental. As dimensões que demonstram lacunas determinantes por parte deste grupo social são o acesso a documentação, aos serviços de saúde e à habitação” (in Relatório de 2013, In Mouraria).

O gráfico seguinte dá-nos a informação, por freguesia, do número de pessoas que usam drogas e que estão numa de duas situações: “Com Tecto” e que não significa propriamente “habitação”, mas sim pernoitar em “casa de familiares”, “albergues nocturnos”, “pensões”, etc. e a categoria de “Sem Tecto”, onde estão representados os indivíduos que afirmam pernoitar na “rua”. O número de

peças “Sem Tecto” é muitas vezes duplamente contabilizado estatisticamente, no grupo dos consumidores e no grupo dos sem-abrigo.

Nº de utentes Com e Sem Tecto por freguesias de Lisboa



Fonte: CML, Equipas de Rua

Um fenómeno, cuja dimensão tem vindo a crescer no espaço europeu é o do fabrico de novas drogas sintéticas. Em 2012 foram identificadas pela primeira vez 73 novas drogas²⁰⁹, que não se encontrando referenciadas na legislação existente chegam a ser vendidas livremente, assim como as substâncias que entram na sua composição, que não se inserem nas categorias das substâncias controladas internacionalmente, dificultando paralelamente o controlo do seu tráfico.

Este fenómeno, embora preocupe as autoridades nacionais, não é expressivo no nosso país, nem Portugal está por enquanto na rota deste tipo de tráfico; em 2014, das drogas recentes, as autoridades nacionais só identificaram uma substância nova em Portugal, das 81 identificadas no Espaço Europeu.

Relativamente ao tipo de drogas ilícitas consumidas, tem havido um aumento significativo no consumo de cocaína-base como droga principal, notando-se a tendência para se inverter a situação da Heroína como a droga principal, pelo menos desde 2012.

No actual contexto de crise socioeconómica há uma exposição aumentada ao VIH. Em 2011, foram notificados em Portugal Continental 1 962 casos de infecção 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 toxicod dependência.

Espaço IN-Mouraria

No âmbito do Programa de Desenvolvimento Comunitário da Mouraria (PDCM), o Município de Lisboa cedeu e financiou o Espaço IN-Mouraria, que iniciou a sua actividade em Dezembro de 2012, sendo a sua equipa técnica constituída por: um coordenador, uma enfermeira, uma assistente social, quatro médicas voluntárias, dois mediadores (educadores de pares), um supervisor e uma voluntária.

²⁰⁹ EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência, “Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções”, 2013

O IN-Mouraria tem como missão desenvolver e implementar um conjunto de intervenções que respondem de forma integrada às necessidades das pessoas que usam drogas. Baseado numa filosofia de redução de danos, o IN-Mouraria presta serviços de forma não discriminatória e fundamenta as suas intervenções em princípios de saúde pública, de direitos humanos, e de procura de respostas inovadoras na área de redução de riscos e minimização de danos.

Este programa foi inspirado em experiências de outros países e tem como principais objectivos promover um consumo mais seguro (incentivar a não partilha dos cachimbos, propor a utilização de cachimbos fabricados com materiais não tóxicos), prevenir infecções transmissíveis e reforçar o contacto da equipa com um grupo de consumidores extremamente marginalizado.

Em 12 meses de actividade, recorreram aos serviços de troca e distribuição de material de consumo injectável 44 pessoas, sendo 73% do sexo masculino, 25% do sexo feminino e 2% transgéneros.

Quanto à distribuição de material de consumo fumado, recorreram 94 pessoas, das quais 63% são do sexo masculino, 36% do sexo feminino e 1% transgénero.

Neste período, foram distribuídas 8 628 seringas (4 314 kits de injeção; cada kit inclui duas seringas e restante material utilizado no consumo), 2 554 agulhas/seringas de outros calibres e foram recolhidas 8 159 seringas/agulhas usadas. Ao longo do período em análise houve um aumento sustentado quer da distribuição de kits de injeção quer da recolha de material de injeção usado.

Os consumidores de cocaína-base são maioritariamente do sexo masculino (64.3%) e têm idades entre os 30 e 44 anos. Refira-se também que a percentagem de mulheres é mais elevada (35,7%) do que a verificada noutro tipo de consumos, como por exemplo no consumo por via injectada.

Outro dado que se considera relevante, e que pode ser tido em conta na futura implementação de respostas de redução de riscos, diz respeito ao elevado consumo de rua neste tipo de consumidores: 64.3% dos participantes no estudo identifica a rua como local de consumo habitual.

Relativamente aos comportamentos de risco, verifica-se que os consumidores por via fumada reportam elevados níveis de partilha de material de consumo, o que coloca importantes desafios à intervenção em redução de danos.

A intervenção de saúde, neste caso, tem como objectivo principal a melhoria do acesso a cuidados de saúde por pessoas que usam drogas através de medidas de promoção da saúde, de redução de danos e de referenciação para os serviços de saúde.

A existência de um gabinete de saúde permitiu criar uma relação mais próxima entre os utentes e os técnicos de saúde, facilitando uma abordagem individualizada, traduzindo-se numa oportunidade para detectar necessidades e intervir de forma integrada através de planos de trabalho multidisciplinares.

Foram detectadas situações de risco inerentes à exposição ao consumo injectado e fumado, tanto no que diz respeito a infecções por VIH ou VHC, como a situações decorrentes de processos infecciosos ou inflamatórios nos locais de injeção. São também comuns situações de doença que estão associadas às condições deficitárias de higiene, alimentação e conforto em que vivem estas pessoas; a situação social em que se encontram, aliada aos fracos recursos económicos, conduz normalmente a um afastamento dos serviços de saúde e a uma conseqüente deterioração da sua situação.

Apesar da legislação permitir a isenção no acesso à documentação, os mecanismos para beneficiar deste carácter excepcional tornam-se inibidores da sua utilização. O mesmo sucede com o pedido de isenção das taxas moderadoras que é demasiado moroso, não se compadecendo com a necessidade de uma resposta rápida e em tempo útil aos pedidos de tratamento médico.

Em parceria com a equipa de rua da Associação Crescer na Maior, foi feito um estudo com uma amostra de 42 consumidores de cocaína-base. Verificou-se que 52% também “consumiu heroína nos últimos 30 dias”. Esta situação, de consumos mistos, vai ao encontro das informações das equipas de rua que fazem um trabalho de proximidade com a população consumidora. Esta diversidade de consumos por um mesmo individuo, dificulta o tratamento da informação estatística e o apuramento das percentagens por tipologia de consumos, incluindo o álcool.

Políticas públicas locais, 1990-2013:

No que diz respeito a Políticas de Droga, a acção do Município tem como estratégia desenvolver uma intervenção integrada na Cidade, com o objectivo de:

- **contribuir para a prevenção de comportamentos de risco**
nas crianças, jovens e famílias através do apoio a projectos e programas;
- **reduzir riscos e minimizar danos**
associados às dependências registadas nas pessoas sem enquadramento familiar, através de parcerias designadamente com a Administração Central e apoio financeiro a IPSS, de forma a garantir o acolhimento e acompanhamento específicos.

O trabalho desenvolvido pelo Município no âmbito da Prevenção conta já com mais de duas décadas de intervenção. Em 1990, foi dado início à execução do Plano Municipal da Prevenção da Toxicodependência, quando existiam sinalizados no distrito de Lisboa 50 mil consumidores de substâncias ilícitas e a cidade se debatia com problemas ligados à toxicodependência, nomeadamente no Bairro do Casal Ventoso.

Inicialmente foram envolvidas 19 freguesias e cerca de 60 trabalhadores da CML, 16 dos quais foram seleccionados para frequentar um curso para Mediadores Municipais de Prevenção.

As acções a decorrer nas juntas de freguesias abrangeram jovens, famílias e professores e integraram iniciativas várias, do teatro ao desporto, passando pelas artes plásticas e a informática.

O próprio slogan que serve de mensagem e emblema ao Plano Municipal de Prevenção da Toxicodependência, “Contigo vais longe” é a frase que dá nome aos vários projectos a espalhar pela cidade «numa corrente afectiva, cujos elos serão as actividades culturais e desportivas inseridas nos programas preventivos», nas palavras do então Presidente da Câmara Jorge Sampaio.

Em 1992 foi criado o Gabinete de Prevenção da Toxicodependência (GPT) e em 2000 surgem os programas “Lisboa Pensa em Ti” (LISPETI) e “Dar as Mãos”, este dirigido agora para a prevenção específica; neste mesmo ano é ainda criada a figura do Agente de Prevenção Local – Técnicos das Juntas de Freguesia formados e certificados pelo Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) do Ministério da Saúde, para dar suporte efectivo a grupos-alvo mais vulneráveis.

Em 2002 o Gabinete de Prevenção da Toxicodependência (GPT) é transformado em Núcleo de Intervenção das Dependências (NID)²¹⁰ e são iniciados o Plano LX para inclusão de toxicodependentes e Sem-Abrigo, e o Programa Intervir, integrado no anterior (Plano LX).

Desde 2003, a Câmara Municipal de Lisboa tem vindo a celebrar Protocolos com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, I.P., agora SICAD), o Centro Distrital de Lisboa do Instituto da Segurança Social (ISS, I.P.) e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, para a implementação de respostas concertadas junto da população toxicodependente sem enquadramento sócio-familiar, em execução do entretanto aprovado Plano Integrado de Prevenção das Toxicodependências (PIPT);

Plano Integrado Prevenção Toxicodependências (PIPT)

O Plano Integrado Prevenção Toxicodependências (PIPT) compreende as seguintes estruturas e valências:

- Manutenção de um Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (PSBLE), cuja gestão se encontra a cargo da Ares do Pinhal – Associação de Recuperação de Toxicodependentes, operacionalizado através de duas Unidades Fixas (Gabinetes de Apoio aos Toxicodependentes – GAT) e duas Unidades Móveis;

²¹⁰ O NID passa em 2006 a designar-se Equipa das Dependências, integrada no Departamento de Acção Social (DAS), que por sua vez é transformado em 2012 no Núcleo de Comportamentos de Risco.

- Manutenção da intervenção com duas equipas de rua, a cargo da Crescer na Maior – Associação de Intervenção Comunitária;
- Manutenção do Centro de Acolhimento de Alcântara, gerido inicialmente pela Associação Ares do Pinhal, posteriormente pela Desafio Jovem (Teen Challenge) Portugal e actualmente pela Vitae (até 2016);
- Manutenção da articulação com o Centro de Abrigo do Beato, cuja gestão pertence à VITAE - Associação de Solidariedade e Desenvolvimento Internacional;
- Desenvolvimento de três projectos, enquadrados no Programa de Respostas Integradas (PRI), sendo dois no eixo da Redução de Riscos e Minimização de Danos e um no eixo da Reinserção. Para executar os três projectos foram seleccionadas duas Entidades: APDES- Agência Piaget para o Desenvolvimento e AASPS- Associação de Apoio e Segurança Psico-social.

O Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (PSBLE) destina-se a apoiar a população toxicodependente com deficiente enquadramento sociofamiliar nas áreas social, judicial e de saúde, promovendo terapêutica medicamentosa e vigilância de cuidados de saúde, redução de comportamentos de risco e apoio nas necessidades básicas dos utentes.

O Programa de Respostas Integradas (PRI) procede à operacionalização do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), criado em 2010, desenvolvido em cada território considerado como prioritário. Os critérios para a definição de território prioritário - Núcleo Territorial – baseiam-se na identificação de problemas comuns e na reorganização dos recursos disponíveis. O Núcleo Territorial em que a CML participa abrange as freguesias da Encarnação, Sta. Catarina; S. Paulo e Santos-o-Velho, estando actualmente a ser criado um novo diagnóstico com a participação das entidades do terreno na zona da Alta de Lisboa.

A CML apoiou em 2013 quatro associações do âmbito da toxicodependência que actuam no sentido de uma estratégia de redução de riscos e minimização de danos: *Associação Ares do Pinhal* (com PSBLE), *Associação Crescer na Maior*, *Associação Novos Rostos...Novos Desafios* e *Associação Médicos do Mundo*, no montante global de 262.603,24€.

As Juntas de Freguesia constituíam-se como parceiros deste programa através de candidaturas, com apresentação de Projectos na área da Prevenção, estando nos últimos anos em execução projectos em 47 freguesias.

Em 2013 este Programa abrangeu 10 592 crianças e jovens (grupo-alvo final) e 3 737 Pais/Encarregados de Educação, docentes e não docentes (grupo-alvo estratégico), tendo sido a dotação global de 1 145 116.17€ para o total das 47 Juntas de Freguesia.

Balanço 2011/2013:

No que respeita à população-alvo que foi acompanhada, verificou-se que o valor de 1 260 utentes/mês, preconizado como objectivo, foi superado, tendo-se registado uma média superior a 1 299 utentes/mês, ao longo de todo o ano.²¹¹

Foram registados 291 encaminhamentos de heroíno-dependentes do Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (PSBLE) para acompanhamento nas estruturas de tratamento da área da toxicodependência e 505 encaminhamentos para estruturas de apoio social; foi registada a saída de 167 utentes do PSBLE, para programas de tratamento mais estruturados e especializados.

No indicador Troca/Distribuição de material, foram distribuídos 47 774 kits de material asséptico e 66 294 preservativos.

²¹¹ Fonte: Divisão de Acção Social e Saúde/ Núcleo Comportamentos de Risco – Maio/ 2014

VIII.1.7 - Sinistralidade

Sinistralidade Rodoviária

A colisão entre veículos é o tipo de acidente rodoviário mais frequente, estando a gravidade dos ferimentos relacionada com a velocidade no momento da colisão.

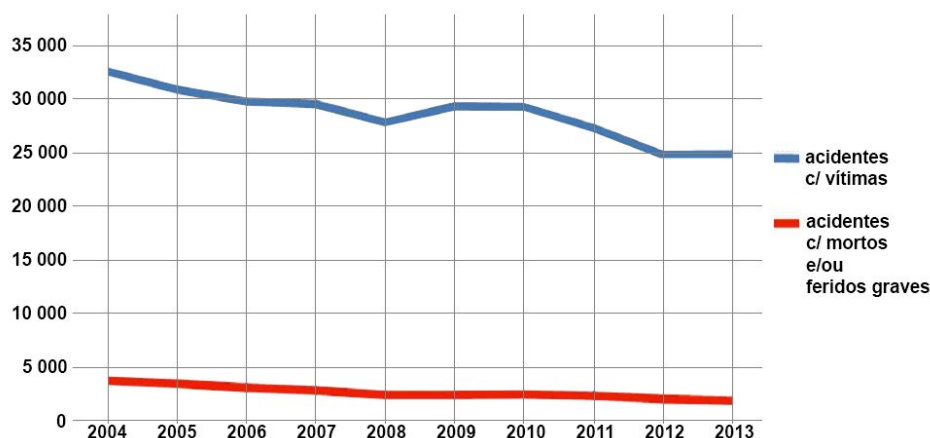
Aumentando 3 vezes a velocidade de embate, o acidente é 9 vezes mais violento.

O despiste é o tipo de acidente com maior índice de gravidade. A 50 km/h o impacto da colisão num ocupante de 50 kg projectado sem cinto de segurança representa uma força de cerca de 2,5 toneladas. A 100km a força será de quase 10 toneladas. Pequenos aumentos de velocidade fazem a diferença entre a vida e morte de um peão.

Existe uma velocidade limite a partir da qual o ser humano dificilmente sobrevive a um acidente: por exemplo um veículo a 80 km/h em piso seco de alcatrão, iniciando a travagem a 35 metros de um peão, o atropelamento não é evitável, ocorre a 68km/h e 88% dos peões não sobrevive.

A sinistralidade rodoviária tem graves consequências sociais e económicas, constituindo os acidentes de viação a primeira causa de morte no mundo para a população de 15-29 anos. Em Portugal, a mortalidade por acidentes com veículos a motor e por acidentes laborais têm apresentado, felizmente, uma tendência decrescente.²¹²

Evolução dos acidentes com vítimas e acidentes com mortos e/ou feridos graves



Fonte: Autoridade Nacional de segurança rodoviária, 2013.

A cidade de Lisboa apresenta taxas de mortalidade por acidente de viação, inferiores às do Continente e do País, mas mais elevadas do que muitos concelhos da área da Grande Lisboa..

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

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

Fonte: ARS LVT, 2013 / INE

²¹² PNS 2012-2016/Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária

Apesar da tendência decrescente 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.

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.

N.º de acidentes com vítimas, mortos e feridos graves, Distrito de Lisboa, 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	1,1	1,3	1,2

Fonte: Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária

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).

N.º de acidentes e vítimas no Concelho de Lisboa, 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

Quando analisados os episódios hospitalares por acidentes em 2012, nos hospitais do Concelho de Lisboa 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. Destes episódios, 116 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 (ARS LVT, 2013.)

N.º de episódios hospitalares por tipo de vítima de acidente de viação e total de dias de internamento, 2012

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

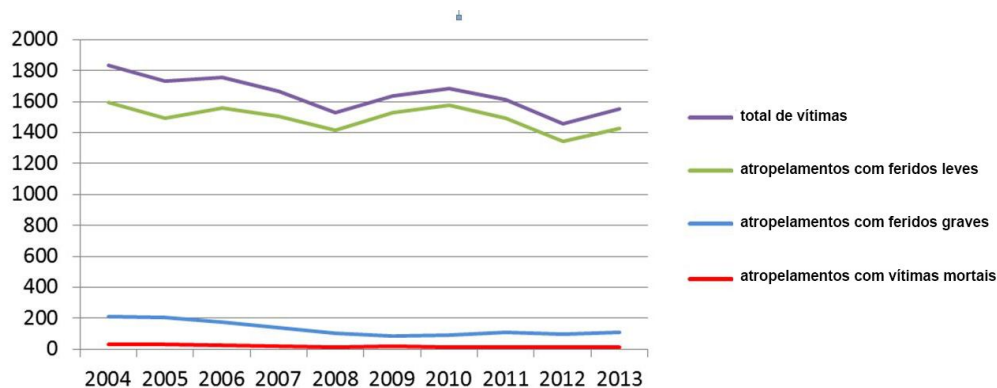
Fonte: Retrato de Saúde da Cidade de Lisboa, 2013 / Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

Considerando os sinistros de atropelamento de peões, que causam não só vítimas mortais mas sobretudo feridos graves e feridos leves que resultam em graves problemas de saúde, os dados relativos ao distrito de Lisboa, mostram que existe uma tendência para uma diminuição ligeira do total de vítimas de atropelamento, embora, nos últimos dois anos, haja um aumento no número de atropelamentos com feridos leves e com feridos graves.

**Número de atropelamentos de peões com vítimas mortais, feridos graves e feridos leves
Distrito de Lisboa, 2004-2013**

	com vítimas mortais	com feridos graves	com feridos leves	TOTAL de vítimas
2004	29	212	1592	1833
2005	32	205	1493	1730
2006	25	173	1560	1758
2007	19	141	1506	1666
2008	13	103	1412	1528
2009	20	88	1526	1634
2010	15	94	1577	1686
2011	15	108	1491	1614
2012	13	99	1345	1457
2013	15	111	1427	1553

Fonte: Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, Observatório de Segurança Rodoviária, Relatório de Sinistralidade, Distrito de Lisboa, 2004-2013



Fonte: Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, Observatório de Segurança Rodoviária, Relatório de Sinistralidade, Distrito de Lisboa, 2004-2013

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

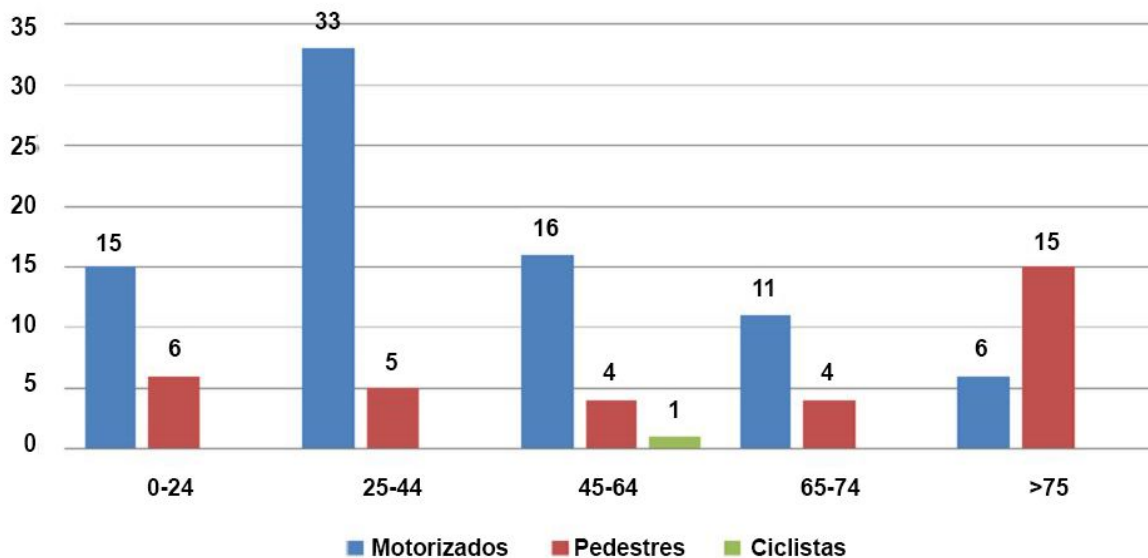
**Número de atropelamentos de peões com vítimas mortais, feridos graves e feridos leves por freguesia
Lisboa, 2004-2007 e 2010-2011**

FREGUESIA	2004	2005	2006	2007	2010	2011	TOTAL
Avenidas Novas	57	58	71	55	57	47	345
Alvalade	54	56	48	55	34	58	305
Arroios	61	41	44	44	48	52	290
Benfica	46	30	46	30	47	51	250
Santa Maria Maior	48	51	39	40	24	45	247
Estrela	26	49	40	24	38	43	220
Lumiar	41	25	49	39	22	32	208
Santo António	30	34	29	29	38	27	187
Misericórdia	41	35	32	17	35	21	181
Campo de Ourique	36	31	19	24	31	33	174
São Domingos de Benfica	25	28	26	25	30	26	160
Olivais	22	30	27	27	19	34	159
Penha de França	26	26	27	21	30	26	156
Belém	27	21	21	23	23	27	142
Marvila	25	21	27	23	21	17	134
Alcântara	17	20	30	11	16	17	111
Areeiro	23	19	19	14	23	12	110
Campolide	31	13	14	11	18	23	110
Carnide	15	26	16	23	11	19	110
Parque das Nações	8	15	17	18	17	16	91
São Vicente	12	13	15	10	13	13	76
Santa Clara	10	5	18	6	12	11	62
Ajuda	5	8	4	12	8	12	49
Beato	5	3	6	7	4	10	35
TOTAIS LISBOA	691	658	684	588	619	672	3912

Embora a maioria dos atropelamentos (cerca de 40 %) ocorra envolvendo indivíduos adultos, é notório um aumento significativo dos sinistros envolvendo o atropelamento de idosos (12,8% em 2004 para 20,4% em 2011), e também um mais recente e ligeiro aumento das ocorrências de atropelamento envolvendo crianças nas áreas envolventes das escolas públicas (cerca de 6% em 2010 para 8,5% em 2011).

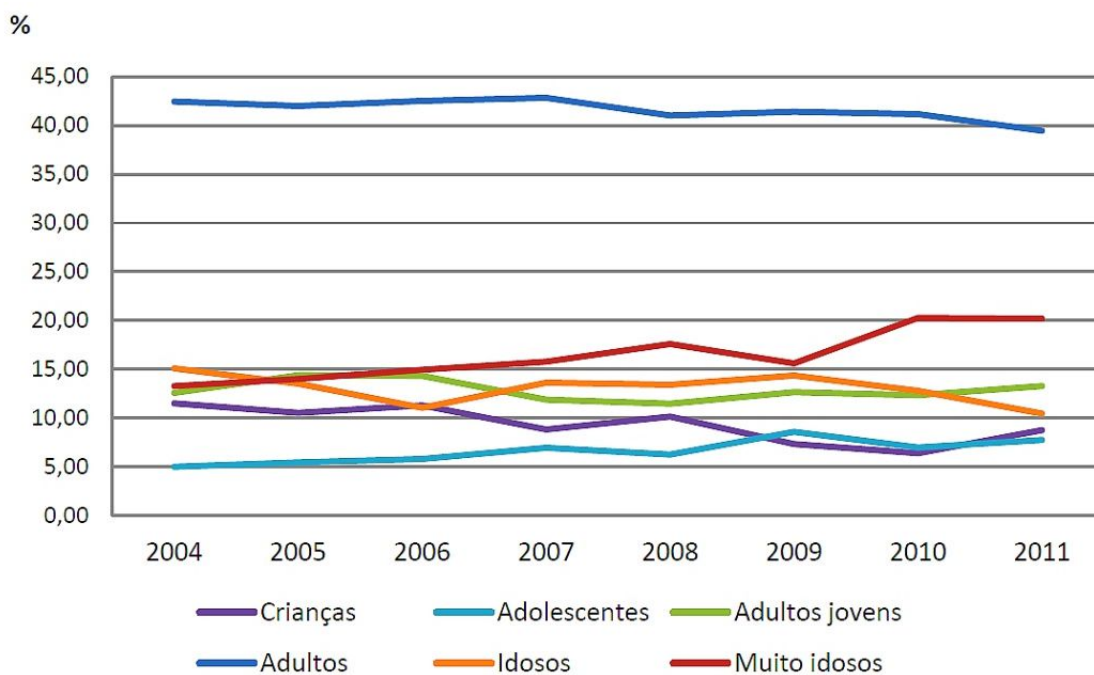
No concelho de Lisboa verifica-se a predominância de vítimas do grupo etário dos 25 aos 44 anos, sendo notória a proporção de episódios por atropelamentos em indivíduos com mais de 75 anos.

Episódios Hospitalares por acidente, por Grupos etários, Concelho de Lisboa, 2012



Fonte: Retrato de Saúde da Cidade de Lisboa, 2013 / Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

Peso relativo dos atropelamentos de peões por grupo etário

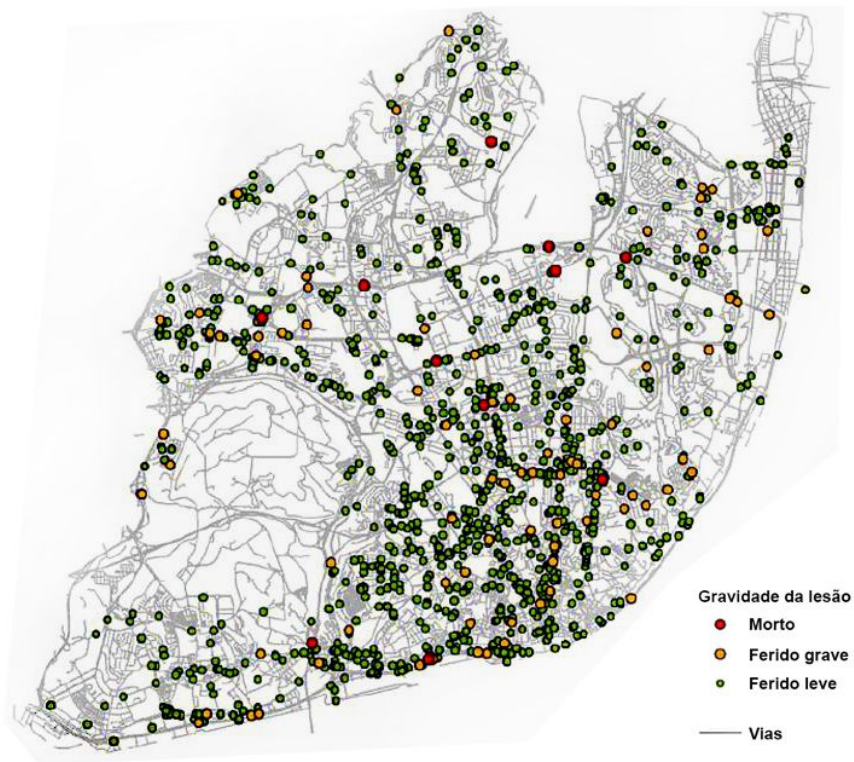


Fonte: Plano de Acessibilidade Pedonal de Lisboa, Via Pública, Volume 2, Dezembro 2013

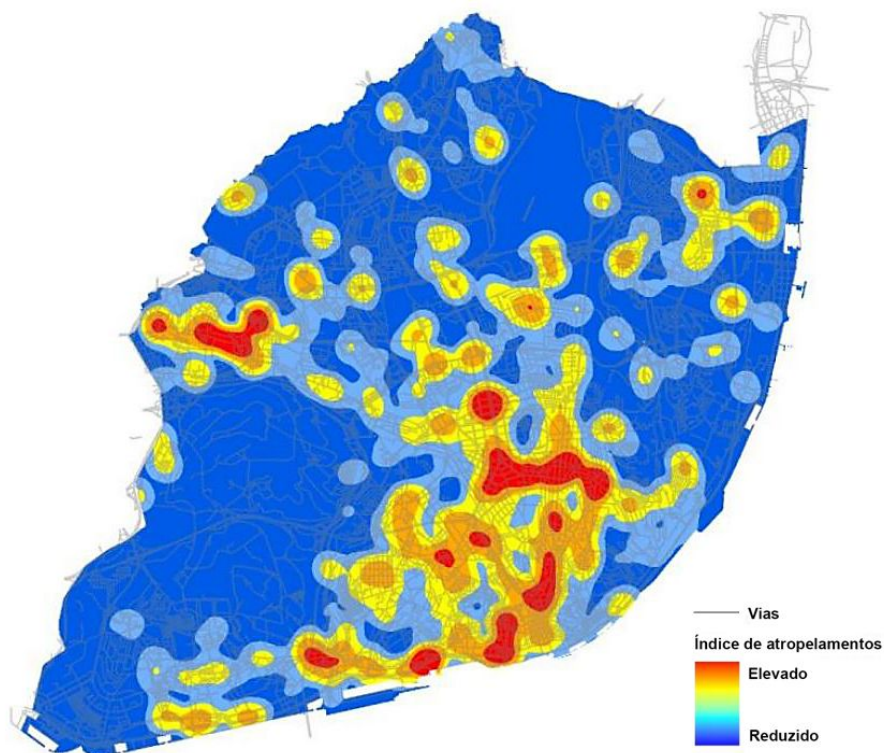
Considerando ainda a análise espacial do fenómeno dos atropelamentos de peões, agora segundo a gravidade da lesão, verifica-se que existem eixos e/ou zonas mais críticas, onde é maior a ocorrência de sinistros com feridos graves ou mesmo vítimas mortais, como sejam:

- o eixo Av. da Índia - Avenida 24 de Julho,
- a Avenida de Berna,
- a Estrada de Benfica ou
- a Avenida Almirante Reis.

Atropelamentos de peões segundo a gravidade da lesão, 2010-2011



Índice de atropelamentos 2010-2011



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

De forma a combater a sinistralidade rodoviária e sobretudo os atropelamentos de peões, a rede viária deve assegurar ao peão o direito de transitar sem risco de atropelamento, tendo em conta as características e necessidades inerentes à circulação pedonal em geral, e aos peões com mobilidade condicionada em particular.

De facto, existem no território municipal locais de maior incidência dos fenómenos de sinistralidade por atropelamento de peões, onde persistem problemas estruturais e situações de atravessamento pedonal mais perigosas com maiores valores relativamente ao índice de atropelamento.

Atendendo à distribuição espacial dos sinistros com atropelamento de peões e ao respectivo índice de atropelamentos, foram identificadas as seguintes oito zonas mais críticas²¹³:

1. Olivais Norte, junto à Quinta do Conde dos Arcos;
2. Avenida da Igreja (Nascente);
3. Benfica, nas áreas Centro Comercial Colombo, Estrada de Benfica e Estrada A-da-Maia;
4. Avenidas Novas, junto ao Campo Pequeno;
5. Saldanha;
6. Avenida Almirante Reis, junto ao Bairro das Colónias;
7. Avenida da Liberdade – Rua Alexandre Herculano;
8. Largo do Rato.

Existe uma velocidade limite a partir da qual o ser humano dificilmente sobrevive a um acidente: um veículo a 80 km/h em piso seco de alcatrão, iniciando a travagem a 35 metros de um peão, o atropelamento não é evitável, ocorre a 68km/h e 88% dos peões não sobrevive.

Cerca de 89% dos atropelamentos provocam ferimentos ligeiros, 10% feridos graves e menos de 1% originam vítimas mortais.

Os adultos (15 – 64 anos de idade) são o grupo etário com mais vítimas (cerca de 40%);

Mais de 80% dos atropelamentos de crianças em Lisboa ocorrem a uma distância inferior ou igual a 500 metros de uma escola pública;

Os atropelamentos têm um impacto especial na população idosa (65 e mais anos), constatando-se que 35,4% da totalidade de vítimas mortais e 36% dos feridos graves são pessoas idosas

Sinistralidade laboral

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

Para avaliar as consequências directas e indirectas da sinistralidade laboral, é necessário ter em conta os efeitos sociais e económicos resultantes deste tipo de sinistros, podendo dividir-se os efeitos da sinistralidade laboral em dois tipos:

- Efeitos sociais
- Efeitos económicos

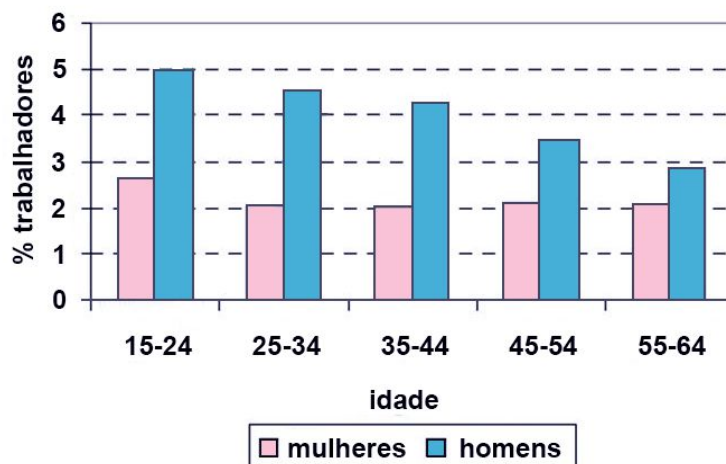
Os custos sociais das doenças e acidentes de trabalho são normalmente muito elevados, não só pela situação extrema de morte do trabalhador ou pelas incapacidades geradas, como também pelas consequências de natureza social que afectam não só os próprios como os seus agregados familiares, muitas vezes conduzindo a situações de pobreza e exclusão social.

²¹³ Plano de Acessibilidade Pedonal de Lisboa, Via Pública, Volume 2, Dezembro 2013

Por outro lado, são também normalmente muito elevados os custos económicos associados aos tratamentos de recuperação e reabilitação (custos médicos, hospitalares, terapias) e ao período de inactividade do trabalhador (medido em dias de trabalho perdidos), sendo estes últimos suportados pelos sistemas de segurança e protecção social.

De acordo com o Eurostat, os homens são mais propensos a ter um acidente de trabalho do que as mulheres, e os acidentes ocorrem com maior frequência nos grupos etários mais jovens. Nos grupos etários de maior idade o percentual de acidentes laborais continua a ser bastante estável em mulheres, enquanto para os homens os percentual diminui de forma constante com o aumento da idade.

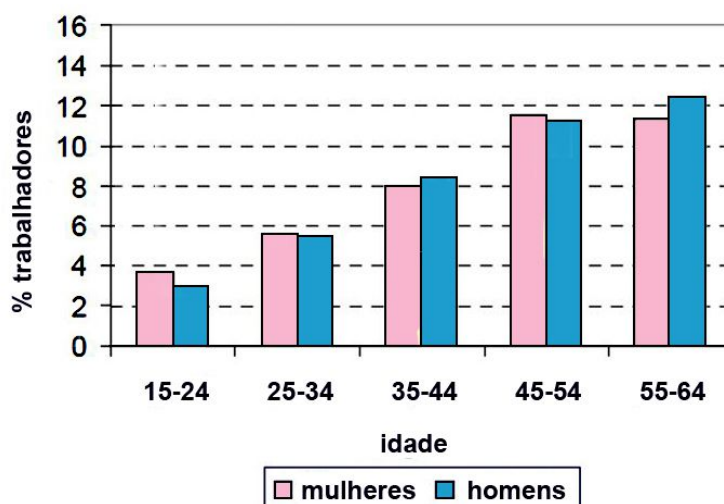
Acidentes de trabalho por grupos etários e por sexo na União Europeia em 2007 (EU-27)



Fonte: Eurostat – “Labour Force Survey 2007”, in “Statistics in focus”, boletim 63/2009

Acresce ainda que muitos dos problemas de saúde ligados à velhice são causados, agravados ou potenciados pelos riscos laborais a que os trabalhadores estiveram expostos ao longo da sua vida activa, os quais foram causando danos físicos, psíquicos e sociais, ou sequelas resultantes de sinistros ocorridos durante a actividade laboral.

Problemas de saúde relacionados com a actividade laboral, por grupos etários e por sexo na União Europeia em 2007 (EU-27)

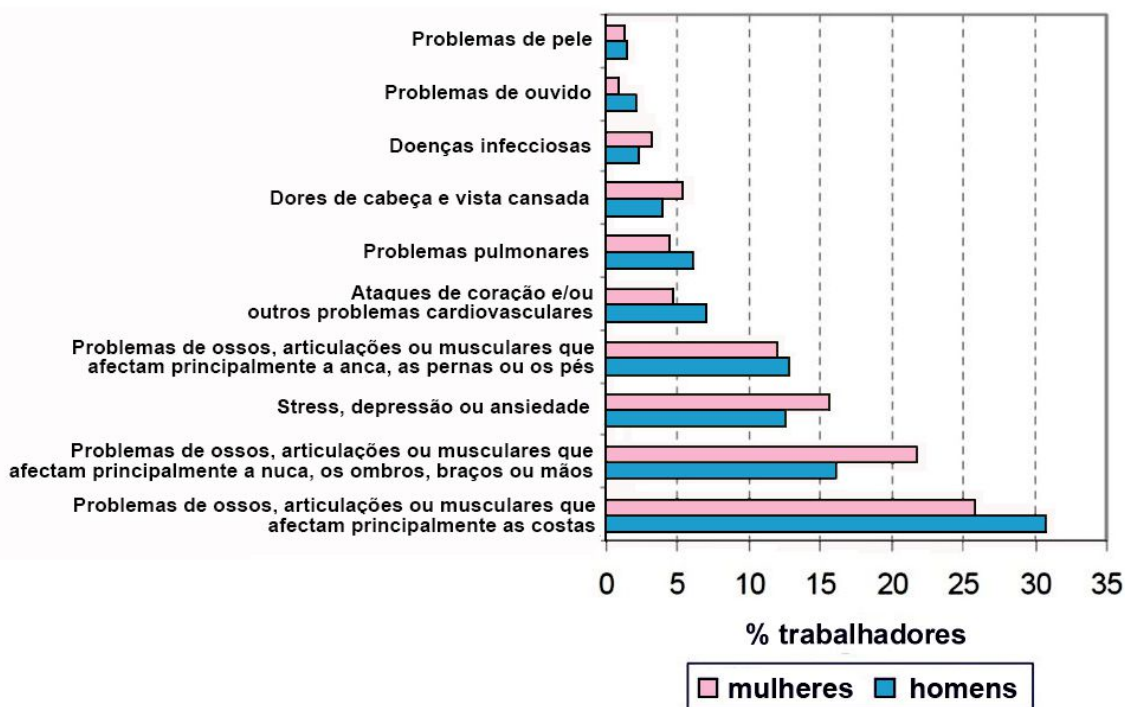


Fonte: Eurostat – “Labour Force Survey 2007”, in “Statistics in focus”, boletim 63/2009

A abordagem dos problemas de saúde relacionados com a sinistralidade laboral, em função do género e do tipo de patologias, permite concluir que os homens sofrem mais de problemas de coluna e costas, o que está associado ao facto de estes praticarem mais tarefas de movimentação manual de cargas do que as mulheres. Por outro lado, as mulheres sofrem mais de stress, depressão ou

ansiedade e problemas no pescoço, braços, ombros e mãos (tendinites), problemas que, normalmente, estão associados a tarefas de precisão e repetição.

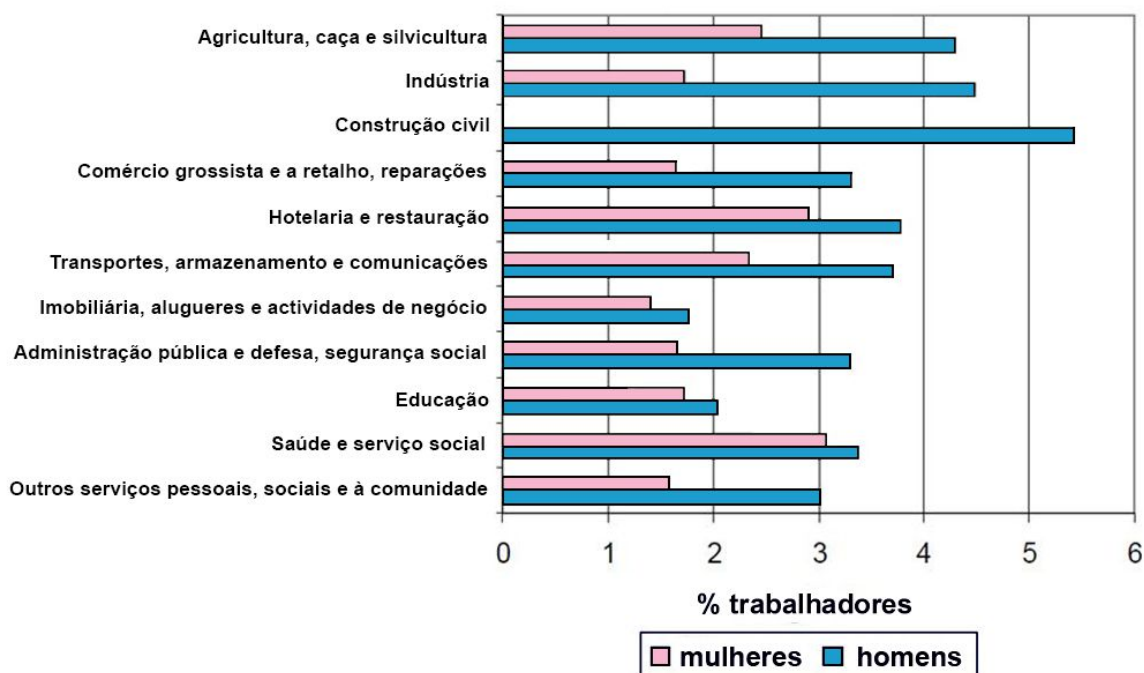
Problemas de saúde relacionados com a actividade laboral na União Europeia em 2007 (EU-27)



Fonte: Eurostat – “Labour Force Survey 2007”, in “Statistics in focus”, boletim 63/2009

Verifica-se também que os acidentes de trabalho são mais comuns nos sectores da construção, indústria e agricultura. Há aqui uma clara diferença de género, já que nos homens, o maior risco se encontra nestes três sectores de actividade, enquanto o maior risco entre as mulheres se encontra nos sectores da saúde, serviço social, hotelaria e restauração.

Acidentes de trabalho por sectores de actividade²¹⁴ na União Europeia em 2007 (EU-27)

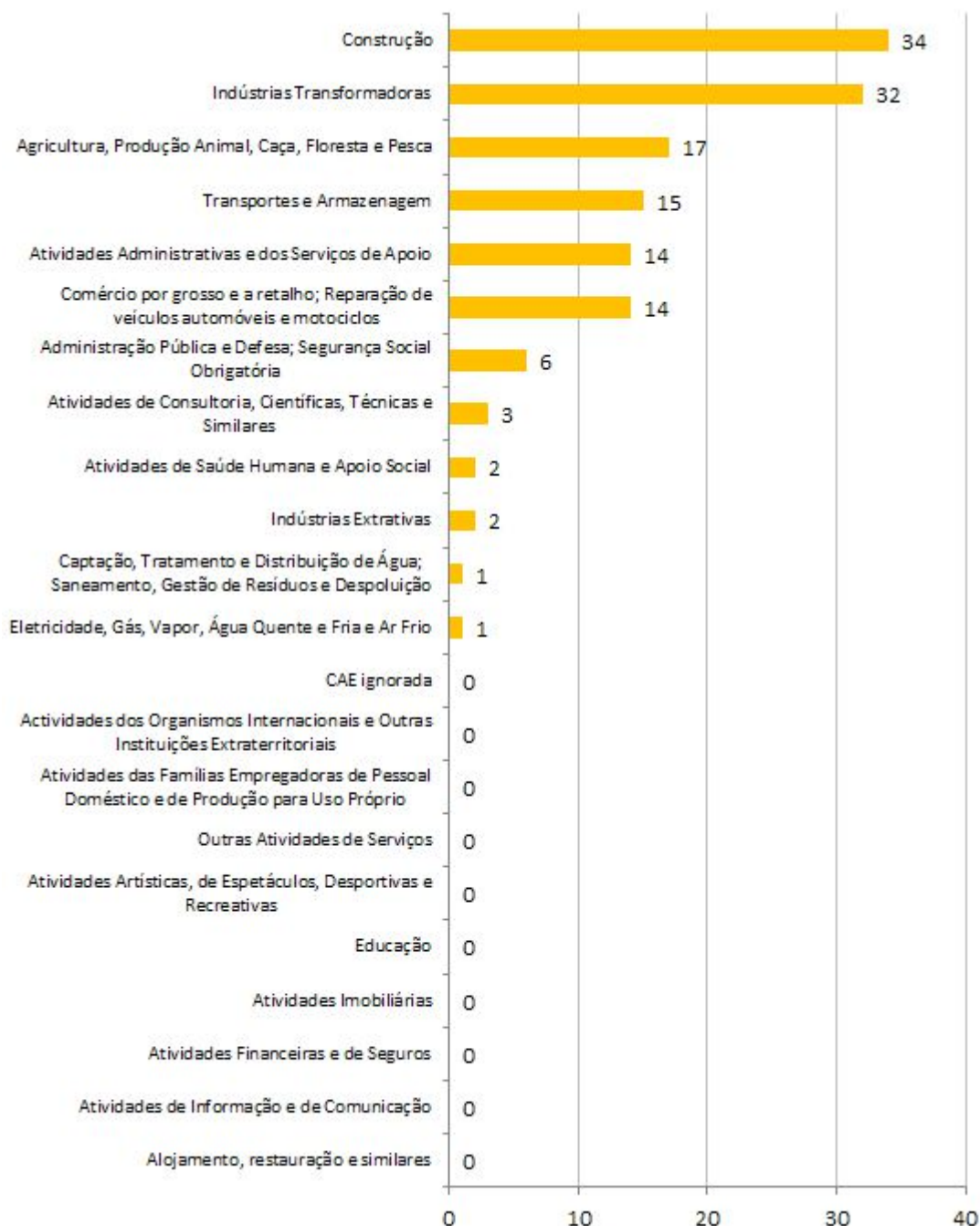


Fonte: Eurostat – “Labour Force Survey 2007”, in “Statistics in focus”, boletim 63/2009

²¹⁴ Os seguintes sectores não foram incluídos uma vez que o limite de confiabilidade dos dados para publicação, definido pelo Eurostat, não estava satisfeito: Pesca, Indústria extractiva, abastecimento de gás electricidade e água.

Portugal não difere deste padrão, sendo o sector da construção civil o responsável pelo maior número de acidentes de trabalho mortais e as indústrias transformadoras o que origina maior número de acidentes não mortais (ACT- Autoridade para as Condições de Trabalho, 2013).

Acidentes de Trabalho Mortais por Sector de Actividade, Portugal, 2013



Fonte: ACT- Autoridade para as Condições de Trabalho

Em Portugal, a intervenção legislativa em matéria de acidentes de trabalho e doenças profissionais baseia-se na aplicação da Lei dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (LAT)²¹⁵, que regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e a reintegração.

²¹⁵ Lei n.º 98/2009 de 04 de Setembro

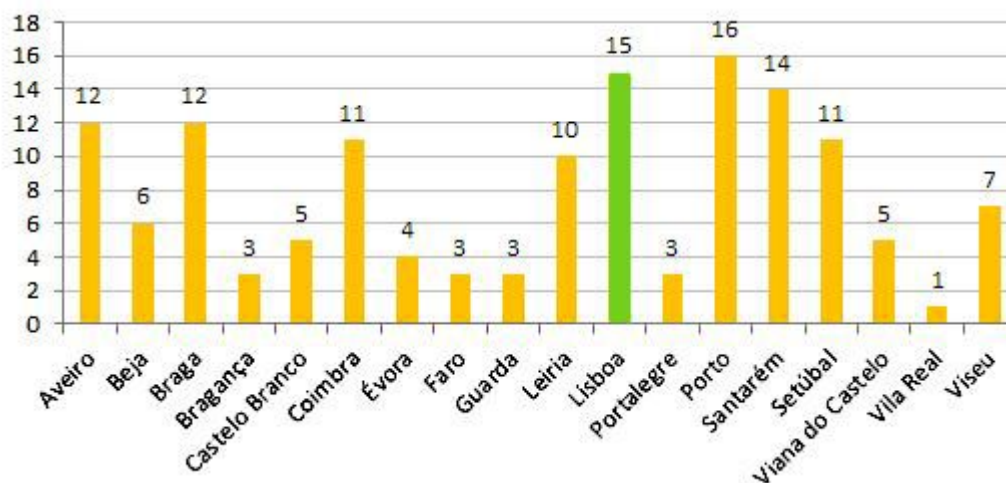
As estatísticas sobre acidentes de trabalho²¹⁶ permitem aferir, para o Distrito de Lisboa, que tem havido uma ligeira tendência de diminuição do número total de acidentes laborais (mortais e não mortais), desde 2002 até 2012.

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

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

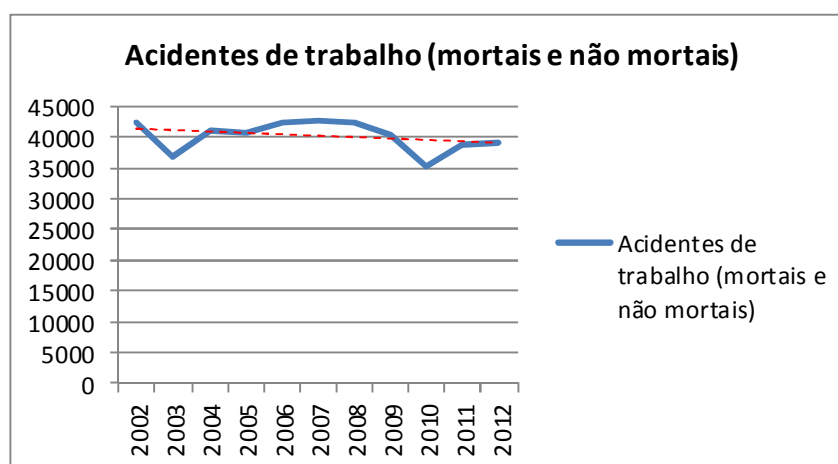
Considerando o ano de 2013, verifica-se que o Distrito de Lisboa é o segundo com mais acidentes de trabalho mortais, se comparado com o resto do país.

Acidentes de Trabalho Mortais por Distrito, 2013



Fonte: ACT, Autoridade para as Condições do Trabalho

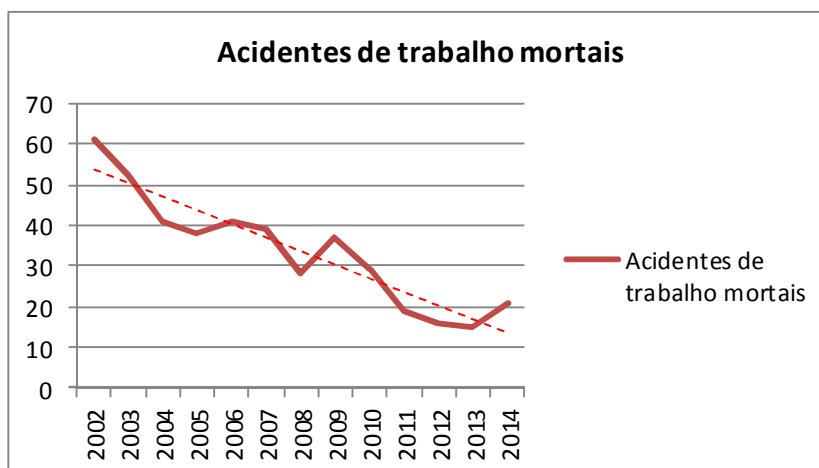
No período entre 2007 e 2010 houve uma significativa redução da sinistralidade laboral no Distrito de Lisboa, a qual porém, voltou a aumentar entre 2010 e 2012.



Fonte: Séries Cronológicas de Acidentes de Trabalho - Gabinete de Estratégia e Estudos – Ministério da Economia 2002-2012

²¹⁶ Séries Cronológicas de Acidentes de Trabalho - Gabinete de Estratégia e Estudos – Ministério da Economia

Considerando apenas os acidentes de trabalho com vítimas mortais, para o mesmo período, verifica-se que, no Distrito de Lisboa, a tendência de diminuição é bastante mais marcada, sendo de apenas 16 vítimas mortais em 2012, quando em 2002 o valor era de 61 mortes.

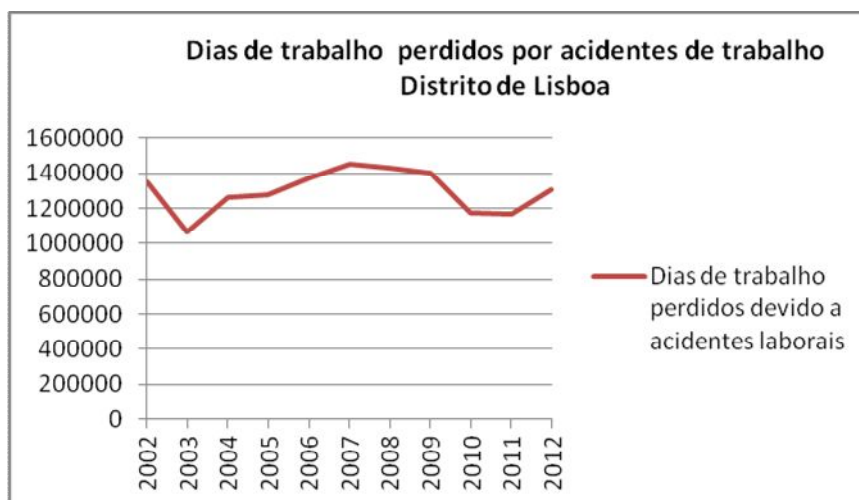


Fonte: Séries Cronológicas de Acidentes de Trabalho - Gabinete de Estratégia e Estudos – Ministério da Economia 2002-2012 e ACT- Autoridade para as Condições de Trabalho

No entanto, nos últimos dois anos, verifica-se uma inversão de tendência, tendo ocorrido em 2014 um aumento do número de vítimas mortais por acidentes de trabalho, de 15 em 2013 para 21 em 2014.

Relativamente às consequências económicas da sinistralidade laboral, estas podem medir-se através do número de dias de trabalho perdidos, resultantes da inactividade do trabalhador devido à ocorrência de um acidente de trabalho.

Entre 2003 e 2007, houve um aumento significativo do número de dias de trabalho perdidos por acidentes de trabalho, de 1.063.480 dias para 1.454.240 dias. Posteriormente houve uma diminuição até 2011, e mais recentemente, ocorreu de novo um ligeiro aumento, atingindo o valor de 1.307.725 dias em 2012.



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

No que diz respeito às doenças profissionais ou doenças relacionadas com a actividade laboral, as entidades oficiais responsáveis pela produção de dados estatísticos dependem da informação fornecida pelas entidades patronais.

Considerando o sector privado, as estatísticas de doenças profissionais são globalmente centralizadas e apresentadas pela Segurança Social, como resultado da participação obrigatória de doença e

incapacidade e da certificação da doença profissional. Por outro lado, as companhias seguradoras, também reportam a esta entidade pública as participações de sinistros de acidentes laborais dos seus segurados.

Quanto às Administrações Públicas, o tratamento da informação é distinto, uma vez que a Segurança Social intervém apenas para qualificar a doença profissional e propor o grau de incapacidade, permanente, se for o caso, sendo a decisão final sobre o grau dessa incapacidade da responsabilidade da Caixa Geral de Aposentações (CGA).

Assim, de acordo com o DPRP - Departamento de Protecção contra os Riscos Profissionais, do ISS, IP, apesar de ser recomendada alguma prudência na interpretação dos dados, pode dizer-se que, em Portugal, são as lesões do foro músculo-esquelético (LMELT), em que se inserem as tendinites, as hérnias e as paralisias, entre outras patologias) as que apresentam mais crescimento, tendo atingido em Portugal, apenas no ano de 2010, o valor de 2.013 casos confirmados. Esta situação deve-se a diversos factores, nomeadamente a especialização e mecanização do trabalho em diversos sectores de actividade e a intensidade das jornadas de trabalho.

Seguem-se as perturbações auditivas (ORL) e pulmonares, sendo também muito significativos os problemas do foro psíquico relacionados com o stress laboral, em profissionais de nível superior integrados em serviços de educação, financeiros e de saúde.

Doenças profissionais confirmadas por tipo de incapacidade e manifestação clínica – 2010

Doenças Profissionais (LDP ¹)	Tipo de Incapacidade					Total
	DPSI ²	IPATH ³	IPATQT ⁴	IPP ⁵	IPP+IPAT	
LMELT ⁶	773	0	0	1 240	0	2 013
Pneumoconioses	0	0	0	106	7	113
Dermites	0	0	0	46	0	46
Neoplasias	0	0	1	5	0	6
000R103L0	194	0	0	103	0	297
Doenças infecciosas	9	0	0	31	1	41
Urticária	0	0	0	1	0	1
Asma profissional	0	2	0	6	26	34
Oftalmologia	0	0	0	4	0	4
Outra forma clínica não incluída na lista em vigor	5	2	1	28	4	40
Formas clínicas precoces	0	0	0	1	0	1
Outras	0	1	0	1	0	2
Total	981	5	2	1 572	38	2 598

Fonte: DPRP - Departamento de Protecção contra os Riscos Profissionais

1 Lista das doenças profissionais - Constante do Decreto-Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de maio, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de Julho.

2 Doença profissional sem incapacidade

3 Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual

4 Incapacidade Permanente Absoluta para todo e qualquer trabalho

5 Incapacidade Parcial Permanente

6 Lesões músculo-esqueléticas

Os custos sociais das doenças e acidentes de trabalho são normalmente muito elevados, não só pela situação extrema de morte do trabalhador ou pelas incapacidades geradas, como também pelas consequências de natureza social que afectam não só os próprios como os seus agregados familiares, muitas vezes conduzindo a situações de pobreza e exclusão social.

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

Sinistralidade doméstica e de lazer

Os acidentes domésticos são a principal causa de morte até aos 18 anos.

“Quando comparado com os 24 Países que participaram no projecto CSAP²¹⁷, Portugal ocupa o 18º lugar quanto às taxas de mortalidade por traumatismos e lesões nestas faixas etárias, tanto no sexo masculino como no feminino, quando se considera o ano mais recente para o qual há dados disponíveis comparáveis. Em 2003, as mortes de crianças resultantes de traumatismos e lesões em Portugal representaram mais de 20 000 anos de vida potencial perdida (AVPP), sendo mais de 18 000 relacionados com traumatismos não intencionais – anos esses em que as crianças não puderam crescer, aprender e contribuir para a sociedade”.²¹⁸

Em 2012, as crianças até aos 14 anos foram as maiores vítimas de acidentes domésticos e de lazer, representando 41,5% do total dos acidentados.²¹⁹; a maior parte dos acidentes (36,4%) ocorreu em casa, 22,7% na escola e 11,5% em actividades ao ar livre; do total de acidentes reportados, 6,6% obrigaram a internamento.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), estes dados têm-se mantido estáveis, revelando-se fundamentais para delinear programas de prevenção

Se se analisar o período de 2003 a 2013, verifica-se que 41% dos acidentes ocorreram em casa, 35% em locais de educação/ensino, 8% em áreas de transporte, 5% ao ar livre, 5% em área desportiva e 3% em área de diversão e entretenimento.

Se em relação aos acidentes ocorridos em casa, fossem considerados apenas os ocorridos com crianças até aos 5 anos, a percentagem subiria para 80%.

As quedas são a principal causa de acidentes domésticos (59,5%), seguindo-se os cortes, queimaduras e intoxicações.

Entre 2000 e 2009, 104 crianças e jovens morreram devido a uma queda e 40 000 foram hospitalizados.

A maioria dos acidentes deve-se a faltas de atenção e desvalorização do risco por parte dos adultos, verificando-se que grande parte dos acidentes são evitáveis através da vigilância e supervisão das crianças conforme vão adquirindo maiores capacidades de locomoção e manipulação.

Botões, tampas e rolhas de garrafas, moedas, pregos, brinquedos com peças pequenas são objectos atractivos para crianças até aos 3 anos, que gostam de levar tudo à boca, constituindo um perigo de engasgamento se ingeridos, podendo levar à asfixia.

Mas não são só os pequenos objectos atractivos a causa de acidentes, entre 60% a 80% dos casos de asfixia em crianças ocorrem pela ingestão de frutos secos, sobretudo amendoins.

Enquanto os acidentes rodoviários e laborais têm vindo a apresentar resultados satisfatórios, com a redução de casos e de gravidade dos danos, o mesmo não se verifica em relação aos traumatismos por acidentes domésticos e de lazer.

Os acidentes domésticos e de lazer continuam a ser responsáveis pela maioria (73%) dos traumatismos que afectam particularmente grupos vulneráveis como os indivíduos com menos recursos, as crianças e os idosos²²⁰.

²¹⁷ CSAP, *Child Safety Action Plan, uma iniciativa em larga escala da ESCA, European Child Safety Alliance, cujo objectivo é promover o desenvolvimento de planos de acção nacionais que aumentem a segurança das crianças e adolescentes na Europa.*

²¹⁸ PASI, *Plano de Acção para a Segurança Infantil, 2012*

²¹⁹ ADELIA (*Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada / INSA, 2013*)

²²⁰ *Relatório sobre Acidentes na União Europeia, EU/INSA, 2013*

A notificação dos acidentes domésticos e de lazer foi efectuada até 1999 pelo Instituto do Consumidor, de acordo com o programa EHLASS (European Home Leisure Accidents Surveillance System). A partir de 2000 passou a competir ao Ministério da Saúde a execução deste projecto, tendo sido incumbido o INSA/ONSA (Observatório Nacional de Saúde) da sua concretização, adoptando-se a designação ADELIA (Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada).

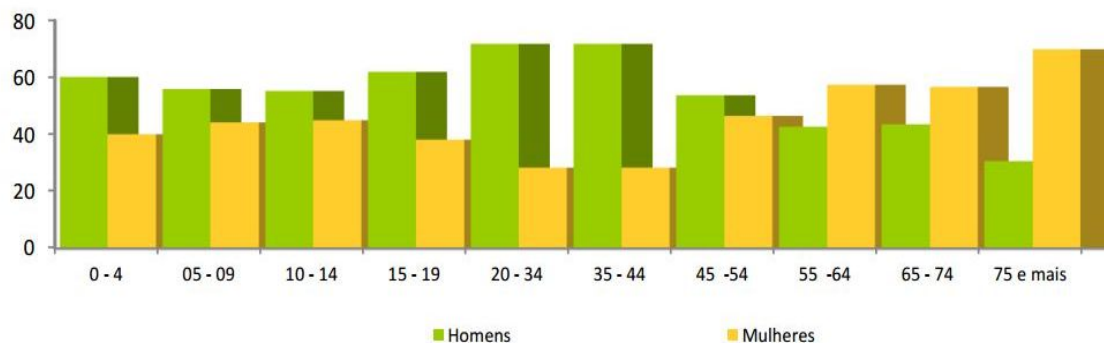
Relativamente à metodologia adoptada, as diferenças mais acentuadas relativamente ao projecto anterior, verificam-se na automatização da recolha e transmissão de dados e no alargamento do número e tipo de unidades inquiridas, possibilitando uma maior representatividade da rede de estabelecimentos de saúde

Acidentes domésticos e de lazer, distribuição percentual segundo o sexo e o grupo etário, Portugal, 2009/2010

Grupos etários	2009		2010	
	H	M	H	M
0-4	60,1	39,9	52,0	48,0
5-9	55,8	44,2	60,9	39,1
10-14	55,2	44,8	58,2	41,8
15-19	61,8	38,2	69,2	30,8
20-34	71,6	28,4	69,0	31,0
35-44	71,6	28,4	63,3	36,7
45-54	53,7	46,3	61,4	38,6
55-64	42,6	57,4	46,9	53,1
65-74	43,5	56,5	37,7	62,3
75 e mais	30,4	69,6	32,9	67,1

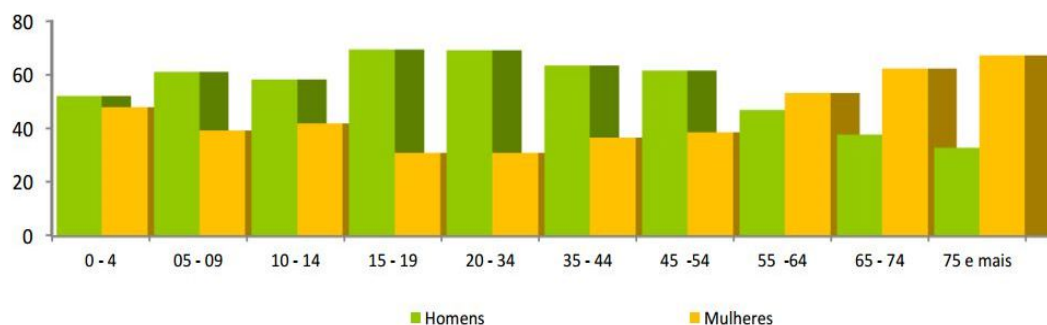
Fonte: INSA, Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada (ADELIA)

Acidentes domésticos e de lazer, distribuição percentual segundo o sexo e o grupo etário, Portugal, 2009



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

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



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

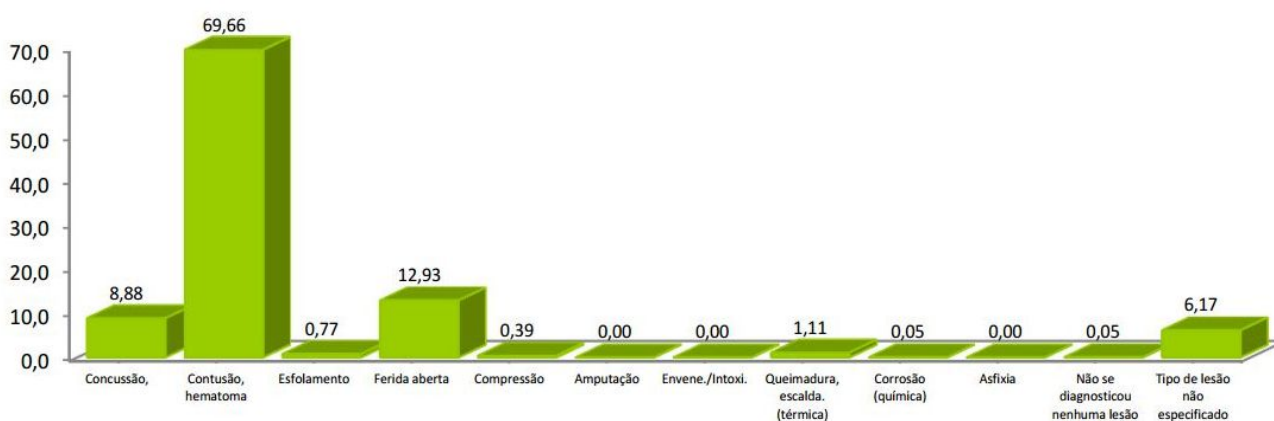
Distribuição percentual dos acidentes domésticos e de lazer reportados em urgência de Unidades de Saúde do SNS, por tipo de lesão, Portugal, 2009/2010

Tipo de lesão	2009	2010
Concussão	1,44	8,88
Contusão, hematoma	64,42	69,66
Esfolamento	1,76	0,77
Ferida aberta	18,43	12,93
Compressão	0,48	0,39
Amputação	0,00	0,00
Envenenamento / intoxicação	0,16	0,00
Queimadura, escaldamento (térmica)	3,37	1,11
Corrosão (química)	0,16	0,05
Asfixia	0,00	0,00
Não foi diagnosticada nenhuma lesão	0,32	0,05
Tipo de lesão não especificado	9,46	6,17

Nota: As percentagens apuradas não incluem os acidentes cujo mecanismo de lesão é desconhecido (5,4% do total).

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

Distribuição percentual dos acidentes domésticos e de lazer por tipo de acidente, Portugal, 2010



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

PASI, Plano de Acção para a Segurança Infantil,

O PASI nasceu no âmbito do projecto europeu Child Safety Action Plan (CSAP), coordenado pela Aliança Europeia de Segurança Infantil (ECSA) sob orientação de uma Comissão de Especialistas constituída por representantes da OMS, da Aliança Europeia de Saúde Pública, da UNICEF e das Universidades de Keele e West of England (Reino Unido) e com o apoio da Comissão Europeia.²²¹

Esta iniciativa teve como objectivo coordenar, harmonizar e integrar políticas e acções necessárias ao desenvolvimento de planos de acção nacionais para a prevenção e controle dos traumatismos e lesões não intencionais nas crianças e adolescentes, nos países membros da ECSA.

²²¹ A primeira fase decorreu entre 2004 a 2007 e envolveu 18 países da Europa, incluindo Portugal. A segunda fase, que se estendeu até finais de 2010 incluiu mais 9 países. O PASI, em Portugal, foi coordenado pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) até Dezembro de 2008, altura em que o Alto Comissariado da Saúde assumiu a coordenação oficial ficando a APSI responsável pela coordenação técnica. A elaboração do PASI foi feita em estreita colaboração com a Direcção Geral de Saúde.

O PASI estabelece um conjunto de estratégias integradas para a prevenção dos acidentes nas crianças e adolescentes até aos 18 anos, através de uma abordagem transversal e multisectorial. Faz parte integrante do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016.²²²

Enquadradas por uma Visão segundo 3 objectivos, **“Conhecer os riscos”**, **“Criar ambientes seguros”** e **“Minimizar os acidentes”**, encontram-se definidas 7 áreas prioritárias:

1. Sistema de Informação Integrado
2. Formação académica e profissional
3. Traumatismos crânio-encefálicos e vertebro-medulares
4. Segurança nos Espaços de Turismo, Lazer e Tempos Livre
5. Acidentes dos 0 aos 4 anos em ambiente doméstico
6. Segurança nos espaços exteriores e envolvente dos espaços educativos
7. Segurança dos ambientes construídos

Para além destas 7 áreas de intervenção prioritária, existem outras 4 de carácter transversal: segurança rodoviária, campanhas de sensibilização/informação, identificação de necessidades de formação e segurança de produtos.

Os acidentes domésticos são a principal causa de morte até aos 18 anos.

Cerca de 40% dos acidentes domésticos e de lazer ocorrem com crianças até aos 14 anos.

Do total de acidentes domésticos e de lazer, cerca de 40% ocorre em casa e cerca de 1/4 em ambiente escolar.

80% dos acidentes domésticos e de lazer envolvendo crianças até aos 5 anos ocorre em casa.

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

VIII.1.8 – Violência

As Nações Unidas definem violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em forma de ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

Ao longo da história da humanidade, diversos acontecimentos foram alterando o entendimento da violência entre humanos.

Actualmente, e do ponto de vista conceptual, sobressai a perspectiva, do 1º artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que afirma que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”, em que é excluído qualquer tipo de violência.

No entanto, a violência não se extinguiu e continua a existir de várias formas, nomeadamente através de agressões físicas e verbais, preconceito, *bullying*, homofobia, violência contra a mulher, entre outras. Elas acontecem quando alguém ou um grupo de pessoas utiliza intencionalmente a força física ou o poder para ameaçar, agredir e submeter outras pessoas, privando-as de liberdade, causando algum dano psicológico, emocional, físico ou até mesmo levar à morte.

²²² O PASI esteve em consulta pública até 12 de Julho de 2012 e pode ser consultado em http://www.nogueiradesign.com/APSI/APSI_versao_DGS.pdf

No que se refere a dados estatísticos sobre os diferentes tipos de violência, ela surge fraccionada por especificidades. Estes dados são, regra geral, apresentados/contabilizados por Entidades/Associações específicas que trabalham no terreno, criadas no âmbito do combate e prevenção, apresentando dados referentes ao suicídio, violência doméstica, *bullying* e criminalidade²²³, existindo ainda estatísticas oficiais dos casos participados anualmente às autoridades policiais (PSP, GNR e PJ).

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), no seu relatório de 2013²²⁴, apresenta dados sobre as diferentes formas e vertentes da violência ao nível nacional. Para o Distrito de Lisboa podem ser consultados dados no Relatório Anual de Segurança Interna, igualmente para 2013, do Sistema de Segurança Interna (SSI)²²⁵.

Violência Doméstica

A violência doméstica, caracterizada como uma agressão ou tentativa de tal, exercida por alguém próximo (familiar ou relacionamento íntimo) que magoa ou maltrata, possui diferentes tipos de manifestações: física, sexual, psicológica e emocional e todas elas podem produzir efeitos graves no agredido mas também noutra pessoa que, assistindo ao acto, não é directamente o alvo da agressão.

Segundo os dados da APAV, mais de 80% das vítimas de violência doméstica são mulheres, embora existam também queixas por violência doméstica apresentadas por homens²²⁶ (15,5% das 26 084 participações no país em 2012).

Durante 2012, a APAV foi procurada por 646 homens e o número de homicídios conjugais em que a pessoa condenada é do sexo feminino tem aumentado, conforme o quadro seguinte:



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

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

Os crimes de violência doméstica representavam 84,2% do total de crimes relatados pelas vítimas à APAV em 2013.

²²³ <http://www.violenciadomestica.uevora.pt/index.php?/Guia-de-Informacao/Definicao;>

²²⁴ Estatísticas APAV - Relatório Anual 2013, http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf

²²⁵ Relatório Anual de Segurança Interna, 2013, SSI <http://www.portugal.gov.pt/media/1391220/RASI%202013.pdf>

²²⁶ A investigadora Andreia Machado, da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, considera que a feminização do fenómeno tem levado à invisibilidade da violência contra os homens.

Os quadros seguintes caracterizam o perfil das vítimas e dos agressores e a evolução de casos registados entre 2009 e 2012.

Perfil das Vítimas

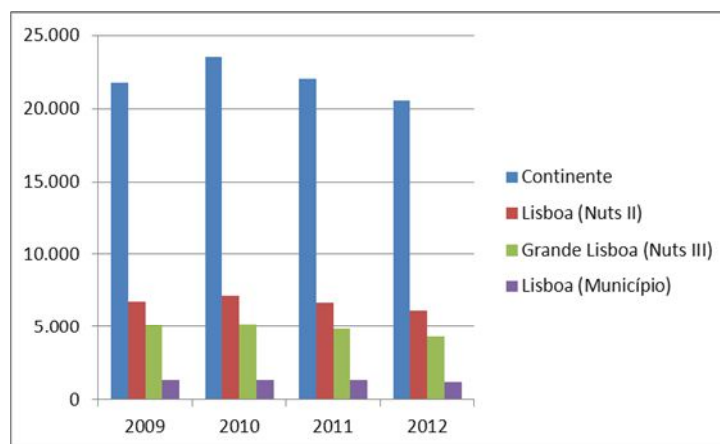
Crianças e jovens	Pessoas adultas	Pessoas idosas
974 menores de idade	6.985 até aos 64 anos	774 com mais de 65 anos
19 por semana	134 por semana	15 por semana
média de 2,7 por dia	média de 19,1 por dia	média de 2,1 por dia

Perfil da Vítima e do Agressor

Perfil da vítima- mulher (82,8%)	Perfil do autor do crime - homem (82,3%)
25 e 54 anos (35,1%)	25 e 54 anos (29,9%)
casada (34,8%)	casado (38,8%)
família nuclear com filhos (43%)	
ensino superior(6,9%)	
empregada (29,1%)	empregado (31,5%)

Violência doméstica contra cônjuge ou análogos

	2009	2010	2011	2012
Continente	21.763	23.515	22.026	20.569
Lisboa (Nuts II)	6.698	7.118	6.666	6.135
Grande Lisboa (Nuts III)	5.124	5.193	4.844	4.328
Lisboa (Município)	1.383	1.371	1.388	1.224



Fonte:: PORDATA / DGPI/MJ

Nos dois últimos anos o número de queixas por violência doméstica tem vindo a crescer, tendo sido em 2013 o segundo tipo de crime mais participado às autoridades, logo a seguir ao furto, com 27 318 queixas, mais 640 do que no ano anterior (+4,3%), 189 das quais no Distrito de Lisboa (+3,3%)²²⁷. Em 2014, continua a subir, registando-se no primeiro semestre um aumento de 2,3% de participações.

Ao aumento das participações não é alheia a crescente consciencialização das vítimas, quase exclusivamente mulheres, que cada vez mais e mais cedo²²⁸ denunciam as agressões às autoridades, para o que tem contribuído a maior divulgação e menor tolerância da sociedade, embora se verifique que os momentos posteriores à participação e frequentemente à ruptura conjugal, os actos de violência se agudizam por recusa do agressor em aceitar a situação, levando por vezes ao homicídio.

²²⁷ Relatório Anual de Segurança Interna, 2013, SSI, Sistema de Segurança Interna

²²⁸ Em 10 anos, o período médio de agressões continuadas que precediam a participação passou de 15 para 8 anos.

As estatísticas dos impactes da violência doméstica na saúde, nomeadamente o n.º de hospitalizações, é difícil de obter, uma vez que as causas alegadas pelas vítimas para as lesões que apresentam são escamoteadas. Frequentemente, com medo de represálias, a explicação para as dores, hematomas, fracturas, é a de serem consequência de uma queda.

Para além destas consequências visíveis (fracturas, contusões, hematomas), os maus tratos físicos originam dores crónicas, fibromialgias, problemas do trato gastro-intestinal, etc.

Psicologicamente, a vítima de violência física pode apresentar perturbações de ansiedade e depressão, fobias, stress, perturbações alimentares, além de comportamentos de risco sexuais e de abuso de álcool, tabaco e drogas.

As consequências nas mulheres podem afectar a sua saúde reprodutiva, originando problemas de gestação. As mulheres vítimas de violência doméstica apresentam **um risco 4 vezes superior** de ter uma gravidez de risco ou um filho com baixo peso à nascença.

A violência reduz o número de horas e a qualidade do sono, conduz à angústia e ao medo, à alimentação deficiente e a perturbações da imunidade, originando mais infecções.

Projectos Europeus – DoVE e ABUEL

Em 2009, Portugal, através de uma equipa da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, integrou um grupo de 8 países²²⁹ europeus a serem objecto de um Projecto financiado pela Comissão Europeia, intitulado DoVE (Domestic Violence against women/men in Europe), visando a avaliação dos danos na saúde mental e física das vítimas de violência doméstica.

O Projecto deverá dar origem a recomendações às entidades competentes para intervir no problema, com o objectivo de promover a adopção de medidas eficazes de combate ao flagelo. Outro objectivo é o de identificar indicadores do tipo de abusos, que permitam aos profissionais de saúde detectar precocemente os casos de violência

Não existem trabalhos que relacionem a violência e a deterioração da saúde das vítimas no nosso país, sendo esta a primeira vez que se avaliam os efeitos da violência doméstica em termos de saúde física e mental.

Segundo um estudo anterior realizado para a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, uma em cada três mulheres portuguesas já foi vítima de abusos por parte do parceiro.

Henrique Barros, director do Serviço de Higiene e Epidemiologia da FMUP e coordenador do Projecto DoVE considera que a **prevenção é possível e deve começar nos actos médicos de rotina**, para o que deve ser feita formação aos médicos de família para identificarem os sinais de risco. O despiste da violência deve fazer parte das rotinas como a medição da tensão arterial.

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

O Projecto ABUEL é um estudo sobre a extensão e natureza da violência contra idosos, com o objectivo de identificar os determinantes e os efeitos sobre a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

O Projecto envolve 7 países da União Europeia (Alemanha, Grécia, Itália, Lituânia, Portugal, Espanha e Suécia) e espera-se que venha a poder informar decisores políticos, profissionais de saúde, prestadores de cuidados e entidades, no apoio à intervenção e principalmente na prevenção.

²²⁹ Projecto DoVE, baseado em entrevistas a cerca de 800 pessoas de cada um de oito países (Portugal, Suécia, Alemanha, Reino Unido, Bélgica, Espanha, Grécia e Hungria)

Bullying, Cyberbullying, Stalking e Cyberstalking

O *bullying* é uma forma de violência contínua que acontece entre pares, colegas da mesma turma e/ou da mesma escola, pessoas que tenham alguma característica em comum (mais ou menos a mesma idade, estudarem no mesmo sítio,...) e tem o objectivo de assustar, magoar, humilhar e intimidar a vítima.

Existe um desequilíbrio de poder entre quem agride e quem é agredido/a, os agressores regra geral são mais fortes, ou porque não actuam individualmente, constituem um grupo, ou porque são mais fortes fisicamente; quanto à vítima é geralmente alguém com características que a torna diferente dos outros (fisicamente, na forma de vestir, agir,...).

As consequências, a curto e a longo prazo, do envolvimento, directo ou indirecto, em situações de *bullying* são negativas. Ao *bullying* estão associados problemas de saúde (mental e física), pois tanto o medo sentido pela vítima, como o abuso de poder praticado pelo agressor (designado de *bully*) vai interferir com o estado de saúde e com o desenvolvimento no caso das crianças e jovens.

O envolvimento em *bullying* está associado a diversos factores, nomeadamente a auto-estima, a empatia e o bem-estar, afectando não só os directamente envolvidos como o bom funcionamento da sociedade.

Nos últimos anos tem-se dado maior relevância a este fenómeno, nomeadamente projectos e programas nas escolas e instituições da comunidade escolar, não só numa tentativa de tentar travar mas também de perceber melhor todos os factores que lhe estão associados.

É no entanto de referir o facto de ter cessado há dois anos o contrato entre o Ministério da Educação e o Observatório da Segurança em Meio Escolar, que analisava as questões do *bullying*.

O termo *stalking* ou Assédio Persistente designa uma forma de violência em que uma pessoa impõe sobre outra de forma persistente um conjunto de comportamentos de assédio que são indesejados e/ou intrusivos.

O agressor, denominado *stalker*, pode exercer esse assédio mediante ameaças directas à vítima ou a indirectas a familiares ou amigos da vítima, tentativas indesejadas de contacto, perseguição, oferta de presentes, muitas vezes flores, podendo pertencer ao círculo familiar ou laboral, ou não ter qualquer relação aparente com a vítima, em o início do assédio pode ocorrer num transporte público, na fila de um supermercado...

Qualquer das duas formas de violência, *bullying* e *stalking*, têm actualmente as suas versões digitais, em que o agressor opera exclusivamente ou também através de recursos electrónicos (telemóvel, tablet, etc.) e da internet, designando-se respectivamente *cyberbullying* e *cyberstalking*.

A televisão continua a ser a mais importante fonte de informação para as vítimas ou para os que lhes estão próximos reconhecerem as situações de violência e assédio, as alterações de comportamento das vítimas e dos agressores, sendo a escola e a própria internet o veículo de informação com maior peso nos escalões etários mais jovens, entre os 15 e os 34 anos.

A violência pode ser prevenida e evitada, conhecendo os factores de risco, reconhecendo os sinais de alerta e identificando as suas causas.

Os factores responsáveis pelos actos de violência são passíveis de serem modificados, quer sejam derivados de atitudes e comportamentos ou de condições socioeconómicas e culturais.

Os profissionais de saúde e as autoridades da saúde pública podem fazer muito no campo da prevenção, através da vigilância directa em actos médicos de rotina, em parceria com os vários sectores da sociedade em que ocorrem os actos de violência, assegurando a dotação de recursos para as acções preventivas.

VIII.2 - Estado de saúde

Actualmente, nas ciências sociais e na medicina, é consensual que a saúde deve ser vista de forma multidimensional, incluindo não apenas o bem-estar físico, um sentimento físico positivo, ausência de sinais ou sintomas, o bem-estar psicológico, alegria, felicidade e satisfação com a vida, mas também desempenho, auto-realização e significância. 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 (Loureiro, ARSLVT, 2013).

Neste capítulo pretendeu-se caracterizar o estado de saúde da população da cidade de Lisboa, num conjunto seleccionado de domínios, nomeadamente no que diz respeito à saúde mental e às doenças de evolução prolongada, através do recurso à informação disponível de mortalidade, morbilidade e incidência.

2.Estado de Saúde

2.1 Esperança de vida e autopercepção do estado de saúde

2.2 Saúde Mental

- 2.2.1 Ansiedade, depressão e suicídio
- 2.2.2 Saude mental nas crianças e adolescentes
- 2.2.3 Demências e isolamento nos idosos

2.3 Saúde Oral

2.4 Saúde Sexual e Reprodutiva

- 2.4.1 VIH/Sida
- 2.4.2 Outras doenças sexualmente transmissíveis
- 2.4.3 Trabalhadores do sexo
- 2.4.4 Interrupção voluntária da Gravidez

2.5 Saúde infantil e doenças evitáveis pela vacinação

- 2.5.1 Nascimento e peso ao nascer
- 2.5.2 Saúde infantil
- 2.5.3 Doenças evitáveis pela vacinação

2.6 Doenças de evolução prolongada

- 2.6.1 Obesidade
 - 2.6.1.1 Obesidade Infantil
- 2.6.2 Diabetes
- 2.6.3 Doenças cérebro-cardiovasculares
 - 2.6.3.1 Hipertensão
- 2.6.4 Doenças Oncológicas
- 2.6.5 Doenças respiratórias
 - 2.6.5.1 Tuberculose

VIII.2.1 - Esperança de Vida e autopercepção de saúde

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 de 2011, verifica-se que os homens vivem, em média, 60,7 anos sem limitações na sua actividade, enquanto para as mulheres a esperança de vida sem incapacidade é de 58,7 anos, valores abaixo da média da União Europeia (EU-27) em que os valores são respectivamente de 61,8 e 62,2 anos.

Também aos 65 anos a esperança de vida sem incapacidade é inferior à da União Europeia, 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 União Europeia para os dois sexos (Eurostat, 2012).

Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, 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

A autopercepção 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 mostrou haver relação entre reforma por invalidez, pior autopercepção do estado de saúde e maior uso de serviços de saúde (Pimenta et al, 2010).

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

Em geral, uma pior autopercepção 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 autopercepção do estado de saúde era melhor na Região do que no Continente.

A questão é também influenciada por factores 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, em relação à média de 10,7% e 8,2%, respectivamente, da União Europeia (Eurostat, 2013). Este aspecto foi também identificado no INS de 2005/06, ao comparar a autopercepção menos favorável da população portuguesa com a da população imigrante em Portugal (Dias et al,).

Autopercepção de estado de saúde segundo o Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006

Autopercepção 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

Perante a inexistência, ao nível do INS, de informação mais recente e específica para a cidade de Lisboa, foram considerados os resultados do estudo HBSC 2010 para a população escolarizada da Região e alguns dados do Censo 2011 referentes à autopercepção de dificuldades sensoriais, de comunicação, de mobilidade e de realização de actividades da vida diária.

Os jovens inquiridos em 2010 no estudo HBSC apresentavam os seguintes sintomas físicos ou psicológicos.

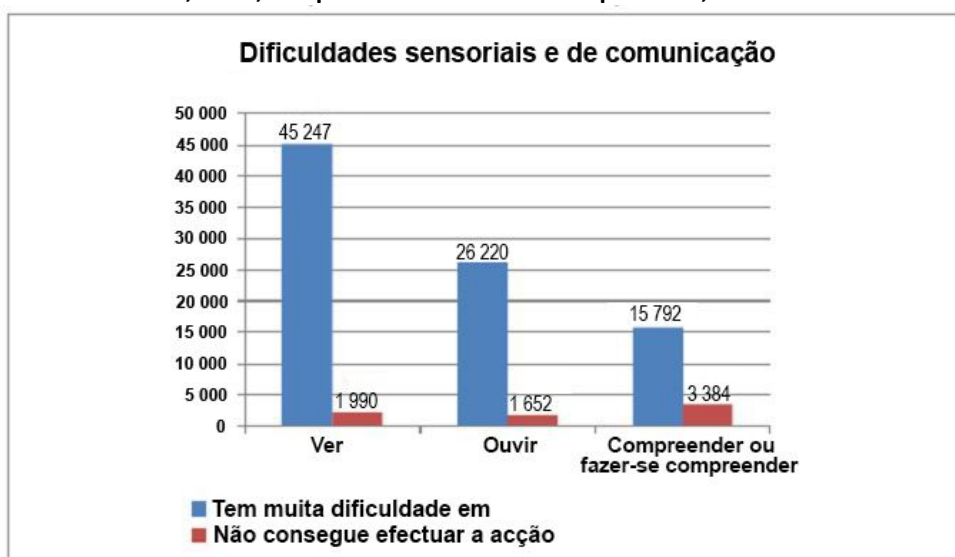
Percentagem de jovens que referem apresentar os sintomas abaixo referidos mais do que uma vez por semana (alunos do 6º, 8º e 10º anos), 2010

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)

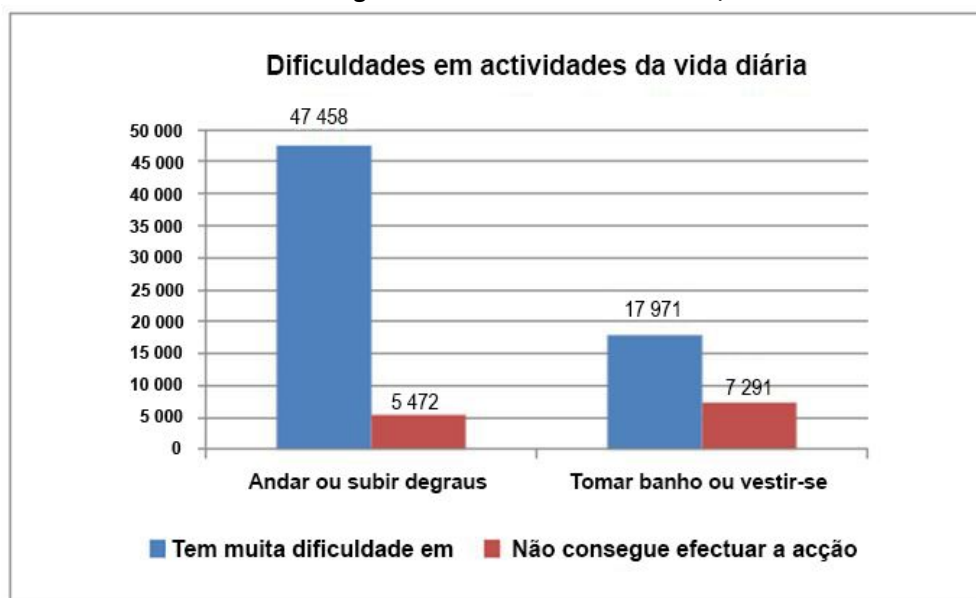
Fonte: www.aventurasocial.com – HBSC/OMS (Health behaviour in school - aged children)

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

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



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



VIII.2.2 - Saúde Mental

A saúde mental constitui a base de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, assumindo um papel fundamental nas relações interpessoais, na vida familiar e na integração social. Esta representa mais do que a ausência de doença mental, mas refere-se também à capacidade de adaptação a mudanças, ao estabelecimento de relações satisfatórias com os outros e à descoberta de um sentido para a vida (Estudo Epidemiológico de Saúde Mental, 2013).

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

A idade, o género e vários factores sociais podem influenciar a incidência de perturbações mentais. Alguns grupos, como os idosos, os desempregados ou os trabalhadores do sexo encontram-se expostos a uma acumulação de factores que os tornam mais vulneráveis. No contexto de crise económico-financeira e em consequência da agudização de diferentes problemas sociais como o desemprego e a pobreza, a precariedade das condições e da situação perante o trabalho, do envelhecimento e de diferentes formas de exclusão social, são também agravadas as situações de prevalência de patologias associadas à saúde mental, em todos os grupos etários. Nenhum grupo está imune. As perturbações mentais podem afectar a vida de crianças e adultos, tanto nas cidades como nos meios rurais, causando sofrimento e invalidez, sendo responsáveis por custos elevados para os indivíduos, as famílias e a sociedade.

Os custos directos e indirectos relacionados com as despesas assistenciais e com a diminuição da produtividade detêm um impacto económico considerável nos orçamentos públicos, podendo atingir os 20% dos custos totais da saúde (Saúde Mental em Números, 2013).

Considerando o Programa Nacional de Saúde Mental (Reactualização, 2012), é importante enfatizar os seus dois objectivos prioritários:

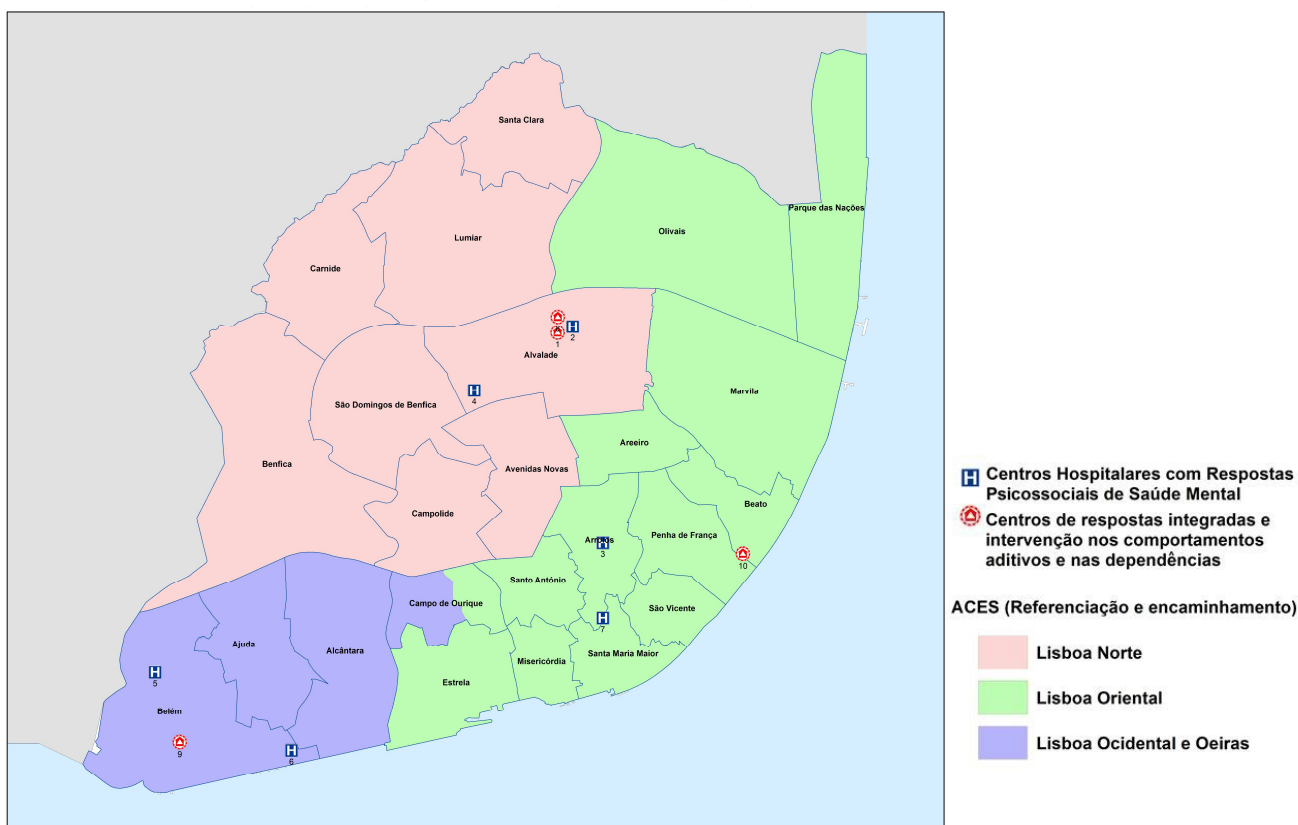
1. Criação de um novo modelo de financiamento e gestão dos serviços de saúde mental;
2. Realocação dos recursos financeiros gerados através da alienação patrimonial de estruturas da psiquiatria, que permitam garantir a substituição dos cuidados prestados pelas instituições encerradas por cuidados de melhor qualidade.

Na cidade de Lisboa, os cuidados de saúde mental são actualmente prestados pelos Centros Hospitalares, nos quais estão concentradas as consultas de psiquiatria infantil e de adultos, sendo de destacar o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (antigos Hospitais de Júlio de Matos e Miguel Bombarda) e o Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital D. Estefânia onde funciona a Urgência Pedopsiquiátrica.

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE	INSTITUIÇÕES PÚBLICAS COM CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL
ACES Lisboa Central	<ul style="list-style-type: none">• Hospital de Dona Estefânia (Centro Hospitalar Lisboa Central) – Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência• Hospital de São José (Centro Hospitalar Lisboa Central) - Serviço de Psiquiatria e Saúde• Centro de Respostas Integradas de Lisboa Oriental
ACES Lisboa Norte	<ul style="list-style-type: none">• Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa• Unidade de Alcoologia de Lisboa• Hospital de Santa Maria (Centro Hospitalar Lisboa Norte) – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e Consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência• Unidade de Desabilitação Centro das Taipas
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	<ul style="list-style-type: none">• Hospital de São Francisco Xavier (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental) – Urgência Psiquiátrica e Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência• Hospital de Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental) – Serviço de Psiquiatria e Saúde• Comunidade Terapêutica do Restelo (Restelo)

Os Centros de Saúde, através dos médicos de clínica geral, fazem os diagnósticos preliminares e referenciam os doentes para as consultas de especialidade.

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



Fonte, CML, DDS/PLHDS, PDS, Relatório do Grupo de Missão da Saúde Mental, 2014

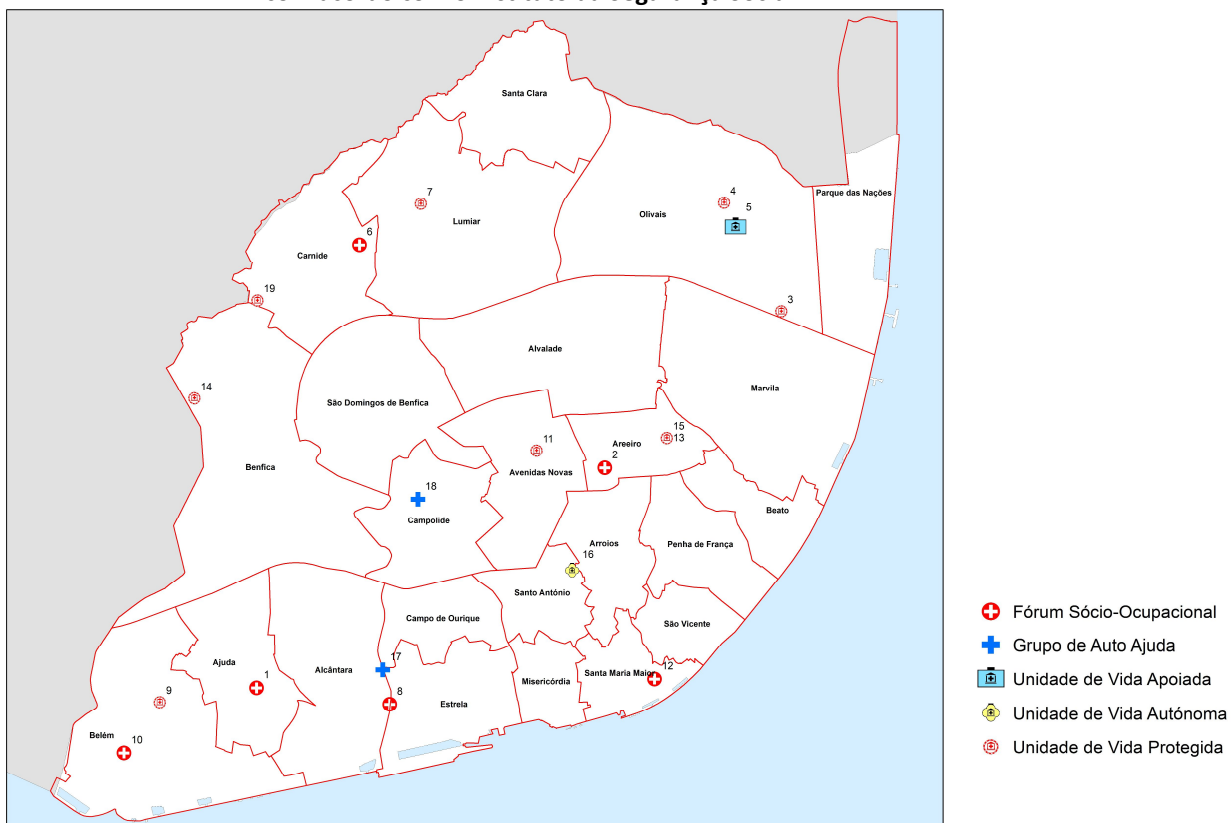
Paralelamente existem equipamentos de natureza social²³⁰ que asseguram respostas ao doente em situação clínica estabilizada, visando a promoção da autonomia e a reinserção sócio-familiar ou profissional, incluindo programas de formação ou de emprego protegido, segundo 5 tipologias definidas na nomenclatura oficial.²³¹

TIPOLOGIAS	ENTIDADES DA ÁREA DA SAÚDE MENTAL EXISTENTES NO CONCELHO DE LISBOA COM ACORDO COM A SEGURANÇA SOCIAL
Fórum Sócio-Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de Acção Comunitária – GAC • AEIPS - Associação para o Estudo e Integração Psicossocial • GIRA - Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa • ARIA - Associação e Reabilitação e Integração da Ajuda e Oeiras • AASPS - Associação de Apoio e Segurança Psico-Social
Grupo de Auto Ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • ADEB - Ass. Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares • APOIAR - Ass. Apoio ex- Combatentes Vítimas de Stress de Guerra
Unidade de Vida Apoiada	<ul style="list-style-type: none"> • AEIPS - Associação para o Estudo e Integração Psicossocial
Unidade de Vida Autónoma	<ul style="list-style-type: none"> • GIRA - Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa
Unidade de Vida Protegida	<ul style="list-style-type: none"> • AEIPS - Associação para o Estudo e Integração Psicossocial • Grupo de Acção Comunitária – GAC • HORIZONTE - Centro de Reabilitação Psicossocial • GIRA - Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa • Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus • ARIA - Associação e Reabilitação e Integração da Ajuda e Oeiras

²³⁰ No âmbito do trabalho desenvolvido na área da Saúde Mental pelo Departamento de Desenvolvimento Social / Divisão de Ação Social e Saúde da Câmara Municipal de Lisboa, foi criado o Guia de Recursos SAÚDE MENTAL EM LISBOA que reúne informação para a população sobre os recursos comunitários existentes no Concelho de Lisboa

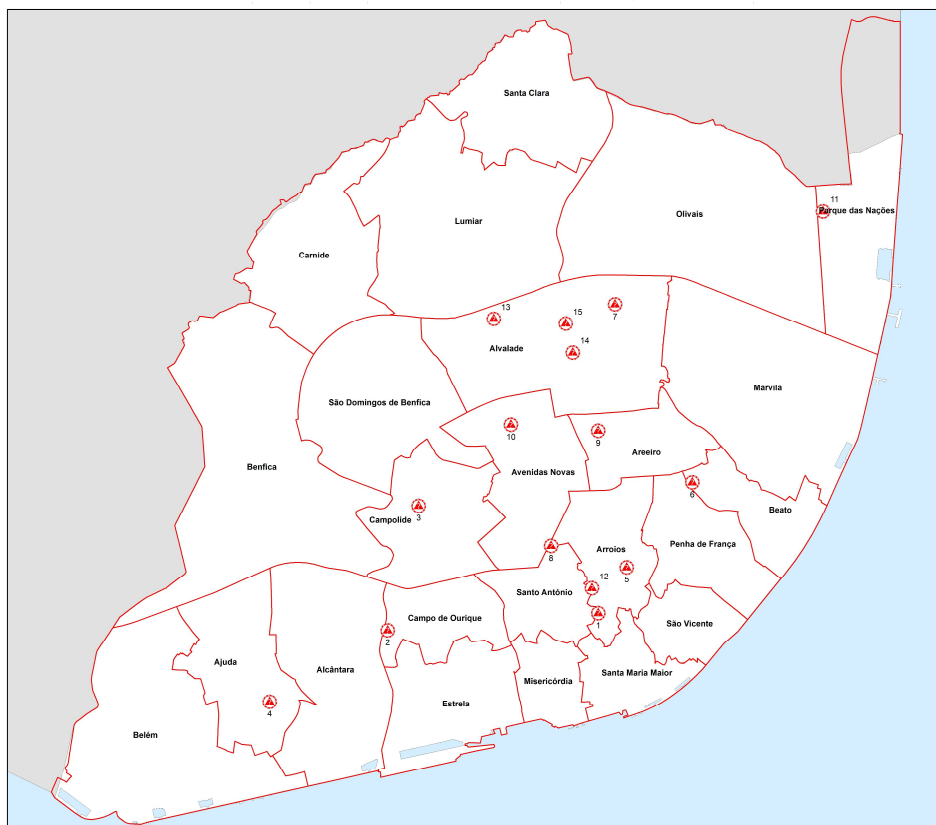
²³¹ Nomenclatura definida pelo Despacho do Secretário de Estado da Segurança Social de 19 de Janeiro de 2006.

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



Fonte: CML, DDS/PLHDS, PDS, Relatório do Grupo de Missão da Saúde Mental, 2014

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



Fonte: CML, DDS/PLHDS, PDS, Relatório do Grupo de Missão da Saúde Mental, 2014

Desde 2010, encontra-se ainda criado²³² outro tipo de unidades e equipas no âmbito de cuidados continuados integrados de saúde mental, da responsabilidade do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Ministério da Saúde, destinados às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontre em situação de dependência, independentemente da idade:

- **Unidades residenciais** – que se distinguem em “residências de treino de autonomia”, “residências autónomas de saúde mental”, “residências de apoio moderado” e “residências de apoio máximo”;
- **Unidades sócio ocupacionais** localizadas na comunidade que se destinam a pessoas com moderado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social;
- **Equipas de apoio domiciliário** que têm por finalidade maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial, reforçar a sua rede de suporte social e os acessos aos recursos comunitários, prevenir internamentos hospitalares nas unidades residenciais, sinalização e encaminhamento para os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), bem como apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio.

No sentido da melhoria no acesso aos cuidados de saúde mental, sobretudo no que diz respeito ao acesso a equipamentos e serviços de saúde mental, está em desenvolvimento uma linha estratégica de intervenção no âmbito do PDS – Plano de Desenvolvimento Social de Lisboa (Rede Social de Lisboa), designada de “Lisboa, Cidade Saudável”, na qual surge como acção concreta a “definição de um modelo de atendimento, acompanhamento e encaminhamento das situações de saúde mental”, tarefa cometida a um Grupo de Missão envolvendo representantes do Instituto da Segurança Social, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e da Câmara Municipal de Lisboa.

Este Grupo de Missão, coordenado pela ARSLVT, está a realizar uma avaliação do enquadramento legislativo e das suas presentes limitações e constrangimentos, com o objectivo de reunir um conjunto de propostas de articulação e funcionamento ao nível do acesso aos cuidados primários e continuados integrados de saúde mental, entre os Centros de Saúde e os Hospitais, na área da psiquiatria, em estreita parceria com os ACES de Lisboa.

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

O tratamento precoce tem provado ter uma influência significativa na evolução da maior parte das perturbações mentais. Por esta razão, a avaliação do tempo que medeia entre o início das manifestações clínicas destas perturbações e o início do seu tratamento é um dado importante para a avaliação do acesso aos cuidados e para o planeamento da melhoria da sua qualidade. (1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013).

VIII.2.2.1 - Ansiedade, Depressão e Suicídio

De acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), Portugal apresenta um dos valores mais elevados de prevalência de perturbações psiquiátricas na Europa. Como se pode constatar no quadro seguinte, o grupo das perturbações de ansiedade é o que apresenta uma prevalência mais elevada (16.5%), seguido do grupo das perturbações do humor, com uma prevalência de 7.9%. Com valores muito inferiores encontram-se as perturbações de controlo de impulsos e de perturbações pelo abuso de substâncias, respectivamente com 3.5% e 1.6% de prevalência.

²³² Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 22/2011, de 10 de fevereiro

Prevalência anual de Perturbações Psiquiátricas em Portugal e em outros países europeus (%)

	Perturbações de Ansiedade	Perturbações do Humor	Perturbações de Controlo dos Impulsos	Perturbações por Utilização de Substâncias	Todas
Portugal	16,5	7,9	3,5	1,6	22,9
Alemanha	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Bélgica	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
Bulgária	7,6	3,2	0,8	1,2	11,2
Espanha	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
França	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Holanda	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
Irlanda do Norte	14,6	9,6	3,4	3,5	23,1
Itália	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Roménia	4,9	2,5	1,9	1,0	8,2

Fonte: Estudo epidemiológico de saúde mental, 2013.

Este estudo também apontou as fobias específicas (8.6%), a Perturbação Depressiva Major (6.8%), a Perturbação Obsessivo-compulsiva (4.4%), a Fobia Social (3.1%) e a Perturbação Pós-stress Traumático (2.3%) como as perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas na população portuguesa estudada (Estudo Epidemiológico, 2013).

Prevalência de Perturbações Psiquiátricas e Gravidade (%)

	Gravidade									
	N	Prevalência nos últimos 12 meses			Perturbações ligeiras		Perturbações moderadas		Perturbações graves	
		%	%(SE)		%	%(SE)	%	%(SE)	%	%(SE)
Perturbações de ansiedade										
Perturbação de pânico*	32	0,9	0,2	25,7	8,8	52,4	8,4	21,9	6,4	
Perturbação de ansiedade generalizada*	92	2,1	0,2	9,3	3,4	57,5	5,7	33,2	5,6	
Fobia social*	124	3,1	0,4	11,7	3,9	59,4	5	28,9	3,8	
Fobias específicas*	370	8,6	0,5	30,5	3,3	46,1	3,3	23,4	2,7	
Agorafobia sem perturbação de pânico*	33	0,7	0,1	14,3	5,9	45,8	8,2	39,9	8,3	
Perturbação pós-stress traumático***	77	2,3	0,3	19,7	4,8	45,8	7,2	34,5	7,5	
Perturbação obsessivo-compulsiva****	35	4,4	0,9	25,4	7,2	47,5	10,3	27,1	8,6	
Perturbação de ansiedade de separação***	45	1,2	0,3	8,5	5,5	65	7,5	26,5	6,4	
Qualquer perturbação de ansiedade***	535	16,5	1	31,9	2,7	48,7	2,6	19,4	2	
Perturbações do humor										
Distímia*	43	1	0,2	8,7	5,1	58,4	7,3	32,9	8,4	
Perturbação depressiva major*	293	6,8	0,5	13	2,7	60,5	3,2	26,5	2,6	
Perturbação bipolar*	45	1,1	0,2	4,2	2,7	50,4	8,3	45,5	7	
Qualquer perturbação do humor*	341	7,9	0,6	11,7	2,3	59	2,9	29,3	2,6	
Perturbação de controlo dos impulsos										
Perturbação de oposição**	7	0,4	0,2	7,1	7,2	47,4	21,7	45,5	21,4	
Perturbação da conduta**	2	0,1	0,1	0	0	70,6	29,4	29,4	29,4	
Défice de atenção / Hiperactividade**	5	0,4	0,2	20,7	16	10,9	11,3	68,4	20,5	
Perturbação explosiva intermitente*	68	1,8	0,2	22,4	3,9	62	4,8	15,7	4,4	
Qq perturbação de controlo dos impulsos**	57	3,5	0,4	17,4	4,4	62	7,6	20,6	7,3	
Perturbação por utilização de substâncias										
Abuso de álcool***	39	1,6	0,3	53,8	10	40,6	9,9	5,6	2,9	
Dependência de álcool***	6	0,3	0,1	0	0	60,8	21,8	39,2	21,8	
Qq perturbação por utilização de substâncias***	40	1,6	0,3	52,7	9,9	39,8	9,8	7,5	3,5	
Qualquer perturbação										
Qualquer perturbação***	769	22,9	1	31,9	1,9	50,6	2	17,5	1,5	
0 perturbações***	1 291	77,1	1	0	0	0	0	0	0	
1 perturbação***	460	14,7	0,7	44,9	2,7	44,9	2,5	10,2	1,3	
2 perturbações***	201	5,3	0,5	12,8	2,2	67,2	3,2	20	2,8	
3+ perturbações***	108	2,9	0,3	0,6	0,6	49,2	5,3	50,2	5,4	
Gravidade										
Grave***	153	4	0,4	0	0	0	0	100	0	
Moderada***	416	11,6	0,6	0	0	100	0	0	0	
Leve***	200	7,3	0,5	100	0	0	0	0	0	

Nota: As percentagens nas colunas da gravidade são repetidas como proporções de todos os casos e somam até 100% em cada linha
Dimensão total da amostra Parte 1 = 3 849 e Parte 2 = 2 060, amostra Parte 2 e Idade ≤ 44, Dimensão total da amostra 1 070
A Gravidade foi calculada usando medidas da amostra Parte 2

*Amostra Parte 1, prevalência calculada usando medidas da amostra Parte 1

**Amostra Parte 2 e Idade ≤ 44, prevalência calculada usando medidas da amostra Parte 2

*** Amostra Parte 2, prevalência calculada usando medidas da amostra Parte 2

**** Prevalência calculada utilizando a Parte 2 ponderada (n=539 total)

Fonte: Estudo epidemiológico de saúde mental, 2013

Em tempo de crise económico-financeira verifica-se um efeito potencialmente negativo sobre a saúde e, em particular, sobre a saúde mental. Este efeito está associado por um lado ao aumento dos níveis de stress e ansiedade, resultantes do desemprego, da insegurança, da incerteza, da diminuição de rendimentos disponíveis, e por outro lado pode estar associado a alterações das políticas de saúde que reduzam a capacidade de resposta dos serviços de saúde e ao aumento da comparticipação financeira dos utentes (OPSS 2013).

No que diz respeito ao suicídio, 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. Porém, salienta-se que a taxa de suicídio da cidade de Lisboa é mais elevada (9,5) do que o valor regional e nacional.

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

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

Fonte: Retrato da saúde da cidade de Lisboa

No que se refere às patologias psiquiátricas mais pesadas, a incidência de pedidos de Internamento compulsivo (segundo a literatura) apresenta valores que variam de 200/100 000 hab na Finlândia e 24/100 000 hab na Dinamarca (Stefano et al. , 2008). Em Portugal encontraram-se no mesmo estudo, valores de 6/100 000 hab, mas no levantamento realizado no ex-ACES Lisboa Oriental entre 2011 e 2012 encontrou-se uma taxa de 28/100 000 hab (ARSLVT, 2013).

Mandatos de condução por descompensação psiquiátrica, 2010-2012

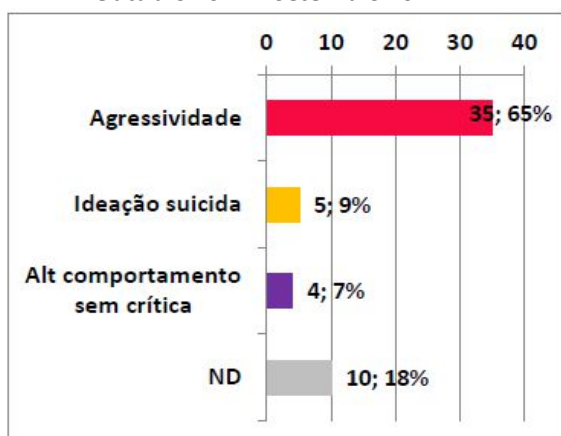
	2010	2011	2012
ACES NORTE	19	37	54
ex – ACES ORIENTAL	34	46	46
ex – ACES CENTRAL	n.d.	67	72

Fonte: Sistema 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.

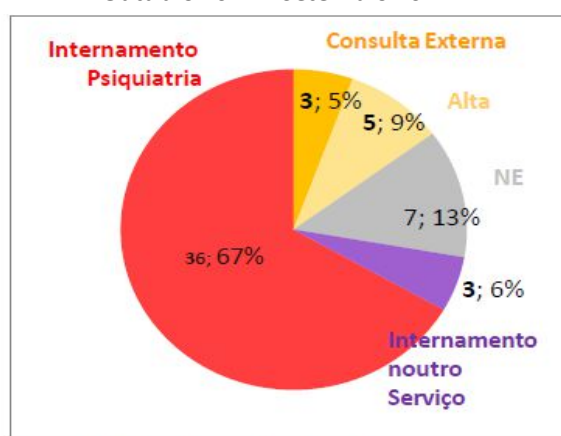
Verifica-se que cerca de 2/3 destes doentes são internados, mas em 10% a 20% dos processos a informação é de pouca qualidade, quer na instrução do processo de condução quer ao nível do serviço de urgência, desconhecendo-se o seu destino em 13% dos casos.

Principais motivos de condução à urgência Hospitalar no ACES Lisboa Oriental Outubro 2011 – Setembro 2012



Fonte: Retrato de Saúde de Lisboa, 2013.

Resultados da avaliação psiquiátrica na urgência hospitalar ACES Lisboa Oriental Outubro 2011 – Setembro 2012



VIII.2.2.2 - Saúde mental nas crianças e adolescentes

Muitas das perturbações mais frequentemente observadas em adultos podem ter início durante a infância. A prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a assumir uma dimensão cada vez mais importante, estimando-se que actualmente 10% a 20% das crianças possuam um ou mais problemas de saúde mental (MS, 2001; Plano de saúde infantil e juvenil, 2013).

No âmbito da saúde mental da infância e da adolescência é mais complexo distinguir entre o normal e o patológico, na medida em que vários sintomas podem surgir ao longo do desenvolvimento normal de uma criança. Estes sintomas adquirem significado no contexto sócio-familiar e no momento evolutivo da criança, sendo que num ambiente familiar tolerante e tranquilizador, existe uma maior probabilidade de os sintomas diminuírem e até desaparecerem, enquanto num meio intolerante, agressivo ou angustiante, as perturbações que a criança apresenta podem perdurar e afectar o seu desenvolvimento (Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários, 2013).

Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) enfatiza a importância das questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos, considerando prioritários a detecção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis.

De acordo com a Classificação internacional de doenças, em psiquiatria da Infância e na Adolescência podem ser identificadas duas grandes categorias, nomeadamente as Perturbações do Desenvolvimento Psicológico e as Perturbações do Comportamento e Emocionais. No primeiro grupo incluem-se as perturbações do desenvolvimento de funções específicas, como a aprendizagem e perturbações globais do desenvolvimento. No segundo estão incluídas as perturbações do comportamento, a hiperactividade, défice de atenção e as perturbações emocionais da infância, constituindo cerca de 90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar (OMS, 1992; saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários, 2013).

Como foi anteriormente referido, face à inexistência ao nível do INS de informação mais recente, e específica para a cidade de Lisboa, recorreu-se aos resultados do estudo HBSC 2010 para a população escolarizada da Região, constatando-se que 11,9% dos jovens inquiridos referem estar nervosos e 8,8% estarem tristes ou deprimidos (ARS LVT, 2013).

Percentagem de jovens que referem apresentar os sintomas abaixo referidos mais do que uma vez por semana (alunos do 6º, 8º e 10º anos), 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: Retrato de Saúde em Lisboa / www.aventurasocial.com – HBSC/OMS (Health behaviour in school - aged children)

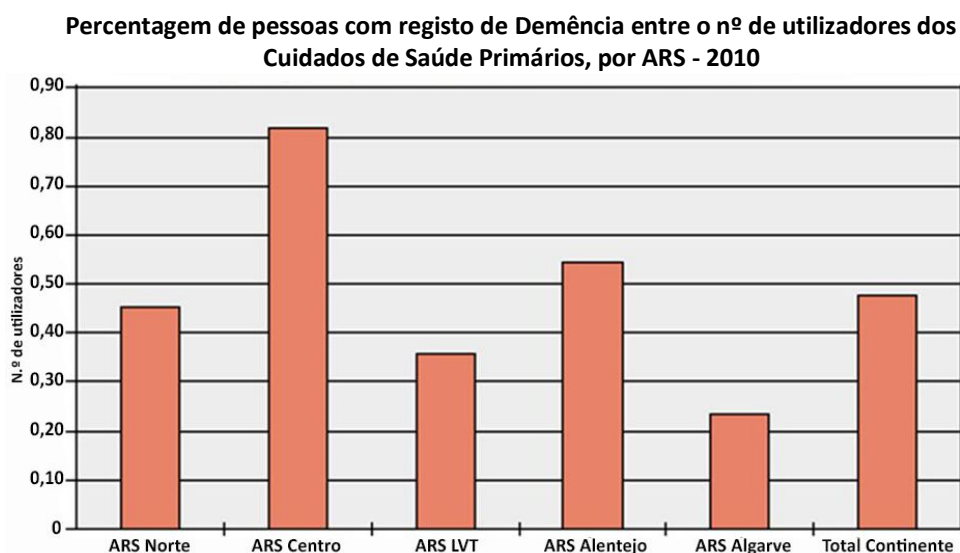
A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil constitui oportunidade privilegiada na actuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação das situações problemáticas. Neste sentido, para um trabalho integrado, coeso e eficiente é fundamental, a articulação entre as equipas de Saúde Mental da Infância e Adolescência e os Cuidados de Saúde Primários (Plano de saúde infantil e juvenil, 2013).

VIII.2.2.3 - Isolamento e demências nos idosos

Os dados epidemiológicos apontam para a existência de 153 000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90 000 têm doença de Alzheimer, a forma de demência mais prevalente.

Estima-se que cerca de 1% do total da população nacional sofra desta patologia, no entanto em Portugal nunca foi feito um estudo epidemiológico de âmbito nacional, resultando estes valores de estudos realizados ao nível europeu (Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, 2009)

Segundo o Relatório da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2013), a Região de Lisboa e Vale do Tejo apresentava cerca de 0,35% de pessoas com registo de demências entre o número de utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários.



Fonte: Saúde mental em números, 2013.

A idade constitui o factor de risco mais importante para a demência, colocando desafios importantes para os sistemas de cuidados de saúde e sociais dos países em que se regista um rápido envelhecimento. Com a progressão da doença, as pessoas vão perdendo a autonomia para a realização das mais elementares actividades de vida diária. A maioria das pessoas com demência permanece no domicílio e, quando não vive sozinha, é acompanhada por familiares, muitas vezes apenas por um que presta todos os cuidados possíveis (Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, 2009).

De acordo com dados do INE do ano de 2011, a Região de Lisboa detém a maior percentagem (22%) de idosos a viver sós, e 40,1% vive com indivíduos com 65 ou mais anos. No concelho de Lisboa em 2011 residiam 84946 indivíduos com 65 ou mais anos vivendo sós ou com outros do mesmo grupo etário. Na análise por freguesia, verifica-se que as freguesias Santa Maria dos Olivais, Benfica, São Domingos de Benfica, Lumiar e Marvila são as freguesias que detém maior número de residentes nesta situação (quadro seguinte).

	População residente	População residente com 65 e + anos	Total de indivíduos com 65 e + anos vivendo sós ou com outros do mesmo grupo etário	Total de alojamentos familiares	alojamentos familiares só com pessoas com 65 e + anos	Alojamentos com 1 pessoa com 65 e + anos
Lisboa-Concelho	547733	130960	84946	323076	59731	35223
Sta. Maria Olivais	51036	12115	7672	26059	5144	2678
Benfica	36821	10654	7242	21204	4901	2610
S.Domingos Benfica	33745	8310	5788	20233	3958	2171
Lumiar	41163	6658	3938	21451	2688	1464
Marvila	38102	7125	3496	16669	2392	1314
Sto.Condestável	15257	4296	3110	9481	2265	1440
S.Jorge Arroios	18415	4626	3102	11887	2266	1457
Ajuda	15584	4601	2998	8872	2104	1241
Alcântara	13943	4000	2802	8900	1980	1176
São João	15187	4104	2792	9484	2007	1243
N.S. Fátima	15283	3978	2528	10387	1792	1086
S.João Brito	11727	3665	2397	6782	1684	993
Campolide	15460	3723	2341	9235	1662	998
Penha de França	12780	3314	2302	8308	1644	1009
Beato	12429	3271	2204	7636	1555	922
São João Deus	9798	2778	1946	6427	1404	879
Alvalade	8869	2794	1942	5381	1410	888
Carnide	23316	3626	1929	11148	1336	758
Campo Grande	10514	2562	1629	6199	1159	707
St.ª M.ª Belém	8541	2477	1592	5255	1105	631
Anjos	9361	2397	1572	6032	1121	697
Alto do Pina	10333	2323	1408	6106	1049	637
Lapa	8000	2079	1432	5284	1022	629
S.Francisco Xavier	8020	1924	1266	4216	853	454
Prazeres	8096	1811	1248	4937	913	586
Santa Isabel	6875	1823	1205	4305	865	536
Graça	5787	1663	1092	4118	789	491
Ameixoeira	11863	1756	1065	6235	714	371
Santa Engrácia	5249	1431	1058	3530	748	446
S.Seb. Pedreira	6342	1535	962	4043	691	431
São Mamede	5420	1335	797	3321	571	354
Charneca	9935	1366	754	4446	519	291
Mercês	4345	1073	749	3248	550	361
Pena	4486	1107	735	3505	550	371
São Vicente Fora	3539	989	707	2644	524	344
Coração de Jesus	3689	943	654	2849	466	284
Santos o Velho	4020	909	620	2888	462	309
Santa Catarina	3716	885	554	2951	417	285
Socorro	3065	666	463	2081	340	222
São José	2746	659	432	2327	322	213
Encarnação	2252	579	390	2261	291	195
São Paulo	2728	604	389	2036	288	192
São Miguel	1531	434	341	1138	267	194
Santo Estêvão	1511	429	321	1565	255	191
S.Cristóvão/S.Lourenço	1341	351	218	1092	170	122
Santiago	619	215	149	556	110	72
Sé	910	214	130	862	90	54
São Nicolau	1231	237	111	1159	81	52
Sacramento	742	147	87	676	68	49
Santa Justa	891	159	80	628	67	54
Castelo	355	102	69	348	54	39
Madalena	393	66	37	370	27	18
Mártires	372	72	29	321	21	14

Fonte: INE, Censos 2011

O isolamento e solidão nos idosos estão muito relacionados com a reforma, a viuvez e com a diminuição da saúde, que privam as pessoas de muitos papéis e relações essenciais em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas (Savikko et al, 2005; Neto 1999).

VIII.2.3 – Saúde Oral

Segundo a OMS, *saúde oral* consiste em estar livre de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afectam a cavidade oral. Tal como em todos os domínios da saúde, mais do que prevenir a doença, importa aqui promover a saúde.

Reportamos aqui à *Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária* de Raquel Maria Barreto Barbosa em 2011, no entanto também outros estudos consultados, realizados em Portugal, revelam que os comportamentos de saúde oral estão associados a factores demográficos e socioeconómicos, que os hábitos de higiene oral são mais frequentes nos habitantes dos meios urbanos do sexo feminino com maior nível de escolaridade e ainda que uma elevada proporção de indivíduos não realizam consultas de rotina e vão ao médico dentista apenas quando têm sintomatologias.

A autora do estudo a que nos referimos afirma que os Programas comunitários devem ser considerados de forma a melhorar os conhecimentos e os comportamentos relacionados com a saúde oral da população adulta e idosos e não apenas em crianças e adolescentes.

Promoção de Saúde Oral

As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil, mas com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas.

A Organização Mundial da Saúde aponta para 2020, metas para a saúde oral que exigem um reforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados.

Em Portugal o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral apresenta uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolvendo-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam. Assim, a intervenção de promoção da saúde oral, que deverá iniciar-se durante a gravidez e desenvolver-se ao longo da infância, em Saúde Infantil e Juvenil, consolida-se no Jardim-de-infância e na Escola, através da Saúde Escolar.

Saúde Oral em Portugal

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a situação de Saúde Oral em Portugal é preocupante, encontrando-se entre os piores da União Europeia no que diz respeito à implementação de políticas de acesso aos cuidados de saúde, sejam elas de prevenção ou tratamento.

Para além da repercussão directa na qualidade de vida da população, esta realidade tem um preço considerável para o país, originando não só elevados custos no tratamento de situações relacionadas com a falta de prevenção nesta área, como contribui também para o aumento do grau de perigosidade de patologias que têm origem ou são agravadas por baixos níveis de higiene oral, algumas até de foco cardíaco.

Por outro lado, a prevalência de doença oral favorece um aumento considerável da taxa de absentismo laboral, a diminuição da concentração e da capacidade de aprendizagem dos estudantes, ou alterações ao nível da interacção social.

A saúde oral em Portugal encontra-se contemplada nos programas de cuidados de saúde primários, mas na sua maioria está intimamente relacionada com o desenvolvimento do sector privado, que emprega 98% dos especialistas em exclusividade, mas que não é acessível a cerca de 60% da população por razões económicas, o que constitui por si só, uma barreira na acessibilidade a esses cuidados de saúde oral. Releva-se a importância da especialidade de estomatologia nos serviços de saúde prestados em algumas Juntas de Freguesia.

Objectivos e metas, segundo a Ordem dos Médicos Dentistas, para o **Plano Nacional de Saúde Oral 2011-2016**²³³:

1 - Crianças e adolescentes dos 3 aos 18 anos:

- aumento de pelo menos 15%/ano das crianças e adolescentes com acesso ao cheque dentista;
- 50% das crianças e adolescentes com acesso ao cheque-dentista em 2016;
- aumento da %/ano de adolescentes /escolas do 9º e 12º ano com programas de promoção e prevenção em saúde oral em funcionamento;
- 90% das crianças/escolas do pré-escolar até ao 6º ano e adolescentes/escolas do 9º e 12º ano com programas de promoção e prevenção em saúde oral em funcionamento em 2016; diminuição da prevalência de dentes cariados em 20% em 2016 aos 6, 9, 12, 15 e, 18 anos; diminuição da prevalência de dentes perdidos em 20% em 2016;
- aumento da prevalência de dentes tratados em 20% em 2016;
- aumento da prevalência de dentes sãos em 20% em 2016.

2 - Grávidas:

- 80 % das grávidas acompanhadas no SNS a utilizar o cheque-dentista em 2016;
- diminuição da prevalência de dentes cariados em 20% em 2016;
- diminuição da prevalência de dentes perdidos em 20% em 2016;
- aumento da prevalência de dentes tratados em 20% em 2016;
- aumento da prevalência de dentes de hígidos (totalmente sãos) em 20% em 2016.

3 - Idosos:

- 30% de lares visitados pela equipa de saúde oral regularmente em 2016;
- mais de 50% dos idosos beneficiários do complemento solidário a utilizar o cheque-dentista em 2016;
- menos de 30% de desdentados totais em 2016;
- aumento de 30% dos idosos beneficiários do complemento solidário com prótese em 2016;
- início do alargamento do cheque-dentista a todos os idosos com idade superior a 70 anos de idade em 2016.

4 – Outras metas e indicadores a atingir: Consoante a estratégia final adoptada, terão que ser definidas várias metas e indicadores, dos quais se realçam:

- Centros de Saúde: Sessões de promoção/prevenção saúde oral para grávidas, diabéticos e idosos. Tratamento da população não abrangida pelo cheque-dentista.
- Hospitais: Introdução no programa informático das variáveis sobre infecções de origem dentária nos serviços de urgência, bem como de cancro oral.

VIII.2.4 - Saúde Sexual e Reprodutiva

VIII.2.4.1 - VIH/SIDA

Em Portugal, o número de casos de infeção tem vindo a diminuir de forma moderada mas consistente desde o ano 2000. Desde o início da epidemia, 75% dos casos notificados situam-se entre os 20 e os 44 anos. Considerando as principais categorias de transmissão, a idade mediana dos casos notificados de infeção, por ano de diagnóstico, tem vindo a aumentar nos utilizadores de drogas

²³³ *Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária; Raquel Maria Barreto Barbosa; Viseu, Setembro de 2011.*

injectáveis e na categoria de transmissão “heterossexual”. Ao invés, na categoria de transmissão “homo/bissexual” tem vindo a decrescer, desde 2004 (VIH e tuberculose em números, 2013).

Casos de infeção por VIH, por grupo etário e por sexo, Portugal, 1983 – 2012

Grupo Etário	Sexo			Total	%
	Masculino	Feminino	Não Referido		
0-11 meses	95	107	2	204	0,5
1-4 anos	47	68	0	115	0,3
5-9 anos	44	30	0	74	0,2
10-12 anos	21	11	0	32	0,1
12-14 anos	23	13	0	36	0,1
15-19 anos	500	470	0	970	2,3
20-24 anos	3088	1411	1	4500	10,6
25-29 anos	5784	2221	2	8007	18,8
30-34 anos	6173	1987	1	8161	19,2
35-39 anos	5062	1509	2	6573	15,4
40-44 anos	3534	967	2	4523	10,6
45-49 anos	2358	794	1	3153	7,4
50-54 anos	1604	573	0	2177	5,1
55-59 anos	1083	450	0	1533	3,6
60-64 anos	740	318	0	1058	2,5
≥ 65 anos	878	297	0	1175	2,8
Não Referido	221	66	2	289	0,7
Total	31255	11312	13	42580	100,0

Fonte: VIH e tuberculose em números, 2013/Infeção VIH/SIDA, Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2012 – INSA 2013

Nas Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Norte verificou-se o maior número de casos notificados (78,8%) sendo que a região de Lisboa e Vale do Tejo, só por si, notificou mais de metade do total de casos notificados em Portugal (53,7%).

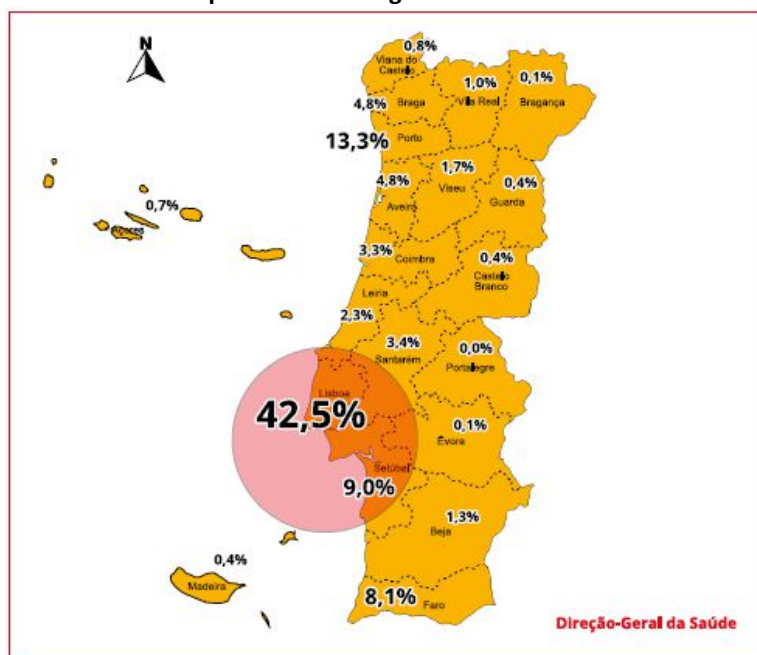
Casos de infeção por VIH, por local de residência, grupo etário e por sexo, Portugal, 1983 – 2012

Norte	6156	617	586	566	543	546	496	396	372	258	153	10689	25,1
Centro	2007	249	252	188	219	215	222	202	177	176	126	4033	9,5
LVT	13743	1109	1077	1032	1007	964	999	933	890	724	387	22865	53,7
Alentejo	435	35	34	39	47	37	10	22	17	20	8	704	1,7
Algarve	1137	113	107	95	123	129	107	111	93	107	74	2196	5,2
RAAçores	150	21	18	18	29	21	35	17	14	10	8	341	0,8
RAMadeira	251	24	34	33	31	32	40	33	21	3	0	502	1,2
África	83	11	5	4	10	13	10	10	5	4	4	159	0,4
Europa	41	1	1	2	2	2	2	0	0	2	0	53	0,1
América	18	0	0	1	1	2	0	2	0	1	0	25	0,0
Não Referida	694	40	33	19	34	22	62	61	16	16	16	1013	2,4
Total	24715	2220	2147	1997	2046	1983	1787	1787	1605	1321	776	42580	100,0

Fonte: VIH e tuberculose em números, 2013/Infeção VIH/SIDA, Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2012 – INSA 2013

Relativamente ao ano de 2011, o retrato da distribuição geográfica dos casos notificados evidencia (figura seguinte) que os distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro notificaram, no seu conjunto, quase 3/4 do total de casos notificados no conjunto do território nacional (73,9%). O distrito que a seguir mais casos notificou foi Aveiro (4,8%).

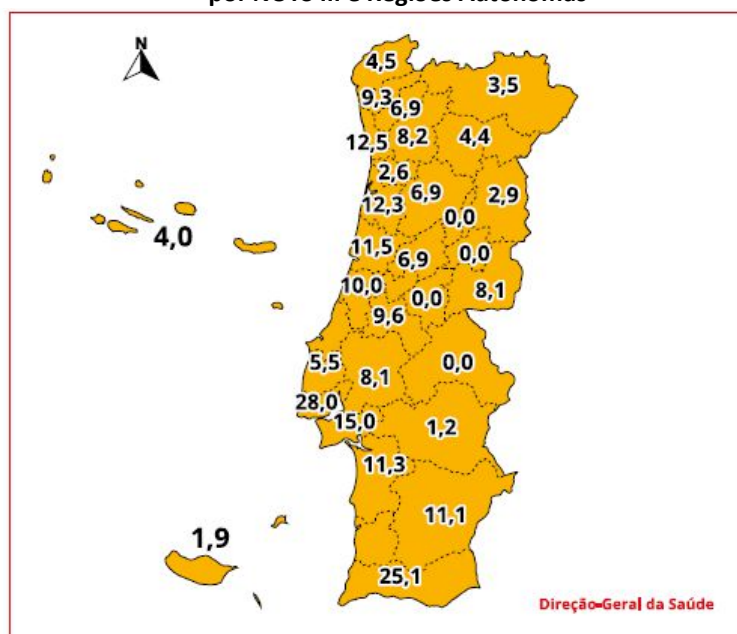
**Proporção dos casos notificados de infecção por VIH, ano de diagnóstico 2011,
por Distrito e Regiões Autónomas**



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

Em 2011, a taxa de novos casos (por 100 000 habitantes), de acordo com a NUTS III, aponta para conclusões concordantes (figura seguinte): a região da Grande Lisboa apresenta a taxa mais elevada (28,0), seguida do Algarve (25,1), Península de Setúbal (15,0), Grande Porto (12,5) e Baixo Vouga (12,3). O mesmo, de forma mais evidente, quando se considera o grupo etário entre os 15-64 anos: Grande Lisboa (40,6), Algarve (36,0), Setúbal (21,5), Baixo Vouga (17,4) e Grande Porto (16,9), aqui com a intromissão do Médio Tejo (19,7) e Baixo Alentejo (18,1).

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



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

Constata-se também que no actual contexto de crise sócio-económica há uma exposição aumentada ao VIH. Estes dados reforçam a necessidade de continuar a desenvolver acções para promover o teste do VIH, reduzir a proporção de casos não diagnosticados e aumentar a adesão à terapêutica em tempo útil.

VIII.2.4.2 - Outras doenças 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 pelo HPV (Vírus do papiloma humano) e 9% VIH. Entre 2009 e 2012 os utilizadores da Consulta de IST na Lapa²³⁴ apresentaram uma incidência de IST de 39,6%.

Nº de casos diagnosticados na consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa, 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
Total	2740	100,0

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 seguinte quadro:

Nº de casos diagnosticados em utentes com <24 anos na consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa, 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
Total	459	100

Fonte: Consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa

VIII.2.4.3 - 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 infectados não estejam diagnosticados com uma variação entre países entre os 15% e os 50%.²³⁵

²³⁴ A Consulta de IST na Lapa é uma das áreas de intervenção da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) de Consultas de Doenças Sexualmente Transmissíveis, a funcionar nas instalações do Centro de Saúde da Lapa, sendo uma consulta aberta, gratuita, sem área geográfica de residência e sem necessidade de referência prévia por um médico.

²³⁵ ECDC/49 - European Centre for Disease Prevention and Control, week 49

De acordo com um estudo recente do ECDC em Portugal, quase 9%⁵⁰ dos trabalhadores do sexo (13,5% dos homens e 7,9 das mulheres) estão infectados 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.

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% tinham nacionalidade portuguesa, 68% vinham da América do Sul e 4,3% de outras regiões do globo.

No estudo nacional realizado a 1040 TS²³⁶ 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.

VIII.2.4.4 - Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)

Evolução da IVG – Comportamento global.²³⁷

“Em Portugal, na sequência da entrada em vigor da portaria n.º741-A/2007 de 21 de Junho e ao abrigo da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, a interrupção da gravidez por opção da mulher passou a poder ser efectuada até às 10 semanas, por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido.

Neste âmbito, todas as interrupções da gravidez com enquadramento legal passaram a ser de declaração obrigatória à DGS, através do registo de interrupção da gravidez. Esse registo incide sobre a mulher que recorre à interrupção da gravidez e sobre a intervenção praticada. É com base no conjunto desses registos que são produzidos os relatórios anuais sobre o recurso à interrupção da gravidez.

No caso particular da interrupção da gravidez por opção da mulher, ou da denominada Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), tratando-se dos primeiros anos do efeito da lei, não se pode deixar de colocar a hipótese de que a informação disponibilizada por esses relatórios não dê conta da real incidência do fenómeno. Isto porque não sabemos até que ponto a via clandestina continua a concorrer com a via legal. E, por outro lado, também não sabemos se efectivamente todos os registos dos episódios de IVG são registados e se são bem registados.

De qualquer modo, a hipótese que colocamos é a de que os volumes assumirão uma tendência para crescer durante estes primeiros anos (2011 é o quarto ano completo de funcionamento em pleno dos serviços), mesmo que o recurso à IVG se mantenha estável. Pois os valores deverão ser fortemente tributários do aumento do número de mulheres que passarão a recorrer à IVG dentro da lei.

²³⁶ 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

²³⁷ In “DO RECURSO À INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ EM PORTUGAL: UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA, Maria Isabel Baptista (ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa)

IVG de 2007*– 2011**

IVG	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011
Total	6107	18 014	19 222	19 560	19 802	82 705
			2008-2009	2009-2010	2010-2011	2008-2011
Varição			6,71%	1,76%	1,24%	9,93%

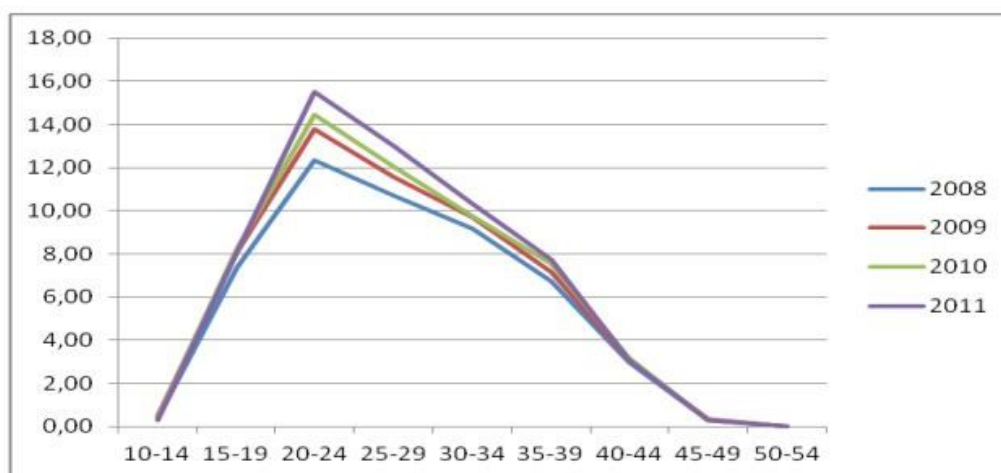
Fonte: DGS: Relatórios da IG 2007- 2011. * Período de 15Jul a 31Dez. ** Relatório de Abril de 2012 (não revisto).

Com efeito, a evolução dos valores absolutos dá-nos conta de que o número de IVG tem vindo sempre a aumentar. Contudo, através da variação dos valores ao longo do período e, excluindo o que ocorre na passagem de 2008 para 2009, percebemos que esse crescimento tem assumido uma expressividade inferior a 2%, com tendência para reduzir. O que se traduz numa média de 19149,5 abortos por ano, no período de 2008 a 2011.”

Evolução da IVG – Comportamento por classes etárias ²³⁸

“O número de IVG numa categoria etária de mulheres não depende só da frequência do recurso ao aborto nessa categoria, mas também da importância desse grupo na população. Podemos observar que as taxas de recurso à IVG aumentam com a idade da mulher até atingir um máximo aos 20-24 anos e de seguida decrescem até atingirem um mínimo aos 50-54 anos (figura seguinte). É de realçar que não só os 20-24 anos constitui a classe etária onde o recurso à IVG assume maior expressão, como também é aí que se regista o maior crescimento ao longo do período em análise”.

Taxas de IVG geral de 2008-2011 (‰)



Fonte: DGS, Relatórios da IG 2008-2011.;INE, Estimativas da pop. média feminina 2008-2010; Pop. feminina do recenseamento de 2011.

“Por outro lado, a classe etária dos 15-19 anos apresenta ao longo do período uma frequência do recurso à IVG sempre maior do que a referida à classe etária dos 35-39 anos.

Finalmente, se excluirmos as menores de 15 anos e as mulheres pertencentes às classes etárias do final da carreira reprodutiva (dos 45 aos 54 anos), observamos que dos 20 aos 39 anos, a frequência é sempre crescente até 2011. Quanto às classes etárias dos 15-19 anos e dos 40-44 anos, estas assumem alguma particularidade no seu comportamento, na medida em que as suas taxas de IVG decrescem na passagem de 2010 para 2011.”

²³⁸ *Ibidem*

Taxas de Fecundidade geral e Taxas de IVG geral (%)

Taxas de Fecundidade Geral					Taxas de IVG geral				
Idades completas	2008	2009	2010	2011	Idades completas	2008	2009	2010	2011
10-14	0,29	0,24	0,21	0,21	10-14	0,37	0,49	0,38	0,30
15-19	16,18	15,53	14,71	13,02	15-19	7,35	8,07	8,21	8,07
20-24	45,90	43,78	44,36	40,49	20-24	12,32	13,80	14,47	15,50
25-29	76,74	72,73	74,70	74,31	25-29	10,72	11,57	12,04	13,01
30-34	85,76	82,48	85,58	85,50	30-34	9,20	9,68	9,77	13,30
35-39	42,03	41,59	44,21	45,57	35-39	6,73	7,18	7,56	7,74
40-44	7,84	8,03	9,10	9,30	40-44	2,96	3,09	3,19	3,09
45-49	0,43	0,46	0,47	0,42	45-49	0,28	0,32	0,31	0,28
50-54	0,01	0,01	0,04	0,003	50-54	0,00	0,01	0,01	0,01

Fonte: INE - taxas de fecundidade geral 2008-2010; pop. feminina do recenseamento de 2011; nados-vivos 2011; estimativas da pop. média feminina 2008-2010. DGS - Relatórios da IG 2008-2011.

A tendência expressa neste estudo aponta para a prática de uma IVG antes do início do percurso procriativo, sendo que o maior recurso à IVG se dá nas mulheres sem filhos.

“O número de episódios de IVG em Portugal, sob enquadramento legal, tem assumido uma tendência para estabilizar por via de acréscimos inferiores a 2%. Importa, no entanto, aqui salientar o protagonismo das mulheres pertencentes sobretudo às classes etárias dos 20 aos 29 anos e, entre estas, das mulheres sem filhos. Um protagonismo que surge fortemente associado à tendência para o adiamento do momento de procriar.

Olhando para a queda dos valores da fecundidade, conseguimos deduzir o efeito que a generalização da contraceção moderna teve também na redução da gravidez imprevista e, por aí, no recurso ao aborto por parte das mulheres em Portugal. Todavia, a ligação entre a prática contraceptiva e o recurso à prática abortiva é complexa. Antes de mais o recurso à IVG deve ser entendido enquanto um processo resultante de uma sucessão de vários acontecimentos (Bajos & Ferrand, 2006).”

VIII.2.5 - Saúde Infantil e doenças evitáveis pela vacinação

VIII.2.5.1 - Nascimento e Peso ao Nascer

O peso ao nascer, como o crescimento, é determinado por uma interação complexa de factores genéticos e ambientais. Como o peso ao nascer varia dentro de populações geneticamente semelhantes, julga-se que os factores 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 factor isolado mais importante relacionado com a mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil, a morbilidade na infância e o risco de várias doenças na idade adulta.

As causas que levam ao baixo peso à nascença podem ser devidas a problemas de crescimento intra-uterino ou associados a vários factores como, factores 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 factor 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).

Factores ambientais com associação conhecida com o peso ao nascer são a nutrição, o tabagismo, a saúde materna debilitada, a idade materna e a infecção genital (Spencer & Logan, 2002). Circunstâncias sócio-económicas 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).

Peso ao nascer, 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 do 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.

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% (OCDE, Health at a glance, 2011).

Total de nascimentos e baixo peso ao nascer (<2 500g) para as mães com <15 anos, 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

VIII.2.5.2 - Saúde Infantil

Em 2009, foram rastreados 99 787 bebés, 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.

Nº de crianças rastreadas e nº de casos de hipotiroidismo e doenças do metabolismo, 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. Actualmente 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.

Taxa de mortalidade infantil por local de residência, 2011 e 2007-2011

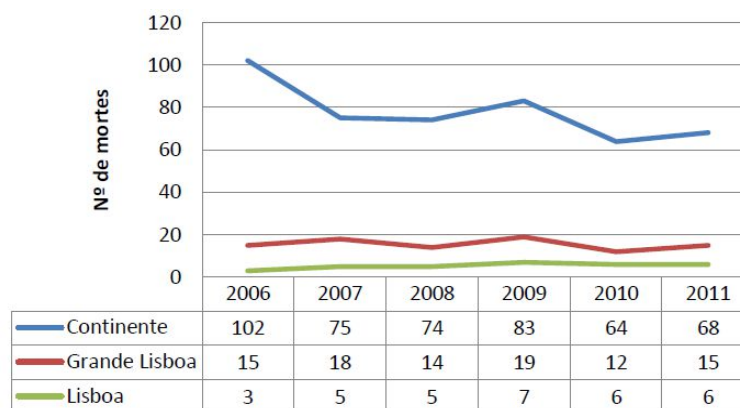
Território	Taxa de mortalidade infantil (‰)	
	2011	2007-2011
Continente	3,1	3,2
Região de Lisboa	3,6	3,7
Grande Lisboa	-	3,7
Concelho de Lisboa	3,0	4,1

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

No que diz respeito à mortalidade de crianças de 1 a 4 anos, 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.

Nº de óbitos por todas as causas entre 1 e 4 anos de idade, 2006-2011



**Taxa de mortalidade de 1 a 4 anos de idade por 1 000 hab,
triénios 2006-2008, 2007-2009, 2008-2010, 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

O tema da saúde infantil constitui o terceiro “desafio Gulbenkian”, o qual assume a seguinte redacção: “Contribuir para que o país se torne líder em matéria de saúde e desenvolvimento da primeira infância – conseguir progressos mensuráveis a longo prazo no estado de saúde e de bem-estar das crianças”²³⁹.

VIII.2.5.3 - Doenças evitáveis pela vacinação

A vacinação em Portugal é regida por um Plano específico, o *Plano Nacional de Vacinação (PNV)*. A história do *PNV* remonta a Outubro de 1965, ano em que o *PNV* teve início oficial em Portugal com a vacina da poliomielite. Presentemente, o *PNV* inclui vacinas para 12 agentes etiológicos de doenças graves, distribuídas por idades e catalogadas num *calendário de vacinação*.

O *PNV* é assim um calendário de toma de vacinas, recomendado pelas autoridades de saúde em Portugal onde são apresentadas as vacinas que devem ser tomadas numa base de rotina, bem como as respectivas idades de vacinação. As vacinas incluídas no *PNV* são administradas universal e gratuitamente ao maior número possível de cidadãos.

As recomendações do *PNV* são revistas pela *Comissão Técnica de Vacinação*, sempre que tal é julgado necessário, ou por solicitação das autoridades de saúde. Trata-se de uma comissão independente, criada em 1998 com base no reconhecimento de que a vacinação é a medida de saúde pública com melhor relação custo-benefício e de que a sua implementação envolve uma elevada complexidade técnica e científica, formada presentemente por 14 especialistas de diferentes disciplinas (medicina pediátrica, saúde pública, epidemiologia, infeccologia, biologia, enfermagem, ginecologia/obstetrícia).

De acordo com o Boletim Vacinação nº 7 da DGS, que se remete para anexo deste documento, as coberturas vacinais na infância em 2013, nas *coortes*²⁴⁰ avaliadas, mantêm-se elevadas, atingindo os níveis adequados para conferir imunidade de grupo.

A vigilância de saúde e o acompanhamento do desenvolvimento na infância podem constituir-se em factores protectores 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 factores 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

²³⁹ Crisp, Lord Nigel (Coord. 2014); Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel a desempenhar”, Fundação Calouste Gulbenkian

²⁴⁰ *Conjunto de indivíduos que nasceram durante o mesmo intervalo de tempo, em geral 1 ano, ao longo de todo o tempo em que pelo menos um desses indivíduos permanece vivo*

vacinação abaixo do desejável. Estes dados contudo devem ser analisados com cuidado pois podem estar relacionados com défices de registo.

Cobertura vacinal dos jovens e adultos (14, 18 e 25 anos), concelho de Lisboa, 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

VIII.2.6 - Doenças de Evolução Prolongada

A prevalência de doenças crónicas tem registado um aumento significativo nas últimas décadas, sendo associada às mudanças culturais e sociais, traduzidas em novos padrões comportamentais, ao envelhecimento da população, e à crescente urbanização. Estas são doenças de evolução prolongada, que acompanham a pessoa ao longo de muitos anos, sendo geralmente associadas a várias co-morbilidades que afetam a qualidade de vida da pessoa e representam vários desafios ao nível da promoção de comportamentos saudáveis, vigilância, organização e gestão de cuidados e gestão da informação e do conhecimento (OPSS, 2012).

VIII.2.6.1 - Obesidade

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

A pré-obesidade e a obesidade são reconhecidas pela OMS como a epidemia global do século XXI, constituindo factores de risco para várias doenças crónicas que incluem a diabetes Mellitus, as doenças cardiovasculares e as neoplasias (Rosin, 2008).

A obesidade é consequência da interacção entre uma grande diversidade de variáveis e determinantes, relacionados com as características genéticas, comportamentos alimentares, actividade física, ambiente físico, social e cultural (Woodman et al., 2008). Apesar das manifestas associações entre o aumento de peso e as características genéticas e metabólicas, o progressivo aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) verificado em muitos países, está provavelmente mais relacionado ao ambiente físico, social e cultural e às mudanças comportamentais, do que às características genéticas (Butland et al., 2007).

O estado nutricional avaliado pela relação peso/altura revela uma proporção muito elevada de crianças e adultos portugueses com pré-obesidade e obesidade. Os dados mais recentes sobre a prevalência da obesidade em adultos sugerem que cerca de 1 milhão de portugueses sofre de obesidade e 3,5 milhões de pré-obesidade. A obesidade apresenta uma desigual distribuição por graus de educação, sugerindo uma forte relação entre características sociais e económicas da população portuguesa e esta patologia (PNAS, 2013).

Em 2006 foi constituída uma Plataforma Nacional contra a Obesidade atendendo á actual situação de Portugal, relacionada com a elevada prevalência da obesidade, o aumento da sua incidência, a morbilidade e mortalidade associadas e os elevados custos que determinam.

A Plataforma Contra a Obesidade tem como missão dar cumprimento aos objectivos definidos na Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, subscrita pelos Estados-Membros europeus da OMS, entre os quais Portugal, nomeadamente:

1. Conseguir progressos visíveis na redução da obesidade nas crianças e nos jovens nos próximos 4 anos;
2. Contribuir para o controlo do crescimento da epidemia da obesidade até 2009;
3. Quantificar a incidência, prevalência e número de recidivas da pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes;
4. Quantificar a incidência, prevalência e número de recidivas da pré-obesidade e obesidade de adultos.

Esta Plataforma Nacional é uma medida estratégica, assumida politicamente a nível nacional, que visa criar sinergias intersectoriais, a nível governamental, contando com a colaboração de representantes do Ministério da Saúde, da Educação, da Economia, da Agricultura, da Associação Nacional de Municípios e das associações da sociedade civil.

Distribuição de classes de Índice de Massa Corporal (%) por sexo, idade e grau de escolaridade (n=3 474), Portugal 2009

	Baixo peso		Peso Normal		Pré-obesidade		Obesidade	
	(<18.50)		(18.50-24.99)		(25.00-29.99)		(>30.00)	
Sexo	M	H	M	H	M	H	M	H
	26	0,3	59,2	35,2	27,8	53,3	10,4	11,2
idade								
18-29 anos	7,8	1,0	77,1	60,0	13,8	35,7	1,3	3,3
30-44 anos	0,8	0,2	67,1	32,1	26,8	58,2	5,3	9,5
45-64 anos	1,6	0,0	49,0	23,1	33,6	59,6	15,8	17,3
>65 anos	0,0	0,0	44,00	19,9	37,0	64,9	19,0	15,2
Educação								
<4º ano	0,0	0,0	31,0	19,0	37,0	64,9	19,0	15,2
4ºano	0,0	0,0	31,0	19,0	45,2	68,3	23,8	12,7
6ºano	0,0	0,1	39,8	16,3	36,1	62,5	24,0	21,1
9ºano	2,5	0,2	58,2	31,8	29,8	59,0	9,6	78,9
12ºano	3,2	1,1	77,9	48,9	16,7	42,8	2,2	7,3
Universitário	5,3	0,0	74,8	45,3	17,1	50,5	2,7	4,2

Fonte: Alimentação saudável em números, 2013 / Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, 2009

Apenas uma pequena proporção de doentes com pré-obesidade ou obesidade parecem ser registados como tal nos cuidados de saúde primários. A ARS Lisboa e Vale do Tejo detém 3,6% de pessoas com registo de obesidade e 1,6% de excesso de peso entre o nº de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários (quadros seguintes) (Alimentação Saudável em números, 2013).

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

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

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

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

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

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

VIII.2.6.1.1 - Obesidade Infantil

O risco de obesidade é especialmente preocupante nas crianças e adolescentes, representando uma ameaça crescente à saúde para a geração seguinte (IOTF, 2002). O aumento da obesidade infantil está associado a várias mudanças sociais, económicas e físicas decorrentes de alterações da nutrição como a ingestão de alimentos mais energéticos, diminuição do exercício físico e um estilo de vida mais sedentário (Doak et al., 2006).

Nas duas últimas décadas a prevalência da obesidade entre as crianças e os adolescentes tem aumentado rapidamente em todo o mundo. Padez et al. (2004) verificaram que, nos últimos anos, os índices de massa corporal têm vindo a aumentar nas crianças portuguesas dos 7-9 anos. De acordo com os dados mais recentes, Portugal apresenta uma elevada percentagem de crianças com excesso de peso/obesidade (35,6%).

Estado nutricional das crianças entre 6 - 9 anos do 1º ciclo utilizando critérios da OMS, Portugal 2008 e 2010

	2008	2010
Baixo peso	1	0,7
Excesso de peso (inclui obesidade)	37,9	35,6
Obesidade	15,3	14,6

Fonte: Estudo COSI Portugal 2010 – Childhood Obesity Surveillance Initiative

Prevalência de excesso de peso (%) de crianças entre 6 – 9 anos do 1º ciclo, por Região, 2010

	Pré-Obesidade	Obesidade
Norte	19,3	13,7
Centro	16,9	14,8
LVT	16,4	15,5
Alentejo	14,8	12,7
Algarve	10,7	8,7
Região Autónoma da Madeira	18,9	22,2
Região Autónoma dos Açores	19,3	16,4

Fonte: Estudo COSI Portugal 2010 – Childhood Obesity Surveillance Initiative

Existe uma forte relação entre a obesidade e factores de vulnerabilidade, nomeadamente o baixo nível socioeconómico, o tipo de estrutura familiar, alterações na dinâmica familiar e sobrealimentação. Vários estudos têm demonstrado existir uma associação entre prevalência de obesidade infantil e baixo nível socioeconómico, um trabalho realizado no distrito de Lisboa sugere que a prevalência da obesidade infanto-juvenil é mais elevada em famílias socioeconomicamente mais desfavorecidas (Sousa, 2003).

Em 2010, na região de Lisboa e Vale de Tejo a prevalência de crianças entre os 6 e os 9 anos com pré-obesidade foi de 16,4% e com obesidade de 15,5%, constituindo uma das regiões com valores mais elevados neste âmbito.

VIII.2.6.2 - Diabetes

A Diabetes atinge mais de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 8,3% da população mundial e continua a aumentar em todos os países. Em 46% destas pessoas, a diabetes não foi ainda diagnosticada, prosseguindo a sua evolução silenciosa.

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

Portugal posiciona-se entre os países europeus que registam uma mais elevada taxa de prevalência da Diabetes (12,9%); na população portuguesa dos 20 aos 79 anos, em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada (Relatório da diabetes, 2013). Estes valores sobrepõem-se aos encontrados na Região e Concelho de Lisboa apontando para a necessidade de apostar num diagnóstico mais precoce, susceptível de minimizar no futuro as complicações de longo prazo da doença.

População inscrita nos 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	5,66
Grande Lisboa	Total diabéticos	447	2 597	23 400	62 736	14 342	103 522
	%	0,1	0,5	4,4	15,8	14,0	5,1
Concelho Lisboa*	Total diabéticos	103	676	6 065	17 979	5 420	30 243
	%	0,1	0,5	4,6	15,4	13,4	5,6

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

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

Nº de episódios hospitalares 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, 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

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

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.

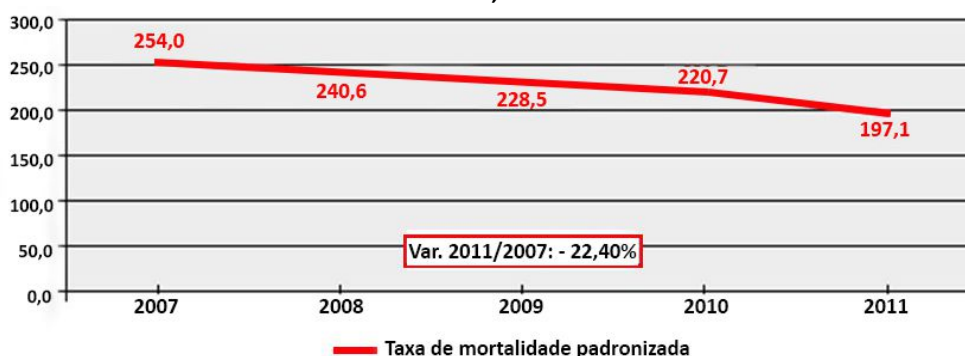
Em 2012, do total da população residente no concelho de Lisboa entre os 20 e os 79 anos, 33,9% tinham Diabetes diagnosticada, sendo urgente apostar no aumento dos rastreios para um diagnóstico mais precoce desta epidemia.

VIII.2.6.3 - Doenças cérebro-cardiovasculares

As doenças cérebro-cardiovasculares englobam um vasto conjunto de situações clínicas afectando o sistema circulatorio em diferentes localizações. Entre estas destacam-se a doença isquémica do coração (DIC), cuja manifestação clínica mais importante é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a doença cerebrovascular (DCV) incluindo o acidente vascular cerebral isquémico (AVC) (Programa Nacional das Doenças Cérebro-cardiovasculares, 2013).

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

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



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

VIII.2.6.3.1 - Hipertensão Arterial

Os danos causados pela Hipertensão Arterial (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. 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 (ARSLVT, 2013).

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 subseqüentes 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 factores de risco cardiovasculares. Nesta amostra, 12% apresentava três factores de risco associados.

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.

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

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

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

No estudo e-COR, sobre a prevalência de factores 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.

Percentagem de população inscrita nos Cuidados de Saúde Primários, maiores de 20 anos com HTA diagnosticada, em 31.12.2012

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: Sistema de Informação da ARSLVT

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

Taxas padronizadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, doenças isquémicas do coração e doenças cérebro-vasculares em todas as idades, 2009-2011

Código CID 10	Dça Aparelho Circulatório 100-199	Dça Isquémicas do coração 120-125	Dça Cerebrovascular 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

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.

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, 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

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

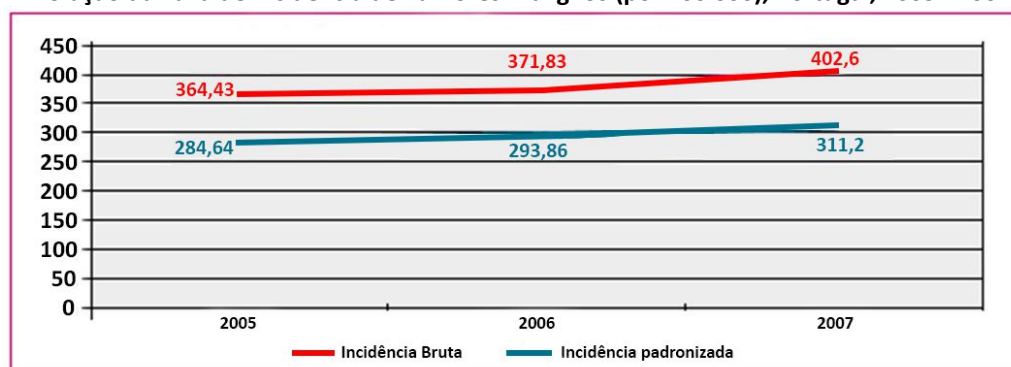
Território	Grupos etários					Total	Dias de internamento
	0-24	25-44	45-64	65-74	>75		
RLVT	14	77	471	512	1 138	2 212	73 690
Grande Lisboa	8	59	401	430	1 048	1 946	43 203
Lisboa	5	26	180	190	640	1 041	13 707

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

VIII.2.6.4 - Doenças Oncológicas

A incidência do cancro tem vindo a aumentar nos últimos anos, constituindo a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade (isto é, a principal causa de morte prematura) e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares. Muitas destas mortes seriam evitáveis através de medidas de prevenção primária, como a diminuição à exposição ao tabagismo e de prevenção secundária através do diagnóstico precoce em rastreios (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2013.)

Evolução da Taxa de Incidência de Tumores Malignos (por 100 000), Portugal, 2005 - 2007



Fonte: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2013 / Registo Oncológico Nacional 2005 (ROR Centro), 2006 (ROR Sul) e 2007 (RORENO).

Incidência de Tumores Malignos mais frequentes por sexo, Distrito de Lisboa, 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

No que diz respeito à caracterização da mortalidade por sexo e local de residência (ARS) em 2011, denota-se que para o sexo masculino, a alta taxa de mortalidade precoce na ARS LVT do Cancro do Cólon, quando comparadas com as outras ARS.

Taxas de Mortalidade Padronizada e Taxas de Mortalidade Precoce Padronizada (<65 anos) no sexo masculino, por patologia e por local de residência (ARS), 2011

Patologia	Taxas de Mortalidade Padronizadas	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
		Sexo Masculino				
Estômago	Todas as idades	26,5	17,2	18,8	16,9	18,8
	<65 anos	11,9	8,1	6,2	7,4	5,9
Cólon	Todas as idades	19	20,2	22,5	21,8	17,3
	<65 anos	5,3	5,3	8,0	5,8	6,4
Reto	Todas as idades	6,8	8,9	8,2	10,0	9,4
	<65 anos	2,9	3,3	2,5	2,1	5,1
Traqueia Brônquios e Pulmão	Todas as idades	46,3	28,8	43,1	44,3	52,5
	<65 anos	23,4	15,7	21,0	19,6	29,9
Próstata	Todas as idades	18,9	23,3	24,7	25,0	19,5
	<65 anos	1,7	1,2	2,8	0,8	0,4
Bexiga	Todas as idades	7,4	6,1	10,5	9,9	9,2
	<65 anos	1,6	0,8	2,5	2,5	2,4
Linfoma Não Hodgkin's	Todas as idades	4,5	5,6	5,9	*	*
	<65 anos	18	2,2	2,4	*	*

*Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤25 por apresentarem elevado erro padrão

Taxas apresentadas são taxas de mortalidade padronizadas por 100 000 habitantes

Fonte INE, IP, (2013)

Para o sexo feminino, destaca-se a alta taxa de mortalidade e mortalidade precoce do Cancro da Mama na ARSLVT e ARS Algarve.

Taxas de Mortalidade Padronizada e Taxas de Mortalidade Precoce Padronizada (<65 anos) no sexo feminino, por patologia e por local de residência (ARS), 2011

Patologia	Taxas de Mortalidade Padronizadas	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
		Sexo Feminino				
Estômago	Todas as idades	11,9	8,9	7,5	8,9	5,6
	<65 anos	5,3	4,1	3,1	3,2	1,8
Cólon	Todas as idades	11,6	11,3	12,1	11,6	12,3
	<65 anos	3,3	4,3	4,5	4,4	3,3
Reto	Todas as idades	2,9	3,3	3,0	*	*
	<65 anos	1,1	1,6	1,2	*	*
Traqueia Brônquios e Pulmão	Todas as idades	9,8	7,2	10,2	6,8	8,1
	<65 anos	5,2	4,1	6,6	3,8	4,9
Mama Feminina	Todas as idades	15,8	17,2	21,6	17,4	24,7
	<65 anos	9,7	10,6	13,2	10,8	17,6
Colo do Útero	Todas as idades	2,7	*	4,2	*	*
	<65 anos	1,8	*	3,2	*	*
Corpo do Útero	Todas as idades	1,5	2,1	2,1	*	*
	<65 anos	0,4	0,8	0,5	*	*
Bexiga	Todas as idades	1,8	1,7	2,2	*	*
	<65 anos	0,3	0,5	0,6	*	*
Linfoma Não Hodgkin's	Todas as idades	2,5	3,7	3,6	*	*
	<65 anos	0,8	1,3	1,3	*	*

*Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤25 por apresentarem elevado erro padrão

Taxas apresentadas são taxas de mortalidade padronizadas por 100 000 habitantes

Fonte INE, IP, (2013)

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

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

Territórios	Óbitos por tumores malignos					
	Anos	1981	2001	2009	2010	2011
Continente		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

A mortalidade por tumor do cólon e recto, bem como o tumor maligno da mama 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.

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

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

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

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

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

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

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

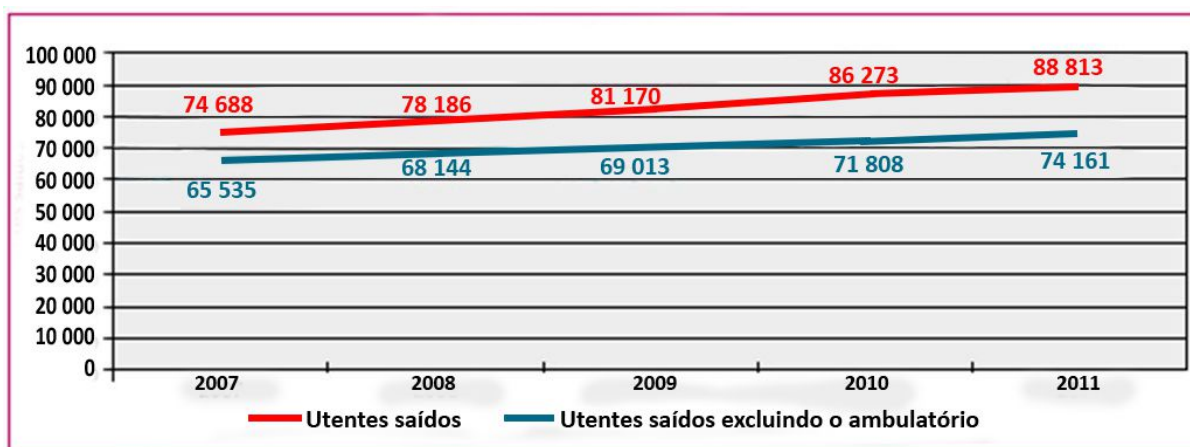
Taxas de Mortalidade Padronizadas em todas as idades por tumor maligno da laringe, traqueia e pulmão, 2009-2011

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

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

A produção hospitalar na área das doenças oncológicas tem vindo a aumentar desde 2007. Em 2011 o número de utentes saídos dos hospitais do SNS devido a doença oncológica foi 11,6% superior ao de 2007 e 2,9% superior ao de 2010. Importa realçar que o número de utentes saídos corresponde ao número de episódios de internamento.

Evolução da produção hospitalar relativa a todas as Doenças Oncológicas, Continente, 2007-2011



Fonte: GDH – ACSS/DGS

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.

VIII.2.6.5 - Doenças Respiratórias

Portugal está a confrontar-se, nos últimos anos, com um aumento de doenças respiratórias crónicas. Considerando que um grande número de doenças respiratórias se relaciona com o envelhecimento da população, torna-se expectável que o número de pessoas com doença respiratória venha a aumentar impondo ao sistema de saúde uma necessidade crescente de cuidados respiratórios.

Em Portugal, a mortalidade por doenças respiratórias constitui a terceira principal causa de morte a seguir às doenças cardiovasculares e aos tumores. Ao contrário das doenças cardiovasculares cuja mortalidade tem vindo a decrescer, a mortalidade por doença respiratória tem vindo a aumentar.²⁴¹

Peso da mortalidade por Doenças Respiratórias no total das causas de morte, Portugal, 2007-2011

		Doenças Respiratórias				
		2007	2008	2009	2010	2011
Óbitos por doenças respiratórias	HM	10949	11555	12170	11776	11917
	H	5907	6126	6379	6188	6249
	M	5042	5429	5791	5588	5668
Óbitos por todas as causas de morte	HM	103512	104280	104434	105954	102848
	H	53379	53582	53310	54219	52544
	M	50133	50698	51124	51734	50301
Percentagem de óbitos por doenças respiratórias	HM	10,6%	11,1%	11,7%	11,1%	11,6%
	H	11,1%	11,4%	12,0%	11,4%	11,9%
	M	10,1%	10,7%	11,3%	10,8%	11,3%

Fonte: INE, 2013

A análise das taxas de mortalidade respiratória global, por local de residência, sexo e grupo etário evidencia algumas diferenças. Assim, no que diz respeito ao sexo, a mortalidade no sexo masculino é sempre superior em todas as regiões.

As diferenças entre as taxas de mortalidade abaixo e a partir dos 65 anos, mostram que a mortalidade respiratória afecta claramente as faixas etárias mais idosas, sendo portanto previsível que venha a aumentar com o aumento da longevidade das populações.²⁴²

Em Portugal, em 2011 os internamentos por doença respiratória corresponderam a 12% da totalidade dos doentes internados.

Da globalidade dos internamentos respiratórios, em 2010 e 2011, no conjunto dos dois anos, 38,3% corresponderam a internamento por pneumonia (bacteriana ou viral), 5,0% por Neoplasias do Pulmão, 7,8% por DPOC e 2,5% por Asma Brônquica, sendo os restantes distribuídos pelas outras patologias respiratórias.

A análise de alguns indicadores respiratórios ao nível dos cuidados de saúde primários e referentes aos anos 2011 e 2012 demonstra um aumento do número de doentes inscritos com o diagnóstico de asma e de DPOC.

²⁴¹ Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, 2013

²⁴² *Ibidem*

O número de pessoas inscritas com realização de espirometria é muito baixo em todas as regiões de saúde, no entanto tem vindo a aumentar progressivamente (Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, 2013)

Taxa de mortalidade relativa a Doenças Respiratórias, por 100 000 habitantes, por sexo, grupo etário e local de residência (NUTS – 2002), 2010

		Doenças Respiratórias										
		Total	<1 ano	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 ou +
Portugal Continental	HM	108,4	-	-	0,4	1,8	1,4	3,8	11,8	29,3	114,8	1055,7
	H	118,6	0	-	-	1,8	1,9	5,5	17,9	45,3	175,9	1365,0
	M	98,8	-	0	-	1,9	1,0	2,1	6,0	14,9	65,0	862,7
Norte	HM	100,3	-	0	-	1,6	1,1	4,6	12,2	33,9	126,2	1117,7
	H	110,8	0	0	-	-	0	6,9	20,2	53,1	187,6	1476,3
	M	90,4	-	0	0	-	2,1	2,4	4,6	16,6	77,1	898,8
Centro	HM	132,5	0	0	-	-	1,2	2,0	9,1	24,7	110,4	1124,0
	H	141,1	0	0	-	-	2,3	-	13,5	39,7	174,8	1399,3
	M	124,4	0	0	-	-	0	-	4,8	10,8	58,3	947,8
Lisboa	HM	88,6	-	-	0	2,8	1,2	3,9	12,8	27,1	103,8	917,0
	H	99,5	0	-	0	2,8	-	6,4	19,7	41,3	159,4	1242,8
	M	78,4	-	0	0	2,9	-	1,4	6,5	14,9	57,6	725,5
Alentejo	HM	149,5	-	0	-	-	3,8	4,8	8,7	31,0	125,0	1083,3
	H	163,8	0	0	0	0,0	7,4	-	-	47,5	208,7	1358,7
	M	135,6	-	0	-	-	0	-	-	15,2	57,9	895,3
Algarve	HM	103,9	0	0	0	-	-	-	23,0	28,7	108,5	918,8
	H	106,7	0	0	0	-	-	0	25,8	34,6	145,6	1087,5
	M	101,1	0	0	0	0	0	0	20,1	22,8	74,9	798,8

Fonte: INE, 2013; ... Dado confidencial

A tendência evolutiva dos internamentos respiratórios demonstra um decréscimo consistente nos internamentos por asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e tuberculose.

Ao contrário, os internamentos por pneumonias, fibrose pulmonar e neoplasias têm vindo a aumentar.

Os doentes saídos por Síndrome da Apneia do sono também demonstram um incremento significativo, embora à custa de episódios ambulatoriais.

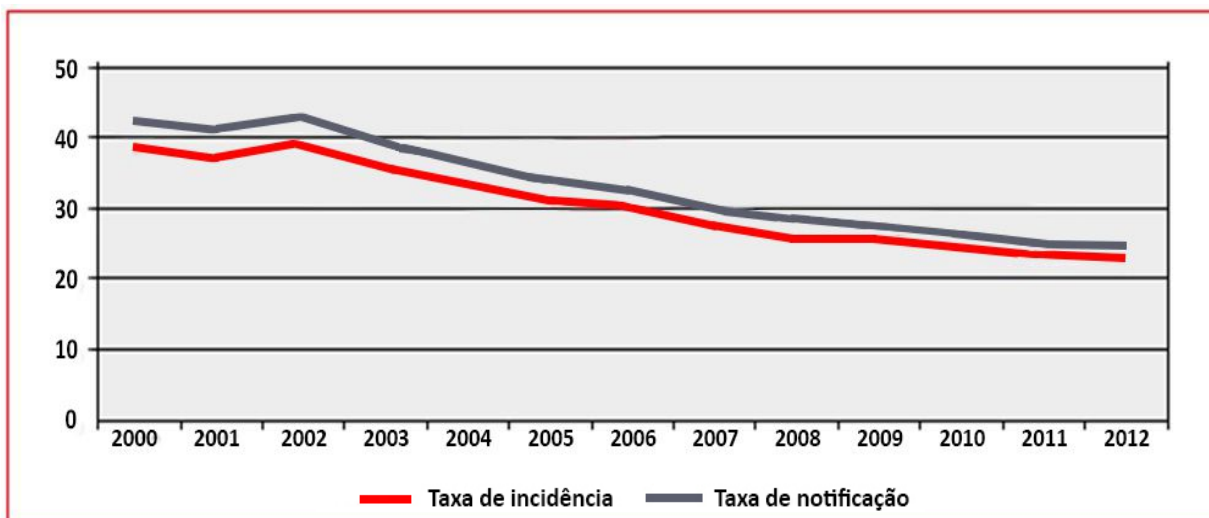
VIII.2.6.5.1 - Tuberculose

A Tuberculose é a Doença de Declaração Obrigatória (DDO) 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 sub-notificada, como se verifica quando se comparam os dados do sistema de DDO e o SVIG-TB (Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose).

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).

Evolução da taxa de notificação e de incidência de tuberculose em Portugal, 2000-2012, SVIG-TB



Fonte: VIH e tuberculose em números, 2013 / SVIG-TB.

Em Portugal, em 2012, foram registados 2 599 casos de tuberculose, incluindo casos novos e retratamentos (taxa de notificação de 24,7/100 000 hab).

A incidência de tuberculose foi de 2399, ou seja, 22,8/100 000 hab (quadro seguinte), dos quais 2 182 (84%) foram nacionais e 417 estrangeiros.

Estes dados representam um decréscimo relativamente à taxa de notificação e à taxa de incidência definitiva em 2011 (24,9 e 23,2/100000 habitantes, respectivamente) de 0,5% (figura anterior).

Casos de tuberculose notificados em 2012 (SVIG-TB)

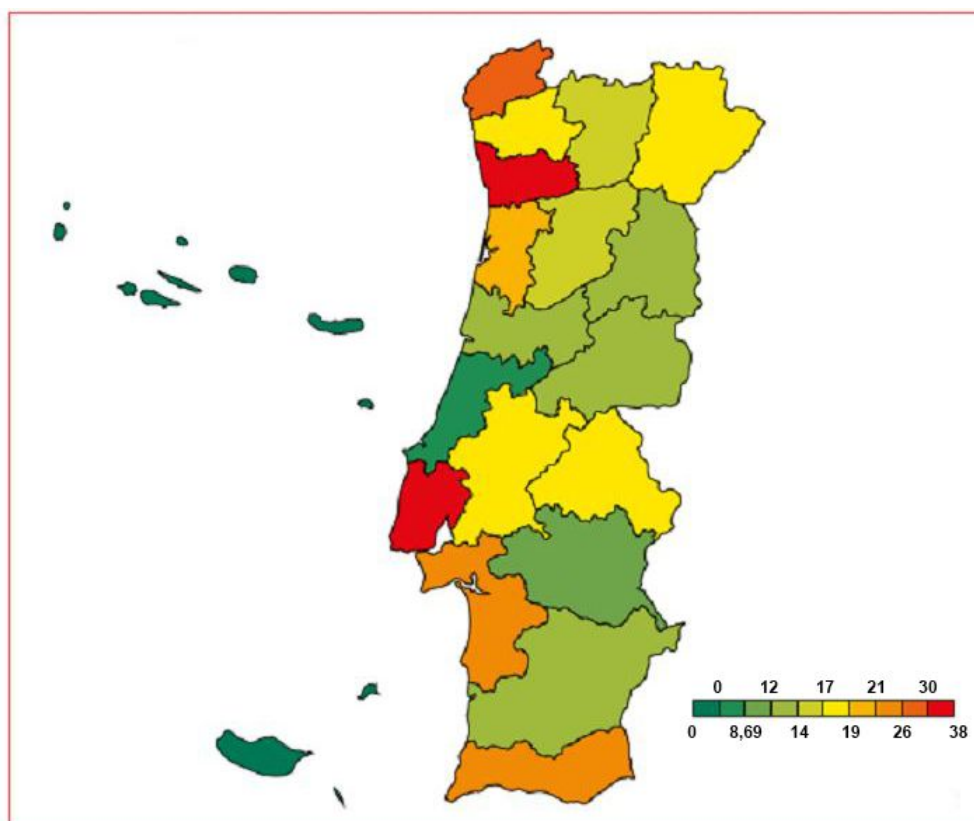
Classificação de caso	Nº absoluto	Proporção	Taxa/100 000
Casos novos	2 399	92,2%	22,8
Recidiva	157	6%	1,5
Após interrupção	36	1,4%	0,34
Após insucesso	7	0,3%	0,07
Novos + retratamentos	2 599	100%	24,7

Fonte: VIH e tuberculose em números, 2013 / SVIG-TB

Ao longo dos últimos anos, tem vindo a assistir-se ao desaparecimento das regiões de alta incidência (≥ 50 casos/100000 habitantes).

Em 2012, os distritos de Viana do Castelo (26,7/100000 habitantes), Porto (37,4/100000 habitantes), Lisboa (34,9/100000 habitantes), Setúbal (25,5/100000 habitantes) e Faro (23,7/100000 habitantes) registaram ainda uma incidência intermédia de tuberculose (>20 casos/100000 e <50 casos/100000 habitantes).

Taxa de incidência de tuberculose por 100 000 habitantes, por Distrito, 2012, SVIG-TB



Fonte: VIH e tuberculose em números, 2013

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 retratamentos	26	24	31	91

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

De acordo com o perfil de saúde do ACES Central, denota-se uma grande expressão dos casos de tuberculose neste ACES, comparativamente ao conjunto de Lisboa, e o aumento de 35% entre 2010 e 2012. Também em 2013 os casos notificados até Agosto já perfaziam 57 casos com uma distribuição por freguesia que consta do Quadro 80 (Perfil de Saúde do ACES Central).

Declaração Obrigatória de Doenças Transmissíveis (DODT), ACES Lisboa Central, ACES Lisboa Norte e ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, 2010-2012 - Tuberculose

CID-10	DDO	ACES LISBOA NORTE			ACES LISBOA CENTRAL			ACES LISBOA OCIDENTAL e OEIRAS		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
A15-A16	Tuberculose Respiratória	66	41	62	74	94	100	43	50	55
A18	Tuberculose Disseminada	1	1	0	5	6	0	0	1	0
A19	Tuberculose Miliar	0	3	5	0	0	2	0	1	0
A18	Tuberculose Disseminada	1	1	0	5	6	0	0	1	0
A17	Tuberculose do SNC	0	1	0	0	0	0	0	0	2
A89	Meningite Tuberculose	1	1	0	1	0	0	0	1	0

Fonte: Perfil de Saúde do ACES Central / Sistema de Informação da ARSLVT

Nº de casos de Tuberculose notificados por Freguesia, 2013

Freguesias	Nº de casos
Areeiro	1
Campo de Ourique	1
Estrela	3
Misericórdia	3
Santo António	3
S.Vicente	3
Santa Maria Maior	5
Olivais	8
Beato	9
Marvila	9
Arroios	12
Total	57

*Fonte: Perfil de Saúde do ACES Central /
Sistema de Informação da Unidade de Saúde Pública*

No que diz respeito à morbilidade, considerando os dados dos episódios dos doentes tratados nos hospitais da ARSLVT, agrupados em Grupos de Diagnóstico Homogéneos, verifica-se que as tuberculoses pulmonares tratadas apresentam internamentos prolongados, em média entre os 22 a 27 dias.

Nº de episódios hospitalares nos hospitais da ARSLVT por tuberculose pulmonar, por grupos etários, por área de residência do doente e dias de internamento, 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

A infecção pelo VIH é um factor de risco conhecido para a tuberculose, preconizando-se que todo o doente com tuberculose seja testado para o VIH.

Contrariamente ao recomendado, parece haver desde 2010 uma tendência para diminuir a cobertura do teste VIH nestes doentes.

Em Portugal a prevalência de infecção VIH entre os doentes com tuberculose tem sido das mais altas da União Europeia.

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

Desde 2002 que esta taxa apresentava uma tendência decrescente quer na ARSLVT quer no Concelho de Lisboa. Contudo, em 2013 registou-se uma inversão desta tendência.

VIII.3 - Serviços de saúde e acesso a cuidados de saúde

3 – Serviços de Saúde e acesso a cuidados de saúde de qualidade

3.1 – Serviços de Saúde

- 3.1.1 Enquadramento territorial
- 3.1.2 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)
- 3.1.3 Unidades Funcionais (USF, UCSP, UCC, USP e URAP)
- 3.1.4 Cuidados Hospitalares
- 3.1.5 Cuidados Continuados Integrados
- 3.1.6 Cuidados de Saúde – Rede Solidária (Terceiro Sector)

3.2 – Acesso a cuidados de saúde de qualidade

- 3.2.1 Oferta, cobertura e utilização de Cuidados de Saúde
 - 3.2.1.1 Cuidados de Saúde Primários
 - 3.2.1.2 Cuidados de Saúde Hospitalares
 - 3.2.1.3 Cuidados Continuados Integrados
- 3.2.2 Acesso em Áreas Específicas
 - 3.2.2.1 Diabetes
 - 3.2.2.2 Doenças cérebro-cardiovasculares
 - 3.2.2.2.1 Via verde AVC
 - 3.2.2.2.2 Via verde coronária
- 3.2.3 Doenças Oncológicas
- 3.2.4 Saúde Mental

VIII.3.1 – Serviços de Saúde

VIII.3.1.1-Enquadramento Territorial e Organização dos Cuidados de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde encontra-se organizado em 5 Regiões de Saúde²⁴³, cada uma com uma administração (Administração Regional de Saúde, ARS) com personalidade jurídica (Instituto Público, IP), autonomia administrativa e financeira, inserindo-se o concelho de Lisboa na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RS LVT), que integra 15 Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) e 8 Hospitais e 8 Centros Hospitalares, num total de 31 unidades hospitalares.

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

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

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

²⁴³ Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve.

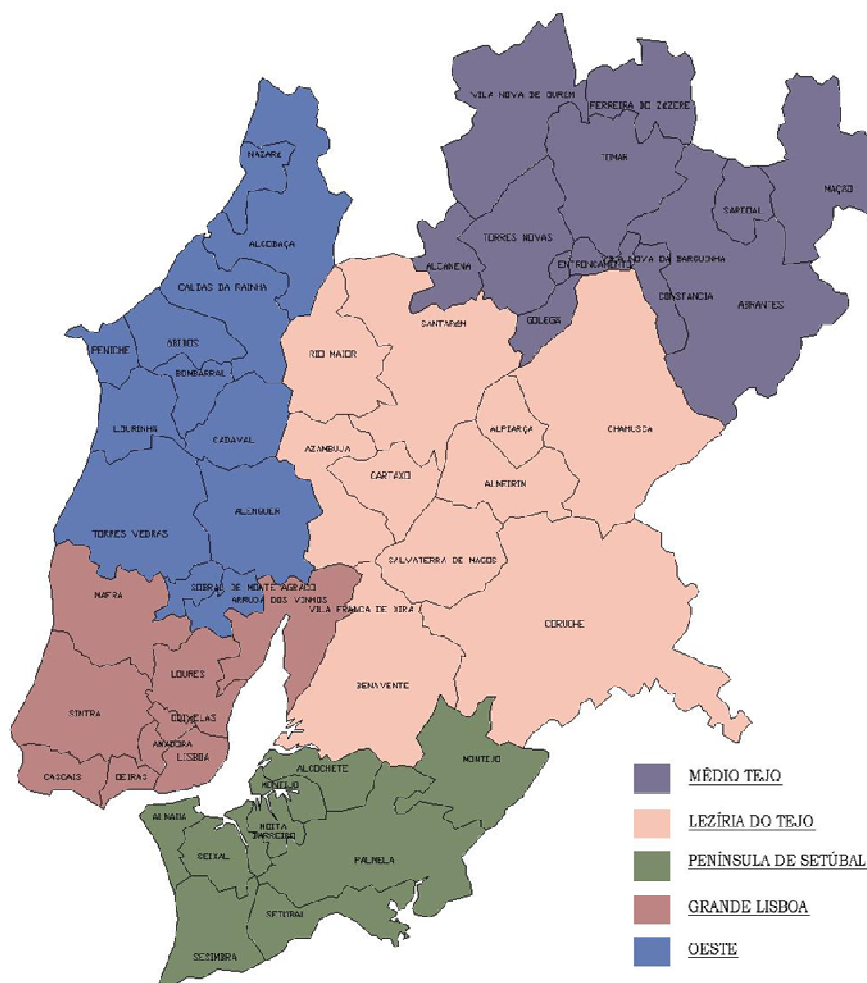
Os **Cuidados de Saúde Secundários (CSS)** constituem um nível mais especializado de resposta a problemas de saúde e de cuidados de urgência na doença e em caso de acidente, tendo funções de diagnóstico, tratamento e reabilitação em regime ambulatório e internamento, sendo prestados em unidades hospitalares.

Os **Cuidados de Saúde Terciários**, também designados Cuidados Continuados Integrados (CCI), traduzem-se no conjunto de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.²⁴⁴

A articulação e encaminhamento do utente entre os diferentes níveis de cuidados, de modo a que seja dada a resposta mais eficiente para o utente e que os recursos disponíveis sejam usados o mais racionalmente possível, é assegurada pela Rede de Referência Hospitalar (RRH).

O Território da ARSLVT, IP

A Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo é administrada pela ARSLVT,IP, sendo constituída por 5 NUTS III: Oeste, Grande Lisboa, Península de Setúbal, Médio Tejo e Lezíria do Tejo, e composta por 52 Concelhos.



Território da ARSLVT

O seu território corresponde a 13,6% do todo o território nacional e concentra 34,7% da população total (Censos, 2011, Retrato da Saúde em Lisboa Junho de 2013)

²⁴⁴ Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho

A população abrangida era, em 2001, de 3 475 925 residentes, tendo aumentado cerca de 5,3% nos últimos 10 anos (2001-2011), em que passou para 3 659 868 residentes, percentagem muito superior à nacional, onde a população aumentou apenas 1,99%.

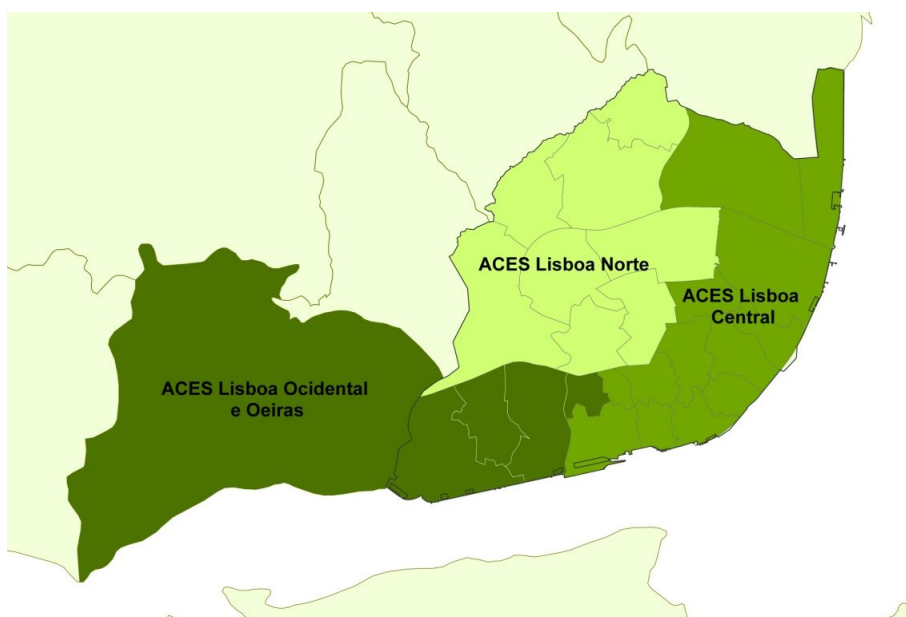
Trata-se de um território com uma elevada densidade populacional, cerca de 3 vezes superior à média nacional (114,5 hab/km² contra 309,4 hab/km² em Portugal).

VIII.3.1.2 - Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)

Através do DL 28/2008 de 22 de Fevereiro foram extintas as Sub-regiões de Saúde e criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços desconcentrados da Administração Regional de Saúde (ARS), com autonomia administrativa e constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Na ARS de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), em que o concelho de Lisboa se insere, foram então criados 22 ACES, que em 2012, pela Portaria 394B/2012 de 29 de Novembro, foram reagrupados e reduzidos a 15, por fusão e reconfiguração dos seus limites, tendo como objectivos a economia de escala e a concentração de recursos.

Segundo o preâmbulo deste último diploma legislativo, o critério foi o da área de influência dos Hospitais de referência, pelo que Lisboa viu os seus 3 ACES iniciais (1-Norte/Sete Rios, 2-Oriental/Olivais e 3-Central/Lapa) serem redelimitados, tendo ficado a parte ocidental da cidade integrada num ACES conjuntamente com o território do Município do Oeiras.



Território dos ACES de Lisboa

A Câmara Municipal de Lisboa foi chamada a pronunciar-se sobre uma primeira proposta de redelimitação e redução dos ACES de Lisboa, de 3 para 2, estritamente dentro dos limites geográficos do concelho de Lisboa, mas não foi ouvida sobre a proposta final entretanto em vigor, que entre outras questões que urge debater com a ARSLVT, não atende aos limites das freguesias do novo mapa administrativo do concelho.

Tal como foi já referido no capítulo IV.1.3, desde o último acto eleitoral em Novembro de 2013, que, de acordo com o DL 56/2012 de 8 de Novembro, foi reorganizado o mapa administrativo de Lisboa, com a redução do número de freguesias de 53 para 24.

Apenas 7 freguesias foram mantidas sem alteração ou com ligeiros acertos nos seus limites (Benfica, São Domingos de Benfica, Ajuda, Alcântara, Campolide, Beato e Marvila); outras 3 freguesias mantiveram o nome mas viram os limites alterados (Carnide, Lumiar e Olivais); as restantes 14 freguesias resultaram da fusão de duas ou mais freguesias, com algumas alterações ou ajustamentos aos seus limites.

A nova divisão dos ACES, definida igualmente em Novembro de 2012, não acautelou as alterações aos limites das freguesias. As antigas freguesias de Santo Condestável e Santa Isabel, integradas desde então respectivamente no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras e no ACES Lisboa Central, encontram-se reunidas agora numa só freguesia denominada Campo de Ourique, que ficou assim repartida por 2 ACES diferentes.



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

ACES Lisboa Norte	
Área Geográfica (freguesias actuais)	Centros de Saúde
Santa Clara Lumiar Carnide Benfica São Domingos de Benfica Alvalade Campolide Avenidas Novas	Sete Rios Benfica Alvalade Lumiar
ACES Lisboa Central	
Área Geográfica (freguesias actuais)	Centros de Saúde
Areiro Arroios Beato Santa Maria Maior Santo António Misericórdia São Vicente Campo de Ourique (inclui apenas a anterior freguesia de Santa Isabel) Estrela Marvila Penha de França Olivais Parque das Nações	Alameda Graça Lapa Luz Soriano Marvila Penha de França S. João São Mamede e Santa Isabel Olivais
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	
Área Geográfica (freguesias actuais)	Centros de Saúde
Ajuda Alcântara Belém Campo de Ourique (inclui apenas a anterior freguesia de Santo Condestável)	Ajuda Alcântara Santo Condestável

VIII.3.1.3 – Unidades Funcionais (USF, UCSP, UCC, USP e URAP)

Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários, desenvolver actividades de promoção da saúde, prevenir e prestar cuidados na doença e fazer a ligação com outros serviços para a continuidade de cuidados. Também desenvolvem actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases.

Conforme o disposto no DL 28/2008 de 22 de Fevereiro, que estabeleceu o regime de organização e funcionamento dos ACES, estes podem compreender as seguintes unidades funcionais:

- Unidade de saúde familiar (USF);
- Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- Unidade de saúde pública (USP);
- Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);

Os ACES podem ainda incorporar outro tipo de unidades ou serviços desde que propostos pela respectiva ARS e aprovados por despacho do Ministro da Saúde.

Em cada centro de saúde componente de um ACES deve funcionar, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC; no entanto em cada ACES apenas poderá existir uma USP e uma URAP.

As USF e as UCSP

As USF têm sido a inovação mais visível da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em que por um processo de adesão voluntária dos profissionais é constituída uma equipa multiprofissional, a quem são asseguradas condições de trabalho e um regime remuneratório em função do desempenho, sendo exigido um sistema de informação, contratualização e avaliação periódica.

Assegurando-se uma maior e mais eficiente cobertura da população, a reforma visa a progressiva transformação das unidades de cuidados de saúde primários em USF, para o que o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças determinarão anualmente até 31 de Janeiro, através de Despacho Conjunto, a quota a atingir.

No entanto, a execução da reforma não tem sido rápida e uniforme quer ao longo da país, quer na cidade de Lisboa, criando alguma desigualdade nos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos, entre as novas USF e as UCSP, unidades onde se mantêm os serviços e os profissionais que não se constituíram ainda em USF.

A lentidão com que têm sido criadas as USF deve-se em parte à falta de recursos humanos (médicos, enfermeiros e técnicos administrativos), verificando-se uma lenta aprovação por parte do Ministério da Saúde, que tinha pendentes em início de 2014 cerca de 100 candidaturas ao nível nacional, metade das quais de anos anteriores a 2013.

A par do deficiente processo de progressão da reforma, em que a saída de médicos para as USF tem vindo a deteriorar a assistência aos utentes sem médico de família, constata-se outros efeitos negativos a carecer de avaliação: a dualidade de procedimentos, de condições de trabalho e de atendimento, a remuneração condicionada ao desempenho poder conduzir à quantidade reduzindo a qualidade dos cuidados, os profissionais poderem comprometer a assistência a utentes cujas necessidades não estejam contempladas nos indicadores...

Em 2007, através do Decreto-Lei n.º298/2007, de 22 de Agosto, e do Despacho nº 24101/2007, de 22 de Outubro, foi legislada a organização e o funcionamento das USF, que se podem organizar em três

modelos com diferentes patamares de autonomia, a que correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva, e aprovados os critérios e a metodologia para a sua classificação:

- O **Modelo A** compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respectivas carreiras dos profissionais que as integram.

Corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna.

- O **Modelo B** abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente.

- O **Modelo C** é um modelo experimental que abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua actividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respectiva e sujeitas a controlo e avaliação externa.

As USF a constituir serão reguladas através de legislação específica e definidas em função de quotas estabelecidas pela ARS de acordo como número de utentes sem médico de família atribuído.

No sentido de proporcionar a escolha do modelo mais adequado aos propósitos de cada equipa multiprofissional, é permitida a transição de um modelo para outro em qualquer momento desde que observados os termos de acesso e a metodologia, bem como o número de USF estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde.

Não foi contudo ainda publicada a regulamentação das USF - modelo C, pelo que nomeadamente as Misericórdias estão impedidas de formalizar as suas candidaturas, em que se propõem contribuir para a obtenção de ganhos em saúde em articulação com o SNS.

As UCC

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Os campos de actuação das UCC podem assim identificar-se segundo os seguintes tipos de intervenção:

- Intervenção junto de utentes, famílias e grupos de maior vulnerabilidade
 - *Acompanhamento multidisciplinar e referência a outras unidades do ACES ou a entidades parceiras, nomeadamente de cariz social*
 - *Participação na Rede Social*
 - *Formação de voluntariado*
 - *Apoio a crianças e jovens em risco, através da sinalização ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de casos de maus tratos e elaboração e execução de planos de acompanhamento*
 - *Apoio às equipas locais do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)*
 - *Promoção da Saúde Mental*

- Intervenção em Programas no âmbito da protecção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade escolar
 - *Execução das actividades previstas para a comunidade escolar no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)*
 - *Promoção da saúde mental na escola.*
 - *Verificação da execução dos Exames Globais de Saúde (5-6 anos e 11-13 anos)*
 - *Sinalização dos casos de incumprimento do Plano Nacional de Vacinação*
 - *Participação nas actividades de apoio à inclusão escolar de crianças com necessidades especiais*
 - *Promoção da segurança e prevenção de acidentes rodoviários, domésticos, de lazer e de trabalho no ambiente escolar*
 - *Apoio de projectos educativos de promoção de hábitos de vida saudáveis*
 - *Desenvolvimento de competências e formação de docentes na orientação e acompanhamento de crianças*
 - *Participação no desenvolvimento de projectos de promoção da saúde em contexto escolar*
- Intervenção comunitária para a promoção da saúde e prevenção das doenças orais ao longo do ciclo de vida e nos contextos determinantes
 - *Educação para a saúde oral nos diferentes grupos etários (PNPSO)*
 - *Promoção do acesso da população aos cuidados de saúde oral (PNPSO)*
 - *Promoção do uso de próteses dentárias entre os idosos beneficiários do CSI*
- Intervenção comunitária dirigida a indivíduos dependentes e às suas famílias e cuidadores através de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) previstas no DL nº 101/2006, de 6 de Junho
 - *Prestação de cuidados domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitativa e paliativa*
 - *Formação de ajudantes de família*
- Intervenção na promoção de estilos de vida saudável para a população ao longo do ciclo de vida.
 - *Cooperação com empresas, instituições e estabelecimentos prisionais*
 - *Preparação para a parentalidade, promoção do aleitamento materno e massagem do bebé*
 - *Promoção do envelhecimento activo em centros de dia, centros de convívio e associações de idosos*

As UCC podem e devem ainda promover outro tipo de intervenções que se revelem necessárias para a promoção da saúde da população em articulação com outras entidades e políticas locais.

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais de acordo com as necessidades e a disponibilidade de recursos.

As USP

A USP é a unidade que funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES. A actividade da USP desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em inter-cooperação com as restantes unidades funcionais do ACES.

A USP situa-se, preferencialmente, na sede do respectivo ACES, sendo coordenada pelo Delegado de Saúde e dispendo de uma equipa técnica multidisciplinar, constituída por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou saúde comunitária e por técnicos de saúde ambiental, podendo integrar ainda, em permanência ou em colaboração parcial, outros profissionais considerados necessários para o cumprimento dos programas e actividades.

Compete à USP, para além das suas atribuições como Autoridade de Saúde Pública, prosseguir a sua missão de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, através das seguintes actividades essenciais:

- a) Elaborar informação e planos em domínios da Saúde Pública e monitorizar o estado de saúde da população (função observatório de saúde) através de:
 - i) Recolha e análise sistemática de dados de saúde;
 - ii) Diagnóstico de saúde da população;
 - iii) Elaboração do Plano Local de Saúde;
 - iv) Comunicação de informação sobre saúde às restantes unidades funcionais do ACES, assim como a instituições-chave da comunidade;
 - v) Propor intervenções ao director executivo do respectivo ACES, de forma a reduzir os problemas de saúde identificados e reforçar ou manter os ganhos em saúde obtidos.
- b) Proceder à vigilância epidemiológica, quer das doenças transmissíveis, quer no âmbito da saúde ambiental, nomeadamente:
 - i) Doenças de declaração obrigatória
 - ii) Doenças evitáveis pela vacinação
 - iii) Toxinfecções alimentares
 - iv) Vigilância sanitária da qualidade da água (consumo humano, balnear, piscinas, mineral natural e de nascente)
 - v) Segurança alimentar nas cantinas e refeitórios escolares
 - vi) Gestão do Sistema de Alerta e Resposta Adequada e de outros sistemas de vigilância epidemiológica.
- c) Gerir ou participar no desenvolvimento de programas de intervenção regionais, nacionais e internacionais, no âmbito da prevenção da doença, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos, e ainda de programas atribuídos aos serviços ou profissionais de saúde pública, nomeadamente:
 - i) Programa Nacional de Vacinação;
 - ii) Plano Pós-eliminação da Poliomielite;
 - iii) Programa de Vigilância e Controlo das Meningites na Comunidade;
 - iv) Plano de Contingência das Ondas de Calor;
 - v) Programa de Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Ensino;
 - vi) Programa de Saúde Ocupacional.

As URAP

As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) têm por missão a prestação de serviços de consultoria e assistência às unidades funcionais dos ACES (USF, UCSP, USP e UCC) e organizam as ligações funcionais aos serviços hospitalares.

As URAP concentram, organizam e disponibilizam a todos os ACES cuidados de saúde especializados e meios de diagnóstico complementares como sejam a medicina dentária e as análises laboratoriais.

As Unidades Funcionais nos ACES em Lisboa

Nos 3 ACES de Lisboa, existem 2 USP, uma no ACES Lisboa Norte e outra no ACES Lisboa Central, encontrando-se a USP do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras localizada em Paço d'Arcos no concelho de Oeiras; 2 UCC que se encontram desdobradas em vários "pólos", numa lógica de proximidade para com a população a servir, nos ACES Lisboa Central e no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 5 URAP nos ACES Lisboa Norte e ACES Lisboa Central, existindo ainda uma URAP no concelho de Oeiras.

Na área do Centro de Saúde do Lumiar existe ainda, além de 4 unidades funcionais (3 UCSP e 1 USF), uma Unidade de Saúde gerida pela SCML, que por contratualização entre a ARSLVT e a SCML atende paralelamente ao atendimento dos utentes da SCML, residentes das freguesias da Ameixoeira, Charneca e Lumiar no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

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

ACES	Centro de Saúde	COD	Instalações	Unidades	Morada	
ACES Norte	CS Alvalade	4A	Alvalade	CS Alvalade	Parque da Saúde, Av. Brasil, n.º 53, Pavilhão 33	
				USF do Parque		
	CS Benfica				UCSP Benfica	Rua Gen. Morais Sarmento
					USF Carnide Quer	Estrada da Correia
					USF Boavista	Bairro da Boavista, R. Rainha D. Brites, 16
					USF Rodrigues Migueis	Rua Ten. Cor. Ribeiro dos Reis
					USF Gerações USF Luz	Rua Dr José Baptista de Sousa, n.º 15
	CS Lumiar				UCSP Lumiar	Alameda das Linhas de Torres, n.º 243
					USF Conchas	
					UCSP Charneca	
	CS Sete Rios				UCSP Alto do Lumiar	R. David Mourão Ferreira, Malha 15, Lt 15.4
					USF Tílias	Rua Padre Carlos dos Santos, Bloco B - 1º
					USF Sete Rios	Largo Prof. Arnaldo Sampaio
US Telheiras	-	Telheiras	US Telheiras (SCML)	Praça S. Francisco de Assis, n.º 3C		
ACES Central	CS Alameda	2A	Alameda	UCSP Alameda	Rua Carvalho Araújo, 103	
				URAP Alameda		
	CS Graça				UCSP Mónicas	Tv. das Mónicas, 57 D
					UCSP São Nicolau	Rua de São Nicolau, 13 - 3.º
	CS Lapa	8A	Lapa		UCSP Lapa	Rua de S. Ciro, 36
					URAP Centro de Acolhimento e Detecção VIH (CAD)	
					URAP Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	
					USP ACES Central	
	CS Luz Soriano	10Q	Ribeira Nova		USF Ribeira Nova	Rua da Ribeira Nova, 1
	CS Marvila				UCSP Marvila	Rua Dr. Estevão de Vasconcelos, 56
					UCC Oriente	
	CS Olivais	12 B	Bairro da Encarnação		USF S. João Evangelista dos Lóios	Rua Pedro José Pezerat, 11 – Br dos Lóios
					USF Jardins da Encarnação	Alameda da Encarnação
USF Vasco da Gama						
CS Penha de França				UCC Oriente		
				UCSP Penha de França	Rua Luís Pinto Moitinho, 5	
				USF Sétima Colina	Rua Angelina Vidal, 73	
CS São João				USF Oriente	Avenida Afonso III, lote 16	
				USF Monte Pedral	Rua Adolfo Coelho, 9	
CS S. Mamede /Sta. Isabel				URAP Medicina Dentária		
				USF Arco	Tv. do Noronha, 5	
				USF Sofia Abecassis	Tv. Santa Quitéria, 37	
ACES Ocidental e Oeiras	CS Ajuda	1	Ajuda	UCSP Ajuda	Tv. das Florindas, 5	
				USF Ajuda		
				UCC Consigo		
	CS Alcântara	3A	Alcântara		UCSP Alcântara	Calçada da Tapada, 126
					UCC Consigo	
	CS Sto. Condestável	14A	Santo Condestável		USF Descobertas	Rua Fernão Mendes Pinto, 19
UCSP Santo Condestável					Rua do Patrocínio, 60	
USF Santo Condestável						
				UCC Consigo		

Considerando especificamente as URAP, o quadro seguinte identifica a respectiva área de intervenção, o público-alvo e as condições de acesso, assim como as condições de acessibilidade:

Unidades de Saúde Integradas – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)

ACES	URAP	Morada	Área de Intervenção	Público-alvo e condições de acesso	Acesso a pessoas com mobilidade condicionada
Lisboa Central	Alameda	Rua carvalho Araújo nº 103 1900-138 Lisboa	Fisioterapeutas (a) Psicólogos (b) Serviço Social (c)		
	Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH (CAD)	Rua de S. Ciro, 36 1200-201 Lisboa	Rastreio e prevenção da infecção VIH	População sexualmente activa Atendimento anónimo e gratuito Acesso directo, p/ ordem de chegada	Não
	Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	Rua de S. Ciro, 36 1200-201 Lisboa	Diagnóstico, prevenção, e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST)	Consulta aberta, gratuita, sem área geográfica de residência, sem necessidade de referência.	Não
	Unidade de Medicina Dentária do ACES Lisboa Central	Rua Adolfo Coelho, 9 1900-028 LISBOA	Estomatologia	Consulta de especialidade mediante referência clínica do médico de família	Não
Lisboa Norte	Sete Rios	Largo Professor Arnaldo Sampaio 1549-010 Lisboa	Higiene oral (d) Psicologia(e) Serviço Social (f)		Sim
Lisboa Ocidental e Oeiras	(Oeiras)				

- (a) 2 Profissionais (Fisioterapeutas) distribuídos pelas Unidades de Saúde do ACES Lisboa Central – Alameda (1), Lapa (1)
- (b) 12 Profissionais (Psicólogos) distribuídos pelas Unidades de Saúde do ACES Lisboa Central– UCSP São Nicolau (1), UCSP Alameda (1), UCSP Lapa (2), USF Ribeira Nova (1), USF Sofia Abecassis(1), UCSP Penha de França (1), UCSP Mónicas (1), UCSP Olivais (2), USF Oriente (1), UCSP Marvila (1)
- (c) 8 Profissionais (Assistentes Sociais) distribuídos pelas Unidades de Saúde do ACES Lisboa Central– UCSP São Nicolau e UCSP Penha de França (1), UCSP Alameda (1), UCSP Lapa e UCSP Mónicas (1), USF Ribeira Nova e USF Jardins da Encarnação (1), USF Sofia Abecassis, USF Arco e USF Lóios (1), UCSP Olivais e USF Vasco da gama (1), USF Oriente e USF Monte Pedral (1), UCSP Marvila (1)
- (d) 5 profissionais (Higienista Oral) distribuídos pelas Unidades de Saúde do ACES Norte – Lumiar (1), Benfica (1), Sete Rios (2) e Alvalade (1)
- (e) 11 profissionais (Psicólogo) distribuídos pelas Unidades de saúde do ACES Norte – APARECE – Atendimento Jovem (1), Sete Rios (4), Lumiar (2), Benfica (2) e Alvalade (2)
- (f) 7 profissionais (Assistente Social) distribuídos pelas Unidades de saúde do ACES Norte – Sete Rios (3), Alvalade (1), Benfica (1) e Lumiar (2)

VIII.3.1.4 - Cuidados Hospitalares

Os hospitais são estabelecimentos de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

A rede hospitalar (o número de hospitais, a sua localização e a sua tipologia) deve ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, pensado e organizado de uma forma coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência.

A cada hospital devem ser atribuídos uma área geodemográfica de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência pré-definida, com os Cuidados de Saúde Primários, com outras instituições hospitalares e com a rede de Cuidados Continuados Integrados.

Pela Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril, foi publicada a classificação das instituições hospitalares e serviços do SNS, e estabelecida a categorização dos diferentes hospitais e a definição da respectiva carteira de valências, em resultado dos estudos e trabalhos realizados entre 2011 e 2013, pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, com o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, a Entidade Reguladora da Saúde e as Administrações Regionais de Saúde.

Esta categorização mantendo o critério geográfico - área geográfica de influência - assenta principalmente em critérios de base populacional e de complementaridade da rede hospitalar, para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e proximidade.

Assim, presentemente, de acordo com a referida Portaria, os diferentes hospitais existente no Município de Lisboa distinguem-se entre si pela complexidade da resposta oferecida à população servida, e estão organizados em Grupos da seguinte forma:

Grupo	Características	Centros Hospitalares em Lisboa
Grupo I -	Apresentam exclusivamente uma área influência directa.	-
Grupo II	Apresentam uma área de influência directa e uma área de influência indirecta, correspondente à área de influência directa das instituições do Grupo I.	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.
Grupo III	Apresentam uma área de influência directa, oferecendo cuidados às populações pertencentes às áreas de influência directa dos estabelecimentos classificados nos Grupos I e II.	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.
Grupo IV	Correspondem a hospitais especializados.	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Os Centros Hospitalares existentes em Lisboa integram os seguintes Hospitais:

Centros Hospitalares	Hospitais
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital de Santa Maria •Hospital Pulido Valente
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital de São José •Hospital dos Capuchos •Hospital de Santa Marta •Hospital Dona Estefânia •Hospital Curry Cabral •Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital de Egas Moniz •Hospital de Santa Cruz (localizado no concelho de Oeiras) •Hospital São Francisco Xavier
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital Júlio de Matos
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EP	

Para efeitos da definição e planeamento da oferta de cuidados hospitalares (carteira de cuidados) são definidas as seguintes tipologias hospitalares para os Centros Hospitalares:

- **Tipologia A1** – Um Hospital que serve uma população directa de cerca de 350 000 habitantes, uma população de referência de segunda e terceira linha de mais de 650 000 habitantes. Nesta tipologia encontram-se os hospitais de fim de linha da medicina portuguesa e todos integram a rede de urgência/emergência como polivalentes. Estes hospitais têm capacidade técnica para assegurar 100% da diversidade dos cuidados necessários da população que servem.
- **Tipologia A2** – São hospitais que, apesar de terem populações que oscilam entre os 250 000 e os 350 000 habitantes, são também considerados pela rede de urgência/emergência como hospitais polivalentes, tendo por isso responsabilidades acrescidas nas respostas às necessidades não só aos da sua área directa mas também servirem de referência para os hospitais de tipologia inferior que lhe estão próximos.

Em seguida, apresentam-se as principais características dos Centros Hospitalares de Lisboa, nomeadamente no que diz respeito ao número de efectivos (médicos e enfermeiros) e ao número de camas de internamento. A “Carteira de Cuidados”, ou de especialidades médicas existentes por Tipologia de Hospital apresenta-se em anexo.

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

- Hospital de Santa Maria
- Hospital Pulido Valente

O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) integra dois estabelecimentos universitários de referência do Serviço Nacional de Saúde - o Hospital de Santa Maria e o Hospital de Pulido Valente.

Estes dois hospitais têm funções não só de prestação de cuidados de saúde hospitalares, mas também de formação pré, pós-graduada e continuada e ainda uma forte componente de inovação e investigação, constituindo-se como unidades hospitalares essenciais dentro do sistema de saúde português e fundamentais para o acesso a cuidados de saúde no município de Lisboa.

O Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente são unidades de grande dimensão que possuem elevados recursos e capacidades, quer ao nível dos recursos humanos muito qualificados mas também das tecnologias em presença e do saber universitário acumulado ao longo de gerações. A par do apoio que presta às populações da sua zona de influência directa, o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) garante referência diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional e nacional e dos países de expressão portuguesa.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) constitui globalmente uma grande unidade do sistema público de cuidados de saúde, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso à saúde, com 6.542 efectivos, a prestar serviço em diversos edifícios, num total de 1 237 camas²⁴⁵.

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

- Hospital de São José
- Hospital dos Capuchos
- Hospital de Santa Marta
- Hospital Dona Estefânia
- Hospital Curry Cabral
- Maternidade Dr. Alfredo da Costa

O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) integra numa única organização quatro hospitais centrais: Hospital de S. Marta, EPE (HSM), Hospital de D. Estefânia (HDE), Hospital de S. José (HSJ) e o Hospital de S. António dos Capuchos (HSAC). Desde de 1 de Março de 2012, conforme o DL n.º 44/2012 de 23 de Fevereiro, passou a integrar também o Hospital de Curry Cabral, EPE (HCC) e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC).

²⁴⁵ *Dados relativos a 31 de Março de 2013*

É constituído por hospitais com elevado grau de especialização médica, com grande número de valências, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido por uma longa história de excelência clínica, assumindo-se como instituição fundamental e de referência no panorama dos cuidados de saúde na cidade de Lisboa e em Portugal.

Este Centro Hospitalar assegura cuidados de saúde à população da sua área de influência em diversas especialidades médicas e cirúrgicas, que se distribuem por dois pólos materno-infantil (HDE e MAC), um pólo com vocação cardiovascular (HSM) e três outros com vocação generalista, para adultos (HSJ, HSAC e HCC). Assegura, ainda, uma urgência polivalente de adultos, uma urgência pediátrica e uma urgência obstétrica/ ginecológica.

Em 31 de Dezembro de 2013, o CHLC contava com 7.322 efectivos (médicos e enfermeiros), a prestar serviço em cerca de 100 edifícios, num total de 1.352 camas.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

- Hospital de Egas Moniz
- Hospital de Santa Cruz (localizado no concelho de Oeiras)
- Hospital São Francisco Xavier

No território do município de Lisboa, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) integra os Hospitais de Egas Moniz e de S. Francisco Xavier, o Centro Hospitalar dispõe de todas as valências de cuidados de saúde, beneficiando da reconhecida história de excelência e qualidade assistencial destas unidades hospitalares.

O CHLO desenvolve ainda actividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação

O Hospital de S. Francisco Xavier é um Hospital Geral, Central, onde estão sediadas a Urgência Geral de grau 4, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes.

Em 31 de Agosto de 2013, o CHLO contava com 1.689 efectivos (médicos e enfermeiros), a prestar serviço em diversos edifícios, num total de 787 camas.

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

- Hospital Júlio de Matos

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), criado pela Portaria nº 1373/2007 de 19 de Outubro, integra actualmente apenas o Hospital Júlio de Matos (HJM).

O CHPL é uma instituição emblemática, de referência secundária e terciária, que presta cuidados especializados na área da Psiquiatria e Saúde Mental, sendo a única com essas características em toda a zona de influência das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

É um Centro de referência na resposta especializada e integrada de primeira linha, para uma população, superior a 800 000 habitantes do Distrito de Lisboa e de forma indirecta como resposta supletiva, aos restantes utentes da Região de LVT e do sul do País.

Para além dos cuidados que presta aos doentes em fase aguda de doença, em serviços e unidades especializados de Neuropsiquiatria e Demências, Primeiros Surtos Psicóticos, Programas assertivos para Psicoses (Esquizofrenia e Perturbação Bipolar) e Alcoologia, tem também a seu cargo outros papéis e valências, de que são exemplo a Urgência de Psiquiatria instalada no CHLC, as respostas em Reabilitação com internamento de cerca de 230 doentes de evolução prolongada e programas alargados de terapia ocupacional, com uma extensa rede de ateliês ocupacionais e terapêuticos tais como o teatro, a dança, a pintura e a escultura, a fotografia, a carpintaria, os trabalhos em papel e têxteis, dirigidos a utentes internados e em ambulatório.

A intervenção domiciliária tem sido estruturada e fomentada com o objectivo de prevenir recaídas, estimular a capacidade de autonomia e apoiar os cuidadores; também os dois Fóruns Ocupacionais, situados nos Bairro da Graça e dos Olivais, em Lisboa, dirigidos a utentes internados e em ambulatório, integram a estrutura de respostas reabilitativas.

Na vertente de ambulatório, o CHPL dispõe de um Hospital de Dia, de um Serviço de Psicologia e Psicoterapias, de Unidades de Neuropsicologia, Neurofisiologia, Electroconvulsivoterapia, Patologia Clínica e Radiologia. Em ambulatório, oferece também respostas multidisciplinares dirigidas a pessoas sem-abrigo e refugiadas.

Assegura uma vasta oferta de cuidados de proximidade, através de equipas multidisciplinares que se deslocam diariamente e trabalha em estreita articulação com os Cuidados de Saúde Primários, CPCJ, Segurança Social, Autarquias e outros actores representativos do tecido comunitário.

Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto

O Instituto Gama Pinto é o único Instituto de Oftalmologia público existente no país prestar serviços de saúde de qualidade no âmbito da Oftalmologia, constituindo-se como uma referência técnica e científica nos cuidados que proporciona e nos campos da formação e da investigação

Na vertente cirúrgica, o Instituto promove, essencialmente, a cirurgia de ambulatório, possuindo um bloco operatório e 4 salas cirúrgicas completamente equipadas com microscópios operatórios, equipamentos de facoemulsificação para catarata e lasers cirúrgicos para a retina e para a córnea, entre outros.

A par da assistência médica, o Instituto tem dedicado especial atenção à formação de profissionais e à Investigação & Desenvolvimento, que constituem componentes da sua actividade diária. IOGM está certificado como Centro de Excelência para Ensaios Clínicos, participando em vários protocolos internacionais, multicêntricos, e em diferentes projectos de investigação

Em 31 de Agosto de 2013, o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto contava com 60 efectivos (médicos e enfermeiros), a prestar serviço num só edifício com um total de 14 camas de internamento.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

O Instituto Português de Oncologia de Lisboa, criado em 1923, dedica-se desde essa data à luta organizada contra o Cancro em Portugal e à prestação de cuidados de saúde diferenciados.

O Instituto é um centro oncológico multidisciplinar de referência para a prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, com actividade abrangente nas áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade de cuidados

Em 31 de Junho de 2014, o IPOLFG contava com 687 efectivos (médicos e enfermeiros), possuindo um total de 260 camas.

Acresce ainda que o processo de Reforma Hospitalar, alicerçado nas iniciativas estratégicas constantes do Relatório elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, tem vindo a ser executada ao longo dos últimos dois anos. Entre as medidas previstas encontra -se a revisão das Redes de Referência Hospitalar (RRH)

Cada RRH constitui um sistema integrado, coordenado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico e terapêutica, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de uma determinada especialidade médica.

Actualmente está em curso um processo de criação e revisão das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência, o qual deverá estar concluído até 30 de Junho de 2015, e que no entanto já permitiu a publicação das seguintes novas Redes de Referência:

- Rede de Referência Hospitalar de Dermatologia
- Rede de Referência Hospitalar de Pneumologia
- Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência
- Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência
- Rede de Referência Hospitalar de Otorrinolaringologia
- Rede de Referência Hospitalar de Medicina Nuclear

Estão actualmente em processo de revisão as seguintes Redes de Referência Hospitalar:

- Rede de Referência Hospitalar de Anatomia Patológica
- Rede de Referência Hospitalar de Cirurgia Vascular
- Rede de Referência Hospitalar de Gastrenterologia
- Rede de Referência Hospitalar de Genética Médica
- Rede de Referência Hospitalar de Imunoalergologia
- Rede de Referência Hospitalar de Infecçiology
- Rede de Referência Hospitalar de Intervenção Cardiológica
- Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação
- Rede de Referência Hospitalar de Nefrologia
- Rede de Referência Hospitalar de Neurologia
- Rede de Referência Hospitalar de Oftalmologia
- Rede de Referência Hospitalar de Oncologia
- Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental
- Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia
- Rede de Referência Hospitalar de Transplantação
- Rede de Referência Hospitalar de Urologia

A actual multiplicidade de Redes de Referência, baseadas em patologias ou especialidades médicas, torna complexa a integração de cuidados, principalmente pela dispersão a que obriga tanto os profissionais como os doentes, nomeadamente os portadores de patologias múltiplas.

Para além das redes de referência hospitalar das especialidades médicas acima mencionadas, está também em curso a revisão da Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência

A actual multiplicidade de Redes de Referência, baseadas em patologias ou especialidades médicas, torna complexa a integração de cuidados, principalmente pela dispersão a que obriga tanto os profissionais como os doentes, nomeadamente os portadores de patologias múltiplas.

Para além das redes de referência hospitalar das diferentes especialidades médicas, está também em curso a revisão da Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência

A Rede de Referência de Urgência/Emergência²⁴⁶ estabelece actualmente a existência de uma rede articulada de serviços de urgência com três níveis de hierarquização correspondentes a capacidades diferenciadas de resposta para necessidades:

1.Urgência polivalente

Nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar e dispondo, para além de todos os recursos referidos para o serviço de urgência médico-cirúrgica, de valências mais diferenciadas;

2.Urgência médico-cirúrgica

Nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, como valor indicativo, dentro das áreas de influência/atração respectivas, os trajectos terrestres não excedam 60 minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital;

3.Urgência básica

Nível de acolhimento a situações de urgência, de cariz médico (não cirúrgico, à excepção de pequena cirurgia no SU), naquelas situações em que a acessibilidade em condições normais seja superior a 60 minutos em relação ao serviço de urgência médico-cirúrgico ou polivalente mais próximo.

²⁴⁶ A Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência foi aprovada por Despacho da então Ministra da Saúde, em 14/11/ 2001.

VIII.3.1.5 - Cuidados Continuados Integrados

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

A coordenação da Rede é assumida ao nível nacional e, no plano operativo, aos níveis regional e local. No último nível, esta função é assegurada por Equipas de Coordenação Local (ECL), cujo âmbito territorial coincide com a área de influência dos Centros de saúde. As ECL têm composição multidisciplinar e intersectorial: no mínimo devem possuir 1 médico, 1 enfermeiro e 1 assistente social, em representação da ARS e do Centro Distrital de Segurança Social (CDSS), e sempre que necessário 1 representante da Câmara Municipal²⁴⁷.

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

- UNIDADES DE INTERNAMENTO

unidades de convalescença (UC)

Previsibilidade até 30 dias consecutivos; doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva (ex: pós-operatório, doença crónica descompensada).

unidades de média duração e reabilitação (UMD)

Previsibilidade de 30 a 90 dias por cada admissão; doentes oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados; promoção e treino de funções cognitivas, sensoriais, e motoras, ressocialização e actividades sócio-ocupacionais (ex: AVC, fractura de colo do fémur).

unidades de longa duração e manutenção (ULD)

Previsibilidade superior a 90 dias por cada admissão; cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida (ex: doenças neurodegenerativas).

unidades de cuidados paliativos (UCP)

Acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva (ex: fase terminal de doenças oncológicas).

- UNIDADES DE AMBULATÓRIO

unidade de dia e promoção da autonomia (UDPA)

Cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio.

- EQUIPAS HOSPITALARES

equipas de gestão de altas

Equipas multidisciplinares para assegurar a continuidade de cuidados no processo de reabilitação dos doentes que obtiveram alta.

equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos

Articulação e superintendência de cuidados aos doentes em tratamentos paliativos complexos.

- EQUIPAS DOMICILIÁRIAS

equipas de cuidados continuados integrados (ECCI)

Equipas multidisciplinares, da responsabilidade dos CS/USF e das entidades de apoio social, para pessoas em situação de dependência funcional que não requerem internamento mas que não se podem deslocar do domicílio.

equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos

Equipas multidisciplinares para prestar assessoria específica aos profissionais que prestam serviços domiciliários.

²⁴⁷ Despacho 19 040/2006 de 19 de Setembro

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

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

As restantes 11 localizações integram-se em instrumentos de planeamento ou empreendimentos nos quais deverão vir a ser incluídos alguns dos equipamentos necessários, sem que fosse possível prever um prazo para a sua concretização.

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

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

De acordo com a Carta dos Equipamentos de Saúde, as carências em número de camas/lugares, segundo o tipo de cuidados, era a seguinte em 2009:

Tipo de Unidade	n.º de camas / lugares			Obs.
	existências	necessidades	carências	
Unidade de Convalescença (Residência S. João de Ávila - 25) (Ass. Empreg. do Comércio - 23)	48	263	215	
Unidade de Média Duração (Domus Vida)	22	293	271	camas extintas em 2012
Unidade de Longa Duração (Associação de Paralisia Cerebral)	12	731	719	camas extintas em 2012
Unidade de Promoção de Autonomia	-	219	219	
Unidade de Cuidados Paliativos	-	88	88	existentes 9 camas em 2013
Total	82	1594	1512	

Fonte: Carta de Equipamentos de Saúde - 2009

O prazo para a satisfação da totalidade das carências foi estabelecido pelo Ministério da Saúde, com a designação de Meta 3, correspondendo ao objectivo da satisfação total das carências até 2016. No entanto, em vez de ter havido um cumprimento progressivo da meta estabelecida, a oferta no Concelho de Lisboa diminuiu.

Entre 2009 e 2012 as Unidades de Cuidados Continuados existentes em Lisboa observaram um pequeno incremento em relação ao que se encontra inscrito na Carta de Equipamentos de Saúde aprovada, com a criação de algumas camas que foram entretanto extintas.

Ainda que não se tenham concretizado quaisquer das localizações propostas na Carta de Equipamentos de Saúde, foi criada em Lisboa uma Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos da responsabilidade da Domus Vida (Sociedade Portuguesa de Apoio a Idosos, SA – Grupo José de Mello), embora com apenas 12 lugares, que deixou de existir em Junho de 2012.

Neste mesmo equipamento da Domus Vida, foram igualmente extintas nesta data as camas da Unidade de Internamento de Média Duração que existiam em 2009.

Entretanto a única Unidade de Internamento de Longa Duração existente em 2009 (Associação de Paralisia Cerebral – Unidade Nuno Kruz Abecassis), ainda que destinada exclusivamente a doentes de paralisia cerebral, foi entretanto também extinta em Março de 2012.

Alteração de critérios

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

Rácios		
Tipo de Unidade	n.º de camas por 1000 habitantes com 65+ (*)	
	2009	2013
Unidade de Convalescença	1,8	1,4
Unidade de Média Duração	2	1,6
Unidade de Longa Duração	5	4
Unidade de Promoção de Autonomia	1,5	-
Unidade de Cuidados Paliativos	0,6	0,2

(*) Para facilitar os cálculos, os rácios em cuidados continuados correspondentes ao conjunto das necessidades nos vários escalões etários são estabelecidos em função da população idosa (65 e mais anos)

Considerando os novos rácios, apresentam-se então as carências calculadas para a população correspondente aos Censos de 2011 (130 960 habitantes com 65 e mais anos) e para a mesma população idosa estimada na Carta de Equipamentos de Saúde para 2016 (146 246 habitantes com 65 e mais anos):

Carências – 2011-2016					
Tipo de Unidade	existências	necessidades		carências	
		2011	2016	2011	2016
Unidade de Convalescença (Residência S. João de Ávila - 25) (Ass. Empreg. do Comércio - 22)	47	183	205	136	158
Unidade de Média Duração		210	234	210	234
Unidade de Longa Duração	-	524	585	524	585
Unidade de Promoção de Autonomia	-	196	219	196	219
Unidade de Cuidados Paliativos (Clínica S. João de Deus - 9)	9	26	29	17	20
Total	56	1139	1252	1083	1216

Na sequência da aprovação da Carta de Equipamentos de Saúde, a Câmara envidou esforços para captação de entidades privadas não lucrativas interessadas na construção e gestão de unidades de internamento nas 4 localizações passíveis de construção imediata já referidas.

Mas, apesar dos esforços desenvolvidos, em 2013, a apenas 3 anos da meta estabelecida de 2016 para a satisfação total das carências, apenas 1 processo está em curso, com algumas vicissitudes: Charquinho, entretanto realocado na zona do Rego.

De assinalar que, diferentemente de outras Misericórdias do país, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), uma das entidades com maiores recursos e experiência na área social e de saúde, não dispõe de qualquer unidade de internamento da RNCCI em Lisboa.

Uma hipótese a considerar seria a realização de um aditamento ao Acordo de Cooperação firmado entre a CML e a ARSLVT,, para partilha de responsabilidades com a SCML no desenvolvimento da RNCCI em Lisboa, definindo as condições da sua participação e empenhamento.

Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

Em 5 de Setembro, através da Lei 52/2012, foi aprovada entretanto pela Assembleia da República uma nova Lei de Bases para os Cuidados Paliativos, criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos a serem prestados pelos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, ou por entidades do sector social ou privado, quando a resposta pública se revelar insuficiente (Base VIII, n.º 1).

As Unidades de Cuidados Paliativos já existentes e criadas no âmbito da legislação anterior, bem como outros equipamentos e serviços idênticos, serão integrados na nova Rede Nacional de Cuidados Paliativos (Base XXXIV, n.º 2).

A regulamentação necessária à plena produção de efeitos da nova Lei de Bases será elaborada pelo Ministério da Saúde no prazo de 120 dias após a sua aprovação (Base XXXIV, n.º 1), prazo que terminou a 2 de Janeiro de 2013, entrando a presente Lei de Bases em vigor com o Orçamento do Estado para esse ano (Base XXXV).

Equipas Domiciliárias

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados não integra apenas as Unidades de Promoção de Autonomia e as tipologias de Internamento já referidas (Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, Cuidados Paliativos). Integram ainda a RNCCI as Equipas Hospitalares (Equipas Intra-Hospitalares e Equipas de Gestão de Altas) e as Equipas Domiciliárias (ECCI e ECSCP).

As ECCI, Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados, são equipas multidisciplinares, integradas nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos ACES, como foi já referido. Destinam-se à prestação de cuidados a doentes que apresentem situação clínica que não requeira internamento, mas que não possam deslocar-se de forma autónoma, em que os cuidados possam ser prestados ao domicílio e disponham de condições habitacionais e familiares adequadas.

Dentro das ECCI, as Equipas Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) constituem-se como um núcleo especializado.

As ECCI são equipas da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, existindo actualmente as que se encontram identificadas no quadro seguinte, segundo levantamento da ARSLVT.

Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

ACES	ECL	Centros de Saúde	ECCI	n.º lugares	
1	Lisboa Norte	ECL Lisboa Norte	CS Alvalade	Alvalade	30
			CS Benfica	Benfica	70
			CS Coração de Jesus	Coração de	10
			CS Lumiar	Lumiar	40
			CS Sete Rios	Sete Rios	70
2	Lisboa Central	ECL Lisboa Central	CS Alameda		
			CS Graça		
			CS Lapa	Lapa	15
			CS Luz Soriano		
			CS Marvila		
			CS Penha de França		
			CS Olivais	Olivais	100
CS S. João					
3	Lisboa Ocidental e Oeiras	ECL Lisboa Ocidental e Oeiras	CS São Mamede e Sta. Isabel		
			CS Ajuda		
			CS Alcântara	Consigo	10
			CS Sto. Condestável		
			CS Carnaxide	Carnaxide	25
	CS Oeiras	Saudar	20		

(Fonte: ARSLVT)

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

O respectivo Grupo de Missão, coordenado pela ARSLVT, em que se integram a CML, a Segurança Social e a SCML, encontra-se a estudar a hipótese de complemento da actual estrutura de ECCI com um serviço central de equipas semelhantes para toda a cidade, que assegure em articulação com os ACES, a resposta às necessidades para as quais as ECCI não disponham em cada momento de capacidade.

Para a criação de uma estrutura deste tipo, torna-se necessário encontrar instalações que possam albergar os respectivos serviços administrativos, um espaço polivalente para acolhimento das equipas no seu regresso, o armazenamento de material clínico e de medicamentos, vestiários e parqueamento de viaturas.

Outro projecto a ser desenvolvido é o de formação específica de cuidadores informais, para apoio no domicílio, eventualmente com a colaboração da Juntas de Freguesia, Colectividades locais e outras instituições.

VIII.3.1.6 – Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Desde 2013, a intervenção na área territorial da ARSLVT, no domínio dos problemas dos comportamentos aditivos e das dependências, encontra-se cometida à Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD)²⁴⁸, serviço central da Administração Regional, cuja missão é promover a redução do consumo de substâncias psicoactivas, a prevenção dos comportamentos viciantes e a diminuição das dependências.

²⁴⁸ Portaria n.º 161/2012, de 22 de Maio, alterada pela Portaria n.º 211/2013 de 27 de Junho

Compete à DICAD, a par da prestação de cuidados de saúde nesta área, o desenvolvimento e acompanhamento de projectos e 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), quer através de entidades privadas financiadas²⁴⁹.

Unidades de Intervenção Local (UIL)

As Unidades de Intervenção Local (UIL) são unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção dos comportamentos viciantes e das dependências, responsáveis, dentro do seu âmbito territorial, e de forma articulada, pelas áreas de intervenção da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento, e da reinserção de utentes com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoactivas lícitas ou ilícitas, de acordo com as orientações da DICAD, dividindo-se em:

•Centros de Respostas Integradas (CRI)

Constituídos por Equipas de Tratamento, Equipa de Prevenção, Equipa de Reinserção e Equipa de Redução de Riscos, intervêm na prevenção das toxicodependências e alcoolismo, na prestação de cuidados integrados e globais a doentes toxicodependentes e a doentes com dependência de álcool, segundo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada tipo de situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de danos e reinserção, sendo as estruturas de referência para os Cuidados de Saúde Primários.

•Unidades de Alcoologia (UA)

Prestam cuidados integrados e globais, em regime de ambulatório ou de internamento, a doentes com síndrome de abuso de álcool ou dependência de álcool, segundo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação, assim como de redução de danos e reinserção, apoiando as actividades de intervenção dos CRI na área de alcoologia, enquanto unidades especializadas, de referência, com competências de formação específicas. Nos casos de policonsumo, as Unidades de Alcoologia darão o apoio nas situações em que o álcool for consumo predominante.

•Unidades de Desabilitação (UD)

Realizam o tratamento de síndromes de privação em doentes com policonsumos nas situações em que a/as substâncias ilícitas forem predominantes. Esse tratamento ocorrerá em regime de internamento devendo acautelar outras dimensões, nomeadamente a articulação com outras estruturas de saúde que desenvolvam uma abordagem mais abrangente que contemple a reabilitação e a reinserção.

•Comunidades Terapêuticas (CT)

Prestam cuidados a doentes toxicodependentes e doentes com policonsumos que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, sob supervisão psiquiátrica, tendo em vista a melhor reabilitação e reinserção do doente e ainda a prevenção de recaídas, de modo a permitir o desenvolvimento de projectos de vida responsáveis e responsabilizantes.

Na cidade de Lisboa encontram-se instaladas 4 UIL, assim localizadas:

Centro de Respostas Integradas, CRI de Lisboa Oriental	Rua de Xabregas, 62
Unidade de Alcoologia de Lisboa, UAL	Parque da Saúde, Av. Brasil, 53, Pav. 41
Unidade de Desabilitação, UD Centro das Taipas	Parque da Saúde, Av. Brasil, 53, Pav. 21 B
Comunidade Terapêutica do Restelo, CT	Praça de Diu, 4

VIII.3.1.7 – Unidades de Saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa presta cuidados de saúde à população mais carenciada da cidade de Lisboa, dispendo para o efeito de oito Unidades de Saúde e três Extensões de Saúde dispersas pela cidade, e ainda de duas unidades móveis medicalizadas e de um programa vocacionado para os jovens.

²⁴⁹ Portaria n.º 27/2013, de 24 de Janeiro

Estas respostas de saúde são dadas apenas mediante a emissão de um Cartão de Saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, sendo para o efeito realizada uma avaliação da situação socioeconómica e uma classificação em 4 escalões, sendo que o 1.º escalão permite o acesso gratuito aos serviços de saúde prestados.

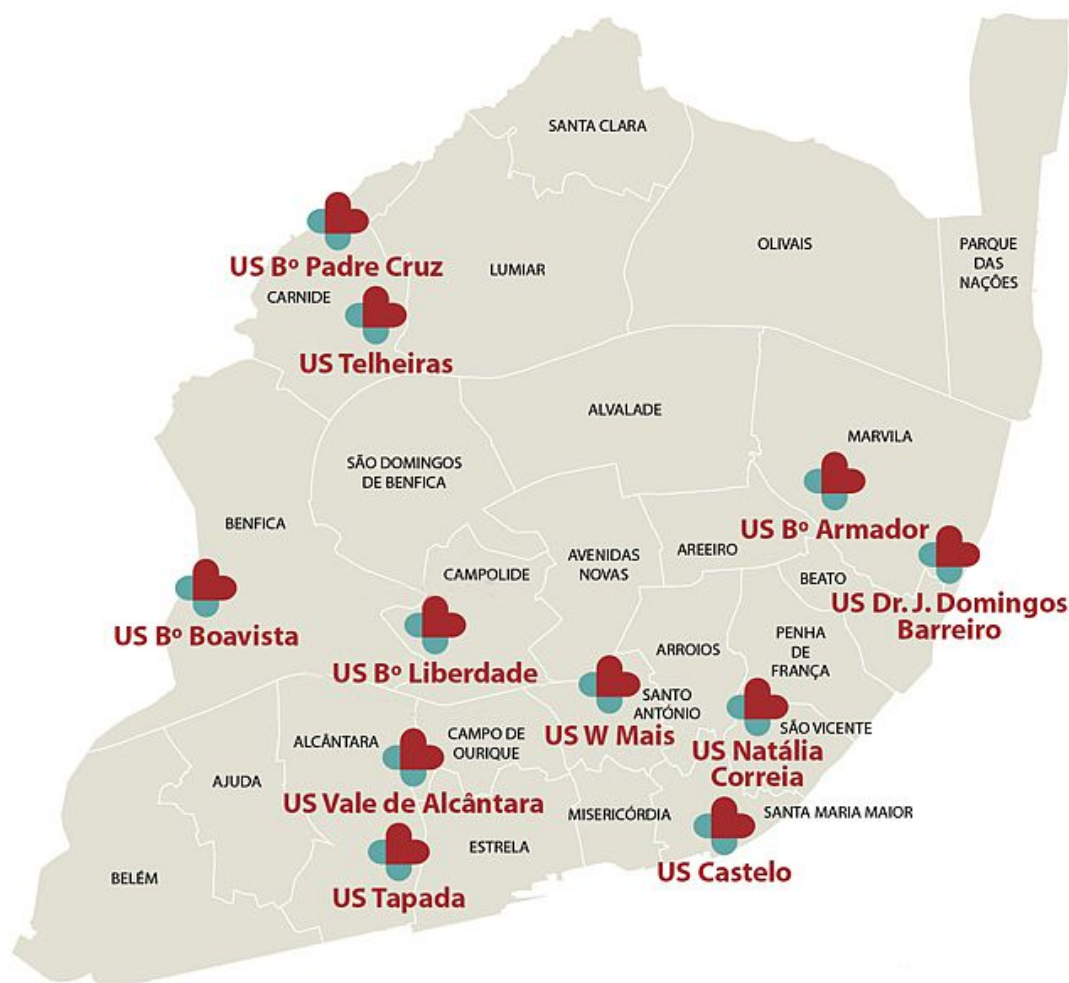
A rede de cuidados de saúde da SCML é composta pelas seguintes unidades:

1. Bairro da Liberdade
2. Bairro da Boavista,
3. Bairro Padre Cruz
4. Castelo
5. Vale de Alcântara,
6. Dr. José Domingos Barreiro
7. Bairro do Armador
8. W Mais

Existem ainda em funcionamento três Extensões de Saúde:

9. Tapada (afecta à Unidade do Vale de Alcântara)
10. Natália Correia (afecta à Unidade do Castelo)
11. Telheiras (afecta à Unidade do Bairro Padre Cruz).

As Unidades e Extensões de Saúde abrangem várias freguesias da cidade de Lisboa e possuem valências diversificadas, essencialmente destinadas às populações mais vulneráveis e de menores recursos, com maior incidência sobre os idosos e às crianças e jovens.



As valências de cuidados de saúde disponibilizadas pela Santa Casa são sobretudo a Saúde Materna, a Saúde Infantil e Juvenil, a Saúde do Adulto/Idoso, a Saúde Mental e as actividades de enfermagem. Para as pessoas com incapacidade total de se deslocar à Unidade de Saúde, os cuidados são prestados no domicílio.

Unidades de Saúde - SCML	Freguesias abrangidas	Valências
1. Bairro da Liberdade	n.d.	<i>Inaugurada em 04-07-2014</i>
2. Bairro da Boavista,	Benfica S. Domingos de Benfica Nossa Senhora de Fátima S. Sebastião da Pedreira	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Infantil e Juvenil • Saúde Adultos/Idosos • Saúde Mental Infantil e Juvenil • Saúde Mental de Adultos • Saúde Materna/Planeamento Familiar/Ginecologia • Apoio Domiciliário
3. Bairro Padre Cruz	Lumiar Carnide Ameixoeira Charneca	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Infantil e Juvenil • Saúde Adultos/Idosos • Saúde Mental Infantil e Juvenil • Saúde Mental de Adultos • Saúde Materna/Planeamento Familiar/Ginecologia • Apoio Domiciliário
4. Castelo	Coração de Jesus Penha de França S. Jorge de Arroios Encarnação Sta. Catarina, Mártires Mercês, Sacramento S. Mamede S. Paulo Socorro Sé Madalena S. Miguel Pena Sta. Justa Sto. Estevão S. José S. Nicolau Castelo Graça Sta. Engrácia S. Cristóvão e S. Lourenço Santiago S. Vicente Anjos	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Infantil e Juvenil • Saúde Adultos/Idosos • Saúde Mental Infantil e Juvenil • Saúde Mental de Adultos • Saúde Materna/Planeamento Familiar/Ginecologia • Apoio Domiciliário
5. Vale de Alcântara	Sta. Isabel Sto. Condestável Santos-o-Velho Alcântara Ajuda Sta. Maria de Belém S. Francisco Xavier Campolide Lapa Prazeres	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Infantil e Juvenil • Saúde Adultos/Idosos • Saúde Mental Infantil e Juvenil • Saúde Mental de Adultos • Saúde Materna/Planeamento Familiar/Ginecologia • Apoio Domiciliário
6. Dr. José Domingos Barreiro	Beato Sta. Maria dos Olivais Marvila (Zonas J, L e I)	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Infantil e Juvenil • Saúde Adultos/Idosos • Saúde Mental Infantil e Juvenil • Saúde Mental de Adultos • Saúde Materna/Planeamento Familiar/Ginecologia • Apoio Domiciliário • Estomatologia • Oftalmologia • Otorrinolaringologia
7. Bairro do Armador	Campo Grande S. João Evangelista Alvalade S. João de Deus Alto do Pina S. João de Brito Marvila (antiga Zona M, N1 e N2)	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Infantil e Juvenil • Saúde Adultos/Idosos • Saúde Mental de Adultos • Saúde Materna/Planeamento Familiar/Ginecologia • Apoio Domiciliário
8. W Mais	Toda a cidade - jovens, dos 12 aos 24 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde dos Adolescentes • Ginecologia e Planeamento Familiar • Saúde Materna • Psicologia

Extensões de Saúde - SCML	Freguesias abrangidas	Valências
1. Tapada	Sta. Isabel Sto. Condestável Santos-o-Velho Alcântara Ajuda Sta. Maria de Belém S. Francisco Xavier Campolide Lapa Prazeres	<ul style="list-style-type: none"> •Saúde Infantil e Juvenil •Saúde Adultos/Idosos
2. Natália Correia	S. Jorge de Arroios Anjos Graça Penha de França	<ul style="list-style-type: none"> •Saúde Adultos/Idosos
3. Telheiras	Lumiar Carnide Ameixoeira Charneca	<ul style="list-style-type: none"> •Saúde Infantil e Juvenil •Saúde Adultos/Idosos •Saúde Mental Infantil e Juvenil •Saúde Mental de Adultos •Saúde Materna/Planeamento Familiar/Ginecologia •Apoio Domiciliário

É também facultado o acesso a consultas de Saúde Materna, Planeamento Familiar, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental, Estomatologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica realizados no âmbito das consultas. Foi ainda criada, recentemente, uma consulta de Nutrição.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa lançou também, em 2012, um programa itinerante intitulado Saúde Mais Próxima, possuindo duas unidades móveis medicalizadas, suportadas por três equipas de enfermeiros, que vão ao encontro das pessoas, convidando-as a realizar rastreios de saúde e a participar em acções de sensibilização e prevenção sobre algumas das patologias que mais afectam a população de Lisboa.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa lançou também, em 2012, o programa itinerante **Saúde Mais Próxima**. O objectivo fundamental desta iniciativa é promover os hábitos de vida saudáveis e a saúde, prevenindo a doença.

Este serviço de saúde é prestado à população através de duas unidades móveis medicalizadas, e uma tenda insuflável com 7 metros de diâmetro, suportadas por três equipas de enfermeiros, que vão ao encontro das pessoas convidando-as a realizar rastreios de saúde e a participar em acções de sensibilização e prevenção sobre algumas das patologias que mais afectam a população de Lisboa.

As unidades móveis da Saúde Mais Próxima percorrem a cidade de Lisboa de 2ª a 6ª feira e encontra-se ainda disponíveis durante o fim-de-semana em jardins e pontualmente em eventos emblemáticos. Para além dos rastreios habituais como o Índice de Massa Corporal, a Tensão Arterial, a Diabetes e o Colesterol, a cada dois meses, há um novo rastreio e sensibilização em torno de uma patologia diferente, com elevada prevalência na população portuguesa.

VIII.3.1.8 – Unidades de saúde privadas

A oferta e prestação de cuidados de saúde em Portugal sofreram grandes alterações ao longo dos 35 anos de SNS, verificando-se um aumento da oferta privada a partir de 2000. As mudanças do SNS levaram ao aparecimento de uma combinação público-privado no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, em alternativa ao encerramento de unidades de saúde públicas ou em consequência do aumento de utentes com seguros de saúde.

Os operadores privados têm apostado cada vez mais no mercado da saúde. A iniciativa privada de prestação de cuidados de saúde desenvolveu-se e aumentou a sua capacidade de prestação de serviços, consolidando a sua posição no sector.

A lei de bases da Saúde instituiu um sistema de cuidados misto com prestadores públicos e privados na prestação de cuidados de saúde, definindo o sistema de saúde como uma rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

Deste modo existe em Lisboa um sector privado com grande relevância na prestação de cuidados de saúde em algumas áreas.

O sector privado na Região da Grande Lisboa concentrava-se em 2005 em torno de cinco operadores principais – José de Mello Saúde, Hospitais Privados de Portugal (HPP), Grupo Português de saúde (GPS) e Grupo Espírito Santo.

Não tendo sido possível recolher informação estatística sobre a produção dos hospitais e clínicas privadas, enumeram-se os equipamentos existentes e o total de camas de internamento oferecidas por estes operadores:

- Grupo José de Mello Saúde
 - Hospital CUF Infante Santo
 - Hospital CUF Descobertas
- Grupo Português de Saúde
 - British Hospital Lisbon XXI,
 - Hospital de São Luís
- HPP Saúde – Hospital dos Lusíadas
- BES Saúde – Hospital da Luz
- Hospital da Cruz Vermelha
- Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Cidade
- Hospital do SAMS
- Hospital de Jesus
- Hospital Saint Louis
- Clínica de Todos os Santos
- Clínica São João de Deus
- Clínica de São Cristóvão
- Grupo Trofa Saúde – Hospital Particular de Lisboa (encerrado actualmente)
- Fundação Champalimaud – Centro Clínico Champalimaud

Em 2000, os hospitais e clínicas com serviço de internamento totalizavam 920 camas de internamento, sendo actualmente a oferta de aproximadamente 1260 camas.

VIII.3.2 - Acesso a cuidados de saúde

O acesso da população a cuidados de saúde de qualidade é hoje em dia, face à evolução das doenças crónicas e aos avanços técnicos na sua prevenção e tratamento (designadamente no que se refere à doença coronária, à hipertensão e à doença oncológica), um importante determinante de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde constitui uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado. O acesso depende da oferta de serviços e da utilização pelo cidadão. Para uma adequada oferta de serviços de saúde, estes devem estar organizados de forma proporcional, necessária e suficiente às necessidades de saúde do cidadão (PNS 2012- 2016).

O acesso adequado resulta de várias dimensões inter-relacionadas como a procura adequada de serviços; a disponibilidade, referida à oferta adequada de cuidados às necessidades da população; a proximidade, refletida pela dispersão geográfica dos serviços; os custos diretos e os custos indiretos, a qualidade, quanto à organização dos serviços e à dimensão técnica e humanização e a aceitação (Furtado C, Pereira J, 2010; PNS 2012-2016).

A monitorização do acesso a cuidados de saúde é fundamental para potenciar a indução de melhores práticas na organização da prestação de cuidados e na resposta do SNS, para a obtenção de ganhos de eficácia e eficiência, mais equidade no acesso a cuidados, maior responsabilização a todos os níveis do sistema de saúde e maior transparência da informação para todas as partes, utentes, profissionais e instituições prestadores de cuidados, entidades pagadoras, cidadãos em geral. A alavanca fundamental deve ser a Qualidade.

A análise do acesso aos cuidados de saúde pode ser feita de múltiplas configurações, neste capítulo optou-se caracterizar o acesso a cuidados de saúde da população da cidade de Lisboa, em duas perspectivas que vão de encontro à prestação de cuidados de saúde de qualidade. A primeira perspectiva consiste na oferta e utilização dos diferentes tipos de cuidados de saúde, e a segunda perspectiva pretende caracterizar o acesso em áreas específicas (figura seguinte).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é estruturado através de:

Oferta e utilização de Cuidados de saúde	Cuidados de saúde primários Cuidados hospitalares Cuidados continuados integrados
Acesso em áreas específicas	Diabetes Doenças cérebro-cardiovasculares Via verde AVC Via verde Coronária Doenças oncológicas Doença mental

VIII.3.2.1 - Oferta, cobertura e utilização de Cuidados de Saúde

VIII.3.2.1.1 - Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde primários constituem cuidados de saúde universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação, a um custo comportável para os países, à medida que estes se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação.

Este tipo de cuidados devem criar um espaço onde as pessoas se possam apresentar com um leque alargado de problemas de saúde, coordenar a navegação dos doentes no sistema de saúde, 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. Essencialmente devem constituir oportunidades para a prevenção da doença e promoção da saúde, bem como para a detecção precoce da doença e não servir apenas para o tratamento das doenças mais comuns.

Os sistemas de saúde baseados em cuidados primários efectivos, com profissionais altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com mais efectividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados 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 (Perfil de Saúde LVT, 2013.)

Na figura pode observar-se a organização dos cuidados de saúde primários no ano de 2012. Denota-se que a Região de Lisboa e Vale do Tejo constituía a segunda região com maior nº de ACES, UCC, UCSP e USF.

Organização dos cuidados de saúde primários em 2012, por região de saúde

2012	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Continente
Número de ACES	24	9	15	4	3	55
Número de UCC	84	21	64	29	11	209
Número de UCSP	210	122	154	45	90	621
Número de USF modelo A	91	23	63	12	6	195
Número de USF modelo B	95	14	48	2	3	162

Fonte: Relatório do Acesso a Cuidados de Saúde, 2012.

Em Dezembro de 2012, encontravam-se em actividade 357 USF que abrangiam 4 409 931 utentes. Relativamente ao número de inscritos nos CSP sem médico de família, o relatório de acesso a cuidados de saúde apontava para 4,9% dos inscritos residentes sem médico de família.

Organização dos cuidados de saúde primários em 2012, por Unidade Funcional

2012	Nº UF	Nº Inscritos	% Inscritos	Com Médico	% Inscritos c/ MF	Sem Médico	% Inscritos s/ MF
UCSP	465	6.737.537	60	5.03.219	75,7	1.634.318	24,3
USF A	195	2.159.837	19	2.136.357	98,9	23.480	1,1
USF B	162	2.250.094	20	2.247.283	99,9	2.811	0,1
USF	357	4.409.931	40	4.383.640	99,4	26.291	0,6
Total	822	11.147.468	100	9.486.859	85,1	1.660.609	14,9
		Residentes					
		9.976.649		9.486.859		489.790	4,9
UCC	209						

Fonte: Relatório do Acesso a Cuidados de Saúde, 2012

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

Taxa de cobertura da população nos Cuidados de Saúde Primários por residência, 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 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.

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

Região / ACES ⁹⁰	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

O ano de 2012 apresentou um crescimento do número de utilizadores de consultas médicas em mais 311 977 utilizadores. Apesar do aumento da procura/acesso a este nível de cuidados, verifica-se uma redução de consultas médicas em menos 4,7%, resultando numa ligeira redução de 0,1 consultas por utente: 3,05 *per capita* em 2011 *versus* 2,92 *per capita* 2012. Assim, importa compreender os motivos desta redução de consultas médicas.

Utilização de consultas médicas nos cuidados de saúde primários 2011-2012

	2011	2012	Var.	Var.%
Utilizadores de consultas médicas	6.730.587	7.042.564	311.977	4,6%
Consultas médicas	30.623.795	29.176.913	-1.446.882	-4,7%
Consultas médicas presenciais	22.758.433	20.999.463	-1.758.970	-7,7%
Consultas médicas não presenciais	7.672.215	7.980.729	308.514	4,0%
Consultas médicas domiciliárias	193.147	196.721	3.574	1,9%

Fonte: ACSS – SIM@SNS

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

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

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

Taxa de utilização das consultas dos Cuidados de Saúde Primários da população inscrita, 2012

Região / ACES	Inscritos (31/12/2012)	Total de consultas (2012)	1 ^{as} consultas (2012)	Consultas seguintes (2012)	Taxa de utilização	N ^o 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

O ACES Lisboa central analisou o acesso da população idosa, infantil e jovem, constatando que cerca de 20% dos idosos, crianças e jovens não foram a nenhuma consulta em 2012.

Relativamente à afectação de recursos humanos, nomeadamente de profissionais de saúde, o quadro seguinte apresenta a sua distribuição pelos três ACES.

Profissionais	Agrupamento de Centros de Saúde		
	Norte	Central	Ocidental e Oeiras
Medicina Geral e Familiar	125	135	112
Médicos Saúde Pública	9	7	6
Internos e Assistentes	42	26	64
Enfermeiros	135	132	139
Outros profissionais	180	239	146
TOTAL	491	539	467

Fonte: ACES Lisboa Norte, ACES Lisboa Central, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Acesso população idosa – Nº de consultas realizadas a idosos e utilização por Centro de Saúde, 2012

ACES Lisboa Central	Total Consultas	1 ^{as} Consultas	Seguintes
	249.160	58.036	191.124
	Inscritos >65 anos*	Taxa de utilização	Nº médio de consultas/utilizador
CS Alameda	9.574	81,7	4,2
CS Graça	5.966	90,7	4,4
CS Lapa	5.006	99,3	5,1
CS Luz Soriano	3.462	90,2	4,4
CS Marvila	6.908	89,2	4,7
CS Olivais	10.298	89,8	5,1
CS Penha de França	6.841	118,5	3,8
CS São João	7.832	111,4	3,6
CS São Mamede e Santa Isabel	3.514	126,5	3,6
	(frequentadores)	59.401	97,7
Total ACES	(não frequentadores)	14.747 (20%)	4,3
	(todos os inscritos)	74.148	78,3

Fonte: perfil ACES central, 2013/Base de Dados MIM@UF; * Inscritos frequentadores

Acesso crianças e jovens – Nº de consultas realizadas na área clínica de saúde infantil e utilização por Centro de Saúde, 2012

ACES Lisboa Central	Total Consultas	1 ^{as} Consultas	Seguintes
	47.550	21.007	26.543
	Inscritos <18 anos*	Taxa de utilização	Nº médio de consultas/utilizador
CS Alameda	7.070	35,0	2,2
CS Graça	4.205	49,6	2,3
CS Lapa	4.727	47,6	2,4
CS Luz Soriano	2.512	37,2	2,0
CS Marvila	7.699	63,0	2,6
CS Olivais	8.890	38,6	2,1
CS Penha de França	4.444	52,5	2,1
CS São João	5.008	52,9	2,0
CS São Mamede e Santa Isabel	2.948	54,8	2,1
	(frequentadores)	47.503	42,2
Total ACES	(n frequentadores)	8.460 (18%)	2,3
	(todos os inscritos)	55.963	37,5

Fonte: perfil ACES central, 2013/Base de Dados MIM@UF; * Inscritos frequentadores

VIII.3.2.1.2 - Cuidados de Saúde Hospitalares

Em Portugal, existem, essencialmente, duas portas de entrada para os cuidados hospitalares, o serviço de urgência e as consultas externas. A dificuldade no acesso aos cuidados de saúde baseia-se, principalmente, na desigual distribuição de recursos humanos, no baixo nível de recursos da população, nos reduzidos níveis de educação e qualificação e na dificuldade do acesso à informação e, por último, nas barreiras do acesso à medicina familiar e à provisão limitada de cuidados de saúde domiciliários (Sakellarides *et al.*, 2004 e OPSS, 2001), o que faz com que os doentes recorram ao serviço de urgência inadequadamente, prejudicando o acesso daqueles que realmente dele necessitam (análise especializada cuidados hospitalares)

Distribuição do Parque Hospitalar por tipo e por ARS, 30.06.2011 (Quantidade e %)

Regiões de saúde	Tipo de Unidade Hospitalar						Total	% Rel.
	Hospitais SPA	Hospitais EPE				Hospitais PPP		
		CH	H ^(a)	ULS	Subtotal			
ARS Norte		9	3	3	15	1	16	30%
ARS Centro	4	5	2	2	9		13	25%
ARS LVT	5	8	5		11	2	22	34%
ARS Alentejo			2	2	4		4	8%
ARS Algarve		1	1		2		2	4%
Total	9	23	13	7	41	3	57	100%

(a) Inclui IPO

Fonte: Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011 / ACSS, Contributos para a Reforma Hospitalar da Unidade Operacional de Investimentos, Outubro 2011

Na sua totalidade os hospitais portugueses, na esfera do SNS, são responsáveis por um parque directo de 23 085 camas, em que as regiões de maior concentração populacional (Norte e Lisboa e Vale do Tejo) representam cerca de 70%, no seu conjunto.

Distribuição das Camas Hospitalares por ARS, 2009 (Quantidade e %)

Regiões de Saúde	% Relativa da População	Nº de Camas (2009)	% Rel Camas	Distribuição de Camas/100.000 Hab
ARS Norte	36%	7.499	32%	205
ARS Centro	18%	5.187	22%	294
ARS LVT	37%	8.601	37%	234
ARS Alentejo	5%	992	4%	194
ARS Algarve	4%	806	3%	179
Total	100%	23.085	100%	μ=229

Fonte: Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011 / ACSS, Contributos para a Reforma Hospitalar da Unidade Operacional de Investimentos, Outubro 2011

Em 2012 foram realizadas 934.653 consultas referenciadas pelo médico de família através da Consulta a tempo e horas (CTH), entre as quais 277.437 são referentes à região de Lisboa e Vale do Tejo, apresentado um tempo médio de resposta ao pedido de consulta de 107.2 dias até à realização da primeira consulta. No que diz respeito ao grau de prioridade atribuído na triagem, observa-se que 45% das consultas consideradas muito prioritárias são feitas fora do tempo médio de espera garantido. (> 150dias)

Tempo médio de resposta e mediana do tempo decorrido até à realização da primeira consulta em 2011 e 2012 (consultas realizadas)

Destino de pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)		Mediana do tempo até à realização da primeira consulta (dias)	
	2011	2012	2011	2012
H ARS Norte	145,9	125,7	94,8	85,0
H ARS Centro	126,7	130,4	78,1	79,5
H ARS LVT	115,8	107,2	70,0	68,8
H ARS Alentejo	141,5	158,3	65,0	75,0
H ARS Algarve	197,7	202,2	110,9	111,8
Entidades não SNS	58,8	115,6	48,0	99,4
Total	129,9	122,9	80,0	81,2

Fonte: ACSS-CTH

**Número de consultas realizadas e cumprimento de TMRG,
segundo a prioridade na triagem e o destino dos pedidos, 2012**

Destino do pedido	Nível de prioridade atribuída na triagem	Consultas realizadas						Total
		Dentro TMRG	% dentro TMRG	Fora TMRG	TR> 150 dias	% TR> 150 dias	% TR> 150 dias	
H ARS Norte	Muito prioritário	3 774	68%	1 773	32%	244	4%	5.547
	Prioritário	23 012	73%	8 407	27%	2 018	6%	31 419
	Normal	237 414	70%	103 214	30%	103 214	30%	340.628
	Total	264.200	70%	113.394	30%	105.476	28%	377.594
H ARS Centro	Muito prioritário	1 530	51%	1 475	49%	162	5%	3 005
	Prioritário	10 991	73%	4 041	27%	1 499	10%	15.032
	Normal	90 459	72%	35 927	28%	35 927	28%	126.386
	Total	102.980	71%	41.443	29%	37.588	26%	144.423
H ARS LVT	Muito prioritário	9 318	55%	7.702	45%	422	2%	17 020
	Prioritário	29 800	63%	17 670	37%	3 743	8%	47 470
	Normal	156 674	74%	56 273	26%	56 273	26%	212 947
	Total	195.792	71%	81.645	29%	60.438	22%	277.437
H ARS Alentejo	Muito prioritário	478	61%	307	39%	51	6%	785
	Prioritário	2 393	68%	1 149	32%	299	8%	3 542
	Normal	18 846	66%	9 607	34%	9 607	34%	28 453
	Total	21.717	66%	11.063	34%	9.957	30%	32.780
H ARS Algarve	Muito prioritário	302	35%	566	65%	223	26%	868
	Prioritário	1 640	49%	1 718	51%	976	29%	3.358
	Normal	10 767	66%	5 523	34%	5 523	34%	16 290
	Total	12.709	62%	7.807	38%	6.722	33%	20.516
Entidades não SNS	Muito prioritário	1 111	39%	1 728	61%	743	26%	2 839
	Prioritário	5 088	58%	3 633	42%	1 784	20%	8 721
	Normal	53 374	76%	16 969	24%	16 969	24%	70 343
	Total	59.573	73%	22.330	27%	19.496	24%	81.903
TOTAL	Muito prioritário	16 513	55%	13 551	45%	1 845	6%	30 064
	Prioritário	72 924	67%	36 618	33%	10 319	9%	109 542
	Normal	567 534	71%	227 513	29%	227 513	29%	795 047
	Total	656.971	70%	277.682	30%	239.677	26%	934.653

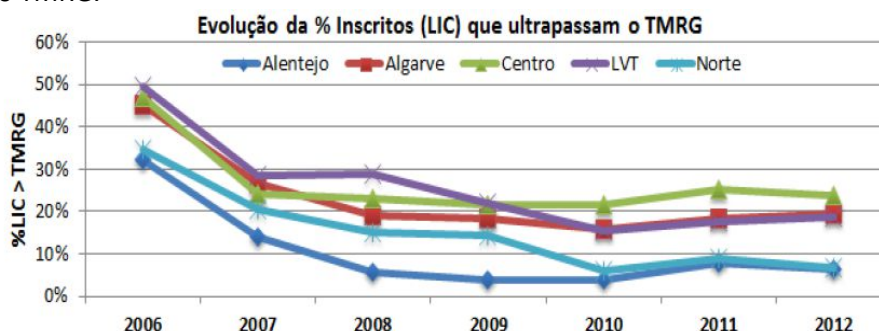
Fonte: ACSS-CTH

Cirurgias programadas

Um indicador importante de qualidade é a percentagem de inscritos que ultrapassaram os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para as respectivas prioridades. Este indicador tinha vindo a melhorar desde 2006, apresentando em 2011 um aumento significativo.

Em 2012, verificou-se nova redução de 4,4%, em relação a 2011, mas o que sobressai genericamente da análise do gráfico seguinte é que entre 2006 e 2012 existiu uma melhoria significativa na redução do número de episódios em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), que representa o acumulado de episódios a aguardar cirurgia, que ultrapassavam os TMRG (relatório de acesso).

Apesar da percentagem de inscritos para cirurgia que ultrapassam o tempo médio de resposta garantida ter vindo a decrescer, na região de LVT consta-se que cerca de 20% de doentes ultrapassam o TMRG.



VIII.3.2.1.3 - Cuidados Continuados Integrados

Conforme o sub-Capítulo VIII.3.1.5, a Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) está presente em todo o território continental, com as tipologias de cuidados domiciliários e de internamento, e inclui instituições públicas, assim como privadas e do sector social com as quais as ARS contratualizam a prestação de serviços, assegurando cuidados integrados no domínio da saúde e da acção social a pessoas em situação de dependência ou perda de autonomia cuja situação não exige internamento hospitalar mas requer internamento com um tipo de abordagem e orientação.

Estão disponíveis diversas tipologias de resposta: unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção, unidades de cuidados paliativos, unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas domiciliárias.

A população com idade igual ou superior a 65 anos é aquela que apresenta maiores necessidades e que utiliza mais a RNCCI, pelo que se utiliza este número como um *proxy* do grupo alvo, apesar de todos os grupos serem potenciais beneficiários da RNCCI.

Percentagem de utentes assistidos em relação à população com idade > 65 anos nas diferentes regiões, 2012

Região	Nº habitantes com 65 e mais anos	Assistidos em 2012	%
Norte	634 756	15 379	2,4
Centro	395 294	7 885	2,0
LVT	702 070	7 633	1,1
Alentejo	129 033	4 286	3,3
Algarve	88 404	4 480	5,1
TOTAL	1 949 557	39 663	2,0

Fonte: UMCCI, Relatório da RNCCI 2012

O Algarve é a região que maior % de utentes assistiu – 5,1% - em relação à população com idade superior a 65 anos, cerca de 2,5 vezes mais em relação à média nacional. O Alentejo foi a 2ª região, com 3,3% da população assistida, e a região de LVT tem a menor capacidade de resposta, cerca de 1%, de acordo com a mais baixa cobertura populacional das respostas da RNCCI que esta região apresenta.

Analisando a evolução do número de camas contratadas a nível regional, verificamos que a evolução foi mais acentuada na ARS Alentejo, onde o número de lugares de internamento da RNCCI cresceu 16%, conforme se constata no quadro seguinte.

Evolução do nº de camas do RNCCI, por tipologia de internamento e Região de Saúde

Tipologia de internamento	Norte		Centro		LVT		Alentejo		Algarve		Total	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Unidades de convalescença	332	313	202	202	157	157	135	135	80	60	906	867
Unidades de média duração e reabilitação	518	552	581	597	385	408	159	159	104	104	1747	1820
Unidades de longa duração e reabilitação	891	965	779	822	571	634	292	391	219	219	2752	3031
Unidades de cuidados paliativos	43	53	45	45	75	68	17	17	10	10	190	193
Total	1.784	1.883	1.607	1.666	1.188	1.267	603	702	413	393	5.595	5.911

Fonte: UMCCI, Relatório da RNCCI 2012

Quanto à cobertura populacional, na Região de Lisboa e Vale do Tejo verifica-se a menor cobertura nacional em todas as tipologias, excepto em unidades de cuidados paliativos, e também a menor cobertura global, evidenciando a necessidade de mais respostas.

No sub-Capítulo VIII.3.1.5, encontram-se explicitadas as carências em número de camas/lugares por tipologia no concelho de Lisboa.

No que diz respeito à referenciação de utentes, constata-se uma estabilização de 2011 para 2012, salientando-se que a referenciação proveniente dos hospitais é o dobro da referenciação de utentes provenientes dos Cuidados de Saúde Primários.

Por regiões de saúde, a ARS Norte é responsável por cerca de um terço do total de referenciações de utentes para a RNCCI.

Nº de utentes referenciados para RNCCI, por tipo de instituição de origem no SNS, 2010 a 2012

Região	Referenciação por centros de saúde			Referenciação por Hospitais			Total		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Norte	1.738	2.893	3.110	6.576	8.531	9.220	8.314	11.424	12.330
Centro	2.206	2.522	2.441	3.146	3.683	3.654	5.352	6.205	6.095
LVT	1.569	2.434	2.383	3.922	4.413	3.576	5.491	6.847	5.959
Alentejo	1.172	1.455	1.424	1.533	1.678	1.509	2.705	3.133	2.933
Algarve	460	807	1.081	1.682	1.687	1.392	2.142	2.494	2.473
Total	7.145	10.111	10.439	16.859	19.992	19.351	24.004	30.103	29.790

Fonte: UMCCI, Relatório da RNCCI 2012

No que diz respeito ao tempo de espera, a 30/6/2012 existiam 1 010 utentes em espera, o que representa um acréscimo de 46% em relação ao final de 2011.

Utentes que aguardam vaga a 30-06-2012

UC	Aguardam vaga	% utentes em espera
Norte	17	10%
Centro	18	11%
LVT	75	46%
Alentejo	48	29%
Algarve	5	3%
Total	163	

UMDR	Aguardam vaga	% utentes em espera
Norte	58	12%
Centro	104	21%
LVT	292	58%
Alentejo	41	8%
Algarve	6	1%
Total	501	

ULDM	Aguardam vaga	% utentes em espera
Norte	57	10%
Centro	125	22%
LVT	255	46%
Alentejo	90	16%
Algarve	31	6%
Total	558	

UCP	Aguardam vaga	% utentes em espera
Norte	3	2%
Centro	5	4%
LVT	107	88%
Alentejo	5	4%
Algarve	1	1%
Total	121	

ECCI	Aguardam vaga	% utentes em espera
Norte	11	35%
Centro	0	0%
LVT	13	42%
Alentejo	5	16%
Algarve	2	6%
Total	31	

TOTAL	Aguardam vaga	% utentes em espera
Norte	53	5%
Centro	185	18%
LVT	580	57%
Alentejo	173	17%
Algarve	19	2%
Total	1 010	

	2011	2012
Aguardam vaga	691	1 010
Acréscimo		46%

Fonte: UMCCI, Relatório da RNCCI, 2012.

**Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Tempo médio de espera para internamento,
Tempo médio de Internamento e Taxa de Ocupação**

	Tempo médio de espera (dias)	Tempo médio de internamento (dias)	Taxa de ocupação (%)
ECCI1	2,08	111	100
ECCI2	1,69	23	86,6
ACES Lisboa Central	1,89	67	93,3

Fonte: Equipa Coordenadora Local do ACES Lisboa Central (Setembro, 2013)

VIII.3.2.2 - Acesso em Áreas Específicas

VIII.3.2.2.1 - Diabetes

Sendo esta uma doença com várias complicações associadas, nomeadamente doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia, amputação e retinopatia, um dos objectivos do acompanhamento destes doentes é, efectivamente, a prevenção das complicações. A persistência de um nível elevado de glicose no sangue, 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.

Utentes com Diabetes com Consulta Registada nos Cuidados de Saúde Primários do SNS – 2012

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	SNS
UCSP	77,2%	79,7%	72,5%	82,2%	74,1%	76,6%
USF	91,0%	82,6%	87,2%	91,5%	84,3%	88,8%
SNS	84,6%	80,3%	78,8%	84,8%	76,9%	81,6%

Fonte: SPMS-SIM@SNS, 2012; Tratamento OND

Número Médio de Consultas de Diabetes por Utente com Diabetes (com Consulta Registada) nos Cuidados de Saúde Primários do SNS – 2012

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	SNS
UCSP	3,2	3,5	2,5	3,5	2,6	3,1
USF	3,8	5,1	6,2	4,0	6,8	4,8
SNS	3,5	3,9	4,2	3,6	3,9	3,8

Fonte: SPMS-SIM@SNS, 2012; Tratamento OND

Taxa de Cobertura da Vigilância Médica das Pessoas com Diabetes (2 e + consultas) nos Cuidados de Saúde Primários do SNS – 2012

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	SNS
UCSP	78,8%	82,9%	64,2%	81,6%	64,9%	75,1%
USF	91,1%	89,3%	88,5%	90,2%	89,1%	90,0%
SNS	85,9%	84,3%	75,7%	84,2%	72,1%	81,9%

Fonte: SPMS - SIM@SNS, 2012; Tratamento OND

Retinografias realizadas no âmbito dos Programas de Rastreio da Retinopatia Diabética

ARS	Retinografias realizadas				Pessoas identificadas para tratamento em 2012(*)	
	2009	2010	2011	2012	N.º	%
ARS Norte	791	8 839	39 006	49 354	1 816	3,7%
ARS Centro	14 766	15 271	15 258	18 496	770	4,2%
ARS LVT	3 131	13 86	23 221	24 819	2 658	10,7%
ARS Alentejo	n.d.	2 761	2 872	2 512	35	1,4%
ARS Algarve	10 907	9 395	13 580	7 937	736	9,3%
Total	29 595	50 133	94 151	103 118	6 015	5,8%

Fonte: Diabetes: factos e números, 2013.

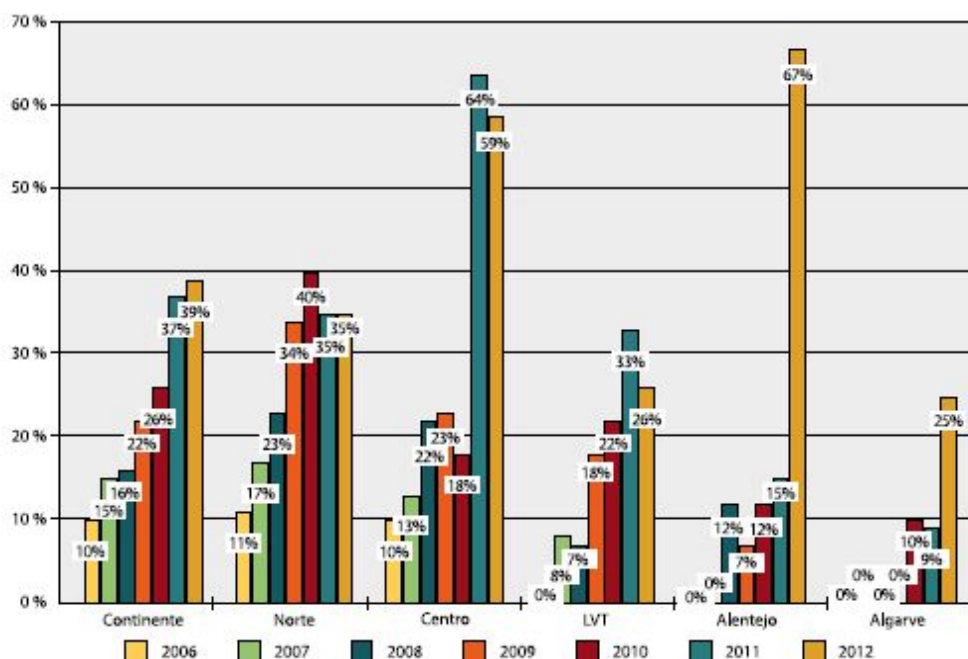
VIII.3.2.2.2 - Doenças cérebro-cardiovasculares

Sendo esta uma doença crónica, não existindo por isso cura, o principal objectivo do tratamento do doente hipertenso é obter a longo prazo a máxima redução da morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal. Sendo esta uma das principais áreas de acompanhamento nos CSP, à semelhança da Diabetes, existem já uma série de indicadores relacionados com a hipertensão arterial, actualmente acompanhados.

VIII.3.2.2.2.1 - Via verde AVC

Em 2012, a nível nacional 39% das admissões nas unidades de AVC, foram através das vias verdes. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, somente 26% das admissões nas unidades de AVC, foram através das vias verdes. As vantagens do funcionamento de unidades especializadas são decisivas: permitem desenvolver protocolos e aplicar rotinas com impacto, não só na mortalidade cerebrovascular, mas também na limitação das sequelas mentais e motoras (doenças cerebrovasculares em números, 2013).

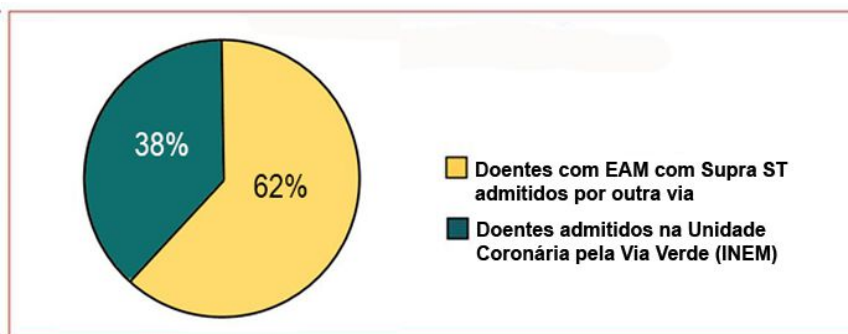
Percentagem de admissões através das Vias Verdes no total de admissões nas Unidades de AVC (U-AVC), por Região de Saúde, 2006-2012



Fonte: Doenças cérebro-cardiovasculares em números, 2013 /PNDCV – Inquérito às Unidades de saúde, 2013.

VIII.3.2.2.2 - Via verde coronária

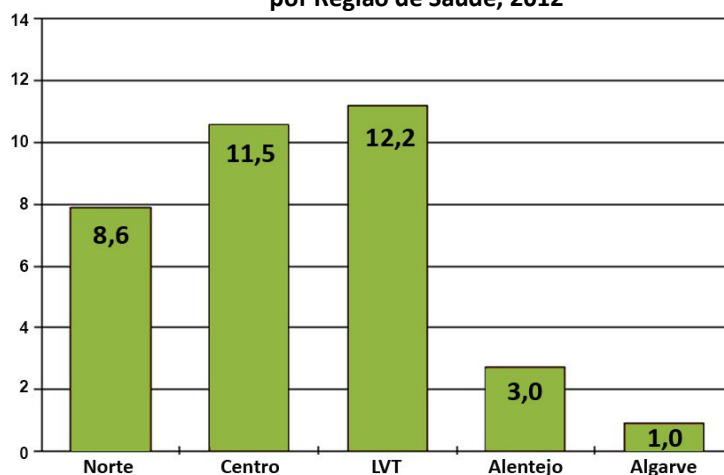
Doentes admitidos com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com Supra ST, Portugal, 2012



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde, 2013

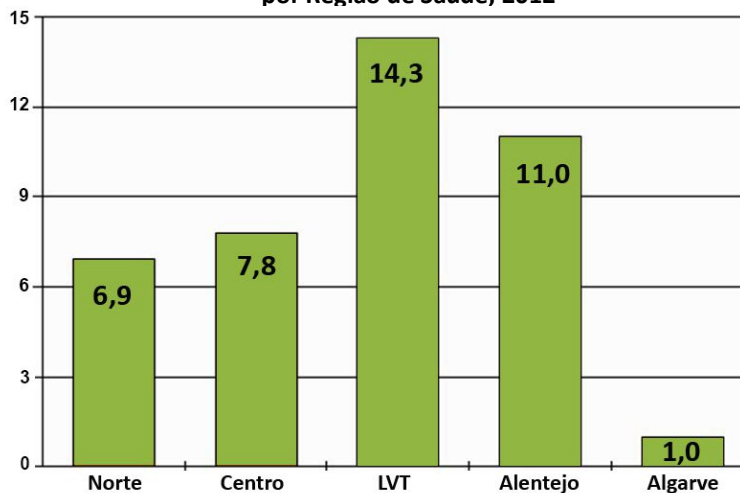
O aumento do número de admissões através da Via verde Coronária tem sido lento e não proporcional ao incremento, mais rápido, da utilização da angioplastia primária como terapêutica de reperfusão preferencial no enfarte agudo do miocárdio. Os dados apresentados sublinham o espaço de progressão nesta área, em que as melhores práticas se situam na região do Algarve onde mais de 70% dos casos de enfarte agudo do miocárdio são encaminhados através da Via Verde.

Tempo Médio de Espera após indicação para Coronariografia (dias) por Região de Saúde, 2012



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde, 2013

Tempo Médio de Espera após indicação para implantação de Pacing definitivo (dias) por Região de Saúde, 2012



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde, 2013

VIII.3.2.3 - Doenças Oncológicas

Rastreios Oncológicos de base populacional

A cobertura geográfica não aumentou, nos últimos anos, tanto como inicialmente previsto. A região de LVT tem lacunas graves na área dos rastreios oncológicos. Com a publicação do Despacho 4803/2013 do SEAMS, os programas de rastreio de base populacional das patologias oncológicas (côlon e recto, colo do útero e mama) serão monitorizados periodicamente.

A uniformização dos indicadores a monitorizar (iguais para todas as ARS) e o acompanhamento da sua evolução vão permitir acompanhar em tempo real a situação ao nível nacional.

Apresentam-se em seguida os dados da cobertura geográfica dos 3 rastreios de base populacional, por região de saúde.

Cobertura Geográfica dos Rastreios Oncológicos de Base Populacional por ARS (%) em 2012

Rastreio	ARS Norte	ARS Centro	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Cancro da Mama	73	100	Residual	100	100
Cancro Colo Útero	47	100	Residual	100	81
Cancro Cólon e Recto	0	Piloto	0	Residual	0

Fonte: ARS / Doenças oncológicas em números, 2013.

Não invalidando a relevância dos rastreios de base populacional, a nível dos cuidados de saúde personalizados deve ser promovida a detecção precoce do cancro. A evidência científica actual é consensual sobre a utilidade de programas de detecção precoce do cancro em três áreas: mama, colo do útero e cólon e recto.

Nesse sentido, e dado que nas Unidades Prestadoras de Cuidados Personalizados (USF e UCSP) existe já um acompanhamento das duas primeiras áreas através de dois indicadores, 1) percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos e 2) percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos), optou-se pela área do cancro do cólon e recto para a contratualização no âmbito dos ACES tendo sido seleccionado o indicador percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal (Relatório ACSS-ACES, análise da actividade realizada, 2010).

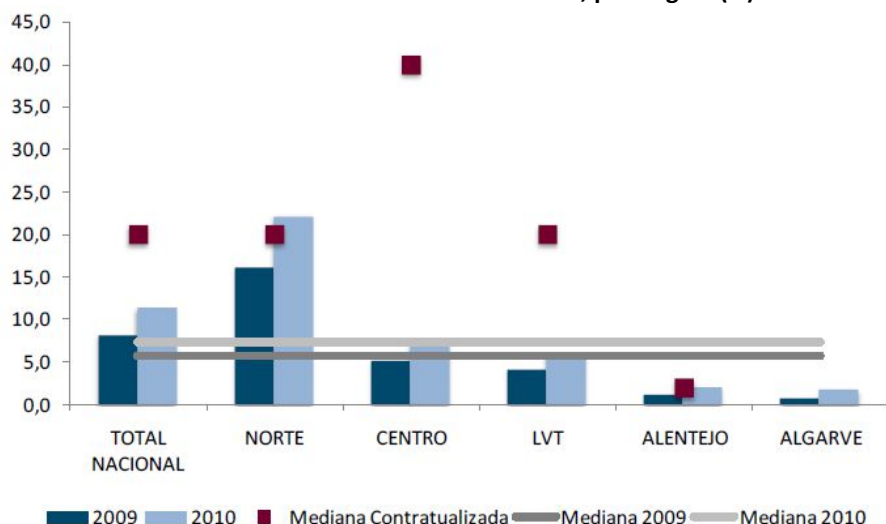
O tratamento do cancro colo-rectal tem uma probabilidade de sucesso mais elevada quando a doença é detectada precocemente.

Considera-se assim essencial que todos os utentes entre os 50 e os 74 anos efectuem uma pesquisa de sangue oculto nas fezes de dois em dois anos ou uma colonoscopia de 5 em 5 anos, critério alterado no último ano. Em 2010, o indicador teve por base a leitura de qualquer um dos dois exames referidos, nos dois últimos anos.

Sendo uma área muito fragilizada, os valores regionais estão muito aquém do que seria desejável. No entanto constata-se que a região Norte se destaca das restantes regiões apresentando os melhores resultados (22,1%).

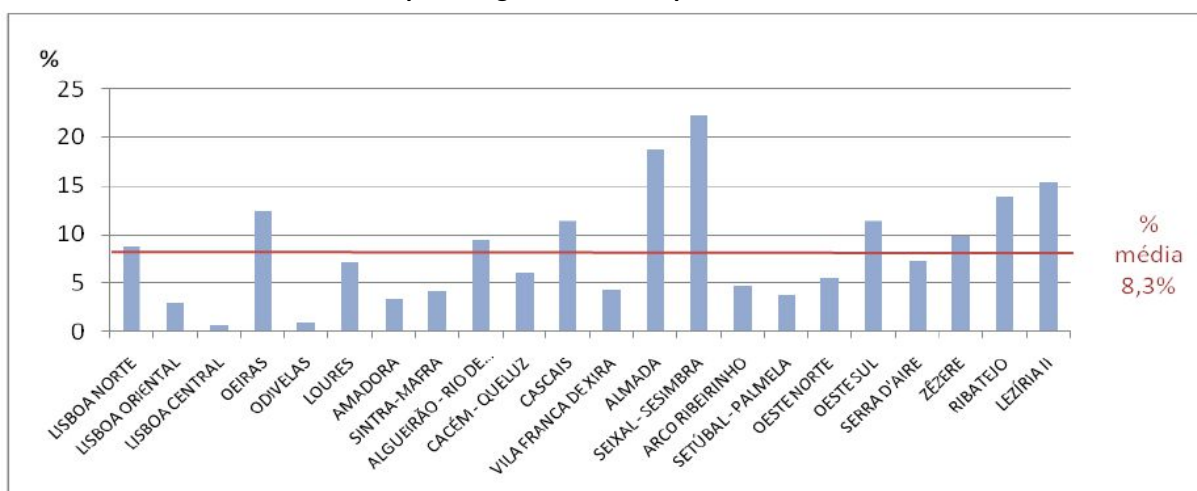
No extremo oposto temos as regiões do Alentejo e Algarve com resultados a situarem-se nos 2,1% e 1,8%, respectivamente. (ACSS-ACES - Relatório de Actividade Assistencial, 2013)

Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado, por Região (%)



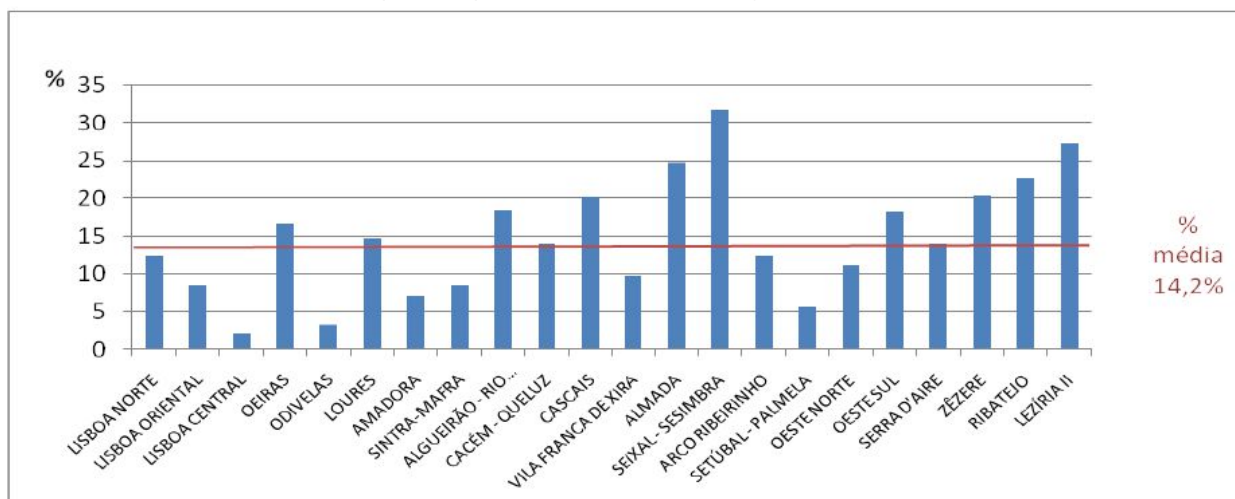
Fonte: Relatório ACSS - ACES, análise da actividade realizada, 2010

Percentagem de mulheres de 25-64 anos com Colpocitologia actualizada, por ACES, 2009



Fonte: Relatório ACSS - ACES, análise da actividade realizada, 2010

Percentagem de mulheres de 50-69 anos com Mamografia regular nos últimos 2 anos, por ACES, 2009



Fonte: Relatório ACSS - ACES, análise da actividade realizada, 2010

VIII.3.2.4 - Saúde Mental

A questão do acesso aos cuidados de saúde mental tem sido uma das áreas mais aprofundadas nos últimos anos, estando já identificados vários dos seus determinantes:

- estigma e desconhecimento face à doença mental,
- escassez de recursos humanos e estruturais,
- baixa prioridade em termos de opção política,
- orçamento desproporcionadamente baixo para a carga das doenças implicadas,
- organização deficiente dos serviços de psiquiatria, em particular quando se verifica concentração em grandes instituições centralizadas e
- pouca articulação com os cuidados de saúde primários²⁵⁰.

Com a publicação da Lei de Saúde Mental em vigor (Lei 36/98 de 24 de Julho) e entretanto com o desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, verificou-se uma alteração do modelo assistencial de referência.

Do modelo anteriormente centrado nos hospitais psiquiátricos passou-se para o comunitário, baseado em departamentos ou serviços de saúde mental de hospitais gerais, sucessores dos 20 Centros de Saúde Mental (CSM) criados sob a égide da Lei 2118/63 de 3 de Abril.

Distribuição dos Departamentos, Serviços e Equipas Comunitárias de Adultos nos Hospitais do SNS, por ARS, 2012

Capacidade Instalada Saúde Mental Adultos do SNS							
	Hospitais Psiquiátricos/ Equipas Comunitárias	Departamento ou Serviço de Psiquiatria		Totais de Departamentos e Serviços	Psiquiatria no Serviço de Urgências		
		Com Internamento	Sem Internamento		24h	Diurnas	
Norte	1	10	3	14	2	3	
Centro	1/3	7	0	8	1		
LVT	1/5	12	0	13	2	7	
Alentejo	0	3	1	4	2		
Algarve	0	2	0	2	1		
Total	3/8	34	4	41	8	10	

Fonte: PNSM 2013

²⁵⁰ Saúde mental em números, 2013

Percentagem de Homens e de Mulheres que utilizam Serviços

	MULHERES	HOMENS
N	2217	1632
UTILIZAÇÃO AO LONGO DA VIDA	48.8	27.6
Psiquiatria	19.1	10.9
Outro Profissional de saúde Mental	12.6	8.1
Clinico Geral	31.7	14.9
Outro Médico	6.2	2.9
Não Convencional	2.6	1.9
Conselheiro Religioso ou Espiritual	2.4	1.0
UTILIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	18.8	8.4
Psiquiatria	6.3	3.1
Outro Profissional de Saúde Mental	3.8	1.5
Clinico Geral	11.7	4.5
Outro Médico	2.2	1.2
Não Convencional	1.0	0.4
Conselheiro Religioso ou Espiritual	0.8	0.3

Fonte: PNSM 2013

Percentagem de Início de Tratamento no 1º ano e mediana do atraso nos casos que iniciaram tratamento

	% DE TRATAMENTO NO ANO DE INÍCIO	% DE TRATAMENTO AOS 50 ANOS	MEDIANA DO ATRASO (ANOS)	N
I.PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE				
Perturbações de pânico	45.8	93.8	2	64
Perturbação de ansiedade generalizada	34.3	88.6	3	265
Fobias específicas	3.8	65.0	34	445
Fobia social	7.5	60.8	18	182
Qualquer perturbação de ansiedade	12.7	82.6	23	748
II.PERTURBAÇÕES DE HUMOR				
Episódio Depressivo Major	37.8	93.9	4	744
Distímia	37.5	89.0	3	115
Perturbação bipolar	27.1	84.2	6	96
Qualquer perturbação de Humor	35.3	93.7	5	796
III. PERTURBAÇÕES POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS				
Abuso de álcool ⁽¹⁾	3.0	55.2	29	215
Abuso de álcool com dependência ⁽¹⁾	4.3	90.3	21	40
Qualquer perturbação por utilização de substância	2.1	59.6	29	221

(1)Avaliado na amostra parte I

Em Lisboa, os serviços encontram-se distribuídos conforme foi descrito no *Capítulo VIII.2.2.*

De acordo com a informação dos ACES constante do quadro seguinte, as perturbações depressivas e o distúrbio ansioso são cerca de 2/3 das patologias de saúde mental acompanhadas nos Cuidados de Saúde Primários da cidade.

Por sua vez, a demência é a terceira causa de patologia, correspondendo a 5,11% do total de casos no ACES Lisboa Norte e a 6,57% no ACES Lisboa Central. Os dados referentes ao ACES Lisboa Ocidental e Oeiras reportam-se apenas a 4 meses, pelo que não são considerados.

Patologias de saúde mental acompanhadas nos Cuidados de Saúde Primários, por ACES, Lisboa, 2014

Patologia	ACES							TOTAL
	Lisboa Norte			Lisboa Central			Lisboa Ocidental	
	Nº casos	% sobre nº total de casos	% sobre nº de inscritos	Nº casos	% sobre nº total de casos	% sobre nº de inscritos	Nº casos (*)	
Demência	1799	5,11%	0,72%	1611	6,57%	0,57%	373	3783
Atraso mental	408	1,16%	0,16%	363	1,48%	0,13%		771
Suicídio ou tentativa de suicídio	309	0,12%	0,12%	265	1,08%	0,09%	35	609
Esquizofrenia	706	2,00%	0,28%	546	2,23%	0,19%		1252
Psicose afectiva	1027	2,92%	0,41%	810	3,30%	0,29%	117	1954
Outra psicoses orgânicas	227	0,64%	0,09%	309	1,26%	0,11%	35	571
Outra psicoses, NE	183	0,52%	0,07%	174	0,71%	0,06%	34	391
Distúrbio ansioso	9058	25,72%	3,65%	7550	30,77%	2,69%		16608
Perturbações depressivas	17725	50,33%	7,14%	10227	41,69%	3,64%	2495	30447
Neurastenia, "Surmenage"	371	1,05%	0,15%	282	1,15%	0,10%		653
Somatização	1294	3,67%	0,52%	732	2,98%	0,26%		2026
Fobia, Pert. Compulsiva	428	1,22%	0,17%	338	1,38%	0,12%	37	803
Alterações de personalidade	383	1,09%	0,15%	385	1,57%	0,14%		768
Anorexia, nervosa, bulimia	193	0,55%	0,08%	101	0,41%	0,04%		294
Outras perturbações psicológicas	901	2,56%	0,36%	683	2,78%	0,24%	1338	2922
Stress pós-traumático	208	0,59%	0,08%	157	0,64%	0,06%		365
TOTAL	35220	100,00%	14,19%	24533	100,00%	8,73%	4464	64217

(*) Dados respeitantes apenas a 4 meses

Fonte: ACES Lisboa Norte, ACES Lisboa Central e ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Considerando que a demência é uma patologia que afecta essencialmente pessoas com 65 e mais anos, verifica-se que inversamente ao esperado, no ACES Norte, onde se verifica o maior número de casos (2014), o número de pessoas acima dos 65 anos era em 2011 inferior ao existente no ACES Central (Censos 2011), o que carece de aprofundamento para identificação das causas.

Número de casos de demência acompanhados nos Cuidados de Saúde Primários, 2014 e número de pessoas com 65 e mais anos, 2011, nos ACES Lisboa Norte e ACES Lisboa Central

Patologia	ACES			
	Lisboa Norte		Lisboa Central	
	Nº casos	peçoas com 65 anos ou mais	Nº casos	peçoas com 65 anos ou mais
Demência	1799	50 627	1611	63 035

Fonte: ACES Lisboa Norte, ACES Lisboa Central / Censos 2011

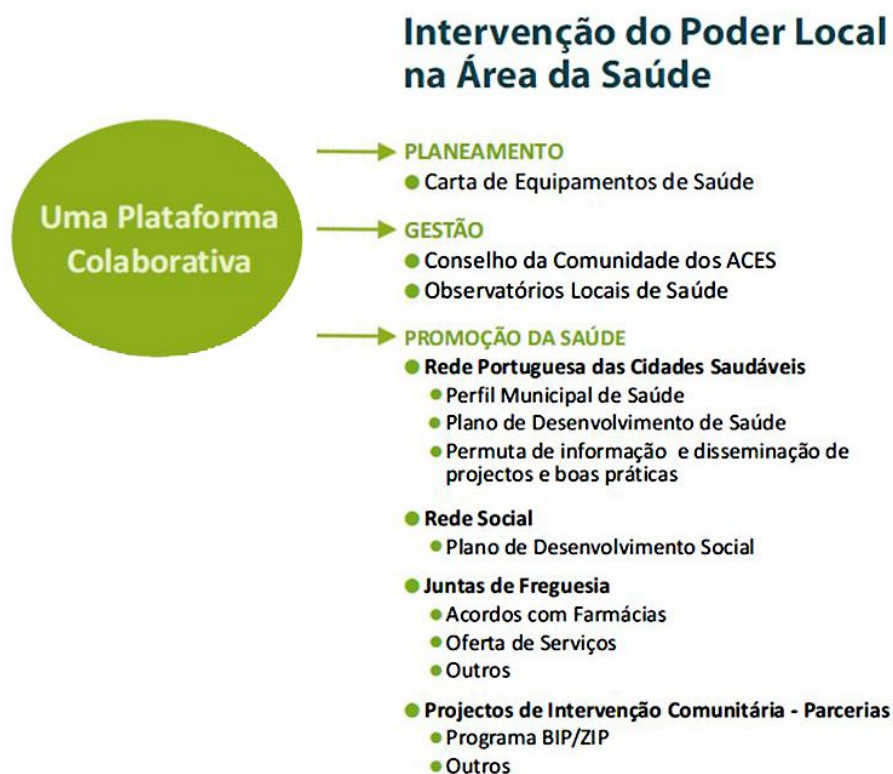
IX – SÍNTESE E CONCLUSÕES

IX.1 - Síntese

Em que medida e como podem as autarquias contribuir para a concretização dos objectivos de defender e promover a saúde dos cidadãos e garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade, através das políticas de governação local?

Em que medida pode o Poder Local contribuir para que sejam atingidos os objectivos e as metas preconizadas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nos Programas Nacionais de Saúde Prioritários, nomeadamente para a obtenção de ganhos mensuráveis em saúde da população em geral e em particular de grupos mais carenciados e vulneráveis?

No Município de Lisboa, podem identificar-se vários níveis de intervenção na área da saúde e da sua promoção, como sejam o diagnóstico e planeamento das redes de equipamentos e serviços de saúde; a participação e intercâmbio de boas práticas em redes nacionais e internacionais de cidades, como é o caso da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis; a sensibilização e capacitação de grupos populacionais específicos para a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis; a identificação de factores de risco e de prevenção das doenças; o aprofundamento do conhecimento sobre o estado de saúde da população, em parcerias, encontros científicos, apoio a actividades de rastreio e detecção precoce de patologias, elaboração de manuais e guias de recursos, e por último, e não menos importante, a operacionalização e dinamização dos Conselhos da Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde da cidade de Lisboa (ACES).



Vários são os enquadramentos, desde a Constituição da República Portuguesa, que declara que “...todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover...”²⁵¹, e que estabelece ainda que “...incumbe prioritariamente ao Estado (...) garantir o acesso de todos os cidadãos (...) aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”²⁵² e “(...) garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde”²⁵³.

²⁵¹ Constituição da República Portuguesa, art. 64.º, nº1

²⁵² Constituição da República Portuguesa, art 64º, nº 3, alínea a)

²⁵³ *Ibidem*, art 64º, nº 3, alínea b)

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), estruturado em 4 Eixos Estratégicos:

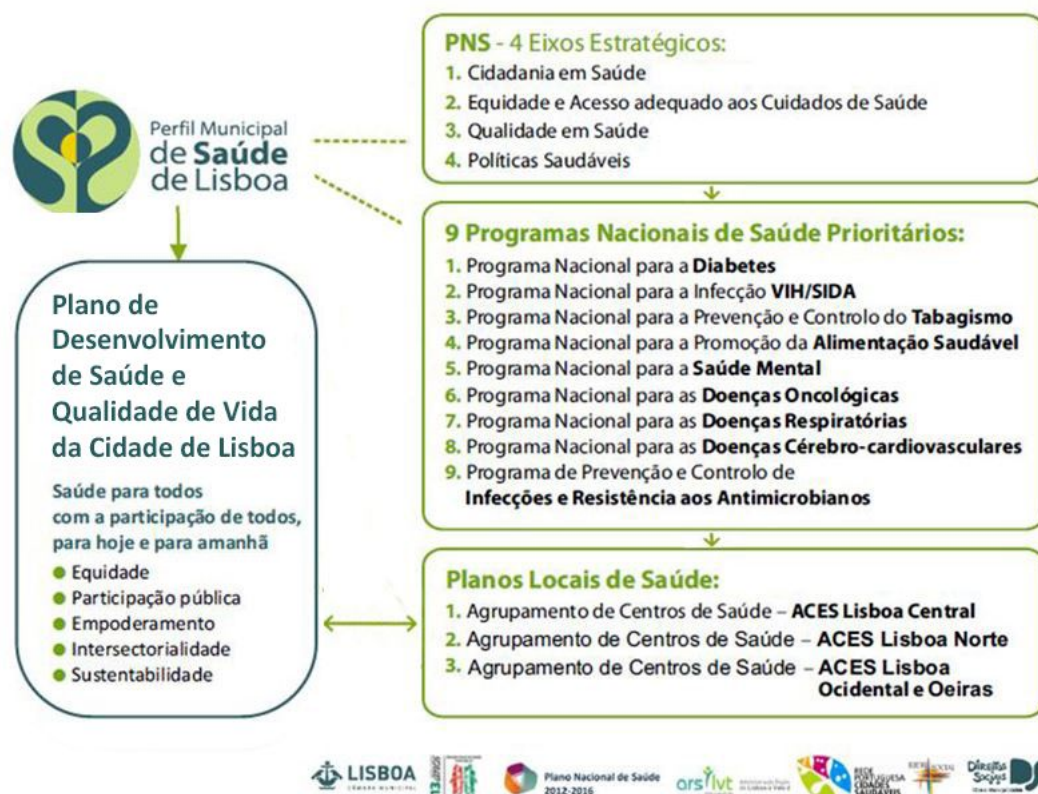
- (1) Cidadania em Saúde,
- (2) Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde,
- (3) Qualidade em Saúde e
- (4) Políticas Saudáveis,

constitui um referencial para o desenvolvimento de políticas aos vários níveis de responsabilidade, desejando-se que em complementaridade e articulação, para atingir os objectivos e as metas definidas.

Decorrentes do PNS, os 9 Programas Nacionais de Saúde Prioritários, que estabelecem objectivos e metas quantificadas e concretas, no contexto de diversas patologias específicas que atingem com maior prevalência o nosso país.

A Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis que constitui um fórum de debate, troca e disseminação de informação e de experiências, no sentido da definição de estratégias locais para a promoção da saúde segundo os princípios da **equidade**, a **sustentabilidade**, a **cooperação intersectorial** e a **solidariedade**.

É segundo estes enquadramentos, objectivos, metas e princípios que a criação e execução de projectos e programas municipais poderão contribuir para a construção de uma cidade mais saudável e solidária, reduzindo o impacto negativo de determinantes ambientais e sociais e as desigualdades e iniquidades a que estão associados os problemas de saúde.



O Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2013-2016 (PRSLVT) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT), recentemente elaborado, assim como os Planos Locais de Saúde (PLS) em elaboração por cada Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa (ACES Lisboa Central; ACES Lisboa Norte e ACES Lisboa Ocidental e Oeiras), estão alinhados com os objectivos e metas nacionais, e contribuem, de forma articulada, para o cumprimento das respectivas metas e objectivos nacionais para o sistema de saúde.

Os objectivos do Plano Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo 2013-2016 são:

- Intervir ao nível dos factores de risco para promover a saúde da pessoa e das comunidades a eles expostos;
- Sensibilizar, educar e formar os profissionais e a população em geral, por forma a minimizar os riscos para a saúde;
- Promover a adequação de políticas e a comunicação do risco;
- Promover comportamentos e estilos de vida saudáveis;
- Implementar acções no âmbito da prevenção primordial, primária, secundária, terciária e quaternária;
- Construir uma rede de informação que reforce a literacia em Saúde.

Os objectivos estratégicos do PRSLVT pretendem reforçar a prevenção da saúde; a intervenção nos factores de risco para a saúde e a articulação entre os diversos parceiros; promovendo uma maior literacia em saúde e um maior envolvimento das comunidades locais na condução das políticas de saúde e na promoção e adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, pretendendo-se um compromisso “de toda a sociedade” mediante a participação dos cidadãos.

Para além dos objectivos, a ARSLVT desenvolveu ainda estratégias específicas nas áreas identificadas como potenciais ganhos em saúde ao nível regional, avaliou o seu impacte, definiu intervenções, identificou os recursos necessários e delineou a respectiva monitorização e avaliação.

Os mesmos indicadores servirão para a avaliação do impacte das medidas a serem estabelecidas ao nível concelhio no futuro Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida de Lisboa.

Compete ao Poder Local promover o bem-estar dos seus cidadãos e garantir iguais oportunidades de acesso aos recursos municipais.

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

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

O município participa ainda nos Conselhos da Comunidade aos quais preside, órgãos de administração e fiscalização dos ACES, a que compete nomeadamente propor acções de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACES em parceria com os municípios e demais instituições representadas no conselho da comunidade, assim como dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado

É pois da sua incumbência intervir para a promoção da saúde e de um estilo de vida mais saudável, em articulação, parceria e cooperação com as autoridades de saúde e outros intervenientes institucionais ou com a sociedade civil organizada.

Artigo 9.º

Saúde

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

a) No âmbito das políticas de saúde:

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

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

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

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

A promoção da saúde começa no dia-a-dia em casa, na família, na comunidade e na sociedade, sendo uma pré-condição para a prosperidade económica. A Saúde das pessoas influencia os resultados económicos em termos de produtividade, oferta de mão-de-obra, capital humano e gastos públicos”.²⁵⁴

O Projecto Cidades Saudáveis é um movimento global que se iniciou a partir do conceito “Saúde para todos no século XXI”, difundido pela Organização Mundial de Saúde em finais dos anos 70 do século XX, dando origem à Rede Europeia de Cidades Saudáveis.

A Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis é uma associação de municípios criada em 1997, tendo Lisboa sido uma das cidades fundadoras, e integra a Rede Europeia de Cidades Saudáveis desde 2001.

É da responsabilidade do município a elaboração do Perfil Municipal de Saúde e do Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida, instrumentos decorrentes da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis que tem como objectivos a promoção da saúde e a qualidade de vida dos municípios, segundo uma metodologia estratégica de intervenção baseada nos princípios do Projecto Cidades Saudáveis da OMS (equidade, sustentabilidade, cooperação intersectorial e solidariedade).

Em 2001, através de um Protocolo firmado entre a Câmara Municipal de Lisboa (CML) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), foi elaborado um primeiro Perfil Municipal de Saúde de Lisboa, cujo resumo foi então apresentado publicamente, não tendo sido então desenvolvido o Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida.

Só em 2013 foi retomado este trabalho, tendo sido constituído na CML um Grupo de Trabalho²⁵⁵, em articulação com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a Fundação Saúde-Serviço Nacional de Saúde e o Conselho das Comunidades dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), para elaboração de um novo Perfil Municipal de Saúde, cuja primeira fase resultou no “Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade”²⁵⁶, elaborado pela ARSLVT.

Importantes desafios têm sido assumidos por diversos sectores da sociedade, no sentido de o país poder responder aos objectivos e metas em saúde, como é exemplo a Fundação Calouste Gulbenkian, que se compromete a contribuir para no espaço de 3 anos serem objectivamente obtidos ganhos em saúde em 3 áreas:

- a incidência das infecções hospitalares, reduzindo-a para metade em 10 hospitais públicos,
- a prevalência da diabetes, sustendo o seu crescimento de modo a que menos 50 000 pessoas a venham a desenvolver
- o bem-estar das crianças, de modo a que o país se torne líder em matéria de saúde e desenvolvimento da primeira infância.

Sublinhando a ideia-chave adoptada para os desafios Gulbenkian, de que “Todos temos um papel a desempenhar”, o Município de Lisboa vem assumir também o seu papel, ao nível local, com a elaboração do Perfil Municipal de Saúde, um importante contributo para a elaboração do Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida de Lisboa, no sentido de tornar a cidade mais saudável e solidária.

Estamos certos que o Município de Lisboa se encontra, neste momento, habilitado a poder aderir à Fase VI 2014-2018 da Rede Europeia das Cidades Saudáveis, realizando acções que possam reduzir as desigualdades em saúde.

²⁵⁴ *European Commission, Council conclusions on Common Values and Principles in European Union Health Systems*

²⁵⁵ *Despacho 15/GVHR/2012, de 29 de Novembro*

²⁵⁶ *ver site: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/77/Perfil_de_Saude_da_Cidade_de_Lisboa-Junho_2013.pdf*

Quem somos, como vivemos, que saúde e doenças temos e de que morremos, que recursos temos?

Para identificar as áreas onde é necessário e prioritário intervir, para saber onde residem as potencialidades e recursos, informação fundamental para a definição de políticas e acções, que constituirão o Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida de Lisboa, o Perfil Municipal de Saúde procede portanto ao levantamento da informação disponível, para identificar as situações mais marcantes associadas aos determinantes ambientais, sociais e económicos de saúde, incluindo informação sobre comportamentos e estilos de vida, habitat no seu sentido lato incluindo equipamentos e respostas sociais e de saúde, assim como informação quantitativa e estruturada sobre a morte e a doença.

Em suma, o Perfil Municipal de Saúde, para que se possa saber onde e como intervir, tenta responder às questões de como vivemos, que saúde e doenças temos e de que morremos, que recursos temos.

Lisboa, após quatro décadas de democracia e de intervenção do Poder Local, é hoje uma cidade onde se vive melhor, na qual se satisfizeram carências básicas, se construíram grandes infra-estruturas e equipamentos de nível superior, onde se erradicaram os bairros de barracas e se cumpriram com as actuais exigências de saneamento básico e na qual se pode usufruir em segurança de melhores índices de qualidade de vida.

Em 40 anos, o município dotou-se de importantes instrumentos de ordenamento do território, no sentido de disciplinar e orientar o desenvolvimento urbano, proteger e valorizar o património histórico e ambiental da cidade, de que se destaca o Plano Director Municipal de Lisboa (PDM2012), distinguido internacionalmente com o Prémio de Excelência ISOCARP 2013.

Lisboa afirmou-se como uma cidade cosmopolita e intercultural, com uma notável singularidade do seu sítio, onde domina o paradigma da cidade-estuário, de morfologia de colinas e de elevado valor patrimonial em conjuntos edificados e espaços públicos, cada vez mais atractiva e aberta ao exterior.

Lisboa tem vindo a ganhar notoriedade, conquistando prémios internacionais em diferentes áreas, desde a requalificação urbana ou a coesão social, de que se destacam respectivamente os Projectos "Há Vida na Mouraria" e "O Desporto Mexe Comigo", ao turismo, onde tem sido identificada como destino de eleição por agências de renome como a TripAdvisor.

Em Lisboa têm ocorrido também melhorias significativas no sector do ambiente, com destaque para a requalificação e criação de áreas pedonais, áreas verdes e espaços públicos, nomeadamente na frente ribeirinha, assim como no controlo da qualidade do ar e na recolha selectiva de resíduos urbanos.

Lisboa apresenta potencialidades únicas como a exposição solar, sendo a capital europeia mais soalheira com cerca de 2 800 horas de sol por ano, tendo em média 4,6 horas de sol por dia em Dezembro e 11,4 horas de sol por dia em Julho.

A exposição solar, se realizada de forma equilibrada, tem efeitos positivos na saúde e bem-estar, promovendo ossos mais resistentes, melhorando o humor, tendo mesmo em relação a algumas doenças, um poder curativo.

A Estrutura Ecológica Municipal constitui outra potencialidade, oferecendo áreas ao ar livre para a prática da actividade física, redes de percursos e corredores cicláveis.

Andar a pé é uma das formas de actividade física moderada, que se praticada diariamente, um mínimo de 30 minutos (10 mil passos), contribui para uma vida mais saudável e activa, contribuindo também para uma poupança significativa nas despesas da saúde pública.

No entanto, prevalece ainda uma forte utilização do transporte individual, com efeitos graves na poluição do ar, nos gastos energéticos e na utilização do espaço, assim como nas consequências para a saúde dos utilizadores aos níveis esquelético, muscular e psíquico.

Lisboa é hoje um espaço urbano suportado por diversas redes e sistemas de transportes urbanos e suburbanos, que corresponde ao centro metropolitano de uma vasta área construída, onde vivem, trabalham e se deslocam diariamente mais de 2,8 milhões de habitantes, onde circulam anualmente mais de 4,5 milhões de turistas, onde se localiza a maior parte das actividades económicas, das empresas e, do emprego em Portugal.

Estas características de concentração demográfica e económica, traduzem-se num complexo sistema de fluxos de pessoas, veículos e mercadorias e pela localização de um grande número de funções urbanas relacionadas com a habitação, o comércio, os serviços, os grandes equipamentos e infra-estruturas, que geram necessidades de abastecimento, resíduos e emissões, responsáveis pela presença de rotinas diárias de trabalho e de pressão sobre as pessoas.

Apesar das características que fazem de Lisboa uma cidade moderna, cosmopolita e dotada de infra-estruturas, existe um conjunto de indicadores sociais e económicos que revelam grandes vulnerabilidades, relacionadas directa e indirectamente com os determinantes da saúde, que se agravam em contexto de crise económica.

QUEM SOMOS?

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

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

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

Residentes e utilizadores da cidade

Em 2013, com a reorganização administrativa das freguesias de Lisboa (CAOP 2013) houve também uma mudança nos limites administrativos da cidade, que passou a integrar uma parcela de território anteriormente pertencente ao Município de Loures (Parque das Nações), contabilizando-se deste modo no concelho de Lisboa o valor total de população residente segundo os Censos 2011 em 552 700 habitantes, valor ainda assim inferior ao dos Censos 2001 (564 657).

Entre 2001 e 2011, apesar de ainda se ter verificado uma diminuição do número de residentes em Lisboa, esta diminuição foi de apenas 3%. No entanto a cidade viu crescer o número de famílias em cerca de 4%, tendo-se verificado um considerável aumento (36%) das famílias monoparentais, das quais 85% eram constituídas pela mãe.

A percentagem de indivíduos a viverem sozinhos (famílias unipessoais) atingia os 35% no Município de Lisboa, valor superior à Região LVT (25%).

O peso relativo da população mais jovem (0–14 anos) cresceu ligeiramente (8%), enquanto o aumento verificado na população com idade compreendida entre os 30 e os 44 anos foi significativo (13%) e ainda mais significativos os aumentos na população muito idosa (19% nos mais de 75 anos) e sobretudo de mulheres, entre os 80 e os 89 anos (32%).

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

A pirâmide etária da cidade apresenta portanto uma configuração envelhecida em comparação com a da Região, 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 Região (52,7%).

A população de Lisboa é maioritariamente feminina, o que está sobretudo relacionado com o fenómeno do envelhecimento. O valor da relação de masculinidade em 2011 era de 85 homens por cada 100 mulheres.

As freguesias de Lisboa com maior número de residentes eram Lumiar, com 45 605 indivíduos, seguindo-se Marvila com 37 793 e Benfica com 36 985. As freguesias com menor número de residentes eram Santo António, com 11 836 indivíduos, Beato com 12 737 e Santa Maria Maior com 12 822.

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

Aos 553 mil residentes em Lisboa, somam-se diariamente cerca de 425 mil que entram todos os dias na cidade para estudar e trabalhar, cerca de 10 vezes mais os que saem diariamente do concelho, perfazendo cerca 930 mil pessoas que utilizam quotidianamente a cidade de Lisboa.

Densidade populacional

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

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

Natalidade e fecundidade

A taxa bruta de natalidade do Município de Lisboa tem-se mantido nos últimos anos acima dos 10 ‰, tendo atingido em 2010 o valor mais elevado da última década (11,4 ‰). Actualmente é de 10,2 ‰, um valor ainda assim superior ao da Região LVT (9,7 ‰) e ao do Continente (7,9 ‰).

O número de crianças dos 0 aos 14 anos aumentou em Lisboa, entre 2001 e 2011, em cerca de 8%, mantendo-se embora o peso deste grupo etário no total de indivíduos (13%), ainda assim inferior ao valor registado na AML (15%) e em Portugal (16%)

A taxa de fecundidade no concelho de Lisboa em 2013 apresentava um valor de 51,2 nados vivos por cada 1 000 habitantes, uma valor superior à média nacional (33,9) e ao da Área Metropolitana de Lisboa (41,5). Eram sobretudo as mulheres do grupo etário dos 30-34 anos as que apresentavam valores mais elevados.

No que se refere à distribuição geográfica das mulheres em idade fértil, constata-se que a maior percentagem era na zona norte da cidade de Lisboa (42,6%) e a mais baixa na zona ocidental (38,4%).

Envelhecimento

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

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

No Município de Lisboa, tendo por base a população que afirmava ter pelo menos uma dificuldade na realização de algumas actividades devido a problemas de saúde, deficiência ou decorrentes do envelhecimento (93 584 indivíduos), verifica-se que cerca de 62% tinha 65 ou mais anos e 43% tinha 75 ou mais anos, o que revela a relação entre o envelhecimento da população e a prevalência de incapacidades.

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

Das famílias unipessoais a viverem em 2011 na cidade de Lisboa, 42,8% eram constituídas por pessoas com mais de 65 anos a viverem sós.

Rendimento, pobreza, desemprego e exclusão social

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

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

Paralelamente tem aumentado o número de pessoas desempregadas e o número de agregados familiares em que pelo menos 2 membros estão em situação de desemprego.

No Município de Lisboa, em 2013, a taxa de desemprego situou-se em 11,84%, valor inferior à média nacional e à média da Região. A cidade de Lisboa apresentava também a percentagem mais elevada de desempregados com o Ensino Superior completo, relativamente ao Distrito e ao Continente.

As situações de empobrecimento e elevada vulnerabilidade social encontram-se reflectidas em indicadores como o subsídio de desemprego, o rendimento social de inserção ou complemento solidário para idosos.

Em Lisboa, entre 2011 e 2012, ocorreu um acréscimo de 20% no número de beneficiários do subsídio de desemprego, sendo maior o crescimento desta prestação nos grupos etários dos 15-19 anos e dos 30-39 anos (ambos 23%). No grupo etário dos 40-49 anos, o crescimento foi ainda maior (46%).

Para o mesmo período, o subsídio de desemprego social subsequente aumentou muito significativamente (34% do total dos desempregados), ou seja, cresceu muito significativamente o número de desempregados que continuam em situação de vulnerabilidade socioeconómica.

De salientar ainda o agravamento da taxa de desemprego de longa duração (superior a 12 meses) e de muito longa duração (mais de 24 meses), e a sua incidência nas faixas etárias abaixo dos 35 anos: 14,5% dos desempregados de longa duração possuem menos de 35 anos e o Ensino Superior.

Relativamente ao rendimento social de inserção (RSI), ainda que o número total de famílias beneficiárias tenha diminuído, também de 2011 para 2012, verifica-se em determinadas freguesias uma percentagem de beneficiários de RSI muito elevada, como sejam Santa Clara (Ameixoeira e Charneca) - mais de 35%; Marvila e Beato - mais de 20%; e Santa Maria Maior (Socorro, S. Miguel, Santa Justa) – mais de 15%.

Quanto ao complemento solidário para idosos, embora tenha de ser tida em conta a alteração de critérios de atribuição, em que foi alargado o universo dos beneficiários a partir de 2008 para todos os indivíduos com baixos recursos e com mais de 65 anos, o número cresceu entre 2008 e 2012, ao nível nacional, mais de 35%. No concelho de Lisboa este crescimento foi inferior (18,1%), sendo em 2012 o número total de beneficiários desta prestação era de 9.452 idosos.

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

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

O rendimento disponível das famílias é um dos mais importantes determinantes socioeconómicos.

Para minimizar as situação mais extremas de pobreza, o Município de Lisboa criou em 2012 o Fundo de Emergência Social, para apoiar os agregados familiares no pagamento de despesas com a habitação, telecomunicações, educação, alimentação e saúde, com uma dotação inicial de 152 000€ em 2012; 192 000€ em 2013; 210.000€ em 2014 e aprovou para 2015, a verba de 909 000€.

Violência doméstica

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

Ao nível distrital, Lisboa regista um acréscimo de 3,3% entre 2012 e 2013, atingindo o valor total de 5 885 ocorrências registadas pela PSP e GNR. Apenas no primeiros semestre de 2014, foram registadas 2 875 ocorrências.

As estatísticas dos impactes da violência doméstica na saúde, nomeadamente o nº de hospitalizações, é difícil de obter, uma vez que as causas alegadas pelas vítimas para as lesões que apresentam são escamoteadas.

As consequências visíveis das ocorrências de violência doméstica (fracturas, contusões, hematomas), correspondentes aos maus-tratos físicos infringidos nas vítimas, originam dores crónicas, fibromialgias, problemas do trato gastro-intestinal, podendo ainda as vítimas apresentar

perturbações de ansiedade e depressão, fobias, stress, distúrbios alimentares, além de comportamentos de risco sexuais e de abuso de álcool, tabaco e drogas.

As consequências nas mulheres podem também afectar a sua saúde reprodutiva, originando problemas de gestação. As mulheres vítimas de violência doméstica apresentam um risco 4 vezes superior de ter uma gravidez de risco ou um filho com baixo peso à nascença.

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

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

Comportamentos viciantes e dependências (álcool, tabaco e drogas)

Em Portugal o consumo de álcool é dos mais elevados do Mundo, sendo actualmente de 13,4 litros de álcool per capita. O uso crónico de bebidas alcoólicas em grandes quantidades pode desenvolver várias complicações como: esofagites, gastrites e úlcera, hepatite e cirrose hepática, pancreatite, demência e cancro.

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

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

É importante o papel dos Cuidados de Saúde Primários enquanto estruturas de proximidade, tendo em vista uma detecção precoce dos indivíduos em risco.

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

O fumador morre cada vez mais cedo, sofrendo de doenças cardiovasculares e diversos tipos de cancro como o da boca e da laringe, e principalmente do cancro do pulmão, principal consequência do consumo de tabaco.

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

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

É fundamental continuar a investir na prevenção do consumo de tabaco nos jovens e a reforçar as estratégias da cessação tabágica, para além de fazer cumprir e respeitar os Direitos do Não Fumador.

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

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

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

Em Lisboa, a zona da cidade onde há mais consumo de drogas é a freguesia do Lumiar, seguida do Campo Grande e de Arroios.

Arroios é a freguesia onde se verifica o maior consumo de álcool, seguida das freguesias de Santa Maria Maior e São Vicente.

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

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

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

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

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

Pessoa Sem-abrigo

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

De forma permanente na “rua”, encontravam-se então (2010) cerca de 600 pessoas. Em 2014, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa efectuou um levantamento verificando a existência de 509 pessoas em situação permanente de sem abrigo. Quaisquer destes dados são considerados “voláteis”, nem sempre sendo possível garantir a sua total fidedignidade.

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

(I)literacia em saúde

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

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

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

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

De acordo com o estudo “Saúde que Conta”, desenvolvido em parceria pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Lilly Portugal em 2014, as percentagens dos diferentes níveis de literacia em saúde em Portugal mostram um valor muito baixo de “excelentes” (8,4% - a percentagem mais baixa ao nível europeu). Portugal apresenta o segundo pior resultado no nível “problemático”(44,4%) e o terceiro pior resultado no nível “inadequado” (17%), este último só largamente suplantado pela Bulgária (26%).

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

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

É assim fundamental aprofundar o conhecimento sobre a (i)literacia em saúde na cidade de Lisboa, nomeadamente através de inquéritos directos à população, para definir estratégias de intervenção que conduzam à elevação dos níveis de literacia em saúde de todos os escalões etários e estratos socioeconómicos, e desta forma obter importantes ganhos em saúde, sobretudo ao nível da prevenção e da redução dos comportamentos de risco, permitindo reduzir as taxas de morbilidade em doenças como diabetes, hipertensão arterial, obesidade infantil e mórbida, e infecção por VIH.

Abandono escolar

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

A taxa de abandono escolar no Município de Lisboa era em 2011 de 1,7%, ligeiramente mais elevada, relativamente à Grande Lisboa (1,6%) e ao país (1,5%).

Imigração

A cidade de Lisboa continua a atrair população estrangeira. Em 2013 a população estrangeira residente em Lisboa era de 46 426 habitantes, dos quais 59% dispunham de dupla nacionalidade, sendo, em 72% destes casos, uma das nacionalidades a portuguesa, beneficiando de forma plena do acesso ao Serviço Nacional de Saúde

Contrariamente à evolução mais recente verificada ao nível nacional, verificou-se na cidade de Lisboa um aumento da população estrangeira residente, que passou no período de 5 anos entre 2009 e 2013, de 44 557 para 46 426 indivíduos, o que representa um acréscimo de 4,2%.

Em 2013, no Município de Lisboa, de entre as nacionalidades mais representadas destacam-se a brasileira (10 591 – 29%), a chinesa (4 261 – 7,6%) e a cabo-verdiana (3 490 – 7,5%), contrariamente ao que acontecia em 2001, quando eram os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), no seu conjunto, a comunidade mais representada. Identificam-se contudo mais de 100 nacionalidades, o que confirma a já muito característica diversidade cultural da cidade de Lisboa

As freguesias com uma maior representatividade de residentes estrangeiros são actualmente as do centro-histórico da cidade com destaque para Santa Maria Maior, Arroios e Misericórdia.

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

De acordo com a Constituição Portuguesa, todos os cidadãos, incluindo os de nacionalidade estrangeira têm direito à protecção da saúde.

A saúde e o acesso aos seus cuidados constituem um factor determinante na integração dos imigrantes, pelo que, qualquer imigrante que se encontre em Portugal e que necessite de cuidados de saúde tem o direito a ser assistido num Centro de Saúde ou num Hospital, independentemente da sua nacionalidade, da falta de meios económicos, de legalização ou outra situação irregular ou de carência.

Esta atitude perante o imigrante indocumentado, que têm contribuído para o país ser reconhecido internacionalmente como um dos países com melhores condições de integração dos imigrantes, nem sempre é, infelizmente, do conhecimento dos profissionais de saúde, gerando por vezes situações de deficiente atendimento e discriminação.

Um problema de saúde específico para o qual os profissionais de saúde não se encontram na generalidade preparados é o da Mutilação Genital Feminina (MGF). Ainda que na sua actividade clínica, os profissionais de saúde possam ter oportunidade de se deparar com casos de MGF, muitos não se encontram ainda informados, com formação específica, ou mesmo sensibilizados para esta questão e desconhecem a melhor abordagem a estas mulheres.

Pelo facto de receber pessoas oriundas de países onde esta prática é comum, com especial destaque para a Guiné-Bissau, Portugal é considerado pela OMS um País de risco no que diz respeito à prática da MGF. Contudo, os dados sobre a verdadeira dimensão do problema ao nível nacional são insuficientes, uma vez que sendo considerada crime em Portugal é consequentemente uma prática oculta, tornando-se difícil obter estatísticas e conhecer em profundidade o fenómeno.

Habitação e condições de habitabilidade

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

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

São predominantes também os edifícios com 3 ou mais alojamentos (59%) e estes, no seu conjunto, são compostos por 3 a 4 (48%) ou por 5 ou mais divisões (47%), predominando as áreas de 50 a 100m² (49%), ainda que representem cerca de 31% os alojamentos com 100 a 200m².

Segundo o Censos 2011, em Lisboa, dos 237 247 alojamentos familiares clássicos de residência habitual, 26,2% tinham uma lotação adequada, enquanto 61,7% tinham divisões em excesso e 12,1% estavam sobrelotados.

Os edifícios com necessidades de grandes reparações e muito degradados representavam ainda um número elevado (3 892 – 7,3% do edificado) e correspondiam, na sua grande maioria, a edifícios com 50 e mais anos, ou seja anteriores a 1961 (90%). As freguesias que se destacam com mais de 200 edifícios identificados nesta categoria são Campolide, Beato e Ajuda.

A degradação e deficiente infra-estruturação do edificado mais antigo (até 1945- 38% do edificado clássico) traduz-se em más condições de habitabilidade e de salubridade dos alojamentos, em que persistem baixos níveis de conforto térmico e deficientes condições de acesso a pessoas com mobilidade reduzida.

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

Por outro lado, em 2011, existiam ainda na cidade de Lisboa 444 alojamentos que não estavam ligados à rede de abastecimento de água, 588 que não dispunham de retrete e 338 que não tinham esgotos.

O número de alojamentos sem banho representava ainda 1% (2 501) do total de alojamentos, concentrando-se nas freguesias do Centro Histórico em que o parque habitacional é mais envelhecido, e de forma decrescente nas freguesias de Santa Maria Maior, Campolide, Misericórdia, Estrela e São Vicente.

A freguesia de Campolide é a que apresenta maior número de alojamentos familiares de residência habitual sem as instalações básicas (sem água, sem retrete, sem esgoto e sem banho), seguindo-se Marvila e Santa Clara (sem água, sem retrete e sem esgoto).

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

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

Em Lisboa, a topografia e a morfologia urbana, sobretudo nas zonas históricas e consolidadas, edificadas em épocas em que a questão da insolação não era tida em conta, não permitem contudo assegurar a todos os edifícios ou a todas as suas áreas, iguais condições de insolação.

A energia térmica solar pode no entanto ser captada e convertida em energia eléctrica, permitindo a produção de calor e a sua utilização nos equipamentos domésticos, assim como o seu armazenamento para utilização posterior, pelo que a colocação de sistemas solares nas coberturas constitui uma solução para a melhoria das condições de habitabilidade, apresentando Lisboa um elevado potencial ao ser a capital europeia mais soalheira, existindo apoios comunitários para a sua instalação.

Em Lisboa existe um grande número de bairros sociais (69) e de fogos de habitação social (30 641), sob gestão municipal e ocupados por populações socialmente vulneráveis, de baixos recursos e em parte oriundas de processos de realojamento.

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

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

No contexto da cidade saudável e da promoção de estilos de vida saudáveis, a população de Lisboa dispõe de uma estrutura ecológica fundamental, composta por corredores verdes estruturantes, parques e áreas ribeirinhas de transição fluvial-estuarino, assim como de uma estrutura ecológica integrada, composta por espaços verdes, jardins e miradouros, bem como percursos, equipamentos e estruturas para a prática de actividade física e para o lazer.

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

Em 36 destes espaços verdes e espaços ribeirinhos da frente urbana do Tejo, encontram-se instalados aparelhos para a prática de exercício físico e/ou circuitos de manutenção, devidamente assinalados, permitindo à população praticar exercício físico ao ar livre de forma auto-orientada e gratuita.

Ainda no contexto da qualidade ambiental em meio urbano, o ar, a água e o saneamento básico são os principais factores biofísicos com influência na saúde. São atribuíveis a factores ambientais 24% do peso das doenças em anos de vida saudáveis perdidos e 23% das mortes prematuras.

No concelho de Lisboa, a Empresa Portuguesa das Águas Livres (EPAL) assegura um abastecimento contínuo de água potável de elevada qualidade à população, e é responsável pela gestão sustentável do ciclo urbano de abastecimento.

No combate ao desperdício, a EPAL conseguiu reduzir em 6 anos as perdas na rede de distribuição de 25% para 9% em 2012.

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

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

A produção de água engarrafada penaliza o ambiente com a produção de garrafas, rótulos e transporte. Apesar da rede ter boa qualidade de água para consumo, 3/4 da população portuguesa prefere beber água engarrafada, pela sua hipotética maior pureza e benefícios para a saúde.

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

Por seu lado, a SIMTEJO, Saneamento Integrado dos Municípios do Tejo e Trancão, é responsável pela recolha, tratamento e devolução ao rio Tejo ou reutilização das águas residuais provenientes das habitações, comércio e indústria.

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

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

No respeito à qualidade do ar, ela resulta do maior ou menor grau de poluição atmosférica, o que constitui um dos principais problemas de saúde pública na sociedade moderna.

A exposição à poluição é praticamente inevitável e os efeitos dos poluentes dependem essencialmente de dois factores: (1) concentração do poluente e (2) tempo de exposição ao poluente.

Determinados poluentes atmosféricos têm efeitos específicos na saúde pública, sendo nomeadamente causadores e/ou agravantes de doenças respiratórias como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), de doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, distúrbios do sistema nervoso central e de alterações ao nível do desenvolvimento.

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

Na estação de medição da qualidade do ar instalada na Avenida da Liberdade, o nº de dias por ano em que os valores medidos de PM₁₀ excedem os valores legais é de 113, sendo o máximo legal de 35.

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

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

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

A qualidade do ar interior é influenciada pelo ar exterior e pelo sistema de ventilação. Manter as janelas exteriores e as portas interiores fechadas reduz as taxas de ventilação e incrementa o teor de CO₂ ao que se encontram associadas doenças respiratórias, sendo fundamental garantir a ventilação natural dos edifícios, com benefícios para a saúde.

Em Lisboa durante o período de verão, quando as temperaturas são mais elevadas, já se demonstrou que há um incremento no risco de mortalidade e na contaminação do ar. As ondas de calor contribuem para o aparecimento de patologias cardiovasculares e respiratórias, atingindo principalmente os grupos mais vulneráveis, nomeadamente os idosos e as crianças, para além dos diferentes impactes na saúde variarem não só com a idade, como com o estrato socioeconómico, a ocupação, o género...

A construção e o planeamento urbano podem atenuar os impactes negativos através de uma utilização adequada de materiais e uma ocupação do solo que tire partido da topografia, da exposição solar e da morfologia urbana, assim como através da criação de espaços verdes de ensombramento, e ainda, através do aproveitamento do vento, que desempenha um papel fundamental no ambiente climático das cidades, contribuindo para o seu arrefecimento e para o conforto térmico e saúde dos habitantes.

Higiene urbana e resíduos

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

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

No concelho de Lisboa, o Centro de Triagem da Valorsul está localizado na freguesia do Lumiar. Nesta unidade industrial, através de processos mecânicos e manuais, os resíduos são separados por tipo de material (vidro, papel/cartão, plástico e metal), por forma a serem encaminhados para a indústria da reciclagem.

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

Ruído

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

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

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

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

Mobilidade, motorização e movimentos pendulares

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

Nos últimos anos ocorreu uma ligeira diminuição, mas mesmo assim, mantinha-se em 2013 no valor de 589 veículos ligeiros/1 000 hab, valor superior ao da AML (475 veículos ligeiros/1 000 hab).

O envelhecimento da frota automóvel tem custos ambientais acrescidos e consequências negativas na saúde pública. Em 2013, no distrito de Lisboa, a proporção de veículos ligeiros de passageiros com 10 e mais anos em circulação era de 46%, percentagem inferior à registada no país (60%).

Considerando os residentes na cidade de Lisboa, em 2011, cerca de 1/4 da população empregada ou estudante utilizava mais do que um modo de transporte nas suas deslocações. O automóvel ligeiro é o modo de transporte mais utilizado pela população residente na cidade (103 974 indivíduos), seguindo-se o autocarro (59 224), a pé (51 586) e o metropolitano (35 451).

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

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

A proporção da população empregada ou estudante que utiliza o automóvel nas deslocações tem vindo também a aumentar em Lisboa, acompanhando o aumento generalizado na área metropolitana e no continente. Embora seja inferior ao país e mesmo à região, este valor tem vindo sempre a crescer, tendo passado de 22,76% em 1991, para 48% na última década.

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

Também o prolongamento do tempo em que se permanece sentado ao volante prejudica as costas, os joelhos e o pescoço, uma vez que o peso que o corpo exerce sobre a coluna se multiplica por quatro, quando a pessoa está sentada. O corpo tende a curvar-se alongando os músculos, afectando especialmente a região lombar.

Os passageiros dos transportes colectivos estão em princípio menos sujeitos a este tipo de consequências, ao enfrentar o trânsito passivamente como passageiros e podendo adoptar posturas menos prejudiciais durante o trajeto.

No entanto a realidade é de uma cada vez maior utilização do transporte individual, em detrimento da utilização dos transportes colectivos.

A utilização do transporte individual em detrimento do transporte colectivo influencia, a diferentes níveis, o tempo de deslocação e a fluidez do tráfego, contribuindo para uma cidade cada vez menos sustentável, com consequentes efeitos nefastos no bem-estar e qualidade de vida, em diferentes vectores como a qualidade do ar, o ruído, os tempos médios de deslocação, a conciliação trabalho-família, traduzindo-se em menos saúde no seu sentido lato.

Sedentarismo

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

A vida sedentária é responsável pelo agravamento de algumas doenças crónicas como a hipertensão arterial, a obesidade e a diabetes.

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

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

O sedentarismo na Região de Lisboa atinge 45,4% da população maior de 18 anos. Quando analisados os dados por sexo e grupos etários verifica-se que as mulheres com mais de 35 anos são mais activas do que as mulheres mais novas.

Os crescentes hábitos de vida sedentários nas crianças têm conduzido ao aumento da prevalência da obesidade infantil, visto que a ocupação dos tempos livres não inclui actividade física, pelo contrário, inclui maus hábitos alimentares e um grande número e horas despendidas em frente ao computador ou a uma consola de jogos.

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

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

Hábitos alimentares

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

Os bons hábitos alimentares remetem para uma alimentação que seja simultaneamente completa, equilibrada e variada de forma a, respectivamente, incluir todos os alimentos, fornecer os alimentos com proporção e assegurar a diversificação dos alimentos.

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

A actual proposta de uma Nova Roda dos Alimentos reflecte um padrão de hábitos alimentares saudáveis e inclui a actividade física, a água e as gorduras saudáveis na rotina alimentar diária, em detrimento do consumo proteico de origem animal.

Os hábitos alimentares da população portuguesa são relativamente desconhecidos e variam muito, não só de acordo com a região do país, mas também com o estrato socioeconómico e a faixa etária.

A crise económica tem provocado nalgumas famílias uma desarticulação nas refeições diárias, provocando uma dieta desequilibrada. Esta problemática acentua-se em determinadas áreas da cidade de Lisboa.

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

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

Desporto e actividade física

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sinistralidade rodoviária, laboral e doméstica

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

A cidade de Lisboa apresenta taxas de mortalidade por acidente de viação, inferiores às do Continente e do País, mas mais elevadas do que muitos concelhos da área da Grande Lisboa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nos últimos anos, no Distrito de Lisboa, tem havido uma ligeira tendência de diminuição do número total de acidentes laborais (mortais e não mortais), oscilando entre 42 668 em 2007, 35 254 em 2010 e 39 184 em 2012. A tendência de evolução do número de acidentes de trabalho com vítimas mortais é decrescente, sendo de apenas 15 vítimas mortais em 2013, quando em 2002 o valor era de 61 mortes.

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

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

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

Enquanto os acidentes rodoviários e laborais têm vindo a apresentar resultados satisfatórios, com a redução de casos e de gravidade dos danos, o mesmo não se verifica em relação aos traumatismos por acidentes domésticos e de lazer.

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

Doenças crónicas e de evolução prolongada

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

Obesidade

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

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

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

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

Diabetes

A diabetes atinge mais de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 8,3% da população mundial e continua a aumentar em todos os países. Em 46% destas pessoas, a diabetes não foi ainda diagnosticada, prosseguindo a sua evolução silenciosa.

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

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

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

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

VIH/Sida

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

Nas Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Norte verificou-se o maior número de casos notificados (78,8%) sendo que a região de Lisboa e Vale do Tejo, só por si, notificou mais de metade do total de casos notificados em Portugal (53,7%).

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

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

Doenças sexualmente transmissíveis

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

Doenças oncológicas

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

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

No distrito de Lisboa, em 2006, a incidência total dos tumores malignos era de 9 198 casos, sendo o cancro da mama o mais frequente (1 360 casos), seguido do cancro da próstata (1 288 casos), e do cancro do cólon (1 045 casos), cancro da traqueia, brônquios e pulmão (641 casos), e do recto (510 casos).

A mortalidade por tumor do cólon e recto, bem como o tumor maligno da mama para todas as idades apresentam em Lisboa valores claramente superiores aos da Região e do Continente no sexo feminino.

Doenças respiratórias

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

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

As doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa²⁵⁷, calculando-se uma prevalência de 10% para a asma, de 25% para a bronquite crónica e 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos.

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

²⁵⁷ Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

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

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

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

Asma

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

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

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

Pneumonias

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

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

DPOC

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

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

Tuberculose

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Doenças mentais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUE MEIOS E RECURSOS TEMOS?

Cuidados de Saúde Primários

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Na cidade de Lisboa, distribuídos pelos 3 ACES, existem:

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

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

Os 3 ACES exclusivamente na cidade de Lisboa, em 2013 para um total de 830 373 inscritos, dispunha de:

- 372 médicos de Medicina Geral e Familiar
- 22 médicos de Saúde Pública
- 132 Internos e Assistentes
- 406 enfermeiros

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

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

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

Cuidados Continuados Integrados

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

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) traduzem-se no conjunto de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social²⁵⁸

²⁵⁸ Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho

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

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

A coordenação da Rede é assumida ao nível nacional e, no plano operativo, aos níveis regional e local. No último nível, esta função é assegurada por Equipas de Coordenação Local (ECL), cujo âmbito territorial coincide com a área de influência dos Centros de saúde. As ECL têm composição multidisciplinar e intersectorial: no mínimo devem possuir 1 médico, 1 enfermeiro e 1 assistente social, em representação da ARS e do Centro Distrital de Segurança Social (CDSS), e sempre que necessário 1 representante da Câmara Municipal²⁵⁹.

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

Desde 2010, encontra-se ainda criado²⁶⁰ outro tipo de unidades e equipas no âmbito de cuidados continuados integrados de saúde mental, igualmente da responsabilidade de ambos os Ministérios, destinados às pessoas com doença mental grave, de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontre em situação de dependência, independentemente da idade.

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

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

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

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

²⁵⁹ Despacho 19 040/2006 de 19 de Setembro

²⁶⁰ Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de Janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 22/2011, de 10 de Fevereiro

No entanto, em vez de ter havido um cumprimento progressivo da meta estabelecida, a oferta no Concelho de Lisboa diminuiu. Em 2015, a oferta na cidade de Lisboa, nas diferentes tipologias é apenas de:

• unidades de convalescença	48
• unidades de média duração e reabilitação	22
• unidades de longa duração e manutenção	12
• unidades de cuidados paliativos	0
• unidade de dia e promoção da autonomia	0

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

Considerando os novos rácios, as carências calculadas para a população correspondente aos Censos de 2011 (130 960 habitantes com 65 e mais anos) e para a mesma população idosa estimada na Carta de Equipamentos de Saúde para 2016 (146 246 habitantes com 65 e mais anos) passou a ser respectivamente de:

- carências em nº de camas (2011) – 1 083
- carências em nº de camas (2016) – 1 216

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

De assinalar que, diferentemente de outras Misericórdias do país, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), uma das entidades com maiores recursos e experiência na área social e de saúde, não dispõe de qualquer unidade de internamento da RNCCI em Lisboa.

Uma hipótese a considerar seria a realização de um aditamento ao Acordo de Cooperação firmado entre a CML e a ARSLVT, para partilha de responsabilidades com a SCML no desenvolvimento da RNCCI em Lisboa, definindo as condições da sua participação e empenhamento.

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

Cuidados Hospitalares

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

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

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

Em 2012 foram realizadas 277 437 consultas referenciadas pelos médicos de família da RLVT, sendo que a grande maioria foram realizadas fora do tempo médio de espera garantido (TMEG), isto é, realizadas num tempo superior a 150 dias de espera.

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

IX.2 - Contributos para o Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida da Cidade de Lisboa

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

G. Goldstein, I. Kickbusch (1996)

Sistematizando a informação proveniente dos diversos pelouros da Câmara Municipal de Lisboa, dos Censos 2011, da ARSLVT e dos 3 Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa (ACES), e de diversas outras entidades que recolhem, tratam e disponibilizam informação estatística com relevância para o presente trabalho, pretendeu-se acima de tudo construir um ponto de partida para a realização de um diagnóstico das problemáticas da cidade de Lisboa na área da saúde.

Decidir onde e como intervir para influenciar os determinantes de saúde, de forma a prevenir a doença e essencialmente promover a saúde, promovendo estilos de vida saudáveis e evitando e comportamentos de risco, é o desafio dirigido ao Município, mediante soluções de “governança integrada”, parcerias e articulação entre acções dos diferentes agentes, para uma maior rentabilização de recursos, eficiência e eficácia.

Incorporar as dinâmicas sociais de grupos e comunidades, com objectivos de apoio social e de ganhos em saúde, como são exemplo os Projectos BIP/ZIP, depois de monitorizados e avaliados no âmbito da Agenda Estratégica do Plano de Desenvolvimento Social (PDS), para a sua eventual disseminação e replicação, é sem dúvida um outro desígnio.

Com base tanto nestes pressupostos, como no presente Perfil Municipal de Saúde, na monitorização simultânea do Contrato-Programa firmado com a ARSLVT, cuja execução se encontra em curso, no desenvolvimento de algumas acções da Agenda Estratégica do PDS, nomeadamente o Plano de Acesso à Saúde em Lisboa, a avaliação das situações de “saúde mental”, a implementação da Rede de Cuidados Continuados, foi possível esboçar desde já uma matriz preliminar com 5 eixos estratégicos e que deverão vir a ser confirmados ao longo da realização de Workshops com os parceiros, para dar lugar ao Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida de Lisboa:

1. Vida activa
2. Vulnerabilidades
3. Cidade em envelhecimento
4. Acesso a cuidados de saúde de qualidade
5. Políticas no ciclo de vida



Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida - Diagrama Metodológico

1. Vida activa

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

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

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

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

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

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

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

Programas e actividades relevantes em curso:

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

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

2. Vulnerabilidades

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Programas e actividades relevantes em curso:

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

3.Cidade em envelhecimento

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

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

A participação activa dos idosos na sociedade constitui um factor de promoção da sua qualidade de vida durante o processo do envelhecimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Programas e actividades relevantes em curso:

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

4. Acesso a cuidados de saúde de qualidade

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Acção relevante em curso:

- Revisão da Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa aprovada em 2009

5. Políticas no ciclo de vida

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

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

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

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

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

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

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

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

Programas e actividades relevantes em curso:

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

Bibliografia

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

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

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO (ARSLVT), “Retrato da Saúde em Lisboa: Contributo para um Perfil da Saúde da Cidade”, 2013.

ALCOFORADO, Maria João, et al., “Orientações climáticas para o Ordenamento em Lisboa”, Relatório 4, Centro de Estudos Geográficos, Área de Investigação Geo-Ecológica, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2005.

ALCOFORADO, et al., “Clima e saúde: papel do planeamento e ordenamento urbano”, Centro de Estudos Geográficos, Área de Geo-Ecologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, s.d.

ALCOFORADO, et al., “Interactive short-term effects of equivalent temperature and air pollution on human mortality and Lisbon”, Humboldt Universidad zu Berlin, Geography Department - – Climatological Section, Berlin- Germany, Universidade de Lisboa, Centro de Estudos Geográficos, Lisboa, Portugal, Institute of Epidemiology II, Hellmoltz Zentrum München, German Research Center for Environmental Health (GmbH), Neuherberg/ Oberschleißheim, Germany. Elsevier, 2013.

ANDRADE, Inês Martins, “Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa”, Edição Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), Lisboa, Dezembro 2008.

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA, Departamento de Cooperação e Desenvolvimento, “Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos”, 2007.

BOURDIN, A., “O urbanismo depois da crise”, Livros horizonte, 2011.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “Planeamento Lisboa: O desafio da mobilidade”, Coleção Estudos Urbanos Lisboa XXI, Lisboa, 2005.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “Relatório da Primeira Fase - Programa Local de Habitação de Lisboa” Vol. 1, 1ª fase: Conhecer, Lisboa, Abril 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “Relatório da Primeira Fase” Vol.2 ATLAS do Programa Local de Habitação de Lisboa, 1ª fase: Conhecer, Lisboa, Abril 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “PDM de Lisboa,- Relatório de Caracterização Síntese”, Lisboa, 2012.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “PDM de Lisboa,- Indicadores de Monitorização”, Lisboa, 2012.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “Lx-Europa 2020, Lisboa no quadro do próximo período de programação comunitário”, Lisboa, Novembro 2012.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “Plano de Acessibilidade Pedonal”, Lisboa, 2013.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), "Colina de Santana – Documento Estratégico de Intervenção" DMPGRU – Departamento de Planeamento e Reabilitação Urbana, Lisboa, Dezembro 2013.

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS, "Perfil de Saúde do concelho de Odivelas (actualização)", Odivelas, 2007.

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS, "Plano Municipal de Saúde do concelho de Odivelas, Odivelas, 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DE OEIRAS, "Perfil de Saúde do concelho de Oeiras", Oeiras, 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DO SEIXAL, "Perfil de Saúde do Município do Seixal", Seixal, 1998.

CÂMARA MUNICIPAL DO SEIXAL, "Plano de Desenvolvimento de Saúde do Município do Seixal- IV Fase do Projecto Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde

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

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

COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO, "Mutilação Genital Feminina - Manual de procedimentos para Comissões de Protecção de Crianças e Jovens", Junho de 2014.

COMISSÃO REGIONAL DE LISBOA E VALE DO TEJO (CCDRLVT), "Plano de Acção Regional de Lisboa - 2014-2020 – Diagnóstico Prospectivo", Lisboa, Setembro de 2013.

CRAVEIRO, M. Teresa, DUARTE, Maria João, ROCHA, A. Sofia, "O papel do município na promoção da saúde", GEOSAÚDE 2014 - I Congresso de Geografia da Saúde dos Países de Língua Portuguesa, Coimbra, Abril 2014.

DE MELLO, Maria Lucília Mercês; Barrias, José Carvalho; Breda, João Joaquim, "Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal", Direcção Geral de Saúde, 2001.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, "PASI, Plano de Acção para a Segurança Infantil", 2012.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, "Plano Nacional de Saúde 2012-2016", Maio 2013.

EAPN-Portugal/Rede Europeia Anti-Pobreza, Observatório de luta Contra a Pobreza da Cidade de Lisboa "Relatório Semestral", Grupo de Missão – Referencial Estratégico – Plano de Desenvolvimento Social de Lisboa 2013-2015, Junho de 2014.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, CRISP, Lord Nigel (Coord.), "Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel a desempenhar", Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2014.

GOMES, Cristina Maria Pires Ribeiro, "A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de Álcool", Tese de Doutoramento Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa, Maio 2012.

HENRIQUES, José Manuel, "On becoming healthier communities: Poverty, territorial development and planning", Revista Portuguesa de Saúde Pública, 31 (1): 58-73, 2013.

InMOURARIA, Relatório de 2013

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, “ADELIA, Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada”, 2013

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, “Relatório sobre Acidentes na União Europeia”, 2013

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, Observatório Nacional de Saúde (ONSA), “Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde - Descrição e avaliação de uma metodologia”, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório, Lisboa, 2003.

JANUÁRIO, Patrícia de Abrunhosa, “Hábitos de sono das crianças e compreensão infantil do sono e das estratégias facilitadoras do adormecimento - Estudo com crianças de oito anos e seus pais”, Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença, 2012.

KORNOV, L., “Strategic Environmental Assessment as catalyst of healthier spatial planning: The Danish Guidance and practice”, Environmental Impact assessment, 2009.

LOUREIRO, Isabel, et al. “Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: reflectir para agir”, Revista portuguesa de saúde pública, 31(1),23-31, 2013.

MALHEIROS, J. E FONSECA, L. (coord.), “Acesso a habitação e problemas residenciais dos imigrantes em Portugal”, Edições Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, Colecção Estudo 48 do Observatório da Imigração, Lisboa, 2011.

MARTINGO, Carla, “O Corte dos Genitais Femininos em Portugal: O caso das Guineenses - Estudo Exploratório”, Edição Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), Lisboa, 2009.

MAURÍCIO, Cláudia, “Determinantes do Estado de Saúde dos Imigrantes na zona Metropolitana de Lisboa”, Tese de Mestrado, ISEGI-UNL, 2011.

MIGUEL, Luís Silva e BRITO DE SÁ, Armando, “Cuidados de Saúde Primários: Reforçar, expandir”.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, “Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade”, Decreto-Lei, n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro

MINISTÉRIO DA SAÚDE, “Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Documento de Suporte à Implementação da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)”, Março 2009.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, “Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções”, 2013

OHAYON MM, PAIVA T., “Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal”, Sleep Medicine, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), “Vinte medidas para desenvolver um projecto de Cidades Saudáveis”, Gabinete Regional para a Europa, Copenhaga, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), “Perfis de Saúde das Cidades – Como conhecer e avaliar a Saúde da sua Cidade”, Gabinete Regional para a Europa, Copenhaga, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), “Fase VI (2014-2018) da Rede Europeia das Cidades Saudáveis da OMS: objectivos e requisitos”, Gabinete Regional para a Europa, Copenhaga, 2013.

PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo

TAVARES, A., "Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde", Ministério da Saúde, Lisboa, 1990.

PAIXÃO, Eleonora, BRANCO, Maria João, CONTREIRAS, Teresa, "Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental", Janeiro 2006.

QUINTELA, Maria João, "Promover o Envelhecimento Activo, um Objectivo da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia/SPGG, Lisboa, Abril de 2014.

ROCHA T, et al., "Cardiovascular risk profile of high school students: A cross-sectional study", Revista Portuguesa de Cardiologia, 33: 525-534, 2014.

REDE PORTUGUESA DAS CIDADES SAUDÁVEIS, "Saúde em Rede Boas Práticas das Cidades saudáveis", s.d.

REDE SOCIAL DE LISBOA, "Plano de Desenvolvimento Social", Lisboa, 2012

REDE SOCIAL DE LISBOA, "Agenda Estratégica 2013 – 2015 - Recolha de dados: População sem – abrigo acompanhada pelas instituições intervenientes na cidade de Lisboa", NPISA, 2010.

REDE SOCIAL DE LISBOA, "Agenda Estratégica 2013 – 2015 – Relatório de Saúde Mental, Lisboa, 2015.

REDE SOCIAL DE LISBOA, "Agenda Estratégica 2013 – 2015- Implementar a Rede de Cuidados Continuados Integrados", 2015.

ROSETA, Helena, "Contributos da câmara municipal de Lisboa para a saúde dos munícipes", Revista portuguesa de Saúde Pública, 31(1):124-126, 2013.

SANDRA BARRETO, VERA CUNHA, LISA VICENTE, ANA CAMPOS, Mutilação Genital Feminina: O que sabem os Profissionais de Saúde?, Maternidade Alfredo da Costa, 2008

SANTANA, Paula, "Introdução à geografia da Saúde, Território, Saúde e Bem-Estar", Universidade de Coimbra, 2014.

SEIXAS, Mónica Pinto, "Avaliação da qualidade do sono na adolescência: implicações para a saúde física e mental", Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.

SSI, Sistema de Segurança Interna, "Relatório Anual de Segurança Interna", 2013,

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

VICENTE, Sónia Lisete Pacheco, "Atenção e Percepção: estudo comparativo entre sujeitos com boa e má qualidade de sono", Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), "Health 2020: an european policy framework supporting action across government and society for health and well-being".

