



Escola Nacional
de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

NOVA

UNIVERSIDADE NOVA
DE LISBOA

PLANO DE DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO CONCELHO DE ODIVELAS



Odivelas
CÂMARA MUNICIPAL



Escola Nacional
de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



PLANO DE DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO CONCELHO DE ODIVELAS



Odivelas
CÂMARA MUNICIPAL

Este relatório foi impresso em papel cana de açúcar, 100% reciclável
- vamos todos ajudar a proteger e melhorar o ambiente.



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. ENQUADRAMENTO.....	13
2.1 Constructo Legal e Político.....	14
2.2 Alinhamento com o Planeamento Estratégico a nível Nacional, Regional e Local.....	15
2.3 Alinhamento com os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável	17
2.4 Alinhamento com o Movimento Cidades Saudáveis.....	18
3. METODOLOGIA.....	21
4. TERRITÓRIO DO CONCELHO DE ODIVELAS.....	25
5. PERFIL DE SAÚDE E DETERMINANTES DA SAÚDE	29
5.1 Demografia e Socioeconomia.....	29
5.2 Habitação e Mobilidade.....	40
5.3 Ambiente Físico	43
5.4 Natalidade e Saúde Materno-Infantil.....	47
5.5 Determinantes Associados aos Estilos de Vida.....	50
5.6 Morbilidade.....	52
5.7 Mortalidade.....	58
5.8 Recursos de Saúde e Acessibilidade.....	60
5.9 Caracterização das Farmácias Comunitárias e Dispensa de Medicamento.....	70
5.10 Plano Nacional de Vacinação, Taxa de Realização/Adesão dos Rastreios e Saúde Oral	72
6. COVID-19 NO MUNICÍPIO DE ODIVELAS.....	77
7. AUSCULTAÇÃO DE PARCEIROS.....	81
8. MODELO CONCEPTUAL E EIXOS ESTRATÉGICOS.....	85
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89



A equipa que contribuiu para a elaboração deste Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida no concelho de Odivelas conta com a participação de investigadores e colaboradores com reconhecida experiência nas áreas da Saúde Pública, Epidemiologia, Bioestatística, Geografia e Planeamento do Território, Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, Envelhecimento Ativo, Políticas e Planeamento em Saúde e Políticas Públicas.

Coordenação:
Adalberto Campos Fernandes
Paulo Sousa

Equipa:
Guilherme Quinaz Romana
Patrícia Pita Ferreira
Rita Sequeira
Sofia Carmezim Pereira
António Teixeira Rodrigues
José Pedro Guerreiro

Fotografias
Joana Faro

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES Agrupamentos de Centros de Saúde	IPMA Instituto Português do Mar e da Atmosfera
ACSS Administração Central do Sistema de Saúde	IPO Lisboa Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.
AML Área Metropolitana de Lisboa	IQar Índice de Qualidade do Ar
APA Agência Portuguesa do Ambiente	ISS Instituto de Segurança Social
ARSLVT Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	ISF Índice Sintético de Fecundidade
BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários	ODM Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
CCDRLVT Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo	ODS Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
CCI Cuidados Continuados e Integrados	OMS Organização Mundial da Saúde
CHLC Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central	ONG Organizações não-governamentais
CHLN Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte	ONU Organização das Nações Unidas
CHLO Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	PCS Projeto Cidades Saudáveis
CMO Câmara Municipal de Odivelas	PDSQV Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida
CPCJ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	PLS Plano Local de Saúde
CSH Cuidados de Saúde Hospitalares	PNS Plano Nacional de Saúde
CSP Cuidados de Saúde Primários	PRS Plano Regional de Saúde
DGEEC Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência	PRSLVT Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ECCI Equipa Domiciliária de Cuidados Continuados Integrados	PTS Partículas Totais em Suspensão
EMS Estratégia Municipal de Saúde	RGR Regulamento Geral de Ruído
ENIPSSA Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo	RPMS Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis
GDH Grupos de Diagnóstico Homogéneos	RSI Rendimento Social de Inserção
HBA Hospital Beatriz Ângelo	SNS Serviço Nacional de Saúde
HFF Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca	SGMAI Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna
ICPC-2 Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários	TBM Taxa Bruta de Mortalidade
IDT Índice de Dependência Total	VLE Valor limite de exposição
IDI Índice de Dependência dos Idosos	UCC Unidade de Cuidados na Comunidade
IDJ Índice de Dependência dos Jovens	UCSP Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
IE Índice de Envelhecimento	UF União de Freguesias
IEFP Instituto do Emprego e Formação Profissional	UFu Unidades Funcionais
INE Instituto Nacional de Estatística	URAP Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
	USF Unidade Saúde Familiar
	USP Unidade de Saúde Pública



AGRADECIMENTOS

Os autores do presente trabalho agradecem a colaboração e contributo das seguintes entidades:

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P

Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas (nomeadamente à Direção Executiva e ao Serviço de Planeamento)

Agrupamentos de Escolas e Escolas de Formação Profissional do concelho de Odivelas

Bombeiros Voluntários do concelho de Odivelas

Câmara Municipal de Odivelas: Direção Municipal de Gestão e Administração Geral, Direção Municipal de Ordenamento e Intervenção Territorial, Departamento de Educação e Coesão Social, Departamento de Gestão Ambiental e Transportes, Departamento de Gestão e Ordenamento Urbanístico, Departamento de Obras Municipais e Habitação, Departamento de Desporto, Cultura e Turismo

Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas

Centro de Estudos e Avaliação em Saúde - Associação Nacional das Farmácias

Hospital Beatriz Ângelo

Instituições de Saúde Privadas do concelho de Odivelas

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P (nomeadamente ao Departamento de Doenças Infecciosas - Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica)

Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Odivelas

Instituto Português do Mar e Atmosfera

Juntas e Uniões de Freguesia do concelho de Odivelas

Liga Portuguesa Contra a SIDA Loures e Odivelas - Espaço Cuidar de Nós

Unidade de Saúde Pública Loures-Odivelas

Um agradecimento especial à equipa do Gabinete de Saúde da Câmara Municipal de Odivelas, nomeadamente, à Dra. Cristina Saraiva, ao Dr. Carlos Valentim e à Dra. Sandra Silva.



NOTA DE ABERTURA

O Município de Odivelas definiu, desde sempre, a saúde como uma área prioritária e estrategicamente central da sua atuação.

Contudo, esta atuação, que visa a promoção de mais e melhor saúde, só consegue atingir níveis de eficácia significativos através de um trabalho de envolvimento e complementaridade com os diversos parceiros locais, regionais e nacionais.

Encontrar respostas, em matéria de saúde e de qualidade de vida, para as necessidades das pessoas que vivem, trabalham ou estudam em Odivelas, transcende muitas vezes a escala local compreendendo outras condições, nomeadamente, de cariz económico, social ou cultural.

Esta prioridade colocada nos municípios, reflete-se neste documento que integra a auscultação das experiências e perceções associadas à saúde dos cidadãos residentes no concelho de Odivelas. Com esta abordagem, incluímos o ponto de vista dos próprios habitantes, identificando as suas necessidades, problemas e expectativas em relação às condições do lugar onde residem e à forma como estas condicionam a sua qualidade de vida e bem-estar.

Este Plano constitui, assim, uma excelente ferramenta para olharmos para o nosso território, procurando caracterizá-lo nas suas várias dimensões, físicas, humanas e ambientais, e identificando a sua influência na saúde da nossa população.

A colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública visa, precisamente, garantir, junto de uma entidade de referência nacional, a recolha, sistematização e análise desta informação, apontando para as prioridades que sustentem o planeamento e a intervenção municipal. Trata-se, igualmente, da base para uma ampla reflexão e debate, que se consubstanciará na definição de uma Estratégia Municipal de Saúde.

Deixo, por isso, uma palavra de apreço e de agradecimento a todos os que participaram na elaboração deste documento.

Estou convicto que com uma ação articulada na promoção de comportamentos e ambientes mais saudáveis, teremos seguramente um concelho de Odivelas com mais saúde e melhor qualidade de vida.



Hugo Martins
Presidente da Câmara Municipal de Odivelas



NOTA DE ABERTURA

O conceito de saúde não se define apenas como a ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

A saúde não pode ser entendida apenas como resultado de fatores genéticos ou biológicos, mas também, como um conjunto de fatores diretamente relacionados com o local onde se nasce, cresce, vive ou trabalha.

Como tal, é essencial conhecer e compreender todos estes fatores que influenciam a saúde, para que seja possível atuar sobre eles.

É neste contexto que a definição de um perfil de saúde, assume um papel de extrema importância, uma vez que fornece ferramentas que permitem conhecer a presente realidade e planear um futuro melhorado, com respostas adequadas e ajustadas às necessidades.

O Município de Odivelas empenha-se diariamente na promoção da qualidade de vida da sua população, promovendo estilos de vida saudável e tendo uma agenda pró-ativa no que concerne a políticas de prevenção, promoção e consolidação de respostas dirigidas às necessidades de todos, com especial incidência aos grupos etários mais vulneráveis, como as crianças e os idosos.

Com a elaboração do Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida, reforçamos a sua responsabilidade na promoção da saúde e da qualidade de vida de todos os munícipes, delineando uma estratégia para otimizar as boas práticas de promoção da saúde.

Melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida de quem vive em Odivelas, é uma prioridade para o Município, em colaboração ativa com as diversas entidades locais e nacionais para a criação e implementação de políticas em saúde.

O processo que conduziu à elaboração deste Plano, e que posteriormente servirá como base na definição de uma Estratégia Municipal de Saúde em Odivelas, é um excelente exemplo de um trabalho de parceria e participação na construção de um caminho inovador, ao qual se deve dar continuidade.



Edgar S. Valles
Vereador Pelouro da Saúde da Câmara Municipal de Odivelas

1. INTRODUÇÃO

O presente documento descreve os pontos essenciais do **Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida (PDSQV) para o Concelho de Odivelas**. A versão mais detalhada e completa desse Plano foi entregue aos responsáveis pelo município constituindo, ambos os documentos, um suporte referencial de médio prazo que servirá de apoio à orientação e à atuação estratégica na área da saúde e dos determinantes sociais no município de Odivelas. A elaboração destes documentos estratégicos resulta de uma colaboração entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa e a Câmara Municipal de Odivelas.

O PDSQV, partindo de uma descrição e análise minuciosa de múltiplos indicadores relacionados com as necessidades de saúde e os diferentes determinantes sociais; a morbilidade e a mortalidade; a procura e utilização de serviços; a capacidade instalada, ao nível de recursos e equipamentos; e a resposta à pandemia por COVID-19 a nível local - complementado com a auscultação dos diferentes parceiros, elabora um diagnóstico objetivo da situação de saúde e dos seus determinantes ao nível do território municipal. Com base nessa caracterização, definiram-se **eixos prioritários**, bem como um conjunto de recomendações para a ação que servirão de base para o planeamento e intervenção estratégica a nível municipal e para a elaboração de diferentes documentos de suporte à política municipal de saúde, de que é exemplo a Estratégia Municipal de Saúde.

Os resultados obtidos com a caracterização e análise ao estado de saúde da população, às dinâmicas de procura e utilização dos serviços de saúde dos residente no município de Odivelas, bem como às condições/determinantes sociais que influenciam a saúde e **a forma como se nasce, cresce, vive a vida adulta, envelhece e morre** no município, são extremamente importantes para apoiar a definição e implementação de políticas e ações a nível municipal alinhadas com políticas e estratégias a nível regional, nacional e internacional.

Assim, este PDSQV tem como objetivo geral contribuir para a **melhoria do estado de saúde - nas diferentes fases do ciclo de vida** - da população residente em Odivelas, partindo da avaliação do perfil de saúde e dos determi-

nantes sociais, ao nível do concelho e definindo um conjunto de objetivos estratégicos que promovam a redução de iniquidades e a efetividade e eficiência nas políticas e ações que visem a promoção e proteção da saúde e a prevenção de doenças.

A elaboração deste documento teve por base uma abordagem global e integrada, assente num **processo analítico, participativo e de planeamento estratégico** que visou, a partir da caracterização do perfil de saúde e dos seus determinantes sociais, identificar áreas prioritárias e definir recomendações que possam apoiar a tomada de decisão e, simultaneamente, que apele à responsabilidade multisectorial, coletiva e individual promovendo o exercício fundamental de capacitação das organizações e entidades parceiras com interesse e responsabilidade, direta ou indireta, na saúde, bem como dos munícipes Odivelenses.

Em termos de estrutura, este documento é constituído por cinco partes: uma primeira parte introdutória, que integra a componente de enquadramento, explicita a metodologia utilizada e descreve os aspetos essenciais do território. Segue-se a segunda parte que caracteriza o perfil de saúde e utilização dos serviços de saúde da população de Odivelas, bem como a descrição e análise dos principais determinantes sociais que influenciam a saúde. A terceira parte descreve a auscultação dos parceiros, enquanto processo participativo, multi e intersectorial, destacando-se a importância da **saúde em todas as políticas**.

Na conjuntura em que se desenvolveu este estudo é incontornável não referir o impacte e resposta à pandemia por COVID-19. Assim, a quarta parte deste trabalho é dedicada a esse assunto, destacando alguns dos **principais indicadores da pandemia, no concelho de Odivelas**. Ainda nesta parte, são apresentadas algumas das principais iniciativas planeadas e implementadas pela Câmara Municipal de Odivelas no âmbito da resposta e preparação à pandemia por COVID-19. Na quinta e última parte deste documento são apresentados os eixos prioritários que decorrem da análise realizada e que constituem um importante contributo para a inovação, para o apoio à tomada de decisão e para o planeamento estratégico em saúde ao nível do município.



2. ENQUADRAMENTO

O conceito de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), não se define apenas como ausência de doença, mas sim como um estado de completo bem-estar físico, mental e social¹. Neste sentido, a saúde não pode ser entendida apenas como o resultado de fatores genéticos e biológicos, mas também como o produto de múltiplos fatores, intimamente ligados ao local onde se nasce, cresce, vive e envelhece. Ou seja, para compreendermos as causas da doença é necessário focar não apenas nas causas diretas, mas também nos fatores mais latos que influenciam essas causas. Só compreendendo todo o conjunto de fatores que influenciam a saúde é que podemos atuar sobre eles.

Neste sentido, é importante que se compreenda a existência de desigualdades em saúde. Por exemplo, as diferentes condições socioeconómicas, de habitação e do

ambiente refletem-se na saúde das populações e, consequentemente, geram desigualdades^{2,3}. Compreender as desigualdades e compreender quando estas são sistémicas, evitáveis e injustas, ou seja, quando estas se tornam iniquidades em saúde, deve ser uma prioridade junto dos investigadores e decisores da área da saúde. Para compreender as desigualdades e iniquidades em saúde precisamos também de analisar os determinantes da saúde e a sua distribuição no território.

Os determinantes da saúde têm um impacto profundo na saúde, bem-estar e na qualidade de vida das populações. Existem vários modelos conceptuais para traduzir a relação existente entre diferentes determinantes da saúde, o indivíduo e as populações. Tais modelos, como o definido por Dahlgren e Whitehead (1991), ilustram esta relação em camadas, segundo o seu nível de proximidade e



Figura 1. Determinantes da saúde (adaptado de Barton and Grant 2010)

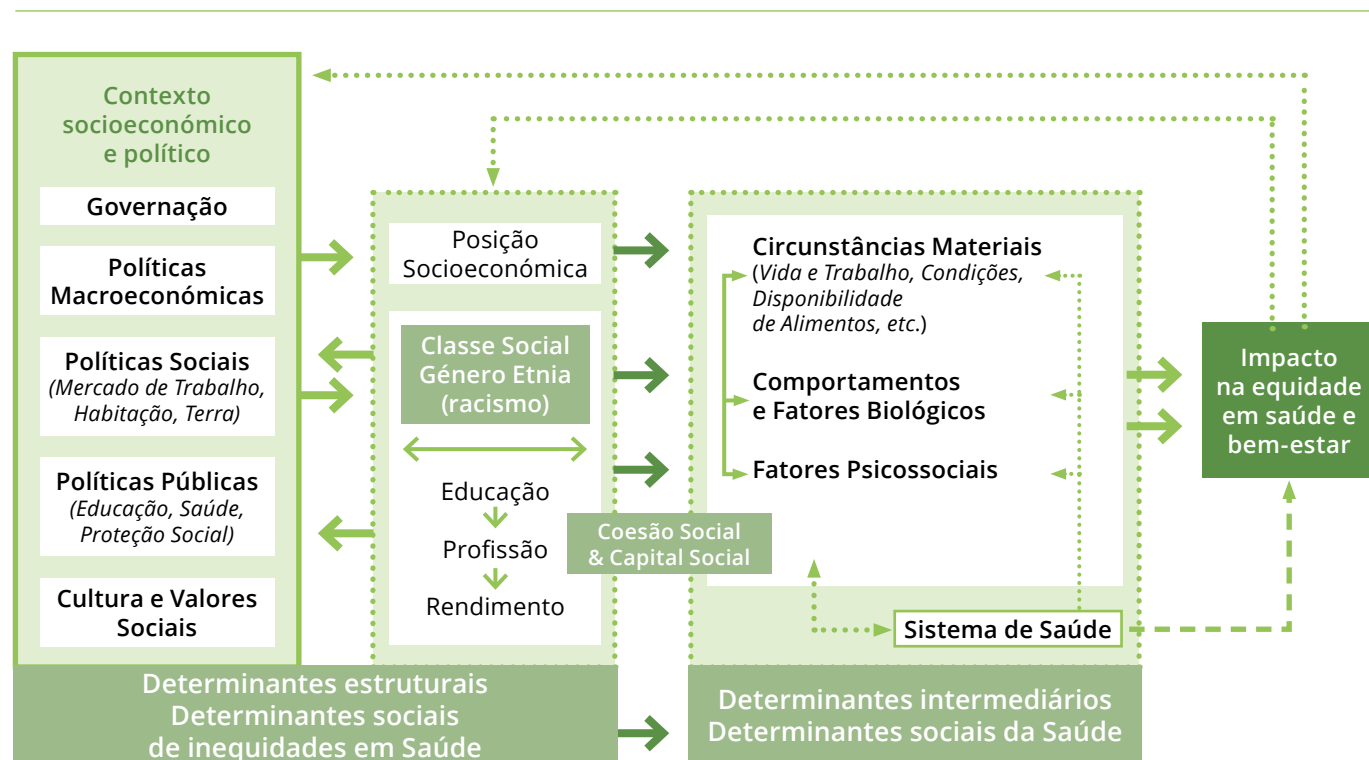


Figura 2. Determinantes estruturais e intermediários dos determinantes sociais da saúde (adaptado da OMS, 2010)

de maior ou menor influência ao indivíduo – o nível de proximidade e influência vai diminuindo do centro para a periferia do círculo⁴.

As pessoas (indivíduos) são o centro deste modelo, entendendo-se o indivíduo na totalidade, com as suas características intrínsecas, genéticas e biológicas, e influenciado pelo meio que o rodeia. Posteriormente, Barton e Grant (2006) introduziram fatores como as mudanças climáticas, o ecossistema e a biodiversidade, realçando a importância e a estreita relação destes determinantes com a saúde e bem-estar da população (Figura 1)⁵.

Ciente da importância dos determinantes sociais da saúde a OMS, em 2010, desenvolveu um modelo conceptual para a ação nesta área⁶. Nesse modelo, os determinantes da saúde são divididos em estruturais e intermediários, ambos com impacto na saúde, bem-estar e equidade. Nos determinantes estruturais inclui-se o contexto socioeconómico e político, que influenciam a posição socioeconómica do indivíduo. Paralelamente, características individuais, como fatores biológicos (como o género e a etnia), a educação, a ocupação laboral e o rendimento, influenciam a posição socioeconómica e, por inerência, a saúde. Já nos determinantes intermediários, a OMS considera o próprio Sistema de Saúde, bem como as condições de habitabilidade, de trabalho, de alimentação e os próprios estilos de vida e comportamentos humanos (Figura 2).

De forma inovadora, este modelo considera que não só a saúde, bem-estar e equidade são influenciados por estes fatores, como de forma direta e indireta podem, igual-

mente, influenciar o indivíduo, a comunidade e as instituições.

2.1 CONSTRUCTO LEGAL E POLÍTICO

A proteção da saúde assume-se como um dos mais importantes direitos dos cidadãos, consagrado pelo artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (*“toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários [...]”*)⁷ e pelo artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, que consagra que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover⁸.

Compete ao Estado garantir o direito à proteção da saúde através de estratégias adequadas de promoção da saúde e de prevenção da doença, bem como pela garantia de acesso universal e cobertura geral a cuidados de saúde, com qualidade e em segurança. A prossecução destes objetivos exige um adequado planeamento estratégico de forma a assegurar uma correta e eficiente distribuição dos recursos existentes, a sua adequabilidade às necessidades prementes e a equidade em saúde.

A melhoria do desempenho do Sistema de Saúde Português, como um todo, está indissociavelmente ligada à concretização de políticas locais centradas no cidadão, nas suas necessidades reais de saúde de médio e longo prazo, num contexto de integração de ações que promo-

vam a qualidade de vida, a saúde individual e a saúde comunitária, focando no reforço da literacia e conhecimento em saúde, na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e na criação de ecossistemas mais sustentáveis em diferentes níveis⁹.

Em concordância com o preconizado pela OMS, o poder local, legitimado democraticamente, pode contribuir de forma decisiva para a implementação de políticas de proximidade mais eficazes, efetivas e eficientes¹⁰. A nível municipal, as intervenções em saúde são determinantes para esbater assimetrias e reduzir desigualdades, melhorar a equidade na provisão e direito à proteção da saúde e dinamizar formas mais eficientes de organização dos serviços e da participação individual e comunitária dos cidadãos na melhoria da sua própria saúde. Assim, a elaboração de um documento estratégico desta natureza enquadra-se no contexto recente da política de descentralização e reforço da intervenção na área da saúde por parte dos municípios.

O Programa do XXI Governo Constitucional estabeleceu, como elemento nuclear da reforma do Estado, a concretização dos princípios da subsidiariedade, da autonomia das autarquias locais e da descentralização democrática da administração pública, plasmados no n.º 1 do artigo 6.º da Constituição portuguesa. O quadro constitucional vigente contempla as autarquias locais como órgãos do Estado democrático, com legitimidade política e objetivos próprios, alinhados com os interesses específicos das populações locais que representa.

Neste contexto, com a aprovação da Lei-Quadro da descentralização e a publicação dos Decretos Setoriais que visam a transferência de competências do poder central para o poder local, as autarquias passam a poder assumir novas competências em diversas áreas, nomeadamente na saúde.

Nesse âmbito, o Decreto-Lei 23/2019, de 30 janeiro, concretiza o quadro de transferência de competências da administração central para os municípios no domínio da saúde, reforçando o papel dos municípios ao nível da participação e da influência nas políticas, programas e projetos de saúde, tentando assegurar por essa via o melhor interesse dos cidadãos¹¹.

O referido Decreto-Lei determina que as Autarquias passem a assumir um papel central no que diz respeito à:

- Participação no planeamento, gestão e realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários e à Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências das administrações Regionais de Saúde do Estado, nomeadamente na sua construção, equipamento e manutenção;

a. em conjunto com o artigo 33.º da Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto

- Gestão e execução de serviços de apoio logístico às unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – excluindo o equipamento médico;
- Gestão dos trabalhadores inseridos na carreira de assistente operacional das unidades funcionais dos ACES e das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências das administrações Regionais de Saúde que integram o SNS;
- Gestão de programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo;
- Participação e influência no plano das políticas de saúde ao nível dos respetivos territórios;
- Participação na definição da rede de unidades de cuidados de saúde primários e de unidades de cuidados continuados de âmbito intermunicipal^{12, a}

O Decreto-Lei prevê, também, a elaboração da Estratégia Municipal de Saúde (EMS) que deverá contemplar as linhas gerais de ação e as respetivas metas, indicadores, estratégias, atividades, recursos e calendarização de atividades em saúde. Esta Estratégia deverá estar enquadrada com o Plano Nacional de Saúde e com os Planos Regionais e Locais de Saúde, devendo ser aprovada em Assembleia Municipal.

Salienta-se que os governos locais têm um papel fundamental na equidade em saúde, competindo-lhes a tarefa de garantir aos seus munícipes o acesso equitativo a oportunidades que permitam uma melhor saúde da comunidade. Esta garantia por parte dos municípios pode ser realizada através de atuação em diversas áreas, como o planeamento urbano, ambiente, educação, habitação, segurança, transportes e mobilidade.

Assim, o poder local tem um papel muito importante para a determinação das necessidades de desenvolvimento local, com particular enfoque nas iniquidades e na criação de estratégias intersectoriais, com base no princípio de *Saúde em Todas as Políticas* e alinhado de forma coerente com os níveis regional, nacional e, nalguns aspetos, à dimensão internacional.

2.2 ALINHAMENTO COM O PLANEAMENTO ESTRATÉGICO A NÍVEL NACIONAL, REGIONAL E LOCAL

O novo ciclo de planeamento em saúde que se iniciou em Portugal e que pretende alicerçar o novo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, será marcado por vários desafios:

- Crescente envelhecimento da população;
- Epidemia das doenças não transmissíveis;
- Iniquidades em saúde;
- Alterações climáticas;
- Fortalecimento do sistema de saúde;
- Migrações e as emergências em saúde pública.

Todos estes desafios têm como base a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), para alcance dos mesmos até 2030.

O PNS é o instrumento e o recurso de planeamento em saúde enquadrador dos objetivos, planos e estratégias que visam manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal. Tem como valores fundamentais a universalidade e o acesso a cuidados de qualidade, garantindo equidade e solidariedade. Estes valores são partilhados por todos os atores do Sistema de Saúde Português.

Atualmente, encontra-se em vigor o PNS 2012-2016 revisito e estendido até 2021¹³, fundamentado na mais recente evidência disponível e em indicações estratégicas da OMS como o *Health 2020* e o *Health for Growth Programme 2014-2020*¹⁴. Estas estratégias constituem o quadro de referência para as políticas europeias de saúde. As linhas orientadoras destas estratégias centram-se na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, seguindo a abordagem estratégica que envolva toda a sociedade e todos os setores governamentais (*whole-society e whole-of-government*).

O PNS, enquanto instrumento de governação da saúde, visa integrar e focar os esforços de todos os agentes que promovem e protegem a saúde, sendo também a referência no alinhamento das estratégias nacionais, regionais e locais em relação ao desenvolvimento dos recursos humanos, formação para a saúde, investigação e inovação e na atribuição de financiamento a todos os agentes do Sistema de Saúde.

O PNS define quatro eixos estratégicos principais que constituem o modelo conceptual (Figura 3), para orientar as políticas de saúde em Portugal:

- Cidadania em Saúde;
- Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde;
- Qualidade em Saúde;
- Políticas Saudáveis.

O desenvolvimento destes eixos visa fomentar a capacitação e promover o *empowerment* do Sistema de Saúde, considerando-se que a capacidade de manter e promover o potencial de saúde está, também, sob a responsabilidade do cidadão, das famílias, das comunidades, das



Figura 3. Modelo Conceptual do PNS (adaptado PNS extensão a 2021)

organizações e da sociedade como um todo. Os eixos contribuem para obtenção de ganhos em saúde, bem como para a melhoria do desempenho e reforço do alinhamento, da integração e da sustentabilidade do Sistema de Saúde e de todos os setores que com ele se correlacionam, tendo como objetivo comum a criação de valor em saúde e a melhoria da saúde e bem-estar da população¹³.

As principais metas definidas no PNS revisão e extensão a 2021 são:

1. reduzir a mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), para um valor inferior a 20%;
2. aumentar a esperança média de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%;
3. reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com idade superior aos 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental;
4. controlar a incidência e prevalência do excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020.

Assumindo as estratégias e metas elencadas, o PNS é operacionalizado a nível nacional através de Programas Prioritários de Saúde que abrangem as seguintes áreas fundamentais de intervenção:

- Prevenção e Controlo do Tabagismo;
- Promoção da Alimentação Saudável;
- Promoção da Atividade Física;
- Diabetes;
- Doenças Cérebro-cardiovasculares;
- Doenças Oncológicas;

- Doenças Respiratórias;
- Infecção VIH/Sida e Tuberculose;
- Hepatites Virais;
- Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antibióticos;
- Saúde Mental.

A implementação do PNS foca-se no conceito de governança inteligente (*“smart governance”*) definido pela OMS para a Europa, sendo que a sua implementação deve ter em consideração sete princípios orientadores:

1. prevenção e controlo da doença;
2. promoção e proteção da saúde;
3. colaboração intersectorial;
4. capacitação dos cidadãos;
5. promoção de ambientes saudáveis;
6. divulgação e implementação de boas práticas;
7. fortalecimento da saúde global.

Estes sete princípios constituem também desafios que, a par dos Eixos Estratégicos, devem orientar todas as políticas de saúde, tendo em conta o ciclo de vida, os condicionanismos territoriais e do ambiente e uma abordagem intersectorial, numa perspetiva sinérgica, para obtenção de ganhos em saúde.

O Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (PRSLVT) 2018-2020 encontra-se alinhado com as opções estratégicas do PNS-2020 e com a Estratégia 2020 da Organização Mundial de Saúde para a Região Europeia, que se centram na abordagem “Saúde em todas as políticas”, para assegurar a melhoria da saúde e bem-estar da população e a redução das desigualdades em saúde¹⁵.

O PRSLVT, sendo uma ferramenta de aplicação do PNS à região, desenvolve sínteses e instrumentos de apoio à elaboração dos Planos Locais de Saúde (PLS), de forma a garantir uma mudança efetiva no planeamento local, tanto ao nível das comunidades, como dos serviços de saúde. Os quatro eixos estratégicos do PRSLVT, que se centram nas pessoas e nas intervenções dos serviços de saúde e das instituições comunitárias, são:

- Cidadania;
- Afetos;
- Saúde Sustentável;
- Qualidade.

No PRSLVT estão definidos quatro objetivos de âmbito regional, sendo que os dois primeiros estão associados ao estado de saúde/doença e os outros dois dizem respeito ao desempenho institucional:

1. Controlar a incidência e prevalência do excesso de peso e da obesidade;

2. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com idade superior 15 anos;
3. Aumentar o número de projetos comunitários de base salutogénica, com vista à promoção da saúde mental;
4. Aumentar o número de protocolos e parceria com entidades de âmbito regional ou equivalente.

Os Planos Locais de Saúde (PLS) são documentos estratégicos desenvolvidos a nível local e enquadrados a nível regional com os Planos Regionais de Saúde (PRS) e a nível nacional com o PNS. Os PLS são instrumentos de Saúde Pública, cujo foco deve ser comunitário, não só para orientação da comunidade para potenciar os fatores protetores da saúde e reduzir os fatores de risco, como também orientar os serviços de saúde na obtenção de indicadores que resultem de intervenções em saúde.

O mais recente PLS de Odivelas foi definido para o período de 2013 a 2016, tendo sido estendido até 2020. Este definiu cinco problemas de saúde prioritários para os quais são necessárias intervenções concretas no sentido de diminuir o seu impacto na população. Os cinco problemas são: *Diabetes Mellitus*; Doenças Cardiovasculares; Tumor da Mama Feminina; Obesidade e Tumores do Aparelho Digestivo¹⁶.

Tendo em conta os cinco problemas de saúde identificados, foram definidos objetivos específicos para o ano de 2020, definida a operacionalização clínica para cada um dos problemas de saúde prioritários, bem como as estratégias específicas. Foi, igualmente, definido que a monitorização da implementação dos projetos seria realizada seguindo um conjunto definido de indicadores, sendo que as partes interessadas – o Município de Odivelas, Município de Loures, o ACES Loures-Odivelas e o Hospital Beatriz Ângelo – assinaram um compromisso para a Saúde do município¹⁶.

2.3 ALINHAMENTO COM OS OBJETIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Os 17 ODS foram adotados por todos os estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, como parte da “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”¹⁷. Os ODS foram definidos para dar resposta, até 2030, a desafios ambientais, políticos e económicos e têm como objetivo diminuir as desigualdades económicas e sociais e promover o bem-estar das populações. Assim, têm em consideração os principais desafios do planeta como as alterações climáticas, a erradicação da pobreza, a utilização dos recursos naturais, a igualdade de género e a promoção de sociedades inclusivas (Figura 4).

Importa ressaltar que a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, contempla uma dimensão universal, a implementar por todos os países, e não apenas nos países em desenvolvimento, como era o caso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), no período entre 2000 e 2015¹⁸.

Os 17 ODS vieram alterar a forma de abordar o desenvolvimento, essencialmente devido a quatro ordens de razão: i) ao integrarem as três dimensões do desenvolvimento sustentável - económica, social e ambiental; ii) ao definirem objetivos e metas universais a serem implementados por todos os países e não apenas por países em desenvolvimento; iii) por destacarem o combate às desigualdades e promoção dos Direitos Humanos, como preocupações transversais a todos os ODS; e iv) por requererem uma dinâmica diferente de alinhamento e conjugação de esforços de múltiplos parceiros e atores, incluindo as organizações não-governamentais (ONG), o setor empresarial privado, a academia, os parceiros sociais, e restantes membros da sociedade civil, não esquecendo também a cooperação entre o Parlamento, o Governo, autoridades regionais e autarquias locais. Esta é um desafio que diz respeito e apela à participação de todos – onde todos têm uma ação a desempenhar.

A exemplificar tal facto, a Agenda 2030 organiza-se em cinco princípios enquadreadores, os chamados **5P** - Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parcerias – os quais fornecem também uma base para organização dos ODS (Figura 5).

2.4 ALINHAMENTO COM O MOVIMENTO CIDADES SAUDÁVEIS

Em 1996, Goldstein e Kickbusch definiram uma “*cidade saudável*” como aquela que continuamente cria e desenvolve os seus ambientes físico e social e expande os recursos comunitários, de forma que as pessoas se apoiem mutuamente nas várias dimensões da sua vida e no desenvolvimento do seu potencial máximo¹⁹.

Com vista a alcançar este objetivo, o município de Odivelas integra a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS) desde o ano 2000. Esta rede tem como objetivo ajudar a divulgar, implementar e a desenvolver o Projeto Cidades Saudáveis (PCS) nos municípios que assumam como prioridade promover a saúde pública junto das comunidades locais.

O Projeto Cidades Saudáveis resulta de um movimento que tem vindo a ser desenvolvido pela OMS nos últimos 40 anos e que se baseia nos seguintes pressupostos¹⁰:

- A visão da saúde enquanto valor coletivo e da comunidade e não apenas centrada no indivíduo;



Figura 4. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Nações Unidas, ano 2015)

- A valorização da prevenção da doença e da promoção da saúde, em oposição ao foco apenas no tratamento da doença;
- A crescente importância para a saúde das pessoas, das condições de vida e da comunidade em que estão inseridos.

O Projeto Cidades Saudáveis promove uma maior capacitação e participação dos cidadãos no processo de transformar o ambiente que influenciará a sua saúde. Um elemento fundamental para incrementar a participação e capacitação das comunidades é haver um maior envolvimento dos agentes locais na preparação e implementação de projetos e de planos municipais de saúde. Assim, o PCS pretende alterar a forma como os indivíduos, as comunidades e as organizações compreendem, pensam e tomam decisões sobre a saúde.



Figura 5. Os ODS organizados de acordo com os cinco princípios enquadreadores (Adaptado de “Os municípios e os ODS, manual de ação local para a transformação global, 2020”)

A Rede Europeia de Cidades Saudáveis, desde o seu início em 1988, conta com seis fases quinquenais de desenvolvimento do Projeto Cidades Saudáveis. Atualmente, encontra-se em curso a fase VII, cujo período temporal é de 2019 a 2024. Para esta fase do projeto, o quadro de referência para a governação local em saúde, encontra-se estruturado em torno de seis pilares fundamentais:

- Lugar;
- Pessoas;
- Prosperidade;
- Planeta;
- Paz;
- Participação.

Estes pilares sustentam o quadro de referência da Governação Local para a Saúde no âmbito do Projeto Cidades

Saudáveis da OMS, estando também alinhados com os já referidos ODS e com a “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”.

Tendo em consideração o papel central da saúde enquanto fator de desenvolvimento económico, de coesão social, de bem-estar dos indivíduos e das populações, associado à sua influência e impacte ambiental e intersectorial torna-se fundamental uma abordagem que privilegie a Saúde em todas as Políticas e que o seu planeamento estratégico integre as dimensões local, regional, nacional e, em determinados aspetos, internacional.

3. METODOLOGIA

Do ponto de vista metodológico, privilegiou-se uma abordagem de paradigma misto, qualitativo e quantitativo. Optou-se por um desenho de estudo observacional, analítico e transversal de base municipal. Em termos operacionais, destacam-se as fases de pesquisa, recolha e análise de informação de diversas fontes internacionais, nacionais, regionais e locais, recorrendo-se a diferentes instrumentos e abordagens.

Essencialmente, a **componente metodológica** consistiu num conjunto de ações de:

1. Pesquisa, recolha e análise de documentos legais e relatórios estratégicos locais, regionais e nacionais de

Portugal, de outros países e de organizações internacionais: Grandes Opções do Plano para 2020, Lei nº 50/2018 de 16 de agosto, Decreto-Lei nº 23/2019 de 30 de janeiro, Plano Nacional de Saúde extensão a 2021, Programas de Saúde Prioritários, Plano Estratégico da ARSLVT 2017-2021, Plano Local de Saúde (PLS) de Loures-Odivelas 2013-2016 com extensão a 2020, Planos de Ação no âmbito da contratualização externa nas unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários de Odivelas dos últimos anos, *Health 2020: a european policy framework and strategy for the 21st century* e o projeto das Cidades Saudáveis da OMS^{12-16,19,20} (Figura 6);



Figura 6. Grandes Opções do Plano 2020-2023. Plano Local de Saúde Loures-Odivelas 2013-2016 (extensão a 2020). Plano Nacional de Saúde extensão a 2020. Plano Estratégico da ARSLVT 2017-2019. *Health 2020: a european policy Framework and strategy for the 21st century*. O projeto das cidades saudáveis da OMS

2. Pesquisa, nas principais bases de dados (*Pubmed, Web of Science, Scopus*) e revisão da literatura científica sobre os diferentes temas abordados no PDSQV;

3. Recolha de dados relativos às dimensões analisadas e aos diferentes indicadores. Para tal recorreu-se, essencialmente, a dois tipos de fontes de dados:

- Bases de dados e publicações periódicas de consulta pública, de que são exemplo: Instituto Nacional de Estatística (INE), PORTDATA, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), Carta Social do Instituto de Segurança Social (ISS), Agência Portuguesa do Ambiente (APA), documentos desenvolvidos pelo Agrupamento de Centros de Saúdes (ACES) e pelos cuidados hospitalares, entre outras;
- Dados de acesso restrito, para os quais foram solicitadas as devidas autorizações às instituições responsáveis pela sua recolha e/ou tratamento, nomeadamente: informações sociais e demográficas disponibilizadas pela Câmara Municipal de Odivelas; indicadores de produção, utilização e recursos humanos das diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde (ACES Loures-Odivelas e Hospital Beatriz Ângelo); informação sobre adesão ao Plano Nacional de Vacinação e a programas de rastreios (Unidade de Saúde Pública (USP) do ACES Loures-Odivelas); dados sobre número de novos casos e óbitos por infeção por SARS-CoV-2 (USP do ACES Loures Odivelas); indicadores de internamento, concretamente, a base de dados de morbilidade hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)); perfil de utilização do medicamento (Centro de Estudos e Avaliação em Saúde da Associação Nacional de Farmácias), dados relativos a incapacidade e invalidez (ISS), dados das temperaturas médias do concelho de Odivelas, Área Metropolitana de Lisboa (AML) e Portugal Continental, entre outros.

4. Análise de indicadores:

- Na análise dos indicadores procurou-se, sempre que possível, realizar comparações a nível geográficas quer do ponto de vista regional – com a AML – quer a nível nacional – Continente, no que diz respeito aos indicadores sociodemográficos. Nos indicadores de saúde, tanto a nível da morbilidade como de recursos de saúde e acesso, a análise comparativa foi realizada ao nível da administração regional de saúde – ARSLVT – e a nível nacional – Continente.
- No que diz respeito aos recursos de saúde e acessibilidade, o apuramento e análise realizaram-se ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), cuidados de saúde hospitalares (CSH), cuidados conti-

nuados e farmácias comunitárias. Foram calculadas proporções e taxas conforme as características dos diferentes indicadores – morbilidade, recursos de saúde e acessibilidade, farmácias – recorrendo-se à padronização sempre que possível, como no caso do cálculo da taxa de mortalidade padronizada para o grupo etário.

- Nos cuidados de saúde primários, a caracterização da morbilidade focou-se na informação referente à Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2). Os códigos ICPC-2 permitem classificar os diagnósticos efetuados a nível dos CSP. Através da sua frequência foi realizado o cálculo da proporção de diagnósticos dos utentes inscritos, o que permitiu identificar o TOP 10 dos principais diagnósticos em Odivelas. Sempre que possível, apresentou-se dados mensais relativamente à morbilidade (ICPC-2) em formato de mediana anual.
- Nos cuidados de saúde hospitalares, procedemos à identificação do TOP 10 de principais diagnósticos associados aos episódios de internamento dos indivíduos residentes nas diferentes freguesias de Odivelas e ao cálculo da respetiva taxa de internamento por 100.000 habitantes.
- Nos recursos de saúde e acessibilidade para cada tipo de cuidado de saúde, foram identificados diferentes indicadores de utilização e produção que permitem caracterizar o acesso aos cuidados de saúde no concelho de Odivelas. Sempre que possível, apresentou-se os dados mensais relativamente aos recursos nos CSP no concelho de Odivelas em formato de mediana anual. Ao nível das farmácias foi caracterizada a oferta e tipologia de serviço de Farmácia. Para tal procedeu-se ao cálculo do número de farmácias *per capita* no município, tipologia das farmácias, distância média das farmácias, caracterização dos serviços que prestam e TOP 10 do volume e valor de medicamentos dispensados. Adicionalmente, de modo a caracterizar mais detalhadamente a exposição a medicamentos da população de Odivelas, verificou-se o consumo de medicamentos em volume de embalagens, valor (€) e valor (€)/habitante (desagregados por grupos terapêuticos segundo o sistema de classificação da OMS).

5. Realização de entrevistas semiestruturadas a parceiros previamente selecionados. Para tal foi construído um guião de entrevista adaptado de acordo com o tipo de parceiro, tendo como objetivo recolher informação sobre as iniciativas e contributos relacionados com a saúde, qualidade de vida, determinantes sociais de

saúde, promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis no município de Odivelas.

6. Recolha de informação através de questionário populacional, desenvolvido para o efeito, aplicado aos residentes no município de Odivelas:

- O questionário teve como objetivo recolher a opinião dos odivelenses sobre as suas experiências e perceções referentes à saúde e qualidade de vida.

7. Reuniões de trabalho com elementos da Câmara Municipal de Odivelas; Diretor Executivo e elementos do serviço de planeamento do ACES Loures-Odivelas; da Unidade de Saúde Pública; do Conselho de Administração do Hospital Beatriz Ângelo; Presidentes das Juntas

de Freguesia do concelho de Odivelas; elementos da coordenação de instituições privadas de saúde e instituições particulares de solidariedade social.

Embora a metodologia seguida tenha sido, no essencial, o que foi planeado inicialmente, houve necessidade de introduzir algumas alterações decorrentes do contexto da pandemia de COVID-19. Tais alterações resultaram da maior dificuldade e demora na obtenção de informação e de indicadores, particularmente indicadores solicitados a instituições de saúde e estruturas do Ministério da Saúde. Também foram introduzidas modificações no processo de auscultação dos parceiros e dos munícipes de Odivelas, nomeadamente através do recurso a modalidades virtuais e redução do contacto presencial.





4. TERRITÓRIO DO CONCELHO DE ODIVELAS

Odivelas é um dos concelhos mais recentes de Portugal, pertencendo ao distrito de Lisboa e integra as NUT II e NUT III correspondentes à Área Metropolitana de Lisboa.

Com uma área de 26,5 km², o município conta com uma população de 148.156 habitantes²¹ e é composto por quatro freguesias e União de Freguesias: Freguesia de Odivelas, União das Freguesias de Pontinha e Famões, União das Freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto e União das Freguesias de Ramada e Caneças (Figura 7).

O concelho de Odivelas é limitado a norte pelo concelho de Loures, a sudeste pelo concelho da Amadora, a sudoeste pelo concelho de Lisboa e a oeste pelo concelho de Sintra (Figura 8).

O município de Odivelas caracteriza-se por estar numa área de transição entre um território mais rural, como pode ser observado, nomeadamente, na área da vila de Caneças, e um território predominantemente urbano da região de Lisboa. O concelho é formado por uma extensa várzea que se estende desde a zona da Pontinha até à Póvoa de Santo Adrião, passando por Odivelas e Olival Basto, sendo que no restante território é possível observar a formação de colinas separadas entre si por vales²².

Ao nível das principais vias rodoviárias, destaca-se a autoestrada A8, que permite a ligação ao distrito de Leiria e ao norte litoral de Portugal; o Eixo Norte Sul, que liga a várias zonas da cidade de Lisboa; o Itinerário Complementar



Figura 7. Freguesias e União das Freguesias do concelho de Odivelas

22 (IC22), também conhecido como Radial de Odivelas; a Cintura Rodoviária Interna de Lisboa (IC17-CRIL), que permite o acesso do sul de Portugal ou Espanha via Ponte Vasco da Gama; e a Cintura Rodoviária Externa de Lisboa (A9-CREL), que permite a ligação entre o norte de Portugal, para além de permitir o acesso a Cascais e Sintra, via A5 e IC19 respetivamente²². Entre 2011 e 2021, a densidade populacional do concelho de Odivelas aumentou ligeiramente, passando de 5.576,1 habitantes por km² para 5.582,4 habitantes por km². Fa-

zendo uma comparação com os dados do ano de 2021, o concelho de Odivelas apresentava uma densidade populacional de 5,9 vezes superior à da AML e 50,4 vezes superior à de Portugal Continental²³. A principal atividade económica do concelho representa o setor terciário, incluindo o comércio, a hotelaria e a restauração. De referir também o papel da indústria transformadora, da construção civil e da agricultura, dedicada principalmente ao cultivo de flores e plantas ornamentais, em estufas ou viveiros.



Figura 8. Concelhos pertencentes à AML





5. PERFIL DE SAÚDE E DETERMINANTES DA SAÚDE

5.1 DEMOGRAFIA E SOCIOECONOMIA

Este capítulo descreve a evolução demográfica da população do concelho de Odivelas e os aspetos sociais e económicos mais relevantes do território.

A análise efetua-se, sempre que seja possível e relevante, com desagregação ao nível das freguesias, e estabelece-se comparações com outras escalas de referência, como o nível de Portugal Continental ou a sub-região da Área Metropolitana de Lisboa (AML).

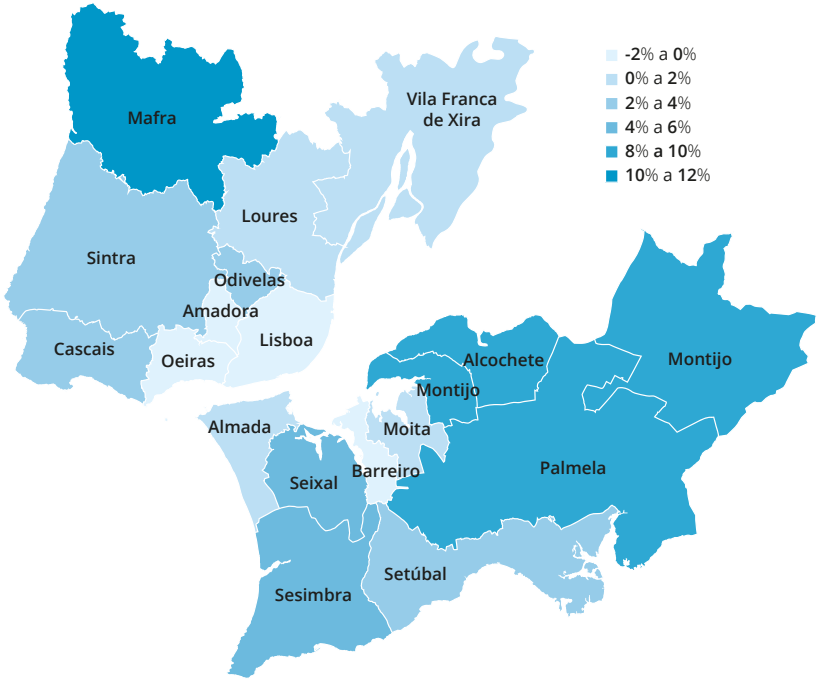
DEMOGRAFIA POPULAÇÃO RESIDENTE

A demografia do concelho de Odivelas é aqui caracterizada com ênfase nas principais dinâmicas da população

residente, na sua estrutura etária, nas tendências de envelhecimento, nos fenómenos de migração e na esperança de vida.

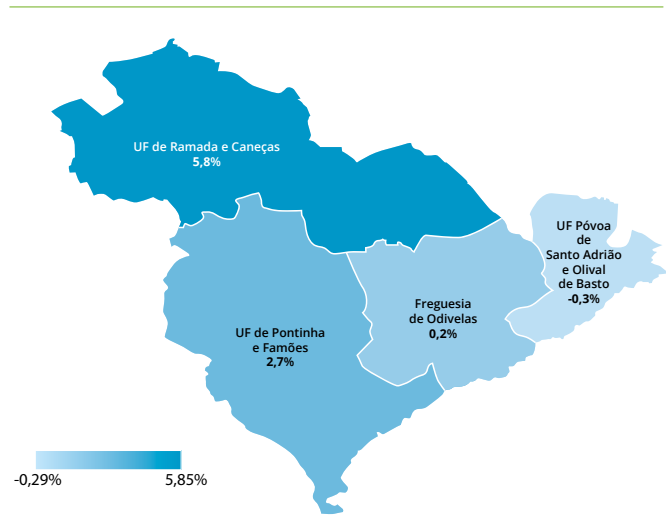
O município de Odivelas apresentava em 2021, de acordo com os resultados preliminares dos Censos 2021, uma população de 148.156 residentes, o que representa 5,2% da população da AML e 1,4% da população de Portugal Continental. Dos municípios pertencentes à AML, o concelho de Odivelas, em comparação com os censos 2011, apresentou uma variação positiva da sua população residente de 2,0%. Este aumento da população residente segue o padrão observado na AML (1,7%).

A análise comparativa, relativamente aos outros municípios da AML, coloca Odivelas numa posição intermédia no que se refere à evolução da população residente, confor-



Pop Residente	2021	2011	Δ	Δ%
Alcochete	19148	17569	1579	8,2%
Almada	177400	174030	3370	1,9%
Amadora	171719	175136	-3417	-2,0%
Barreiro	78362	78764	-402	-0,5%
Cascais	214134	206479	7655	3,6%
Lisboa	544851	552700	-7849	-1,4%
Loures	201646	199494	2152	1,1%
Mafra	86523	76685	9838	11,4%
Moita	66326	66029	297	0,4%
Montijo	55732	51222	4510	8,1%
Odivelas	148156	145142	3014	2,0%
Oeiras	171802	172120	-318	-0,2%
Palmela	68879	62831	6048	8,8%
Seixal	166693	158269	8424	5,1%
Sesimbra	52465	49500	2965	5,7%
Setúbal	123684	121185	2499	2,0%
Sintra	385954	377835	8119	2,1%
Vila Franca de Xira	137659	136886	773	0,6%

Figura 9. Variação da população residente (%) da região AML, 2011-2021
Fonte: elaboração própria com base no INE, Censos da população 2021



Local de residência	2021	2011	Δ	Δ %
Freguesia Odivelas	59.662	59.546	116	0,2%
União das freguesias de Pontinha e Famões	35.073	34.143	930	2,7%
União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival de Basto	18.817	18.872	-55	-0,3%
União das freguesias de Ramada e Caneças	34.604	32.581	2.023	5,8%

Figura 10. Variação da população residente (%) nas freguesias do concelho de Odivelas, 2011-2021
Fonte: elaboração própria com base no INE, Censos da população 2021

me apresentado na Figura 9. O município de Mafra foi o que registou maior variação positiva. No sentido inverso, Amadora, Lisboa, Barreiro e Oeiras apresentam uma variação negativa da sua população residente.

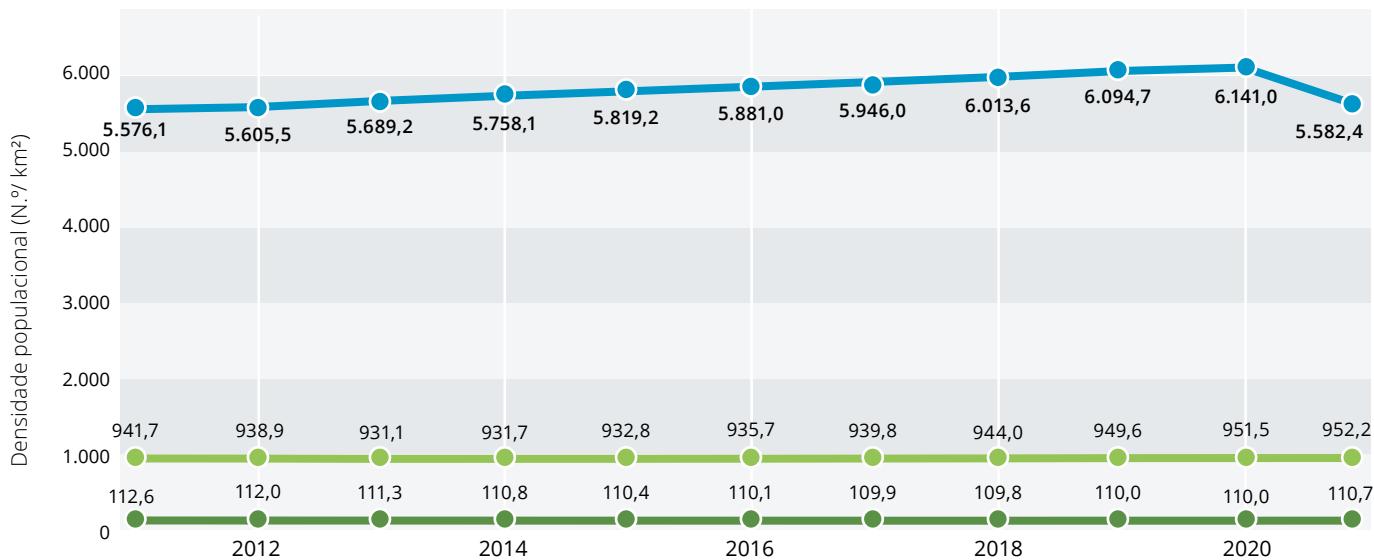


Figura 11. Densidade populacional (Nº/km²) por localização geográfica, 2011-2021
Fonte: INE, Densidade Populacional

A população residente no município aumentou ligeiramente ao longo da última década, de 145.142 habitantes em 2011 para 148.156 habitantes em 2021. O aumento de 3014 habitantes neste período, ou seja, cerca de 2,0%, é significativamente menor ao que tinha sido obtido nas estimativas do INE da população residente entre 2012 e 2020.

Em 2021, o sexo feminino representava 53% da população de Odivelas.

Em 2021, a população residente nas diferentes freguesias do município de Odivelas distribuía-se entre um valor mínimo de 18.817 habitantes na UF Póvoa de Santo Adrião e Olival de Basto e um valor máximo de 59.662 habitantes na freguesia de Odivelas (Figura 10). A diferença entre sexos verificada a nível do município, com predominância feminina, mantém-se na totalidade das freguesias do concelho.

A densidade populacional, ou seja, a razão entre a população residente numa área territorial e a superfície desse território, permite-nos analisar a concentração dessa população e comparar com outros territórios. Em consonância com o saldo positivo da população residente, a densidade populacional no concelho apresenta também um aumento discreto nesse período.

Entre 2011 e 2021, a densidade populacional do concelho de Odivelas aumentou ligeiramente, passando de 5.576,1 habitantes por km² para 5.582,4 habitantes por km². Das freguesias do concelho, a freguesia de Odivelas é a que apresenta uma maior densidade populacional e a UF de Pontinha e Famões a menor. Fazendo uma comparação

com os dados do ano de 2021, o concelho de Odivelas apresentava uma densidade populacional de 5,9 vezes superior à da AML e 50,4 vezes superior à de Portugal Continental (Figura 11).

ESTRUTURA ETÁRIA E ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Em 2020, a pirâmide etária da população residente em Odivelas apresentava a forma do símbolo do naípe de espadas, típica de uma população envelhecida, mas em vias de rejuvenescimento (Figura 12). Neste caso temos o grupo etário dos 40 aos 44 anos que regista maior número de efetivos, em ambos os sexos, secundado pelos grupos etários dos 35 aos 39 anos e dos 45 aos 49 anos, também em ambos os sexos.

Entre 2011 e 2021, os grupos etários dos 45 aos 64 anos e acima de 65 anos observaram uma taxa de variação positiva dos seus efetivos, ao contrário do que aconteceu nos grupos etários dos 0 aos 14 anos, dos 15 aos 24 anos e dos 25 aos 44 anos (grupo com maior variação negativa) no território Continental. A AML e o concelho de Odivelas, ao contrário do que é observado no Continente, apresentaram uma ligeira variação positiva na população dos 0 aos 14 anos e dos 15 aos 24 anos. Estas tendências confirmam a **dinâmica de envelhecimento da população residente** nos territórios em análise (Figura 13).

O envelhecimento das populações é também observável quando se analisa a evolução do Índice de Envelhecimento (relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com menos de 15 anos) e do Índice de Longevidade (relação entre a população com mais de 75 anos e a população com mais de 65 anos).

Relativamente ao Índice de Envelhecimento (IE), em Odivelas, no ano 2011, existiam 112,9 idosos por 100 jovens, sendo em 2020 de 127,1 idosos por 100 jovens. No período homólogo, o IE também aumentou na AML e em Portugal Continental, no entanto é importante referir que, em 2020, a população do concelho de Odivelas era mais jovem em comparação com a população dos mesmos territórios (141,2 e 169,6 respetivamente) (Figura 14).

O Índice de Dependência Total (IDT) é a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa. Em resultado das alterações do Índice de Dependência dos Jovens (IDJ) e do Índice de Dependência de Idosos (IDI), o IDT no município de Odivelas aumentou de 47,9 jovens e idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa em 2011 para 61,0 jovens e idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa no ano de 2020. Em 2020, o IDT de Odivelas foi inferior ao da AML e superior ao de Portugal Continental (Figura 15).

anos	Homens	Mulheres
>85	1245	2745
80-84	1995	2798
75-79	3217	4060
70-74	3965	5222
65-69	4126	5184
60-64	4166	5141
55-59	4379	5087
50-54	4856	5523
45-49	5817	6367
40-44	6690	7238
35-39	5740	6639
30-34	4509	5450
25-29	4016	4231
20-24	3893	3838
15-19	3886	3788
10-14	4315	4124
5-9	4666	4603
0-4	4812	4672

Figura 12. Estrutura etária da população do concelho de Odivelas por sexo, 2020
Fonte: Elaboração própria com base no INE, Estimativas da População Residente 2020

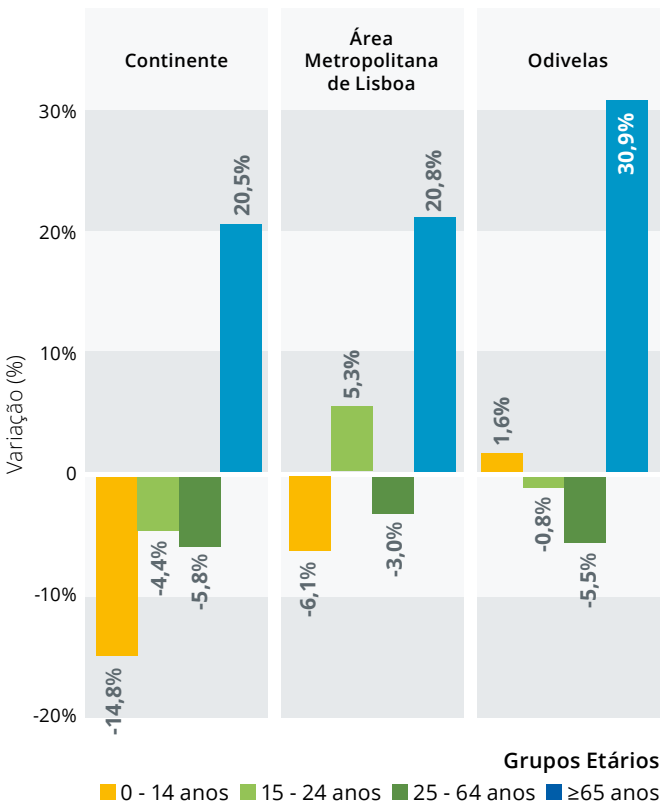


Figura 13. Variação da população residente por grupo etário e localização geográfica, 2011-2021
Fonte: Elaboração própria com base no INE, censos da população 2011 e censos da população 2021

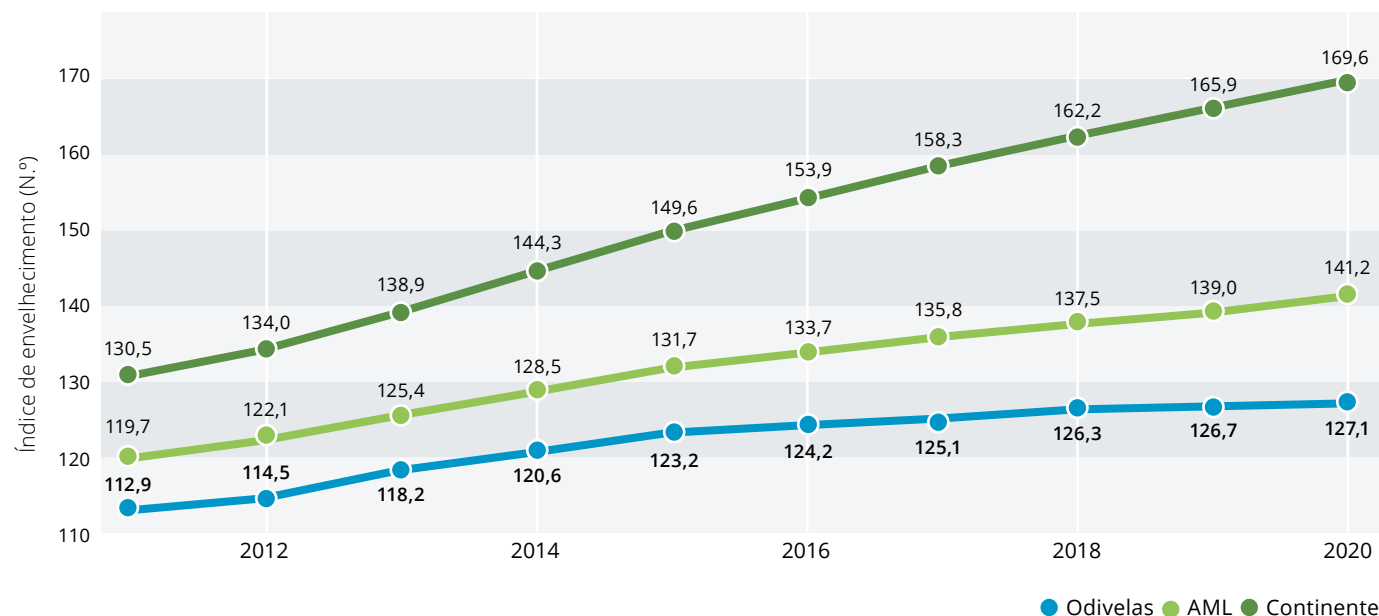


Figura 14. Índice de Envelhecimento (Nº) por localização geográfica, 2011-2020
Fonte: INE, índice de envelhecimento

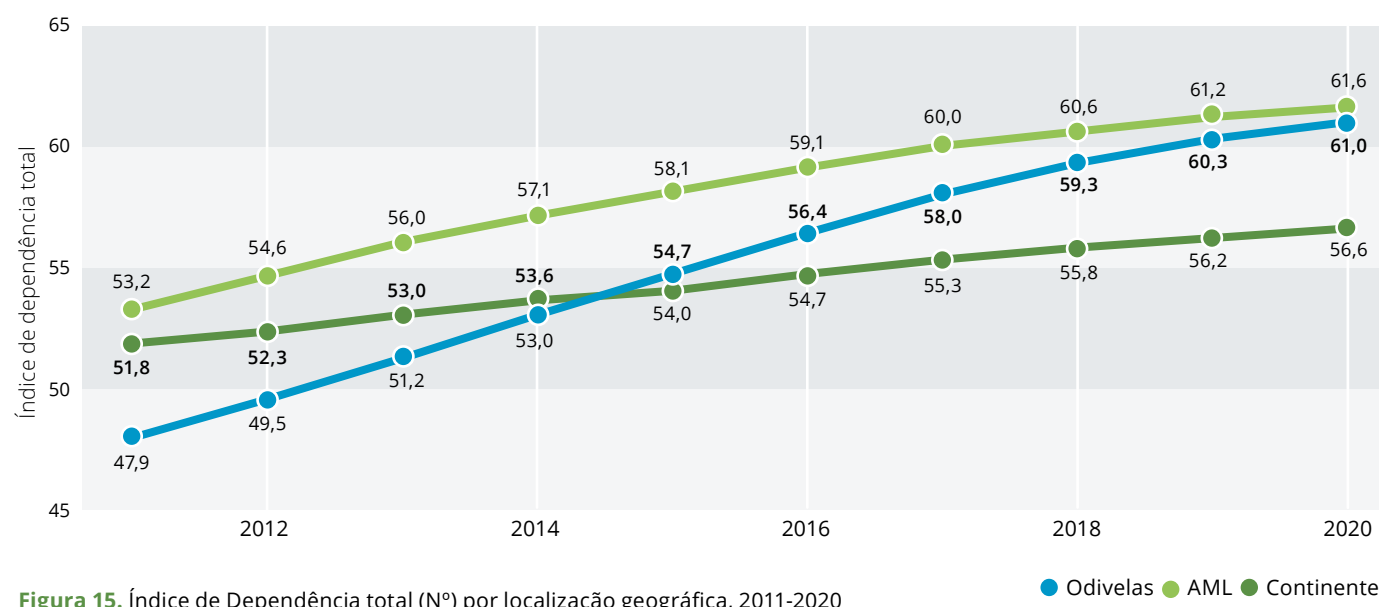


Figura 15. Índice de Dependência total (Nº) por localização geográfica, 2011-2020
Fonte: INE, índice de dependência total

MIGRAÇÃO

Os fenómenos migratórios, que podem ser descritos pela emigração (saída de efetivos do território) e pela imigração (entrada de efetivos no território), são essenciais para compreender dinâmicas sociais e laborais, nível de saúde e crescimento de uma população.

Para melhor se perceber a evolução de uma população ao longo do tempo, é necessário analisar o saldo natural (a diferença entre nascimentos e óbitos ocorridos na população durante um determinado intervalo de tempo), o saldo migratório (a diferença entre o número de imigrantes e emigrantes) e a taxa de crescimento efetivo que traduz

a variação populacional observada durante um período de tempo, ou seja, é diretamente influenciada pela taxa de crescimento natural e pela taxa de crescimento migratório.

No concelho de Odivelas a taxa de crescimento efetivo é positiva, apesar de ter diminuído entre 2011 e 2020, de 1,7% para 0,8%. Esta modificação é consequência da diminuição conjunta da taxa de crescimento natural e da taxa de crescimento migratório que, apesar de se manterem ambas positivas, diminuíram significativamente principalmente no ano de 2020. Na AML e em Portugal Continental, em comparação com Odivelas, as taxas discutidas apresentam valores significativamente menores e até mesmo

negativos. Da mesma forma, entre 2011 e 2019 na AML e em Portugal Continental foi observado um ligeiro aumento da taxa de crescimento efetivo, principalmente à custa do aumento da taxa de crescimento migratório, ou seja, pelo aumento da imigração, dado a taxa de crescimento natural se apresentar negativa.

Relativamente à população estrangeira com estatuto legal de residente, verifica-se que a mesma apresentou uma evolução positiva entre 2011 e 2020, passando de 9.789,7 para 12.236,6 indivíduos com estatuto legal de residente por 100.000 habitantes no município de Odivelas (Figura 16). No período em análise, verificou-se uma diminuição desta população de 2011 a 2017, atingindo o mínimo de 7.612,7 indivíduos com estatuto legal residente por 100.000 habitantes, voltando a aumentar até 2020 onde atinge o valor máximo. Essa tendência crescente está em

linha com os valores encontrados na AML e em Portugal Continental. Será importante referir que, durante todo o período em análise, os valores encontrados para o concelho de Odivelas são superiores aos valores das regiões da AML e de Portugal Continental, demonstrando a presença de uma maior proporção de população estrangeira com estatuto legal de residente no concelho.

Em relação à população estrangeira que solicitou estatuto de residente, verifica-se igualmente um aumento entre 2011 e 2020, passando de 1.036,8 para 2.099,3 indivíduos que solicitaram estatuto de residente por 100.000 habitantes, como é observado na Figura 17. No período de análise, observou-se uma diminuição desta população entre 2011 e 2016, verificando-se posteriormente um crescimento até ao ano de 2019 e novamente uma ligeira diminuição no ano de 2020.

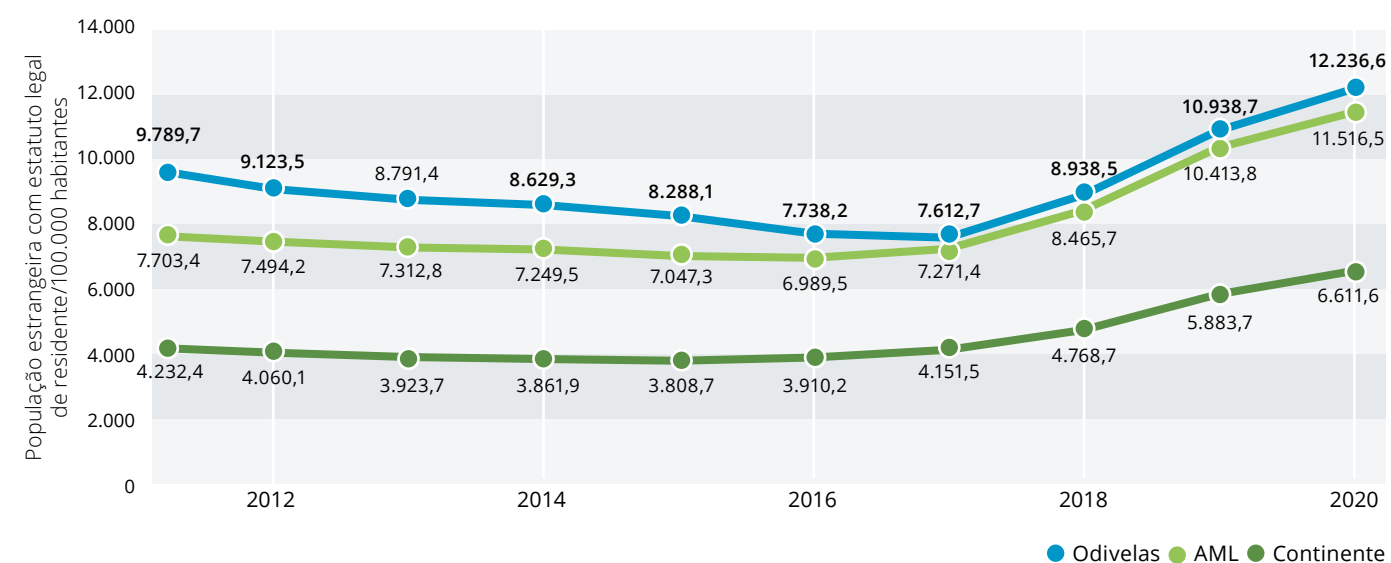


Figura 16. População estrangeira com estatuto legal de residente por 100.000 habitantes por localização geográfica, 2011-2020
Fonte: cálculo próprio com base no INE - população estrangeira com estatuto legal de residente

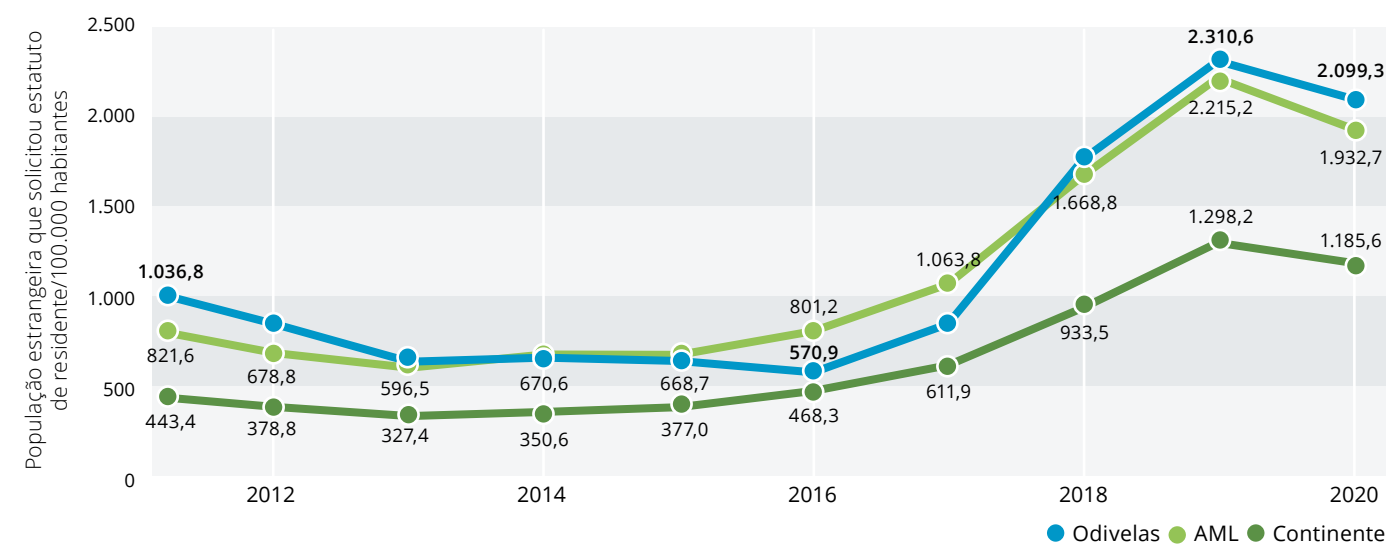


Figura 17. População estrangeira que solicitou estatuto de residente por 100.000 habitantes, 2011-2020
Fonte: cálculo próprio com base no INE - população estrangeira que solicitou estatuto de residente

A imigração no concelho de Odivelas é caracterizada por indivíduos oriundos do Brasil, Angola, Guiné-Bissau, Cabo-Verde e Ucrânia. Este perfil é encontrado tanto na população com estatuto legal de residente como na população que solicitou estatuto de residente, sendo que nesta última se verificou um aumento de imigrantes oriundos da Índia.

ESPERANÇA DE VIDA

A esperança de vida define-se como o número médio de anos que uma pessoa na idade “x” pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência. De uma forma geral, a sua aplicação é normalmente feita à nascença ou em relação à população com 65 anos.

A esperança de vida à nascença dos residentes na região da AML, onde se insere o concelho de Odivelas, aumentou nos últimos anos, passando de 79,5 (período 2009-2011) para os 81,0 anos no período 2017-2019 (Figura 18). A esperança de vida aos 65 anos também aumentou durante esse horizonte temporal de 18,9 para 19,9 anos no período de 2017-2019. Comparativamente com Portugal Continental, ambas as medidas de esperança de vida apresentam valores semelhantes (Figura 18).

Relativamente à diferença, entre sexos, no que respeita à esperança de vida à nascença e aos 65 anos, a esperança de vida é superior nas mulheres - 83,5 à nascença e 21,5 anos aos 65 anos - comparativamente com 78,1 e 18,0 anos para os homens no período de 2017-2019 na região da AML.

De notar que os dados apresentados se referem a toda a região AML e não especificamente ao município de Odivelas.

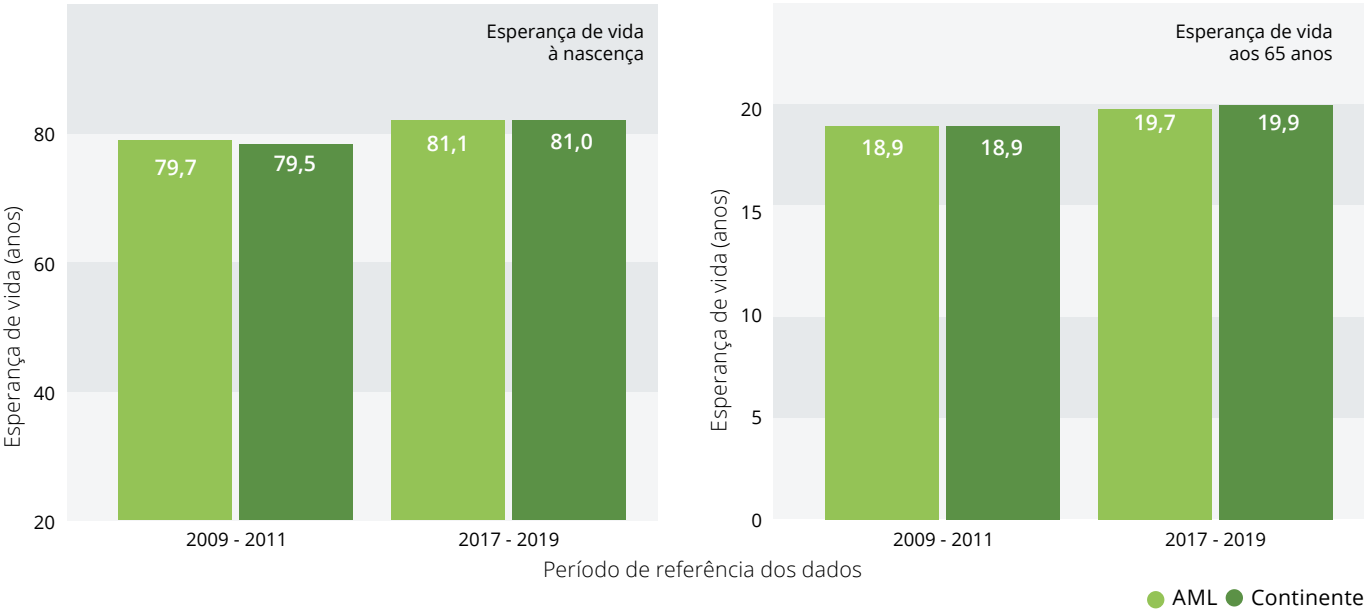


Figura 18. Esperança de vida à nascença (anos) e aos 65 anos por localização geográfica, 2009-2011 e 2017-2019
Fonte: INE, Tábuas de mortalidade para Portugal

SOCIOECONOMIA
EDUCAÇÃO E LITERACIA

A educação e a literacia são importantes determinantes de saúde.

No que concerne o ensino pré-escolar, verificou-se uma ligeira diminuição do número de crianças inscritas no concelho de Odivelas, passando de uma taxa bruta de pré-escolarização de 64,6% no ano letivo de 2011/2012, para os 62,8% no ano letivo de 2019/2020. Por outro lado, ao nível de Portugal Continental e da AML observou-se uma tendência crescente, com os valores da taxa bruta de pré-escolarização da AML a aumentarem de 82,9 para 87,9 e os valores de Portugal Continental a aumentarem de 90,8 para 96,9 (Figura 19).

No ensino básico, a taxa bruta de escolarização no ano letivo de 2011/2012 foi de 122,7% em Odivelas. Observou-se uma diminuição desse valor nos anos letivos seguintes, sendo que no ano letivo de 2019/2020 a taxa bruta de escolarização no ensino básico foi de 94,7%. Esta tendência de decréscimo foi verificada também a nível regional e nacional. Realça-se também que as taxas brutas de escolarização no ensino básico a partir do ano letivo 2013/2014 foram mais baixas no concelho de Odivelas quando comparado com a AML e Portugal Continental (Figura 20).

Já no ensino secundário, há a destacar no período em análise (2011-2020) uma diminuição de 10% no número de alunos matriculados (Figura 21).

Relativamente à taxa de escolarização no ensino superior, apenas se consideram os alunos com idade entre os 18 e

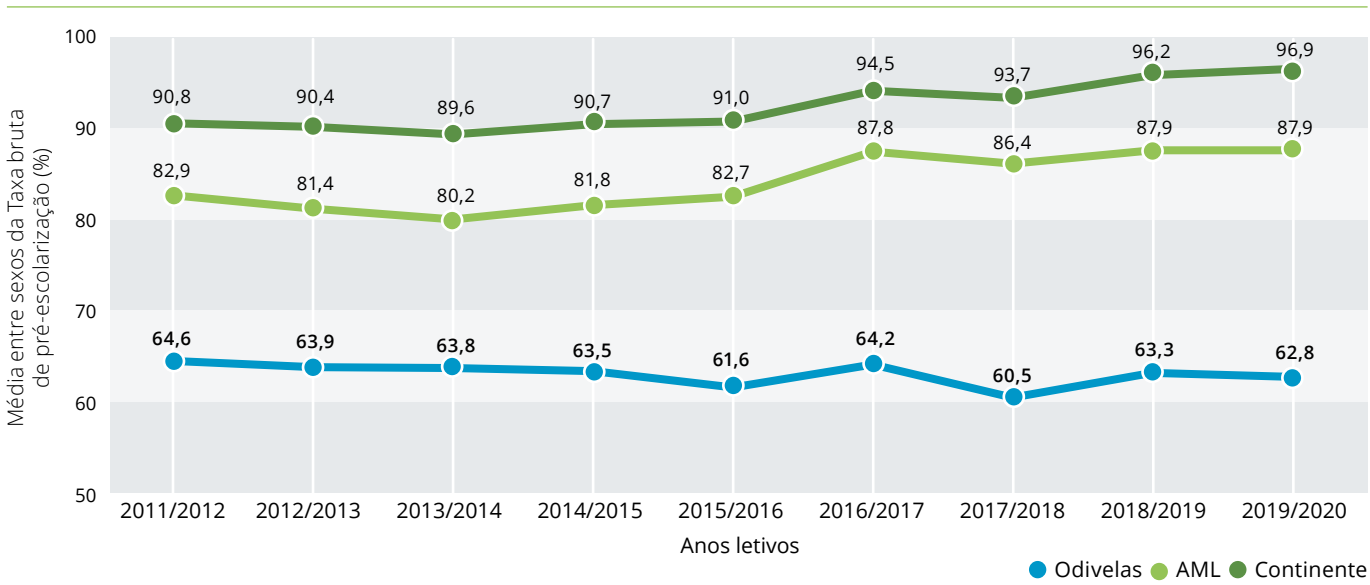


Figura 19. Taxa bruta de pré-escolarização (%) por localização geográfica, 2011-2020
Fonte: INE, Taxa bruta de pré-escolarização

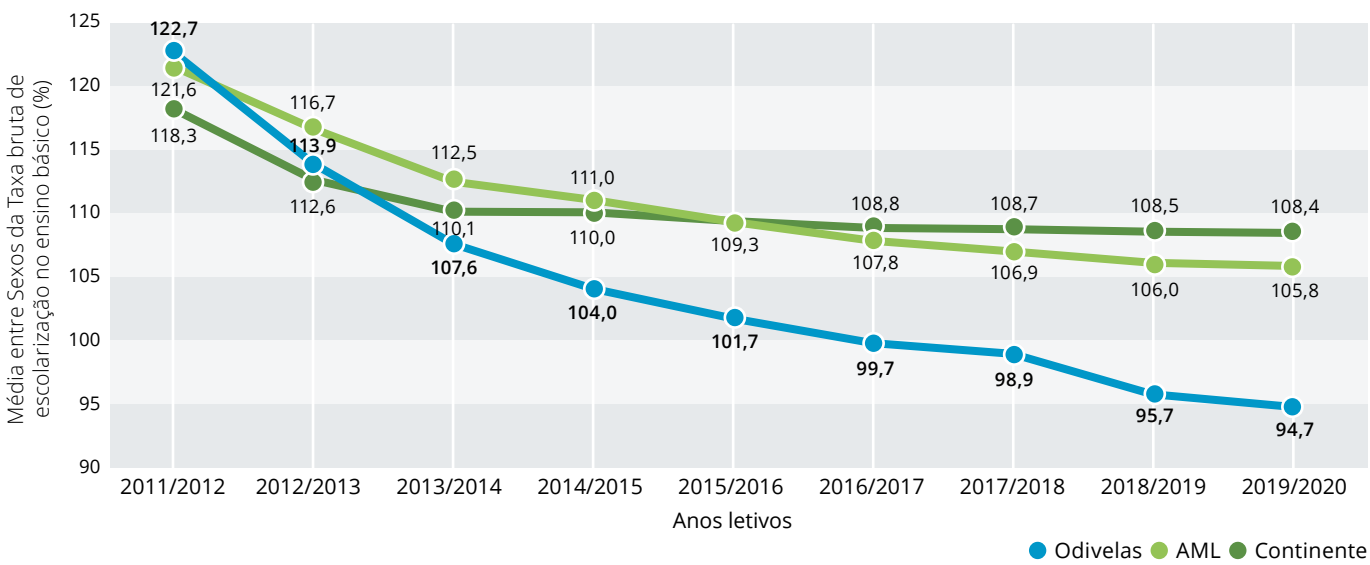


Figura 20. Taxa bruta de escolarização no ensino básico (%) por localização geográfica, 2011-2020
Fonte: INE, Taxa bruta de escolarização no ensino básico

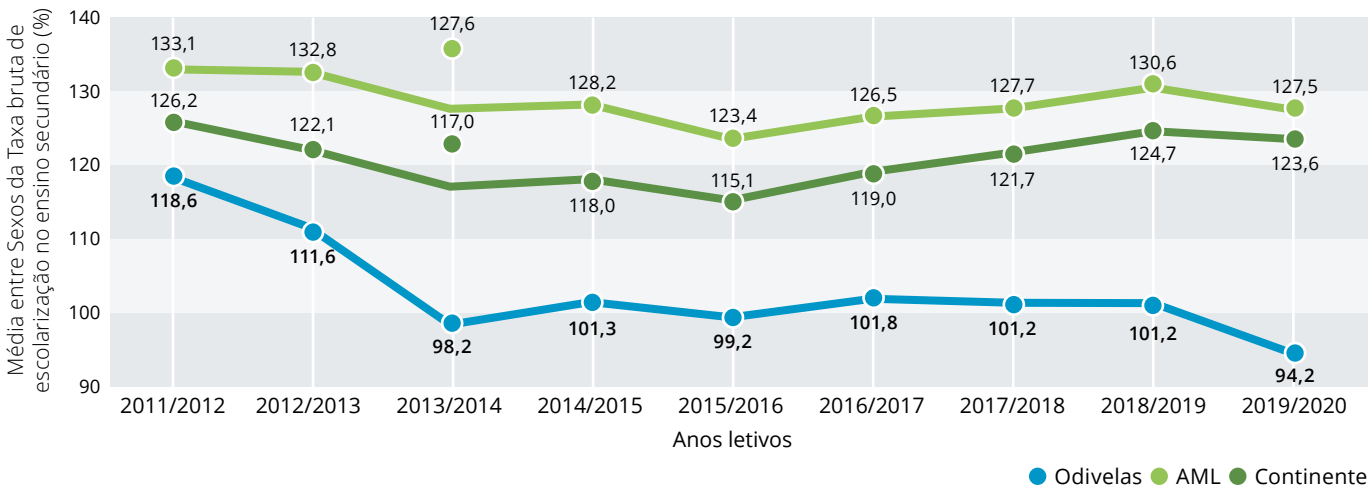


Figura 21. Taxa bruta de escolarização no ensino secundário (%) por localização geográfica, 2011-2020
Fonte: INE, Taxa bruta de escolarização no ensino secundário

os 22 anos matriculados num curso do ensino superior no concelho de Odivelas. Em Odivelas, esta taxa de escolarização no ano letivo de 2019/2020 foi de 2,0%. Comparativamente com a taxa de escolarização no ensino superior verificada em Portugal Continental, e principalmente na AML, o município de Odivelas apresenta valores inferiores (Figura 22). Este valor decorre do facto de no concelho de Odivelas existir, apenas, uma instituição do ensino superior, privado, com capacidade de oferta de cursos limitada às instalações existentes. O total de alunos a frequentar instituições do ensino superior, no ano letivo 2020/2021, com residência no concelho de Odivelas apresentava um valor de 4948 alunos.

Entre o ano 2011 e 2020 a taxa de retenção/desistência, no município de Odivelas, diminuiu em todos os níveis de ensino, atingindo os níveis mais baixos no último ano letivo em análise. A tendência de diminuição da taxa de retenção/desistência é transversal à AML e Portugal Continental.

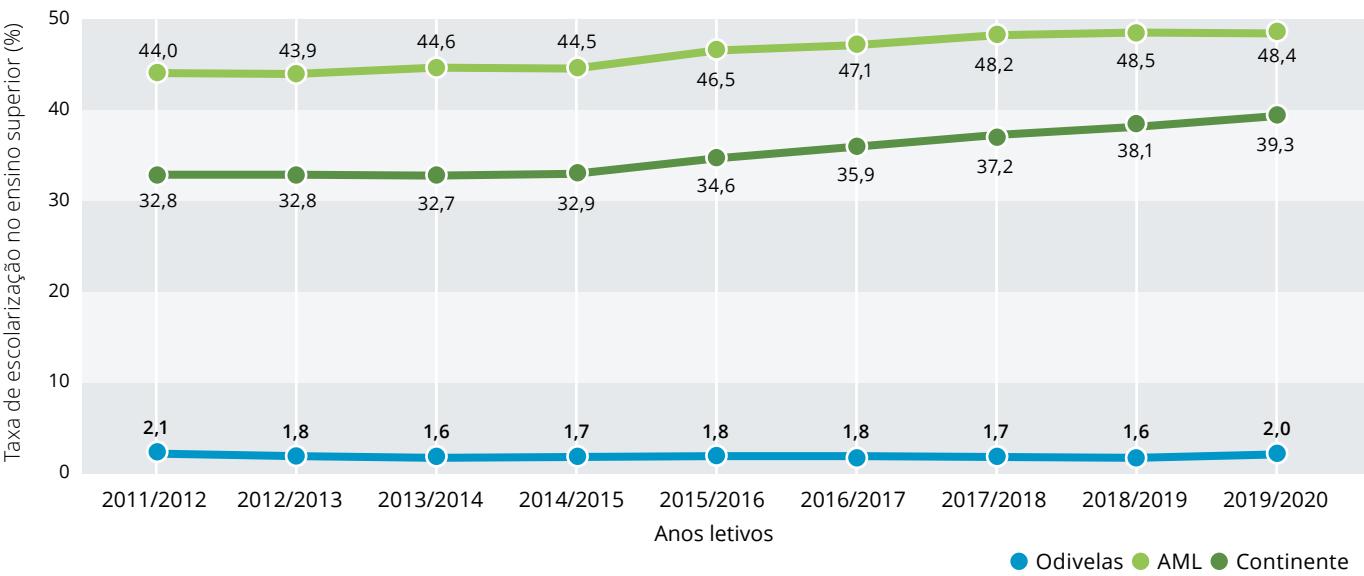


Figura 22. Taxa de escolarização no ensino superior (%) por localização geográfica, 2011-2020
Fonte: INE, taxa de escolarização no ensino superior

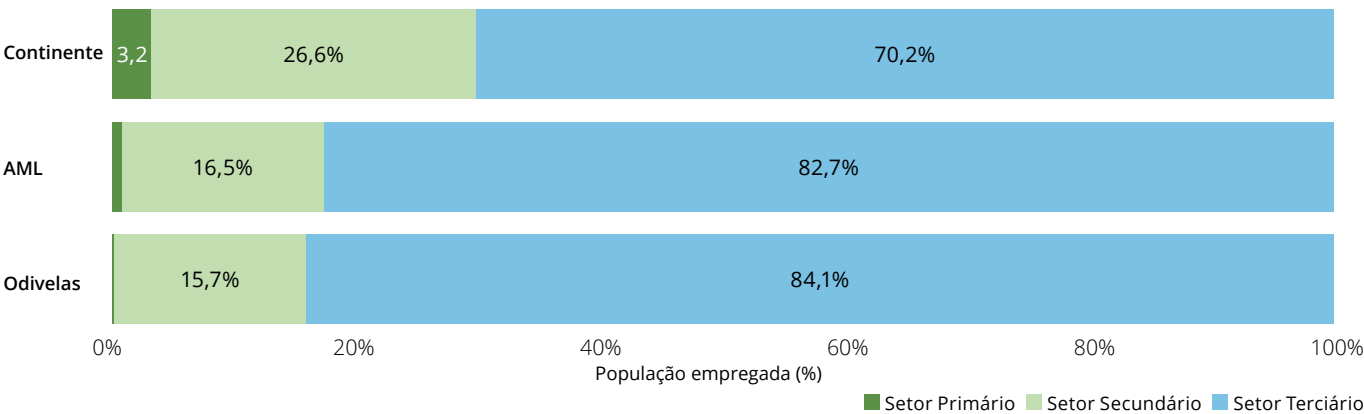


Figura 23. Proporção da população empregada (%) por setor de atividade económica por localização geográfica, 2011
Fonte: censos da população 2011 INE, taxa de atividade económica por setor de atividade económica

De acordo com a tendência de diminuição da taxa de retenção/desistência, verifica-se que a taxa de transição/conclusão do ensino aumentou desde 2011, para todos os níveis de ensino e nas três regiões em estudo.

ECONOMIA, EMPREGO E RENDIMENTOS

A economia, a condição laboral e o rendimento a nível individual são fatores muito importantes que influenciam a saúde individual e da população.

No município de Odivelas, acompanhando a tendência regional e nacional, mais de metade da população encontra-se empregada no setor terciário de atividade económica, seguido do setor secundário (Figura 23). No âmbito do setor terciário, as atividades administrativas e o comércio a retalho são a principal atividade.

Os níveis de desemprego das populações podem influenciar a saúde de inúmeras formas, a afetação do rendimento aferido pelos agregados familiares pode ter consequências ao nível do acesso a bens e serviços que impactam a

saúde, como condições habitacionais, educação, alimentação, medicação e utilização dos cuidados de saúde.

Em Odivelas, a percentagem da população beneficiária do subsídio de desemprego da Segurança Social durante o período em análise atingiu um máximo de 5,9% no ano de 2012 e nos anos seguintes apresentou uma diminuição chegando ao mínimo de 2,2% em 2019. Em 2020, o número de beneficiários voltou a aumentar atingindo um valor de 4,2% (Figura 24). Este valor foi sempre inferior ao valor registado para a AML e Portugal Continental, exceto no último ano em análise.

RENDIMENTO

No que diz respeito ao nível económico dos residentes, de acordo com os censos de 2011 (ainda não estão disponíveis dados relativos a esta informação dos censos mais recente), é de destacar que a principal fonte de rendimento é proveniente do trabalho (54,8%) e das reformas/

pensões (23,5%). A restante percentagem corresponde a rendimentos da propriedade ou da empresa, subsídios relacionados com o desemprego, acidentes de trabalho ou doença profissional, outros subsídios temporários, rendimento social de inserção, apoio social e a cargo da família. Comparativamente com a sub-região em que o concelho se insere e com Portugal Continental, a percentagem de rendimento associado a trabalho é superior em Odivelas.

Como mencionado anteriormente, o rendimento aferido é um importante determinante de saúde por se associar diretamente a condições habitacionais, acesso a certos serviços e, frequentemente, ao nível educacional e de literacia para a saúde. No período entre 2011 e 2019, o município de Odivelas apresentou um nível de rendimento médio dos trabalhadores por conta de outrem inferior à AML e a Portugal Continental. No ano de 2019, Odivelas registava um rendimento médio mensal de 987,2€ comparativamente com 1477,4€ da AML e com 1209,9€ de Portugal Continental (Figura 25).

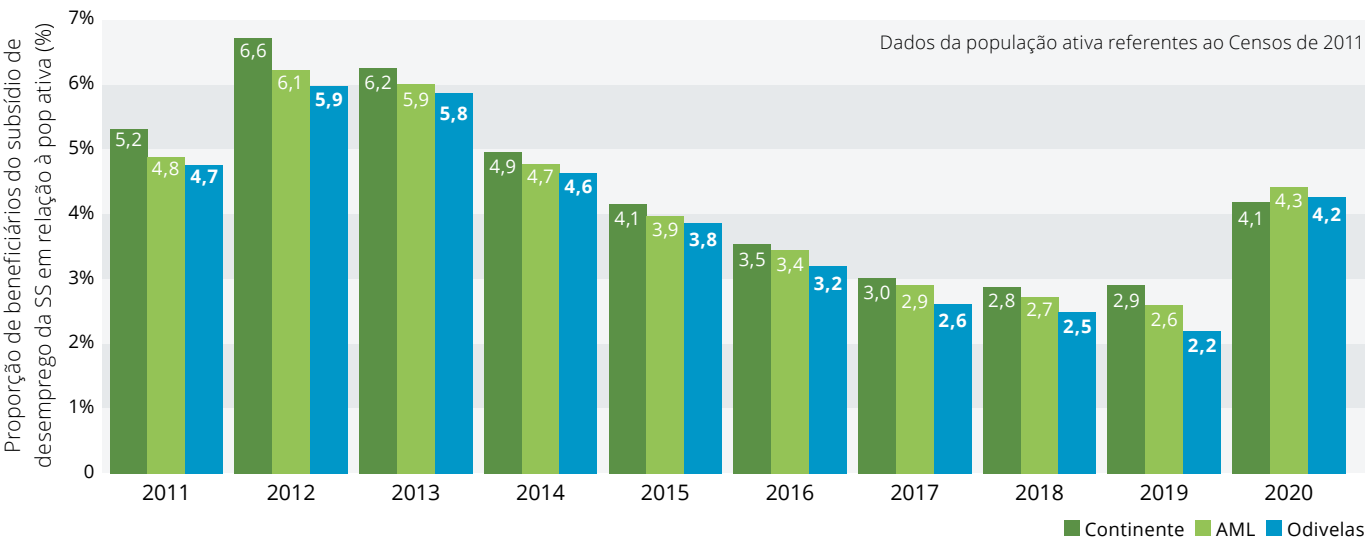


Figura 24. Beneficiários do subsídio de desemprego no total da população ativa por localização geográfica (%), 2011-2020
Fonte: INE, Estimativas anuais da população residente

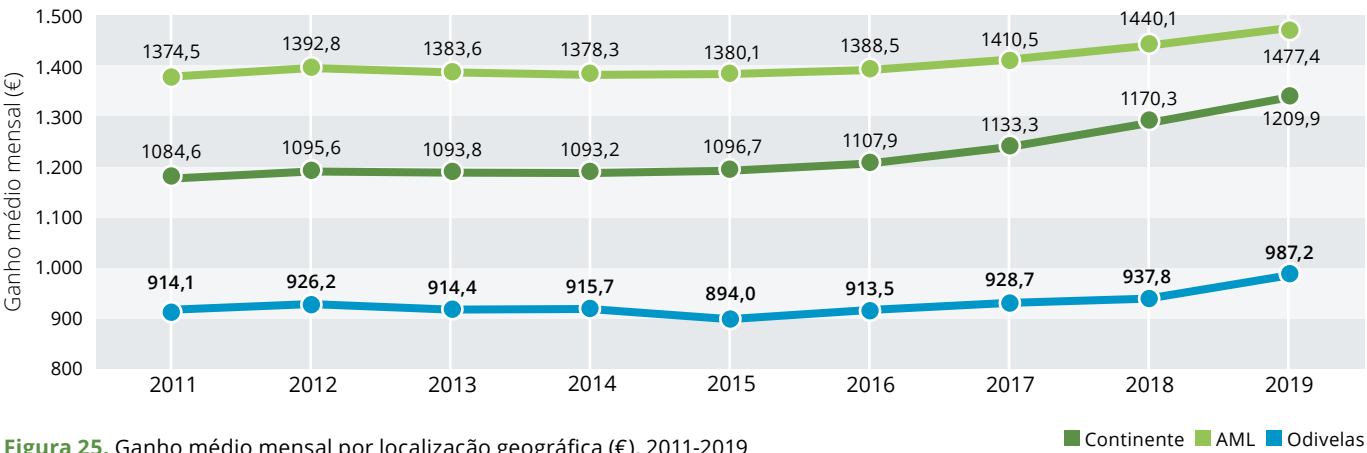


Figura 25. Ganho médio mensal por localização geográfica (€), 2011-2019
Fonte: INE, ganho médio mensal

Entre 2011 e 2020, o número de beneficiários do RSI por 1.000 habitantes diminuiu no município de Odivelas, na AML e em Portugal Continental (Figura 26). Este valor foi sempre consideravelmente inferior em Odivelas comparativamente com a AML e Portugal Continental sendo que, nas duas últimas regiões, o valor tem sido bastante sobreponível no período em análise.

Entre 2011 e 2020 o número de pensionistas da Segurança Social, dentro do conjunto dos indivíduos em idade ativa residentes no município, sofreu um aumento gradual, mantendo-se sempre inferior ao verificado no país e na AML. Em 2020, Odivelas apresentava 260,0 por cada 1.000 indivíduos em idade ativa comparativamente com 311,1 da AML e 340,0 de Portugal Continental (Figura 27).

Relativamente ao tipo de pensões, a pensão de velhice representou, em 2020, 73,2% das pensões no município de Odivelas, seguida da pensão de sobrevivência e de invalidez, comportamento semelhante ao registado na AML e em Portugal Continental.

Para além destas pensões, existiam 9071 beneficiários do subsídio por doença no município de Odivelas no ano de 2019. A maior percentagem de beneficiários pertence ao sexo feminino e aos grupos etários dos 35 aos 39 anos e dos 40 aos 44 anos.

COESÃO SOCIAL

A percentagem de população idosa que reside sozinha poderá representar situações de maior fragilidade social e, não raras vezes, económica. Tais fatores contribuem para acentuar dificuldades ao nível do autocuidado e de maior vulnerabilidade a acidentes/violência. Em 2011, de acordo com os censos (ainda não estão disponíveis dados relativos a esta informação do censos mais recente), no município de Odivelas a população com mais de 65 anos a viver sozinha em relação ao total de famílias era de 8,1%, valor inferior ao registado em Portugal Continental (10,2%) e AML (10,6%). As UF que, em 2011, apresentaram maior percentagem de idosos a viver sozinhos foram a UF Póvoa de Santo Adrião e Olival de Basto e a UF Pontinha

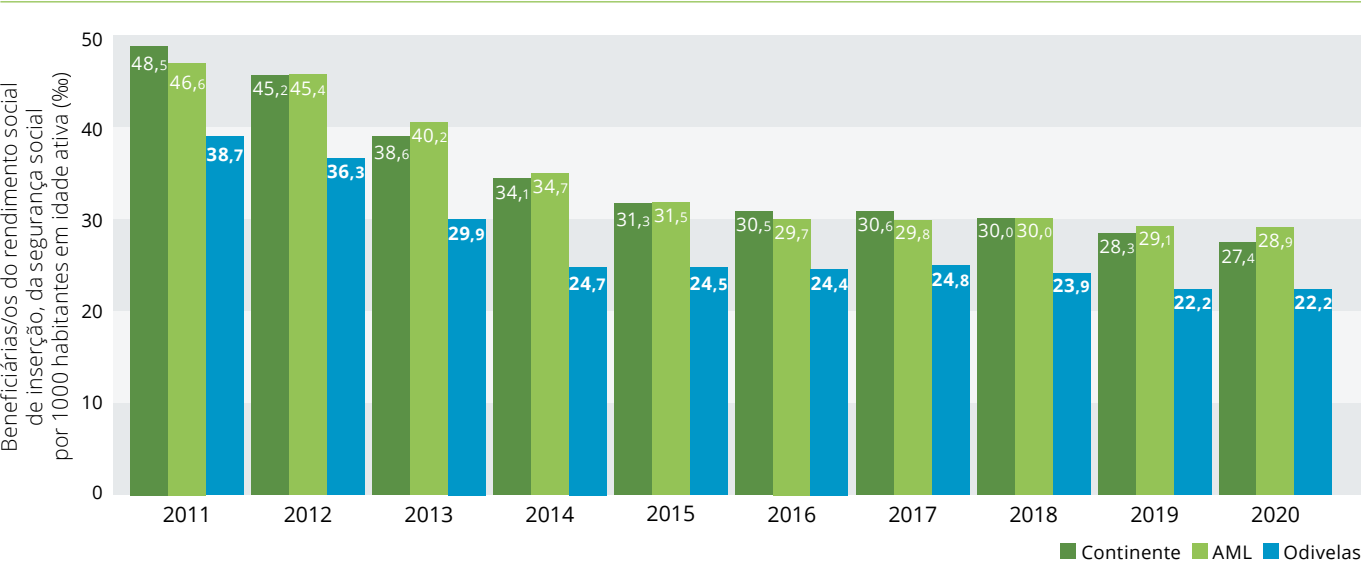


Figura 26. Beneficiárias/os do rendimento social de inserção por 1000 habitantes em idade ativa por localização geográfica (%), 2011-2020
Fonte: INE, Beneficiários do rendimento social de inserção da segurança social

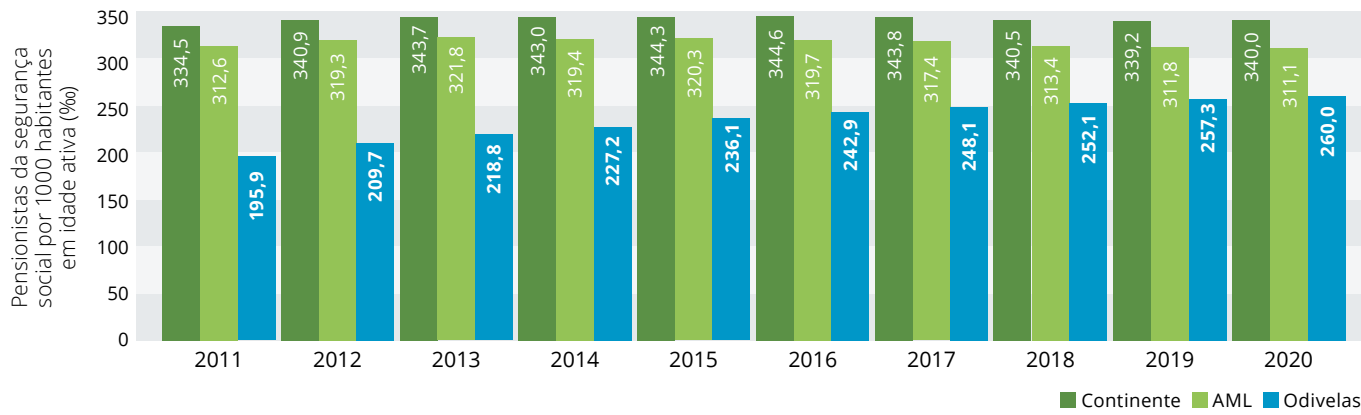


Figura 27. Pensionistas da segurança social por 1000 habitantes em idade ativa (%) por localização geográfica, 2011-2020
Fonte: INE, pensionistas da segurança social

e Famões, sendo possível perceber a predominância de idosos do sexo feminino nesta situação (Figura 28).

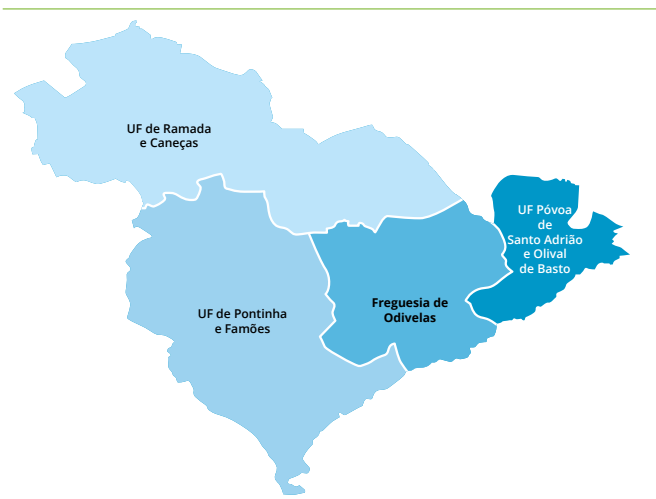
As crianças e jovens em risco no município são uma população de grande vulnerabilidade. Segundo a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) registaram 908 processos instaurados em 2018, 2019 e 2020. Estes processos sinalizados referem-se a situações de perigo tipificadas como “Exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança” que contempla o consumo de álcool, consumo de estupefacientes, prostituição, violência doméstica e situações de Maus-tratos Físicos: mutilação genital feminina, ofensa física, ofensa física em contexto de violência doméstica e ofensa física por castigo corporal.

No concelho de Odivelas entre 2018 e 2020 foram registados 986 crimes de violência doméstica, sendo que o ano de 2020 foi o ano com menor registo de crimes. No período em análise as vítimas mais frequentes eram do sexo feminino e da faixa etária compreendida entre os 25 e 54 anos.

A situação de sem-abrigo está associada a grande vulnerabilidade relativamente a questões humanas, sociais e de saúde dos indivíduos. Do ponto de vista da saúde, as pessoas em situação sem-abrigo podem apresentar problemas de saúde específicos como doenças mentais, respiratórias, cutâneas, doenças transmissíveis e outros tipos que estão associadas às condições de precariedade e comportamentos de risco que estes indivíduos podem apresentar.

Segundo a CMO, existiam no concelho 58 indivíduos em situação de sem-abrigo no ano de 2021. Destes 58 indivíduos, 57 pertenciam ao grupo etário dos 45 aos 64 anos e um apresentava mais de 65 anos. Mais de metade das pessoas em situação de sem-abrigo eram de naturalidade portuguesa, sendo os restantes naturais de países terceiros (países Europa de Leste, Paquistão, Guiné-Bissau e Cabo Verde).

Em 2019, de acordo com o inquérito da Estratégia Nacional para a integração de pessoas em situação de sem-abrigo 2017-2023 (ENIPSSA), existiam em Portugal Continental 7107 pessoas em situação de sem-abrigo. Na região AML, este valor era de 3954.²⁴



Freguesia	Taxa de Abstenção (%)
Freguesia Odivelas	54,1%
União das freguesias de Pontinha e Famões	53,4%
União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival de Basto	56,5%
União das freguesias de Ramada e Caneças	50,0%

Figura 29. Taxa de abstenção nas eleições autárquicas (%) no município de Odivelas, 2017
Fonte: Elaboração própria com base no SGMAI, Resultados das Eleições Autárquicas 2017

Por último, a taxa de abstenção nas eleições autárquicas capta um componente da participação cívica e integração social dos cidadãos residentes numa dada área geográfica. O município de Odivelas apresenta uma taxa de abstenção de 53,3% nas eleições autárquicas de 2017, estando acima do valor exibido na AML (52,9%) e em Portugal Continental (45,0%). Comparando com os outros municípios da AML, Odivelas apresenta um valor de abstenção intermédio.

Ao nível das freguesias, a UF de Póvoa de Santo Adrião e Olival de Basto foi a que verificou um maior nível de abstenção (56,5%) e a UF de Ramada e Caneças a menor taxa de abstenção (50,0%) (Figura 29).

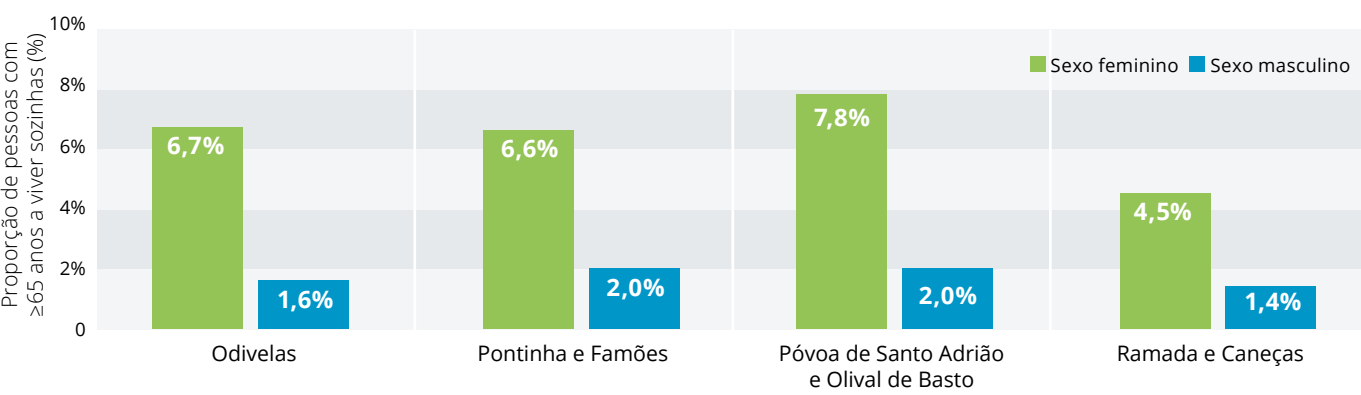


Figura 28. Proporção de pessoas com 65 anos ou mais a viver sozinhas (%) por sexo no concelho de Odivelas, 2011
Fonte: elaboração própria com base no INE, censos da população 2011

5.2 HABITAÇÃO E MOBILIDADE

HABITAÇÃO

A habitação tem impacto na saúde ao proporcionar proteção a fenómenos meteorológicos (frio, calor, chuva, entre outros), poder ser local de acidentes e exposições prejudiciais para a saúde (como humidade que pode conduzir a alergias ou agravamento de patologias do foro respiratório), mas também poder impactar a saúde mental (pelas relações estabelecidas com coabitantes, por exemplo).

Em 2021 existiam no município de Odivelas 16.918 edifícios, o número de edifícios tem sofrido um ligeiro aumento desde 2011 (3,3%). Este aumento seguiu a tendência de aumento da AML (1,1%), sendo que Odivelas apresenta uma posição de crescimento intermédia comparativamente com os outros municípios da região (Figura 30).

Ao nível das freguesias, as freguesias com maior variação ao nível do número de edifícios entre 2011 e 2021 foram a UF de Ramada e Caneças e UF Pontinha e Famões que tiveram um aumento de 5,9% e 4,9% respetivamente (Figura 31).

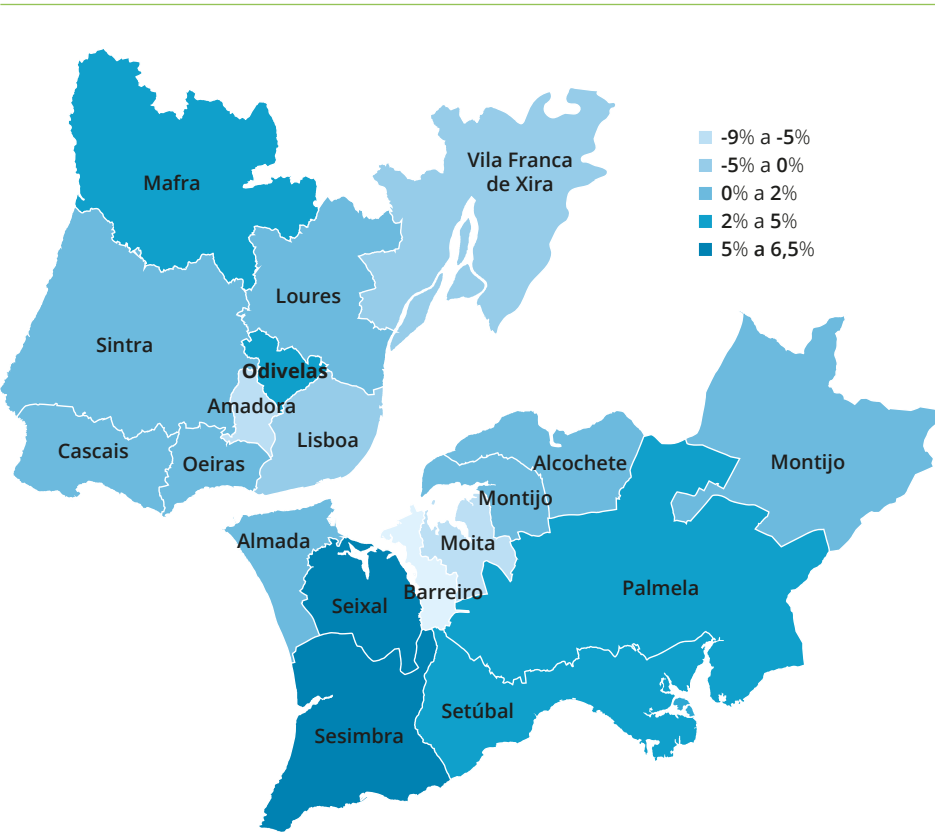
O número de alojamentos familiares e coletivos registaram igualmente uma variação positiva entre 2011 e 2021 no município de Odivelas (3,4%), apresentando uma posição intermédia comparativamente com os restantes municípios da AML (Figura 32).



Edifícios	2021	2011	Δ	Δ(%)
Freguesia Odivelas	3.500	3.521	-21	-0,6%
União das freguesias de Pontinha e Famões	6.350	6.051	299	4,9%
União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival de Basto	1.559	1.610	-51	-3,2%
União das freguesias de Ramada e Caneças	5.509	5.201	308	5,9%

Figura 31. Variação do número de edifícios (%) nas freguesias do município de Odivelas, 2011-2021

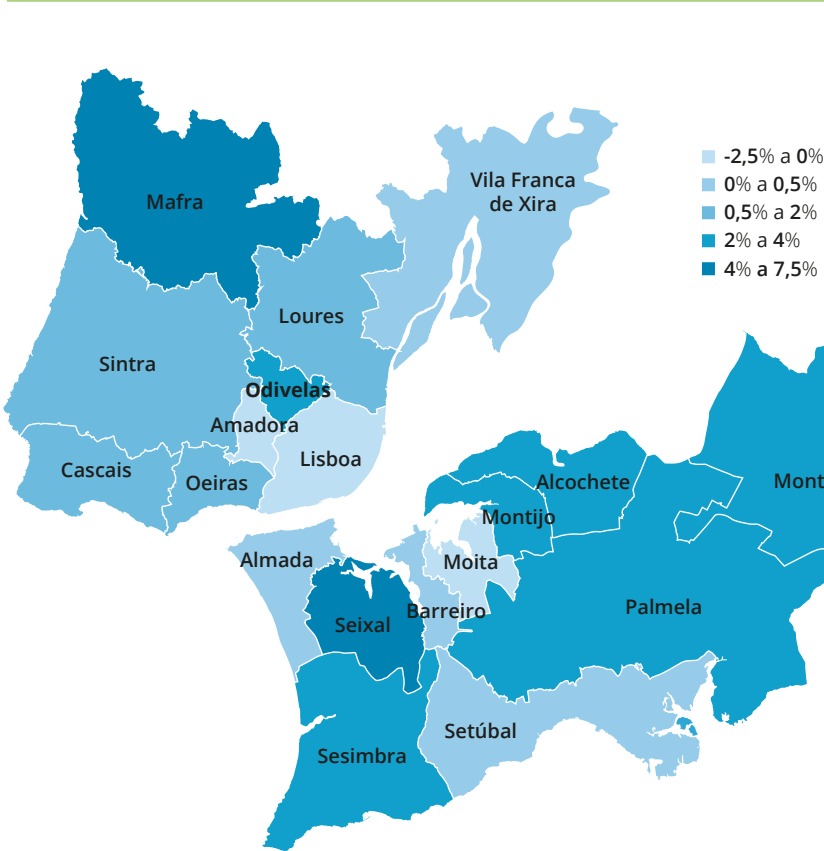
fonte: elaboração própria com base nos censos da população 2011 e 2021



Edifícios	2021	2011	Δ	Δ %
Alcochete	4.597	4.575	22	0,5%
Almada	34.557	34.163	394	1,2%
Amadora	12.520	13.696	-1.176	-8,6%
Barreiro	10.881	11.008	-127	-1,2%
Cascais	44.429	43.624	805	1,8%
Lisboa	50.150	52.696	-2.546	-4,8%
Loures	31.371	30.856	515	1,7%
Mafra	28.957	28.002	955	3,4%
Moita	12.237	12.398	-161	-1,3%
Montijo	13.068	12.996	72	0,6%
Odivelas	16.918	16.383	535	3,3%
Oeiras	18.528	18.243	285	1,6%
Palmela	22.536	21.631	905	4,2%
Seixal	32.041	30.124	1.917	6,4%
Sesimbra	21.644	20.433	1.211	5,9%
Setúbal	24.764	24.242	522	2,2%
Sintra	57.994	56.903	1.091	1,9%
Vila Franca de Xira	16.918	16.984	-66	-0,4%

Figura 30. Variação do número de edifícios (%) nos municípios da Área Metropolitana de Lisboa, 2011-2021

fonte: elaboração própria com base nos censos da população 2011 e 2021



Alojamentos	2021	2011	Δ	Δ%
Alcochete	9.174	8.829	345	3,9%
Almada	101.550	101.536	14	0,0%
Amadora	87.150	88.036	-886	-1,0%
Barreiro	41.783	41.772	11	0,0%
Cascais	110.412	109.171	1.241	1,1%
Lisboa	319.881	326.792	-6.911	-2,1%
Loures	97.715	96.272	1.443	1,5%
Mafra	44.878	42.957	1.921	4,5%
Moita	34.569	34.673	-104	-0,3%
Montijo	27.791	26.766	1.025	3,8%
Odivelas	71.860	69.499	2.361	3,4%
Oeiras	86.778	86.162	616	0,7%
Palmela	34.447	33.196	1.251	3,8%
Seixal	82.787	79.552	3.235	4,1%
Sesimbra	33.089	31.837	1.252	3,9%
Setúbal	63.113	62.829	284	0,5%
Sintra	183.802	182.854	948	0,5%
Vila Franca de Xira	65.146	65.125	21	0,0%

Figura 32. Variação do número de alojamentos (%) familiares e clássicos nos municípios da Área Metropolitana de Lisboa, 2011-2021

fonte: elaboração própria com base nos censos da população 2011 e 2021

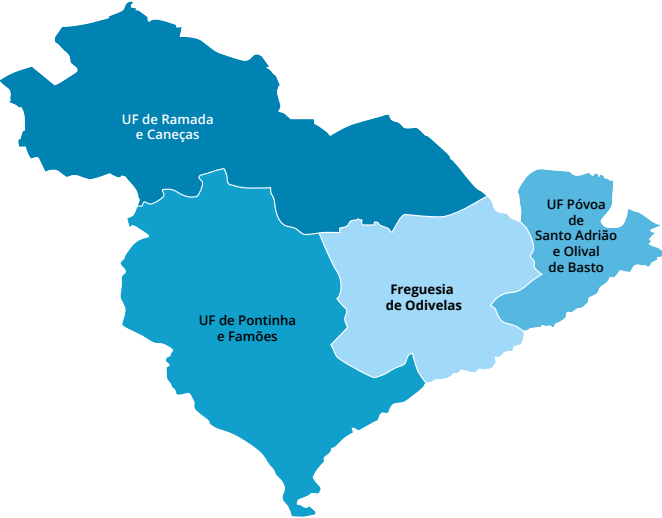
As freguesias com maior variação de alojamentos familiares e coletivos foram a UF de Ramada e Caneças e a UF de Pontinha e Famões, com uma variação de 7,0% e 5,2% respetivamente (Figura 33).

O aumento de edifícios e alojamentos no concelho pode estar relacionado com o crescimento da população que se verificou entre 2011 e 2021, nomeadamente ao nível das UF de Ramada e Caneças e UF Pontinha e Famões onde se verificou um maior crescimento da população residente.

MOBILIDADE

A mobilidade da população é uma importante dimensão do quotidiano dos munícipes e tem impactos a nível ambiental, de qualidade de vida e em diversas dimensões da saúde física e mental dos indivíduos.

Em 2017, de acordo com um inquérito aplicado à população da AML,²⁵ em Odivelas 23,2% dos residentes deslocavam-se a pé para o trabalho ou para a escola, comparado com 23,0% da AML (Figura 34). Odivelas apresenta uma posição intermédia entre os restantes municípios da AML, sendo Lisboa o município onde mais residentes (22,5%) e Alcochete o município com menos residentes (0,6%) a se deslocarem a pé para o trabalho ou para a escola.



Freguesia	2021	2011	Δ	Δ(%)
Freguesia Odivelas	29.649	29.427	222	0,8%
União das freguesias de Pontinha e Famões	17.340	16.477	863	5,2%
União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival de Basto	9.561	9.288	273	2,9%
União das freguesias de Ramada e Caneças	15.310	14.307	1.003	7,0%

Figura 33. Variação do número de alojamentos (%) familiares e coletivos nas freguesias do município de Odivelas, 2011-2021

fonte: elaboração própria com base nos censos da população 2011 e 2021

A deslocação em transporte público (autocarro e metropolitano) foi realizada por 19,0% dos residentes do município, comparando com 11,8% da AML. Salienta-se, ainda, que 56,2% dos residentes se deslocavam em veículo próprio (quer como condutor quer como passageiro) em linha com o observado na AML (59,0%) (Figura 34).

A malha de transportes públicos no concelho de Odivelas é caracterizada por uma rede de transporte coletivo rodoviário e uma rede de transporte coletivo ferroviário

ligeiro. Para melhorar as condições de mobilidade dentro do concelho foi criado em 2009 o serviço “Voltas”. Este serviço apresenta três percursos que permitem assegurar um acesso facilitado, cómodo e rápido a diferentes estabelecimentos e infraestruturas do concelho, como sejam, Unidades de Saúde, Estabelecimentos de Ensino, Farmácias, Espaços Comerciais, Equipamentos Municipais, entre outros.

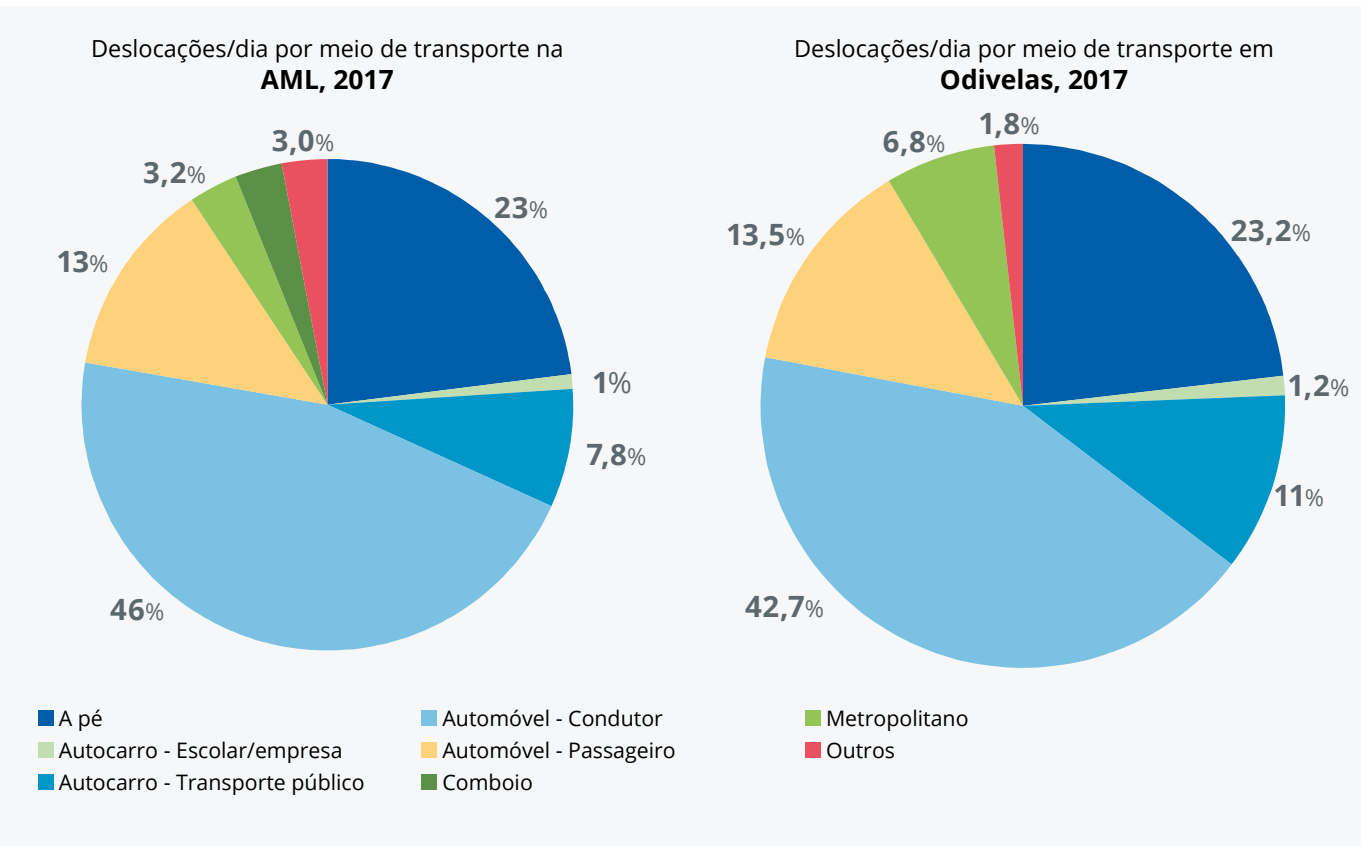


Figura 34. Deslocações (%) por dia e meio de transporte utilizado nos movimentos pendulares por localização geográfica, 2017
Fonte: INE, Inquérito à Mobilidade nas Áreas Metropolitanas do Porto e Lisboa, 2017



5.3 AMBIENTE FÍSICO

O ambiente físico e a qualidade ambiental dos territórios influenciam positivamente ou negativamente a saúde dos indivíduos e da comunidade. Existe evidência que ambientes saudáveis, pela remoção de riscos ambientais evitáveis conhecidos, podem prevenir quase ¼ da carga global de doença, ou seja, podem evitar quase 13 milhões de mortes por ano em todo o mundo.

QUALIDADE DO AR ATMOSFÉRICO

O ambiente que nos rodeia é constituído essencialmente por ar, como tal, a sua qualidade afeta diretamente a saúde humana, sendo considerado atualmente como fator de risco para o desenvolvimento de doenças do foro respiratório e cardiovascular²⁶. A diminuição do nível de poluentes atmosféricos é essencial para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida das populações e para mitigar as alterações climáticas (como a meta estabelecida por Portugal de Carbono Zero, bem como para o compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), nomeadamente o ODS 13 - Ação Climática e ODS 15 - Proteger a vida terrestre)²⁷.

Os principais poluentes atmosféricos são as partículas totais em suspensão (PTS) onde se encontram as PM₁₀ e PM_{2,5} (classificadas de acordo com o seu diâmetro em micrómetros), o dióxido de enxofre (SO₂), o óxido de azoto (NO_x), entre outros²⁸. Estes poluentes são monitorizados e classificados qualitativamente de acordo com o Índice de Qualidade do Ar (IQA) definido pela Agência Portuguesa do Ambiente de “Muito Bom” a “Mau”. No concelho de Odivelas a estação de monitorização da qualidade do ar encontra-se na Escola EB 2,3 Vasco Santana, na UF de Ramada e Caneças, sendo uma estação classificada como urbana/tráfego e os parâmetros monitorizados nesta estação são o NO_x, o CO e o PM₁₀.

De acordo com a informação disponível referente à estação de monitorização de Odivelas-Ramada, entre os anos 2010 e 2019, o índice de qualidade do ar foi classificado como “Bom”²⁶.

Para a estação de monitorização de Odivelas-Ramada não existem dados de monitorização para PM_{2,5}. As principais fontes PM_{2,5} são a combustão automóvel, processos industriais, aquecimento doméstico (lareiras), poeiras e fumos por exemplo^{29,30}. Estas partículas têm a capacidade de viajar ao longo do trato respiratório, podendo depositar-se nos pulmões, dificultando as trocas gasosas ao nível dos alvéolos pulmonares e, por essa via, entrar na corrente sanguínea^{30,31}. Considerando o forte impacto das PM_{2,5} na saúde e estando incluídas na maior parte dos programas de monitorização internacionais, será importante no fu-

turo incluir este parâmetro na monitorização realizada³². Assim, e considerando os dados de monitorização disponíveis nos relatórios da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (CCDR-LVT) para o ano de 2018 e 2019, a estação da região de Lisboa mais próxima, onde ocorre a monitorização de PM_{2,5}, é a estação de Entrecampos. De acordo com os relatórios, o valor anual médio de PM_{2,5} é de 12 µg/m³, valor que se encontra acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 5 µg/m³³³, mas abaixo do requisito legal exigido pela Comissão Europeia, transposto em Portugal através do Decreto-Lei nº 102/2010 (25 µg/m³).

As principais fontes de PM₁₀ são o tráfego automóvel, aquecimento doméstico e atividades industriais, mas também a ressuspensão de matéria particulada³⁴. Da análise dos dados desde 2010 a 2019 é possível observar que a concentração média neste período de tempo para as PM₁₀ é de 23,2 µg/m³ (Figura 35). O número de excedências ao longo dos anos em análise encontra-se entre 2 e 27 dias/ano, sendo que nos últimos três anos a média de excedências ao valor limite de exposição (VLE) diário encontra-se nos 17 dias/ano. Esta estação de monitorização da qualidade do ar encontra-se junto a uma via rápida podendo esse facto contribuir para as excedências ocorridas.

Relativamente aos restantes poluentes monitorizados na estação Odivelas-Ramada (CO e NO₂), verifica-se que ao longo dos últimos oito anos, não ocorreram excedências ao valor limite descrito para CO na legislação nacional (10 mg/m³ máximo diário das médias de 8h) e também ao valor limite recomendado pela OMS (4 mg/m³ em 24h).

A redução dos VLEs para os diferentes poluentes atmosféricos de forma consistente tem como objetivo aumentar os ganhos, não só em saúde, mas também para o planeta²⁷.

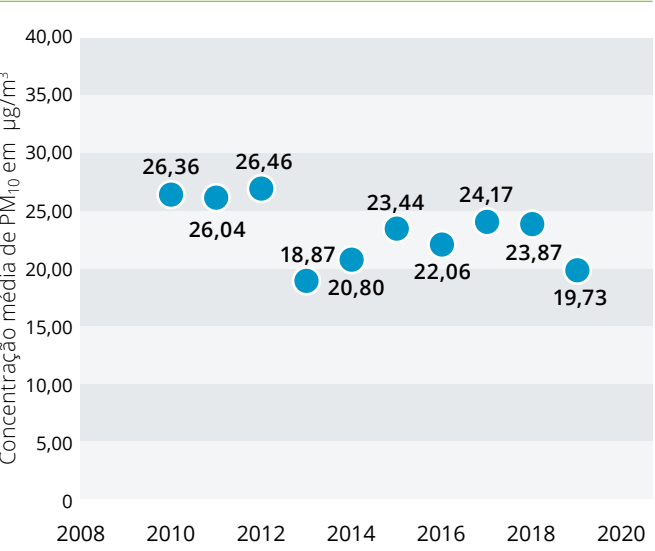


Figura 35. Concentração média de PM₁₀ em µg/m³ na estação Odivelas-Ramada, 2010-2019
Fonte: QUALAR, Agência Portuguesa do Ambiente

RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS

Os resíduos sólidos urbanos representam um desafio para a saúde pública, dado que podem ser fonte e vetor de doenças, caso não sejam convenientemente geridos. A exposição aos resíduos ocorre em diferentes momentos, nomeadamente no armazenamento, recolha e transferência, na higienização dos espaços e no tratamento dos resíduos³⁵.

É imperioso, igualmente, o correto encaminhamento dos resíduos para o fluxo adequado, de modo a minimizar exposições a agentes biológicos³⁶. Incorreto encaminhamento é, portanto, um incremento adicional aos perigos que representa para a saúde da população. O encaminhamento dos resíduos para processo de reciclagem vai potenciar a economia circular, fornecendo matérias-primas a processos produtivos/industriais e outros, evitando deste modo a exploração de matérias-primas virgens, e encontrando-se uma nova utilidade para um item que entrou na etapa seguinte do seu ciclo de vida.

Segundo o Relatório estatístico operacional 2020, relacionados com a incorreta gestão de resíduos neste município, a ocorrência com maior expressão está associada aos resíduos “Deposição de resíduos/saúde pública/animais/ambiente”, representando um total de 260 ocorrências de um total de 521. No município de Odivelas a quantidade de resíduos sólidos urbanos tem tido incrementos médios, na ordem dos 2% ao ano, nos últimos 5 anos. No ano de 2020 foram recolhidas 62.985 toneladas de resíduos sólidos urbanos³⁵. Relativamente aos resíduos de recolha seletiva, em 2020, foram recolhidos 4.446.772 kg de materiais recicláveis no concelho³⁷.

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL AO RUÍDO

A exposição a ruído excessivo pode ter consequências para a saúde humana, nomeadamente ao nível da perturbação do sono, capacidade de concentração, humor, *stress*, dores de cabeça, cansaço, entre outros³⁸. A exposição ao ruído é avaliada de acordo com indicadores legalmente estabelecidos no Regulamento Geral de Ruído (RGR). Em Odivelas o Plano de Ação para o Ruído elaborado para o município tem por base os seguintes indicadores: indicador de ruído diurno-entardecer-noturno (L_{den}) sendo o indicador de ruído, associado ao incómodo global, expresso em dB(A); e o indicador de ruído diurno (L_d) sendo o nível sonoro médio de longa duração determinado durante uma série de períodos diurnos representativos de um ano. Com base em estudos anteriores foram identificadas as áreas de conflito no município, sendo essas zonas maioritariamente junto a eixos rodoviários nomeadamente A36/IC17/CRIL, A40/IC22, A9/CREL, A8, EN8, EN250, EN542 e, também, algumas vias municipais de maior tráfego. Como ações para mitigar a exposição



ao ruído foram desenvolvidas algumas medidas que passam por campanhas de sensibilização e informação sobre o ruído, otimização e redirecionamento de tráfego, limitação da velocidade máxima, bem como ações de monitorização que visam a atualização sistemática de mapas de ruído³⁹. O empenho da sociedade, mas também o compromisso político para assegurar melhores transportes públicos, ciclovias, a diminuição da circulação de veículos automóveis nas cidades, trará benefícios na redução do ruído ambiente²⁷.

QUALIDADE DA ÁGUA (CONSUMO HUMANO)

A água é um bem essencial à vida, mas também pode ser um habitat e veículo de transmissão de microrganismos, podendo estes causar doenças infecciosas e doenças transmitidas por vetores, nomeadamente, malária, dengue, cólera, leptospirose, hepatite A, giardíase, diarreia infecciosa, doença dos legionários⁴⁰.

Ao longo do trajeto, desde a captação até ao consumidor final, a água pode ser também contaminada, sendo então importante manter um programa de monitorização da qualidade da água desde que sai da estação de tratamento até à torneira dos consumidores.

No município de Odivelas a entidade gestora é a SIMAR-Loures e Odivelas, detendo um total de 1202 Km de rede de águas. Destes, 1133 Km são referentes à rede de distribuição⁴¹.



Analisando os dados dos diferentes relatórios - “Relatório anual dos serviços de águas e resíduos em Portugal” de 2018, 2019, 2020 e 2021, disponibilizados pela Entidade Reguladora dos Serviços de Água e Resíduos (ERSAR), pode-se verificar que o valor médio do indicador de água segura na torneira do consumidor nestes anos foi de 99,7%.

ESPAÇOS VERDES

Os espaços verdes em zonas urbanas são reconhecidos como importantes contributos para a melhoria da qualidade do ambiente urbano, assegurando:

- Redução da poluição atmosférica - purificam a atmosfera, filtram e absorvem as poeiras em suspensão; eliminam odores;
- Alteração e amenização do microclima urbano - regulam a temperatura do ar e reduzem a reflexão de luz solar;
- Aumento do teor de humidade do ar - protegem do vento e do ruído;
- Embelezamento e valorização da paisagem - melhoram o aspeto visual e paisagístico;
- Controlo da erosão;
- Aumento da biodiversidade;
- Sustentabilidade urbana.

No que diz respeito à saúde das populações, as paisagens verdes contribuem para o bem-estar estético, psicológico e social, influenciando de forma direta e indireta o comportamento dos cidadãos na promoção da sua saúde⁴².

Existem cerca de 27 jardins e parques municipais distribuídos pelas quatro freguesias/uniões de freguesia do município de Odivelas, considerados espaços verdes.

A área verde total disponível é de cerca de 140.000 m². Considerando a área total disponível e o número de habitantes do município de Odivelas, o rácio de área verde/população residente é de 94,5 m² espaços verdes por 100 habitantes.

ALTERAÇÕES CLIMÁTICAS

As alterações climáticas têm um impacto considerável na saúde das populações. As suas consequências poderão comprometer grande parte dos ganhos em Saúde alcançados nas últimas décadas. A premência deste problema levou a OMS a considerá-lo como uma das dez ameaças à Saúde Global⁴³.

O resultado mais imediato das alterações climáticas na saúde humana é observado através do aumento contínuo das temperaturas e do incremento na frequência, intensidade e duração de períodos de calor extremo. As consequências fisiopatológicas da exposição ao calor são



reconhecidas e incluem, entre outras, golpes de calor, lesão renal aguda ou exacerbações de doenças crónicas, nomeadamente do foro cardíaco e respiratório. Deve-se sublinhar que as crianças e os idosos constituem grupos particularmente vulneráveis⁴⁴.

Perante a problemática das alterações climáticas, o Município de Odivelas integrou o grupo dos 18 municípios da Área Metropolitana de Lisboa que cumprem com o “Plano Metropolitano de Adaptação às Alterações Climáticas da Área Metropolitana de Lisboa”⁴⁵.

Tendo em conta a ampla evidência existente sobre a relação das temperaturas extremas e a Saúde Humana, bem como o impacto que as alterações climáticas já aparentam ter no ambiente, é crucial um primeiro passo de monitorização das variações térmicas e o estudo da potencial associação destas com a mortalidade.

Apesar dos dados que de seguida apresentamos não serem suficientes para demonstrar causalidade, parece existir evidência entre a associação entre as temperaturas extremas e o número de óbitos, no município de Odivelas (Figura 36), em particular durante as vagas de frio.

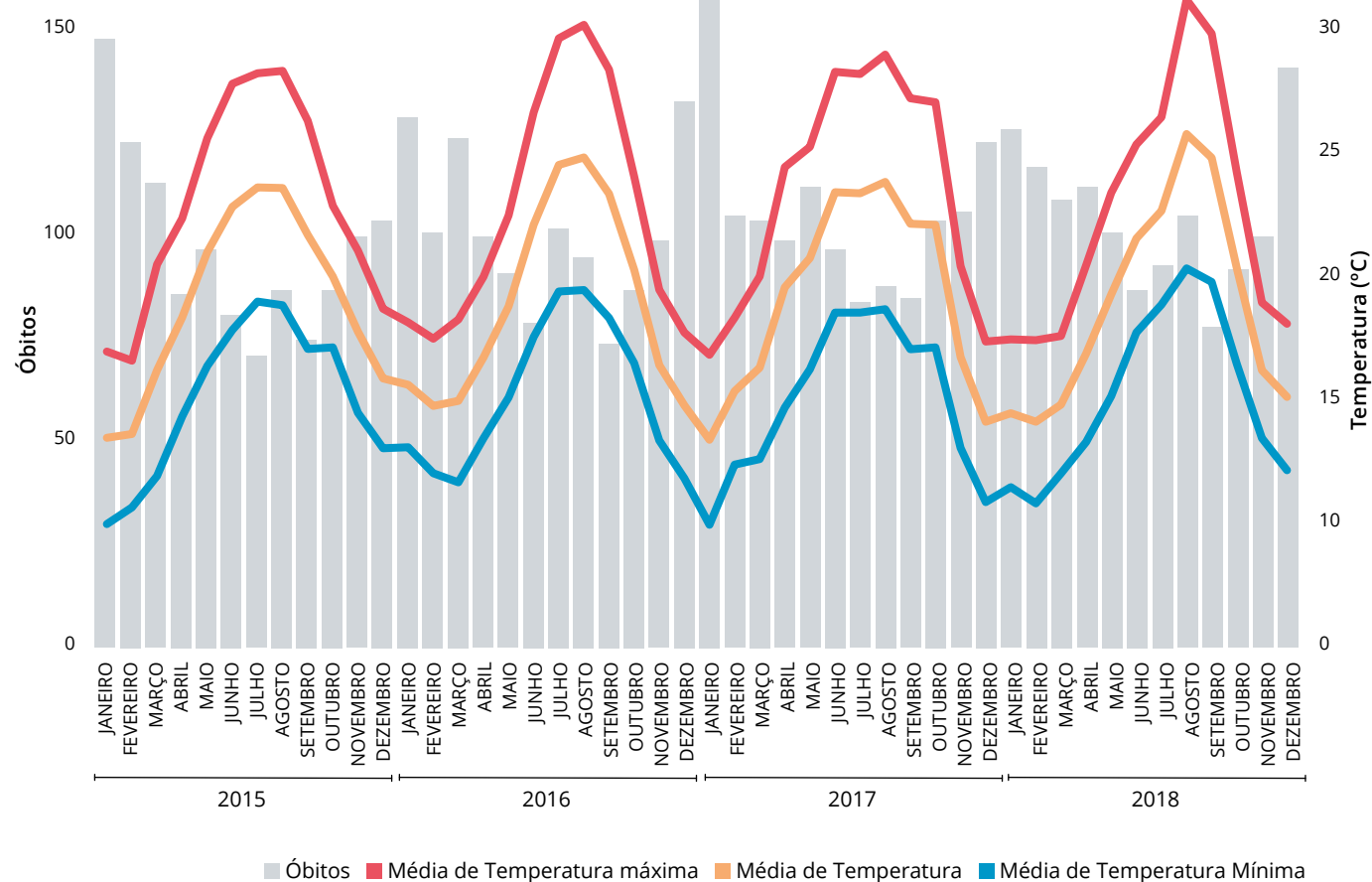


Figura 36. Variação de temperatura máxima e mínima (°C) em Odivelas, 2015-2019 (apresenta-se o valor médio mais alto e mais baixo, tanto para a temperatura máxima como para a temperatura mínima, e ao longo do gráfico de linhas salientam-se os valores mensais do ano de 2018)

Fonte: elaboração própria com base nos dados do IPMA



5.4 NATALIDADE E SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A natalidade refere-se ao número de nascimentos, em determinada população, num intervalo específico de tempo. A par da taxa de mortalidade e dos movimentos migratórios, a taxa de natalidade é utilizada para avaliar dinâmicas da população. A natalidade é o fator de maior influência no aumento de uma população e um importante determinante social e de saúde, podendo ser utilizado para influenciar a definição de políticas de saúde, sociais e económicas⁴⁶.

A Saúde Materna refere-se à saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o período pós-natal, estando intimamente relacionada com a Saúde Infantil, que se refere ao período compreendido entre a gestação, o parto e o primeiro ano de vida da criança (apesar de ser muitas vezes estendido a todo o período infantojuvenil, até aos 15-18 anos de idade)⁴⁷⁻⁴⁹. Cada uma destas fases deve constituir

uma experiência positiva, que garanta o completo estado de saúde e bem-estar da mãe e das crianças.

Os indicadores de Saúde Materna e Saúde Infantil correspondem, na maior parte dos casos, a mortes evitáveis caso fosse garantido um acesso e acompanhamento adequados a cuidados de saúde materno-infantis. Mas esses indicadores refletem, também, as iniquidades sociais e económicas que afetam as comunidades, nomeadamente a pobreza, a má-nutrição e a precariedade, entre tantas outras^{47,48}.

NATALIDADE

Em 2020, a taxa bruta de natalidade no concelho de Odivelas foi ligeiramente inferior à verificada no ano de 2011 (12,2‰ em 2011 vs. 10,7‰ em 2020). A mesma tendência verifica-se na sub-região AML e em Portugal Continental. Ainda assim, no período em análise, o concelho de Odivelas apresenta uma taxa bruta de natalidade superior à verificada nessas regiões (Figura 37).

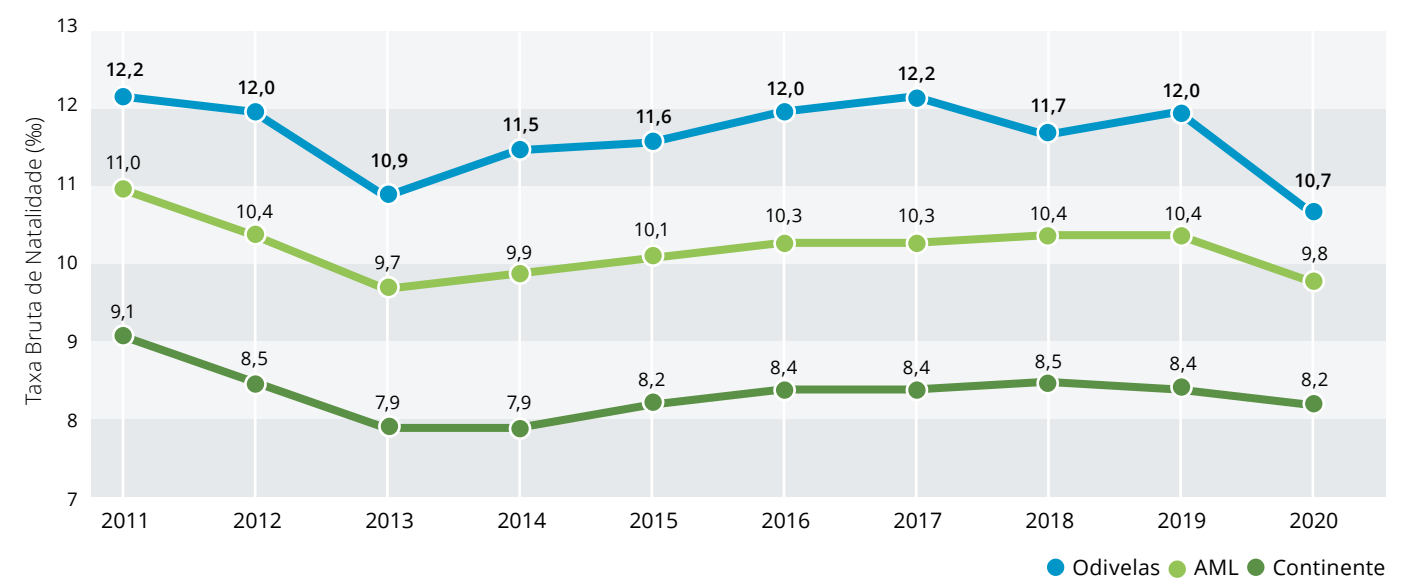


Figura 37. Taxa bruta de natalidade (%) por localização geográfica, 2011-2020

Fonte: INE, Natalidade



NASCIMENTOS EM MULHERES COM IDADES DE RISCO

No que diz respeito à maternidade, a idade média das mulheres aquando da gestação e parto poderá representar desafios adicionais, quer de um ponto de vista clínico, quer dos determinantes socioeconómicos, que têm também repercussões na saúde da mulher. Assim, geralmente, considera-se como maternidade de risco quando a mãe tem idade inferior a 20 anos ou superior a 35 anos⁵⁰.

Do total de nascimentos no ano de 2020 em Odivelas, 1,6% das mulheres tinham idade inferior a 20 anos e 32,5% tinham idade acima dos 35 anos (Figura 38). Vários fatores sociais e económicos podem contribuir para o aumento da idade média da mãe aquando do nascimento do primeiro filho. Entre esses fatores incluem-se, o aumento dos níveis de educação das mulheres, maior taxa de empregabilidade das mulheres, estabilidade profissional e financeira, entre outros⁵¹⁻⁵³.

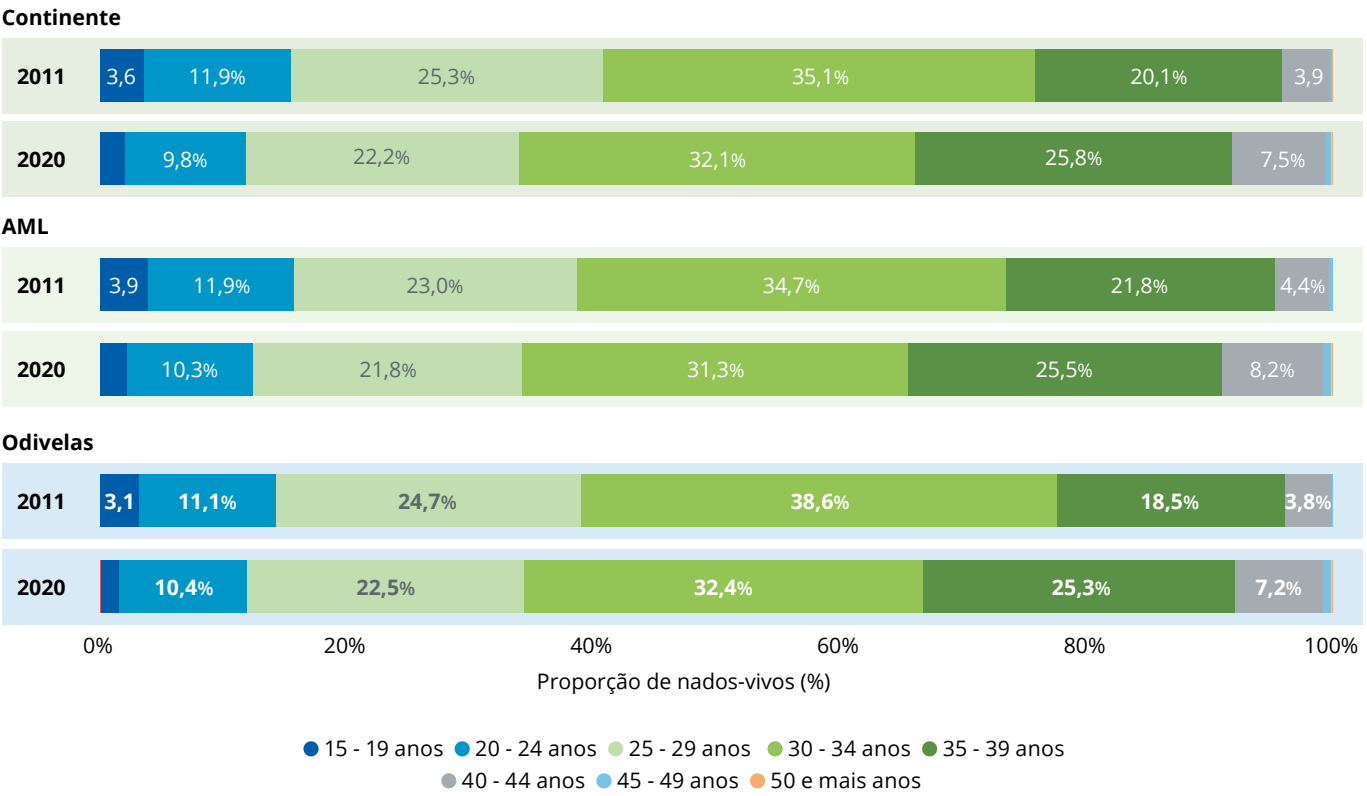


Figura 38. Proporção de nados-vivos por faixa-etária da mãe e localização geográfica, 2011-2020
Fonte: INE, Nados-vivos

MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil expressa a razão entre os óbitos em crianças com idade inferior a 1 ano e o número de nados-vivos que ocorreram numa determinada população e num período temporal definido. De entre os fatores que contribuem para a variação da taxa de mortalidade infantil, destacam-se o nível de saúde global da população, o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, o nível socioeconómico e outras condições e determinantes sociais e de contexto.

A taxa de mortalidade infantil encontra-se enquadrada no objetivo 3 dos ODS, que corresponde à área da Saúde e Bem-estar, mais especificamente no objetivo 3.2: “Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos (...)”¹⁷. Em 2019, na União Europeia, a taxa de mortalidade infantil foi de 3,4 mortes por

cada 1.000 nados-vivos. Em Portugal Continental, nesse mesmo período, registou-se um valor ligeiramente inferior -2,9 mortes por cada 1.000 nados-vivos. Desde 1991 até aos dias de hoje, Portugal tem apresentado de forma consistente, uma taxa de mortalidade infantil inferior à média da União Europeia⁵⁴.

Analisando a taxa de mortalidade infantil nos três territórios, no período de 2011 a 2019, verifica-se que na AML a taxa de mortalidade infantil tem sido ligeiramente superior à registada em Portugal Continental, apresentando 3,5 mortes por cada 1.000 nados-vivos no período 2015-2019. No que se refere ao concelho de Odivelas, desde 2013, este apresenta uma taxa de mortalidade infantil ligeiramente inferior aos outros dois territórios (AML e Portugal continental), registando o valor de 2,8 mortes por cada 1.000 nados-vivos, no período mais recente em que existe informação disponível - 2015-2019 (Figura 39).

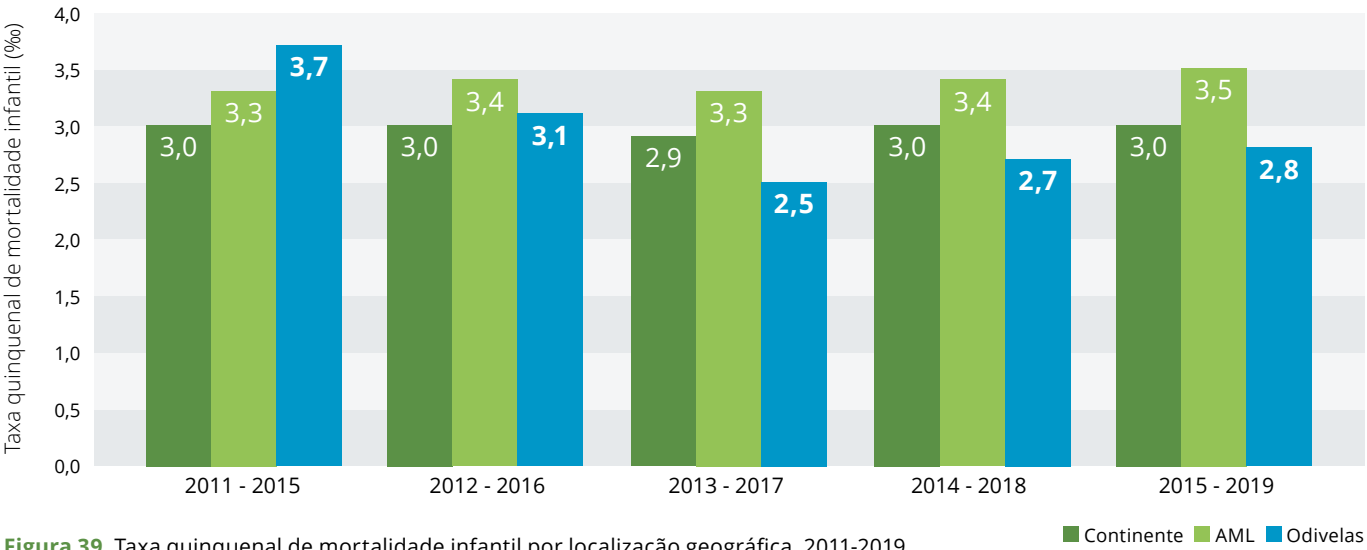


Figura 39. Taxa quinzenal de mortalidade infantil por localização geográfica, 2011-2019
Fonte: INE, mortalidade infantil

5.5 DETERMINANTES ASSOCIADOS AOS ESTILOS DE VIDA

Os determinantes associados ao estilo de vida das populações estão intrinsecamente ligados a comportamentos individuais que, por sua vez, são influenciados por fatores relacionados com o ambiente físico e social onde cada indivíduo se insere. Os determinantes associados ao estilo de vida estão intrinsecamente associados ao desenvolvimento de doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e diferentes tipos de neoplasias. Neste ponto serão abordados os seguintes determinantes: excesso de peso, abuso do tabaco, álcool e drogas.

Entre 2015 e 2020, 20,4% dos utentes inscritos nos CSP do município de Odivelas apresentavam excesso de peso, sendo que o grupo etário dos 65 aos 69 anos foi o grupo com maior frequência de excesso de peso e sem uma diferença óbvia na distribuição por sexo (Figura 40).

Entre 2015 e 2020, 10,1% dos utentes inscritos nas UF dos CSP do município de Odivelas eram fumadores. Este consumo foi mais frequente no sexo masculino e no grupo etário dos 40 aos 44 anos, seguido o grupo etário dos 45 aos 49 anos e do grupo dos 35 aos 39 anos (Figura 41). A distribuição por sexo não apresenta diferenças significativas nos diferentes grupos etários, com uma tendência de maior consumo pelo sexo masculino nos grupos etários

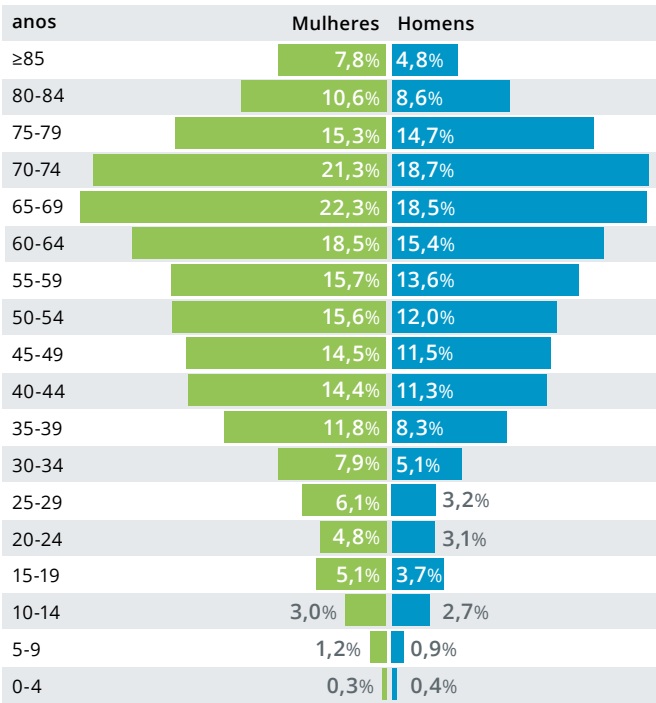


Figura 40. Proporção dos utentes inscritos nos CSP de Odivelas com excesso de peso por sexo e grupo etário, 2015-2020
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo ACES Loures-Odivelas

mais velhos e de maior consumo pelo sexo feminino nos grupos etários mais jovens.

O consumo de tabaco é considerado um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial. Este consumo está associado ao aumento da mortalidade, nomeadamente à mortalidade associada a neoplasias, doenças respiratórias crónicas, infeções respiratórias e doenças cérebro-cardiovasculares. Assim, o consumo do tabaco é um fator que contribui para uma elevada carga de doença, que se pode traduzir em incapacidade (expressa em anos de vida ajustados à incapacidade – DALY)⁵⁵.

O abuso crónico e agudo do álcool apresentava uma frequência de 0,8% na população inscrita nas unidades de saúde dos CSP do concelho de Odivelas entre 2015 e 2020. Este consumo apresentou-se mais elevado no sexo masculino em todos os grupos etários, sendo que o grupo etário com maior frequência de consumo foi o grupo etário dos 55 aos 59 anos (com uma frequência de 7% na população inscrita), seguido dos grupos etários dos 50-54 anos e dos 60-64 anos (Figura 42).

O consumo prolongado de álcool pode aumentar o risco de desenvolvimento de doença hepática, doença coronária, doenças cerebrovasculares e diversos tipos de neoplasias. Adicionalmente, o álcool afeta as zonas do cérebro responsáveis pela concentração, coordenação e emoções, estando associado ao desenvolvimento de pa-

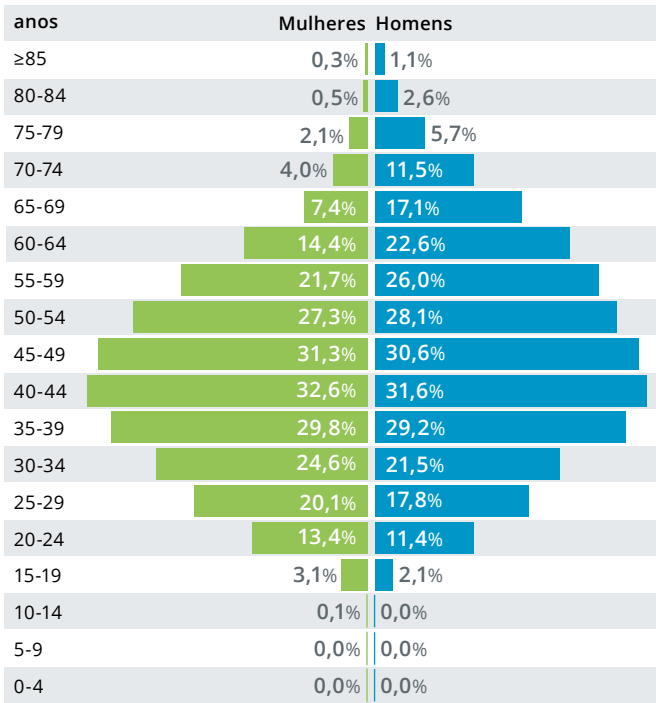


Figura 41. Proporção dos utentes inscritos nos CSP de Odivelas fumadores por sexo e grupo etário, 2015-2020
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo ACES Loures-Odivelas



tologia neurológica e psiquiátrica. O seu consumo excessivo, num curto espaço de tempo, torna-o num fator de risco para diferentes tipo de acidentes, como acidentes de trabalho e de viação, afogamentos, comportamentos violentos e outros problemas sociais, podendo inclusive provocar o estado de coma. Como tal, o abuso do álcool pode ter efeitos devastadores na saúde não só dos indivíduos e suas famílias, como também nas comunidades, devido ao seu potencial de provocar situações de grave risco tanto para o estado de saúde, como para a segurança.

O abuso de drogas ilícitas no município de Odivelas, apresentava uma frequência de 0,4% no total de utentes inscritos nos CSP entre 2015 e 2020. Este consumo foi mais frequente no sexo masculino e no grupo etário dos 40 aos 44 anos (com uma frequência de 2,3% na população inscrita), seguido dos grupos dos 25 aos 29 anos (Figura 43).

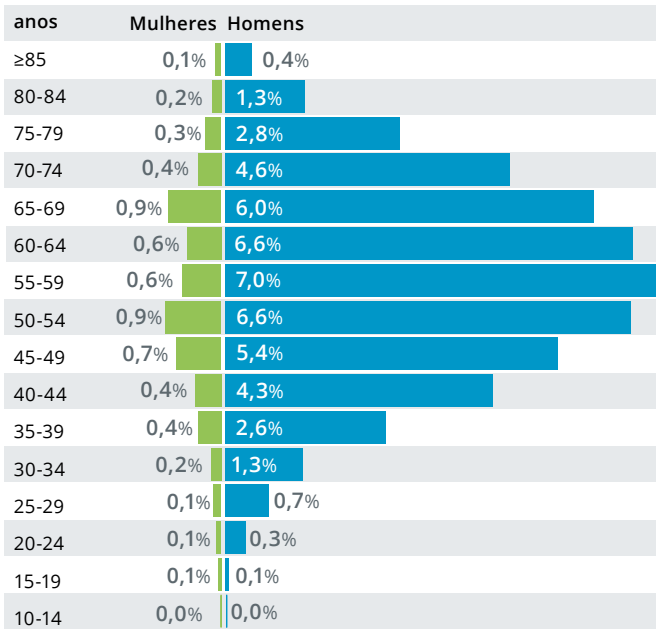


Figura 42. Proporção dos utentes inscritos nos CSP de Odivelas consumidores de bebidas alcoólicas por sexo e grupo etário, 2015-2020
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo ACES Loures-Odivelas

As drogas são substâncias psicoativas que atuam ao nível do Sistema Nervoso Central e dividem-se em diferentes categorias: depressoras (deprimem a atividade cerebral), estimulantes (aumentam a atividade cerebral) e alucinogénicas (distorcem a perceção da realidade). O consumo destas substâncias e o seu efeito depende não só da substância em si como também da quantidade, qualidade e características do indivíduo.

De entre as drogas classificadas como ilícitas, destaca-se a cocaína, o LSD, a ecstasy, os opiáceos e os canabinoides. A dependência química provocada pelo abuso destas substâncias inclui um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, que alteram a prioridade de valores do indivíduo, colocando a droga em primeiro lugar, em detrimento dos valores pessoais, familiares e sociais.

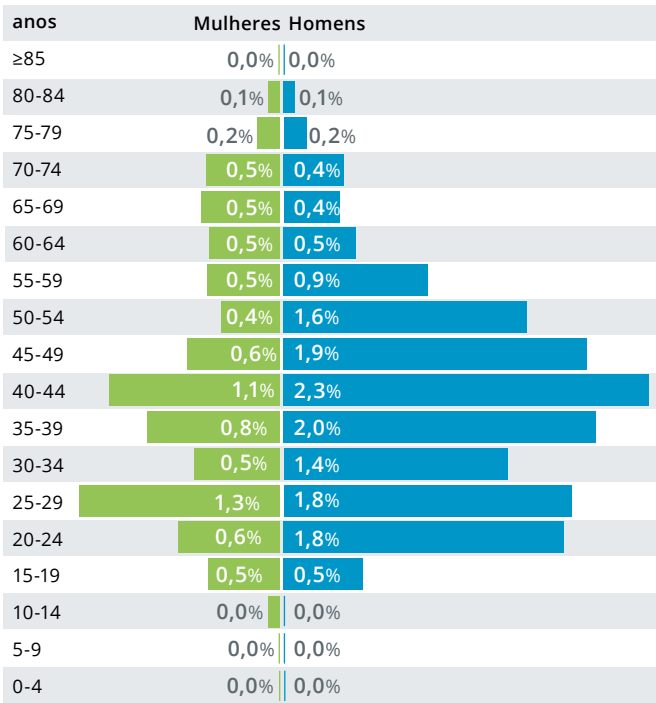


Figura 43. Proporção dos utentes inscritos nos CSP de Odivelas consumidores de drogas por sexo e grupo etário, 2015-2020
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo ACES Loures-Odivelas

5.6 MORBILIDADE

A morbidade refere-se a qualquer afastamento, subjetivo ou objetivo, de um estado de bem-estar fisiológico ou psicológico⁵⁶. Esta é uma medida indispensável para o estudo e vigilância da saúde das populações, para a organização da intervenção dos serviços de saúde e, de uma forma global, para o planeamento estratégico em saúde.

A morbidade representa um preditor da qualidade de vida, estando relacionada com a perda de anos de vida saudável e a condições de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente.

MORBILIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Para o concelho de Odivelas recorreu-se à identificação dos principais diagnósticos dos utentes inscritos nas diferentes unidades dos CSP e a sua variação entre 2015 e 2020. De notar que os CSP em Portugal utilizam a codificação de problemas de saúde/diagnósticos de acordo com a 2ª edição da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2)⁵⁷.

Os cinco principais diagnósticos na população de utentes inscritos nos CSP do concelho de Odivelas, em 2020, foram: hipertensão arterial sem complicações (19,4%); alterações do metabolismo dos lípidos (16,3%); obesidade (14,8%); perturbações depressivas (11,7%) e síndrome vertebral com irradiação de dores (10,0%) (Figura 44).

É de realçar que, de 2015 a 2020, a obesidade e a hipertensão arterial sem complicações foram os diagnósticos com maior variação nas Unidades Funcionais (UFu) dos CSP do concelho de Odivelas, com um aumento de 10,6% e 5,4%, respetivamente. Também as alterações do metabolismo dos lípidos; a síndrome vertebral com irradiação

da dor e; as perturbações depressivas apresentaram um aumento nesse período de análise. Os diagnósticos de infeção aguda do aparelho respiratório superior sofreram uma diminuição acentuada de 2019 para 2020, existindo diversas possibilidades que podem justificar esta diminuição, tais como: 1) foco dos serviços na gestão da pandemia COVID-19, deixando de existir resposta para estas infeções respiratórias que serão, à partida, ligeiras e pouco graves; 2) os utentes deixaram de recorrer aos serviços por estas patologias, dado que são coincidentes com sintomas de COVID-19 e, como tal, seguem a referenciação do SNS24; 3) todas as medidas de distanciamento e prevenção diminuíram a transmissibilidade dos vírus respiratórios.

A distribuição dos principais diagnósticos por sexo e grupo etário entre 2015-2020, indica que a hipertensão sem complicações, as alterações do metabolismo dos lípidos e a obesidade, foram mais frequentes em mulheres nas faixas etárias dos 65-69 anos e 70-74 anos. As perturbações depressivas foram, também, mais comuns no sexo feminino, embora nos grupos etários dos 45-59 anos e dos 55-59 anos. Por último, a síndrome vertebral com irradiação da dor foi mais frequente no sexo feminino, nos grupos etários mais novos dos 35-39 anos e 40-44 anos.

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

Em 2019 as cinco doenças mais notificada no concelho de Odivelas foram a tuberculose, sífilis, gonorreia, clamídia e VIH-SIDA (Figura 45).

Das cinco doenças mais notificadas, no ano 2019, a freguesia de Odivelas é a freguesia com maior número de notificações de tuberculose, sífilis e gonorreia. Para as notificações de clamídia e VIH-SIDA, a freguesia de Odivelas e a UF Pontinha e Famões têm o maior número de casos notificados (Figura 46).

ICPC	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hipertensão sem complicações	14,2%	16,3%	17,0%	16,3%	16,8%	19,4%
Alterações do metabolismo dos lípidos	14,0%	15,1%	17,0%	16,1%	16,7%	16,3%
Perturbações depressivas	7,2%	8,1%	9,3%	8,3%	11,1%	14,8%
Infeção aguda do aparelho respiratório superior	6,6%	6,7%	8,2%	8,1%	9,8%	11,7%
Síndrome vertebral com irradiação de dores	5,5%	6,7%	7,5%	8,0%	9,6%	10,0%
Diabetes não insulino-dependente	5,1%	5,6%	6,1%	6,6%	9,2%	6,1%
Distúrbio ansioso / Estado de ansiedade	4,8%	5,4%	5,8%	6,2%	6,7%	4,9%
Obesidade	4,2%	5,0%	5,2%	5,8%	6,6%	4,7%
Bursite / Tendinite / Sinovite, NE	3,2%	4,5%	4,4%	4,8%	6,3%	4,7%
Rinite alérgica	3,0%	3,9%	4,4%	4,4%	5,2%	3,6%

Figura 44. Proporção de utentes inscritos (%) nos CSP de Odivelas por diagnóstico, 2015-2020
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo ACES Loures-Odivelas

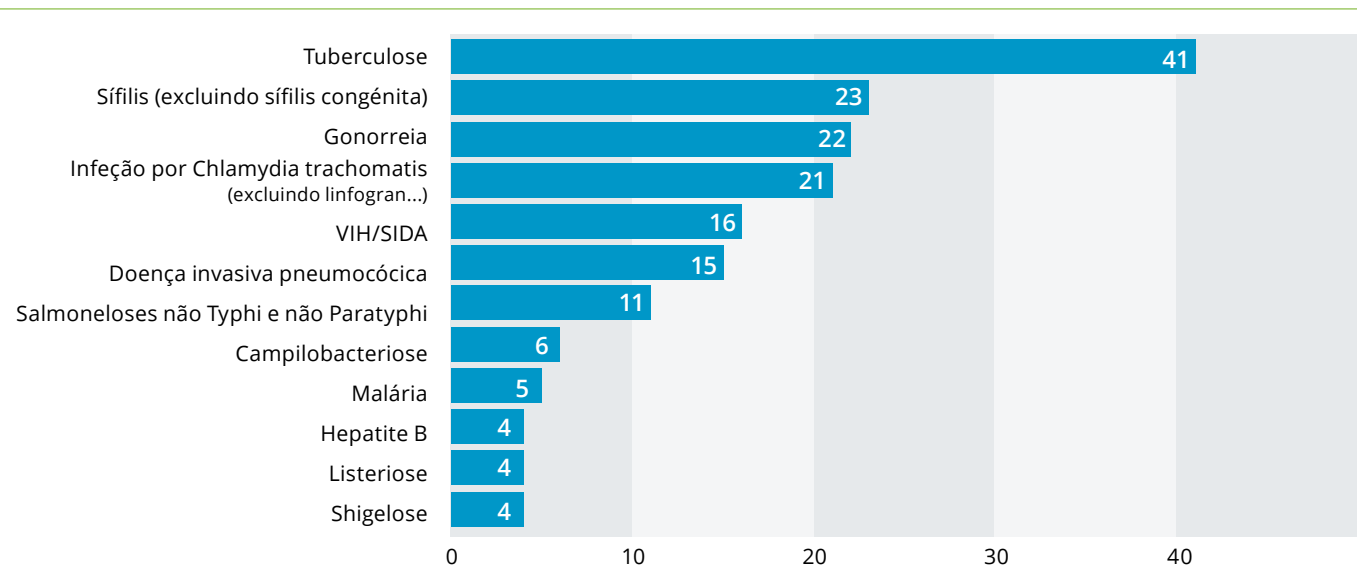
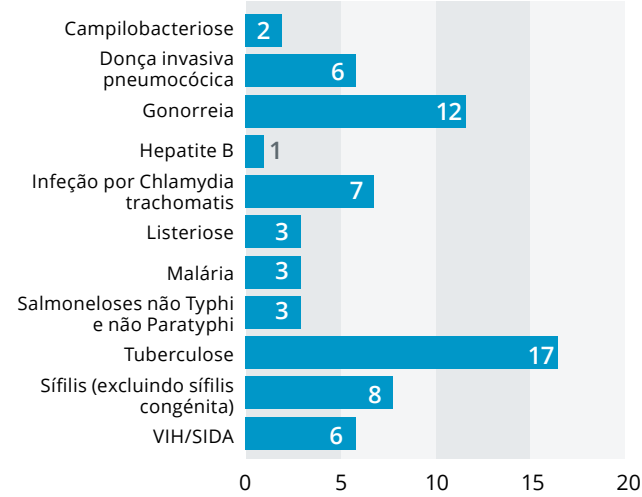
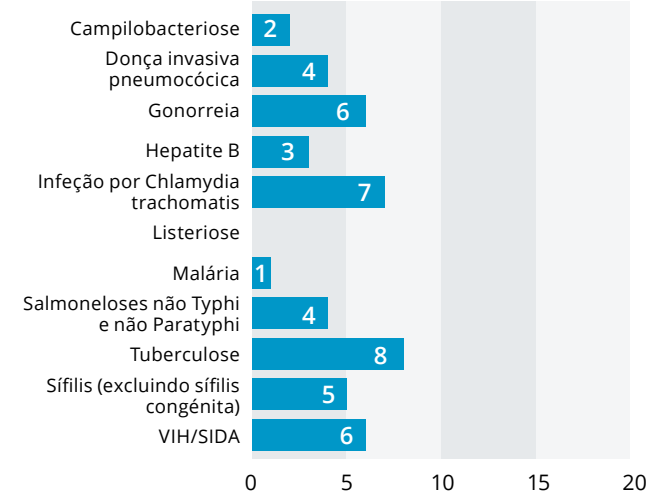


Figura 45. Casos notificados (Nº) no município de Odivelas, 2019
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela USP Loures-Odivelas

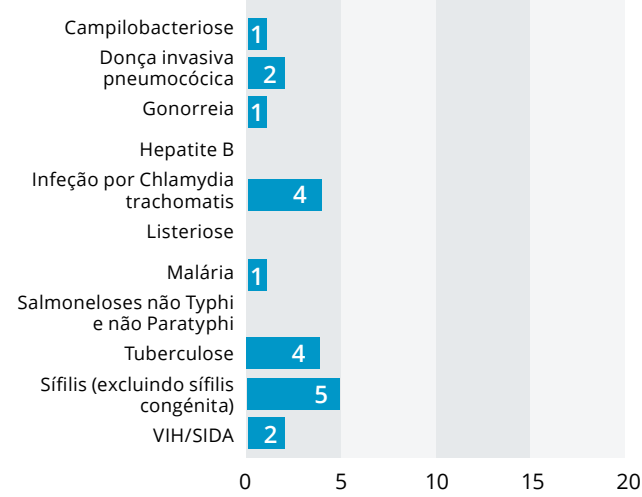
Freguesia Odivelas



UF Pontinha e Famões



UF Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto



UF Ramada e Caneças

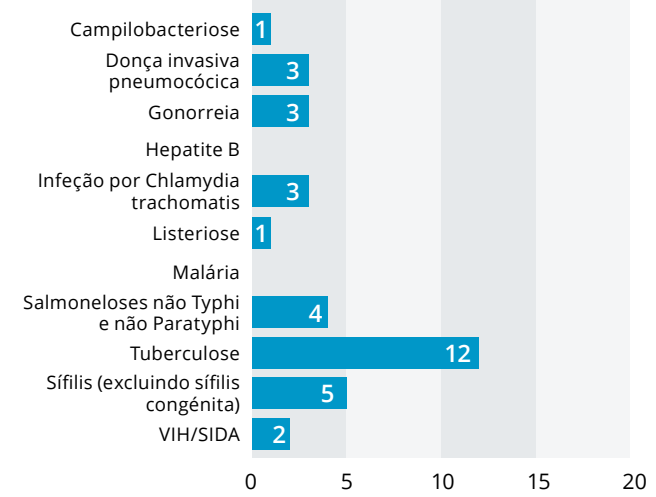


Figura 46. Casos notificados (Nº) por freguesia do município de Odivelas, 2019
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela USP Loures-Odivelas

VIH E SIDA

A iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, que visa envolver os municípios na luta contra a epidemia e no cumprimento dos objetivos do Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA 90-90-90, conta com a participação de 10 cidades portuguesas, nas quais se inclui Odivelas⁵⁸.

Começa-se por apresentar o número de casos de infeção por VIH, por 100 mil habitantes, de acordo com o ano de diagnóstico, por local de residência. Verifica-se uma tendência decrescente, tanto a nível nacional, como a nível da AML, no número de novos casos de infeção por VIH (Figura 47).

Odivelas apresenta, globalmente, taxas médias de novos diagnósticos de infeção por VIH similares às apresentadas

pela AML. Importa referir que as flutuações de valores verificadas, poderão justificar-se pela influência que poucos casos podem ter na variação da taxa média de novos diagnósticos, *per capita* (por exemplo a diferença ente 2017 e 2018 justifica-se por apenas 10 casos). Importa também ter em consideração outros fatores, como atrasos nas notificações e dinâmicas próprias locais da disseminação da epidemia.

À semelhança do que se observa na maioria dos países do hemisfério norte, a epidemia de VIH nacional atinge maioritariamente os indivíduos do sexo masculino. Em todos os anos em observação o número de casos diagnosticados em homens, superou o número de casos registados em mulheres (Figura 48).

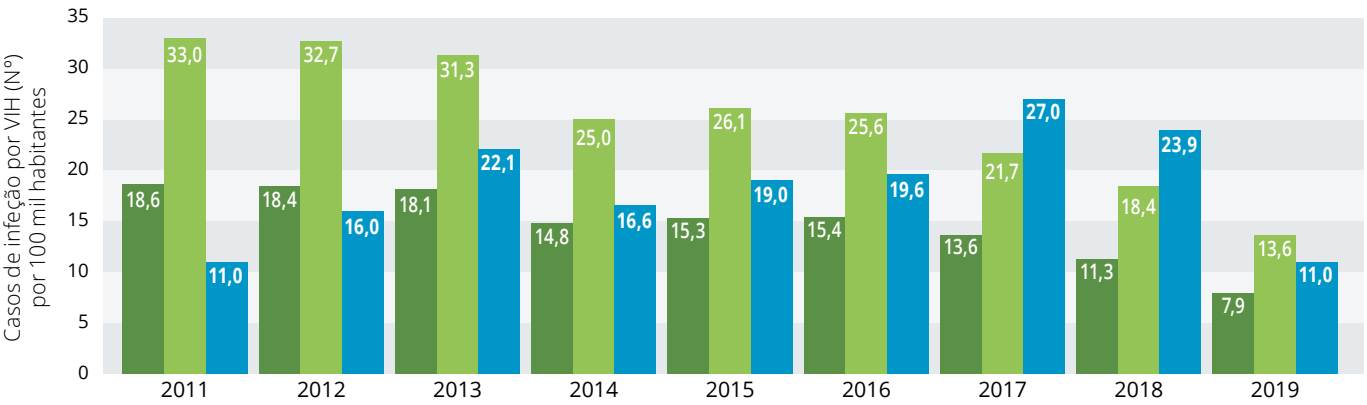


Figura 47. Casos de infeção por VIH por 100 mil habitantes, por local de residência, 2011-2019
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INSA

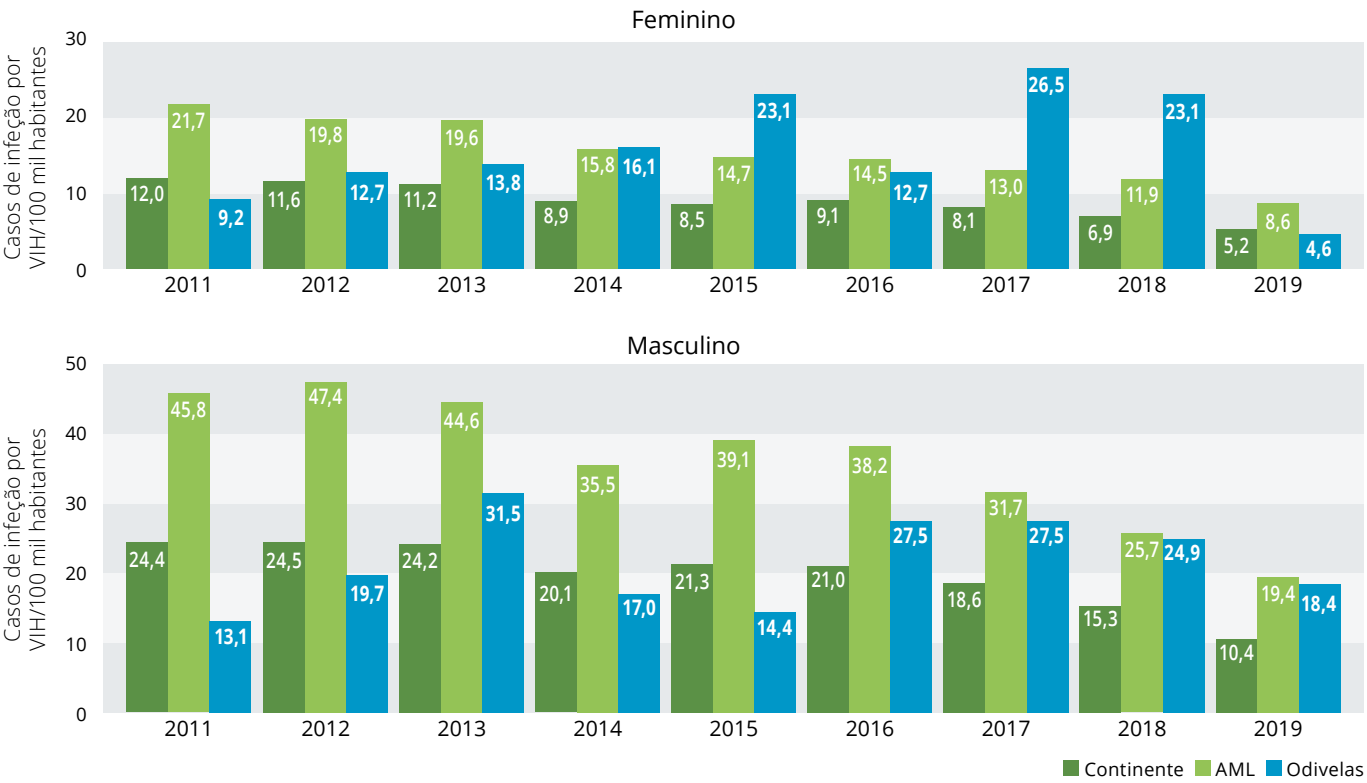


Figura 48. Casos de infeção por VIH por 100 mil habitantes, por local de residência e por sexo, 2011-2019
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INSA

A definição de caso de SIDA obedece apenas a critérios clínicos, sendo necessária a presença de pelo menos uma das doenças definidoras de SIDA, segundo as definições europeia e nacional.

Verifica-se uma tendência decrescente no número de novos doentes, no Continente e na Área Metropolitana de Lisboa. Odivelas tem apresentado um número absoluto de diagnósticos de SIDA mais ou menos constante no período em análise, entre os 7 e os 14 diagnósticos por ano,

que se traduz nas taxas por 100 mil habitantes que em seguida se apresenta (Figura 49).

A nível do sexo, mantém-se a tendência de maior número de diagnósticos de SIDA no sexo masculino, face ao número de diagnósticos do sexo feminino, no Continente e na AML. Destaca-se que Odivelas tem apresentado um número absoluto de diagnósticos de SIDA no sexo feminino, relativamente próximo ou até mais elevado que o número de diagnósticos de SIDA no sexo masculino (Figura 50).

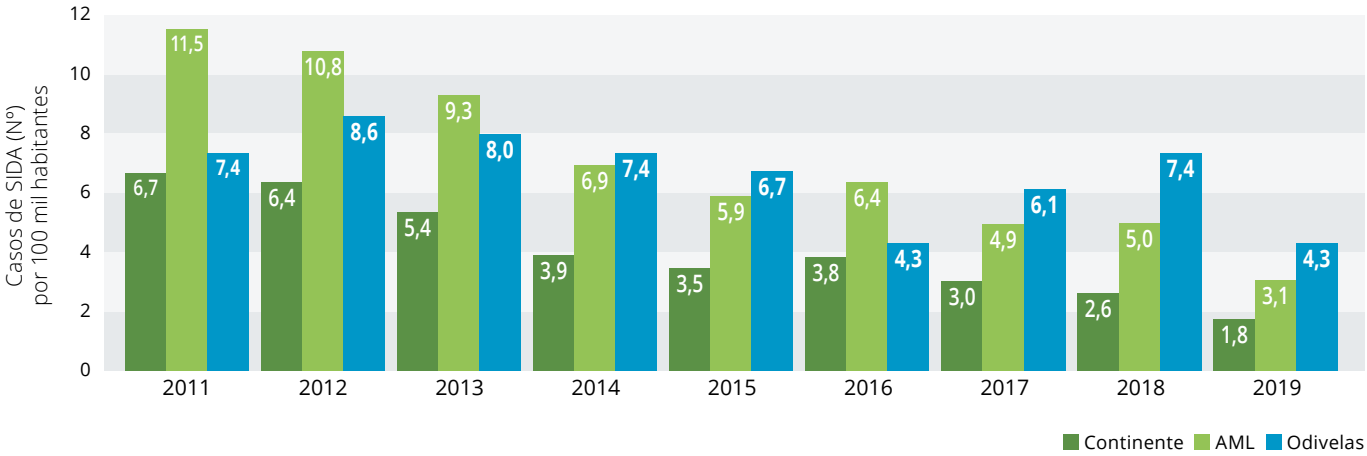


Figura 49. Casos de SIDA por 100 mil habitantes, por local de residência, 2011-2019
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INSA

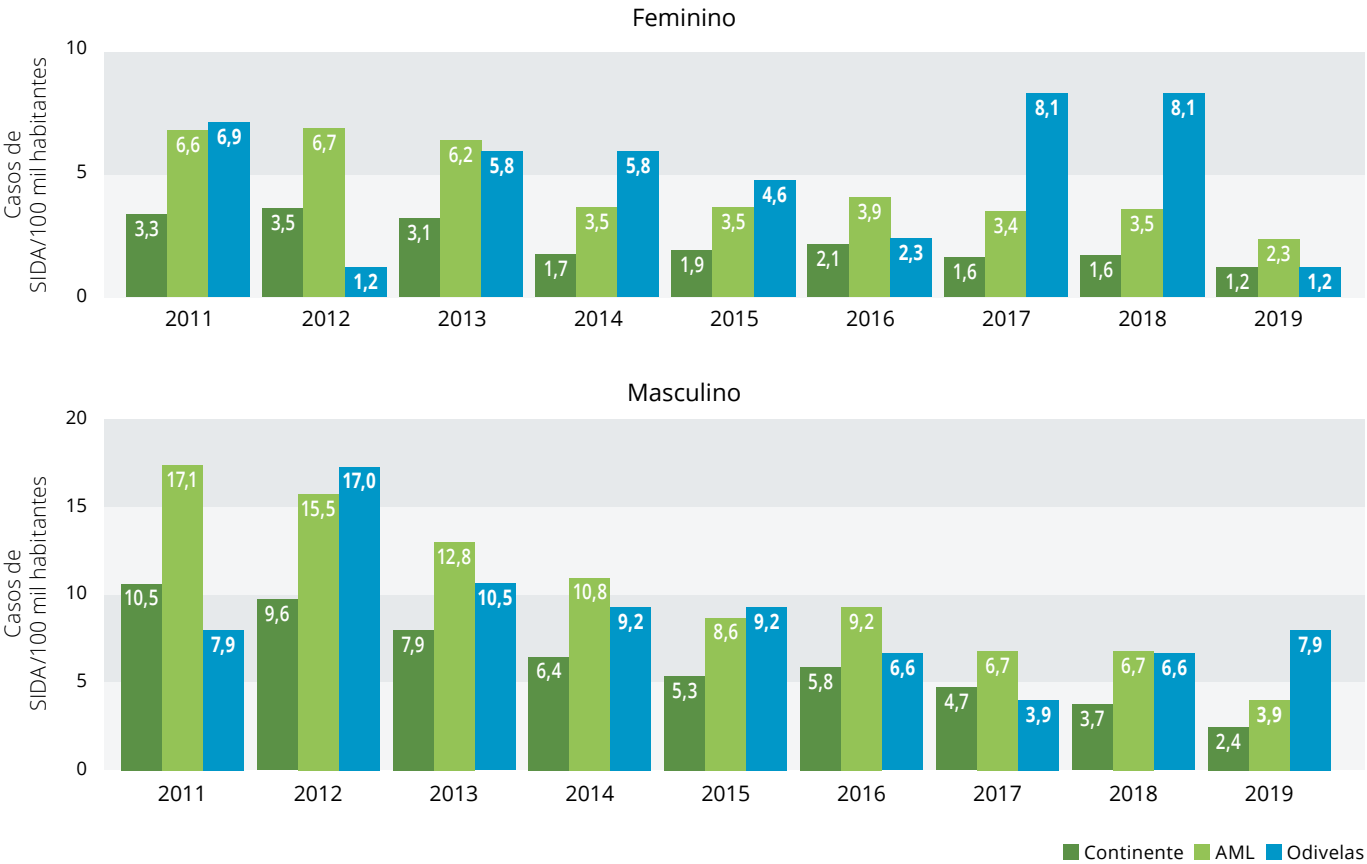


Figura 50. Casos de SIDA por 100 mil habitantes, por local de residência e por sexo, 2011-2019
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INSA



MORBILIDADE NOS CUIDADOS HOSPITALARES

Ao nível da morbilidade hospitalar foi analisado o número de internamentos por 100.000 habitantes, de acordo com as grandes categorias de diagnóstico.

De acordo com a Figura 51, é possível perceber que as dez principais categorias que contribuíram para o internamento hospitalar na população de Odivelas foram: Doenças do aparelho circulatório; Gravidez, parto e puerpério; Recém-nascidos e lactentes com afeções do período perinatal; Doenças do aparelho respiratório; Doenças do aparelho digestivo; Doenças do rim e do aparelho urinário; Doenças do sistema nervoso; Doenças do sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo; Doenças da pele, tecido celular subcutâneo e mama; e Doenças do ouvido, boca, nariz e garganta.

Analisando os principais motivos/diagnósticos responsáveis por episódios de internamento, por freguesia do concelho de Odivelas (Figura 52), podemos ver que para a população da UF da Pontinha e Famões os três diagnósticos mais frequentes foram: Doenças do aparelho circulatório; Doenças do aparelho respiratório e gravidez, parto e puerpério. Para a população da freguesia de Odivelas, as Doenças do aparelho circulatório, gravidez, parto e puerpério e Recém-Nascidos e lactentes com afeções do período perinatal, foram os diagnósticos mais registados como responsáveis por episódios de internamento. Para a população da UF da Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto e da UF de Ramada e Caneças, as Doenças do aparelho circulatório, os Recém-Nascidos e lactentes com afeções

(Apenas se apresenta o TOP 10 de grandes categorias diagnósticos, por número de internamentos e exclui-se da análise procedimentos em ambulatório)

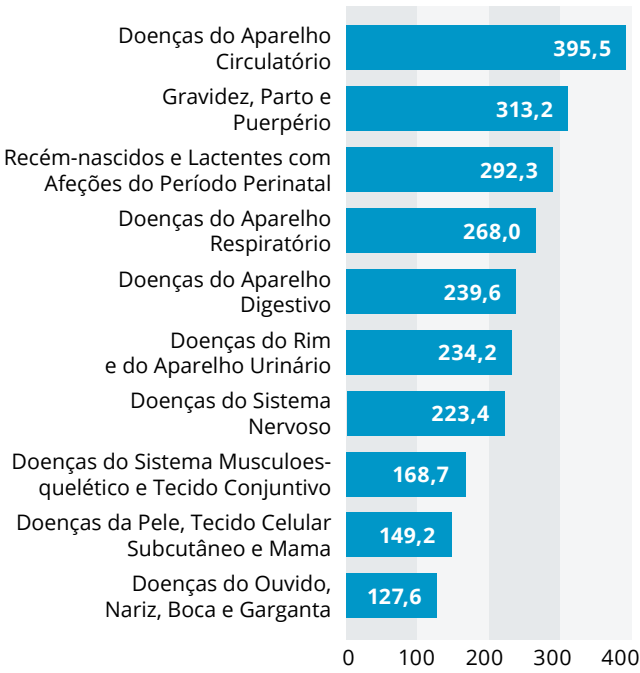
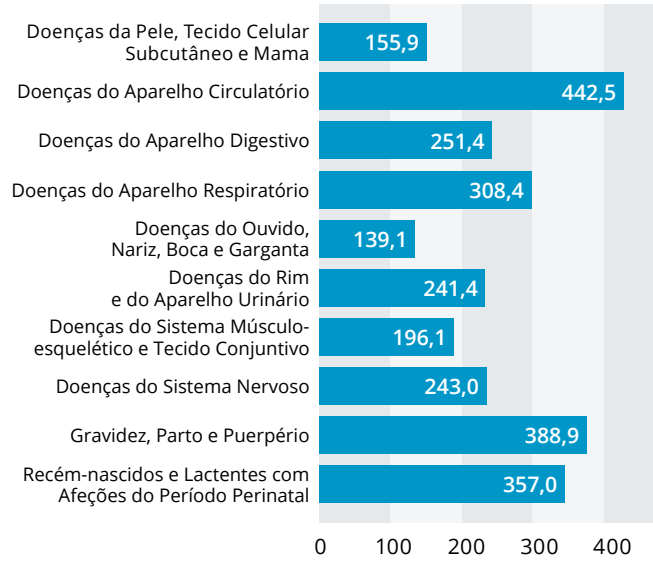


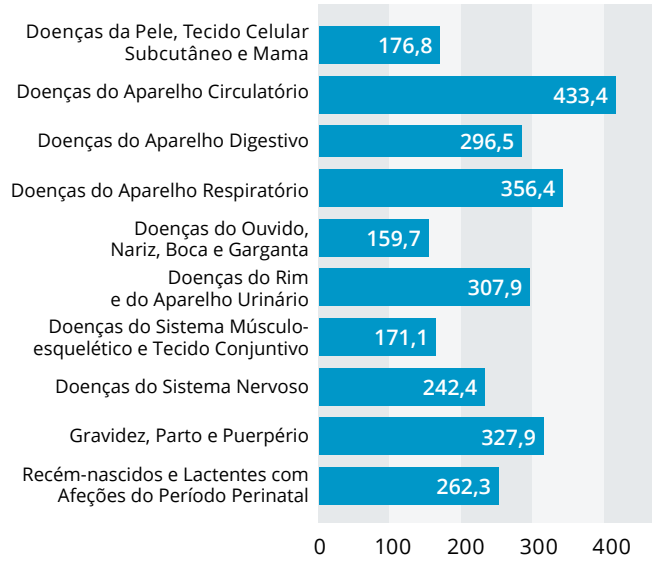
Figura 51. Número de internamentos hospitalares por 100.000 habitantes no município de Odivelas, 2018
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS (Base de Dados GDH) e INE (Censos da população 2021)

do período perinatal foram os dois diagnósticos mais frequentes que motivaram episódios de internamento, sendo o terceiro Doenças do Rim e aparelho urinário e gravidez, parto e puerpério, respetivamente para cada uma das UF.

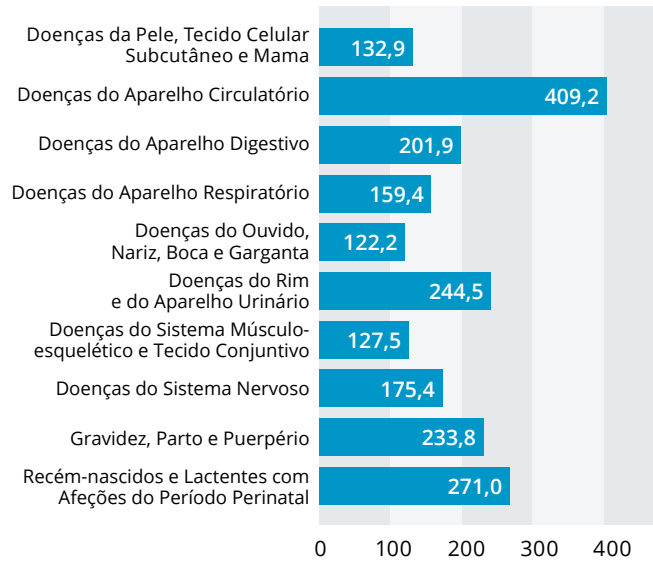
Freguesia Odivelas



UF Pontinha e Famões



UF Póvoa de Santo Adrião de Olival Basto



UF Ramada e Caneças

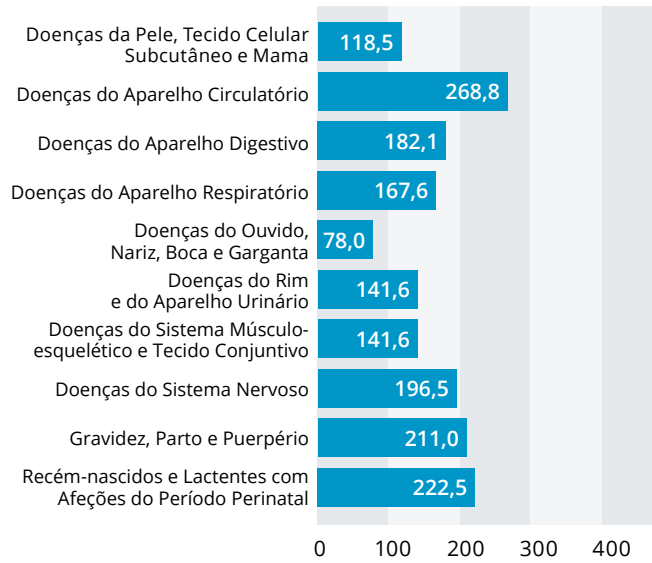


Figura 52. Número de internamentos hospitalares por 100.000 habitantes nas freguesias do município de Odivelas, 2018
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS (Base de Dados GDH) e INE (Censos da população 2021)



5.7 MORTALIDADE

Uma das formas mais objetivas de avaliar a efetividade do sistema de saúde de um país ou região é analisar a quantidade de indivíduos que morrem por ano e qual a causa dessas mortes. Trata-se de um indicador de grande fiabilidade, tendo em conta o sistema de informação existente no nosso país e pelo facto de se tratar de um registo de saúde não mutável. Para além disso, os dados da mortalidade permitem às autoridades de saúde e governantes nacionais, regionais e locais avaliar e priorizar programas e ações de intervenção e desenvolver políticas de saúde pública mais adequadas⁵⁹.

As mortes podem ser representadas pelo número total/ano ou como uma taxa por 100.000 habitantes/ano. As taxas de mortalidade, pelo número de habitantes, são influenciadas pela distribuição de idades da própria população, ou seja, poderá ser importante ajustar a mortalidade à idade, por forma a comparar taxas de mortalidade entre populações mais novas e populações mais envelhecidas – taxas de mortalidade padronizadas⁵⁹.

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE

Relativamente à taxa bruta de mortalidade (TBM), em 2020 esta foi de 9,1‰ no município de Odivelas, valor ligeiramente inferior à TBM verificada na AML (10,9‰) e em Portugal Continental (12,1‰). Comparativamente ao apurado no período de 2011 a 2019, em 2020 a TBM foi superior nas três localizações. A pandemia de COVID-19 pode ajudar a justificar esta variação positiva da TBM (Figura 53)⁶⁰.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA

A taxa de mortalidade padronizada, calculada pelo método direto, utiliza uma população padrão, neste caso a população padrão europeia de 2013⁶¹.

Considerando os grandes grupos de causas de morte, verifica-se que, em 2019 (último ano com dados disponíveis), o município de Odivelas apresenta taxas de mortalidade

padronizadas mais elevadas para as doenças do circulatório e para os tumores malignos, como acontece a nível da AML e de Portugal Continental. Importa realçar que a morbilidade apurada nos CSP no concelho de Odivelas apresenta como diagnósticos mais frequentes a hipertensão, a alteração do metabolismo dos lípidos e a obesidade, diagnósticos que estão identificados como importantes fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório (Figura 54). Reforça-se, igualmente, que aquelas doenças foram os diagnósticos mais frequentes, da população residente nas quatro UF do concelho de Odivelas, que motivaram episódios de internamento no hospital da área de influência (Hospital Beatriz Ângelo).

Em Odivelas destacam-se as doenças cerebrovasculares que ao nível do município apresentam taxas de mortalidade padronizadas superiores ao verificado na AML e Portugal Continental. Nas doenças isquémicas do coração, tanto Odivelas como a AML apresentam valores superiores aos encontrados em Portugal Continental (Figura 54).

Ainda considerando os grandes grupos de causas de morte, mais especificamente o grupo dos tumores malignos, verificou-se que o concelho de Odivelas apresentou taxas de mortalidade padronizadas mais elevadas para os tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, tumores malignos do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados e tumores malignos do cólon. Importante referir que nos tumores malignos do estômago, tumores malignos do pâncreas, tumores malignos do fígado e das vias-biliares intra-hepáticas e tumores malignos do lábio, cavidade bucal e faringe, o concelho de Odivelas apresenta valores ligeiramente mais elevados do que a região onde está inserido. Comparativamente com Portugal Continental, verificou-se a mesma comparação, à exceção dos tumores malignos do estômago que apresentam valores superiores no continente (Figura 55).

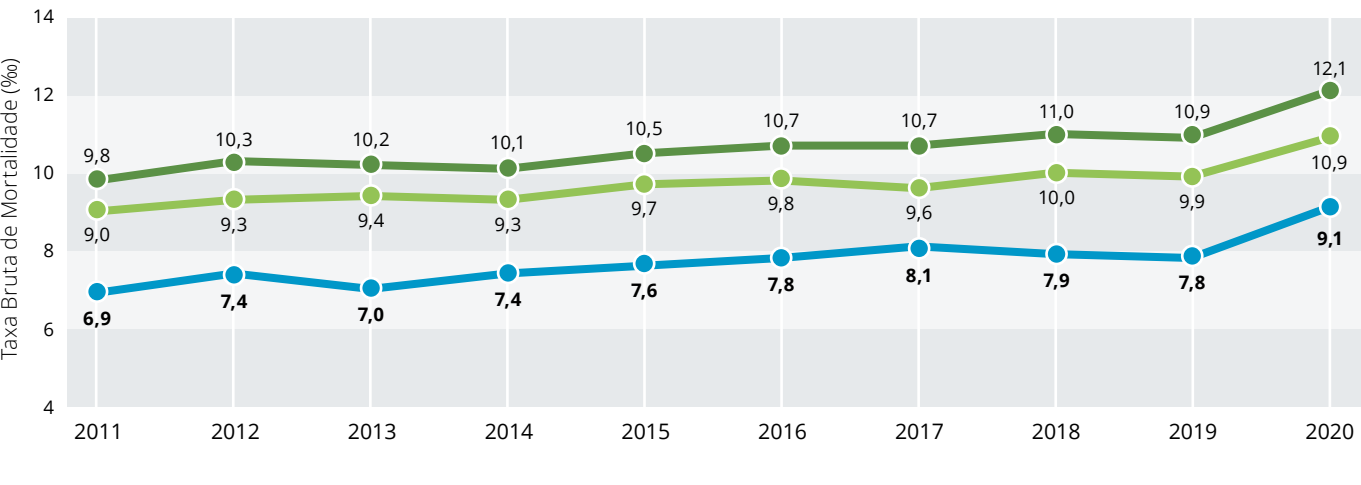


Figura 53. Taxa Bruta de Mortalidade (%) por localização geográfica, 2011-2020

Fonte: INE, mortalidade

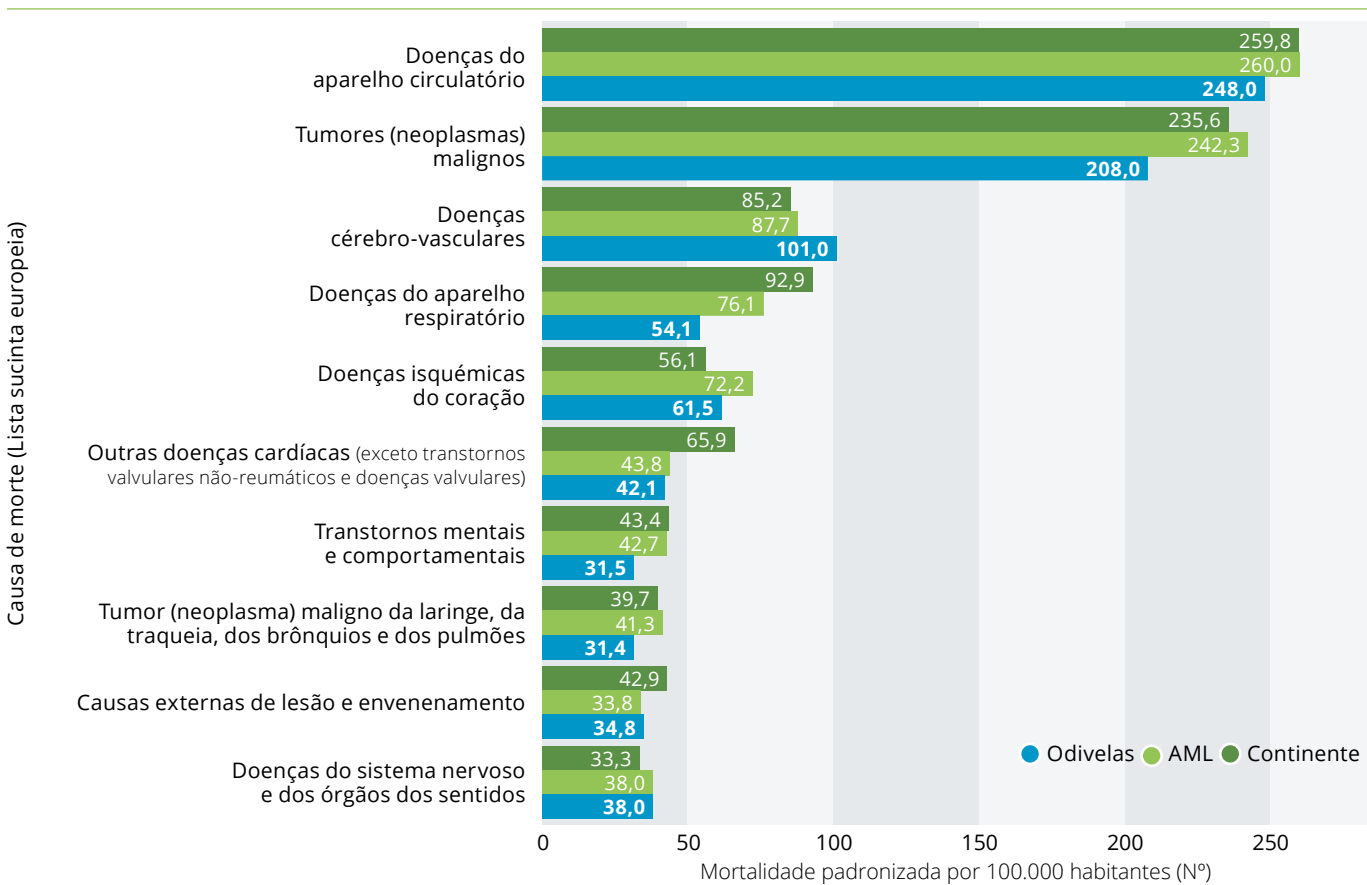


Figura 54. Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes (Nº), por causa de morte e localização geográfica, 2020

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE e EUROSTAT: óbitos por causa, estimativas da população residente e população padrão europeia

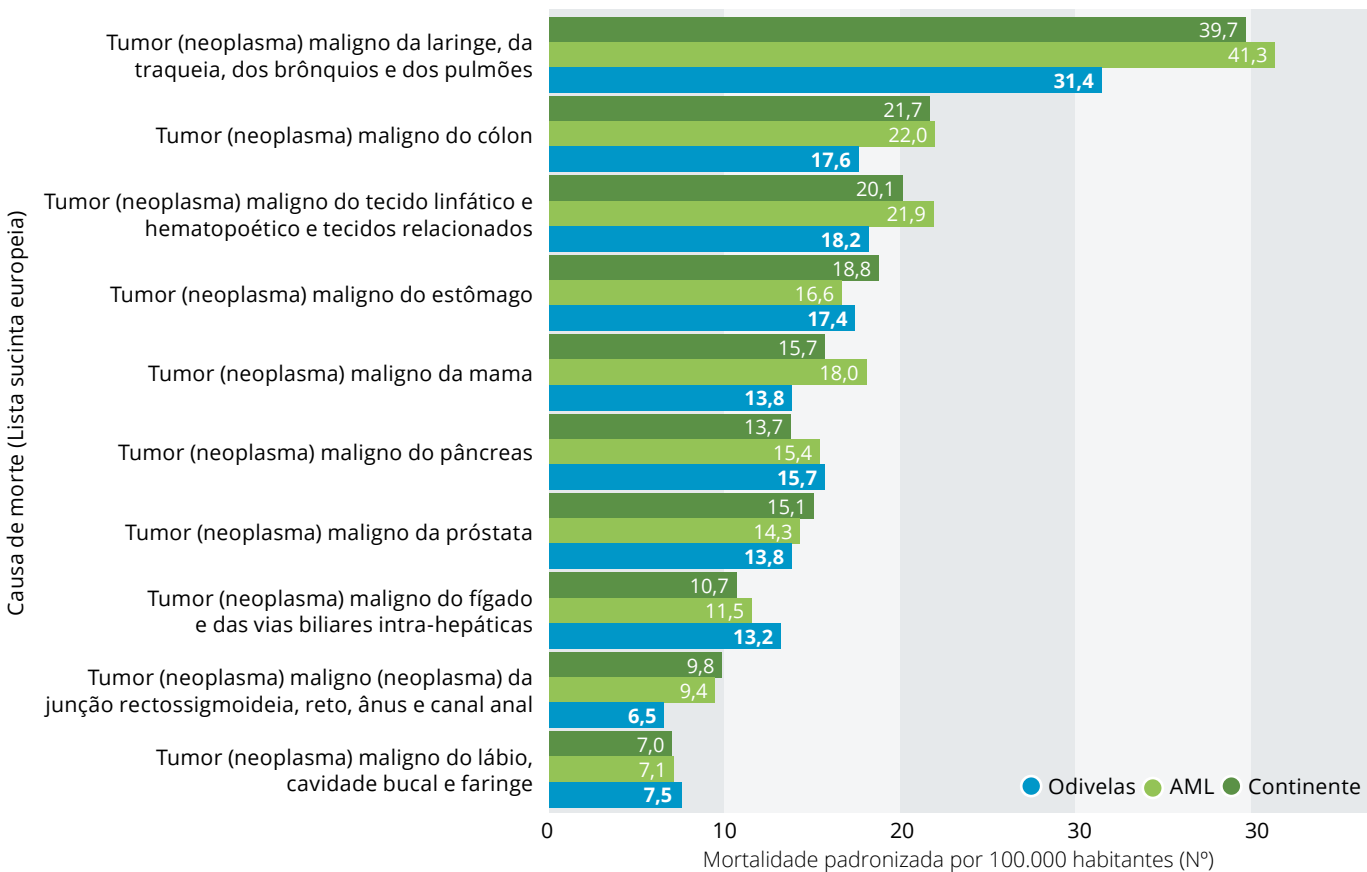


Figura 55. Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes (Nº) dos 10 tumores mais comuns como causas de morte por local de residência, em ambos os sexos, 2019

5.8 RECURSOS DE SAÚDE E ACESSIBILIDADE

Os recursos de saúde no município de Odivelas integram unidades dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados Hospitalares (CSH) públicos e privados, Cuidados de Saúde Continuados e Integrados (CSCI), Farmácias e Clínicas Privadas.

Neste capítulo pretende-se caraterizar a capacidade instalada, bem como, o acesso e a utilização dos serviços de saúde no município de Odivelas. Os cuidados de saúde atraem a população da sua área de influência, mas também utilizadores de outras áreas em função de condições específicas de qualidade e quantidade da oferta. A acessibilidade aos cuidados de saúde é a base para a utilização dos serviços de saúde e um indicador de equidade e de qualidade da resposta às necessidades em saúde de uma população.

No município de Odivelas os Cuidados de Saúde Primários são prestados pelas unidades funcionais (UFu) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures-Odivelas. Este ACES serve, para além da população do concelho de Odivelas, a do concelho de Loures. Neste relatório será, apenas, analisada a componente que diz respeito ao município de Odivelas.

Os Cuidados de Saúde Hospitalares são assegurados pelo Hospital Beatriz Ângelo (HBA), as especialidades clínicas em que o HBA não tem capacidade de resposta, são cobertas por uma rede de referenciação de hospitais da região de Lisboa, com destaque para o Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte e para o Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

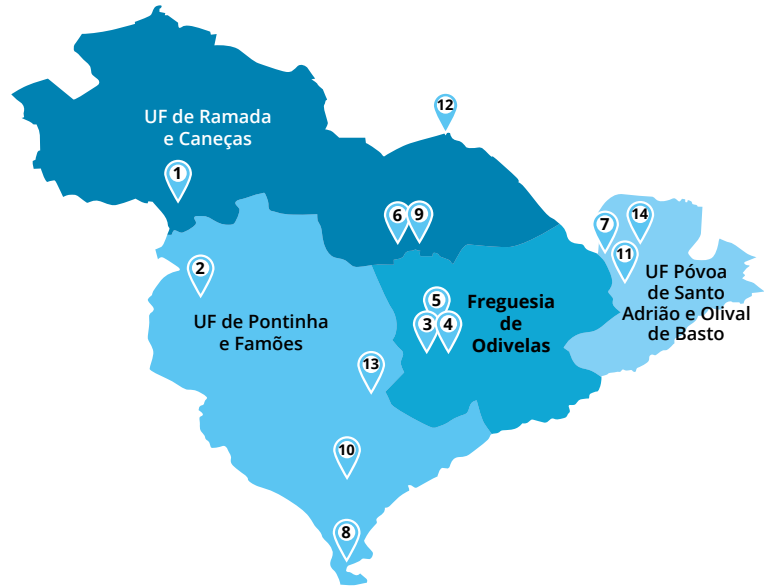
A rede de cuidados continuados e integrados, no concelho de Odivelas, é constituída por duas Equipa Domiciliária de Cuidados Continuados Integrados (ECI) incorporadas em Unidades de Cuidados Continuados do concelho.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – CONCELHO ODIVELAS

O ACES de Loures-Odivelas serve uma área geográfica de 193,8 Km² com uma população residente de 349.802 habitantes^b e 323.527 utentes inscritos^c. O concelho de Odivelas representa 13,7% (26,5 km²) em termos geográficos, 42,4% (148.156 habitantes^b) ao nível populacional e 41,8% (135.074 utentes^d) dos utentes inscritos neste ACES.

Ao nível dos CSP, o concelho de Odivelas é servido por um conjunto de unidades funcionais distribuídas pelas diferentes freguesias. Atualmente, existem três Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), sete Unidades de Saúde Familiar (USF), sendo seis de modelo A e uma de modelo B e duas Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A estas unidades funcionais (UFu), acrescem a Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que servem tanto o concelho de Odivelas como o de Loures. A este nível existe também uma Unidade de Convenção em Concorrência (em Odivelas) constituída exclusivamente por médicos que prestam cuidados ao nível de consultas e atendimento médico.

Relativamente aos recursos humanos das UFu que servem a população do concelho de Odivelas, em dezembro de 2020, existiam um total de 341 profissionais de diferentes áreas como é possível observar na Tabela 1. Importa realçar que esse total de profissionais de saúde contem-



- 1. UCSP Caneças Famões - Polo Caneças
- 2. UCSP Caneças Famões - Polo Famões
- 3. USF Mosteiro
- 4. UCSP Odivelas
- 5. USF Cruzeiro
- 6. USF Colina de Odivelas
- 7. USF 7 Castelos
- 8. USF Novo Mirante
- 9. USF Ramada
- 10. UCSP Pontinha Urmeira
- 11. USF Génesis
- 12. Hospital Beatriz Ângelo
- 13. UCC Nostra Pontinha
- 14. UCC Saúde a Seu Lado

Figura 56. Recursos de saúde – capacidade instalada do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

b. Dados preliminares censos 2021
c. Mediana do número dos utentes inscritos no ano de 2020 no ACES Loures-Odivelas
d. Mediana do número dos utentes inscritos no ano de 2020 nos CSP de Odivelas

pla também os que exercem funções na USP e na URAP Loures-Odivelas que são UFu que atuam em ambos os concelhos, Odivelas e Loures.

Tabela 1. Recursos Humanos nos CSP do concelho de Odivelas, 2020

Grupo Profissional	Nº
Médicos	89
Médicos Internos	20
Enfermeiros	104
Técnicos Superiores de Saúde (TSS)*	30
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT)**	22
Assistentes técnicos	56
Assistentes Operacionais	9

Fonte: ACES Loures-Odivelas 2021
*dos quais: TSS de psicologia, serviço social e medicina dentária
**dos quais: TSDT de fisioterapia, terapia da fala e ortoptista

CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES – CONCELHO DE ODIVELAS

A população do concelho de Odivelas recorre ou é referenciada para os seguintes hospitais/centros hospitalares:

- Hospital Beatriz Ângelo (HBA);
- Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte (CHLN);
- Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central (CHLC);
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO);
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO);
- Hospital Fernando da Fonseca (HFF).

Poderão existir situações de referenciação para outras unidades hospitalares, que não as atrás mencionadas, mas são casos pontuais.

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

O HBA é um hospital público integrado no SNS, gerido (até janeiro 2022) em regime de parceria público-privada. Encontra-se integrado na AML e a sua área geográfica de cobertura insere-se na área de influência da ARSLVT. Está localizado em Loures e serve uma população de 278 mil habitantes, residentes nos concelhos de Loures, Mafra, Odivelas e Sobral de Monte Agraço.

Tabela 2. Recursos Humanos HBA, 2020

Grupo Profissional	Nº
Médicos	893
Enfermeiros	771
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	145
Assistentes Operacionais	464
Secretariado	237
Outros	67

Fonte: HBA

Os serviços prestados pelo HBA incluem consultas externas em diversas especialidades, internamento, bloco ope-

ratório, maternidade, serviço de urgência e hospital de dia. O HBA conta com uma capacidade total de 386 camas para internamento, seis blocos operatórios, seis salas de maternidade e 64 postos de tratamentos de hospital de dia.

No que respeita aos recursos humanos existiam no HBA, no ano de 2020, um total de 2.577 profissionais (Tabela 2).

No concelho de Odivelas também se encontram instituições de saúde do setor privado que se caracterizam principalmente por clínicas e consultórios que prestam cuidados no ambulatório, principalmente ao nível dos meios complementares de diagnóstico, medicina dentária e saúde oral, Fisioterapia e reabilitação, consultas de várias especialidades e, mais recentemente, cirurgias em ambulatório.

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Considerando os quatro indicadores de desempenho das UFu dos CSP, destaca-se que o concelho de Odivelas apresentava em 2020 uma percentagem de utentes inscritos sem médico de família inferior ao valor encontrado na ARSLVT (11,8% vs. 14,8%) e superior ao encontrado em Portugal Continental. A taxa de utilização global de consultas médicas (48,9%) foi ligeiramente inferior ao valor registado na ARSLVT (58,1%) e em Portugal Continental (69,0%). O rácio de médicos por 1.000 utentes inscritos, no concelho de Odivelas (0,6), está em linha com o valor existente nas regiões de referência (0,6 em ARSLVT e 0,5 Portugal Continental).

O número de enfermeiros por 1.000 inscritos nas UFu do concelho era, em 2020, de 0,7 enfermeiros, valor igual ao encontrado na ARSLVT e ligeiramente inferior ao de Portugal Continental (0,8) (Tabela 3).

Tabela 3. Indicadores de desempenho das Unidades de Cuidados de Saúde Primários no Concelho de Odivelas, 2020

Indicador	Continente	ARSLVT	Odivelas
Inscritos sem médico de família (%)	8,1%	14,8%	11,8%
Taxa de Utilização Global de Consultas Médicas (%)	69,0%	58,1%	48,9%
Médicos (Nº por 1.000 utentes inscritos)*	0,5	0,6	0,6
Enfermeiros (Nº por 1.000 utentes inscritos)*	0,8	0,7	0,7

Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo ACES Loures-Odivelas e dados do Portal da Transparência do SNS
*excluem-se os médicos internos e os médicos e enfermeiros da USP
nota metodológica: para o continente e ARSLVT a % de utentes inscritos e a Taxa de utilização das consultas médicas são indicadores mensais. De forma a avaliar a evolução temporal anual destes indicadores, apresenta-se a mediana anual dos indicadores mensais.

UTENTES INSCRITOS E UTILIZADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Em 2020, as UFu do concelho de Odivelas tinham 135.074 utentes inscritos. Este número diminuiu cerca de 10% entre 2015 e 2020, registando o valor mínimo em 2018 (115.512 utentes inscritos) e o valor máximo em 2016 (151.487 utentes inscritos) (Tabela 4). Das UFu presentes no concelho, a UCSP de Odivelas foi a que apresentou um maior de número de utentes inscritos durante o período em análise.

Entre 2015 e 2020, do total de utentes inscritos, as faixas etárias com maior representatividade foram as dos 19 anos aos 44 anos e dos 45 aos 64 anos. Ao nível da distribuição por sexo, no período temporal em análise, existiram mais utentes inscritos do sexo feminino do que do sexo masculino. Em 2020, 46,8% utentes eram do sexo masculino e 53,2% do sexo feminino.

Entre 2015 e 2019, verificou-se uma diminuição do número de utentes inscritos sem médico de família nas UFu dos CSP de Odivelas. No entanto, esta tendência inverteu-se nos anos 2020 e 2021, tendo o número de utentes inscritos sem médico de família aumentado significativamente, principalmente em 2021 (Tabela 5). Tal facto, pode estar relacionado com as implicações da pandemia por COVID-19 e a aspetos estruturais e conjunturais, nomeadamente: aposentação de vários médicos de Medicina Geral e Familiar, dificuldade em atrair e reter novos médicos; o aumento do número de utentes inscritos, concretamente os indivíduos com situação de residência não regularizada e que para serem vacinados para a COVID-19 tiveram de

ser inscritos nas UFu do ACES Loures Odivelas. Outro aspeto a destacar prende-se com o facto de existirem várias situações de utentes, de outras nacionalidades, inscritos nas UFu e que regressam aos seus países de origem mantendo a inscrição “ativa” nessas unidades.

CONSULTAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A taxa de utilização global de consultas médicas permite-nos avaliar o acesso a esse tipo de cuidados pela população inscrita. No total das UFu essa taxa apresentou um valor de 48,9% em 2020, demonstrando uma variação positiva de 1% desde o ano de 2015. A USF Ramada foi a UFu que apresentou maior taxa de utilização, no período em análise, seguida pela USF Cruzeiro e a USF Génesis. Apesar de serem as UFu a apresentar taxas de utilização global de consultas médicas mais elevadas, no período em análise apenas no ano de 2015 a USF Ramada apresentou valores superiores aos 70% (valor mínimo esperado para este indicador)⁶² (Figura 57).

A taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos apresentou valores acima do mínimo do valor aceitável (12 domicílios por 1.000 utentes) na USF Ramada entre 2015 e 2020 e na USF Génesis entre 2017 e 2020. Todas as outras UFu apresentaram valores inferiores ao valor aceitável definido.

A proporção de consultas nas Ufu da área do concelho de Odivelas, por valências, no período de 2015 a 2019 pode ser observada na Figura 58.

A consulta de Saúde de Adultos representou 70,1% do total de consultas realizadas em 2018, tendo-se verifica-

do um aumento no padrão de utilização desta consulta nas diferentes UFu no período em análise. É nesta consulta que são desenvolvidas as diferentes tipologias de consultas associadas à hipertensão, diabetes, obesidade e tabagismo. No ano de 2019 surgiu um novo programa de consultas - o programa específico CS - que, para além de incluir algumas situações anteriormente integradas na

consulta de Saúde Adultos, engloba consultas de vigilância não associadas a programas de saúde tradicionais. Nesse ano, esse tipo de consulta foi responsável por 56,1% das consultas realizadas nos CSP. Os rastreios oncológicos, no ano 2019, corresponderam a 3,5% do total de consultas realizadas, o que representou uma ligeira diminuição em relação aos anos anteriores.

Tabela 5. Número de utentes inscritos sem médico de família nos CSP Odivelas, 2015-2021

Unidade Funcional	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CS Odivelas Utentes sem médico	-	-	-	-	2.050	2.348	-
Convenção Odivelas	24	22	17	13	6	6	10
UCSP Caneças e Famões	5.643	6.593	3.848	2.862	4.991	4.967	9.700
UCSP Odivelas	9.454	6.208	5.138	4.425	2.946	5.192	14.573
UCSP Olaio	11.750	8.443	6.490	5.669	-	-	-
UCSP Pontinha e Urmeira	1.199	2.268	1.959	3.453	2.810	3.287	5.763
UCSP Póvoa de Santo Adrião	3.770	831	516	1.776	-	-	-
USF Colina de Odivelas	-	-	12	12	42	33	49
USF Cruzeiro	14	3	-	1	0	0	1
USF do Mosteiro	-	-	-	1	116	64	62
USF Génesis	4	3	-	-	7	15	95
USF Novo Mirante	0	8	2	2	0	2	3
USF Ramada	8	2	-	2	1	2	6
Total	31.997	24.431	17.983	18.216	12.969	15.916	30.262

Fonte: ACES Loures-Odivelas
Nota: a UCSP Póvoa de Santo Adrião ficou inativa no ano de 2020; a UCSP Olaio ficou inativa em 2019; a USF Colina de Odivelas e a USF do Mosteiro iniciaram atividade em 2017 e 2018, respetivamente.

Tabela 4. Número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários de Odivelas, 2015-2020

Unidade Funcional	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CS Odivelas Utentes sem médico	3.892	3.907	7.462	7.460	2.050	2.282
UCSP Caneças e Famões – Polo Caneças	12.177	12.299	11.588	11.883	12.174	12.164
UCSP Caneças e Famões – Polo Famões	7.179	7.354	6.945	7.334	7.538	7.356
UCSP Odivelas	23.694	24.558	10.801	10.470	19.821	16.929
UCSP Olaio	23.271	23.548	24.309	22.368	-	-
UCSP Pontinha e Urmeira	26.161	13.670	9.664	7.579	7.906	8.166
UCSP Póvoa de Santo Adrião	9.591	7.625	4.155	1.314	2.133	-
USF Colina de Odivelas	-	-	13.308	14.431	13.676	15.544
USF Cruzeiro	11.870	12.049	10.300	13.009	13.742	13.762
USF do Mosteiro	-	-	-	12.495	14.307	16.718
USF Génesis	11.250	12.411	15.682	18.797	18.238	18.376
USF Novo Mirante	10.679	12.471	14.915	16.484	16.156	16.267
USF Ramada	17.496	17.523	17.463	17.314	17.191	17.116
Total	150.244	151.487	139.959	115.512	129.114	135.074

Fonte: ACES Loures-Odivelas
Nota: a UCSP Póvoa de Santo Adrião ficou inativa no ano de 2020; a UCSP Olaio ficou inativa em 2019; a USF Colina de Odivelas e a USF do Mosteiro iniciaram atividade em 2017 e 2018, respetivamente

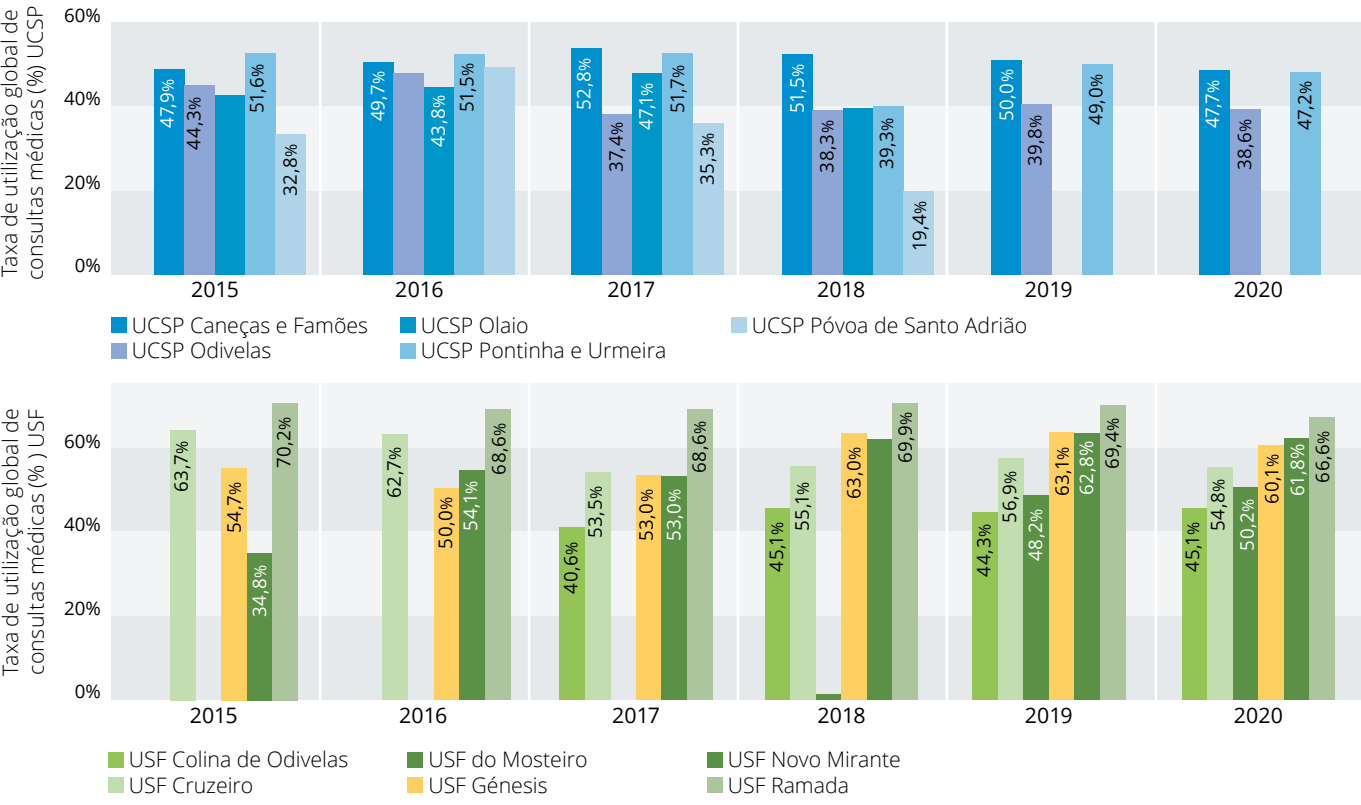


Figura 57. Taxa de utilização global de consultas médicas (%) por unidade funcional dos CSP do concelho de Odivelas por ano, 2015-2020
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo ACES Loures-Odivelas

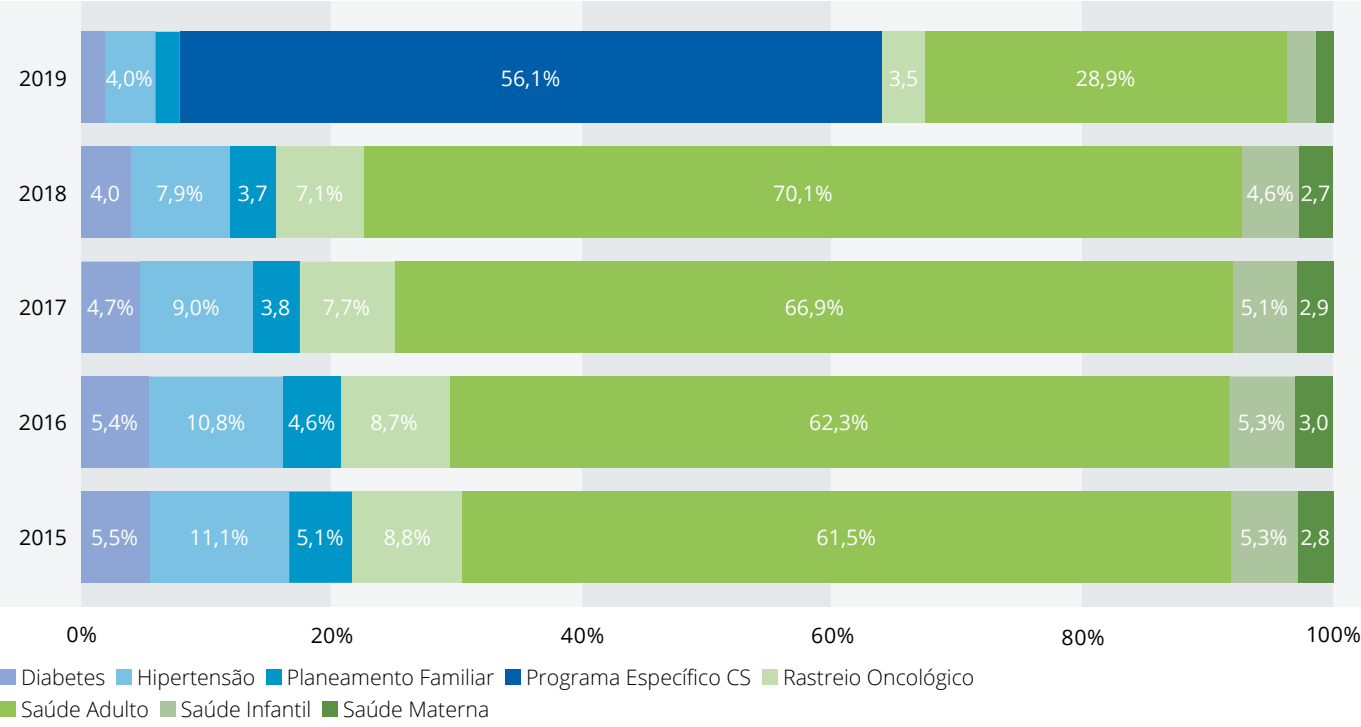


Figura 58. Consultas por programa de consulta (%) nos CSP do concelho de Odivelas, 2015-2019
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo ACES Loures-Odivelas

De notar a importância dos rastreios oncológicos na prevenção de doenças com morbilidade e mortalidade assinaláveis, e que a jusante resulta numa carga de doença e de custos associados com uma expressão significativa.

A consulta de Saúde Infantil representou, em 2019, cerca de 2,3% das consultas realizadas. As consultas com menor frequência foram as relacionadas com planeamento familiar e de saúde materna com cerca de 1,9% e 1,4%, respetivamente.

Nas consultas de vigilância das grávidas, mais especificamente a consulta médica de vigilância do 1º trimestre, todas as Ufu apresentaram em 2020 taxas de cumprimento entre os 66% e os 98% (o valor mínimo aceitável deste indicador é de 70%). A USF Ramada foi a Ufu que apresentou maior proporção de grávidas com este tipo de consulta, no período em análise, situando-se sempre acima dos 90% (Figura 59).

Relativamente à vigilância ecográfica das grávidas, o valor mínimo aceitável é uma cobertura de 70% no 1º e 2º trimestres de gravidez e 40% no 3º trimestre. Entre 2016 e 2020, apenas no ano 2018 e 2019 a USF Ramada, a USF Génesis e a USF Mosteiro apresentaram valores superiores a 70%. Todas as outras Ufu apresentaram valores inferiores ao valor do intervalo aceitável para o indicador em análise.

e. com a introdução do ICD10 em 2017, o HBA alterou o software de codificação, para uma aplicação que não regista devidamente a freguesia e o concelho de residência dos doentes apenas o distrito. Por este motivo, os dados cedidos pela ACSS não dispõem dessa informação para a grande maioria dos doentes do HBA nos anos de 2017 e 2018, o que por sua vez gera grandes discontinuidades em várias análises, que ocorrem apenas pela exclusão destes doentes do conjunto de dados e não refletem a realidade no terreno.

CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES (SNS)

O acesso e utilização dos serviços ao nível dos cuidados hospitalares foram analisados a partir da informação contida na base de dados de morbilidade hospitalar (Grupos de Diagnóstico Homogêneos - GDH), com foco nos hospitais a que a população do concelho de Odivelas recorreu. Avaliou-se o tipo de admissão (eletivo vs. urgente), o tipo de episódio (médico vs. cirúrgico), tipo de procedimento cirúrgico, duração do internamento e destino de alta.

No período em análise uma parte significativa dos cuidados hospitalares foram prestados no HBA^e - hospital de referência da população do concelho de Odivelas, seguido das unidades hospitalares CHULN e do IPO Lisboa (Figura 60).

ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS NO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

CONSULTA EXTERNA

Em 2019 foram realizadas no Hospital Beatriz Ângelo (HBA) 92.508 primeiras consultas, sendo que destas 39,4% (36.409) corresponderam a indivíduos com residência no concelho de Odivelas. Das 191.782 consultas subsequentes/seguimento, 40,0% (76.629) foram realizadas a indivíduos com residência no concelho de Odivelas. Verificou-

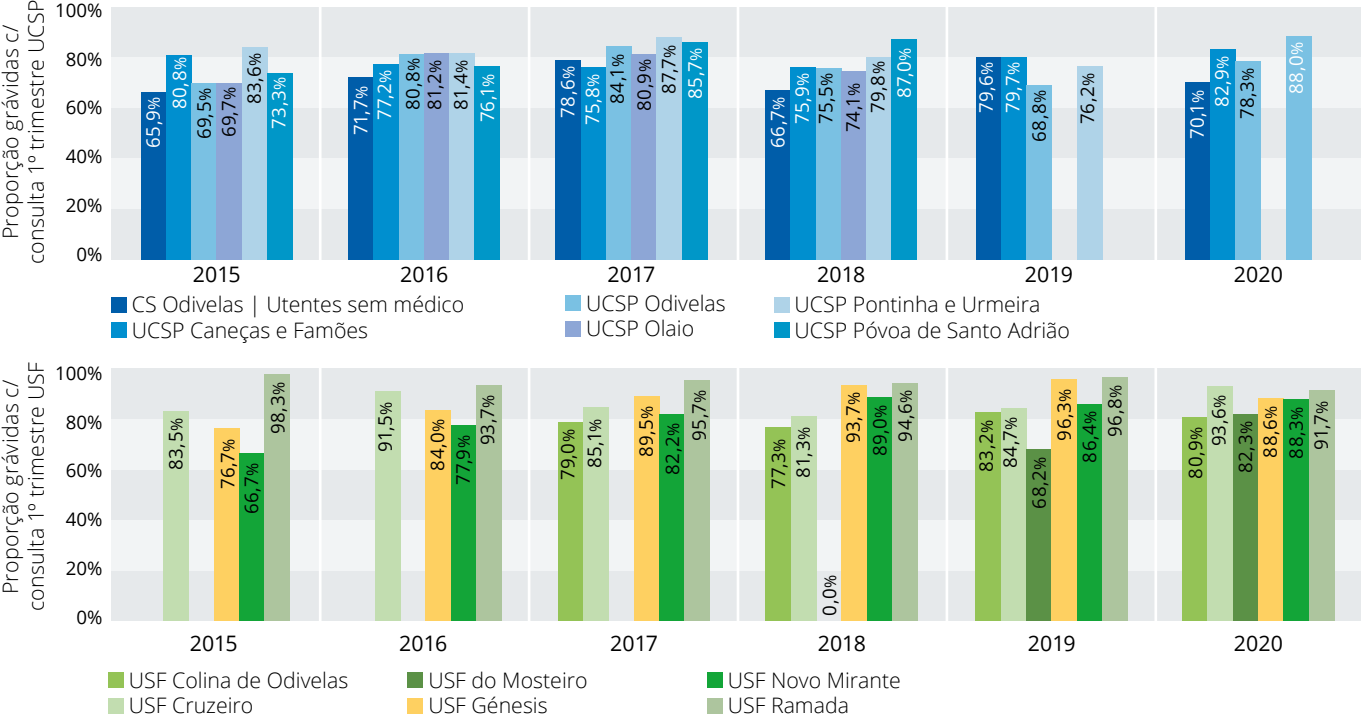


Figura 59. Proporção de grávidas com consulta médica de vigilância 1º trimestre (%) por unidade funcional dos CSP do concelho de Odivelas, 2015-2020
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo ACES Loures-Odivelas

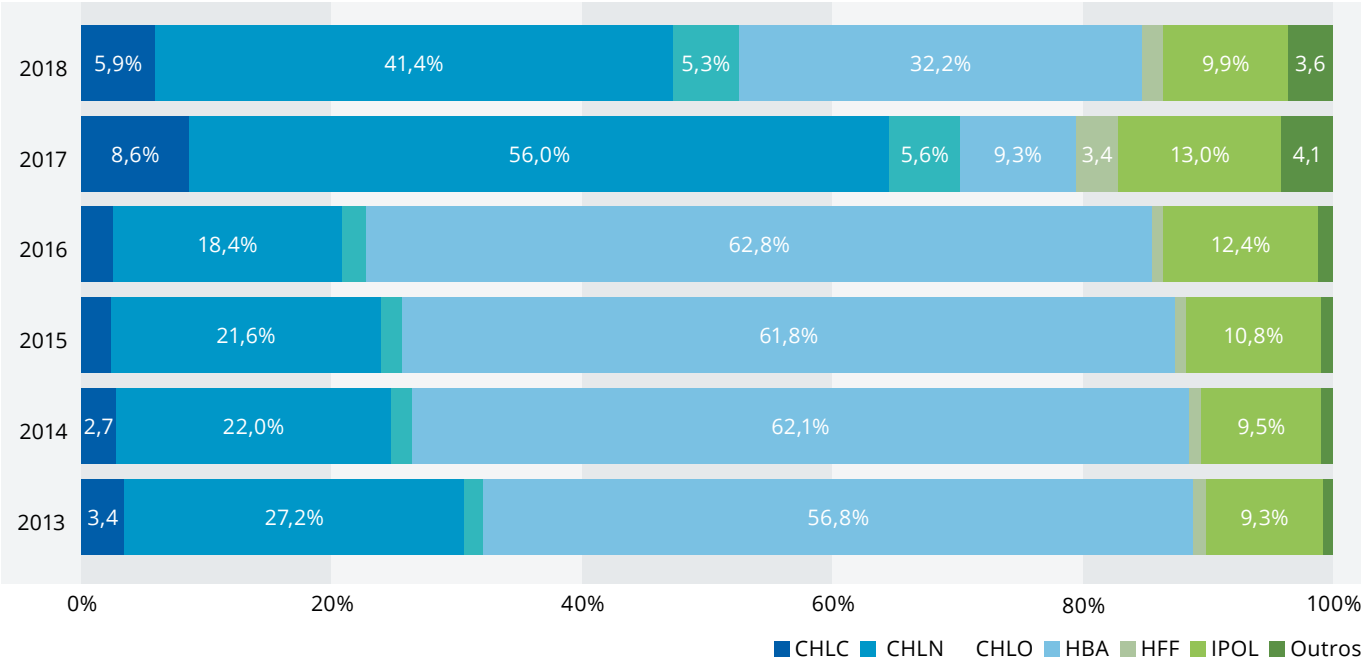


Figura 60. Internamentos da população do concelho de Odivelas (%) por unidade hospitalar, 2013-2018
Fonte: elaboração própria com base nos dados da ACSS (Base de Dados GDH)

Tabela 6. Nº de consultas externas realizadas no HBA e pela população de Odivelas, 2019-2020

	2019		2020	
	Primeiras Consultas	Consultas subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas subsequentes
Hospital Beatriz Ângelo	92.508	191.782	65.042	171.260
População de Odivelas	36.409	76.629	25.846	68.839

Fonte: HBA

-se uma diminuição do total de consultas realizadas no ano de 2020, devido aos constrangimentos decorrentes do contexto de pandemia. Essa diminuição foi de 30,0% nas primeiras consultas e de 10,7% nas consultas subseqüentes (Tabela 6).

Nos anos de 2019 e 2020, as especialidades médicas com maior número de consultas foram a Oftalmologia (30.716), seguida da Ortopedia (28.629) e da Otorrinolaringologia (23.397), como se pode verificar na Figura 61. Esse padrão de utilização foi, também, observado nas consultas reali-

zadas à população com residência no concelho de Odivelas (Figura 61).

Relativamente à lista de espera para primeira consulta (LEC), é possível verificar um aumento do número de doentes em LEC de 2019 para 2020 em todas as especialidades médicas. Tal situação encontra explicação no contexto da pandemia por COVID-19. As especialidades com maior número de doentes em LEC foram, a Oftalmologia (2.339 doentes), a Ortopedia (1.753 doentes) e a Ginecologia (921 doentes).

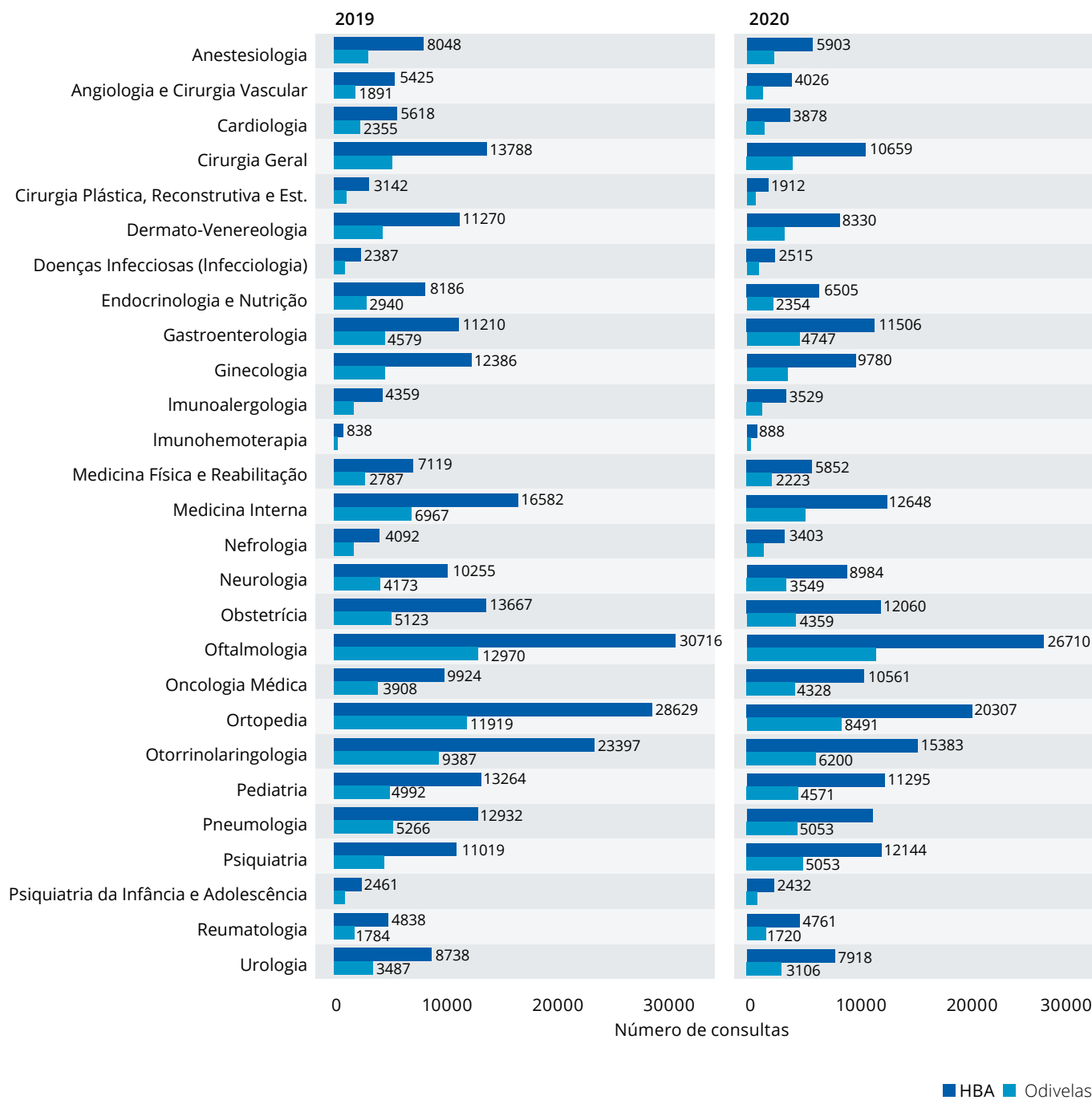


Figura 61. Número de consultas externas (Nº) por tipo de especialidade médica no HBA e população de Odivelas, 2019-2020
Fonte: HBA



ATIVIDADE CIRÚRGICA

Em 2019 foram realizadas 15.587 cirurgias no HBA, sendo que 63,9% foram em contexto de ambulatório. Do total de cirurgias realizadas, 38,1% (5.941) dos doentes residiam no concelho de Odivelas. Em 2020, verificou-se uma diminuição de 15% no número total de cirurgias realizadas (Tabela 7).

As especialidades com maior número de cirurgias realizadas, tanto em 2019 como em 2020, foram a especialidade de Oftalmologia (5.762), Cirurgia Geral (3.561) e Ortopedia

(2.416) (Figura 62). O número de doentes em lista de espera cirúrgica (LIC) foi 7.925 doentes no ano de 2020 e de 7.443 doentes no ano de 2019.

INTERNAMENTO

A lotação oficial de camas para internamento disponíveis no HBA, para o ano de 2019 e de 2020, foi de 386 camas, sendo que este dispõe de um número de camas adicionais que permite alargar até às 417 camas. A taxa de ocupação da lotação oficial foi de 106% em 2019 e 97% em 2020.

Tabela 7. Número de Cirurgias realizadas no HBA e na população de Odivelas, 2019-2020

	2019		2020	
	Ambulatório	Internamento	Ambulatório	Internamento
Hospital Beatriz Ângelo	9.961	5.626	8.928	4.275
População de Odivelas	3.892	2.049	3.812	1.613

Fonte: HBA

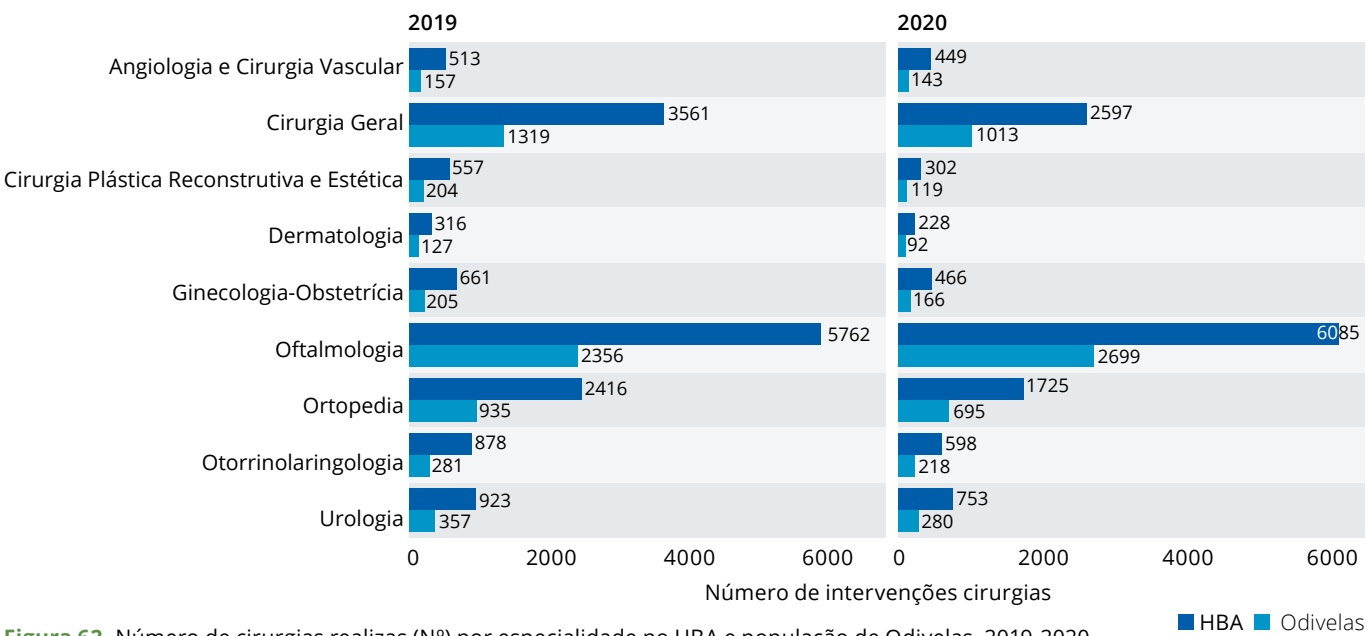


Figura 62. Número de cirurgias realizadas (Nº) por especialidade no HBA e população de Odivelas, 2019-2020
Fonte: HBA

Em 2019 registaram-se 21.642 doentes saídos tendo esse valor diminuído, em 19,2%, em 2020. O número de doentes saídos por especialidade pode ser observado na Figura 63, sendo a Medicina Interna a especialidade com maior número de doentes saídos nos dois anos em análise.

SERVIÇO DE URGÊNCIA

No ano de 2019 registaram-se 204.194 atendimentos urgentes, tendo esse número diminuído significativamente (cerca de 60%) no ano de 2020.

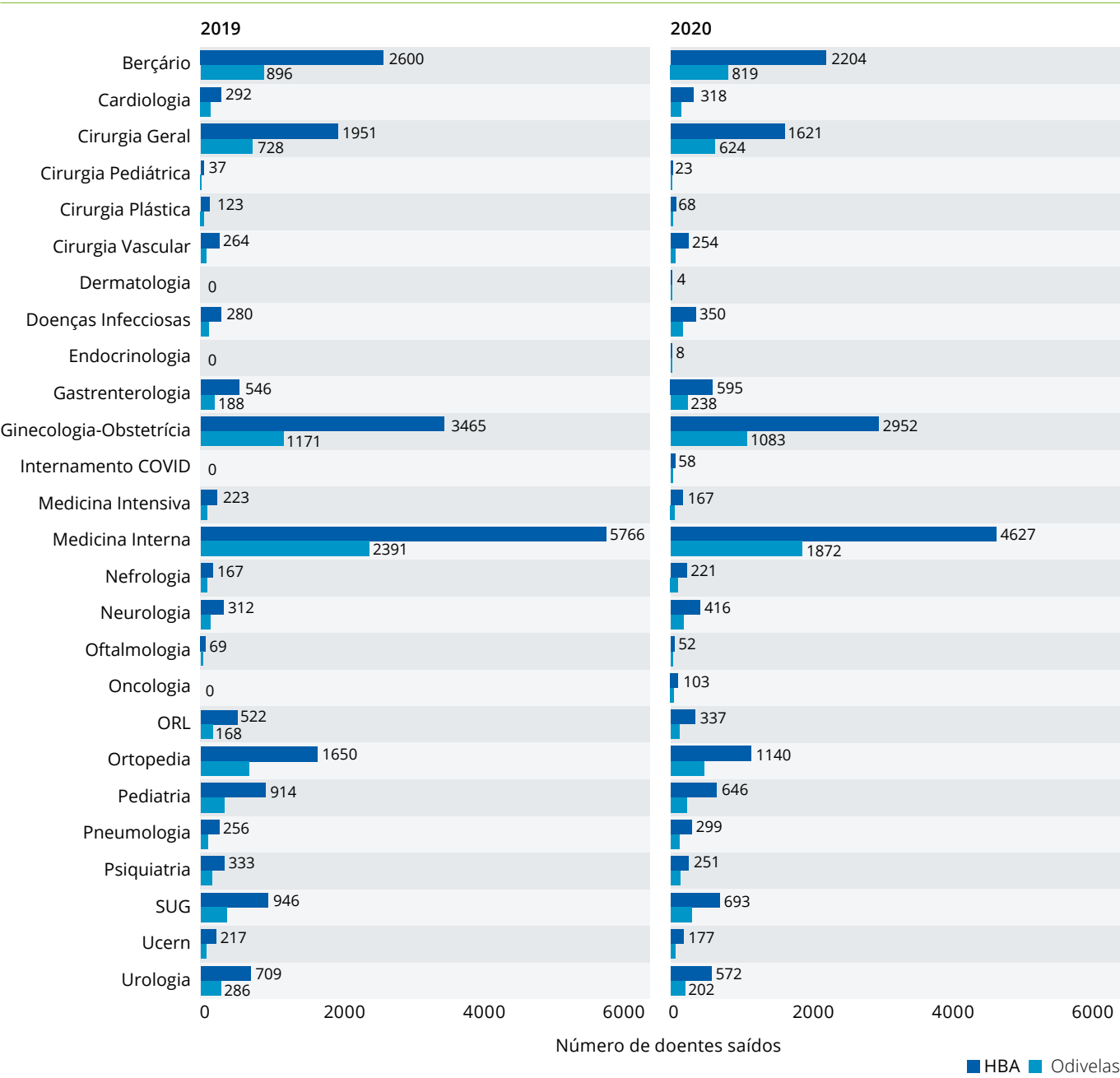


Figura 63. Número de doentes saídos (Nº) por especialidade no HBA e população de Odivelas, 2019-2020
Fonte: HBA

HOSPITAL DE DIA

É possível observar uma diminuição de 18,3% do número de sessões realizadas em hospital de dia, de 2019 (15.303) para 2020 (12.500). Do total de sessões realizadas, tanto em 2019, como em 2020, 40% foram em doentes com residência no concelho de Odivelas.



5.9 CARACTERIZAÇÃO DAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS E DISPENSA DE MEDICAMENTO

NÚMERO E EVOLUÇÃO DAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS

O concelho de Odivelas passou de 23 para 36 farmácias comunitárias no período de 19 anos (2001-2020), correspondendo a um aumento de 57%. Comparativamente com os municípios da AML, Odivelas foi o que sofreu um maior aumento no período apresentado, sendo a média da variação na AML de +7%. De forma oposta, Lisboa foi o único concelho que apresentou uma variação negativa, de -23%, no período analisado (Tabela 8).

Em média, a população portuguesa vive a 2,4 km da farmácia mais próxima, sendo a farmácia a estrutura de saúde com mais capilaridade no território. Esta distância é menor em meios urbanos, com maior população, e menor em meios rurais, mais desertificados e com menor densidade populacional. Relativamente ao concelho em estudo, a tabela seguinte mostra que a distância média às farmácias em Odivelas é de 0,3 km, inferior à distância média da AML (0,6 km) (Tabela 9).

CARACTERIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NO CONCELHO DE ODIVELAS

Na comparação dos medicamentos mais dispensados - em volume - com a AML, os padrões são muito semelhantes. Para além dos medicamentos habitualmente utilizados para alívio de sintomas, como, por exemplo, febre ou dores (como paracetamol ou ibuprofeno), destacam-se alguns medicamentos utilizados nas condições clínicas mais prevalentes na população, como a Dislipidemia, a Hipertensão e a Diabetes (Tabela 10).

Os medicamentos responsáveis por maior nível de despesa também são relativamente semelhantes no concelho e na AML. Destacam-se os novos Anticoagulantes Orais (apixabano e rivaroxabano), algumas associações de antidiabéticos orais (metformina + sitagliptina ou metformina + vildagliptina), para além dos medicamentos de maior consumo, como diclofenac, paracetamol e o ibuprofeno (Tabela 11).

O acesso ao medicamento tem conhecido dificuldades globalmente, com relevante afetação na saúde das populações. A AML evidencia uma diminuição no número de encomendas não satisfeitas muito semelhante ao verificado em todo o território nacional. O concelho de Odivelas apresenta níveis inferiores de indisponibilidade de medicamentos reportada pelas farmácias, quando comparado a nível regional e nacional (Figura 64).

Tabela 8. Variação das farmácias comunitárias por localização geográfica (%), 2001-2020

Anos	2001	2020	Δ
Continente	2 772	2 976	7%
Área Metropolitana de Lisboa	730	783	7%
Alcochete	3	5	67%
Almada	35	47	34%
Amadora	36	41	14%
Barreiro	18	23	28%
Cascais	36	42	17%
Lisboa	333	256	-23%
Loures	32*	53	66%
Mafra	15	15	0%
Moita	11	16	45%
Montijo	11	14	27%
Odivelas	23	36	57%
Oeiras	32	50	56%
Palmela	14	15	7%
Seixal	21	35	67%
Sesimbra	6	8	33%
Setúbal	29	30	3%
Sintra	55	69	25%
Vila Franca de Xira	20	28	40%

*quebra de série
Fonte: elaboração própria com base nos dados do PORDATA

Tabela 9. Distância média às farmácias por localização geográfica (Km)

Localização	Distância (km)
Área Metropolitana de Lisboa	0,6
Alcochete	0,7
Almada	0,4
Amadora	0,2
Barreiro	0,3
Cascais	0,5
Lisboa	0,2
Loures	0,5
Mafra	1,5
Moita	0,5
Montijo	0,9
Odivelas	0,3
Oeiras	0,3
Palmela	1,3
Seixal	0,5
Sesimbra	1,0
Setúbal	0,5
Sintra	0,6
Vila Franca de Xira	0,4

Fonte: elaboração própria a partir de dados de georreferenciação das farmácias e Eurostat/Geostat, 2020



Tabela 10. Top 10 dos medicamentos dispensados em volume no Concelho de Odivelas, 2020

DCI	Volume	Volume (média por farmácia)
Paracetamol	133 134	493,1
Ibuprofeno	65 690	243,3
Ácido acetilsalicílico	58 039	215,0
Atorvastatina	38 265	141,7
Diclofenac	35 297	130,7
Bisoprolol	35 099	130,0
Metformina	34 901	129,3
Omeprazol	30 980	114,7
Quetiapina	29 144	107,9
Sinvastatina	28 918	107,1

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados obtidos através do Sistema de Informação de Consumo de Medicamentos do CEFAR/ANF e do Sistema de Informação Health Market Research - hmR®, 2021

Tabela 11. Top 10 dos medicamentos dispensados em valor (€) no concelho de Odivelas, 2020

DCI	Valor (€)
Apixabano	595 929
Rivaroxabano	589 664
Metformina + Sitagliptina	584 065
Metformina + Vildagliptina	477 769
Diclofenac	368 267
Paracetamol	347 633
Ibuprofeno	330 816
Dabigatrano etexilato	298 868
Rosuvastatina	283 755
Budesonida + Formoterol	265 910

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados obtidos através do Sistema de Informação de Consumo de Medicamentos do CEFAR/ANF e do Sistema de Informação Health Market Research - hmR®, 2021

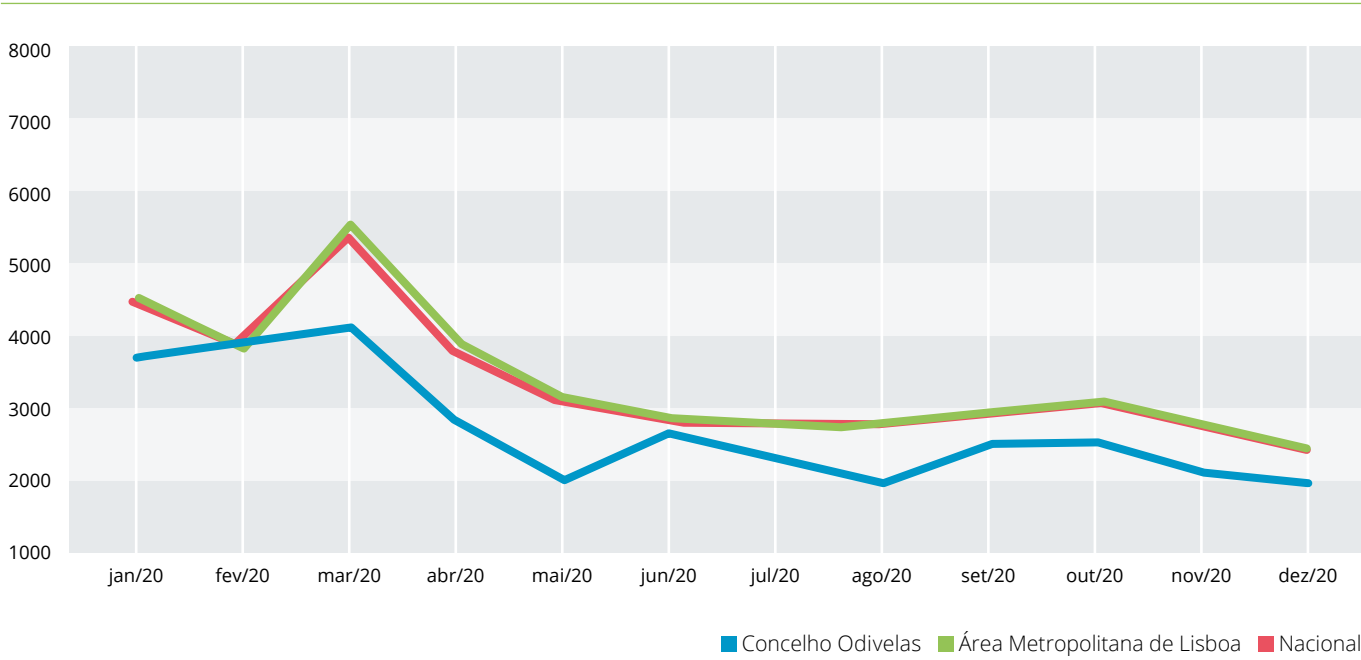


Figura 64. Volume médio de encomendas não satisfeitas por farmácias por localização geográfica, 2020

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados obtidos através do CEFAR/ANF

5.10 PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO, TAXA DE REALIZAÇÃO/ADESÃO DOS RASTREIOS E SAÚDE ORAL

PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO

No grupo etário das crianças com 7 anos, apesar de nem todas as UF atingirem a meta expectável, a proporção destas crianças com o PNV cumprido ou em execução é superior ao grupo das crianças com 2 anos. No período em análise a USF da Ramada foi a única UF a atingir a meta dos 95% em praticamente todos os anos em análise.

No grupo etário dos 14 anos, a proporção de jovens com o PNV cumprido ou em execução situou-se entre os 80 e 99% em praticamente todas as UF dos CSP, à exceção da UCSP Olaio, UCSP Póvoa de Santo Adrião e UCSP da Pontinha e Urmeira.

Concretamente no que diz respeito à vacina contra o sarampo, podemos observar que a cobertura vacinal da 1ª dose da vacina, avaliada aos 2 anos de idade (coorte de 2018), foi de 95,9% e os resultados da 2ª dose desta vacina, nos utentes que completaram 6 e 7 anos de idade (coortes de 2014 e 2013), foi de 94,5% e 93,7%, respetivamente.

Em relação à vacinação contra infeções por HPV esta é administrada a raparigas desde 2008 e em 2020 foi, igualmente, iniciada a vacinação de rapazes. Em 2020, a cobertura vacinal da vacina contra infeções por HPV no sexo feminino foi de 91,8% aos 14 anos e no sexo masculino foi de 68,6%.

Apenas na vacinação contra o tétano e difteria são recomendados reforços ao longo da vida, estas doses de reforço apresentam coberturas de 81,7% aos 25 anos, 66% aos 45 anos e 68% aos 65 anos.

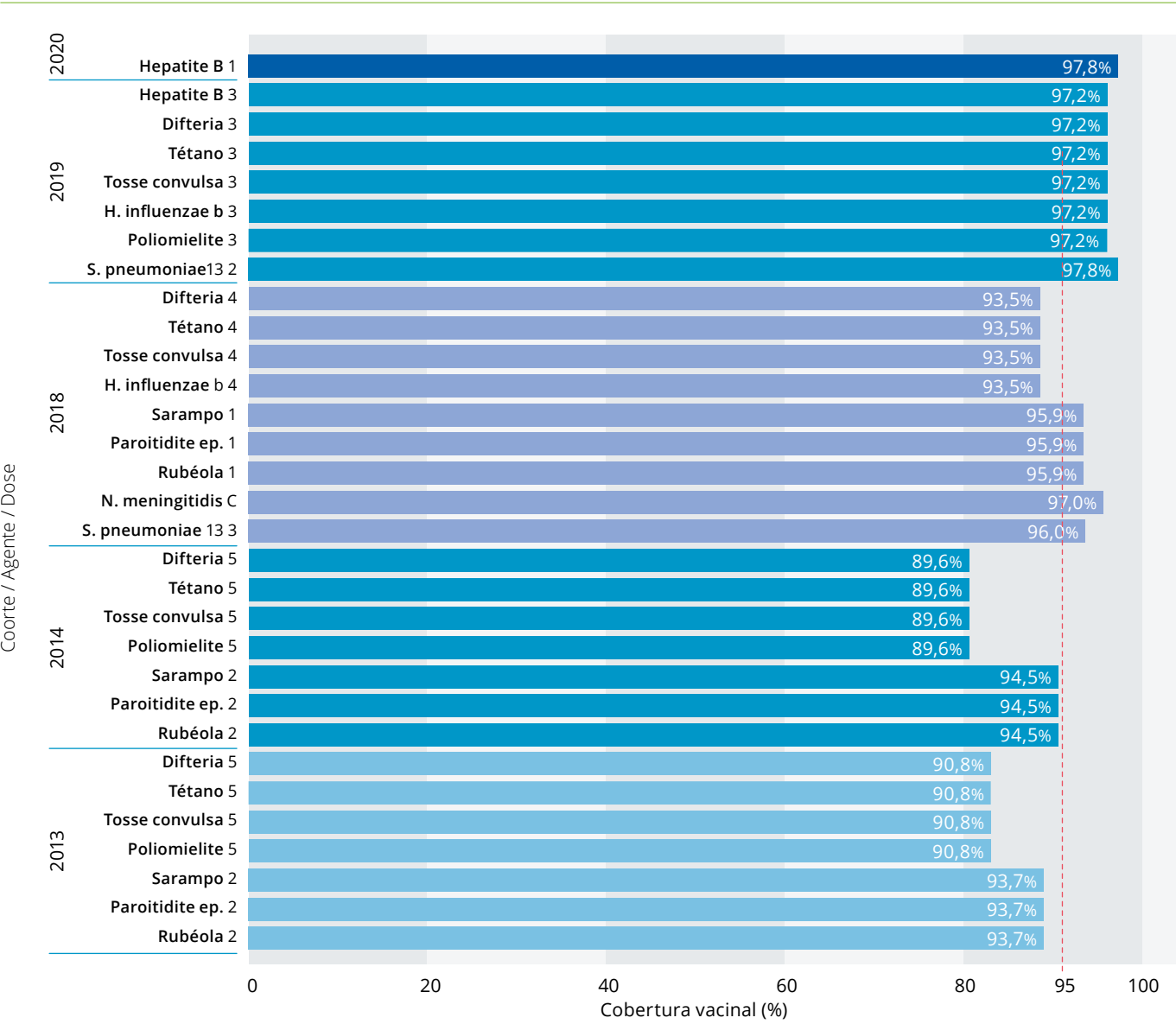


Figura 65. Cobertura vacinal (%) por coorte, agente e dose no concelho de Odivelas, 2020

Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela USP do ACES Loures-Odivelas

Tabela 12. Proporção de utentes com rastreios realizados, por localização geográfica 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Continente					
Proporção mulheres entre os 50 e 70 anos, c/ mamografia (2 anos)	37,0%	38,6%	38,4%	40,8%	38,0%
Proporção mulheres entre os 25 e 60 anos c/ rastreio cancro colo do útero	40,0%	40,4%	40,6%	42,5%	41,5%
Proporção de utentes entre os 50 e 75 c/ rastreio cancro colorretal	38,4%	41,4%	44,7%	48,1%	47,1%
ARS LVT					
Proporção mulheres entre os 50 e 70 anos, c/ mamografia (2 anos)	38,0%	36,6%	38,2%	38,1%	32,3%
Proporção mulheres entre os 25 e 60 anos c/ rastreio cancro colo do útero	32,5%	33,2%	32,5%	33,1%	31,4%
Proporção de utentes entre os 50 e 75 c/ rastreio cancro colorretal	32,0%	34,8%	38,1%	40,6%	38,1%
Odivelas					
Proporção mulheres entre os 50 e 70 anos, c/ mamografia (2 anos)	40,6%	42,0%	44,0%	44,7%	33,1%
Proporção mulheres entre os 25 e 60 anos c/ rastreio cancro colo do útero	30,7%	31,9%	33,6%	35,9%	29,1%
Proporção de utentes entre os 50 e 75 c/ rastreio cancro colorretal	30,4%	35,5%	40,6%	42,7%	36,6%

Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela USP dos ACES Loures-Odivelas e dados do Portal da Transparência do SNS

De uma forma geral, as taxas de cobertura vacinal do concelho de Odivelas são inferiores às verificadas a nível nacional ainda que tenha havido um aumento das mesmas no período 2015 a 2020 (Figura 65).

RASTREIOS RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

Verificou-se um aumento de 40,6% para 44,7% entre 2016 e 2019 na proporção de mulheres (entre os 50 e 70 anos de idade) com realização de rastreio de cancro da mama por mamografia nas unidades dos CSP do município de Odivelas. Todavia, observa-se uma diminuição de 11,6% entre os anos de 2019 e 2020. Esta diminuição pode ser justificada pelo impacto da pandemia de COVID-19 no acesso e utilização dos diferentes serviços de saúde. Estes valores encontram-se abaixo do intervalo de variação aceitável [55%;85%] para este indicador⁶³.

Comparativamente com o Continente e a ARSLVT, a proporção de rastreios realizados nos CSP de Odivelas foi sempre superior entre 2016 e 2020, à exceção do ano 2020 onde a proporção de rastreios no Continente foi superior (33,1% versus 38,0%).

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Entre 2016 e 2019, a proporção de mulheres entre os 25 e 60 anos que realizaram rastreio do cancro do colo do útero foi aumentado, passando de 30,7% para 35,9%. No entanto, este valor encontra-se abaixo do intervalo de variação aceitável [47%;100%] contratualizado para este indicador⁶³. Em 2020, esta tendência de crescimento não se verificou e a proporção de rastreios realizados foi de 29,1%. Mais uma vez, este valor pode ser justificado pela pandemia de COVID-19.

A proporção de rastreios do cancro do colo do útero no Continente, comparativamente com a ARSLVT e as unidades dos CSP de Odivelas, foi superior em todo o período em análise. O mesmo se verificou com a ARSLVT, comparativamente com as UF de Odivelas, à exceção dos anos de 2018 e 2019 onde a proporção de rastreios foi superior em Odivelas.

RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RETO

A proporção de utentes inscritos entre os 50 e os 75 anos de idade com rastreio do cancro do cólon e reto realizado apresentou um crescimento positivo de 6,2% entre 2016 e 2020, estando sempre abaixo do intervalo de variação aceitável [47%;100%] para este indicador⁶³. No período em análise, foi observado o valor mais elevado de rastreios realizados no ano de 2019 (42,7%). A pandemia de COVID-19, à semelhança do que acontece com os outros indicadores de rastreios, pode justificar a quebra na tendência positiva entre 2019 e 2020.

Comparativamente com os valores encontrados no Continente, as unidades dos CSP de Odivelas apresentaram valores inferiores em todo o período em análise. Entre 2017 e 2019 foi possível observar uma maior proporção de rastreios realizados nas UF de Odivelas, comparativamente ao verificado na ARSLVT.

SAÚDE ORAL

Na Figura 66, podemos observar a tendência nos últimos anos dos indicadores de Saúde Oral do ACES Loures-Odivelas. De destacar uma baixa adesão à escovagem dos dentes na escola, por parte das crianças que frequentam os jardins de infância e escolas do 1º ciclo, nunca ultrapassando os 6%. Em relação à utilização das referenciações emitidas, esta tem diminuído desde 2017, chegando aos 2,4% em

2020. Essa diminuição de referenciações pode ser explicada, em parte, pelo contexto de pandemia por COVID-19. No que se refere à utilização dos cheques dentista, é notória a diminuição no período de 2015 a 2020, dos dois indicadores que refletem esta utilização, com exceção do ano de 2019 com um total de 39% - resultado semelhante

ao verificado em 2015. No que diz respeito à percentagem de dentes tratados face à necessidade, a tendência desde 2017 era positiva verificando-se uma diminuição significativa em 2020. Em 2020 pode-se constatar uma diminuição de todos os indicadores representados, sendo plausível relacionar tal facto com o contexto pandémico (Figura 66).

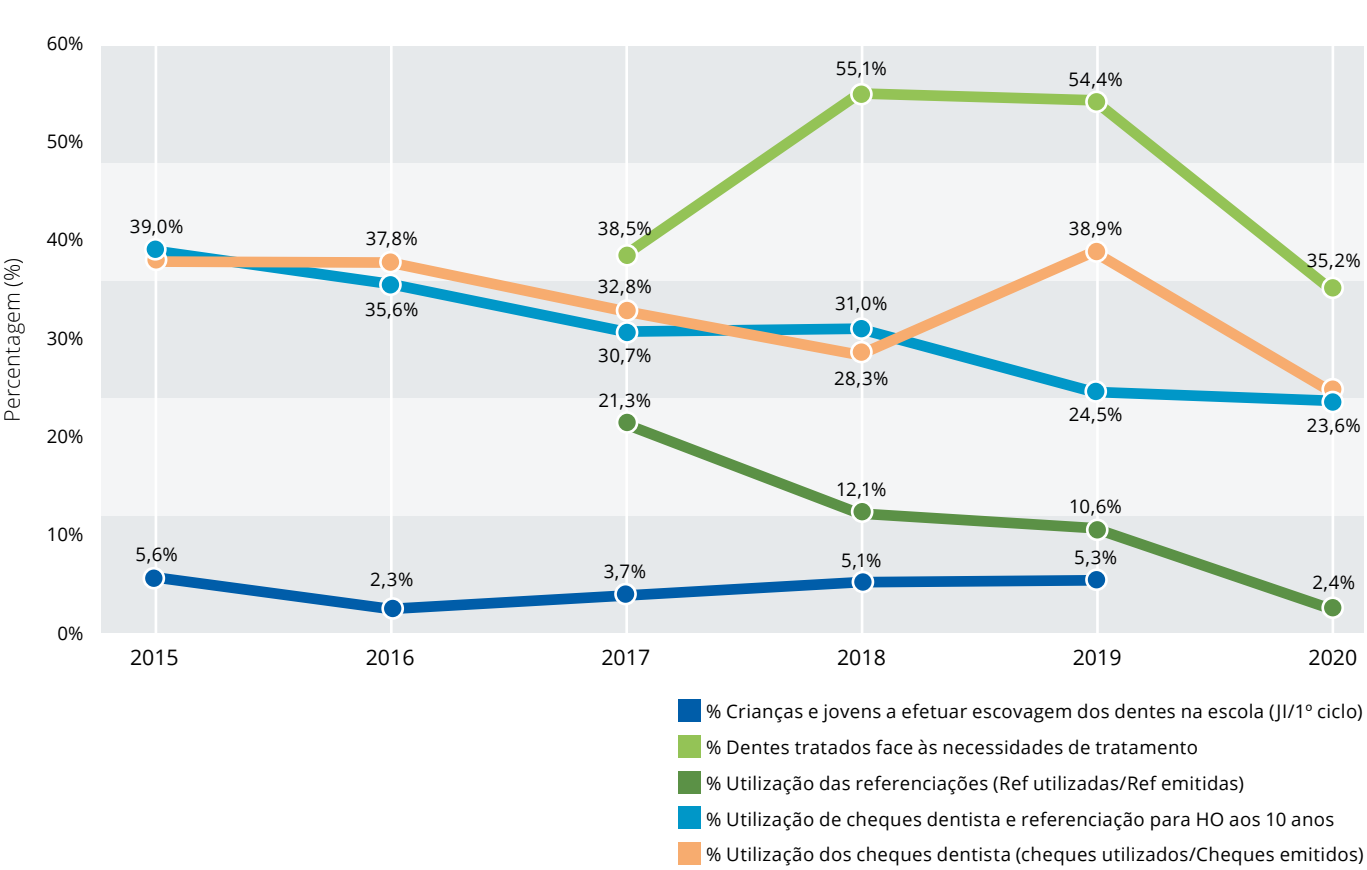


Figura 66. Indicadores de Saúde Oral no ACES Loures-Odivelas, 2015-2020
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela USP do ACES Loures-Odivelas





6. COVID-19 NO MUNICÍPIO DE ODIVELAS

O primeiro caso de COVID-19 no concelho de Odivelas ocorreu no dia 15 de março de 2020. O número máximo de novos casos diários na “primeira vaga pandémica” registou-se no dia 19 de agosto de 2020, com 62 novos casos/dia. O dia 30 de dezembro de 2020 foi o dia com maior número de novos casos diários registados, nesse ano, no concelho, com um total de 128 casos/dia. Até 31 de dezembro de 2020 contabilizaram-se 6.806 casos de COVID-19 confirmados no concelho de Odivelas. Em janeiro de 2021 houve uma exacerbação da pandemia, a nível nacional, com o concelho de Odivelas a atingir um máximo de 584 novos casos diários, no dia 27 de janeiro de 2021. A partir de fevereiro observou-se uma diminuição do número de novos casos diários. Em julho de 2021 verificou-se um novo aumento de número de casos, atingindo-se um máximo de 107 casos diários nos dias 13 e 27

de julho. A 17 de outubro de 2021 Odivelas acumulava um total de 20.427 casos de COVID-19 (Figura 67).

Em relação a óbitos, à data de 21 de outubro de 2021, o concelho de Odivelas registava um total de 393 óbitos por COVID-19.

As diferentes medidas e iniciativas promovidas pela Câmara Municipal de Odivelas, que tiveram como principal objetivo mitigar os efeitos da pandemia e apoiar a população, foram organizadas e implementadas por forma a responder aos diferentes e sucessivos desafios e impactos decorrentes da pandemia.

De entre as várias medidas, ações e iniciativas, destacam-se: a integração do Centro de Operações Integrado do Concelho de Odivelas em conjunto com o Serviço Municipal de Proteção Civil, as três corporações de Bombeiros

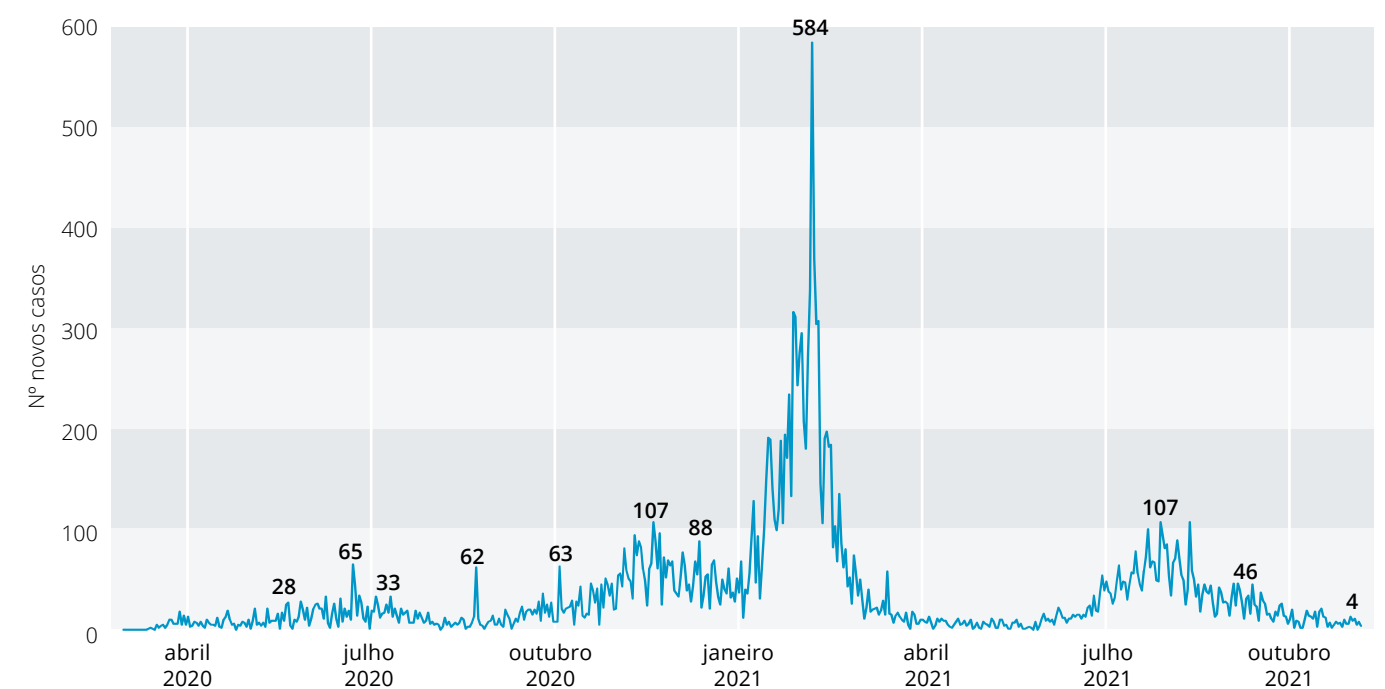


Figura 67. Novos casos diários (Nº) de COVID-19 no concelho de Odivelas, 2020-2021

Fonte: elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela USP Loures-Odivelas

do Concelho, a Autoridade de Saúde Local, a Divisão de Loures e Odivelas da PSP e as Juntas de Freguesia (março 2020); a criação de Centros de Acolhimento Temporário de Emergência em Odivelas para retaguarda e apoio às Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (abril 2020); apoio aos mais vulneráveis, efetuando, por exemplo, compras de supermercado e de farmácia e entrega ao domicílio - medida direcionada a munícipes com mais de 70 anos, doentes crónicos, com incapacidade permanente ou temporária atestada e famílias monoparentais com filhos até aos 12 anos a cargo em regime de isolamento profilático (abril 2020); criação de serviço de passeio de animais de companhia, para munícipes que vivem em situação de isolamento comprovado na sequência da situação epidemiológica da COVID-19 (abril 2020); entrega de equipamento de proteção individual às corporações de bombeiros (abril 2020) e beneficiários do Banco Alimentar, do Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas e da Cantina Social (junho 2020); abertura de um Centro Temporário de Acolhimento de Emergência para mulheres vítimas de violência doméstica, em conjunto com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (abril 2020); criação de serviço de apoio digital a empresários e trabalhadores independentes para esclarecimento de dúvidas acerca da interpretação e aplicabilidade da legislação de emergência publicada (abril 2020); reforço do apoio às famílias mais carenciadas do concelho através do Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas; atribuição de subsídio extraordinário às Instituições Sociais (junho 2020); fornecimento de refeições em regime de *takeaway* aos sem-abrigo, aos profissionais da Área de Atendimento

Dedicada à COVID-19, aos profissionais da Proteção Civil, às corporações de Bombeiros, aos grupos de doentes COVID-19 em isolamento, assim como às crianças e alunos beneficiários dos escalões A e B da ação social escolar dos estabelecimentos de educação pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico da rede pública do Concelho; ações de fiscalização a estabelecimentos conjuntas com a PSP para aferir o cumprimento da legislação com vista a mitigar a pandemia; reuniões com os líderes religiosos do Concelho, com o objetivo de partilhar informação e factos no âmbito da COVID-19 – em colaboração com as Unidades de Cuidados na Comunidade (julho 2020); colaboração na testagem COVID-19 das Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPIS), em colaboração com a Cruz Vermelha e Segurança Social; remuneração das farmácias pelos serviços de administração da vacina da gripe, garantindo assim a gratuidade para a população e reduzindo a pressão nos centros de saúde (outubro 2020); apoio à Unidade de Saúde Pública com cedência de 30 técnicos do município para realização de inquéritos epidemiológicos (fevereiro 2021); disponibilização do Pavilhão Multiusos para criação do Centro de Vacinação de Odivelas, bem como apoio na logística, segurança e limpeza do espaço e transporte gratuito dos munícipes com mobilidade condicionada que necessitavam de apoio para se deslocarem ao Centro de Vacinação COVID-19 (fevereiro 2021); apoio a empresas, famílias, instituições sociais e movimento associativo através do “Programa Estamos Juntos”, no valor de 1,2 milhões de euros (março 2021); e programa de testagem gratuita à população (abril 2021), entre muitas outras iniciativas.



7. AUSCULTAÇÃO DE PARCEIROS



Num documento desta natureza é fundamental a inclusão de uma componente que contemple a visão, opinião e recomendações de diferentes parceiros. Assim, no sentido de complementar os resultados dos diversos indicadores apresentados, desenvolvemos um processo de auscultação por forma a integrar uma perspetiva multi e intersectorial através de um processo participativo, inclusivo e de exercício de cidadania. Nesse sentido desenvolveu-se e aplicou-se um questionário à população residente no concelho de Odivelas e procedeu-se à realização de entrevistas semiestruturadas a diferentes parceiros e responsáveis por instituições com interesse e/ou responsabilidade na área da saúde e dos determinantes sociais da saúde.

As entrevistas ocorreram no período de junho a outubro de 2021, em formato presencial e virtual (videoconferência), tendo sido realizadas cerca de três dezenas de entrevistas.

Os parceiros envolvidos eram de diversos setores e áreas nomeadamente: direção executiva do ACES Loures-Odivelas, Unidade de Saúde Pública, Conselho de Administração do Hospital Beatriz-Ângelo, elementos da direção do Centro Comunitário de Saúde Mental de Odivelas (CCS-MO), responsáveis por diferentes clínicas privadas (clínicas médicas dentárias, clínicas de MCDT); responsáveis de IPSS como a Liga Portuguesa Contra a SIDA – Espaço Cuidar de Nós Odivelas; diretores dos Agrupamentos de Escolas e responsáveis pelos programas de saúde escolar; Presidentes Juntas de Freguesias e União de Freguesias; Bombeiros Voluntários, entre outros.

O questionário à população do concelho foi aplicado entre outubro e novembro de 2021 e foram obtidas cerca de quatro centenas de respostas.

Do processo de auscultação, nomeadamente das entrevistas, destacam-se, para este documento, os seguintes pontos:

- Os responsáveis pelas diversas instituições de saúde, dos diferentes níveis de cuidados e com áreas de intervenção diversas (saúde e social) foram unânimes

em afirmar a excelente relação de colaboração com a Câmara Municipal de Odivelas. Tal cooperação foi evidente e fundamental na resposta global e consequentes adaptações à pandemia por COVID-19;

- A criação de condições para tornar efetivas e consequentes algumas das iniciativas - que são pensadas e discutidas - que visam reforçar a colaboração entre os cuidados de saúde primários e hospitalares no concelho;
- Constatou-se unanimidade entre Junta e União de Freguesias relativamente à relação de proximidade e alinhamento, em diversas ações e programas na área da saúde (promoção da saúde e prevenção da doença), com a Câmara Municipal de Odivelas;
- A Unidade de Saúde Pública, que cobre dois concelhos com uma população de dimensão significativa, recolhe e analisa sistematicamente um conjunto de indicadores que permite uma rigorosa e adequada monitorização e vigilância da saúde da população do concelho de Odivelas. No entanto, os recursos existentes parecem-nos diminutos face à área geográfica e especificidades de ambos os concelhos, Odivelas e Loures. É previsível que esta situação se venha a acentuar no curto prazo (próximos dois anos) tendo em conta o número de aposentações *versus* admissões de novos médicos de saúde pública;
- É evidente a dificuldade em garantir médico de família para uma percentagem importante da população do concelho. Tal facto, agravado nos últimos 12 meses devido às implicações da pandemia por COVID-19, parece-nos dever-se a aspetos estruturais e conjunturais, nomeadamente: aposentação de vários médicos de Medicina Geral e Familiar, dificuldade em atrair e reter novos médicos; o aumento do número de utentes inscritos, concretamente os indivíduos com situação de residência não regularizada e que para serem vacinados para a COVID-19 tiveram de ser inscritos nas UF do ACES Loures Odivelas. Outro aspeto a destacar

prende-se com o facto de haver várias situações de utentes, de outras nacionalidades, inscritos nas UF e que regressam aos seus países de origem mantendo a inscrição “ativa” nessas unidades;

- Foi destacada a necessidade de serem desenvolvidas mais iniciativas intersectoriais, para criação de ambientes e condições promotoras de estilos de vida saudáveis, mas também, em programas específicos de promoção do envelhecimento ativo e promoção da saúde mental. De igual forma, seriam essenciais parcerias ao nível de projetos sociais relacionados com melhoria das condições de habitação, combate e prevenção ao isolamento social (principalmente da população idosa), integração de populações imigrantes, caracterização e apoio aos cuidadores informais, entre outras iniciativas;
- Ao nível de ações de desenvolvimento e coesão social, incluindo projetos de promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade e em subgrupos específicos, é evidente a boa relação entre os diferentes parceiros, assumindo a Câmara Municipal, muitas vezes, um papel agregador;
- Necessidade de redimensionar a componente de internamento e o serviço de urgência do Hospital Beatriz Ângelo face ao crescimento populacional dos concelhos que serve - de que Odivelas faz parte. Simultaneamente, seria importante desenvolver ações para reduzir a afluência ao serviço de urgência de casos que teriam resposta mais adequada noutros níveis de cuidados;
- Seria importante que o novo Conselho de Administração do Hospital Beatriz Ângelo (que mudou de modelo de gestão, passando de Parceria Público-Privada para hospital EPE) continuasse a manter a excelente relação com a Câmara Municipal de Odivelas e demais parceiros locais;
- As Equipas de cuidados continuados e integrados domiciliários (ECCI), integradas nas UCC do ACES Loures Odivelas, devem ser reforçadas por forma a dar uma resposta mais adequada às necessidades. Simultaneamente, o seu reforço, contribuirá para melhorar a articulação dos cuidados de saúde primários e cuidados de saúde continuados e integrados na resposta a este tipo de procura;
- O Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas, que serve a população adulta com consultas e reabilitação na área das diferentes patologias de foro psiquiátrico, sendo única deste tipo em todo o concelho, apresenta alguns constrangimentos relacionados com a escassez de recurso humanos, nomeadamente de

médicos, psicólogos e assistentes sociais. Ao nível do internamento, a articulação tem sido boa com o Hospital Beatriz Ângelo e, na ausência de vagas neste hospital, com o Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte e com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa;

- A Liga Portuguesa Contra a SIDA (LPCS) - Espaço Cuidar de Nós – Odivelas, tem desenvolvido diversas ações nas áreas dos rastreios, acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis, educação para a saúde, apoio psicossocial e jurídico e disponibilização de material preventivo. Desde 2013, existe uma unidade móvel que abrange também os concelhos de Lisboa e Loures, o que tem permitido maior proximidade às populações vulneráveis. Têm desenvolvido parcerias com diversas entidades nas áreas da saúde, educação, segurança social, emprego e habitação, com as quais estabelecem uma boa relação;
- A atuação dos Bombeiros Voluntários situa-se ao nível do transporte de doentes, assistência em situações de socorro, tendo também colaborado em ações de rastreios e de formação para a população idosa e população em geral. Tem existido uma boa relação e alinhamento em ações de promoção da saúde em parceria com a CMO e outras instituições públicas e privadas;
- Da parte dos diretores dos Agrupamentos de Escolas e responsáveis pelos programas de saúde escolar foi destacada a atuação das escolas em ações de desenvolvimento de diferentes atividades nas áreas social e da saúde, concretamente ao nível da saúde mental, educação alimentar e atividade física, comportamentos aditivos e substâncias psicoativas, educação sexual, higiene oral e corporal, prevenção da violência, suporte básico de vida e educação postural, entre outras. Foi, igualmente, referido uma boa articulação com a CMO e com outros parceiros (ACES, Unidade de Saúde Pública, Hospital Beatriz Ângelo, Bombeiros, Forças de Segurança, etc.) no desenho e desenvolvimento de iniciativas no âmbito da saúde em geral e, da promoção de estilos de vida saudáveis, em particular;
- Foi realçada a preocupação e a necessidade de dar particular atenção às situações e grupos de maior vulnerabilidade, como sejam a população estrangeira (imigrantes), que tem um peso importante no município, os idosos, as crianças e subgrupos mais desfavorecidos do ponto de vista económico. Para tal, seria importante fazer uma caracterização mais profunda e específica destes subgrupos da população, no que diz respeito aos determinantes sociais e de saúde, como sejam os aspetos relacionados com a integração social, as condições económicas, de saúde, habitacionais

(características das habitações, agregado familiar, situações de isolamento, etc.), entre outras.

Em relação aos resultados dos questionários, destacam-se os seguintes aspetos:

- No que diz respeito à perceção sobre o seu estado de saúde, 75,0% dos respondentes indicaram ter um “bom estado de saúde”, 11,3% “muito bom” e, apenas, 9,6% referiu perceber o seu estado de saúde como “mau”.
- A resposta às necessidades de saúde foi considerada “boa” ou “muito boa”, pela maioria dos respondentes, no que diz respeito aos cuidados hospitalares, farmácias comunitárias e realização de exames de diagnóstico (MCDT’s). Em relação a consultas de medicina geral e familiar e outras respostas ao nível dos cuidados de saúde primários, uma maioria significativa de respondentes referiu não ser adequada nem atempada, registando-se baixos níveis de satisfação em relação a este nível/tipo de cuidados.
- Foi destacada a necessidade de melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários, concretamente a médico de família, bem como a necessidade de outros profissionais de saúde nos CSP, de que são exemplo psicólogos, terapeutas da fala, nutricionistas, fisioterapeutas e outras áreas das tecnologias da saúde.
- Outro aspeto a melhorar prende-se com o atendimento e comunicação entre os profissionais das unidades de CSP e os utentes, expresso, por exemplo, na dificuldade em agendar consultas ou outro tipo de atendimento, mudanças de unidades sem conhecimento dos utentes, dificuldade em contactar as unidades por telefone e-mail, situação que se agravou com a Pandemia por COVID-19.
- A maioria dos respondentes referiu que, de uma forma geral, encontra resposta para as suas necessidades de saúde em instituições do concelho de Odivelas.
- Foi evidenciado que deveriam haver mais iniciativas e programas na área da promoção da saúde e prevenção da doença, em geral e, em particular, para as áreas da promoção do envelhecimento ativo e saudável;

promoção de atividade física; alimentação saudável e; prevenção da obesidade infantil.

- Relativamente aos problemas de saúde considerados mais importantes pelos respondentes, usando uma escala de 1 a 10, as “doenças oncológicas” obtiveram a média mais elevada (7,43), seguido das “Doenças do aparelho circulatório” (7,33) e “problemas de Saúde Mental” (7,15).
- Insuficiência de espaços verdes no concelho, destacando a necessidade de aumentar os equipamentos promotores de estilos de vida saudáveis, concretamente, equipamento urbano para promoção de atividade física, circuitos de corrida, campos para jogos, etc... – um dos exemplos mais referido foi a replicação do parque Multidesportivo Naide Gomes, em outras zonas do concelho.
- Melhoria das condições de mobilidade - a necessidade de otimizar os horários e circuitos dos transportes públicos rodoviários, melhorar os espaços para estacionamento, aumentar as vias pedonais e, principalmente, a criação de ciclovias.
- Melhoria da limpeza urbana e da recolha de resíduos, pelos riscos em termos de saúde pública e pelo impacto visual nas ruas e espaços do concelho de Odivelas.
- Melhoria nas acessibilidades para cidadãos portadores de deficiência, ao nível das passeadeiras, passeios, paragens de transportes públicos, entre outros.
- Melhoria das condições de transportes públicos (e das paragens, muitas delas sem qualquer tipo de proteção para o frio, chuva e calor), nomeadamente para dar resposta às necessidades da população mais idosa, principalmente, no acesso a instituições de saúde, comércio e instituições públicas. A este respeito foi evidenciada a necessidade de aumentar a regularidade e alargar/redesenhar o circuito do “VOLTAS” – meio de transporte público elogiado por alguns respondentes.
- Redução do nível do ruído e da poluição do ar, principalmente associado ao tráfego rodoviário, tendo em conta as implicações na saúde dos indivíduos e da população do concelho.



8. MODELO CONCEPTUAL E EIXOS ESTRATÉGICOS

O modelo conceptual de operacionalização por nós adotado visa, por um lado, contribuir para maximizar a criação de valor e ganhos em saúde e, por outro, capacitar e envolver os diferentes parceiros. Este modelo reforça o carácter multi e intersectorial da saúde em todas as políticas e destaca o papel que todos os indivíduos/municípios têm a desempenhar na criação de condições que previnam a doença e promovam a saúde, qualidade de vida e bem-estar (Figura 68).

1. A saúde e o bem-estar desenvolvem-se ao longo da vida.
2. Os determinantes sociais impulsionam os resultados da saúde e do bem-estar ao longo do ciclo de vida.
3. O lugar/local é um determinante da saúde, bem-estar e deve garantir equidade e coesão social.

4. O sistema de saúde deve responder às principais mudanças demográficas, clínicas e epidemiológicas do nosso tempo.

5. A organização adequada e uso eficiente de recursos da comunidade e do sistema de saúde deve ser uma realidade.

6. A criação de saúde requer parcerias porque os cuidados de saúde são, apenas, uma parte do *puzzle*.

A abordagem deve ter em conta a especial vocação do poder local para agir sobre os determinantes sociais através de políticas e ações que intervenham nos contextos ambiental, socioeconómico, educativo, ordenamento do território, planeamento urbano, mobilidade e, concomitantemente, assumindo um papel ativo e influente no plano das políticas de saúde a nível dos respetivos territórios.



PRODUIR E PROMOVER SAÚDE?

COMO ENVOLVER E CRIAR PARCERIAS EM TORNO DA SAÚDE?

Figura 68. Modelo de operacionalização e promoção da saúde populacional
AAdaptado de Institute for Healthcare Improvement 2017⁶⁴

Neste contexto, a intervenção deve ser orientada a partir do planeamento estratégico e em alinhamento com outros documentos de referência a nível local (ex. Plano Local de Saúde Loures Odivelas 2013-2016 extensão a 2020; Planos de ação no âmbito da contratualização externa das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários de Odivelas dos últimos anos e outros documentos da área de planeamento social, urbanismo/habitação, ordenamento do território desenvolvidos pelo município e/ou parceiros); nível regional (Perfil Regional de Saúde ARSLVT 2021); nível nacional (ex. Plano Nacional de Saúde 2016 extensão a 2021; Programas de Saúde Prioritários, com o futuro PNS 2021-2030; Grandes opções do Plano 2020-2023; Rede Portuguesa das cidades saudáveis, Plano de Recuperação e Resiliência); nível internacional (ex. The 2021 ageing report da União Europeia; State of the Global Climate 2020 WMO; Health 2020 da OMS e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, Nações Unidas).

A transformação global requer uma forte e concertada ação local e a definição de estratégias de desenvolvimento territorializadas - pensar global e atuar ao nível da comunidade local.

Assim, constituem eixos estratégicos deste Plano de Desenvolvimento em saúde e qualidade de vida para o concelho de Odivelas:

Saúde nas diferentes fases da vida, privilegiando a saúde materno-infantil, crescer saudável e o envelhecimento ativo;

Envolvimento e capacitação, em questões de promoção da saúde e prevenção da doença, de indivíduos e populações - com principal destaque para as crianças, adolescentes e idosos - bem como o incentivo ao desenvolvimento de parcerias intra e intersectoriais. Essas parcerias seriam muito importantes para promover, por exemplo, a utilização das novas tecnologias em programas e iniciativas de promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria dos determinantes sociais, orientando dessa forma para a transição digital;

Acesso de qualidade - atempado, efetivo, eficiente, seguro, centrado no utente/doente - **a problemas de saúde específicos e prioritários** (Doenças Cardiovasculares, Neoplasias, Saúde Mental, Obesidade, Diabetes *Mellitus*, Saúde materno-infantil, etc.);

Equidade na resposta, privilegiando intervenções em domínios e grupos vulneráveis (crianças, idosos, imigrantes, subgrupos com maior vulnerabilidade social e precaridade económica, por exemplo);

Recursos de saúde, com particular destaque para os recursos humanos (ao nível dos CSP, nomeadamente, médicos de família, médicos de Saúde Pública, mas também enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas, entre outros técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica) e instalações (novos edifícios, renovação e redimensionamento de alguns edifícios e outros espaços);

Políticas e ações intersectoriais integradoras que reforcem a coordenação estratégica, alavanquem a atuação de todos os setores da sociedade para maximizar ganhos em saúde e melhorem o conhecimento e capacitação da rede local em articulação com o nível regional e nacional.





9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Bulletin of World Health Organization. 2002;80(12):983-4.
2. Wilkinson RG, Marmot M and WHO. Social Determinants of Health: The Solid Facts. Copenhagen; 2003.
3. Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, Nyberg ST, Lindbohm J V., Ervasti J, et al. Modifications to residential neighbourhood characteristics and risk of 79 common health conditions: a prospective cohort study. Lancet Public Heal [Internet]. 2021;6(6):e396-407. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00066-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00066-9).
4. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. 1991. Report No.: Arbetsrapport,2007:14.
5. Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. J R Soc Promot Heal. 126(6):252-3.
6. World Health Organization (WHO). A conceptual framework for action on the social determinants of health: Debates, policy & practice, case studies. Geneva; 2010.
7. Assembly UG. Universal Declaration of Human Rights [Internet]. [cited 2021 Apr 29]. p. 217 A (III). Available from: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html>.
8. Constituição da República Portuguesa. Lisboa: Assembleia da República; 1976.
9. Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS). Declaração de Lagoa - Governação Local para a Saúde. In Lagoa: VII Fórum da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis; 2018.
10. World Health Organization (WHO). Belfast Charter for Healthy Cities. Operationalizing the Copenhagen Consensus of Mayors: healthier and happier cities for all. In: WHO European Healthy Cities Network International Healthy Cities Conference Belfast, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
11. Ministério da Administração Interna. Decreto-Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro. Diário da República n.º 21/2019, Série I; 2019. p. 753-769.
12. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto. Diário da República n.º 157/2018, Série I; 2019. p. 4102-4108.
13. Direção-Geral da Saúde (DGS). Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020. Direção-Geral da Saúde. Lisboa; 2015.
14. World Health Organization (WHO). Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. Copenhagen; 2013.
15. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2018-2020. 2019.
16. ACES Loures-Odivelas. Plano Local de Saúde Loures-Odivelas 2013-2016. Extensão a 2020. Lisboa; 2020.
17. United Nations (UN). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015.
18. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2017.
19. Kickbusch GG. A healthy city is a better city. World Health. 1996;49(1):4-6.
20. Decreto-Lei n.º 23/2019. Lisboa: Ministério da Administração Interna; 2019.
21. Instituto Nacional de Estatística (INE). Censos 2021. Resultados Provisórios [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 10]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojODc5YmE4NzEtZjg1Mi00MzNjLTk4NjUtNDhmNDY3ODU2NWQ4IiwidCI6IjcxOTQwYTg2LUYyYmQtNGVhMy04OWI3LWUwYTdjZDcwNDA0MyImlmMiOjI9>.
22. Câmara Municipal de Odivelas (CMO). Conhecer Odivelas. Caracterização [Internet]. [cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://www.cm-odivelas.pt/conhecer-odivelas/caracterizacao>.
23. Instituto Nacional de Estatística (INE). Densidade Populacional [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 10]. p. 18-20. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008337&selTab=tab0.

24. Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo (ENIPSSA). Inquérito de caracterização das pessoas em situação de sem-abrigo. Síntese de Resultados. 2019.
25. Instituto Nacional de Estatística (INE). Mobilidade e funcionalidade do território nas Áreas Metropolitanas do Porto e de Lisboa: 2017 [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 25]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=349495406&PUBLICACOESmo-do=2&xlang=pt.
26. Agência Portuguesa do Ambiente (APA). QualAR - Qualidade do AR [Internet]. [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://qualar.apambiente.pt/node/o-que-e-a-qualidade-do-ar>.
27. World Health Organization (WHO). COP26 Special Report on Climate Change and Health [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/cop26-special-report>.
28. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-lei nº 39/2018 de 11 de Junho. Lisboa: Diário da República nº 111/20218, Série I; 2018 p. 2438–60.
29. IQAir. Empowering the World to Breathe Cleaner Air [Internet]. 2021. Available from: <https://www.iqair.com/us/blog/air-quality/pm2-5>.
30. United States Environmental Protection Agency (EPA). Particulate Matter (PM) Basics [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct 11]. Available from: <https://www.epa.gov/pm-pollution/particulate-matter-pm-basics>.
31. Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (CCDR). O Ar e os Poluentes Atmosféricos [Internet]. [cited 2021 Sep 29]. Available from: <http://www.ccdr-lvt.pt/pt/o-ar-e-os-poluentes-atmosfericos/8082.htm>.
32. World Health Organization (WHO). Ambient (outdoor) air pollution [Internet]. [cited 2021 Sep 30]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health).
33. World Health Organization (WHO). WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide [Internet]. Geneva; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345329>.
34. Agência Portuguesa do Ambiente (APA). Poluição por partículas inaláveis | Relatório do Estado do Ambiente [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://rea.apambiente.pt/content/poluiçao-por-particulas-inalaveis>.
35. Dias M, Viegas C. Fungal Prevalence on Waste Industry – Literature Review. *Encycl Mycol* [Internet]. 2021;99–106. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128096338210534>.
36. Viegas C, Dias M, Almeida B, Aranha Caetano L, Carolino E, Quintal Gomes A, et al. Are workers from waste sorting industry really protected by wearing Filtering Respiratory Protective Devices? The gap between the myth and reality. *Waste Manag*. 2020;(102):856–67.
37. DRU_SIMAR Loures-Odivelas. Quantidades recolhidas de Materiais Recicláveis (kg), no Concelho de Odivelas. Loures; 2021.
38. Agência Portuguesa do Ambiente (APA). Ficha temática “Ruído ambiente” [Internet]. 2019. Available from: <https://rea.apambiente.pt/content/ruído-ambiente>.
39. Câmara Municipal de Odivelas (CMO). Plano de ação para o ruído. Lisboa; 2017.
40. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). NCEZID: Waterborne and Fungal Infections [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncezid/what-we-do/our-topics/waterborne-fungal-infections.html>.
41. SIMAR Loures-Odivelas. Água para consumo humano [Internet]. [cited 2021 Sep 29]. Available from: http://www.simar-louresodivelas.pt/agua_con_res_pag/agua_consumo.aspx.
42. Câmara Municipal de Odivelas (CMO). Áreas de intervenção - Ambiente - Parques e Jardins [Internet]. 2021. Available from: <https://www.cm-odivelas.pt/conhecer-odivelas/parques-e-jardins>.
43. World Health Organization (WHO). The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
44. Székely M, Carletto L, Garami A. The pathophysiology of heat exposure. *Temperature*. 2015;2(4):452.
45. Câmara Municipal de Odivelas (CMO). Plano de Ação Municipal de Adaptação às Alterações Climáticas de Odivelas. 2021.
46. Haub C. Distilled Demographics: The Birth Rate. 2010.
47. World Health Organization (WHO). Fact sheet: Maternal mortality [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
48. World Health Organization (WHO). Fact sheet: Preterm birth [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
49. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. Lisbon; 2013.
50. Pinheiro RS, Areia AL, Mota Pinto A, Donato H. Advanced maternal age: adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. *Acta Medica Portuguesa*. 2019;32(3):219–26.
51. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Nascer em Portugal [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://nascereportugal.ffms.pt/#ter-ou-nao-ter>.
52. Fox J, Klüsener S, Myrskylä M. Is a Positive Relationship Between Fertility and Economic Development Emerging at the Sub-National Regional Level? Theoretical Considerations and Evidence from Europe. *Eur J Popul*. 2019;35:487–518.
53. Van Roode T, Sharples K, Dickson N, Paul C. Life-Course Relationship between Socioeconomic Circumstances and Timing of First Birth in a Birth Cohort. *PLoS One*. 2017;12(1).
54. PORDATA. Taxa de mortalidade infantil [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+mortalidade+infantil-1589>.
55. GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390:1260–344.
56. Porta M. A Dictionary of Epidemiology [Internet]. 5 ed Oxford University Press. 2008. Available from: <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195314496.001.0001/acref-9780195314496>.
57. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Classificação internacional de cuidados de saúde primários. ICPC-2E V4.4 PT. Lisboa; 2016.
58. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Infecção VIH e SIDA em Portugal – 2020 [Internet]. 2020. Available from: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7243/1/DGS-NSA-RelatVIHSDA-2020.pdf>.
59. Landry M. The Global Health Observatory – Mortality Rate (per 100 000 population). 2021.
60. Instituto Nacional de Estatística. A mortalidade em Portugal no contexto da pandemia covid-19. Lisbon; 2021.
61. EUROSTAT. Revision of the European Standard Population - Report of Eurostat’s task force. [Internet]. Publications Office of the European Union. 2013 [cited 2021 Jun 29]. Available from: <https://www.opendata.nhs.scot/dataset/standard-populations>.
62. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017. Lisboa; 2017.
63. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários. 2021.
64. Saha S, Loeher S, Cleary-Fisherman M, Johnson K, Chenard R, Gunderson G, et al. Pathways to Population Health: An Invitation To Health Care Change Agents. In: Boston: 100 Million Healthier Lives. Institute for Healthcare Improvement; 2017.



“As sociedades modernas promovem ativamente estilos de vida pouco saudáveis e os ambientes modernos tornam também difícil a realização de escolhas saudáveis. São necessárias iniciativas de todos os sectores da sociedade para melhorar a saúde, assim como dos cidadãos, do Governo e das autarquias.”

In, Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar, Fundação Calouste Gulbenkian, 2014.

