



PLSAR

Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho 2030

Conectados pelo Tejo, Unidos pela Saúde



Ficha Técnica

Título

Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho 2030
Conectados pelo Tejo, Unidos pela Saúde

Editor

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.

Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Ana Teresa Xavier

Coordenadora da Unidade de Saúde Pública

Lina Guarda

Coordenação Técnica

Lina Guarda
Bárbara S. Vieira
Esmeralda Pereira
Mauro Oliveira
Patrícia Martins
Paulo Silva
Raquel Santos

Contributos

Iria Velez

Correio eletrónico de contacto

usp.arcoribeirinho@ulsar.min-saude.pt

Índice

1. Enquadramento.....	1
2. Caracterização do Território	5
3. Diagnóstico de Situação de Saúde.....	7
4. Priorização dos Problemas e Determinantes de Saúde.....	11
5. Prognóstico de Saúde	14
6. Objetivos Gerais e Específicos.....	17
7. Estratégias de Intervenção	24
8. Plano de Comunicação	25
9. Plano de Implementação.....	28
10. Monitorização e Avaliação	31
11. Anexos.....	42

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo conceptual da relação entre sustentabilidade, determinantes e problemas de saúde do Plano Nacional de Saúde 2030	2
Figura 2 - 4 Eixos Estratégicos do Plano Local de Saúde	24

Índice de quadros

Quadro 1 - Objetivos gerais e específicos do PLSAR para o horizonte temporal do ano 2030	18
Quadro 2 – Indicador, valor de referência, meta e fonte para a avaliação do PLSAR	32

Lista de siglas e abreviaturas

IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PLS	Plano Local de Saúde
PLSAR	Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho
PNS	Plano Nacional de Saúde
ULSAR	Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho
USPAS	Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio

Preâmbulo

O Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho (PLSAR) constitui um instrumento estratégico fundamental para a promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades em saúde da população residente no nosso território. Assente numa abordagem integrada, participativa e intersectorial, o PLSAR permite alinhar as necessidades específicas da comunidade com as respostas dos serviços de saúde, das autarquias e dos restantes parceiros locais.

O Arco Ribeirinho apresenta características demográficas, socioeconómicas e ambientais próprias, que influenciam de forma significativa os perfis e planos de saúde, e doença da população. A existência de assimetrias sociais, o envelhecimento populacional, a carga crescente de doença crónica, bem como desafios associados aos determinantes sociais da saúde, tornam imprescindível um planeamento local estruturado, baseado em evidência epidemiológica e no conhecimento das realidades locais.

Neste contexto, o PLSAR assume um papel central enquanto documento orientador da ação local em saúde, promovendo a articulação entre cuidados de

saúde primários, hospitalares e continuados, bem como a cooperação com os setores social, educativo, laboral e ambiental. Através da definição de prioridades em saúde, objetivos estratégicos e ações concretas, o Plano contribui para uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, reforçando a equidade, a qualidade e a acessibilidade dos cuidados de saúde.

O desenvolvimento e implementação do PLSAR traduzem, assim, um compromisso com uma governação em saúde de proximidade, centrada nas pessoas e nas comunidades, alinhada com as orientações nacionais de saúde e com os princípios do Serviço Nacional de Saúde. Este instrumento pretende ser dinâmico e evolutivo, permitindo a monitorização contínua dos ganhos em saúde e a adaptação das intervenções às necessidades emergentes da população.

Assume igualmente uma dimensão intersectorial, em consonância com o Plano Nacional de Saúde, valorizando mais uma vez o envolvimento das autarquias, instituições sociais, educativas, associações locais e demais parceiros estratégicos, reconhecendo que a saúde é determinada



por múltiplos fatores que ultrapassam o setor da saúde. Esta governação colaborativa é essencial para a implementação de intervenções sustentáveis e com impacto real nos ganhos em saúde.

Afirma-se como um instrumento dinâmico, orientador da ação local, que permite a monitorização regular dos indicadores de saúde, a avaliação dos resultados alcançados e a adequação das respostas face a necessidades emergentes. A sua implementação traduz o compromisso

da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho com os objetivos nacionais de saúde, com a responsabilização na gestão dos recursos públicos e com a promoção de uma cultura de planeamento estratégico orientada para resultados e ganhos efetivos em saúde para a população.

Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Nota Prévia

O Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho 2030 (PLSAR) constitui-se como o referencial estratégico de planeamento para o quinquénio que encerra a presente década, assumindo o compromisso de operacionalizar, ao nível territorial, a visão e as metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde - 2030. Este documento é o resultado consolidado de um percurso alicerçado no legado técnico e estratégico vertido nos anteriores Planos Locais de Saúde do Arco Ribeirinho.

O PLSAR não é meramente um plano setorial, mas sim um roteiro de governação integrada que coloca a "Saúde em Todas as Políticas" como o eixo central para o desenvolvimento da região do Arco Ribeirinho. Alicerçado num modelo de proximidade, o PLSAR 2030 reconhece as características demográficas, sociais e geográficas dos quatro concelhos que integram a Unidade Local de Saúde, focando-se na redução das desigualdades e na intervenção direta sobre os determinantes sociais de saúde, em estreito alinhamento com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas.

Num contexto de transição epidemiológica e demográfica, este plano prioriza uma abordagem baseada no ciclo de vida, promovendo a saúde e prevenindo a doença desde a primeira infância até ao envelhecimento ativo e digno. A ambição aqui vertida espelha a tónica na equidade e na literacia em saúde, capacitando o cidadão para uma participação ativa e informada no sistema, enquanto reforça a resiliência das instituições face a futuros desafios. Para tal, o PLSAR 2030 propõe uma aliança estratégica entre o setor da saúde, as autarquias e os parceiros da comunidade, entendendo que a sustentabilidade do sistema e a obtenção de ganhos efetivos em saúde dependem de uma ação concertada, transparente e sustentada em evidência científica.

Ao projetar o futuro da saúde no Arco Ribeirinho, este plano abraça a inovação e a transformação digital como facilitadores de cuidados mais integrados e eficientes, sem nunca abdicar da humanização e da equidade no acesso. É, em última análise, um compromisso institucional com a qualidade de vida, bem-estar e saúde da nossa população, desenhado para ser um instrumento dinâmico e adaptativo que garanta que a saúde continue a ser o principal motor de progresso e coesão social na nossa região até 2030.



Coordenadora da Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio

Sumário Executivo

O **Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho 2030 (PLSAR)** constitui o principal instrumento de planeamento estratégico em saúde para os concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo. Alinhado com o Plano Nacional de Saúde 2030 e com a Agenda 2030 das Nações Unidas, o PLSAR procura promover a **equidade**, reforçar a **sustentabilidade** e assegurar a **participação comunitária** na definição e implementação das políticas locais de saúde.

A região enfrenta **desafios** estruturais significativos, entre os quais se destacam o **envelhecimento da população**, a elevada prevalência de **doenças crónicas**, o aumento dos **problemas de saúde mental** e a persistência de **desigualdades sociais**. A estes acrescem as **iniquidades no acesso** a cuidados de saúde, em particular nos domínios da saúde oral, saúde mental e cuidados de proximidade, bem como níveis ainda insuficientes de literacia em saúde, sobretudo em grupos vulneráveis e populações migrantes.

Com base no diagnóstico, foram identificados como **problemas prioritários** a elevada carga das **doenças crónicas não transmissíveis e doenças transmissíveis**, a **doença mental**, as **iniquidades sociais**, as **desigualdades no acesso** a cuidados de saúde e a **baixa literacia** em saúde. Para responder a estes problemas, o PLSAR estabelece **seis objetivos centrais**: reduzir a prevalência e as complicações associadas às doenças crónicas; diminuir a incidência das doenças transmissíveis; reforçar a prevenção e a resposta comunitária em saúde mental; melhorar a literacia em saúde; intervir sobre os fatores ambientais que condicionam o bem-estar; e aumentar a equidade territorial e a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

A concretização destes objetivos assenta em **quatro grandes linhas de orientação estratégica**. A primeira visa investir na promoção e proteção da saúde. A segunda aposta em incluir, garantindo cobertura universal de saúde, acesso equitativo e integração dos diferentes níveis de cuidados. A terceira incide em inovar, através de parcerias, investigação, digitalização e implementação de boas práticas. A quarta, preparar o futuro, orienta-se para a resiliência do sistema de saúde, com capacidade de adaptação a emergências e às alterações climáticas.

O plano será implementado em três fases entre 2026 e 2030, num processo participado que envolve autarquias, instituições de solidariedade social, escolas, associações locais e cidadãos. O

modelo de monitorização combina indicadores quantitativos e qualitativos, permitindo ajustar estratégias, avaliar resultados e reforçar a transparência.

Com esta estratégia, **o PLSAR ambiciona alcançar ganhos concretos e mensuráveis em saúde:** **reduzir** a mortalidade prematura e a carga das doenças evitáveis, **melhorar** a saúde mental e o bem-estar emocional, **aumentar** a literacia em saúde, **reforçar** a participação comunitária, **diminuir** desigualdades territoriais e sociais, **assegurar** ganhos em esperança média de vida e em anos de vida saudável e **contribuir** para a sustentabilidade do sistema de saúde.

1. Enquadramento

A saúde representa, em qualquer sociedade, um dos pilares fundamentais da dignidade humana, do desenvolvimento sustentável e do bem-estar individual e coletivo. Neste contexto, o planeamento em saúde constitui uma ferramenta estratégica indispensável, que permite responder de forma adequada às necessidades da população, através de políticas baseadas na evidência, da participação ativa das comunidades e da articulação intersetorial. Em consonância com o disposto na Lei de Bases da Saúde, os Planos Locais de Saúde assumem um papel essencial enquanto instrumentos operacionais da política de saúde, assegurando a territorialidade das estratégias nacionais e a adaptação às especificidades locais.

O Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho (PLSAR) 2030, enquadra-se neste contexto normativo e político, refletindo uma visão integrada da saúde enquanto responsabilidade coletiva e transversal da qualidade de vida. Este plano abrange os concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo, do distrito de Setúbal, e representa um compromisso regional com a promoção da saúde, a prevenção da doença e a redução das desigualdades, mobilizando os diversos agentes locais num esforço conjunto e sustentado.

O enquadramento estratégico do PLSAR articula-se com o Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030), cuja visão central assenta na construção de uma sociedade mais saudável, inclusiva e equitativa, e que propõe cinco grandes desígnios nacionais: reduzir as desigualdades; promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis; minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais na saúde; reduzir de um modo integrado a carga das doenças transmissíveis e das não transmissíveis; e manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já controlados (Figura 1). Estes desígnios encontram expressão local neste plano, através de objetivos e estratégias adaptadas à realidade do Arco Ribeirinho, em linha com os princípios da equidade, sustentabilidade, literacia e proximidade.

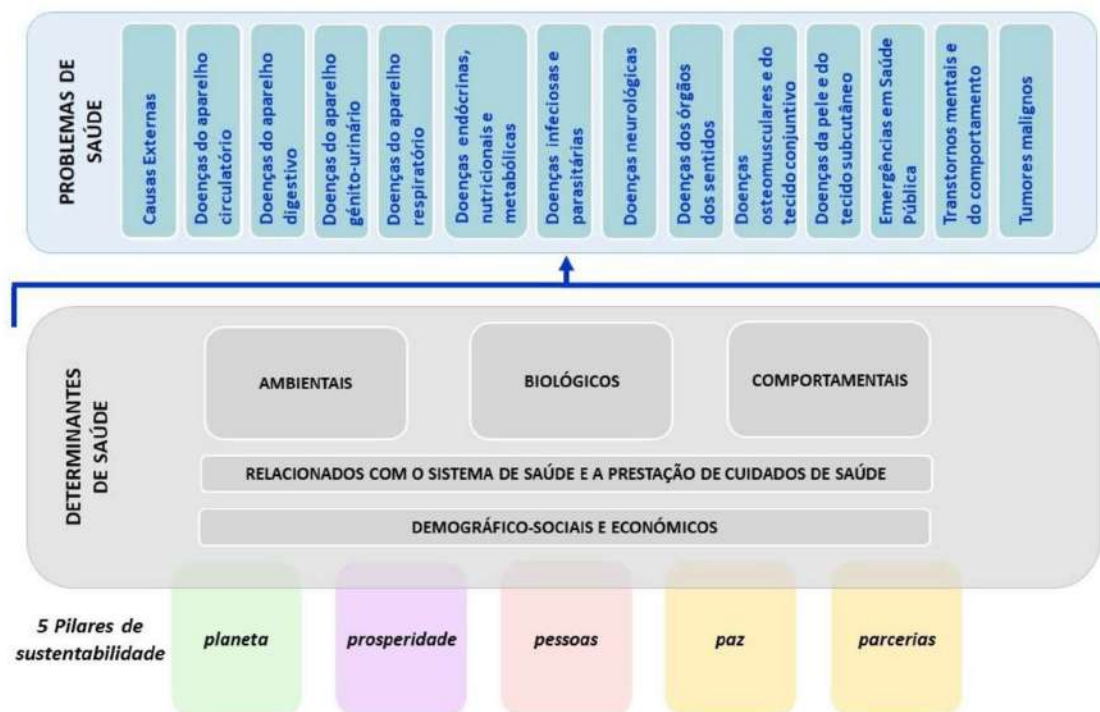


Figura 1 - Modelo conceitual da relação entre sustentabilidade, determinantes e problemas de saúde do Plano Nacional de Saúde 2030

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2030

O plano encontra-se alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas, nomeadamente com o ODS 3 — "Saúde de Qualidade", e com os ODS 1, 4, 5, 10, 11, 12 e 17, relativos à erradicação da pobreza, educação de qualidade, igualdade de género, redução das desigualdades, cidades sustentáveis, ação climática e parcerias, respetivamente. A integração destes objetivos traduz-se na promoção de ambientes saudáveis, no reforço dos cuidados primários, na valorização dos determinantes sociais e ambientais da saúde, e no combate às desigualdades estruturais que condicionam o acesso à saúde.

A abordagem *One Health*, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, está igualmente incorporada no PLSAR, ao assumir a interdependência entre saúde humana, animal e ambiental. O território do Arco Ribeirinho enfrenta desafios concretos relacionados com a qualidade do ar,

a pressão urbanística, a exposição a riscos naturais e a necessidade de adaptação às alterações climáticas.

A elaboração do PLSAR responde à necessidade de dispor de um instrumento de planeamento que traduza, a nível local, os grandes desafios e orientações estratégicas nacionais e internacionais, de forma adaptada à realidade concreta da região. Neste sentido, o plano visa integrar os contributos dos determinantes socioeconómicos, culturais e ambientais da saúde, considerando a sua influência cumulativa e estrutural na saúde das pessoas e comunidades. A necessidade de atuar sobre os fatores protetores da saúde e sobre os fatores de risco para a doença, justifica a conceção de um plano que ultrapasse o setor da saúde, envolvendo todos os setores da sociedade.

A justificação para a elaboração do plano resulta da constatação de desafios persistentes e complexos no território abrangido. O Perfil de Saúde do Arco Ribeirinho 2024 (documento anexo 1) destaca um conjunto de fragilidades estruturais e emergentes: envelhecimento demográfico nos concelhos do Barreiro e da Moita; aumento da população imigrante em Alcochete e no Montijo, com necessidades próprias de integração; elevada carga de doenças crónicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*; problemas emergentes em saúde mental e isolamento social; desigualdades no acesso aos cuidados de saúde; e baixa literacia em saúde.

Estas realidades impõem a definição de estratégias locais bem fundamentadas, com capacidade de mobilizar os recursos disponíveis e de promover respostas intersectoriais e sustentáveis. A Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho (ULSAR), através da sua Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (USPAS), assume a liderança técnica do processo, assegurando a coerência metodológica, a articulação entre entidades e o alinhamento das propostas com os dados disponíveis.

O PLSAR tem como finalidade melhorar o estado de saúde da população ao longo do ciclo de vida, promovendo a equidade no acesso e reduzindo desigualdades, através da prevenção primária, da capacitação comunitária, da literacia em saúde e de modelos de governação colaborativa em saúde.

A metodologia adotada na elaboração do plano segue os princípios definidos pelo *Guia de Apoio ao Planeamento Subnacional em Saúde Sustentável*, da Direção-Geral da Saúde, e assenta num modelo de planeamento estratégico de base populacional, que se estrutura em torno das seguintes etapas: diagnóstico de situação; identificação e priorização de problemas; definição de objetivos; seleção de estratégias; implementação; monitorização; e avaliação de resultados. Este ciclo permite assegurar a coerência interna do plano e a sua flexibilidade para se adaptar às mudanças.

O processo de planeamento foi conduzido de forma participativa, incluindo diferentes níveis de representação: técnica, institucional e comunitária. Foram envolvidos os parceiros locais, internos e externos, incluindo autarquias, escolas e agrupamentos escolares, instituições particulares de solidariedade social (IPSS), segurança social, forças de segurança, associações locais, comissões de utentes e serviços de saúde, com o objetivo de construir uma visão partilhada, identificar prioridades sentidas e validar propostas de ação. Esta abordagem reflete os princípios da saúde em todas as políticas e da participação comunitária, segundo o qual os cidadãos devem participar ativamente na definição das políticas que afetam a sua saúde e bem-estar.

O PLSAR está, assim, estruturado para se afirmar como um instrumento dinâmico e orientado para resultados, que não se esgota na produção de um documento técnico, mas se assume como um processo contínuo de concertação, aprendizagem e inovação. O seu sucesso dependerá da capacidade de manter um compromisso ativo entre todos os parceiros envolvidos, garantir os recursos necessários, fomentar uma cultura de avaliação e partilhar responsabilidades num projeto comum de saúde e bem-estar para todos.

2. Caracterização do Território

A área de intervenção do PLSAR corresponde ao território da ULSAR, abrangendo os concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo. Esta região, situada na margem sul do Estuário do Tejo, pertence ao distrito de Setúbal e integra-se na Área Metropolitana de Lisboa. Apresenta uma elevada densidade populacional, com diversidade socioeconómica e cultural, e enfrenta desafios estruturais e emergentes em matéria de saúde e bem-estar.

Em 2021, de acordo com os dados dos Censos, a população residente total na área da ULSAR era de 219.455 pessoas, distribuída da seguinte forma:

- Barreiro: 78.833 habitantes;
- Montijo: 55.732 habitantes;
- Moita: 64.338 habitantes;
- Alcochete: 20.552 habitantes.

O concelho de Alcochete caracteriza-se por uma densidade populacional inferior aos restantes concelhos da região. Tem registado um crescimento demográfico, motivado pela atratividade habitacional junto de famílias jovens, com destaque para a proximidade à ponte Vasco da Gama e à capital. Este crescimento tem sido acompanhado por uma melhoria dos indicadores de escolaridade e rendimento. Contudo, o índice de envelhecimento tem aumentado, o que reforça a necessidade de planear respostas adequadas à população sénior, sobretudo em termos de cuidados continuados e envelhecimento ativo.

O Barreiro é o concelho com o maior número de habitantes e com a maior densidade populacional do Arco Ribeirinho. Enfrenta desafios ao nível social e da saúde, com destaque para a taxa de desemprego acima da média nacional, a precariedade habitacional em algumas zonas urbanas e a prevalência elevada de doenças crónicas não transmissíveis, como a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial, e a doença respiratória crónica. Apresenta o índice de envelhecimento mais elevado do Arco Ribeirinho. O concelho conta com zonas socialmente vulneráveis, onde coexistem baixos níveis de escolaridade e rendimentos médios reduzidos. A elevada procura de

cuidados de saúde e os problemas relacionados com o acesso e continuidade dos mesmos constituem áreas prioritárias de intervenção.

O concelho da Moita apresenta uma distribuição heterogénea da sua população entre áreas urbanas e semiurbanas. Algumas freguesias, como a União das Freguesias da Baixa da Banheira e Vale da Amoreira, revelam fragilidades sociais, traduzidas em baixa escolaridade, desemprego estrutural e níveis elevados de dependência económica. Esta realidade tem implicações diretas nos determinantes sociais da saúde, como o acesso a alimentação equilibrada, habitação condigna e mobilidade. Embora algumas zonas do concelho possuam uma estrutura demográfica mais jovem, coexistem áreas marcadas por envelhecimento e isolamento social. O atual acesso aos cuidados de saúde em certas freguesias motiva a necessidade de reforçar os recursos humanos e técnicos nas unidades funcionais existentes. O envolvimento das estruturas locais é determinante para combater a exclusão social e promover redes de apoio comunitário eficazes.

O concelho do Montijo destaca-se pelo seu crescimento demográfico sustentado ao longo da última década. Este aumento deve-se em parte à imigração, o que imprime ao território um carácter multicultural e desafia a capacidade de resposta dos serviços públicos. As necessidades linguísticas, culturais e sociais da população migrante implicam a adaptação das estratégias de promoção da saúde, prevenção da doença e acesso a cuidados de saúde. O crescimento urbano e a expansão das zonas residenciais exigem planeamento de infraestruturas e recursos em saúde. Ao mesmo tempo, surgem oportunidades para a requalificação de espaços verdes, para o incentivo à mobilidade ativa e para a redução da exposição a fatores de risco ambientais.

A análise conjunta dos quatro concelhos revela uma região heterogénea, com assimetrias entre áreas mais desenvolvidas e zonas com múltiplas vulnerabilidades. O envelhecimento da população é um traço comum, embora mais acentuado no Barreiro e na Moita. Para os concelhos de Alcochete e do Montijo afiguram-se novos desafios e oportunidades no campo da integração e da multiculturalidade. Os indicadores sociais e económicos, nomeadamente o índice de privação, o número de beneficiários do Rendimento Social de Inserção e a taxa de desemprego, variam entre concelhos, sendo globalmente superiores à média nacional.

3. Diagnóstico de Situação de Saúde

O diagnóstico de situação de saúde constitui um pilar fundamental no planeamento em saúde, permitindo identificar os principais desafios, vulnerabilidades e oportunidades do território. Para o PLSAR foram integrados dados quantitativos e dados qualitativos, permitindo uma leitura abrangente e multidimensional.

Estado de Saúde da População

Os dados epidemiológicos disponíveis evidenciam uma carga relevante de doenças crónicas não transmissíveis, com especial destaque para as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* e as doenças respiratórias crónicas. Estas patologias representam as principais causas de morbilidade e mortalidade na região, refletindo o impacto cumulativo dos estilos de vida, dos determinantes sociais e do envelhecimento da população.

A saúde mental emerge como um dos maiores desafios, com um número crescente de diagnósticos relacionados com ansiedade, depressão e *stress* crónico. A escassez de respostas especializadas na área da saúde mental e o estigma do sofrimento psíquico contribuem para o subdiagnóstico e para a demora no acesso ao tratamento.

Em termos de morbilidade evitável, regista-se um número elevado de episódios relacionados com doenças que poderiam ser prevenidas, diagnosticadas e tratadas precocemente, como as infeções respiratórias, as infeções sexualmente transmissíveis, o agravamento de doenças crónicas, incluindo as complicações metabólicas. Estes dados reforçam a importância de investir na prevenção nos seus diversos níveis e na gestão integrada da doença.

As principais causas de morte na região incluem as doenças cardiovasculares, os tumores malignos, a diabetes *mellitus* e as doenças respiratórias. A mortalidade prematura e os anos potenciais de vida perdidos apresentam valores superiores aos valores médios nacionais, evidenciando ainda desigualdades territoriais e apontando para a necessidade de estratégias dirigidas aos determinantes de saúde.

Os fatores comportamentais modificáveis como o tabagismo, a alimentação desequilibrada, o sedentarismo, o consumo de álcool e a exposição ambiental a poluentes, contribuem para a carga de doença e de mortalidade.

Saúde Infantil e Materna

A saúde infantil apresenta indicadores positivos, com baixas taxas de mortalidade infantil e com elevada cobertura vacinal. Ao nível da saúde materna, verifica-se uma heterogeneidade na vigilância da gravidez. Constata-se uma tendência decrescente do número de nados-vivos em mães com idade superior a 35 anos, ainda que representem uma elevada proporção do total de nados-vivos na área geográfica (28,1%). Persistem desafios em contextos específicos, nomeadamente entre a população migrante e nos grupos com baixos níveis de literacia em saúde. A promoção do aleitamento materno, da parentalidade positiva e da educação sexual e reprodutiva continuam a ser áreas a consolidar.

Saúde Sénior

A população com idade superior a 65 anos, em crescimento em todos os concelhos, enfrenta riscos acrescidos de isolamento, multimorbilidade e dependência. A resposta a estas necessidades requer programas de envelhecimento ativo, cuidados continuados integrados, redes de apoio informal e articulação entre saúde e ação social. A escassez de respostas formais e o desgaste dos cuidadores informais agravam a vulnerabilidade desta população.

Grupos Vulneráveis

Na área geográfica do Arco Ribeirinho verificam-se vulnerabilidades sociais que influenciam negativamente a saúde da população, nomeadamente um elevado número de beneficiários do Rendimento Social de Inserção, desempregados e de imigrantes em processo de regularização. Constatam-se ainda condições de habitação precária e fenómenos de exclusão social em zonas urbanas mais antigas e bairros sociais. Estes grupos enfrentam múltiplas barreiras no acesso a cuidados de saúde e na integração social.

Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde

A área geográfica do Arco Ribeirinho revela desigualdades socioeconómicas entre freguesias e concelhos. Os determinantes onde se verificam as maiores desigualdades são a escolaridade, o emprego, a habitação, a mobilidade e o acesso a equipamentos culturais, desportivos e de saúde. O índice de privação material e social apresenta valores elevados em algumas zonas da Moita e do Barreiro, refletindo a presença de contextos sociais vulneráveis e cumulativamente desfavorecidos.

O ambiente urbano e natural da região também condiciona a saúde. A poluição atmosférica, a pressão urbanística, a escassez de espaços verdes e a exposição a riscos naturais (inundações, sismos, temperaturas extremas) são fatores que afetam o bem-estar físico e mental da população. O acesso limitado a espaços seguros para a prática de atividade física, o ruído urbano e os constrangimentos nos transportes públicos reforçam o impacto dos determinantes ambientais negativos.

Acesso aos Cuidados de Saúde

A cobertura dos cuidados de saúde primários ainda revela assimetrias. Algumas unidades registam listas de utentes sem médico de família atribuído, tempos de espera prolongados e dificuldades no acesso, particularmente nos cuidados de saúde oral e de saúde mental. A falta de proximidade dos serviços em certas freguesias, aliada a limitações na mobilidade da população, compromete a equidade no acesso.

Apesar da elevada cobertura vacinal e da qualidade técnica das unidades existentes, verifica-se necessidade de reforçar o número de profissionais, melhorar a articulação com os cuidados hospitalares e integrar respostas comunitárias, especialmente para populações em risco social, pessoas idosas isoladas e migrantes.

Atualmente, na ULSAR, verifica-se que algumas valências hospitalares não existem e que algumas não asseguram de forma continuada o seu funcionamento. Verifica-se também que, de acordo com os últimos dados disponíveis referentes a março de 2025, 60,4% das primeiras consultas a nível hospitalar se realizaram em tempo adequado e que 68,3% dos utentes inscritos

na lista de inscritos para cirurgia apresentava um tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantida.

Os dados relativos à estratificação pelo risco da população inscrita na ULSAR podem ser consultados no anexo 2.

Perceção da Saúde pela População

Embora os dados qualitativos recolhidos na região ainda sejam limitados, estes apontam para uma perceção generalizada de insuficiência na proximidade e rapidez dos cuidados, bem como uma preocupação crescente com a saúde mental, solidão e falta de atividade física. A valorização da promoção da saúde nas escolas, o envolvimento das autarquias e a necessidade de mais informação acessível em saúde são também identificados como prioridades.

4. Priorização dos Problemas e Determinantes de Saúde

A priorização de problemas de saúde constitui uma etapa essencial no ciclo de planeamento, permitindo selecionar, de forma fundamentada, os temas que requerem intervenção prioritária e estruturada. Este processo teve por base o diagnóstico epidemiológico e social, o PNS 2030 e os contributos recolhidos ao longo do processo de elaboração do PLSAR.

A metodologia de priorização adotada seguiu os critérios recomendados no PNS 2030, nomeadamente:

- Magnitude – Número de pessoas afetadas pelo problema;
- Gravidade – Impacto do problema na qualidade de vida, morbilidade, mortalidade e anos de vida perdidos;
- Vulnerabilidade – Probabilidade de agravamento do problema na ausência de intervenção;
- Potencial de Mudança – Viabilidade de modificar a situação através de políticas, programas e ações locais.

Com base na análise integrada destes critérios e na leitura contextual do território, foram identificados os seguintes problemas e determinantes de saúde como prioritários para a região do Arco Ribeirinho:

1. Elevada Carga de Doenças Crónicas Não Transmissíveis e de Doenças Transmissíveis

A elevada prevalência de **doença cardiovascular**, como a hipertensão arterial, **diabetes mellitus**, **doença pulmonar obstrutiva crónica** e **tumores malignos** contribui para as principais causas de mortalidade e incapacidade na região, com necessidade de respostas diferenciadas e continuadas dos serviços de saúde. Estas patologias apresentam fatores de risco comuns, nomeadamente os relacionados com o estilo de vida, a baixa literacia em saúde e fatores socioeconómicos.

As **doenças reemergentes**, como a tuberculose, continuam a constituir um problema de saúde pública. O dengue e a malária, à semelhança de outras **doenças transmitidas por vetores**,

apresentam-se como um desafio associado às alterações climáticas e à introdução de espécies de vetores no território do Arco Ribeirinho. Paralelamente, tem-se constatado o aumento da incidência de **infecções sexualmente transmissíveis** na população adulta jovem, traduzindo comportamentos de risco neste grupo etário.

2. Problemas de Saúde Mental

Os **problemas de saúde mental** emergiram como problema transversal e crescente, afetando crianças, jovens, adultos e idosos. O aumento dos casos de ansiedade, depressão, *stress* ocupacional e sofrimento psicológico exige respostas mais próximas, integradas e adaptadas à realidade local. A escassez de respostas especializadas e o estigma constituem importantes obstáculos a um diagnóstico precoce e acompanhamento adequado.

3. Iniquidades e Exclusão Social

A presença de **zonas de forte privação social**, o **desemprego**, a **habitação precária** e a **baixa escolaridade** são fatores que contribuem para o ciclo de doença e desigualdade. Estes contextos condicionam não só a participação nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, bem como o acesso aos serviços de saúde.

4. Iniquidade no Acesso a Cuidados de Saúde

Embora a maioria da população esteja coberta por unidades de cuidados de saúde primários, persistem **zonas sem médico de família**, **esperas prolongadas** e **limitações no acesso à saúde oral, mental e cuidados preventivos**. A escassez de profissionais e a fragmentação entre níveis de cuidados afetam a equidade e a continuidade dos cuidados.

O envelhecimento da população requer o acesso a respostas em saúde diferenciadas e ajustadas às necessidades dos idosos (polimedicação, doenças crónicas, cuidados domiciliários).

Ressalva-se a necessidade de melhoria no acesso aos cuidados de saúde também para a população migrante, que exige uma abordagem que responda à **interculturalidade**, que garanta **acesso equitativo** e **comunicação eficaz**. A ausência de mediadores culturais, a insegurança documental e o desconhecimento do sistema de saúde afetam a utilização adequada dos serviços. A inclusão deste grupo como prioridade permitirá desenvolver ações orientadas para a **integração e a equidade**.

5. Baixa Literacia em Saúde

A **baixa literacia em saúde**, associada a baixos níveis de escolaridade e competências digitais, limita a capacidade da população para aceder, compreender e aplicar informação em saúde. Esta limitação condiciona a adesão a programas de promoção e proteção da saúde, o uso adequado dos serviços e a gestão das doenças crónicas.

5. Prognóstico de Saúde

O prognóstico de saúde representa uma projeção dos cenários possíveis de evolução do estado de saúde da população, tendo por base a situação atual, as tendências demográficas, os dados epidemiológicos e o impacto previsto das intervenções. Esta análise permite estimar os ganhos potenciais em saúde, bem como a evolução dos problemas em caso de inação, fornecendo uma base racional para a definição das metas e das prioridades estratégicas.

Cenários de Evolução Sem Intervenção

Caso não sejam implementadas intervenções coordenadas e eficazes, os dados sugerem a manutenção ou agravamento de vários problemas de saúde na região do Arco Ribeirinho:

- A **prevalência de doenças crónicas** continuará a aumentar, especialmente entre a população idosa e em grupos com baixo rendimento e literacia em saúde. A hipertensão, diabetes e doenças respiratórias tenderão a agravar-se, levando ao aumento das hospitalizações evitáveis e da mortalidade prematura.
- A **saúde mental** continuará a deteriorar-se, com maior incidência de quadros ansiosos e depressivos entre jovens, adultos em idade ativa e cuidadores informais. A ausência de uma resposta de proximidade poderá conduzir ao aumento das situações de sofrimento psicológico não identificado e ao uso inadequado dos serviços de urgência.
- A **exclusão social** poderá acentuar-se, sobretudo em contextos marcados por desemprego de longa duração, habitação precária e degradação urbana. O risco de isolamento, nomeadamente entre idosos, migrantes e pessoas com deficiência, aumentará.
- A **pressão sobre os serviços de saúde** tenderá a intensificar-se, com impacto negativo na qualidade do atendimento, tempos de espera e capacidade de resposta aos casos complexos. Sem reforço de recursos humanos e reorganização de serviços, o sistema local poderá tornar-se mais reativo e menos eficiente.

- A **literacia em saúde** permanecerá baixa em zonas de maior vulnerabilidade social, perpetuando dificuldades no uso adequado da informação e dos serviços de saúde, na adesão a programas de prevenção e na gestão da doença crónica.

Tendências Demográficas e de Saúde

As projeções demográficas apontam para um envelhecimento da população, particularmente nos concelhos do Barreiro e da Moita, com aumento da proporção de pessoas com mais de 65 anos e de situações de dependência funcional. Esta evolução exige reforço dos serviços de apoio domiciliário, cuidados continuados e estratégias de envelhecimento ativo.

Nos concelhos de Alcochete e do Montijo, prevê-se um crescimento populacional, com famílias jovens e migrantes, o que trará novas exigências aos serviços de saúde, nomeadamente no acompanhamento materno-infantil, vacinação, saúde escolar e cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

A tendência de aumento da prevalência de doenças crónicas deverá manter-se, exigindo maior investimento nos rastreios de base populacional, no diagnóstico precoce e na gestão de doenças em ambulatório, com reforço da proximidade dos cuidados. A existência de fatores de risco, como sedentarismo, alimentação inadequada, consumo de tabaco e álcool, poderá reforçar esta tendência.

O aumento da complexidade dos casos sociais é igualmente expectável, exigindo intervenções integradas, articulando saúde, autarquia, ação social, habitação e educação.

Impacto Previsto das Intervenções

A implementação das intervenções no PLSAR deverá permitir reverter algumas tendências e gerar ganhos em saúde e qualidade de vida, nomeadamente:

- **Redução da incidência e complicações das doenças crónicas**, através da melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários, do reforço da literacia em saúde e da promoção de estilos de vida saudáveis;
- **Melhoria do bem-estar psicológico**, com a criação de respostas comunitárias de saúde mental, continuidade e apoio aos projetos/programas de desenvolvimento de competências socio-emocionais, formação contínua dos profissionais e apoio a grupos vulneráveis;
- **Reforço da equidade no acesso aos cuidados**, através da maior proximidade dos serviços, integração de respostas sociais e adaptação dos serviços à diversidade cultural;
- **Aumento da participação do cidadão e da corresponsabilização**, através do envolvimento ativo da comunidade, das escolas, das autarquias e das organizações da sociedade civil;
- **Fortalecimento da governação local em saúde**, com modelos colaborativos e partilha de responsabilidades entre instituições, potenciando sinergias e a utilização dos recursos já existentes.

Espera-se ainda uma melhoria dos indicadores de saúde da região, nomeadamente a redução dos internamentos hospitalares evitáveis, da mortalidade prematura por doenças crónicas e do número de pessoas sem médico de família atribuído. Prevê-se igualmente uma valorização da promoção da saúde e da prevenção face ao modelo tradicional centrado na doença, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde.

6. Objetivos Gerais e Específicos

Este capítulo apresenta os objetivos gerais e específicos do PLSAR, definidos com base nos problemas e determinantes de saúde identificados como prioritários, nas tendências demográficas e epidemiológicas da região. Foram formulados 6 objetivos gerais:

- **Objetivo 1.** Diminuir a prevalência e complicações associadas às doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, à diabetes *mellitus*, às doenças respiratórias e oncológicas;
- **Objetivo 2.** Diminuir a incidência das doenças transmissíveis;
- **Objetivo 3.** Reforçar a prevenção, deteção precoce e resposta comunitária aos problemas de saúde mental;
- **Objetivo 4.** Reforçar a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação sobre saúde para promover e manter a saúde;
- **Objetivo 5.** Intervir sobre os fatores ambientais que condicionam a saúde;
- **Objetivo 6.** Reforçar a capacidade de resposta e a equidade territorial na prestação de cuidados de saúde.

Foram ainda formulados 26 objetivos específicos para 2030, constantes no quadro 1, respeitando os critérios SMART (específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e com horizonte temporal definido).

Quadro 1 - Objetivos gerais e específicos do PLSAR para o horizonte temporal do ano 2030

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Objetivo Geral 1 <i>Diminuir a prevalência e complicações associadas às doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, à diabetes mellitus, às doenças respiratórias e oncológicas.</i>	Objetivo Específico 1.1. Aumentar em 20,0% a proporção de utentes hipertensos com idade entre os 18 e os 65 anos, com pressão arterial < 140/90 mmHg.
	Objetivo Específico 1.2. Aumentar em 20,0% a proporção de utentes hipertensos com registo de avaliação do risco cardiovascular.
	Objetivo Específico 1.3. Aumentar em 20,0% a proporção de diabéticos com < 65 anos com HbA1c ≤ 6,5%.
	Objetivo Específico 1.4. Diminuir em 10,0% a letalidade a 30 dias por AVC isquémico.
	Objetivo Específico 1.5. Diminuir em 10,0% a letalidade a 30 dias por AVC hemorrágico.
	Objetivo Específico 1.6. Diminuir em 10,0% a letalidade em internamento por asma ou DPOC nos adultos.
	Objetivo Específico 1.7. Aumentar em 25,0% a proporção de utentes, com idade ≥ a 50 e < aos 75 anos, que realizou rastreio de cancro colorretal.

(cont...)

(...cont)

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Objetivo Geral 2. <i>Diminuir a incidência das doenças transmissíveis.</i>	Objetivo Específico 2.1. Manter uma incidência cumulativa de tuberculose respiratória em valores inferiores a 20 casos por 100.000 habitantes na área geográfica do Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 2.2. Manter ou aumentar a cobertura da vacina contra o sarampo aos 5 anos.
	Objetivo Específico 2.3. Manter ou aumentar a cobertura da vacina contra o tétano nos utentes com idade ≥ 25 anos.
	Objetivo Específico 2.4. Promover a vacinação contra a gripe sazonal e a COVID-19 nos grupos elegíveis para atingir a cobertura vacinal de 75,0%, anualmente.

(cont...)

(...cont)

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Objetivo Geral 3. <i>Reforçar a prevenção, deteção precoce e resposta comunitária aos problemas de saúde mental.</i>	Objetivo Específico 3.1. Criar ou reforçar a equipa comunitária de saúde mental, com resposta de proximidade nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 3.2. Realização de intervenções dirigidas ao desenvolvimento de competências socioemocionais em contexto escolar em pelo menos 80,0% dos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas, onde for identificada essa necessidade.
	Objetivo Específico 3.3. Identificar e divulgar as respostas integradas existentes e respetivos circuitos de prevenção, de redução de riscos e minimização de danos dirigidos aos utentes com dependências com e sem substância no Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 3.4. Desenvolver, anualmente, ações concertadas que contribuam para a prevenção e resposta adequada à violência ao longo do ciclo de vida.

(cont...)

(...cont)

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Objetivo Geral 4. <i>Reforçar a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação sobre saúde para promover e manter a saúde.</i>	Objetivo Específico 4.1. Criar ou reforçar os projetos/programas de promoção e de literacia em saúde, nomeadamente para a população sénior, para a comunidade escolar e para a população em idade ativa, nos quatro concelhos.
	Objetivo Específico 4.2. Produzir e distribuir materiais em linguagem clara e acessível, incluindo versões digitais e traduzidas, pelo menos 5 anualmente, em cada um dos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.

(cont...)

(...cont)

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Objetivo Geral 5. <i>Intervir sobre os fatores ambientais que condicionam a saúde.</i>	Objetivo Específico 5.1. Assegurar o valor mínimo de 99,0 % do indicador de água segura nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 5.2. Assegurar uma proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais superior ou igual a 98,0 % nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 5.3. Aumentar pelo menos 1 espaço verde por concelho do Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 5.4. Aumentar em 20,0% a oferta de mobilidade verde, com extensão das ciclovias e incentivo à utilização dos transportes públicos.
	Objetivo Específico 5.5. Preparar para as alterações climáticas e eventos extremos através da divulgação de informação, semestralmente.
	Objetivo Específico 5.6. Manter a vigilância de vetores e agentes patogénicos por estes transmitidos, enviando todas as amostras capturadas para o laboratório de referência.

(cont...)

(...cont)

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Objetivo Geral 6. <i>Reforçar a capacidade de resposta e a equidade territorial na prestação de cuidados de saúde.</i>	Objetivo Específico 6.1. Aumentar a proporção de utentes com médico de família atribuído para 85,0%, tendo em consideração as zonas de maior pressão assistencial com base na equidade.
	Objetivo Específico 6.2. Aumentar em 10,0% a proporção de primeiras consultas em cuidados hospitalares em tempo adequado.
	Objetivo Específico 6.3. Aumentar em 10,0% a proporção de inscritos na lista de inscritos em cirurgia com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantida.

Legenda: AVC – Acidente Vascular Cerebral; DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; HbA1c – Hemoglobina Glicada.

7. Estratégias de Intervenção

As estratégias de intervenção do PLSAR operacionalizam os objetivos definidos, articulando ações de promoção, prevenção, prestação de cuidados e intervenção sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde. Estas estratégias resultam de um processo de cocriação com os parceiros locais e procuram garantir coerência, eficácia e sustentabilidade das respostas ao longo do ciclo de vida e do território.

A implementação assenta numa lógica intersetorial e comunitária, valorizando o trabalho em rede e a corresponsabilização dos vários atores, com base numa visão integrada da saúde e bem-estar.

Considerando o PNS 2030, propõem-se quatro grandes linhas de orientação estratégica e estratégias de intervenção específicas a serem desenvolvidas pelos diferentes setores da sociedade, da saúde e externos à saúde (anexo 3).



Figura 2 - 4 Eixos Estratégicos do Plano Local de Saúde

Fonte: Imagem gerada por Inteligência Artificial

8. Plano de Comunicação

Enquadramento

O Plano de Comunicação do PLSAR assenta na transparência e no envolvimento ativo da comunidade ao longo de todo o ciclo da sua implementação. Reconhece-se a comunicação como uma ferramenta essencial para mobilizar parceiros, reforçar a literacia em saúde, gerar confiança e obter ganhos em saúde. A comunicação estratégica assegura que todos conhecem os objetivos, compreendem os benefícios e se sentem parte ativa na construção de uma comunidade mais saudável.

Objetivos de comunicação

São identificados os seguintes objetivos de comunicação para o PLSAR, em linha com o PNS 2030:

- **Informar:** divulgar a existência do PLS, os seus objetivos e impacto esperado.
- **Motivar:** motivar os diferentes intervenientes em todas as fases para a ação e co-construção.
- **Participar:** garantir que cidadãos, profissionais, *stakeholders* e parceiros locais participam ativamente.
- **Avaliar:** monitorizar o impacto das ações de comunicação e ajustar estratégias.

Públicos-alvo

Identificam-se como públicos-alvo do PLSAR:

- **Internos:** Presidente e vogais do Conselho de Administração da ULSAR; Coordenação técnica do PLSAR; Profissionais da ULSAR (SP, CSP e CSH);
- **Externos:** Decisores locais e entidades gestoras de políticas públicas; Forças de segurança pública; Forças Armadas; Comissões/conselhos locais; Organizações da sociedade civil e agentes comunitários; Comunidade educativa, incluindo alunos, docentes e pessoal não docente; População em geral residente e/ou trabalhadora no Arco Ribeirinho; Media regional e local.

Mensagens-chave

A comunicação do PLSAR assenta nas seguintes mensagens-chave, ancoradas nos objetivos comunicacionais anteriormente definidos:

- O PLSAR é um processo colaborativo em construção;
- Participar no PLSAR é poder influenciar o estado da saúde no Arco Ribeirinho nos próximos anos;
- A participação de todos é essencial para alcançar “Saúde Sustentável: de Todos para Todos.”;
- PLSAR: Conectados pelo Tejo, Unidos pela Saúde.

Meios de comunicação

- **Plataformas digitais:** dinamização do *microsite* dedicado ao PLSAR, com conteúdos interativos, atualizações periódicas, vídeos e materiais descarregáveis;
- **Redes sociais:** utilização de contas institucionais para campanhas temáticas, divulgação de eventos e interação com a comunidade;
- **Comunicação impressa:** brochuras, cartazes, folhetos em linguagem simples, disponíveis em português e outras línguas relevantes;
- **Sessões presenciais:** fóruns comunitários, reuniões com cidadãos, encontros com cuidadores, assembleias participativas;
- **Media local:** articulação com meios de comunicação regionais e locais para a divulgação de mensagens-chave.

Etapas de comunicação

A concretização do plano de comunicação do PLSAR terá quatro etapas:

- Construção, onde se inclui a criação dos elementos referentes à identidade visual do PLSAR, bem como dos materiais de divulgação do PLSAR (página web, vídeos, entre outros).
- Lançamento, através de eventos públicos de apresentação e da preparação para a ação nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.
- Implementação, por exemplo através da co-construção de materiais de comunicação adaptados às diferentes etapas do PLSAR.
- Monitorização e avaliação, recorrendo à recolha de dados quantitativos (utilização da página web, partilhas nas redes sociais, eventos ou reuniões realizadas, materiais produzidos) e qualitativos (sugestões, opiniões e comentários).

9. Plano de Implementação

A efetividade do PLSAR depende da sua implementação estruturada, faseada e participada entre os vários intervenientes. Neste capítulo apresenta-se a calendarização, entidades responsáveis, recursos necessários e parceiros institucionais e comunitários, de modo a garantir a coerência, a viabilidade e a sustentabilidade das intervenções previstas.

Calendarização

A implementação do PLSAR decorrerá entre 2026 e 2030, com uma distribuição faseada, para permitir a monitorização e os respetivos ajustes:

- **Fase 1 (2026)** – Ações-piloto, arranque de projetos estruturantes, reforço de recursos humanos e técnicos, dinamização de redes locais.
- **Fase 2 (2027–2028)** – Expansão dos projetos, consolidação de respostas, integração das boas práticas, reforço da articulação intersetorial e alargamento da cobertura territorial.
- **Fase 3 (2029–2030)** – Avaliação global e definição de eventual novo ciclo.

Responsáveis pela implementação

O PLSAR tem uma estrutura de coordenação, composta por:

- Coordenador da Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio, que coordena o PLSAR e a articulação com a Direção-Geral da Saúde;
- Elemento do Conselho de Administração da ULSAR;
- Presidentes das quatro Câmaras Municipais;
- Representante por concelho das Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- Representante por concelho dos Agrupamentos de Escolas ou Escolas não Agrupadas.

Esta composição garante que as ações se desenvolvem com representatividade territorial, conhecimento do contexto e capacidade de mobilização.

Parceiros Institucionais e Comunitários

O sucesso da implementação assenta na colaboração ativa de parceiros, entre eles:

- Câmaras Municipais de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo e respetivas Juntas de Freguesia, com papel central na logística, financiamento e articulação local;
- Unidades funcionais e serviços de saúde da ULSAR, responsáveis pela prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares;
- Unidades privadas de saúde e farmácias;
- Forças de segurança e forças armadas, com um papel crucial na promoção da segurança das comunidades, abrangendo áreas que contribuem diretamente para o bem-estar e para a saúde dos cidadãos;
- Comissões de utentes, como garante que os serviços de saúde respondam verdadeiramente às expectativas e necessidades da população;
- Instituições particulares de solidariedade social, pela sua atuação junto de grupos vulneráveis;
- Estabelecimentos de Educação e Ensino públicos e privados, com papel fundamental na educação para a saúde e envolvimento da juventude;
- Associações culturais, ambientais, desportivas e de moradores, com funções de mediação comunitária;
- Representantes da comunidade migrante, universidades/academias/*ateliers* sénior e associações, que garantem o acesso e a adaptação cultural das ações.

Estes parceiros trabalharão em núcleos de ação territorial por concelho, responsáveis pela implementação local, reporte de progresso e proposta de melhoria.

Recursos Envolvidos

A implementação exigirá a mobilização, de cada parceiro, de recursos humanos, logísticos, tecnológicos e financeiros, nomeadamente:

- Profissionais das diferentes instituições, com dedicação parcial às atividades previstas;
- Espaços físicos para oficinas, gabinetes e reuniões comunitárias, assegurados pelos diferentes parceiros (saúde, municípios, juntas de freguesia, escolas, centros culturais, associações, etc.);
- Apoio tecnológico (plataformas digitais, dispositivos móveis, materiais educativos);
- Financiamento pelo orçamento de cada instituição ou através de financiamento de projetos.

10. Monitorização e Avaliação

A monitorização e avaliação do PLSAR permitirão:

- Acompanhar a execução do plano e verificar o cumprimento dos objetivos definidos;
- Identificar constrangimentos e propor medidas de forma atempada e fundamentada;
- Avaliar os resultados e impactos das intervenções;
- Promover a participação dos parceiros e da comunidade nos processos de tomada de decisão;
- Fortalecer a governação em saúde;
- Sustentar a continuidade e replicação de boas práticas, bem como a tomada de decisões futuras.

Deste modo, a monitorização e avaliação do PLSAR terá duas componentes:

- A **quantitativa**: com recurso a indicadores de processo, que avaliam a execução das atividades previstas e o grau de cumprimento dos cronogramas, e em indicadores de resultado, que avaliam os efeitos diretos das intervenções na população-alvo e nos serviços, que se encontram apresentados no quadro 2;
- A **qualitativa**: utilizando instrumentos complementares de recolha de informação, como entrevistas semiestruturadas, grupos focais e análise documental, assegurando uma leitura contextualizada dos resultados.

Quadro 2 – Indicador, valor de referência, meta e fonte para a avaliação do PLSAR

	Indicador	Valor de Referência	Meta 2030	Fonte
OBJETIVO GERAL 1	Proporção de hipertensos entre os 18 e os 65 anos, com pressão arterial < 140/90 mmHg.	54,27% (janeiro de 2025)	65,12%	BI-CSP
	Proporção de hipertensos com registo de avaliação do risco cardiovascular (3 anos).	61,55% (janeiro de 2025)	73,86%	BI-CSP
	Proporção de diabéticos com < 65 anos com HbA1c ≤ 6,5%.	23,98% (janeiro de 2025)	28,78%	BI-CSP
	Letalidade a 30 dias por AVC isquémico.	19,22% (dezembro de 2024)	17,30%	Portal da Transparência
	Letalidade a 30 dias por AVC hemorrágico.	40,00% (dezembro de 2024)	36,00%	Portal da Transparência
	Letalidade em internamento por asma ou DPOC nos adultos.	20,00% (4º Trimestre de 2024)	18,00%	Portal da Transparência
	Proporção de utentes, com idade ≥ a 50 e < aos 75 anos, com rastreio de cancro colorretal.	49,34% (janeiro de 2025)	61,68%	BI-CSP

(cont...)

(...cont)

	Indicador	Valor de Referência	Meta 2030	Fonte
OBJETIVO GERAL 2	Incidência cumulativa a 5 anos de casos confirmados e prováveis de tuberculose respiratória na área geográfica do Arco Ribeirinho.	78,8 casos por 100.000 habitantes (2020-2024)	≤20 casos por 100.000 habitantes (2026-2030)	SINAVE
	Cobertura vacinal contra o sarampo nos utentes inscritos na ULSAR com 6 anos.	95,0% (dezembro de 2024)	≥98%	BI-VACINAS
	Cobertura vacinal contra o tétano nos utentes inscritos na ULSAR com ≥ 25 anos.	77,78% (dezembro de 2024)	≥95%	BI-CSP
	Cobertura vacinal contra a gripe sazonal nos utentes com 60 ou mais anos.	56% (época sazonal 2024/2025)	≥75%	Relatório da DGS da Campanha de Vacinação Sazonal
	Cobertura vacinal contra a COVID-19 nos utentes com 60 ou mais anos.	46% (época sazonal 2024/2025)	≥75%	Relatório da DGS da Campanha de Vacinação Sazonal

(cont...)



PLSAR

Plano Local de Saúde do
Arco Ribeirinho 2030

Conectados pelo Tejo, Unidos pela Saúde

(...cont)

	Indicador	Valor de Referência	Meta 2030	Fonte
OBJETIVO GERAL 3	Existência de equipa comunitária de saúde mental nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.	Não	Sim	Relatório de atividades do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
	Proporção de intervenções dirigidas ao desenvolvimento de competências socioemocionais realizadas em contexto escolar nos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas onde essa necessidade foi identificada.	100,0%	100,0%	Relatório de atividades do Programa de Saúde Escolar da ULSAR
	Elaboração/atualização do documento com a identificação das respostas integradas e circuitos de prevenção, de redução de riscos e minimização de danos dirigidos aos utentes com dependências com e sem substância no Arco Ribeirinho.	N/A	Sim	Relatório PLSAR
	Divulgação das respostas integradas e dos circuitos de prevenção, de redução de riscos e minimização de danos dirigidos aos utentes com dependências com e sem substância no Arco Ribeirinho.	N/A	Sim	Relatório PLSAR
	Proporção de parceiros com plano de ação dirigido à violência ao longo do ciclo de vida.	N/A	≥60%	Relatório PLSAR
	Proporção de parceiros que realizaram ações de formação relativas à violência ao longo do ciclo de vida para os profissionais.	N/A	≥60%	Relatório PLSAR
	Número de campanhas de sensibilização sobre a violência ao longo do ciclo de vida dirigidas à população.	N/A	5 (pelo menos 1 por ano)	Relatório PLSAR

(cont...)



PLSAR

Plano Local de Saúde do
Arco Ribeirinho 2030

Conectados pelo Tejo, Unidos pela Saúde

(...cont)

	Indicador	Valor de Referência	Meta 2030	Fonte
OBJETIVO GERAL 4	Número de sessões de promoção e de literacia em saúde dirigidas à população.	200 sessões/ano	≥200 sessões/ano	Relatório PLSAR
	Número de materiais informativos distribuídos e/ou divulgados, por concelho.	5/ano	≥5/ano	Relatório PLSAR

(cont...)

(...cont)

	Indicador	Valor de Referência	Meta 2030	Fonte
OBJETIVO GERAL 5	Proporção de água controlada e de boa qualidade, sendo esta o produto da proporção de cumprimento da frequência de amostragem pela proporção de cumprimento dos valores paramétricos fixados na legislação.	Alcochete 98% Barreiro 100% Moita 100% Montijo 97% (2022)	≥99% (em cada concelho)	INE
	Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais.	Alcochete 95% Barreiro 99% Moita 98% Montijo 86% (2022)	98% (em cada concelho)	INE
	Número de espaços verdes existentes nos quatro concelhos.	Alcochete 14 Barreiro 7 Moita 7 Montijo 6	Aumento de pelo menos um espaço verde em cada concelho.	Câmaras Municipais
	Número de quilómetros cicláveis nos quatro concelhos.	44,1Km	52,9 Km	Câmaras Municipais
	Número de postos de carregamento para veículos elétricos no Arco Ribeirinho.	251 (Alcochete 17; Barreiro 124; Moita 14; Montijo 96)	301	MOBI.E Mobilidade Elétrica
	Número de campanhas de sensibilização sobre a utilização de transportes públicos.	N/A	5 (1/ano)	Relatório PLSAR

(cont...)

(...cont)

	Indicador	Valor de Referência	Meta 2030	Fonte
OBJETIVO GERAL 5	Reforço dos canais de comunicação que permitam avisar as populações atempadamente relativamente às alterações climáticas e eventos extremo.	N/A	Sim	Comissões municipais de Proteção Civil Autoridade de Saúde IPMA INSA
	Número de campanhas de sensibilização direcionadas para preparação para as alterações climáticas e eventos extremos.	N/A	12 (2/ano)	Relatório PLSAR
	Proporção de capturas de ixodídeos e culicídeos realizadas face às capturas previstas na vigilância sanitária.	100%	≥95%	Relatório de atividades USPAS

(cont...)

(...cont)

	Indicador	Valor de Referência	Meta 2030	Fonte
OBJETIVO GERAL 6	Proporção de utentes com médico de família atribuído.	63% (dezembro de 2024)	85%	BI-CSP BIER
	Proporção de primeiras consultas em cuidados hospitalares em tempo adequado.	60,4 % (março de 2025)	66,4%	Portal da transparência
	Proporção de inscritos na lista de inscritos em cirurgia com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantida.	68,3 % (março de 2025)	75,1%	Portal da transparência

Legenda: AVC – Acidente Vascular Cerebral; BI - *Business Intelligence*; BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários; BIER- *Business Intelligence* para a Estratificação pelo Risco; DGS – Direção Geral da Saúde; DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; HbA1c – Hemoglobina Glicada; INE – Instituto Nacional de Estatística; INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; N/A – Não aplicável; IPMA – Instituto Português do Mar e da Atmosfera; PLSAR – Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho; SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; ULSAR – Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho; USPAS – Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio.

Recolha e Tratamento de Dados

A gestão e análise dos dados será coordenada pela USPAS, em articulação com os representantes dos parceiros.

Revisões e Atualizações do Plano

Serão realizadas revisões intercalares bienais (2027 e 2029), permitindo atualizar prioridades, metas e estratégias; integrar novas evidências e desafios emergentes; e reforçar boas práticas e melhorar as ações em curso.

Será realizada uma avaliação do PLSAR no 1º trimestre de 2031, com recurso à elaboração de um relatório, que incluirá recomendações para o próximo ciclo de planeamento.

Resultados Esperados e Ganhos Esperados em Saúde

O PLSAR visa produzir mudanças concretas e mensuráveis no estado de saúde da população e na forma como os serviços de saúde e os parceiros sociais atuam sobre os problemas e os determinantes da saúde.

O plano procura assim consolidar mudanças estruturais no território e nos serviços, nomeadamente:

- Reforço da proximidade e equidade no acesso aos cuidados, com uma distribuição territorial mais justa de recursos e serviços;
- Promoção de uma cultura de literacia em saúde, autonomia e corresponsabilização da população;
- Aumento da capacidade de resposta em saúde mental, com base na comunidade e com enfoque preventivo;
- Consolidação de redes locais de apoio a grupos vulneráveis, com articulação eficaz entre saúde, educação, ação social e cultura;

- Integração plena da abordagem *One Health*, com ações concretas sobre o ambiente urbano, mobilidade e risco ambiental;
- Reforço da participação cidadã, com envolvimento efetivo de utentes, organizações locais e decisores políticos no ciclo de planeamento;
- Melhoria da governação local em saúde, com modelos intersetoriais mais eficazes e sustentáveis.

Estes resultados traduzem-se numa transformação das relações entre o sistema de saúde e a comunidade, orientada por princípios de justiça social, inclusão, eficácia e sustentabilidade.

A execução plena do plano deverá traduzir-se em ganhos tangíveis e sustentáveis em saúde, nomeadamente:

- Aumento da esperança de vida saudável, em especial após os 65 anos;
- Redução da carga de doença evitável, com melhoria na qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas;
- Melhoria da saúde mental e emocional da população, com menos sofrimento não diagnosticado e maior acesso precoce a cuidados;
- Diminuição das desigualdades em saúde entre concelhos e entre grupos populacionais;
- Crescimento do sentimento de segurança, pertença e capacidade de ação das comunidades;
- Redução dos custos sociais e económicos associados à doença e à exclusão, com impacto positivo na sustentabilidade do sistema de saúde.

Estes ganhos não se medem apenas por números, mas também pela transformação vivida nas comunidades, pelo fortalecimento dos vínculos locais, pela criação de redes de apoio e pela construção de um território mais justo, resiliente e saudável.

O PLSAR propõe-se, assim, como um plano estratégico integrador, realista e transformador, com uma visão que reconhece a interdependência entre determinantes sociais e ambientais de saúde, condições de vida e estado de saúde da população. O PLSAR propõe uma ação unida pela Saúde, conectada pelo Tejo, com o compromisso permanente entre instituições, profissionais e cidadãos.

11. Anexos

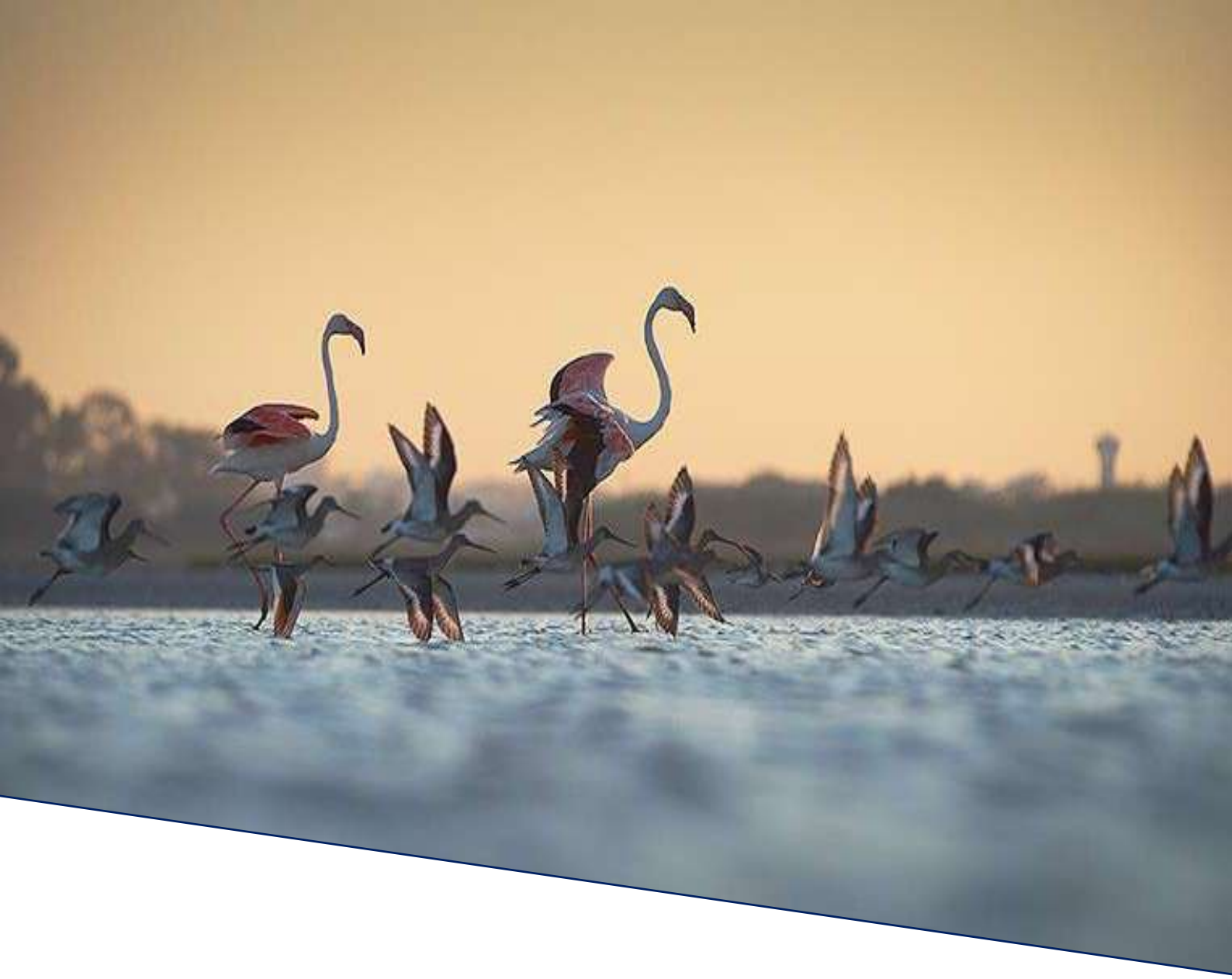


PLSAR

Plano Local de Saúde do
Arco Ribeirinho 2030

Conectados pelo Tejo, Unidos pela Saúde

Anexo 1



PERFIL DE SAÚDE

ARCO RIBEIRINHO

2024

Ficha Técnica

Título: Perfil de Saúde Arco Ribeirinho – 2024

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Presidente do Conselho de Administração: Teresa Carneiro

Unidade de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Coordenadora: Lina Guarda

Revisão e atualização

Bárbara S. Vieira e Sónia Fernandes

Autores

Ana Fialho; Anabela Conceição; Bárbara S. Vieira; Carla Nobre; Carla Giro; Cármen Venturinha; Célia Gomes; Cidália Guia; Diana Chaves; Iliete Ramos; José Teixeira; Lina Guarda; Luís Hermenegildo; Maria Esmeralda Pereira; Mauro Oliveira; Patrícia Batista; Patrícia Martins; Paulo Silva; Raquel Rodrigues dos Santos; Ricardo Pinheiro; Sónia Fernandes; Sónia Reis

Índice

Lista de Figuras	v
Lista de Quadros	vii
Lista de Siglas e Acrónimos.....	x
Introdução	1
Enquadramento Geográfico	2
Concelho de Alcochete	2
Concelho do Barreiro	3
Concelho da Moita.....	3
Concelho do Montijo	3
Situação Sociodemográfica	4
Indicadores Gerais da População	4
População Residente e Variação da População Residente	4
Densidade Populacional.....	5
Distribuição e Variação da População por Grupos Etários	7
Pirâmides Etárias	9
Índices Demográficos.....	12
População Feminina em Idade Fértil	14
Natalidade.....	15
Nados-vivos em Mães Adolescentes e em Mães com Idade Superior a 35 Anos	16
Saldo Total, Natural e Migratório	17
População Residente Estrangeira	18
Determinantes de Saúde – Socioeconómicos	20
Escolaridade.....	20
Atividade Económica e Principal Meio de Vida	21
Emprego.....	22

Reformados/Pensionistas	23
Desemprego.....	24
Rendimento Social de Inserção.....	24
Habitação.....	25
Alojamentos Familiares Não Clássicos.....	25
Pessoas em Situação de Sem-abrigo	25
Criminalidade.....	26
Cultura	26
Outros Indicadores Socioeconómicos	28
Determinantes de Saúde – Ambientais.....	29
Clima	29
Riscos Naturais.....	29
Sismos e Tsunamis	30
Cheias.....	31
Incêndios.....	31
Ciclovias	32
Espaços Verdes Públicos.....	33
Ruído.....	33
Águas Estuarinas.....	34
Abastecimento de Água para Consumo Humano	34
Águas Residuais Urbanas.....	35
Piscinas	38
Resíduos.....	38
Qualidade do Ar.....	39
Determinantes de Saúde - Comportamentais.....	41
Atividade Física	41
Alimentação.....	41

Tabaco	42
Álcool	43
Acidentes de Viação.....	45
Determinantes de Saúde – Utilização dos Serviços de Saúde.....	47
Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho	47
População Inscrita e Utilizadora da ULSAR	47
Vacinação.....	49
Farmácias.....	52
Estado de Saúde	53
Esperança de Vida.....	53
Anos Potenciais de Vida Perdidos	53
Doença Cardiovascular	54
Hipertensão Arterial	55
Diabetes.....	56
Doenças do Aparelho Respiratório.....	57
Doenças de Notificação Obrigatória.....	59
VIH/SIDA	60
Tumores Malignos	60
Mortalidade	63
Taxa de Mortalidade	63
Mortalidade Infantil.....	63
Fontes de Informação Utilizadas	65
Bibliografia.....	65

Lista de Figuras

Figura 1. Área geográfica do Arco Ribeirinho, por concelhos e freguesias	2
Figura 2. Frequência relativa da população residente na ULSAR, por concelho, no ano de 2021.....	5
Figura 3. Frequência relativa de residentes na área geográfica da ULSAR, por grupo etário, em 2021	7
Figura 4. Pirâmides etárias do Arco Ribeirinho, anos de 1991 e 2020, e pirâmides etárias da Região de Lisboa e Vale do Tejo e do Arco Ribeirinho, estimativa para o ano 2020	9
Figura 5. Pirâmide etária da população do concelho de Alcochete, em 2021	10
Figura 6. Pirâmide etária da população do concelho do Barreiro, em 2021	10
Figura 7. Pirâmide etária da população do concelho da Moita, em 2021.....	11
Figura 8. Pirâmide etária da população do concelho do Montijo, em 2021	11
Figura 9. Índice de envelhecimento por local de residência, nos anos de 2011 e 2021	12
Figura 10. Índice de dependência de jovens por local de residência, nos anos de 2011 e 2021.....	13
Figura 11. Índice de dependência de idosos por local de residência, nos anos de 2011 e 2021	13
Figura 12. Índice de dependência total por local de residência, nos anos de 2011 e 2021	14
Figura 13. Evolução da taxa bruta de natalidade (‰), de 2001 a 2023, no Continente e nos concelhos da ULSAR.....	16
Figura 14. Frequência relativa da população residente com 15 e mais anos (%) por nível de escolaridade completo mais elevado, por concelho da ULSAR, em 2021.....	20
Figura 15. Frequência relativa da população empregada por conta de outrem (%) nos concelhos da ULSAR, em 2022.....	22
Figura 16. Ganho médio mensal anual (€) por localização geográfica, nos anos de 2020, 2021 e 2022	23
Figura 17. Mapa de perigos naturais da AML, 2010	29
Figura 18. Suscetibilidade sísmica na AML	30
Figura 19. Territorialização do perigo atual de cheia e inundação na AML	31

Figura 20. Suscetibilidade atual (à esquerda) e futura (à direita) ao perigo de incêndio rural/florestal da AML	32
---	----

Lista de Quadros

Quadro 1. População residente (Censos 2011 e 2021), por concelho da ULSAR, por sexo e respetiva variação percentual	4
Quadro 2. Densidade populacional (nº de habitantes /Km ²) por local de residência, em 2011 e 2021	6
Quadro 3. População residente e variação populacional por grupos etários, entre 2011 e 2021, nos concelhos da ULSAR.....	8
Quadro 4. Mulheres em idade fértil (%) na população residente feminina, por local de residência, por ano	15
Quadro 5. Frequência absoluta e relativa de nados-vivos em mães adolescentes e em mulheres com idade superior a 35 anos, por área geográfica, no ano de 2023	17
Quadro 6. Saldo total, natural e migratório por área geográfica, 2011 e 2023	18
Quadro 7. Proporção da população residente de nacionalidade estrangeira (%) por local de residência, nos anos 2011 e 2021.....	18
Quadro 8. População residente com 15 e mais anos de idade (n.º) por local de residência e principal meio de vida, em 2021.....	21
Quadro 9. Pensionistas da Segurança Social (N.º) por local de residência e tipo de pensão, em 2019 e 2022	23
Quadro 10. Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%).....	24
Quadro 11. Beneficiários do rendimento social de inserção da Segurança Social por 1.000 habitantes em idade ativa (‰) por local de residência, entre 2018 e 2022	24
Quadro 12. Proporção da população residente em alojamentos familiares não clássicos de residência habitual (%) por local de residência, em 2021	25
Quadro 13. Pessoas em situação de sem-abrigo (nº) por local de referência, a 31 de dezembro de 2018, 2020 e 2021	25
Quadro 14. Taxa de criminalidade (‰) por localização geográfica e categoria de crime, no ano de 2023	26

Quadro 15. Despesas em artes do espetáculo em euros (€) dos municípios, por localização geográfica e domínio cultural (artes de espetáculo), em 2019 e 2022.....	27
Quadro 16. Despesas em atividades culturais e criativas dos municípios por habitante em euros (€), por localização geográfica, em 2019 e 2022	28
Quadro 17. Outros indicadores socioeconómicos, por localização geográfica.....	28
Quadro 18. Cobertura de sistemas públicos de abastecimento de água (%) por concelho da ULSAR, em 2017 e 2022.....	35
Quadro 19. Frequência relativa de alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais por concelho, em 2016 e 2022	36
Quadro 20 - Estações de tratamento de águas residuais dos concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo.....	37
Quadro 21 - Resíduos urbanos em recolha indiferenciada por concelho, por ano, em toneladas.....	39
Quadro 22. Despesa em atividades e equipamentos desportivos dos municípios por habitante em euros (€), por concelho, em 2019, 2020 e 2022.....	41
Quadro 23. Proporção da população residente com 15 e mais anos que fuma (%), por local de residência e sexo.....	43
Quadro 24. Acidentes de viação com vítimas (n.º) por Localização geográfica, tipo de acidente e tipo de via, em 2021 e 2022.....	45
Quadro 25. Utentes inscritos na ULSAR sem médico de família, por Unidade Funcional	48
Quadro 26. Total de pessoas inscritas na ULSAR vacinadas no ano de 2023, segundo o esquema de vacinação recomendado (vacinas recomendadas de acordo com a idade) previsto no PNV, nas coortes de 2011, 2016, 2017, 2021, 2022 e 2023	50
Quadro 27. Total de pessoas inscritas vacinadas no ano de 2023 com a vacina contra o tétano, nas coortes de 1957, 1977, 1997, 2017 e 2021	51
Quadro 28. Unidades privadas de saúde licenciadas, na área geográfica da ULSAR, em 2024.....	52
Quadro 29. Número de Farmácias, na área geográfica da ULSAR, em 2024	52

Quadro 30. Esperança de vida à nascença por triénios (96-98, 05-07 e 18-20) no Continente, AML e Arco Ribeirinho	53
Quadro 31. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (%), no Continente, AML e concelhos da ULSAR (2011 e 2021)	54
Quadro 32. Incidência e proporção de vários indicadores de doença cardiovascular e de risco de doença cardiovascular, em Portugal, LVT e ULSAR, em 2023	55
Quadro 33. Número de utentes hipertensos com e sem complicações na ULSAR, em 2020 e 2023	56
Quadro 34. Incidência e proporção de vários indicadores de <i>diabetes mellitus</i> (DM) em Portugal, LVT e ULSAR, em 2023	56
Quadro 35. Número de óbitos por causa de morte em Portugal, na AML e concelhos da ULSAR, em 2011 e 2021.....	57
Quadro 36. Número de utentes com diabetes insulínica, não insulínica e gestacional na ULSAR, em 2020 e 2023.....	57
Quadro 37. Número de óbitos por causa de morte em Portugal, na AML e concelhos da ULSAR, em 2011 e 2021.....	58
Quadro 38. Incidência e proporção de algumas doenças do aparelho respiratório em Portugal, LVT e ULSAR (2021).....	58
Quadro 39. Número absoluto de casos confirmados por concelho e por ano, em 2023, cuja notificação foi feita no respetivo ano civil, referente a habitantes dos concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita, Montijo.....	59
Quadro 40. Proporção de óbitos cuja causa atribuível é um tumor maligno face ao número total de óbitos registados, por ano (em percentagem, arredondado às unidades) e por concelho no território da ULSAR	61
Quadro 41. Taxa de mortalidade por tumores malignos (‰), por local de residência e por ano	62
Quadro 42. Taxa bruta de mortalidade (‰), por local de residência, por ano	63
Quadro 43. Taxa quinquenal de mortalidade infantil (‰) por local de residência	64

Lista de Siglas e Acrónimos

AML	Área Metropolitana de Lisboa
APA	Agência Portuguesa do Ambiente
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CCDR	Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DNO	Doenças de Notificação Obrigatória
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ENIPSSA	Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquérito Nacional de Saúde
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MGF/C	Mutilação Genital Feminina/Corte
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
PMAAC	Plano Municipal de Adaptação às Alterações Climáticas
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RSI	Rendimento Social de Inserção
SIARS	Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	União de Freguesias
ULSAR	Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho
USF	Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O Perfil de Saúde da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho (ULSAR) é um instrumento fundamental e estruturante para o conhecimento do estado de saúde e da qualidade de vida dos habitantes e frequentadores dos concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo.

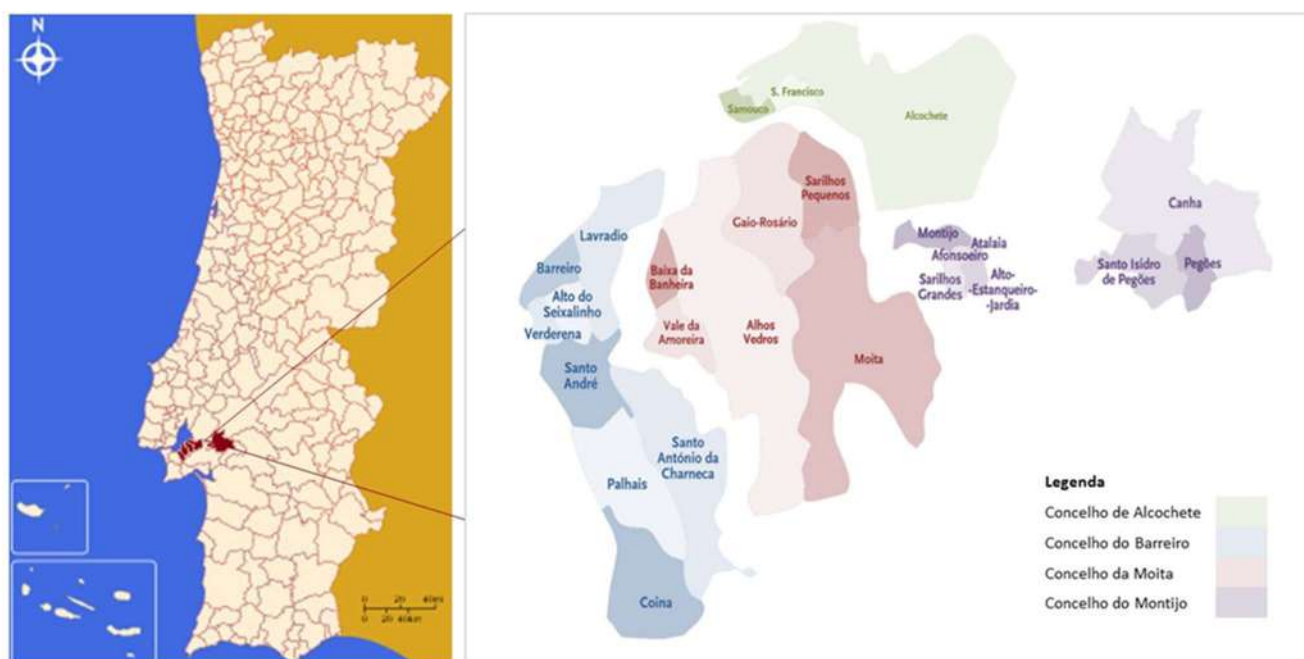
Este Perfil inclui informação pertinente para todas as pessoas que desfrutam do território, quer no âmbito da habitação, quer da utilização dos cuidados de saúde, do trabalho, do estudo, do turismo, entre outros. Destina-se a todos – população em geral, parceiros institucionais, decisores e profissionais de saúde – os que desejam obter uma visão global sobre a situação de saúde e os seus determinantes.

A finalidade da sua elaboração é a de traçar o retrato de saúde da ULSAR, que abrange toda a área geográfica dos quatro concelhos.

A caracterização que aqui se apresenta ambiciona ser dinâmica, correspondendo a um processo permanente, contínuo e em espiral; procura auxiliar o planeamento em curso, conducente à elaboração dos Planos de Ação em Saúde e dos Programas e Projetos que os compuserem; e constitui, enquanto diagnóstico de situação atualizado, a primeira etapa do processo de planeamento.

É igualmente uma ferramenta de informação e comunicação em saúde, elaborada com uma perspetiva que procura ser suficientemente alargada e aprofundada, para conter o máximo de informação relevante, não deixando de ser sucinta e clara, por forma a facilitar a sua leitura.

Estes quatro municípios localizam-se na margem esquerda (sul) do rio Tejo e fazem fronteira com o concelho do Seixal a oeste (limite traçado pelo rio Coia), a sul com os concelhos de Sesimbra, Setúbal e Palmela e a este com os distritos de Santarém e Évora (Figura 1).



Concelho de Alcochete

Possui um acesso à capital através da Ponte Vasco da Gama, além dos acessos à A33, A12 e A13.

Concelho do Barreiro

O concelho do Barreiro tem uma área de aproximadamente 36,41 Km² e é composto por quatro freguesias: Santo António da Charneca, União das Freguesias (UF) de Alto do Seixalinho, Santo André e Verderena, UF de Barreiro e Lavradio e UF de Palhais e Coina. Faz fronteira a este com os concelhos da Moita e de Palmela, a sul com os concelhos de Setúbal e de Sesimbra e a oeste com o concelho do Seixal.

Oferece acesso à capital através do Terminal Fluvial do Barreiro e da Estação de Coina (acesso ferroviário), para além dos acessos rodoviários à A2, A33 e A39.

Concelho da Moita

O concelho da Moita tem uma área de aproximadamente 55,26 Km² e é composto por quatro freguesias: Alhos Vedros, Moita, UF de Baixa da Banheira e Vale da Amoreira, UF de Gaio-Rosário e Sarilhos Pequenos. Faz fronteira a norte com o concelho do Montijo, a este e a sul com o concelho de Palmela e a oeste com o concelho do Barreiro.

Possui acesso ferroviário a Setúbal e ao Barreiro, além do acesso rodoviário à A33 e A39.

Concelho do Montijo

O Montijo tem uma área de aproximadamente 348,62 Km², distribuída numa pequena área de malha urbana, junto ao rio Tejo, e numa área, descontínua territorialmente desta, com características próximas da Lezíria. O concelho é composto por cinco freguesias: Canha, Sarilhos Grandes, UF de Atalaia e Alto do Estanqueiro-Jardia, UF de Montijo e Afonsoeiro e UF de Pegões. Faz fronteira a norte com os concelhos de Alcochete, Benavente e Coruche, a este e a sul com os concelhos de Montemor-o-Novo, Vendas Novas e Palmela e a oeste com o concelho da Moita.

O concelho oferece acesso à capital através do Terminal Fluvial do Montijo e dos acessos rodoviários à A33.

Situação Sociodemográfica

Indicadores Gerais da População

População Residente e Variação da População Residente

Os concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo têm, segundo os dados dos Censos de 2021, uma população residente de 219.455 habitantes (Quadro 1).

A proporção de habitantes residentes por concelho permite constatar que a maioria (66%) dos habitantes do Arco Ribeirinho reside nos concelhos do Barreiro (36%) e da Moita (30%). A restante população (34%) reside nos concelhos do Montijo (25%) e de Alcochete (9%) (Figura 2).

Quadro 1. População residente (Censos 2011 e 2021), por concelho da ULSAR, por sexo e respetiva variação percentual

	População Residente								
	Homens			Mulheres			Total		
	2011 (nº)	2021 (nº)	Var. (%)	2011 (nº)	2021 (nº)	Var. (%)	2011 (nº)	2021 (nº)	Var. (%)
Município									
Alcochete	8.494	9.204	+8,4%	9.075	9.941	+9,5%	17.569	19.145	+9,0%
Barreiro	37.347	36.708	-1,7%	41.417	41.651	+0,6%	78.764	78.359	-0,5%
Moita	31.708	31.353	-1,1%	34.321	34.909	+1,7%	66.029	66.262	+0,4%
Montijo	24.723	27.057	+9,4%	26.499	28.632	+8,0%	51.222	55.689	+8,7%
Total	102.272	104.322	+2,0%	111.312	115.133	+3,4%	213.584	219.455	+2,7%

Fonte: INE, 2024

Residentes por Concelho

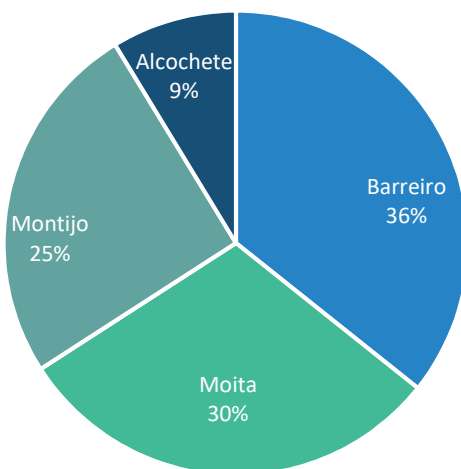


Figura 2. Frequência relativa da população residente na ULSAR, por concelho, no ano de 2021
Fonte: INE, 2024

A última década registou uma diminuição da população portuguesa. Em 2021, Portugal tinha 10.343.066 habitantes, menos 2,1% face a 2011. Apesar desta tendência ocorrer em diversos territórios do país, o mesmo não se verificou na AML onde, entre 2011 e 2021, houve um aumento de 1,7%.

Contudo, esta tendência de aumento da população não se reflete de igual forma em todos os municípios do Arco Ribeirinho, deixando antever, desde logo, a existência de diferentes realidades sociodemográficas nos concelhos. Dos quatro municípios desta área geográfica, três apresentaram variação positiva, Alcochete (+9,0%), Montijo (+8,7%) e Moita (+0,4%), e um apresentou uma variação negativa, Barreiro (-0,5%) (Quadro 1).

Densidade Populacional

Analisando a densidade populacional de cada concelho, verifica-se que o Barreiro é o que apresenta a maior densidade populacional (2.152,3 habitantes por Km²), seguindo-se os concelhos da Moita (1.199,0 habitantes por Km²), do Montijo (159,7 habitantes por Km²) e de Alcochete (149,1 habitantes por Km²), com a menor densidade populacional (Quadro 2).

Verifica-se que, ao nível da freguesia, a UF de Alto do Seixalinho, Santo André e Verderena tem a maior densidade populacional (5.751,5 habitantes por Km²) e que a freguesia de Canha é a freguesia com a menor densidade populacional (7,4 habitantes por Km²).

Quadro 2. Densidade populacional (nº de habitantes /Km²) por local de residência, em 2011 e 2021

Local de Residência	Densidade Populacional (nº/Km ²) por local de residência (2011)	Densidade Populacional (nº/Km ²) por local de residência (2021)
Concelho de Alcochete	136,9	149,1
Alcochete	102,5	110,8
Samouco	660,1	702,5
São Francisco	525,5	618,0
Concelho do Barreiro	2.159,2	2.152,3
Santo António da Charneca	1.498,8	1.505,7
União das freguesias de Alto do Seixalinho, Santo André e Verderena	5.816,9	5.751,5
União das freguesias de Barreiro e Lavradio	2.828,1	2.818,2
União das freguesias de Palhais e Coina	260,6	264,3
Concelho da Moita	1.196,6	1.199,0
Alhos Vedros	840,4	901,5
Moita	983,9	988,2
União das freguesias de Baixa da Banheira e Vale da Amoreira	4.820,3	4.686,8
União das freguesias de Gaio-Rosário e Sarilhos Pequenos	183,0	176,4
Concelho do Montijo	150,2	159,7
Canha	8,0	7,4
Sarilhos Grandes	291,0	275,5
União das freguesias de Atalaia e Alto-Estanqueiro-Jardia	372,6	394,1
União das freguesias de Montijo e Afonsoeiro	1.179,6	1.316,1
União das freguesias de Pegões	49,1	51,3

Fonte: INE, 2024

Distribuição e Variação da População por Grupos Etários

De acordo com os Censos de 2021, dos 219.455 habitantes da área geográfica da ULSAR, 26% tem uma idade compreendida entre os 0 e os 14 anos, 11% entre os 15 e os 24 anos, 52% entre os 25 e os 64 anos e 22% tem uma idade igual ou superior a 65 anos (Figura 3).

Residentes por Grupo Etário

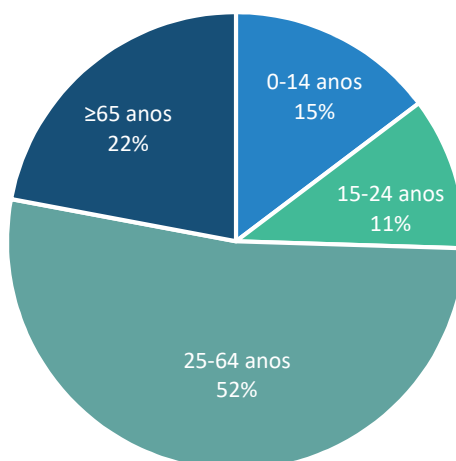


Figura 3. Frequência relativa de residentes na área geográfica da ULSAR, por grupo etário, em 2021
Fonte: INE, 2024

Em 2021, o concelho do Barreiro apresentou a maior proporção de pessoas do grupo etário de 65 e mais anos (25,56%), sendo Alcochete o concelho com a maior proporção de jovens (idade < 15 anos) (16,36%) (Quadro 3).

Na área geográfica da ULSAR, a maior variação populacional, proporcionalmente, ocorreu no grupo populacional com idade superior a 65 anos, em todos os municípios. O grupo populacional dos 0 aos 14 anos foi o que apresentou a maior variação negativa em todos os municípios da ULSAR, com exceção do concelho do Montijo onde se verificou uma variação positiva (Quadro 3).

Quadro 3. População residente e variação populacional por grupos etários, entre 2011 e 2021, nos concelhos da ULSAR

	2011				2021				Variação (%)			
Âmbito geográfico/ Grupo Etário	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos
ULSAR	33.608	21.573	119.004	39.399	32.280	23.663	115.112	48.400	-0,04	+0,09	-0,03	+0,19
Alcochete	3.332	1.736	9.963	2.538	3.132	2.272	10.330	3.411	-6,00	+30,88	+3,68	+34,40
Barreiro	11.221	7.420	43.112	17.011	10.325	8.238	39.769	20.027	-7,99	+11,02	-7,75	+17,73
Moita	10.549	7.424	36.775	11.281	9.808	7.379	34.558	14.517	-7,02	-0,61	-6,03	+28,69
Montijo	8.506	4.993	29.154	8.569	9.015	5.774	30.455	10.445	+5,98	+15,64	+4,46	+21,89

Fonte: INE, 2024

Pirâmides Etárias

A pirâmide etária do Arco Ribeirinho, entre 1991 e 2020, sofreu um alargamento do topo, como resultado do alargamento nas faixas etárias acima dos 40-44 anos (Figura 4).

Comparando as pirâmides etárias do Arco Ribeirinho e da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), do ano de 2020, verifica-se que apresentam uma estrutura semelhante, embora a do Arco Ribeirinho apresente um topo mais estreito e um maior alargamento nas faixas etárias dos 40-44 e 45-49 anos.

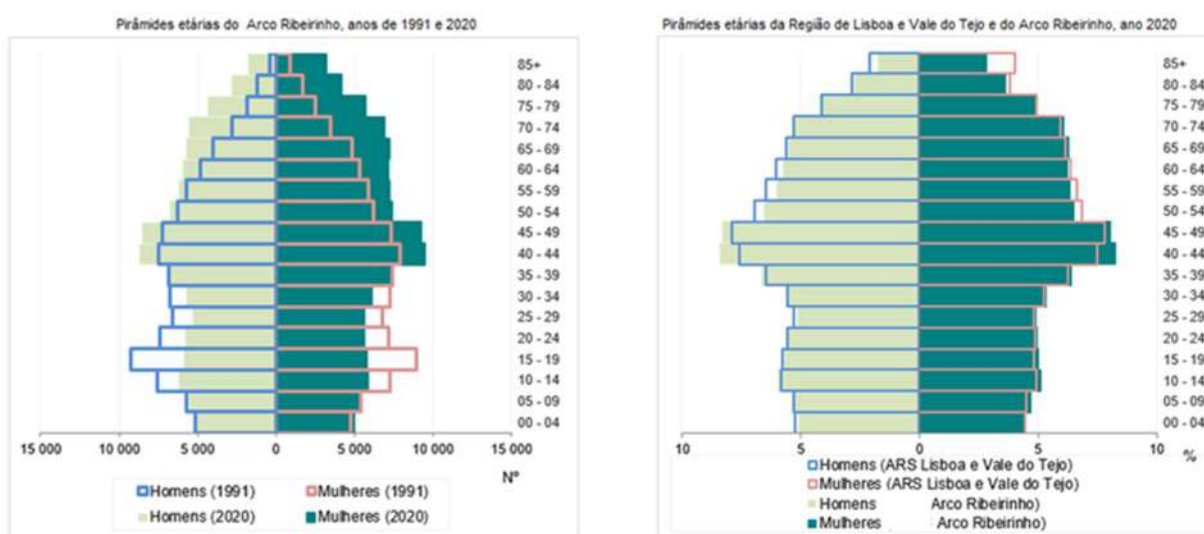


Figura 4. Pirâmides etárias do Arco Ribeirinho, anos de 1991 e 2020, e pirâmides etárias da Região de Lisboa e Vale do Tejo e do Arco Ribeirinho, estimativa para o ano 2020
Fonte: Adaptado de Observatórios Regionais de Saúde

Nas Figuras 5 a 8 são apresentadas as pirâmides etárias dos concelhos que integram a ULSAR. Todas as pirâmides têm uma base estreita e o máximo de largura nos 40-49 anos. Os concelhos de Alcochete, Moita e Montijo apresentam uma reentrância nos 20-25 anos, já o concelho do Barreiro tem o topo mais alargado, traduzindo uma população mais envelhecida.

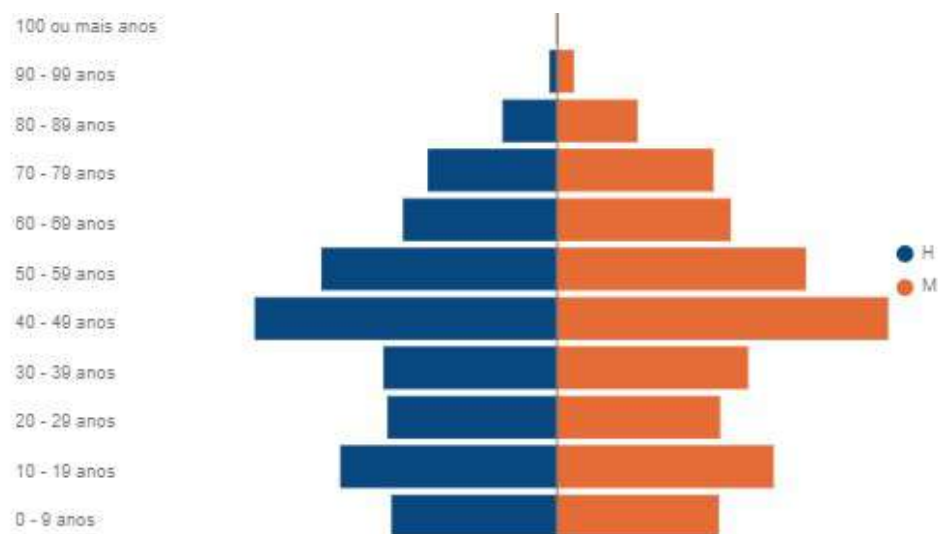


Figura 5. Pirâmide etária da população do concelho de Alcochete, em 2021
Fonte: INE, 2024

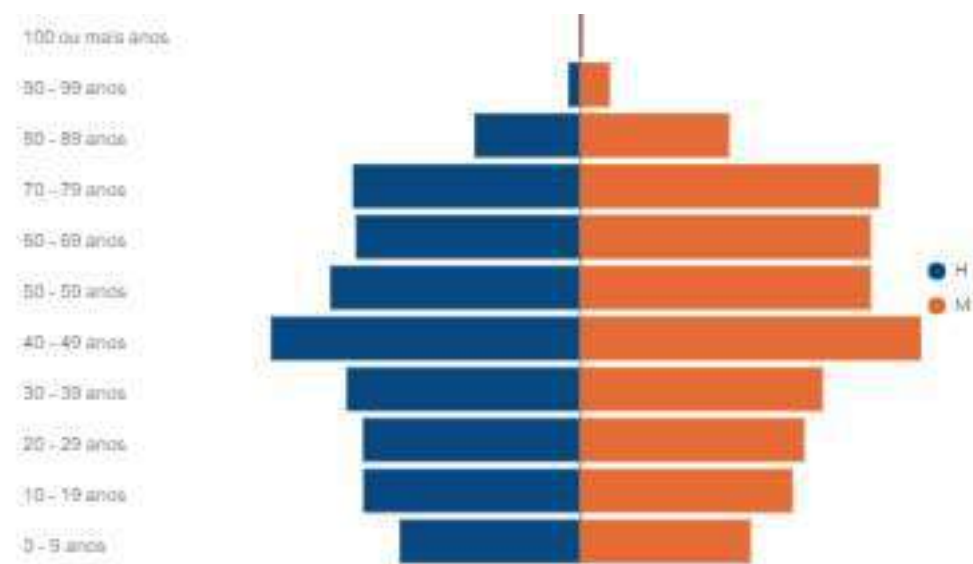


Figura 6. Pirâmide etária da população do concelho do Barreiro, em 2021
Fonte: INE, 2024

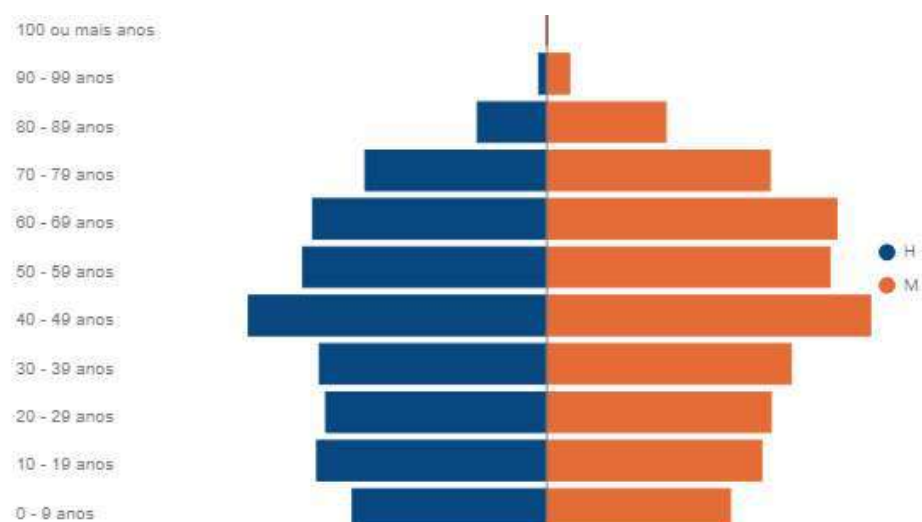


Figura 7. Pirâmide etária da população do concelho da Moita, em 2021
Fonte: INE, 2024

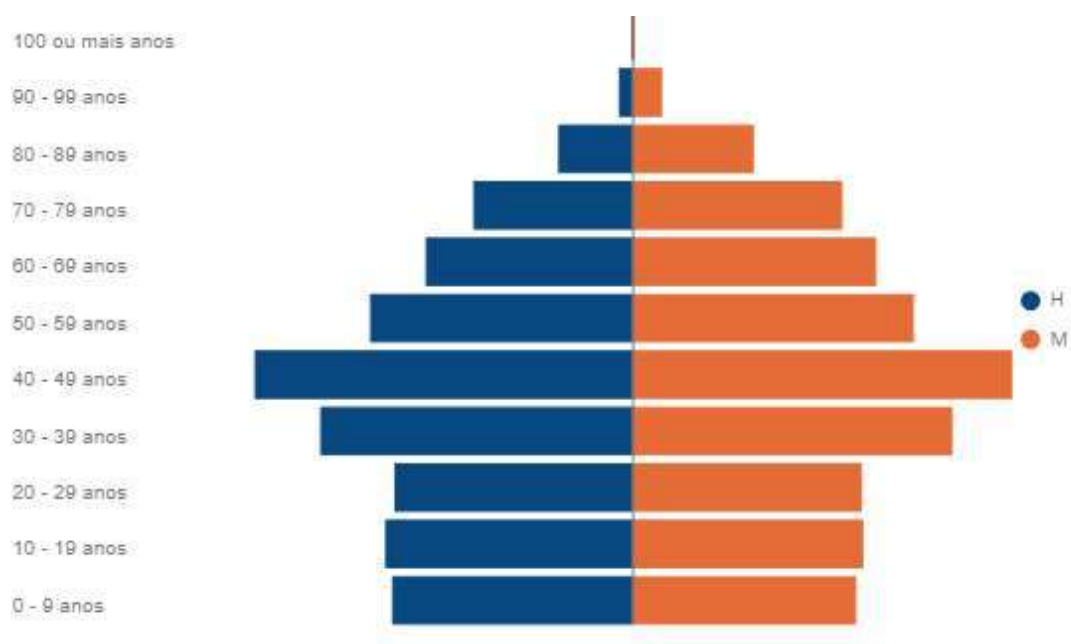


Figura 8. Pirâmide etária da população do concelho do Montijo, em 2021
Fonte: INE

Índices Demográficos

O índice de envelhecimento¹ da população da ULSAR tem apresentado uma tendência crescente, acompanhando a tendência crescente deste índice, na AML e no país, verificada desde 2011 (Figura 9).

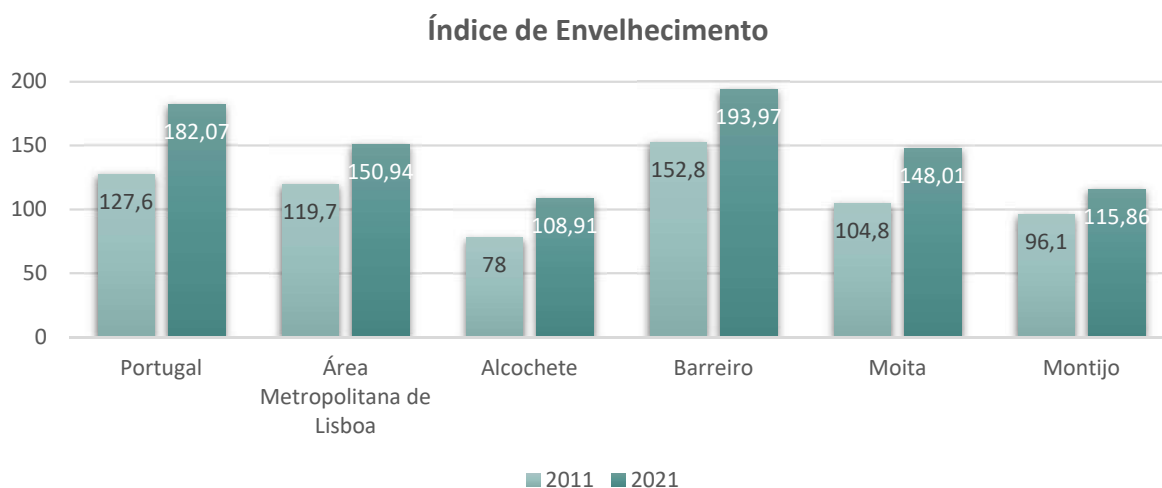


Figura 9. Índice de envelhecimento por local de residência, nos anos de 2011 e 2021
Fonte: INE, 2024

O índice de dependência de jovens² na área de influência da ULSAR, em cada um dos seus concelhos, diminuiu entre 2011 e 2021. Verifica-se que os concelhos com maior índice de dependência de jovens são o Montijo, com 24,88, e Alcochete, com 24,85 (Figura 10).

¹ Índice de envelhecimento – Relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos.

² Índice de dependência de jovens – Relação entre a população jovem e a população em idade ativa, definida como o quociente entre o número de pessoas com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos.

Índice de Dependência de Jovens

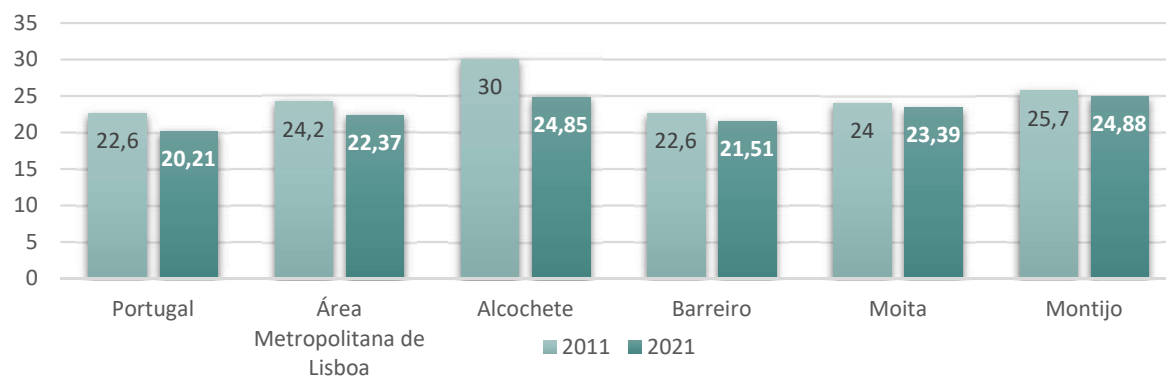


Figura 10. Índice de dependência de jovens por local de residência, nos anos de 2011 e 2021
Fonte: INE, 2024

O índice de dependência de idosos³ aumentou em todos os concelhos da ULSAR entre 2011 e 2021. O maior aumento foi verificado no Barreiro (de 34,5 em 2011 para 41,72 em 2021), cujo valor é superior ao verificado a nível nacional (36,79 em 2021). O menor aumento verificou-se no concelho de Alcochete, de 23,4, em 2011, para 27,07, em 2021 (Figura 11).

Índice de Dependência de Idosos

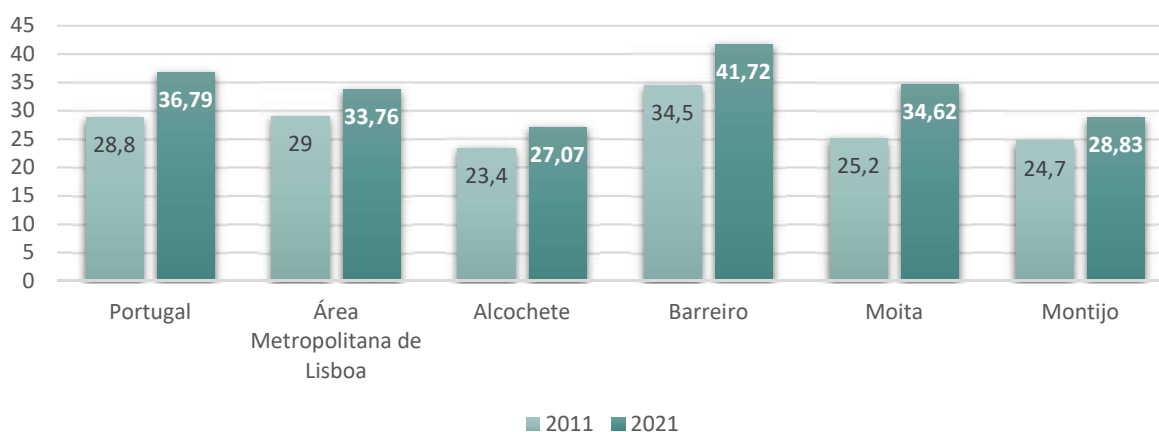


Figura 11. Índice de dependência de idosos por local de residência, nos anos de 2011 e 2021
Fonte: INE, 2024

³ Índice de dependência de idosos - Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos.

O índice de dependência total⁴ teve um aumento em 2021, comparativamente ao ano de 2011, em todos os concelhos da ULSAR, com exceção de Alcochete que verificou uma diminuição de 53,3, em 2011, para 51,92, em 2021. Salienta-se o maior índice de dependência total no concelho do Barreiro, com valores superiores aos registados na AML e a nível nacional (Figura 12).

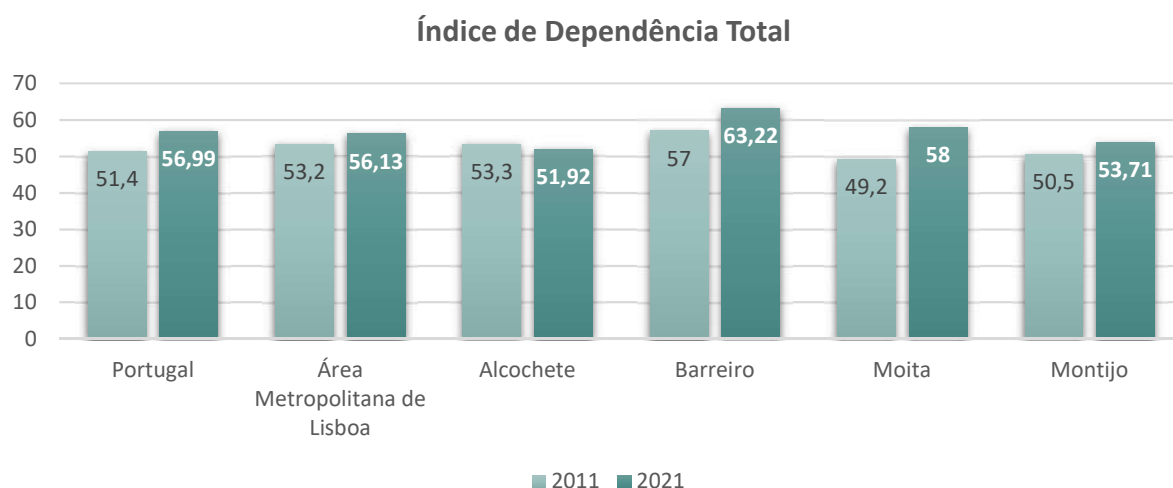


Figura 12. Índice de dependência total por local de residência, nos anos de 2011 e 2021
Fonte: INE, 2024

População Feminina em Idade Fértil

A proporção de mulheres em idade fértil⁵ tem vindo a decrescer desde 2011, tanto a nível nacional, como a nível regional e local. Verifica-se que o Montijo é o concelho da ULSAR com a maior proporção de mulheres em idade fértil, em 2023, sendo também o concelho com o menor decréscimo desta proporção no período apresentado (Quadro 4).

⁴ Índice de dependência total - Relação entre a população jovem e idosa, e a população em idade ativa, definida como o quociente entre o somatório do número de pessoas com idade entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos, e o número de pessoas com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos.

⁵ Mulheres em idade fértil - Proporção de mulheres dos 15 aos 49 anos de idade no total da população residente feminina.

Quadro 4. Mulheres em idade fértil (%) na população residente feminina, por local de residência, por ano

Âmbito Geográfico	2011	2021	2023
Continente	45%	40,4%	40,0%
Alcochete	49,4%	45,1%	44,5%
Barreiro	41,1%	40,4%	39,9%
Moita	45,3%	42,0%	41,6%
Montijo	48,7%	45,5%	45,1%

Fonte: INE, 2024

Natalidade

Nos concelhos da ULSAR, a taxa bruta de natalidade apresentou uma diminuição ao longo dos anos, desde 2009 a 2020, com algumas oscilações. Verificou-se que, a partir de 2020, parece existir uma inversão da tendência, tanto a nível continental, como de todos os concelhos da ULSAR (Figura 13).

Os quatro concelhos da ULSAR apresentaram, em 2023, taxas brutas de natalidade superiores ao valor observado a nível continental (8,1‰). Nesse ano, a Moita e o Montijo apresentaram as maiores taxas brutas de natalidade na ULSAR (11,3‰ e 11,2‰, respetivamente), mantendo a tendência observada no período em análise.

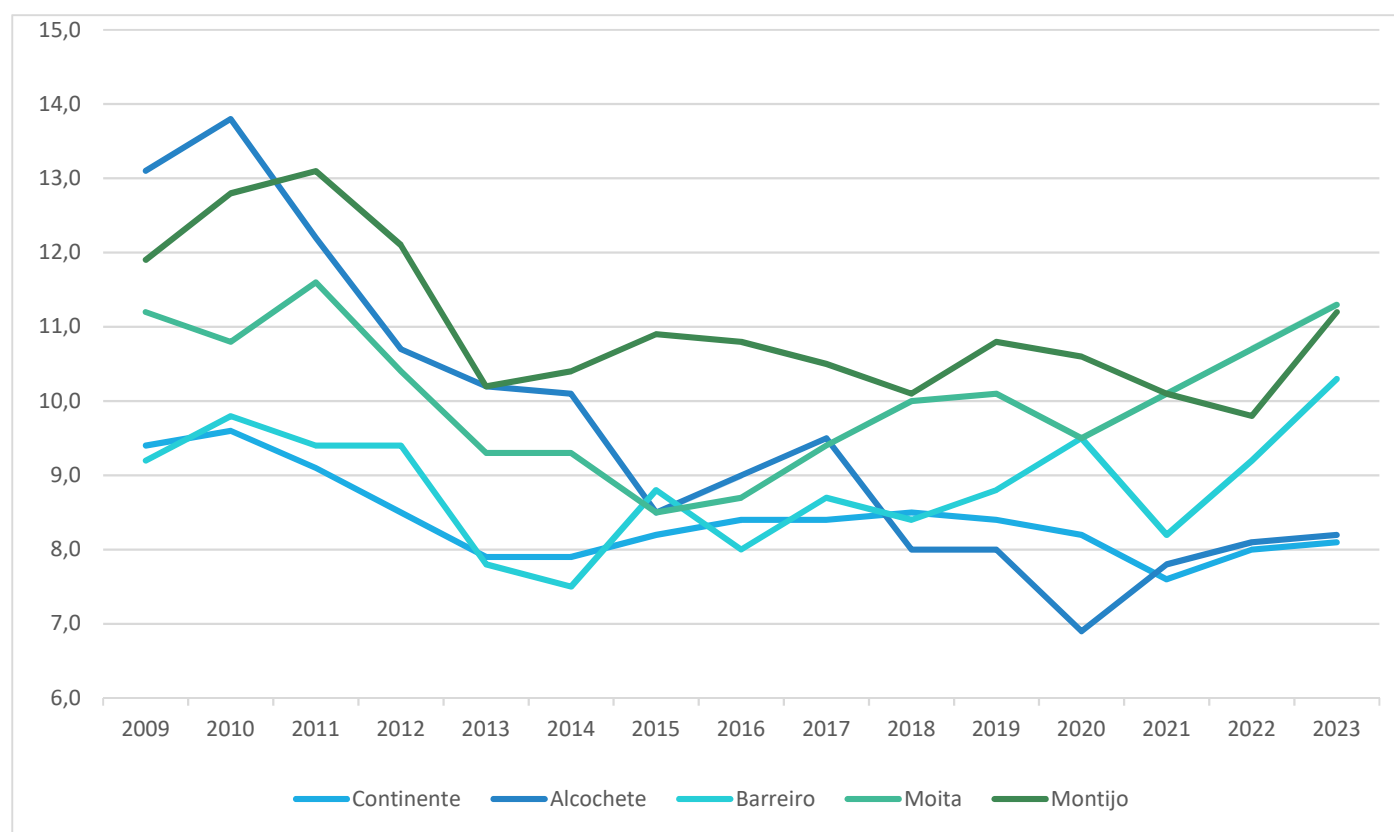


Figura 13. Evolução da taxa bruta de natalidade (%), de 2001 a 2023, no Continente e nos concelhos da ULSAR
Fonte: INE, 2024

Nados-vivos em Mães Adolescentes e em Mães com Idade Superior a 35 Anos

Em 2023, verificaram-se 680 nados-vivos em mulheres com idade superior a 35 anos na ULSAR, o que corresponde a 28,1% de todos os nados-vivos para a área geográfica nesse ano (Quadro 5). Este valor reflete um decréscimo proporcional relativamente aos valores observados no ano de 2020 na ULSAR (30,7%), mantendo-se em valores inferiores aos observados em Portugal continental (32,0%).

Para o mesmo ano, o número de nados-vivos observado em mães adolescentes⁶ na ULSAR foi de 47 (1,9%), refletindo um decréscimo em termos absolutos e proporcionais face ao ano de 2020 (Quadro 5).

⁶ Mães adolescentes - mães com idade inferior a 20 anos de idade.

Quadro 5. Frequência absoluta e relativa de nados-vivos em mães adolescentes e em mulheres com idade superior a 35 anos, por área geográfica, no ano de 2023

Local de Residência	Nados-vivos em mulheres adolescentes		Nados-vivos em mulheres com mais de 35 anos	
	Frequência absoluta	% do total de nados-vivos para a área geográfica	Frequência absoluta	% do total de nados-vivos para a área geográfica
Continente	1.545	1,9%	26.220	32,0%
Alcochete	1	0,6%	60	36,6%
Barreiro	21	2,6%	217	26,4%
Moita	9	1,2%	206	26,6%
Montijo	16	2,4%	197	30,0%
ULSAR	47	1,9%	680	28,1%

Fonte: INE, 2024

Saldo Total, Natural e Migratório

No ano de 2023 é possível constatar a existência de saldos totais positivos a nível nacional, regional e local, numa inversão do constatado em 2011. Verifica-se que estes saldos totais positivos se devem a um saldo migratório positivo em todos os níveis geográficos (Quadro 6).

Ao nível local, em 2023, o concelho do Montijo apresentou o maior saldo total da ULSAR, sendo o único concelho com saldos natural e migratório positivos.

Quadro 6. Saldo total, natural e migratório por área geográfica, 2011 e 2023

	Saldo total (n.º)		Saldo natural (n.º)		Saldo migratório (n.º)	
Âmbito Geográfico	2011	2023	2011	2023	2011	2023
Continente	-28.953	119.653	-6.292	-31.229	-22.661	150.882
AML	4.626	39.613	5.809	-554	-1.183	40.167
Alcochete	130	278	65	-28	65	306
Barreiro	-203	960	-170	-232	-33	1.192
Moita	-20	1.101	165	-38	-185	1.139
Montijo	283	1.154	185	21	98	1.133

Fonte: INE, 2024

População Residente Estrangeira

Relativamente à população residente estrangeira com estatuto legal, é possível verificar que, de 2011 a 2021, ocorreu um aumento desta população em todos os concelhos do território do Arco Ribeirinho. O Montijo, em 2021, foi o concelho com a maior proporção de residentes de nacionalidade estrangeira (10%), com um aumento de 5,1 p.p., de 2011 para 2021. Em oposição, o concelho de Alcochete apresentou a menor variação (1,3 p.p.), já que em 2011 apresentava 4,8% e em 2021, 6,1% de residentes de nacionalidade estrangeira (Quadro 7).

Quadro 7. Proporção da população residente de nacionalidade estrangeira (%) por local de residência, nos anos 2011 e 2021

Local residência	Período de Referência	
	2011	2021
Continente	4,2	5,4
Alcochete	4,8	6,07
Barreiro	3,9	7,94
Moita	4,7	7,59
Montijo	4,9	10,02

Fonte: INE, 2024

Relativamente à distribuição por sexo, constata-se uma distribuição similar, com discreto predomínio de indivíduos do sexo masculino no concelho do Montijo (56%).

No que diz respeito aos países de origem, a maioria da população de nacionalidade estrangeira é proveniente do Brasil, Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau.

Em setembro de 2024, o Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) indica que 1,0% dos utentes inscritos na ULSAR são provenientes de países praticantes de mutilação genital feminina/corte (MGF/C).⁷ Os concelhos da Moita e do Barreiro apresentam a maior parte dos utentes inscritos provenientes de países onde se pratica a MGF/C (95,0%). No entanto, de uma forma global, os quatro concelhos têm maior número de utentes inscritos oriundos de países cuja prevalência de MGF/C é moderadamente baixa, principalmente naturais da Guiné-Bissau.

⁷ Consideraram-se como países praticantes de MGF/C os países constantes no Anexo III da Orientação n.º 005/2012 da Direção-Geral da Saúde.

Determinantes de Saúde – Socioeconómicos

Escolaridade

Na ULSAR, a população sem nível de escolaridade encontra-se abaixo da média continental, sendo que este valor tem apresentado uma tendência decrescente.

No que respeita ao ensino secundário, a população da ULSAR teve uma variação entre os 17,9% e os 20,6%, em consonância com os valores verificados na AML (19,3%) e superiores aos valores percentuais encontrados em Portugal continental (15,8%) (Figura 14).

Alcochete é o concelho com a maior proporção de população com nível de escolaridade mais elevado (ensino superior), chegando aos 19,8%.

Quer no concelho do Barreiro, quer no concelho da Moita, verifica-se uma maior proporção de população nos níveis básicos de ensino.

O concelho do Montijo apresenta o valor mais elevado de população sem qualquer nível de escolaridade (9,7%), bem como, de acordo com os Censos 2021, a maior taxa de analfabetismo⁸ dos quatro concelhos da ULSAR (2,89%).

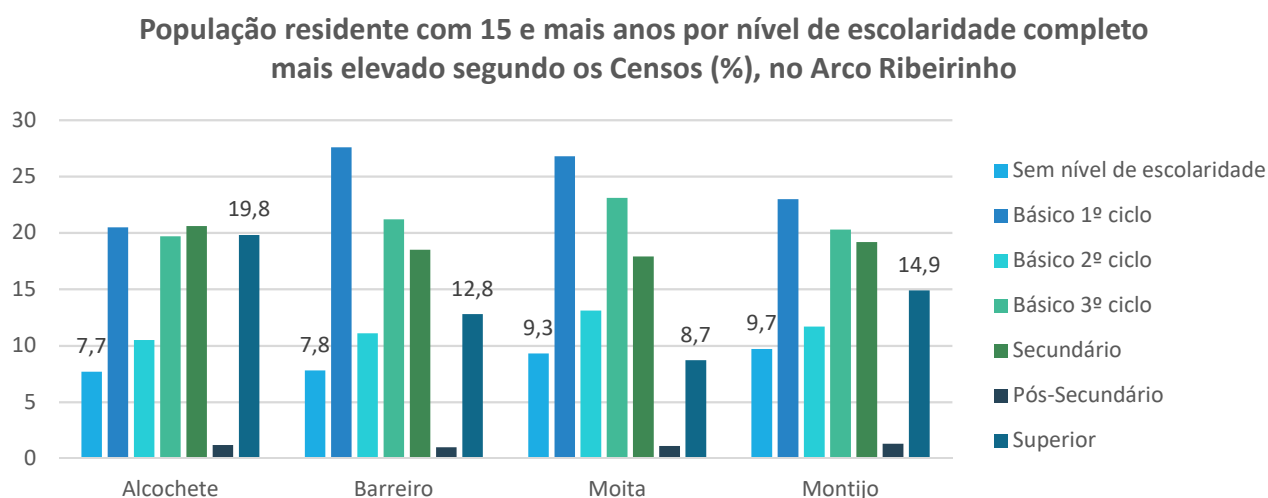


Figura 14. Frequência relativa da população residente com 15 e mais anos (%) por nível de escolaridade completo mais elevado, por concelho da ULSAR, em 2021

Fonte: INE, 2024

⁸ Analfabeto - Todo o indivíduo com 10 ou mais anos de idade que não sabe ler nem escrever.

Atividade Económica e Principal Meio de Vida

Nos concelhos da ULSAR, o principal meio de vida⁹ da população residente com mais de 15 anos é o “trabalho” (91.050). A “reforma/pensão” surge em segundo lugar (50.790), seguindo-se “a cargo da família” com 26.095 cidadãos (Quadro 8).

Quadro 8. População residente com 15 e mais anos de idade (n.º) por local de residência e principal meio de vida, em 2021

Principal Meio de Vida								
Local de Residência	Trabalho	Reforma /Pensão	Subsídio de Desemprego	Rendimento de Inserção Social	Outro Subsídio Temporário (Doença, Maternidade, etc.)	Rendimento propriedade ou empresa	A Cargo da Família	Outra Situação
Continente	4.173.873	2.462.265	203.489	89.024	106.699	60.631	1.137.196	358.035
Alcochete	8.572	3.606	373	119	267	89	2.415	570
Barreiro	31.535	20.813	1.897	1.003	891	273	9.214	2.396
Moita	26.261	15.399	1.736	1.053	1.045	208	8.359	2.385
Montijo	24.682	10.972	1.305	632	863	275	6.107	1.833
ULSAR	91.050	50.790	5.311	2.807	3.066	845	26.095	7.184

Fonte: INE, 2024

⁹ Principal meio de vida - Fonte principal de onde o indivíduo retira os seus meios financeiros ou em géneros necessários à sua subsistência, durante o período de referência.

Emprego

Similarmente ao constatado em anos anteriores, em 2022, a maior parte da população empregada por conta de outrem, nos concelhos do Arco Ribeirinho, trabalhava no setor dos serviços (Figura 15).

No ano em análise, é no concelho do Montijo que se verifica o maior peso do setor primário (9%).

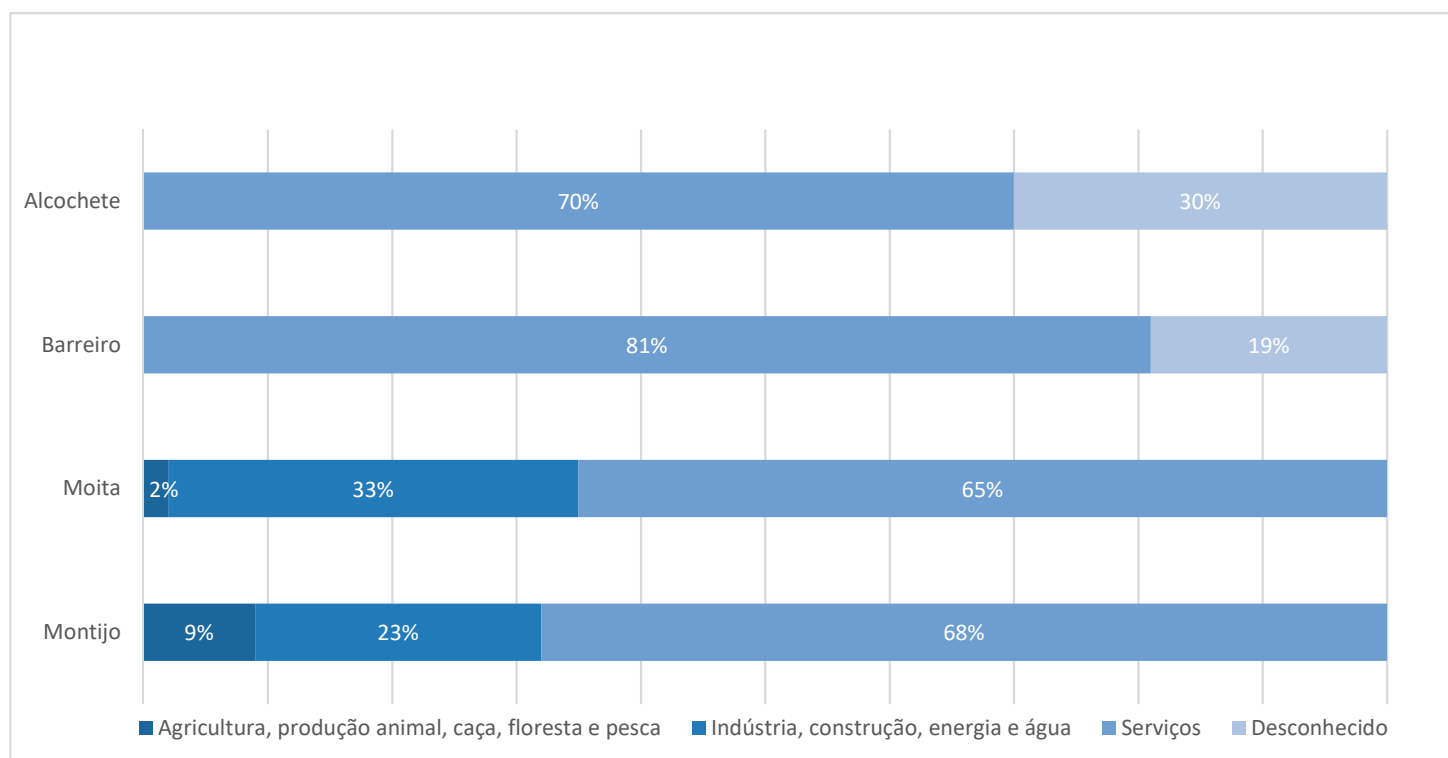


Figura 15. Frequência relativa da população empregada por conta de outrem (%) nos concelhos da ULSAR, em 2022
Fonte: INE, 2024

Em 2022, três dos quatro concelhos da ULSAR tinham um rendimento médio mensal inferior à média nacional (1.362,4 euros), variando do menor valor, 1.116,3 euros na Moita, para o maior, 2.071,7 euros, em Alcochete. Analisando os três anos apresentados (2020, 2021 e 2022), verifica-se que os quatro concelhos da ULSAR acompanham a tendência de crescimento verificada tanto a nível nacional, como a nível da AML (Figura 16).

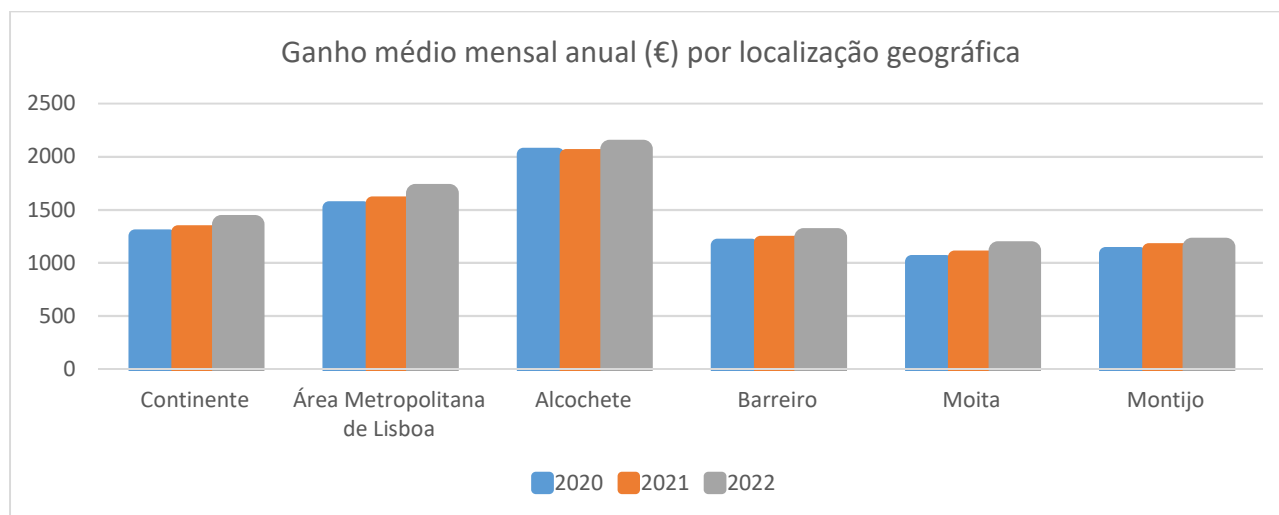


Figura 16. Ganho médio mensal anual (€) por localização geográfica, nos anos de 2020, 2021 e 2022
Fonte: INE, 2024

Reformados/Pensionistas

O número de pensionistas da Segurança Social, em todos os concelhos da ULSAR, tem apresentado uma estabilização desde 2019 (Quadro 9).

Quadro 9. Pensionistas da Segurança Social (N.º) por local de residência e tipo de pensão, em 2019 e 2022

Período Referência	2019			2022		
Tipo de Pensão	Invalidez	Velhice	Sobrevivência	Invalidez	Velhice	Sobrevivência
Continente	174.169	1.996.349	703.655	156.689	2.026.083	721.502
AML	33.852	537.132	180.086	29.328	535.752	183.849
Alcochete	242	3.028	1.046	186	3.045	1.112
Barreiro	1.283	18.167	6.226	1.024	17.974	6.355
Moita	1.323	13.319	4.972	1.109	13.285	5.061
Montijo	725	9.313	3.411	663	9.264	3.542
ULSAR	3.573	43.827	15.655	2.982	43.568	16.070

Fonte: INE, 2024

Desemprego

Dos desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional, no total da população residente com 15 a 64 anos, podemos verificar que entre 2019 e 2021 ocorreu uma subida do desemprego nos quatro concelhos da ULSAR (Quadro 10). Porém, nos concelhos do Barreiro e da Moita verificou-se uma diminuição entre o ano 2020 e 2021.

Quadro 10. Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%)

Âmbito Geográfico	Período de Referência		
	2019	2020	2021
Alcochete	3,2	3,9	4,2
Barreiro	6,4	7,8	7,5
Moita	6,2	7,4	7,3
Montijo	5,0	5,9	6,1

Fonte: INE, 2024

Rendimento Social de Inserção

O rendimento social de inserção (RSI) é um apoio financeiro, gerido pela Segurança Social, destinado a proteger as pessoas que se encontrem em situação de pobreza extrema. Nos concelhos da ULSAR, entre 2018 e 2022, a per milagem de beneficiários apoiados pelo RSI diminuiu (Quadro 11). Alcochete assume o valor mais baixo (19,01‰) e a Moita apresenta a per milagem mais elevada da ULSAR (52,05‰).

Quadro 11. Beneficiários do rendimento social de inserção da Segurança Social por 1.000 habitantes em idade ativa (‰) por local de residência, entre 2018 e 2022

Âmbito Geográfico	2018	2019	2020	2021	2022
Continente	29,95	28,30	27,37	27,97	27,87
AML	29,97	29,10	28,92	31,28	30,55
Alcochete	24,12	22,46	19,27	18,61	19,01
Barreiro	45,85	45,78	43,45	47,21	43,69
Moita	61,62	59,31	54,56	58,33	52,05
Montijo	40,86	38,53	37,98	39,04	38,63

Fonte: INE, 2024

Habitação

Alojamentos Familiares Não Clássicos

De acordo com os Censos de 2021, o concelho de Alcochete é o que tem a maior proporção de população residente a habitar em alojamentos familiares não clássicos¹⁰ (Quadro 12).

Quadro 12. Proporção da população residente em alojamentos familiares não clássicos de residência habitual (%) por local de residência, em 2021

2021	Local de Residência	Proporção (%)
	Alcochete	0,29%
	Barreiro	0,05%
	Moita	0,05%
	Montijo	0,25%

Fonte: INE, 2024

Pessoas em Situação de Sem-abrigo

O número total de pessoas em situação de sem-abrigo¹¹ na ULSAR aumentou entre 2018 e 2021, de 91 para 352 pessoas. O maior aumento verificou-se na Moita, de 31 para 287 pessoas (Quadro 13), sendo também o concelho com o maior número absoluto de pessoas em situação de sem-abrigo da ULSAR. É de salientar que, em 2021, na ULSAR, a maioria das pessoas em situação de sem-abrigo se encontrava em situação de sem-teto (89%).

Quadro 13. Pessoas em situação de sem-abrigo (nº) por local de referência, a 31 de dezembro de 2018, 2020 e 2021

Pessoas em situação de sem-abrigo (nº)			
Área Geográfica	2018	2020	2021
Alcochete	6	6	4
Barreiro	49	57	49
Moita	31	75	287
Montijo	5	7	12
ULSAR	91	145	352

Fonte: ENIPSSA, 2024

¹⁰ Alojamento familiar não clássico - Alojamento que não satisfaz inteiramente as condições do alojamento familiar clássico, pelo tipo e precariedade da construção, porque é móvel, improvisado e não foi construído para habitação, mas funciona como residência habitual de pelo menos uma família no momento de referência.

¹¹ Pessoa em situação de sem-abrigo – Qualquer pessoa que se encontre sem teto (a viver no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário) ou sem casa (em alojamento temporário destinado para o efeito).

Criminalidade

A taxa de criminalidade em todos os concelhos da ULSAR mantém-se, em 2023, mais elevada do que a verificada ao nível de Portugal continental (Quadro 14). Nesse ano, os crimes com maior registo foram “contra o património”, seguido de “crimes contra a integridade física”. Em 2023, o Barreiro foi o concelho da ULSAR com a maior taxa de criminalidade total, isto é, por todas as categorias de crime.

Quadro 14. Taxa de criminalidade (%) por localização geográfica e categoria de crime, no ano de 2023

Período de referência	Local de Residência	Total	Crimes contra a integridade física	Furto/roubo por esticção e na via pública	Furto de veículo e em veículo motorizado	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Condução sem habilitação legal	Crimes contra o património
2023	Continente	33,1	5,3	0,7	2,7	2,2	1,5	16,5
	Alcochete	35,1	4,0	0,5	1,5	3,1	2,3	17,7
	Barreiro	44,8	7,5	1,6	2,1	2,6	4,8	20,4
	Moita	37,5	7,4	1,2	2,4	2,0	1,4	19,2
	Montijo	43,0	5,9	0,9	3,5	1,7	3,0	23,1

Fonte: INE, 2024

Cultura

Entre 2019 e 2022, registou-se um aumento da despesa anual em artes do espetáculo a nível de Portugal continental, tendência acompanhada nos concelhos de Alcochete e do Barreiro (Quadro 15).

Relativamente à despesa em atividades culturais e criativas dos municípios por habitante no mesmo intervalo temporal, registou-se um aumento em todos os níveis geográficos. De notar que, os quatro concelhos da ULSAR apresentaram uma despesa inferior à registada em Portugal continental (Quadro 16).

Perfil de Saúde Arco Ribeirinho 2024							
Valor em euros (€) dos municípios, por localização geográfica e domínio cultural (artes de espetáculo), em 2019 e 2022							
Domínio cultural (artes de espetáculo)							
	Música	Dança	Teatro	Multidiscipli nares (várias modalidades de espetáculo)	Ensino das artes do espetáculo	Recintos de espetáculo (construção e manutenção)	Outras atividades (não especificadas)
727	39.945.150	3.499.652	16.415.530	20.142.886	3.796.291	24.970.403	16.599.815
5	43.950	3.690	19.684	4.437	0	20.354	12.850
8	303.801	22.780	97.423	0	0	81.234	0
0	259.898	12.480	14.015	55.372	19.700	26.420	4.695
6	0	0	0	114.473	0	0	632.703
141	44.510.318	2.971.825	21.323.505	25.291.564	4.065.240	35.744.846	13.846.843
0	117.026	0	9.637	0	0	96.566	39.911
0	430.969	39.747	168.078	0	0	116.526	32.000
1	95.478	31.452	103.956	77.061	25.118	23.583	24.213
1	0	0	0	0	0	0	220.071

Fonte: INE, 2024

Quadro 16. Despesas em atividades culturais e criativas dos municípios por habitante em euros (€), por localização geográfica, em 2019 e 2022

Localização geográfica	Período de referência dos dados	
	2019	2022
Continente	50,7	56,2
AML	42,5	47,8
Alcochete	27,3	46,1
Barreiro	17,9	18,6
Moita	25,4	27,0
Montijo	26,5	52,1

Fonte: INE, 2024

Outros Indicadores Socioeconómicos

O Barreiro é o concelho com o maior valor médio anual das pensões da Segurança Social (7.358€), valor este superior ao valor médio do continente português (Quadro 17). Alcochete possui o maior poder de compra *per capita* (118,86) superando o valor do continente.

No indicador dos veículos vendidos por 1.000 habitantes é também o concelho de Alcochete o que possui o valor mais elevado (16,68 veículos novos vendidos por 1.000 habitantes). Referente ao crédito à habitação por habitante, o concelho do Montijo é o concelho com o valor mais elevado (7.290€).

Quadro 17. Outros indicadores socioeconómicos, por localização geográfica

Período de referência	Indicadores	Continente	AML	Alcochete	Barreiro	Moita	Montijo
2021	Poder de compra <i>per capita</i>	100,63	121,37	118,86	96,50	82,30	102,53
2022	Valor médio das pensões da Segurança Social (€/ N.º) - Anual	6.215	7.939	7.212	7.358	6.705	6.165
	Veículos novos vendidos por 1.000 habitantes (N.º)	19,48	---	16,68	10,27	6,80	12,45
	Crédito à habitação por habitante (€)	9.789	14.087	7.024	5.977	6.363	7.290

Fonte: INE, 2024

Determinantes de Saúde – Ambientais

Clima

A ULSAR encontra-se numa zona geográfica com clima mediterrânico, com invernos de temperaturas amenas e verões relativamente quentes e secos.

A temperatura média anual do ar é de cerca de 14/15°C, com valores máximos em agosto e mínimos em janeiro. Nos concelhos da ULSAR, a temperatura média, em período de inverno, tem uma máxima diária de 16°C e uma mínima de 6°C. Em período de verão, a temperatura média diária ronda os 30°C de máxima e os 13°C de mínima.

Riscos Naturais

Na *Avaliação da Susceptibilidade aos Perigos Naturais da Região de LVT*, publicada em 2010, na área geográfica da ULSAR, são identificados três riscos naturais: perigo sísmico, perigo de inundação por tsunامي e perigo de inundação por cheia rápida (Figura 17).

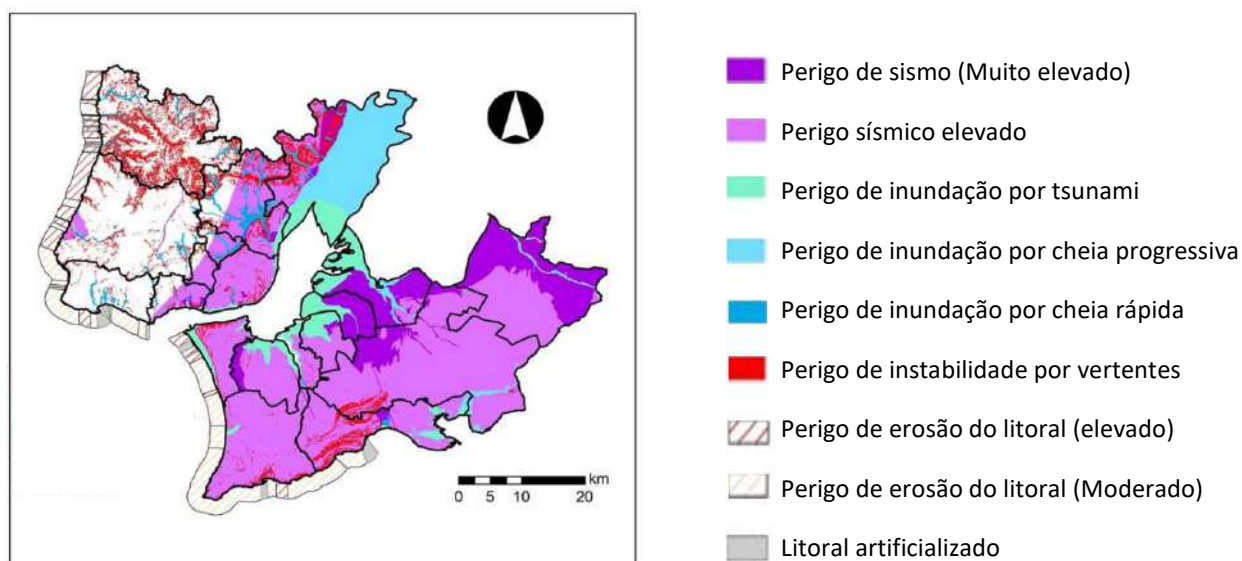


Figura 17. Mapa de perigos naturais da AML, 2010

Fonte: *Avaliação da Susceptibilidade aos Perigos Naturais da Região LVT*, 2010

Sismos e Tsunamis

A AML e, por sua vez, a ULSAR estão inseridas numa das zonas de maior intensidade sísmica de Portugal continental e, coincidentemente, numa região que apresenta uma elevada concentração de infraestruturas, atividades económicas e população.

Segundo o diagnóstico das situações de risco analisado e aprovado pela Assembleia Metropolitana de Lisboa, o risco sísmico é elevado ou muito elevado em 74% do território da AML. As situações mais desfavoráveis a este nível verificam-se nos concelhos de Alcochete, Vila Franca de Xira e do Montijo (Figura 18).

Existe também uma suscetibilidade elevada à inundação devido a tsunamis em 6,6% do território da AML. De acordo com o *Plano Metropolitano de Adapta o  s Alterações Climáticas da AML* (PMAAC-AML), são considerados pontos críticos "as costas baixas arenosas e os estuários do Tejo e do Sado", sobretudo as "zonas ribeirinhas dos concelhos de Alcochete, Moita, Barreiro, Almada e Seixal".



Figura 18. Suscetibilidade s mica na AML
Fonte: PMAAC-AML, 2018

Cheias

Segundo o PMAAC-AML, Alcochete é o concelho da ULSAR com maior expressão de perigo de cheia rápida, onde os fundos de vale inundáveis abrangem cerca de 13% do território (Figura 19).

O perigo de cheia progressiva na Moita e em Alcochete são de 27,2% e 26,9% dos respetivos territórios. O Montijo está menos exposto a este tipo de perigo, com 6,2% do território sujeito a inundação. No Barreiro, a expressão territorial da inundação por cheia progressiva é a mais reduzida, oscilando entre 0,7% e 2,1%.

O risco de inundação de estuário assume a maior relevância no município de Alcochete (31% do território afetado), seguido pela Moita e Barreiro (entre 22% e 8%). No Montijo, a percentagem de área de risco é mais reduzida, situando-se entre 0,8% e 3,9%.

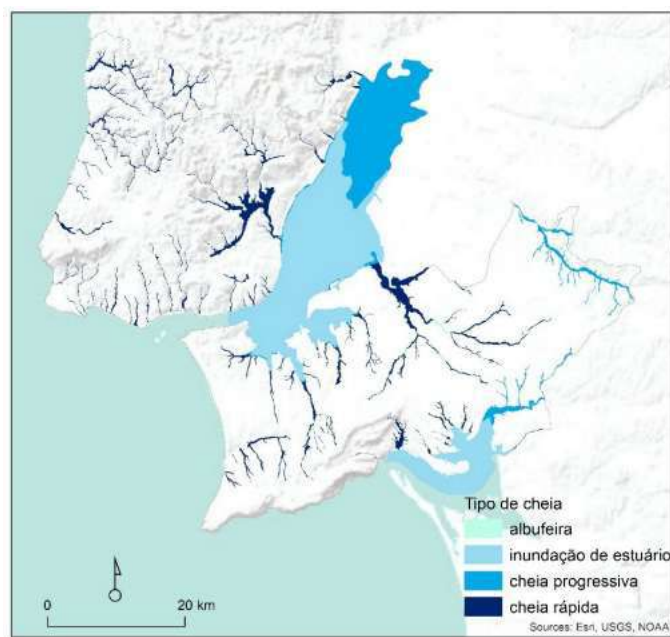


Figura 19. Territorialização do perigo atual de cheia e inundação na AML
Fonte: PMAAC-AML, 2018

Incêndios

Segundo o PMAAC-AML, em Alcochete, na Moita e no Montijo, o risco atual de incêndio é residual (Figura 20).

O risco futuro de incêndio rural/florestal deverá acentuar-se, prevendo-se que cerca de metade dos territórios no Montijo seja de risco elevado de incêndio. A situação do município do

Montijo é assinalável, tendo em conta que o risco atual de incêndio é considerado baixo, ficando a dever-se o risco futuro estimado, em grande parte, à tendência evolutiva particularmente desfavorável na freguesia de Canha. Ainda com um quadro desfavorável em termos de risco de incêndio futuro, com percentagem de território suscetível entre 30 e 50%, encontra-se o município de Alcochete.

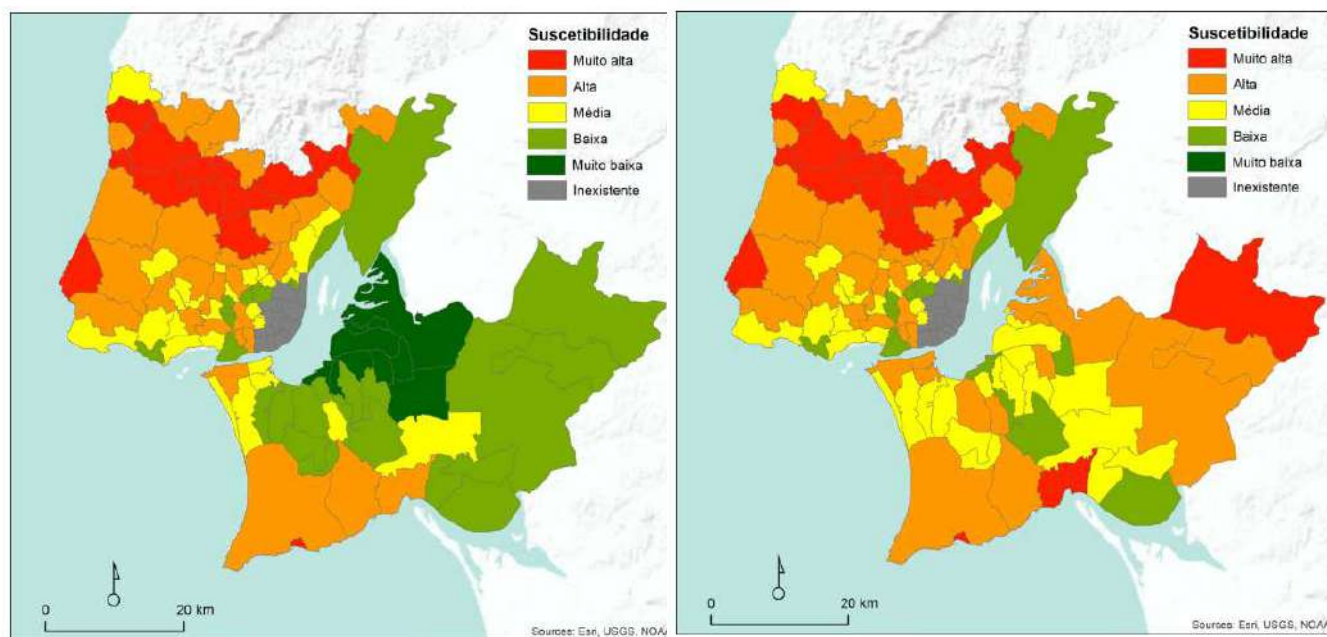


Figura 20. Suscetibilidade atual (à esquerda) e futura (à direita) ao perigo de incêndio rural/florestal da AML

Fonte: PMAAC-AML, 2018

Ciclovias

Nos últimos anos, foi feito um investimento na rede de ciclovias na área geográfica da ULSAR, através da construção de novos percursos e da ampliação de alguns já existentes. Atualmente, contam-se concluídos cerca de 25 Km de vias cicláveis, com muitas outras em fase de projeto ou construção. Dos quatro concelhos, é de realçar o concelho do Montijo com a maior extensão de rede ciclável - 15,56 Km.

Espaços Verdes Públicos

A área geográfica da ULSAR incorpora uma grande diversidade natural e inclui também centenas de hectares de parques e espaços verdes contruídos e modelados pelas comunidades. Dos quatro concelhos, destaca-se Alcochete com 14 parques, seguindo-se a Moita com sete, o Montijo com seis e o Barreiro com cinco.

Ruído

Podemos dividir o impacto do ruído em dois grandes grupos: o ruído laboral e o ruído com origem no ambiente. No âmbito deste documento, apenas será considerado o ruído ambiental.

O Regulamento Geral do Ruído impõe às câmaras municipais a elaboração de mapas de ruído e a elaboração de planos municipais de redução do ruído para aglomerações de mais de 100.000 habitantes ou com uma densidade superior a 2.500 habitantes/Km².

Nenhum dos concelhos desta área geográfica apresenta um aglomerado populacional de mais de 100.000 habitantes ou com uma densidade superior a 2.500 habitantes/Km². Ainda assim, estão disponíveis mapas de ruído, nomeadamente, dos municípios do Barreiro e do Montijo. Foram identificadas como principais fontes de ruído ambiental, os tráfegos rodoviário, ferroviário e aéreo, de onde se destacam os seguintes locais:

- Ponte Vasco da Gama (tráfego rodoviário);
- A12 - Sublanços Montijo / Pinhal Novo (tráfego rodoviário);
- A33 - Lanço Casas Velhas / Montijo (tráfego rodoviário);
- IC3 - Lanço Montijo / Alcochete (tráfego rodoviário);
- IC21 – Coina / Barreiro (tráfego rodoviário);
- EN 118 - Alcochete Nascente / Salvaterra de Mago (tráfego rodoviário);
- EN 252 - Sarilhos Grandes / Palmela (tráfego rodoviário);
- Linha do Sul – Troço Coina – Penalva (tráfego ferroviário);
- Base Aérea do Montijo (tráfego aéreo).

Águas Estuarinas

As águas estuarinas/águas de transição resultam do encontro entre a água do rio e o mar. Todos os concelhos da ULSAR são banhados por águas estuarinas, apresentando uma extensa área de areal ao longo da margem do rio Tejo.

Estas margens e o rio são utilizados pela população para banhos e prática desportiva, registando uma grande afluência, mesmo não estando classificadas como zonas balneares¹².

O Estuário do Tejo apresenta-se numa situação de permissão parcial de apanha e captura de moluscos bivalves, representando um recurso importante para um elevado número de apanhadores. Com efeito, a apanha é aberta no caso do mexilhão e pé de burro e proibida à lambujinha, devido a elevados teores de chumbo, de acordo com a legislação em vigor¹³.

Abastecimento de Água para Consumo Humano

Relativamente ao abastecimento da água para consumo humano, todos os concelhos são abastecidos com água da rede pública, de origem subterrânea. Os concelhos do Barreiro e da Moita são os concelhos com cobertura total (100%) de abastecimento por sistema público de água (Quadro 18), embora alguns alojamentos não tenham ligação à rede pública.

Algumas zonas rurais da ULSAR são abastecidas por sistemas privados (furos e poços), não havendo garantia que exista controlo da qualidade da água.

¹² Segundo a Agência Portuguesa do Ambiente (APA), são zonas balneares as águas superficiais, quer sejam interiores, costeiras ou de transição, em que se preveja que um grande número de pessoas se banhe e onde a prática banhear não tenha sido interdita ou desaconselhada de modo permanente. Tendo por base esta definição, no território da ULSAR não existem zonas classificadas como balneares.

¹³ Despacho n.º 2102/2019, de 1 de março de 2019.

Quadro 18. Cobertura de sistemas públicos de abastecimento de água (%) por concelho da ULSAR, em 2017 e 2022

Concelho	Anos	
	2017	2022
Alcochete	93	98
Barreiro	100	100
Moita	100	100
Montijo	95	97

Fonte: INE, 2024

Nos últimos dois anos, no âmbito do Programa de Controlo de Qualidade da Água, os quatro concelhos apresentam valores entre os 99,5% e 100% de análises conformes para os parâmetros analisados de acordo com a legislação em vigor¹⁴. Estes valores garantem a disponibilidade de água segura à população e de excelente qualidade.

Águas Residuais Urbanas

As atividades de recolha, tratamento e rejeição de efluentes (águas residuais), dos quatro concelhos que compõem a ULSAR, são efetuadas em regime de exclusividade pela SIMARSUL - Sistema Integrado Municipal de Águas Residuais da Península de Setúbal, S.A.

No Barreiro e na Moita, 98% a 99% dos alojamentos são servidos por sistemas de drenagem de águas residuais (Quadro 19). Em Alcochete, a frequência relativa é intermédia, de 95%. O Montijo é o concelho da ULSAR no qual existe uma menor frequência relativa de alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais, tendo a proporção permanecido na ordem dos 86% desde 2016.

¹⁴ Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 152/2017, de 7 de dezembro.

Quadro 19. Frequência relativa de alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais por concelho, em 2016 e 2022

Frequência relativa de alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais (%)		
Territórios	Anos	
	2016	2022
Alcochete	---	95
Barreiro	97	99
Moita	86	98
Montijo	86	86

Fonte: INE, 2024

Atualmente, continuam a existir alojamentos que não estão ligados ao sistema integrado municipal, desconhecendo-se o encaminhamento, tratamento e destino destas águas residuais, nomeadamente nas zonas rurais dos concelhos da ULSAR.

Existem oito estações de tratamento de águas residuais na ULSAR, cuja breve descrição se encontra na Figura 21.

Quadro 20 - Estações de tratamento de águas residuais dos concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo

Estações de tratamento de águas residuais dos concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo			
Afonsoeiro	Alcochete	Barreiro/Moita	Canha
Serve os Municípios de Alcochete, Montijo, Moita e Palmela e descarrega o efluente tratado na bacia do Tejo. Foi dimensionada para tratar um equivalente populacional de 48.000 hab. eq., ao qual corresponderá um caudal médio de 11.500 m ³ /dia.	Serve o Município de Alcochete e descarrega o efluente tratado na bacia do Tejo. Foi dimensionada para tratar um equivalente populacional de 27.750 hab. eq., ao qual corresponderá um caudal médio de 8.350 m ³ /dia.	Serve os Municípios de Barreiro, Moita e Palmela e descarrega o efluente tratado na bacia do Tejo. Foi dimensionada para tratar um equivalente populacional de 295.000 hab. eq., ao qual corresponderá um caudal médio de 64.800 m ³ /dia.	Serve o Município do Montijo e descarrega o efluente tratado na bacia do Tejo. Foi dimensionada para tratar um equivalente populacional de 1.750 hab. eq., ao qual corresponderá um caudal médio de 350 m ³ /dia.
Pegões	Seixalinho	Stº Isidro de Pegões	Taipadas
Serve o Município do Montijo e descarrega o efluente tratado na bacia do Tejo. Foi dimensionada para tratar um equivalente populacional de 5.100 hab. eq., ao qual corresponderá um caudal médio de 1.120 m ³ /dia.	Serve os Municípios de Alcochete e Montijo e descarrega o efluente tratado na bacia do Tejo. Foi dimensionada para tratar um equivalente populacional de 64.500 hab. eq., ao qual corresponderá um caudal médio de 14.400 m ³ /dia.	Serve o Município do Montijo e descarrega o efluente tratado na bacia do Tejo. Foi dimensionada para tratar um equivalente populacional de 1.200 hab. eq., ao qual corresponderá um caudal médio de 215 m ³ /dia.	Serve o Município de Montijo e descarrega o efluente tratado na bacia do Tejo. Foi dimensionada para tratar um equivalente populacional de 500 hab. eq., ao qual corresponderá um caudal médio de 100 m ³ /dia.

Fonte: SIMARSUL, 2022

Piscinas

As piscinas dos quatro concelhos, abaixo indicadas, estão abrangidas pelo Programa de Vigilância Sanitária das Piscinas da Unidade de Saúde Pública da ULSAR.

Alcochete:

- Piscina Municipal – um tanque coberto;
- Academia do Sporting Club de Portugal – um tanque coberto e quatro jacúzis;
- Estabelecimento Turístico – Piscina do Moinho da Praia – um tanque ao ar livre;
- Estabelecimento Turístico – Piscina do Hotel Alfoz - um tanque ao ar livre;
- Estabelecimento Turístico – Piscinas do Resort Praia do Sal – um tanque coberto e três tanques ao ar livre.

Barreiro:

- Piscina do Colégio Minerva – um tanque coberto;
- Piscina do Refúgio dos Fidalguinhos – um tanque coberto;
- Piscina Municipal do Barreiro – um tanque coberto;
- Piscina Municipal do Lavradio – um tanque coberto;
- Piscina do Centro de Ação Social de Palhais – um tanque coberto;
- Piscina da Escola de Fuzileiros – Vale de Zebro – um tanque coberto.

Moita:

- Piscina Municipal de Alhos Vedros – um tanque coberto;
- Piscina Municipal da Baixa da Banheira – três tanques ao ar livre;
- Piscina Municipal da Moita – dois tanques cobertos.

Montijo:

- Piscina Municipal – dois tanques cobertos;
- Estabelecimento Turístico – Sirius Parque – três tanques ao ar livre;
- Piscina Municipal de Pegões e Piscina da Herdade do Monte da Charca.

Resíduos

Nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho, os resíduos urbanos são sujeitos a tratamento e valorização pela AMARSUL – Valorização e Tratamento de Resíduos Sólidos, S.A. Esta empresa atua em toda a área geográfica da Península de Setúbal.

Verificou-se um discreto decréscimo na produção de resíduos urbanos em recolha indiferenciada, na área de atuação da AMARSUL, em 2023 face ao ano anterior (-1%). Na **Erro! A**

origem da referência não foi encontrada., apresenta-se a produção de resíduos em recolha indiferenciada em cada um dos quatro concelhos da ULSAR, nos anos de 2021, 2022 e 2023.

Quadro 21 - Resíduos urbanos em recolha indiferenciada por concelho, por ano, em toneladas

Resíduos urbanos em recolha indiferenciada, em toneladas			
Concelho	Anos		
	2021	2022	2023
Alcochete	10.319	10.091	9.653
Barreiro	32.051	31.274	33.268
Moita	31.710	31.452	30.782
Montijo	28.322	28.593	28.702

Fonte: Relatório e Contas 2023, AMARSUL

Na área de influência da ULSAR, existem quatro ecocentros (parque dotado de contentores de grandes dimensões para colocação intermédia de resíduos), um em cada concelho. Está ainda assegurado, o transporte, tratamento, encaminhamento e valorização, das diversas tipologias de resíduos em todos os concelhos.

Qualidade do Ar

Compete às Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR) a avaliação da qualidade do ar ambiente nas suas áreas de jurisdição, sendo também da sua competência a manutenção e gestão das redes de monitorização.

Na área do Arco Ribeirinho, a CCDR LVT dispõe de três estações fixas de monitorização, situadas no concelho do Barreiro: Lavradio, Fidalguinhos e Escavadeira. São disponibilizados diariamente dados *online* da qualidade do ar – QualAr (localização, características e valores medidos).

A estação do Lavradio é uma estação industrial¹⁵ e encontra-se situada numa zona urbana, em proximidade de uma zona industrial. Permite conhecer as concentrações máximas de poluentes de origem industrial, às quais a população pode estar pontualmente exposta.

A estação da Escavadeira e a Estação dos Fidalguinhos são classificadas como estações de fundo¹⁶. Não se encontram sob a influência direta de vias de tráfego ou de qualquer fonte próxima de poluição. Permitem avaliar a qualidade do ar ambiente à qual a população está exposta durante mais tempo e abrangendo uma vasta área.

De modo a ser possível avaliar a qualidade do ar, de uma forma clara e compreensível, a Agência Portuguesa do Ambiente (APA) disponibiliza diariamente o índice de qualidade do ar. Este índice é calculado com base nos valores médios de concentração de cinco poluentes: monóxido de carbono (CO), dióxido de azoto (NO₂), dióxido de enxofre (SO₂), ozono (O₃) e partículas em suspensão (PM10), medidos nas estações da rede de monitorização da qualidade do ar, sendo determinado a partir do poluente que apresentar o pior índice. O índice de qualidade do ar é classificado em cinco classes, variando de Muito Bom a Mau.

¹⁵ Estação industrial - Permite avaliar as concentrações máximas de determinados poluentes com origem industrial, encontrando-se situadas na proximidade de zonas industriais.

¹⁶ Estação de fundo - O nível de poluição medido não é influenciado diretamente pelo tráfego automóvel elevado, nem por outras fontes poluidoras identificadas.

Determinantes de Saúde - Comportamentais

Atividade Física

A atividade física caracteriza-se como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia. É um importante fator protetor para diversas patologias, como por exemplo, a obesidade, a hipertensão, a diabetes e as doenças oncológicas.

Dados de prevalência da atividade física recolhidos através do Inquérito Nacional de Saúde, em 2019 (população residente com ≥ 15 anos), revelaram uma estabilidade na prevalência dos principais indicadores da atividade física e comportamento sedentário. Em 2019, 65% da população reportou nunca praticar qualquer tipo de exercício físico e 63% indicou estar sentado menos de 6h/dia.

Na área geográfica da ULSAR, Alcochete foi o concelho que apresentou, em 2022, a maior despesa em atividades e equipamentos desportivos dos municípios por habitante (Quadro 22), num valor superior ao observado a nível regional e continental.

Quadro 22. Despesa em atividades e equipamentos desportivos dos municípios por habitante em euros (€), por concelho, em 2019, 2020 e 2022

Localização geográfica	Período de referência dos dados		
	2019	2020	2022
Continente	31,9	29,8	35,9
AML	16	19,3	18,5
Alcochete	29,3	82,5	48,6
Barreiro	15,6	15,6	15,9
Moita	14,4	13,3	33,2
Montijo	8,2	5,3	11,1

Fonte: INE, 2024

Alimentação

Em 2019, os hábitos alimentares inadequados dos portugueses foram o quinto fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável.

Os dados resultantes do Inquérito Nacional de Saúde de 2019 referem que 66,4% da população com 15 ou mais anos de idade consome fruta diariamente e 41,7% consome diariamente

legumes ou saladas. Mais de metade da população com mais de 18 anos, segundo o mesmo inquérito, tem excesso de peso (36,6%) ou obesidade (16,9%), mantendo-se os valores já verificados no anterior inquérito em 2014.

Os resultados obtidos pelo Inquérito Nacional Alimentar e de Atividade Física (INA-AF) 2015-2016 indicam diferenças assinaláveis entre diferentes grupos etários da população portuguesa. Em particular, no grupo das crianças e dos adolescentes em que se verificam hábitos alimentares considerados mais inadequados.

Na ULSAR, a proporção de utentes, com e sem médico de família atribuído, com diagnóstico codificado em registo clínico de “obesidade” ou “excesso de peso” era de 29,2%, em 2023, refletindo uma diminuição face a 2022, em que essa proporção era de 32,3%.

No que diz respeito ao “excesso de peso”, a proporção de utentes codificados com este diagnóstico, em 2023, foi de 24,5% a nível nacional e de 20,2% a nível da região de LVT. Na ULSAR, verificou-se uma proporção de 17,5%, valor inferior tanto ao nível nacional como ao regional.

Relativamente à “obesidade”, a proporção de utentes codificados com este diagnóstico, em 2023, foi de 14,3% a nível nacional e de 12,6% a nível da região de LVT. Similarmente ao constatado para o “excesso de peso”, a ULSAR verificou um valor inferior aos níveis nacional e regional (11,7%).

Tabaco

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2020, a prevalência global do uso de tabaco na população com 15 ou mais anos, era de 22,8% (1.328 milhões de consumidores), 37,5% do sexo masculino e 8,0% do sexo feminino.

Em Portugal, o consumo de tabaco na população tem sido alvo de diversos estudos, com destaque para os Inquéritos Nacionais de Saúde, realizados em 2014 e 2019.

De acordo com o último Inquérito Nacional de Saúde (INS), em 2019, 16,8% da população residente em Portugal, com 15 ou mais anos era fumadora (Quadro 23), menos 2,9% do que em 2014. 21,4% da população era ex-fumadora. A maioria da população (61,1%) nunca tinha fumado.

Na AML, o consumo tabágico em 2019 era superior à média nacional, em cerca de 1,4%. No entanto, de 2014 a 2019 verificou-se um decréscimo de 3,6 p.p..

Quadro 23. Proporção da população residente com 15 e mais anos que fuma (%), por local de residência e sexo

Local de residência	2014			2019		
	Sexo					
	HM	H	M	HM	H	M
Continente	19,9	27,4	13,2	16,8	23,6	10,9
AML	21,8	27,4	17,0	18,2	22,0	14,9

Fonte: INS, 2014 e 2019

Na ULSAR, a proporção de utentes, com e sem médico de família atribuído, com diagnóstico codificado em registo clínico de “abuso de tabaco” era de 10,7%, em 2023, um valor inferior aos encontrados a nível nacional (12,3%) e a nível regional (11,4%).

Álcool

De acordo com o INS de 2019, cerca de 6,2 milhões de pessoas (69,4% da população portuguesa com 15 ou mais anos) afirmou ter consumido bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo que 1,8 milhões de pessoas o fez diariamente (29,6%), 1,9 milhões (31,4%) consumiu regularmente, mas não todos os dias e 1,0 milhões (17,0%) apenas ocasionalmente.

Da população que consumiu bebidas alcoólicas, 2,6 milhões de pessoas referiu ter consumido seis ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião ou evento (consumo arriscado).

Comparando os resultados dos INS 2014 a 2019 observou-se um aumento do consumo arriscado, em ambos os sexos. Em 2019, o consumo diário de bebidas alcoólicas foi mais frequente na população entre os 55 e 74 anos.

Por sexo, 10,3% dos homens consumia bebidas alcoólicas diariamente, enquanto mais de metade das mulheres o fazia com uma regularidade mensal ou só ocasional.

Nos registos específicos do Instituto Nacional de Medicina legal e Ciências Forenses, IP, em 2020, dos 960 óbitos com resultados positivos para o álcool e com informação das causas de morte, 35 % foram atribuídas a causas naturais, 34% a acidentes, 15% a suicídios e 3% a intoxicação alcoólica. Houve uma diminuição das mortes por intoxicação alcoólica pelo segundo ano consecutivo (-26% face a 2019), representando o valor mais baixo no período de 2016-2020.

Das 124 vítimas mortais de acidentes de viação que estavam sob influência do álcool, com uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5g/L, 79 % eram condutores, 12% eram peões e 9% eram passageiros. 73% das vítimas tinha uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 1,2 g/L.

Na população inscrita na ULSAR, em 2023, a proporção de utentes com diagnóstico codificado em registo clínico de “abuso agudo de álcool” foi de 0,08% e de “abuso crónico do álcool” foi de 1,01%. Os valores constatados para o “abuso crónico do álcool” são inferiores aos verificados a nível nacional (1,64%) e regional (1,24) no mesmo ano.

Acidentes de Viação

Quadro 24. Acidentes de viação com vítimas (n.º) por Localização geográfica, tipo de acidente e tipo de via, em 2021 e 2022

Acidentes de viação com vítimas (N.º) por localização geográfica (NUTS - 2013), tipo de acidente e tipo de via								
Ano	Tipo de acidente	Tipo de Via	Portugal	AML	Alcochete	Barreiro	Moita	Montijo
2021	Total de acidentes	Total	30.691	7.682	40	168	101	167
		Autoestradas	1.555	415	1	4	7	16
		Estradas Nacionais	5.485	811	6	26	20	38
		Restantes vias	23.651	6.456	33	138	74	113
	Acidentes de viação com vítimas não mortais	Total	30.160	7.595	40	167	101	160
		Autoestradas	1.515	409	1	4	7	16
		Estradas Nacionais	5.325	790	6	26	20	34
		Restantes vias	23.320	6.396	33	137	74	110
	Acidentes de viação com vítimas mortais	Total	531	87	0	1	0	7
		Autoestradas	40	6	0	0	0	0
		Estradas Nacionais	160	21	0	0	0	4
		Restantes vias	331	60	0	1	0	3
2022	Total de acidentes	Total	34.276	8.491	41	201	161	172
		Autoestradas	1.901	509	0	3	15	12
		Estradas Nacionais	6.280	980	6	24	35	43
		Restantes vias	26.095	7.002	35	174	111	117
	Acidentes de viação com vítimas não mortais	Total	33.697	8.402	41	200	157	170
		Autoestradas	1.850	496	0	3	14	12
		Estradas Nacionais	6.116	965	6	24	33	42
		Restantes vias	25.731	6.941	35	173	110	116
	Acidentes de viação com vítimas mortais	Total	579	89	0	1	4	2
		Autoestradas	51	13	0	0	1	0
		Estradas Nacionais	164	15	0	0	2	1
		Restantes vias	364	61	0	1	1	1

Fonte: INE, 2024

É possível verificar no Quadro 22 que o que o maior número de acidentes ocorridos nos quatros concelhos não tem vítimas mortais e registam-se principalmente em vias que não são estradas nacionais ou autoestradas. O concelho da ULSAR que tem maior registo de acidentes de viação é o Barreiro e por sua vez o concelho com o menor registo é Alcochete.

Determinantes de Saúde – Utilização dos Serviços de Saúde

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

A ULSAR é a entidade público empresarial responsável pela prestação de cuidados de saúde à população dos concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo, cuja criação, em janeiro de 2024, resultou da junção do Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho com o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E..

De acordo com o BI-UF, atualizado em novembro de 2024, a ULSAR conta atualmente com 466 colaboradores ao nível dos cuidados de saúde primários.¹⁷

População Inscrita e Utilizadora da ULSAR

O número de utentes inscritos na ULSAR, de acordo com o BI-CSP, em setembro de 2024, é de 232.916. Do total de utentes inscritos na ULSAR (Cuidados de Saúde Primários), 38,14% dos utentes não tinha Médico de Família (Quadro 25).

Na ULSAR, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Barreiro apresentou a maior proporção de utentes sem Médico de Família (94%), seguindo-se a UCSP do Montijo Rural (90,98%) e a UCSP da Baixa da Banheira (74,92%).

¹⁷ Não de encontram neste momento disponíveis dados públicos relativos ao pessoal dos cuidados de saúde hospitalares da ULSAR.

Quadro 25. Utentes inscritos na ULSAR sem médico de família, por Unidade Funcional

Concelho	UF	Nº Inscritos total	Nº de Utentes sem Médico de Família por opção	Nº de Utentes sem Médico de Família	% utentes sem Médico de Família
Alcochete	UCSP Alcochete	8.741	6	5.775	66,07%
	USF Luz do Tejo	11.004	0	3.419	31,07%
Barreiro	UCSP Barreiro	22.627	37	21.269	94%
	USF Lavradio	17.242	0	0	0%
	USF Eça	13.556	4	35	0,26%
	USF Ribeirinha	14.023	0	3	0,02%
	USF Santo António da Charneca	13.626	0	0	0%
	USF Alburrica	8.199	0	1.591	19,4%
Moita	UCSP Moita	14.864	11	10.197	68,6%
	UCSP Alhos Vedros	11.223	26	7.740	68,97%
	USF Boa Viagem	8.271	0	0	0%
	UCSP Baixa da Banheira	19.587	75	14.675	74,92%
	USF Querer Mais	14.116	1	1.621	11,48%
Montijo	UCSP Montijo	24.508	15	17.670	72,1%
	UCSP Montijo Rural	5.210	1	4.740	90,98%
	USF Afonsoeiro	14.343	0	85	0,59%
	USF Aldegalega	11.776	0	9	0,08%
	TOTAL	232.916	176	88.829	38,14%

Fonte: BI-CSP, 2024

Vacinação

Em 2023, na ULSAR, a cobertura vacinal do Programa Nacional de Vacinação (PNV) recomendado¹⁸ teve valores superiores a 96%, com exceção da vacina contra o tétano e da BCG (apenas administrada a grupos de risco) (Quadro 26).

No que diz respeito ao PNV cumprido¹⁹ as coberturas vacinais para o tétano encontram-se entre os 76,26% e os 95,63%.

Na avaliação do PNV atempado²⁰ verificou-se um valor acima dos 98% aos 3 meses de idade, o mesmo não se verificando aos 13 meses, com valores discrepantes em vacinas que deveriam ser administradas concomitantemente, nomeadamente entre os 87% e os 90%.

¹⁸ PNV recomendado – avalia a cobertura vacinal de acordo com o esquema vacinal preconizado no Programa Nacional de Vacinação 2020, isto é, avalia o esquema de vacinação recomendado que tem como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível.

¹⁹ PNV cumprido – avalia as verdadeiras coberturas vacinais, uma vez que são consideradas as vacinas administradas nos esquemas de recurso que garantem a vacinação de toda a população presente no território, ainda que cronologicamente num momento diferente do preconizado no esquema geral recomendado.

²⁰ PNV atempado – dá a informação relativa às crianças vacinadas até 1 mês após a idade recomendada de vacinação (2 meses e 12 meses de idade), sendo um indicador de qualidade na prestação de cuidados de saúde infantil.

Quadro 26. Total de pessoas inscritas na ULSAR vacinadas no ano de 2023, segundo o esquema de vacinação recomendado (vacinas recomendadas de acordo com a idade) previsto no PNV, nas coortes de 2011, 2016, 2017, 2021, 2022 e 2023

Vacinas do Programa Nacional de Vacinação				
Coorte	Vacina	Total de fichas de vacinação (nº)	Total de pessoas vacinadas (nº)	%
2011	Tétano 6	2.389	2.178	91,17
2016	Tétano 5	2.156	2.047	94,94
	Sarampo 2		2.126	98,61
2017	Tétano 5	2.174	2.040	93,84
	Sarampo 2		2.089	96,09
2021	Tétano 4	1.859	1.826	96,7
	Sarampo 1		1.844	98,22
	<i>N. Meningitidis C</i>		1.844	99,19
	<i>N. Meningitidis B</i> 3		1.826	99,19
	<i>S. Pneumoniae</i> – 13 3		1.827	98,22
2022	Tétano 3	1.911	1.896	99,22
	<i>N. Meningitides B</i> 2		1.896	99,22
	<i>S. Pneumoniae</i> – 13 2		1.898	99,32
2023	Tuberculose	1.999	801	40,07
	Hepatite B 1		1.968	98,45

Fonte: Vacinas, 2024

De referir que, na coorte dos nascidos em 1957, a percentagem de pessoas vacinadas com a vacina contra o tétano foi de apenas 76,26% (Quadro 27), caminhando sempre para uma maior cobertura vacinal.

Quadro 27. Total de pessoas inscritas vacinadas no ano de 2023 com a vacina contra o tétano, nas coortes de 1957, 1977, 1997, 2017 e 2021

Vacinas do Programa Nacional de Vacinação				
Coorte	Vacina	Total de fichas de vacinação	Total de pessoas vacinadas	%
1957	Tétano (T)	2.582	1.969	76,26
1977	Tétano (T)	3.910	3.304	84,50
1997	Tétano (T)	2.488	1.813	72,87
2017	Tétano (T)	2.174	2.079	95,63
2021	Tétano (T)	1.859	1.834	98,66

Fonte: Vacinas, 2024

Unidades Privadas

Segundo a informação disponibilizada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), na área geográfica da ULSAR, as unidades privadas de saúde licenciadas são: seis de cuidados continuados, 73 de meios complementares de diagnóstico, duas unidades de cuidados de saúde com internamento, 77 unidades de saúde sem internamento, 48 unidades de dentária e 13 unidades de recuperação e tratamento (Quadro 28).

Quadro 28. Unidades privadas de saúde licenciadas, na área geográfica da ULSAR, em 2024

	Alcochete	Barreiro	Moita	Montijo	ULSAR
Cuidados continuados	0	1	1	4	6
Meios complementares de diagnóstico	11	20	21	21	73
Unidades de cuidados de saúde com internamento	0	0	2	0	2
Unidades de cuidados de saúde sem internamento	17	20	20	20	77
Unidades de dentária	2	20	15	21	48
Unidades de recuperação e tratamento	2	7	1	3	13

Fonte: ERS, 2024

Farmácias

Na área geográfica da ULSAR, em outubro de 2024, existiam 55 farmácias, cuja distribuição por concelho se apresenta no Quadro 27.

Quadro 29. Número de Farmácias, na área geográfica da ULSAR, em 2024

	Alcochete	Barreiro	Moita	Montijo	ULSAR
Nº Farmácias	5	23	14	13	55

Fonte: Portal Nacional, 2024

Estado de Saúde

Esperança de Vida

A esperança de vida à nascença na área geográfica do Arco Ribeirinho no triénio 2018-2020 (80,0 anos) aumentou 5,7 anos face ao triénio 1996-1998 (74,3 anos) e 2,8 ano em relação ao triénio 2005-2007 (77,2 anos) sendo, no entanto, inferior ao valor da Região e do Continente (81,7 anos) (Quadro 30).

O maior aumento entre os triénios 1996-1998 e 2018-2020 verificou-se no sexo masculino (+6,9 anos) relativamente ao feminino (+4,1 anos).

Quadro 30. Esperança de vida à nascença por triénios (96-98, 05-07 e 18-20) no Continente, AML e Arco Ribeirinho

Esperança de vida	Continente			ARS Lisboa e Vale do Tejo			Arco Ribeirinho		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Triénio 1996-1998	75,8	72,2	79,4	75,3	71,4	79,2	74,3	70,6	78,3
Triénio 2005-2007	79,0	75,6	82,2	78,8	75,2	82,2	77,2	73,6	80,9
Triénio 2018-2020	81,7	78,6	84,6	81,7	78,6	84,5	80,0	77,4	82,4

Fonte: Adaptado de Observatórios Regionais de Saúde, 2023

Anos Potenciais de Vida Perdidos

Segundo o INE, os anos potenciais de vida perdidos correspondem ao número de anos que, teoricamente, uma determinada população deixa de viver se morrer prematuramente, isto é, antes dos 70 anos. Em 2019, o número médio de anos potenciais de vida perdidos na população da AML era de 13,4 anos, valor superior ao de Portugal continental cujo valor era de 12,7 anos.

Doença Cardiovascular

Em 2019, as doenças do sistema cardiovascular constituíram a principal causa de morte em Portugal, representando 33,4% das causas de morte.

Na área geográfica da ULSAR, o concelho com maior taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em 2021, foi o Montijo (3,4 ‰) e o menor foi Alcochete (2,5 ‰). Entre 2011 e 2021, verificou-se uma diminuição desta taxa de mortalidade em três dos quatros concelhos da ULSAR (Quadro 31).

Quadro 31. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (‰), no Continente, AML e concelhos da ULSAR (2011 e 2021)

Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (‰)		
Localização Geográfica	2011	2021
Portugal	3,0	3,1
AML	3,0	2,9
Alcochete	3,2	2,5
Barreiro	3,2	3,0
Moita	2,4	3,0
Montijo	3,1	3,4

Fonte: INE, 2024

A prevalência/incidência codificada de fatores de risco de doença cardiovascular e de doença nos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários na área geográfica da ULSAR, em 2023 segundo os dados disponíveis no SIARS e BI-CSP, foi inferior aos valores nacionais e de LVT, com exceção da incidência de “obesidade” e da “alteração de metabolismo de lípidos”, onde se verificam valores superiores à região de LVT, mas ainda inferiores aos valores observados a nível nacional (Quadro 32).

Quadro 32. Incidência e proporção de vários indicadores de doença cardiovascular e de risco de doença cardiovascular, em Portugal, LVT e ULSAR, em 2023

Incidência e proporção de vários indicadores de doença cardiovascular e de risco de doença cardiovascular em 2023				
Indicadores		Portugal	LVT	ULSAR
Risco de Doença Cardiovascular	Incidência de “hipertensão arterial”	17,1	15,8	14,9
	Proporção de utentes com “hipertensão arterial”	23,0	20,9	19,9
	Proporção de hipertensos < 65A, com PA < 150/90 mmHg	54,9	43,6	44,8
	Proporção de hipertensos com risco CV (3A)	66,8	55,7	54,1
	Incidência de “alteração de metabolismo de lípidos”	18,0	15,0	17,4
	Proporção de utentes com “alteração de metabolismo de lípidos”	26,4	21,5	20,4
	Proporção de utentes com “excesso de peso”	24,5	20,2	17,5
	Incidência de “obesidade”	10,4	9,9	10,2
	Proporção de utentes com “obesidade”	14,3	12,6	11,7
	Incidência de “abuso de tabaco”	11,3	10,9	10,1
	Proporção de utentes com “abuso de tabaco”	12,3	11,4	10,6
Doença Cardiovascular	Incidência de “enfarte agudo do miocárdio”	0,6	0,5	0,7
	Proporção de utentes com “doença cardíaca isquémica”	0,9	0,9	0,9
	Incidência de “acidente vascular cerebral”	1,3	1,2	1,0
	Incidência de “acidente isquémico transitório”	0,3	0,2	0,2

A – Anos; CV – Cardiovascular; PA – Pressão Arterial.

Fonte: SIARS e BI-CSP, 2024

Hipertensão Arterial

O número de utentes hipertensos com e sem complicações inscritos na ULSAR aumentou entre o ano de 2020 e 2023 (Quadro 33). Em 2023, na ULSAR estavam codificados como hipertensos 46.990 utentes, dos quais 6.819 (14,5%) com “hipertensão com complicações” e 40.641 (85,5%) com “hipertensão sem complicações”.

Quadro 33. Número de utentes hipertensos com e sem complicações na ULSAR, em 2020 e 2023

	2020	2023
Hipertensão com complicações	5.972	6.819
Hipertensão sem complicações	37.879	40.641

Fonte: SIARS, 2024

Diabetes

Segundo o último relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, publicado em 2023 e referente ao ano de 2021, a prevalência estimada de *diabetes mellitus* (DM) na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 14,1% (7,9% diagnosticada e 6,1% não diagnosticada). Nesse ano e mantendo a tendência, observou-se uma maior prevalência da DM em homens e em pessoas com idade entre os 60 e os 79 anos.

Relativamente aos vários indicadores referentes à DM apresentados no Quadro 34, verifica-se que a ULSAR apresenta valores intermédios, isto é, superiores aos observados a nível regional, mas inferiores aos do nível nacional.

Quadro 34. Incidência e proporção de vários indicadores de *diabetes mellitus* (DM) em Portugal, LVT e ULSAR, em 2023

Incidência e proporção de vários indicadores de <i>diabetes mellitus</i>			
Indicadores	Portugal	LVT	ULSAR
Incidência de “DM”	7,2	6,3	6,5
Proporção de utentes com “DM”	8,6	7,5	7,8
Proporção de utentes com “DM insulino-dependente”	0,7	0,6	0,7
Proporção de utentes com “DM não insulino-dependente”	8,0	6,9	7,2
Proporção de utentes com “DM2” com terapêutica com insulina	5,5	4,7	4,8

Fonte: SIARS, 2024

No que se refere ao número de óbitos, verifica-se uma diminuição global do número de óbitos por DM, entre 2011 e 2021, em Portugal continental, na AML e na ULSAR, sendo que apenas se verificou o seu aumento no concelho do Barreiro (Quadro 35).

Quadro 35. Número de óbitos por causa de morte em Portugal, na AML e concelhos da ULSAR, em 2011 e 2021

Óbitos (Nº e %) por local de residência							
Causas de morte		Portugal	AML	Alcochete	Barreiro	Moita	Montijo
2011	Todas as causas de morte	102.848	25.308	152	913	602	491
	Diabetes Mellitus	4.536 (4,4%)	1.045 (4,1%)	13 (8,6%)	36 (3,9%)	25 (4,1%)	27 (5,5%)
2021	Todas as causas de morte	124.841	33.289	165	1.076	854	643
	Diabetes Mellitus	3.471 (2,8%)	892 (2,7%)	4 (2,4%)	44 (4,1%)	32 (3,7%)	24 (3,7%)

Fonte: INE, 2024

Verificou-se, entre 2020 e 2023, a manutenção da tendência de crescimento, constatada já desde 2016, do número de utentes da ULSAR com a codificação em registo clínico de diabetes insulino dependente, não insulino dependente e gestacional (Quadro 36).

Quadro 36. Número de utentes com diabetes insulino dependente, não insulino dependente e gestacional na ULSAR, em 2020 e 2023

	2020	2023
Diabetes insulino dependente	1.487	1.579
Diabetes não insulino dependente	15.791	16.910
Diabetes gestacional	229	325

Fonte: SIARS, 2024

Doenças do Aparelho Respiratório

Em Portugal, as doenças do aparelho respiratório são a terceira principal causa de morte, a seguir às doenças cardiovasculares e às doenças oncológicas.

Verificou-se uma diminuição global do número de óbitos por doenças do aparelho respiratório entre 2011 e 2021, em Portugal e na AML, bem como em três dos quatros concelhos da ULSAR (Quadro 37).

Quadro 37. Número de óbitos por causa de morte em Portugal, na AML e concelhos da ULSAR, em 2011 e 2021

	Causas de morte	Portugal	AML	Alcochete	Barreiro	Moita	Montijo
2011	Todas as causas de morte	102.848	25.308	152	913	602	491
	Doenças do aparelho respiratório	11.917	2.491	16	121	75	49
	Gripe (Influenza)	13	0	0	0	0	0
	Pneumonia	5.421	1.155	7	63	38	12
	Doenças crónicas das vias aéreas inferiores	2.629	559	2	14	14	8
	Asma e estado de mal asmático	122	37	0	2	1	0
2021	Todas as causas de morte	124.841	33.289	165	1.076	854	643
	Doenças do aparelho respiratório	10.524	2.214	6	75	65	55
	Gripe (Influenza)	9	3	0	0	1	0
	Pneumonia	3.758	803	3	33	23	25
	Doenças crónicas das vias aéreas inferiores	2.444	571	0	21	17	15
	Asma e estado de mal asmático	157	45	0	1	0	0

Fonte: INE, 2024

A incidência e a prevalência de asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e bronquite crónica codificadas em processo clínico dos utentes da ULSAR, em 2023, situa-se abaixo dos valores nacionais e da região de LVT, com exceção da proporção de utentes com “bronquite crónica” em que se verificou um valor idêntico ao nível regional (Quadro 38).

Quadro 38. Incidência e proporção de algumas doenças do aparelho respiratório em Portugal, LVT e ULSAR (2021)

	Portugal	LVT	ULSAR
Incidência de “asma”	2,9	2,5	2,1
Proporção de utentes com “asma”	3,7	3,4	2,6
Incidência de “DPOC”	1,6	1,4	1,2
Proporção de utentes com “DPOC”	1,4	1,3	1,2
Proporção de utentes com “bronquite crónica”	0,9	0,8	0,8

Fonte: SIARS, 2024

Doenças de Notificação Obrigatória

Atualmente, de acordo com a legislação vigente mais recente (Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro) existem 65 doenças de notificação obrigatória (DNO) em Portugal. No Quadro 37, materializam-se os dados recolhidos da plataforma SINAVE referentes ao ano de 2023, onde constam apenas as DNO confirmadas durante este período.

Quadro 39. Número absoluto de casos confirmados por concelho e por ano, em 2023, cuja notificação foi feita no respetivo ano civil, referente a habitantes dos concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita, Montijo

Doença de Notificação Obrigatória (DNO)	Alcochete	Barreiro	Moita	Montijo	Total
Campilobacteriose	3	0	1	1	5
Clamídia	2	7	7	7	23
Dengue	0	1	0	0	1
Doença dos Legionários	0	1	0	0	1
Doença invasiva pneumocócica	1	4	2	1	8
Doença invasiva por <i>H. influenza</i>	1	1	0	0	2
Giardíase	0	0	1	0	1
Gonorreia (Infecção gonocócica)	2	13	12	6	33
Hepatite B	0	2	7	1	10
Hepatite C	1	3	3	0	7
Leptospirose	0	0	2	0	2
Listeriose	0	3	0	0	3
Malária	1	3	1	2	7
Mpox	0	0	0	3	3
Rickettsiose	0	1	0	1	2
Salmoneloses não <i>Typhi</i> e não <i>Paratyphi</i>	0	3	0	2	5
Sífilis excluindo Sífilis Congénita	2	10	9	14	35
Tosse convulsa	0	1	0	0	1
Tuberculose	1	11	12	5	29
VIH (Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana) /SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida)	0	4	7	8	19

Fonte: SINAVE, 2024

No ano de 2023, foram confirmados um total de 197 casos de DNO.

As três DNO com maior número de casos confirmados, na ULSAR, nesse ano, foram a Sífilis não congénita, a Gonorreia e a Tuberculose, duas das quais infeções sexualmente transmissíveis, cujas notificações têm historicamente representado uma grande proporção das DNO confirmadas na ULSAR.

VIH/SIDA

Portugal tem registado, desde 2000, uma diminuição do número de novas infeções pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH), com 2.820 novos casos diagnosticados em 2001, comparativamente a 924 casos em 2023, sendo também acompanhada por uma diminuição de novos casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Deste modo, a nível nacional, nos últimos dez anos, registou-se uma redução em 36% no número de novos casos de VIH e em 66% no número de novos casos de SIDA.

A AML apresenta atualmente o maior número de casos do país, representando, em 2023, 51,5% do total dos casos de VIH/SIDA notificados nesse ano. O distrito de Setúbal é o segundo distrito com a mais alta taxa de novos casos diagnosticados no período entre 2014-2023, com 11,5 novos casos por 100.000 habitantes.

Tumores Malignos

Tendo em conta os dados do INE, os óbitos por local de residência, sexo, grupo etário e causa de morte, a doença oncológica surge como a segunda principal causa de morte em Portugal, logo a seguir às doenças cardiovasculares, tendência que se tem mantido nos últimos anos. De acordo com os dados disponíveis no *Global Cancer Observatory*, houve 49.913 novos casos de cancro em Portugal em 2022, traduzindo 492,2 novos casos por 100.000 habitantes nesse ano, e 33.762 óbitos por doença oncológica. A distribuição por localização mantém-se inalterada, sendo os cancros colorretal (16,8%), da mama (16,0%) e da próstata (13,3%) os que representam a maior proporção de novos casos de doença oncológica.

Quadro 40. Proporção de óbitos cuja causa atribuível é um tumor maligno face ao número total de óbitos registados, por ano (em percentagem, arredondado às unidades) e por concelho no território da ULSAR

Ano	Portugal	AML	Concelhos da ULSAR			
			Alcochete	Barreiro	Moita	Montijo
2017	25%	28%	20%	27%	26%	21%
2018	24%	27%	26%	24%	25%	24%
2019	25%	28%	29%	28%	25%	23%

Fonte: INE, 2022

Nos últimos anos, aproximadamente um quarto da população portuguesa morreu devido a uma doença oncológica, proporção essa que também se verifica nos quatro concelhos da ULSAR (Quadro 40).

Por outro lado, constata-se que, de um modo geral, a taxa de mortalidade por tumores malignos, em Portugal, e nos concelhos constituintes da ULSAR, tem vindo a aumentar, valor que ganha particular preocupação no concelho do Barreiro onde esta taxa atingiu o valor de 3,4‰ em 2019 (Quadro 41).

Quadro 41. Taxa de mortalidade por tumores malignos (‰), por local de residência e por ano

Ano de referência dos dados	Local de Residência	Taxa de mortalidade por tumores malignos (‰)
2017	Portugal	2,6
	Alcochete	1,9
	Barreiro	3,0
	Moita	2,7
	Montijo	2,2
2018	Portugal	2,8
	Alcochete	2,0
	Barreiro	3,2
	Moita	3,1
	Montijo	2,4
2019	Portugal	2,8
	Alcochete	2,0
	Barreiro	3,4
	Moita	2,9
	Montijo	2,3

Fonte: INE, 2024

Mortalidade

Taxa de Mortalidade

No que concerne à taxa de mortalidade, isto é, ao número de óbitos observado durante um determinado período, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1.000 habitantes), verificou-se um aumento da mesma, entre 2011 e 2020, tendo sido fixada nos 9,7‰ no ano de 2011 e chegando a 12‰ no ano de 2020, em Portugal. Atualmente, tem-se verificado uma tendência decrescente para esta medida. No que diz respeito à taxa de mortalidade na ULSAR, é possível observar a sua evolução no Quadro 42.

Quadro 42. Taxa bruta de mortalidade (‰), por local de residência, por ano

Local de Residência	Taxa bruta de mortalidade (‰)			
	2011	2021	2022	2023
Portugal	9,7	12,0	11,9	11,2
AML	9	11,5	10,8	10,3
Alcochete	8,6	8,5	9,3	9,6
Barreiro	11,6	13,6	12,8	13,2
Moita	9,1	12,8	11,4	11,9
Montijo	9,5	11,4	11,2	10,8

Fonte: INE, 2024

Mortalidade Infantil

Analisando a taxa quinquenal de mortalidade infantil podemos verificar que esta é mais elevada na AML do que no total nacional.

A nível local, verificou-se uma diminuição da taxa quinquenal de mortalidade infantil em todos os concelhos da ULSAR, sendo particularmente marcada no concelho do Montijo. Ressalta-se que no Barreiro se mantém uma taxa quinquenal de mortalidade infantil com um valor superior ao dobro daquela registada a nível nacional (Quadro 41).

Quadro 43. Taxa quinquenal de mortalidade infantil (‰) por local de residência

Local de Residência	Taxa quinquenal de mortalidade infantil (‰)			
	2015-2019	2016-2020	2017-2021	2018-2022
Portugal	3	2,9	2,7	2,7
AML	3,5	3,4	3,2	3,1
Alcochete	3,6	2,5	1,3	1,3
Barreiro	6,2	6,4	6,0	5,9
Moita	4	3,6	2,5	3,0
Montijo	5,7	4,0	3,0	2,0

Fonte: INE, 2024

Fontes de Informação Utilizadas

- BI-CSP. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>.
- *Global Cancer Observatory*. Disponível em <https://gco.iarc.fr/en>.
- INE. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.
- SIARS.

Bibliografia

- AMARSUL, Relatório e contas 2023. Disponível em https://www.amarsul.pt/media/ieydwwpo/rc-2023_compressed.pdf.
- Centro de Estudos de Desenvolvimento Regional e Urbano, Lda., Plano Metropolitano de Adaptação às Alterações Climáticas. Volume II. Avaliação de Impactes e de Vulnerabilidades. 2019.
- Competências das CCDR – Qualidade do Ar. Disponível em: <https://www.ccdr-lvt.pt/ambiente/qualidade-do-ar/competencias-das-ccdr-qualidade-do-ar/>.
- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Norma de orientação clínica nº 008/2021 de 30/06/2021, Mutilação Genital Feminina. Lisboa: DGS, 2021.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção por VIH em Portugal – 2024. Lisboa: DGS/INSA; 2024.
- Ramos, Catarina *et all*. Avaliação da Susceptibilidade aos Perigos Naturais da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Prospectiva e Planeamento, Vol. 17–2010. 2010.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2019, 2020 e 2021 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 03/2023. 2023.



PLSAR

Plano Local de Saúde do
Arco Ribeirinho 2030

Conectados pelo Tejo, Unidos pela Saúde

Anexo 2

ESTRATIFICAÇÃO PELO
RISCO DA POPULAÇÃO
INSCRITA NA UNIDADE
LOCAL DE SAÚDE DO
ARCO RIBEIRINHO, E.P.E.

Índice

Enquadramento	1
Caracterização da população	3
Pirâmide etária por grupo etário e sexo	3
População inscrita por área de influência da ULSAR	8
População inscrita por nível de utilização de recursos de saúde	9
População inscrita por Grupo de Necessidades.....	10
Grupos de Necessidades (GN) e Níveis de Utilização de Recursos de Saúde (NUR).....	10
Multimorbilidade	11
Pirâmide de Kaiser	13

Índice de Quadros

Quadro 1 – Distribuição da população inscrita na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, por sexo e grupo etário.....	3
Quadro 2 - Distribuição da população inscrita com médico de família na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, por sexo e grupo etário.....	6
Quadro 3 - Distribuição da população inscrita sem médico de família na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, por sexo e grupo etário.....	7
Quadro 4 - Distribuição da população inscrita na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, com e sem médico de família, por concelho de residência registado no Registo Nacional de Utentes	8
Quadro 5 – Distribuição dos utentes inscritos na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho por nível de utilização de recursos, total e por sexo, no ano de 2024	9
Quadro 6 – Distribuição dos utentes inscritos na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho por grupo de necessidades, total e por sexo, no ano de 2024	10
Quadro 7 - Distribuição dos utentes inscritos na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho por grupo de necessidades e nível de utilização de recursos.....	11
Quadro 8 - Número de diagnósticos por utentes inscritos na ULSAR, no ano de 2024	11

Índice de Figuras

Figura 1 – Pirâmide etária da população inscrita na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, por nível de risco.....	4
Figura 2 – População inscrita na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, com e sem médico de família.....	5
Figura 3 - Distribuição do número de diagnósticos dos utentes inscritos na ULSAR, por faixa etária e sexo, no ano de 2024.....	12
Figura 4 - Pirâmide de Kaiser - Nacional	13
Figura 5 - Pirâmide de Kaiser - ULSAR.....	13

Lista de Siglas

CSP	Cuidados de Saúde Primários
RNU	Registo Nacional de Utentes
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ULSAR	Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Enquadramento

A estratificação da população pelo risco é uma abordagem populacional e sistematizada utilizada em saúde pública e na gestão de sistemas de saúde para classificar indivíduos ou grupos conforme o seu nível de risco de desenvolver doenças, complicações ou o aumento de utilização dos serviços de saúde. Esta metodologia permite uma alocação mais eficiente de recursos, priorizando ações de prevenção, monitorização e intervenção para aqueles que mais necessitam. Permite ainda realizar análises preditivas e antever cenários possíveis, mediante as medidas definidas.

O principal objetivo da estratificação é identificar precocemente indivíduos com maior vulnerabilidade ou propensão a agravamento do estado de saúde, como por exemplo doenças crónicas (ex.: diabetes, hipertensão), hospitalizações frequentes e recorrentes ou mortalidade precoce.

A estratificação pode ser realizada com base em diversos critérios, isolados ou em simultâneo:

- Condições clínicas pré-existentes (ex.: doenças crónicas);
- Histórico de utilização de serviços de saúde (ex.: internamentos, consultas);
- Consumo de medicamentos (ex.: antidiabéticos, anti hipertensores);
- Dados sociodemográficos (ex.: idade, rendimento, escolaridade);
- Comportamentos de risco (ex.: tabagismo, sedentarismo);
- Avaliações clínicas e laboratoriais.

Os dados são analisados, com apoio de algoritmos ou ferramentas de análise preditiva, e os indivíduos são classificados em níveis de risco: baixo, moderado, alto ou muito alto.

Alguns exemplos de aplicações deste tipo de informação são:

- **Planeamento de cuidados personalizados:** Pessoas de alto risco têm planos de cuidados personalizados e acompanhamento mais frequente.
- **Gestão de doenças crónicas:** Identificação de quem precisa de intervenções individualizadas para evitar complicações e descompensações.
- **Eficiência dos serviços de saúde:** Redução dos internamentos hospitalares evitáveis e melhoria do uso dos recursos disponíveis.

Esta ferramenta foi desenvolvida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. em articulação com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, I.P.. A estratificação de risco populacional baseia-se em algoritmos que processam dados provenientes de duas fontes centrais: o Sistema de Informação e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a Base de Dados da Morbilidade Hospitalar.

Estas fontes integram registos clínicos do SClínico, dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e dos Hospitalares, e sistemas sucedâneos, abrangendo diagnósticos codificados em

Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários - 2 e Classificação Internacional de Doenças - 10. A análise inclui ainda dados demográficos do Registo Nacional de Utentes (RNU) e informações do Centro de Controlo e Monitorização do SNS relativas ao histórico de prescrição e dispensa de medicamentos, bem como custos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no setor convencionado. Adicionalmente, são considerados dados de internamentos, cirurgias e episódios de ambulatório, incluindo instituições dos setores privado e social com acordos no âmbito do Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar.

Prevê-se, futuramente, a integração de dados da farmácia hospitalar e de um índice socioeconómico, este último desenvolvido em colaboração com o Instituto Nacional de Estatística.

Neste momento, está ainda disponível uma ferramenta de *Business Intelligence*, que permite analisar a população inscrita nas diferentes Unidades de Saúde dos CSP da área do Arco Ribeirinho em termos de estratificação pelo risco. Esta ferramenta tem por base a população inscrita independentemente da sua morada.

Deste modo, os dados em análise dizem respeito à população inscrita na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho (ULSAR) no ano de 2024, com inscrição ativa, incluindo os utentes falecidos. Os dados refletem a utilização de recursos de saúde e os registos clínicos durante o ano de 2024 desses utentes.

Da análise, podemos verificar que a população inscrita na ULSAR é superior à população residente: população inscrita de 235.605 utentes e população residente de 219.455 (Censos 2021).

Ressalva-se que é necessário ter em consideração que a informação apresentada neste documento é dinâmica e reflete apenas o período em análise.

Caracterização da população

Apresenta-se no presente capítulo a caracterização da população inscrita nas Unidades de CSP da ULSAR estratificada pelo risco de saúde.

Pirâmide etária por grupo etário e sexo

A população inscrita na ULSAR, no ano de 2024, totaliza 235.605 utentes, sendo 53,00% do sexo feminino e 47,00% do sexo masculino (Quadro 1). Relativamente aos grupos etários identifica-se a seguinte distribuição: dos 0 aos 14 anos 14,17%, entre os 15 e os 34 anos 22,69%, entre os 35 e os 64 anos 40,75%, e com 65 anos ou mais 22,39% dos utentes inscritos.

Quadro 1 – Distribuição da população inscrita na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, por sexo e grupo etário

Faixa Etária	Homens		Mulheres		Total	
		%		%		%
≥ 95	144	0,06 %	439	0,19 %	583	0,25 %
90 - 94	625	0,27 %	1.259	0,53 %	1.884	0,80 %
85 - 89	1.811	0,77 %	3.027	1,28 %	4.838	2,05 %
80 - 84	3.377	1,43 %	4.735	2,01 %	8.112	3,44 %
75 - 79	5.034	2,14 %	6.618	2,81 %	11.652	4,95 %
70 - 74	5.517	2,34 %	7.131	3,03 %	12.648	5,37 %
65 - 69	5.754	2,44 %	7.303	3,10 %	13.057	5,54 %
60 - 64	6.122	2,60 %	7.490	3,18 %	13.612	5,78 %
55 - 59	6.791	2,88 %	7.924	3,36 %	14.715	6,25 %
50 - 54	8.243	3,50 %	8.921	3,79 %	17.164	7,29 %
45 - 49	9.138	3,88 %	10.162	4,31 %	19.300	8,19 %
40 - 44	7.844	3,33 %	8.785	3,73 %	16.629	7,06 %
35 - 39	6.924	2,94 %	7.628	3,24 %	14.552	6,18 %
30 - 34	6.814	2,89 %	7.331	3,11 %	14.145	6,00 %
25 - 29	6.475	2,75 %	6.965	2,96 %	13.440	5,70 %
20 - 24	6.289	2,67 %	6.634	2,82 %	12.923	5,49 %
15 - 19	6.707	2,85 %	6.249	2,65 %	12.956	5,50 %
10 - 14	6.184	2,62 %	5.922	2,51 %	12.106	5,14 %
05 - 09	5.757	2,44 %	5.491	2,33 %	11.248	4,77 %
00 - 04	5.155	2,19 %	4.886	2,07 %	10.041	4,26 %
Total	110.705	46,99 %	124.900	53,01 %	235.605	100,00 %

Fonte: BIER, 2024.

De salientar que os níveis de risco mais elevados se verificam na população com mais de 50 anos e no sexo feminino, conforme a Figura 1.

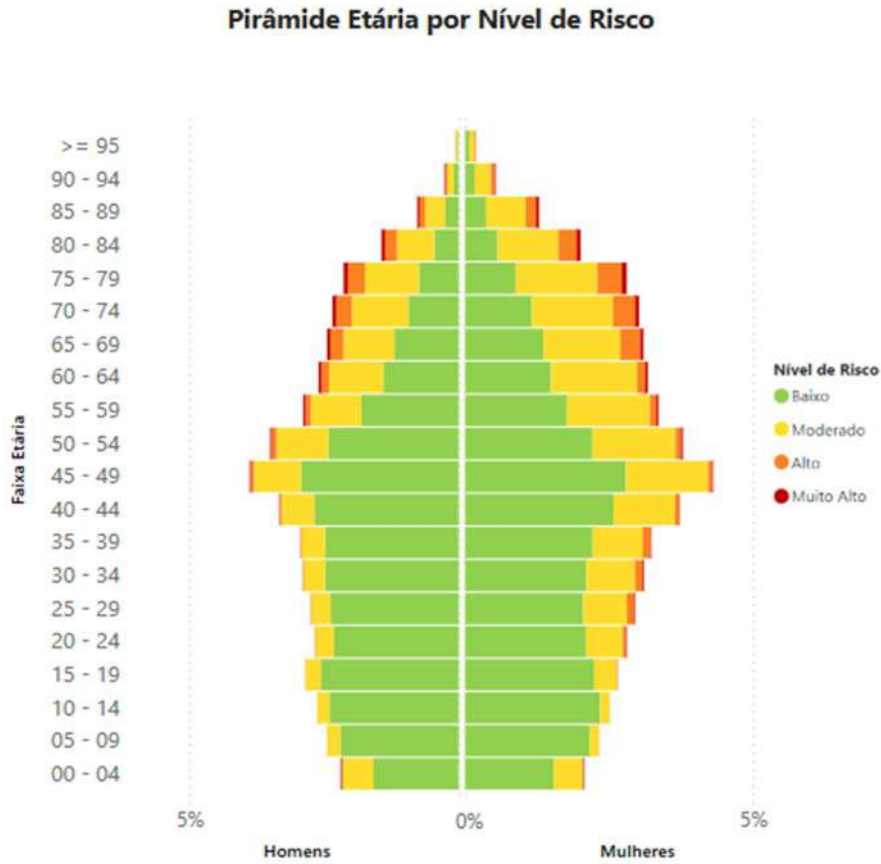


Figura 1 – Pirâmide etária da população inscrita na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, por nível de risco

Fonte: BIER, 2024

Dos 235.605 utentes inscritos nos CSP, cerca de 63,00% (147.955 utentes) tem médico de família atribuído e 37,00% (87.650 utentes) não tem médico de família atribuído, conforme a Figura 2.

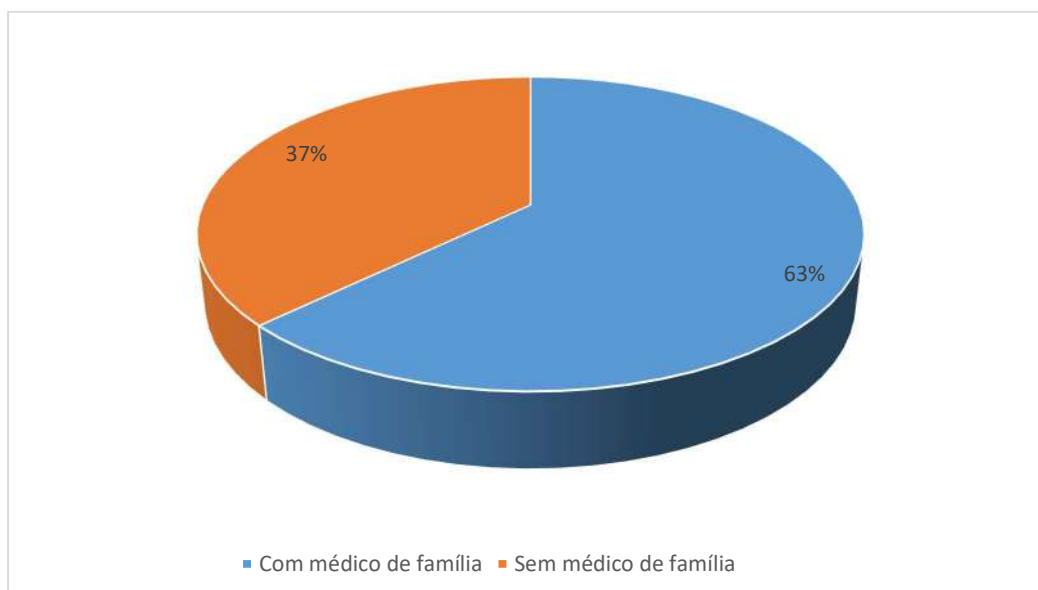


Figura 2 – População inscrita na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, com e sem médico de família

Fonte: BIER, 2024

O Quadro 2. apresenta a distribuição da população inscrita com médico de família, por sexo e grupo etário. Verifica-se que 53,78% dos utentes com médico de família é do sexo feminino.

Quadro 2 - Distribuição da população inscrita com médico de família na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, por sexo e grupo etário

Faixa Etária	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
>= 95	98	0,07 %	294	0,20 %	392	0,26 %
90 - 94	452	0,31 %	889	0,60 %	1.341	0,91 %
85 - 89	1.320	0,89 %	2.118	1,43 %	3.438	2,32 %
80 - 84	2.503	1,69 %	3.443	2,33 %	5.946	4,02 %
75 - 79	3.715	2,51 %	5.012	3,39 %	8.727	5,90 %
70 - 74	3.832	2,59 %	5.047	3,41 %	8.879	6,00 %
65 - 69	3.817	2,58 %	5.010	3,39 %	8.827	5,97 %
60 - 64	4.126	2,79 %	5.085	3,44 %	9.211	6,23 %
55 - 59	4.429	2,99 %	5.294	3,58 %	9.723	6,57 %
50 - 54	5.225	3,53 %	5.907	3,99 %	11.132	7,52 %
45 - 49	5.558	3,76 %	6.517	4,40 %	12.075	8,16 %
40 - 44	4.255	2,88 %	5.188	3,51 %	9.443	6,38 %
35 - 39	3.519	2,38 %	4.172	2,82 %	7.691	5,20 %
30 - 34	3.491	2,36 %	3.904	2,64 %	7.395	5,00 %
25 - 29	3.542	2,39 %	3.844	2,60 %	7.386	4,99 %
20 - 24	3.860	2,61 %	3.996	2,70 %	7.856	5,31 %
15 - 19	4.323	2,92 %	3.944	2,67 %	8.267	5,59 %
10 - 14	3.907	2,64 %	3.731	2,52 %	7.638	5,16 %
05 - 09	3.533	2,39 %	3.353	2,27 %	6.886	4,65 %
00 - 04	2.878	1,95 %	2.824	1,91 %	5.702	3,85 %
Total	68.383	46,22 %	79.572	53,78 %	147.955	100,00 %

Fonte: BIER, 2024

O Quadro 3. apresenta a distribuição de população inscrita sem médico de família, por sexo e grupo etário.

Quadro 3 - Distribuição da população inscrita sem médico de família na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, por sexo e grupo etário

Faixa Etária	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
>= 95	46	0,05 %	145	0,17 %	191	0,22 %
90 - 94	173	0,20 %	370	0,42 %	543	0,62 %
85 - 89	491	0,56 %	909	1,04 %	1.400	1,60 %
80 - 84	874	1,00 %	1.292	1,47 %	2.166	2,47 %
75 - 79	1.319	1,50 %	1.606	1,83 %	2.925	3,34 %
70 - 74	1.685	1,92 %	2.084	2,38 %	3.769	4,30 %
65 - 69	1.937	2,21 %	2.293	2,62 %	4.230	4,83 %
60 - 64	1.996	2,28 %	2.405	2,74 %	4.401	5,02 %
55 - 59	2.362	2,69 %	2.630	3,00 %	4.992	5,70 %
50 - 54	3.018	3,44 %	3.014	3,44 %	6.032	6,88 %
45 - 49	3.580	4,08 %	3.645	4,16 %	7.225	8,24 %
40 - 44	3.589	4,09 %	3.597	4,10 %	7.186	8,20 %
35 - 39	3.405	3,88 %	3.456	3,94 %	6.861	7,83 %
30 - 34	3.323	3,79 %	3.427	3,91 %	6.750	7,70 %
25 - 29	2.933	3,35 %	3.121	3,56 %	6.054	6,91 %
20 - 24	2.429	2,77 %	2.638	3,01 %	5.067	5,78 %
15 - 19	2.384	2,72 %	2.305	2,63 %	4.689	5,35 %
10 - 14	2.277	2,60 %	2.191	2,50 %	4.468	5,10 %
05 - 09	2.224	2,54 %	2.138	2,44 %	4.362	4,98 %
00 - 04	2.277	2,60 %	2.062	2,35 %	4.339	4,95 %
Total	42.322	48,29 %	45.328	51,71 %	87.650	100,00 %

Fonte: BIER, 2024

População inscrita na ULSAR por área de residência

O Quadro seguinte apresenta a distribuição da população inscrita nos CSP da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, com e sem médico de família atribuído por concelho de residência de acordo com a informação disponível no RNU.

Verifica-se que o concelho com maior percentagem de pessoas sem médico atribuído é o da Moita, seguido do Montijo. Constata-se ainda que 7,80% dos utentes residem em concelhos fora da área geográfica do Arco Ribeirinho

Quadro 4 - Distribuição da população inscrita na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, no ano 2024, com e sem médico de família, por concelho de residência registado no Registo Nacional de Utentes

Concelho de residência	Total de utentes	Proporção de utentes com médico	Proporção de utentes sem médico
Alcochete	18.068	64%	36%
Barreiro	78.337	69%	31%
Moita	68.028	56%	44%
Montijo	52.791	59%	41%
Residente fora da área de influência da ULSAR	18.381	69%	31%

ULSAR – Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Fonte: BIER, dados de 2024

População inscrita por nível de utilização de recursos de saúde

O nível de utilização de recursos está definido em 6 grupos, de 0 a 5, correspondente a uma crescente utilização, conforme se pode verificar no Quadro 5.

A classificação do nível de utilização de recursos baseia-se apenas nos registos efetuados no SNS (hospitais e cuidados de saúde primários) e no centro de conferências de faturação relativo a medicamentos com comparticipação. Assim, atendendo à falta de informação relativa aos registos realizados no setor privado e social, há uma avaliação da utilização de recursos de saúde abaixo da real.

Quadro 5 – Distribuição dos utentes inscritos na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho por nível de utilização de recursos, total e por sexo, no ano de 2024

NUR	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
0 Sem diagnóstico ou somente diagnósticos não válidos	22.654	9,62 %	13.698	5,81 %	36.352	15,43 %
1 Utilizadores saudáveis	41.503	17,62 %	46.268	19,64 %	87.771	37,25 %
2 Baixo	18.299	7,77 %	22.699	9,63 %	40.998	17,40 %
3 Moderado	23.776	10,09 %	36.052	15,30 %	59.828	25,39 %
4 Alto	3.352	1,42 %	5.176	2,20 %	8.528	3,62 %
5 Muito alto	1.121	0,48 %	1.007	0,43 %	2.128	0,90 %
Total	110.705	46,99 %	124.900	53,01 %	235.605	100,00 %

NUR – Nível de utilização de recursos

Fonte: BIER, dados de 2024

População inscrita por Grupo de Necessidades

O grupo de necessidades em saúde está definido em 11 categorias que se evidenciam no quadro 6 e que se apresenta do 1 ao 11, com nível crescente de necessidades de saúde.

Os três primeiros níveis correspondem a baixas necessidades de saúde e que 65,51% da população inscrita na ULSAR se encontra nestes níveis.

De referir que, 7,87% da população inscrita na ULSAR tem um nível de necessidades 9, 10 e 11, correspondentes a elevadas necessidades de saúde.

Quadro 6 – Distribuição dos utentes inscritos na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho por grupo de necessidades, total e por sexo, no ano de 2024

GN	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
01 Não utilizador/Sem informação	22.654	9,62 %	13.698	5,81 %	36.352	15,43 %
02 Necessidade Baixa- Criança	14.814	6,29 %	14.310	6,07 %	29.124	12,36 %
03 Necessidade Baixa- Adulto	40.970	17,39 %	47.908	20,33 %	88.878	37,72 %
04 Multimorbilidade- Complexidade baixa	14.875	6,31 %	20.321	8,63 %	35.196	14,94 %
05 Multimorbilidade- Complexidade média	5.994	2,54 %	8.321	3,53 %	14.315	6,08 %
06 Gravidez- Complexidade baixa	0	0,00 %	3.186	1,35 %	3.186	1,35 %
07 Gravidez- Complexidade alta	0	0,00 %	131	0,06 %	131	0,06 %
08 Condição Psiquiátrica/Comportamental Dominante	3.717	1,58 %	6.162	2,62 %	9.879	4,19 %
09 Condição Crónica Major Dominante	6.560	2,78 %	9.772	4,15 %	16.332	6,93 %
10 Multimorbilidade- Complexidade	1.041	0,44 %	914	0,39 %	1.955	0,83 %
11 Fragilidade	80	0,03 %	177	0,08 %	257	0,11 %
Total	110.705	46,99 %	124.900	53,01 %	235.605	100,00 %

GN – Grupo de necessidades

Fonte: BIER, dados de 2024

Grupos de Necessidades e Níveis de Utilização de Recursos de Saúde

No Quadro 7 apresenta-se o nível de utilização de recursos de saúde, face ao grupo de necessidades.

O maior nível de utilização de recursos (5 – muito alto; 0,90% do total) corresponde a utentes inscritos que se enquadram nos grupos de necessidade mais elevados (9, 10 e 11).

Aos níveis de utilização mais baixos (0 – sem diagnósticos e 1- utilizadores saudáveis) correspondem 52,68% dos utentes inscritos, sendo que a maioria se encontra no grupo de necessidades 1, 2 e 3, e uma pequena proporção corresponde à utilização por pessoas do grupo de necessidades 8 e 9.

Quadro 7 - Distribuição dos utentes inscritos na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho por grupo de necessidades e nível de utilização de recursos

GN	NUR						% Total de Utentes
	0 Sem diagnóstico ou somente diagnósticos não válidos	1 Utilizadores saudáveis	2 Baixo	3 Moderado	4 Alto	5 Muito alto	
01 Não utilizador/Sem informação	15,43%						15,43%
02 Necessidade Baixa- Criança		8,54%	3,82%				12,36%
03 Necessidade Baixa- Adulto		26,01%	11,71%				37,72%
04 Multimorbidade- Complexidade baixa				14,94%			14,94%
05 Multimorbidade- Complexidade média				4,38%	1,69%		6,08%
06 Gravidez- Complexidade baixa			0,30%	0,52%	0,53%		1,35%
07 Gravidez- Complexidade alta					0,06%		0,06%
08 Condição Psiquiátrica/Comportamental Dominante		1,29%	0,75%	1,88%	0,28%		4,19%
09 Condição Crónica Major Dominante		1,42%	0,81%	3,65%	1,03%	0,02%	6,93%
10 Multimorbidade- Complexidade alta						0,83%	0,83%
11 Fragilidade				0,03%	0,03%	0,05%	0,11%
% Total de Utentes	15,43%	37,25%	17,40%	25,39%	3,62%	0,90%	100,00%

GN – Grupo de necessidades; NUR – Nível de utilização de recursos

Fonte: BIER, dados de 2024

Multimorbidade

Do total da população inscrita, 54,12% não tem registo de multimorbidade (nenhum ou apenas um diagnóstico). Constata-se que 24,56% da população tem registados 2, 3 ou 4 diagnósticos e 21,32% da população 5 ou mais diagnósticos. De referir que, 1,46% da população inscrita tem registados 15 ou mais diagnósticos, correspondente a 3.450 pessoas.

Quadro 8 - Número de diagnósticos por utentes inscritos na ULSAR, no ano de 2024

Nº Diagnósticos	Qtd. Utentes	% Utentes
0	96.486	40,95%
1	31.037	13,17%
2	23.319	9,90%
3	19.090	8,10%
4	15.458	6,56%
5	11.973	5,08%
6	9.350	3,97%
7	7.150	3,03%
8	5.342	2,27%
9	4.090	1,74%
10	3.013	1,28%
11	2.182	0,93%
12	1.629	0,69%
13	1.161	0,49%
14	875	0,37%
15	3.450	1,46%
Total	235.605	100,00%

Fonte: BIER, dados de 2024

Verifica-se uma maior proporção de multimorbilidade nas pessoas a partir dos 45 anos e no sexo feminino.

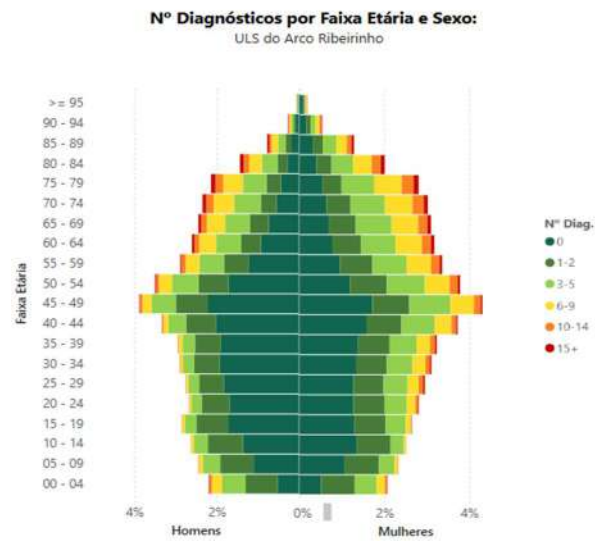


Figura 3 - Distribuição do número de diagnósticos dos utentes inscritos na ULSAR, por faixa etária e sexo, no ano de 2024

Fonte: BIER, dados de 2024

Pirâmide de Kaiser

As pirâmides de Kaiser (ou estratificação de risco segundo o modelo Kaiser Permanente) são uma ferramenta usada para classificar populações com base no nível de risco em saúde. A pirâmide é dividida em três níveis principais, representando diferentes graus de risco: base - baixo risco, meio – risco moderado e topo – risco elevado. Contudo, na análise efetuada, optou-se pela divisão da pirâmide em quatro níveis, de acordo com os níveis de risco definidos pelo agrupador.

As pirâmides de Kaiser, que a seguir se apresentam, evidenciam a distribuição da população pelos quatro níveis de risco, a nível nacional e a nível local, de acordo com a informação disponível.

Verifica-se que na distribuição da população nacional, a população de baixo risco representa 57,15% e que 42,85% se encontra entre o risco moderado e muito alto. Ao analisar a distribuição deste grupo (risco moderado a muito alto), verifica-se que 81,45% se encontra no risco moderado, 14,02% no risco alto e 4,53% no risco muito alto.

Pirâmide de Kaiser - Nacional

Tipo de População	Nível de Risco	Percentil	% Utentes no total da população de risco moderado a muito alto	Qtd. Utentes	% Custo no total da população de risco moderado a muito alto
População de Risco Moderado a Muito Alto	Muito Alto	P95	4,53%	304.177	18,42%
População de Risco Moderado a Muito Alto	Alto	P80-P95	14,02%	632.612	24,03%
População de Risco Moderado a Muito Alto	Moderado	P0-P80	81,45%	3.675.150	57,55%
População de Baixo Risco*	Baixo	NA		6.016.734	

Figura 4 - Pirâmide de Kaiser - Nacional

Na distribuição da população inscrita na ULSAR, a população de baixo risco representa 65,5% e 34,5% encontra-se entre o risco moderado e muito alto. Ao analisar a distribuição deste grupo (risco moderado a muito alto), verifica-se que 83,94% se encontra no risco moderado, 12,78% no risco alto e 3,28% no risco muito alto.

Pirâmide de Kaiser - ULS do Arco Ribeirinho**

Tipo de População	Nível de Risco	Percentil	% Utentes no total da população de risco moderado a muito alto	Qtd. Utentes	% Custo no total da população de risco moderado a muito alto
População de Risco Moderado a Muito Alto	Muito Alto	P95	3,28%	2.665	14,43%
População de Risco Moderado a Muito Alto	Alto	P80-P95	12,78%	10.385	21,07%
População de Risco Moderado a Muito Alto	Moderado	P0-P80	83,94%	68.201	63,60%
População de Baixo Risco*	Baixo	NA		154.354	

Figura 5 - Pirâmide de Kaiser - ULSAR



PLSAR

Plano Local de Saúde do
Arco Ribeirinho 2030

Conectados pelo Tejo, Unidos pela Saúde

Anexo 3

Quadro 1 – Grandes linhas de orientação estratégica e estratégias de intervenção do PLSAR

Grandes linhas de orientação estratégica	Estratégias de intervenção
Investir: Promover e proteger a saúde	Promoção dos direitos humanos Promoção da literacia em saúde Dinamização de ambientes promotores de saúde Prevenção e controlo de riscos ambientais Promoção da saúde em meio escolar (com particular atenção aos “primeiros anos”) Promoção da saúde no local de trabalho Prevenção e controlo de riscos ocupacionais e de doenças profissionais Promoção da saúde nos espaços de arte, diversão e lazer; nos espaços de culto Promoção da saúde da população nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde Promoção da saúde sexual e reprodutiva Promoção do aleitamento materno Promoção da saúde infantil e juvenil Promoção da alimentação saudável Promoção da atividade física

	Promoção do envelhecimento ativo e saudável e aumento da longevidade Promoção da saúde mental (fatores protetores), ao longo do ciclo de vida Prevenção e mitigação de consumos de risco (início de consumos de tabaco, álcool e substâncias psicoativas ilícitas, incluindo a diminuição do acesso a estas substâncias) Promoção de uma cultura de qualidade e segurança para o doente Promoção da saúde de grupos da população de maior vulnerabilidade Reforço da rede de suporte social e do capital social ao longo do ciclo de vida Promoção da segurança e prevenção da violência e da criminalidade Desenvolvimento de estratégias para a abordagem da violência ao longo do ciclo de vida, nas suas diversas formas
Incluir: Cobertura Universal de Saúde	Cobertura universal de saúde: Promoção da Saúde, proteção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados Acesso à saúde digital: SNS24, telesaúde e telemedicina Abordagem integrada dos percursos dos doentes assegurando a transição de cuidados Controlo dos fatores de risco modificáveis (e.g. tratamento da HTA e das dislipidemias, prescrição de atividade física e alimentação saudável, intervenções breves e programas de apoio intensivo (tabagismo). Prevenção das perturbações emocionais e do comportamento no âmbito da saúde infantil e juvenil Deteção precoce / rastreios de base populacional ou rastreios oportunistas (oncológicos; visuais e auditivos; diagnóstico precoce) Integração dos cuidados de saúde mental nos diferentes níveis de cuidados Vacinação (incluindo a realizada nos locais de trabalho)

	Recuperação e/ou melhoria do acesso a cuidados de vigilância de saúde no ciclo de vida - sexual, reprodutiva, na gravidez, parto e puerpério, infantil e juvenil Recuperação e/ou melhoria do acesso a serviços de saúde em situação de doença aguda e em situação de urgência Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de saúde oral Recuperação e/ou melhoria do acesso às Vias Verdes do AVC e do EAM Recuperação e/ou melhoria do acesso ao tratamento precoce a rastreios oncológicos, abrangendo toda(s) a(s) população(ões)-alvo Recuperação e/ou melhoria do acesso a cuidados continuados integrados, incluindo os de longa duração Recuperação e/ou melhoria do acesso a cuidados paliativos Recuperação e/ou melhoria do acesso à prevenção e tratamento da obesidade Recuperação e/ou melhoria do acesso à prevenção e tratamento do alcoolismo e tabagismo Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de saúde em meio prisional em articulação com os Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais/ Centros Hospitalares do SNS/serviços prisionais Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de saúde por parte de grupos da população de maior vulnerabilidade Prevenção de complicações ou agudização de doença crónica Educação para a (auto)gestão da doença crónica (incluindo a dor crónica), e para o autocuidado e capacitação de cuidadores informais. Garantia de acesso equitativo à inovação, nomeadamente a medicamentos e a dispositivos médicos
--	---

	Iniciativas legislativas e/ou medidas fiscais (e.g. para modificar os consumos) Sistema de informação em saúde para apoio à decisão Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis Vigilância epidemiológica de riscos ambientais Vigilância epidemiológica de riscos ocupacionais e de doenças profissionais
Inovar	Estabelecimento, manutenção ou reforço de parcerias internas e externas Promoção do conhecimento e das parcerias com a Academia Apoio a uma agenda de investigação alinhada com a saúde sustentável Desenvolvimento de uma saúde pública de precisão para a implementação “da estratégia de intervenção certa, no momento certo, na população certa” Transferência do conhecimento científico e das boas práticas para a <i>praxis</i>, visando obter resultados em saúde Desenvolvimento de uma cultura de transição digital, centrada no cidadão e inserida no Plano de Recuperação e Resiliência
Preparar e antecipar o futuro	Desenvolvimento / ajuste contínuo de planos, com base prospetiva, a fim de adaptar de forma célere estratégias de intervenção para “novas” necessidades de saúde, mas também de “áreas instrumentais” como os recursos humanos, as infraestruturas e as tecnologias da informação e comunicação Adaptação das estratégias de promoção e proteção da saúde em função das necessidades e das expectativas da população Investimento na segurança do doente (e.g. prevenção de “novas” resistências aos antimicrobianos, evicção da polimedicação entre outros)

	Definição e priorização de estratégias que assegurem as funções de vigilância e planeamento da preparação e resposta às emergências em Saúde Pública, e a própria resposta envolvendo todos os setores da sociedade, reforçando a sua resiliência não esquecendo a abordagem <i>One Health</i> Reforço das estratégias de Vacinação Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, incluindo as de baixa ou nula magnitude (e.g. doenças transmitidas por vetores, como a febre amarela e a malária)
--	---

Adaptado do PNS 2030



PLSAR

Plano Local de Saúde do
Arco Ribeirinho 2030

Conectados pelo Tejo, Unidos pela Saúde



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARCO RIBEIRINHO