PLANO LOCAL DE SAÚDE

Arco Ribeirinho

2015|2017

Ficha Técnica

Coordenação: Mário Durval

Conceção e redação:

Mário Durval

Natalina Ganhão

Paulo Espiga

Paulo Silva

Raquel Rodrigues dos Santos

Índice

1. ENQUADRAMENTO 3
2. METODOLOGIA 4
2.1. 1ª Fase 4
2.2. 2ª Fase 5
2.3. 3ª Fase 6
2.4. 4ª Fase 6
2.5. 5ª Fase 6
3. DIAGNÓSTICO 6
3.1. Mortalidade 9
3.2. Morbilidade 10
3.3. Serviços prestadores de cuidados de Saúde 11
3.4. Prioridades de intervenção 12
4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO - TERRITÓRIOS 13
4.1. Cidadania em saúde 15
4.2. Afetos 15
4.3. Alimentação 15
4.4. Ambiente 16
4.5. Movimento 16
5. ORIENTAÇÕES PARA A PROGRAMAÇÃO 16
5.1. Orientações para os serviços de saúde 17
5.1.1. Fatores de Risco 17
5.1.1.1. Desequilíbrio estato-ponderal 17
5.1.1.2. Adições 17
5.1.1.3. Pobreza 18
5.1.2. Fatores Protetores 18
5.1.2.1. Alimentação e Movimento 19
5.1.2.2. Cidadania 19
5.1.2.3. Afetos 19
5.1.3. Ambiente 19
6. ORIENTAÇÕES PARA A COMUNIDADE 20
6.1. Orientações para as autarquias 20
6.2. Orientações para outras entidades 21
7. INDICADORES 21
8. GOVERNAÇÃO 22
9. MONITORIZAÇÃO 24
10. AVALIAÇÃO 24
11. ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO 24
12. PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES DO PLSAR 26
12.1. Cronograma de atividades para o ano 2015 27
13. BIBLIOGRAFIA 27
ACRÓNIMOS E SIGLAS 28
DEFINIÇÕES 29

Índice de Figuras

Figura 1- Área Geográfica do AR (Barreiro, Moita, Alcochete e Montijo) 4
Figura 2 - Estrutura demográfica da população do AR 7
Figura 3 - Evolução da Mortalidade Geral e da Mortalidade Infantil no AR, (comparação com Continente e LVT) 9
Figura 4 - Mortalidade proporcional no AR, por ciclo de vida em ambos os sexos, para os grandes grupos de causas de morte 9
Figura 5- Proporção dos inscritos na ARSLVT e no ACES com registo de problemas selecionados, 2015 ... 10
Figura 6 - Átomo da Saúde do Arco Ribeirinho 14

Índice de Quadros

Quadro I – Parceiros envolvidos 5
Quadro II - Características da população do AR 8
Quadro III - Distribuição das entidades privadas de saúde e de âmbito social por Concelho do AR 12
Quadro IV - Importância atribuída pelos profissionais do ACESAR aos fatores protetores e de risco por momento do ciclo de vida 13
Quadro V – Indicadores de resultado do PLSAR 22
Quadro VI – Indicadores de monitorização 24
Quadro VII - Estratégia de comunicação do PLSAR 25
Quadro VIII – Plano de Atividades para o arranque do PLSAR 27

1. ENQUADRAMENTO

Este documento constitui a arquitetura do Plano Local de Saúde da área territorial do Arco Ribeirinho (PLSAR) que enquadrará a sua implementação no período de 2015 a 2017.

O PLSAR tem como fundamento contribuir para a melhoria do estado de saúde global da comunidade. Na sua génese e construção aplicaram-se as seguintes orientações estratégicas:

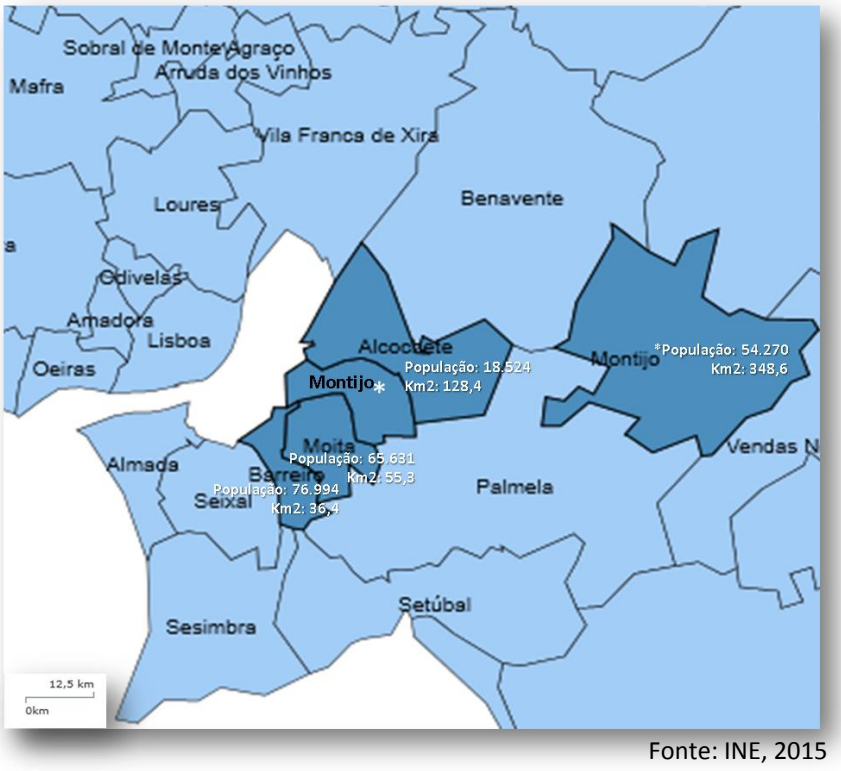
1. Atuar de forma pró-ativa e organizada sobre os fatores protetores da saúde e sobre os fatores de risco, sem deixar de ter em consideração a sua relação e impacto em patologias específicas.
2. Dotar os cidadãos, os profissionais e a comunidade de competências que lhes permitam potenciar os fatores protetores da saúde e minimizar os fatores de risco, gerir a saúde e as doenças de forma informada e eficaz e influenciar o estado de saúde da comunidade.
3. Responder às necessidades de saúde atuais e futuras dos indivíduos, das famílias e da comunidade, através da mobilização o mais abrangente possível dos agentes da comunidade, tendo em vista a utilização mais racional e eficiente dos recursos existentes e estimulando a criação de novos recursos.

Sabendo-se que a melhoria da saúde na população só é possível através do **envolvimento** da mesma (**cidadãos, agentes comunitários e serviços de saúde**) o PLSAR foi concebido de modo a assegurar um processo **dinâmico** e de **todos**.

O Arco Ribeirinho (AR) ocupa uma posição central no espaço da Área Metropolitana de Lisboa (AML), região com 16 Concelhos, sendo uma parte da Unidade Territorial designada de NUT III – Península de Setúbal.

Localizado na margem esquerda do Rio Tejo, encaixado na maior aglomeração urbana do país, faz fronteira com os concelhos do Seixal, a Oeste, cujo limite é traçado pelo rio Coina; Sesimbra, Setúbal e Palmela, a Sul; e Benavente a Este. Tendo um território descontínuo faz ainda fronteira com o Concelho de Vendas Novas, Montemor-o-Novo e Coruche.

Abrange um território de 559,98 Km^2, que no ano de 2014 tinha uma população residente de 215.321 pessoas (1), distribuída por 4 concelhos: Alcochete 18.658, Barreiro 76.775, Moita 65.288 e Montijo 54.600 (FIGURA 1).



Fonte: INE, 2015

Figura 1- Área Geográfica do AR (Barreiro, Moita, Alcochete e Montijo)

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada teve como pilar o envolvimento da comunidade e dos profissionais de saúde da área de abrangência do AR em 5 fases.

2.1. 1ª Fase

No âmbito das atribuições da Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (USPAS) foi definido o grupo de trabalho responsável pela elaboração do PLSAR, após o que foram iniciados os trabalhos preparatórios, desde logo a definição do fundamento e orientações estratégicas com o Conselho Clínico de Saúde e o Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho (ACESAR), a elaboração de documentos base, partindo do perfil de saúde e a definição da metodologia de trabalho.

2.2. 2ª Fase

Para a seleção e priorização de problemas foram realizadas 10 reuniões sectoriais com parceiros da comunidade envolvendo 200 participantes (QUADRO I).

Quadro I – Parceiros envolvidos

Parceiros	Datas	Número de Participantes
Coordenadores das Unidades Funcionais do ACESAR	Fevereiro de 2014	15
Escolas	Março de 2014	4
Autarquias e Associações de Utentes	Março de 2014	34
IPSS – Montijo	Abril de 2014	12
IPSS – Moita	Abril de 2014	10
IPSS – Alcochete	Abril de 2014	11
Forças de Segurança / Proteção Civil	Abril de 2014	6
IPSS – Barreiro	Abril de 2014	9
CHBM	Abril de 2014	21
Colaboradores do ACESAR	Setembro de 2014	78

Utilizaram-se dois métodos, a *comparação por pares* e a *atribuição de pesos a critérios*, tendo sido elaboradas fichas de listagem: saúde, serviços e pessoas; cruzando os problemas identificados como mais significativos com a Mortalidade, Morbilidade, Transcendência económica, Transcendência social e a Vulnerabilidade.

A metodologia privilegiou a interação individual e grupal, utilizando as técnicas *Brainstorming* e grupo nominal, na realização de fóruns comunitários agregados por tipo de parceiro comunitário e também por Concelho para uma adequada contextualização dos problemas, tendo sido obtidos os seguintes resultados:

1. **Problemas de saúde**: consideraram-se como mais importantes as neoplasias; as doenças cardiovasculares e a diabetes.

2. **Problemas de serviços**: definiram-se como mais relevantes a falta de recursos humanos; a desmotivação dos profissionais e o tempo de espera.

3. **Problemas das pessoas:** consideram-se como mais importantes a falta de atitude preventiva; o desemprego e os comportamentos de risco.

2.3. 3ª Fase

Para a hierarquização dos fatores protetores e de risco nos diferentes momentos do ciclo de vida, e considerando as competências específicas dos profissionais do ACESAR, foi solicitada uma reflexão individual através de correio eletrónico, para resposta a um inquérito *on-line,* obtendo-se como informadores chave 52%.

2.4. 4ª Fase

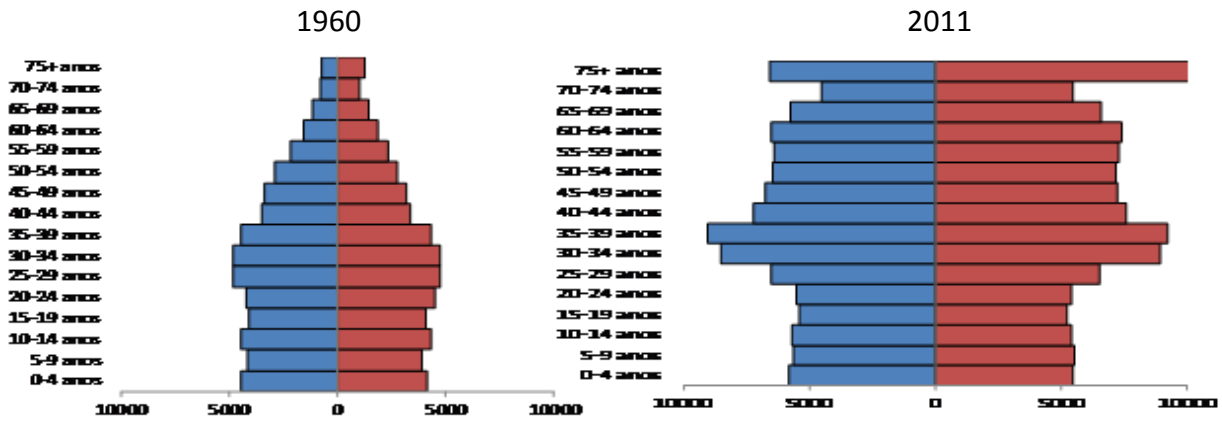
Ao elaborar o documento, o grupo de trabalho partiu das conclusões anteriores que hierarquizam os fatores de proteção e de risco para a definição da estratégia de intervenção. Foram definidos 5 territórios de intervenção que promovem uma proteção ao potencial de saúde, imagem representada pelo átomo da saúde (Figura 6).

2.5.5ª Fase

Para validação e reformulação do documento inicial foram realizadas diversas reuniões de análise crítica do mesmo – duas internas da USPAS, uma com os responsáveis do CHBM, uma com um painel de peritos do ACESAR e uma com cada Câmara Municipal – tendo como resultado a atual versão.

3. DIAGNÓSTICO

Para uma melhor compreensão das estratégias adotadas, considerou-se necessário realizar a caraterização da população do AR.



Fonte: INE

Figura 2 - Estrutura demográfica da população do AR

Como se pode observar na FIGURA 2, a estrutura demográfica da população do AR alterou-se de forma importante nos últimos 50 anos, tendo duplicado. A população jovem aumentou ligeiramente acompanhado do **aumento considerável da população idosa.** Existe agora um número consideravelmente maior de habitantes com mais de 70 anos. Contudo, existem diferenças significativas entre os quatro concelhos, com Alcochete e Montijo com uma estrutura etária mais jovem. É também de realçar a grande variedade da população em termos socioeconómicos, salientando-se neste particular a existência de um significativo número de emigrantes e minorias étnicas.

Esta tendência para o envelhecimento da população do AR, terá como principais fatores explicativos a diminuição da taxa de natalidade, a diminuição do índice de fecundidade, o saldo migratório e o aumento da esperança de vida à nascença, que é de 82 anos nas mulheres e cerca de 76 anos, nos homens.

Para compreender melhor esta população apresentam-se ainda dados igualmente relevantes (QUADRO II) que permitem entender quem somos, como vivemos, que recursos temos, que escolhas fazemos e que saúde temos.

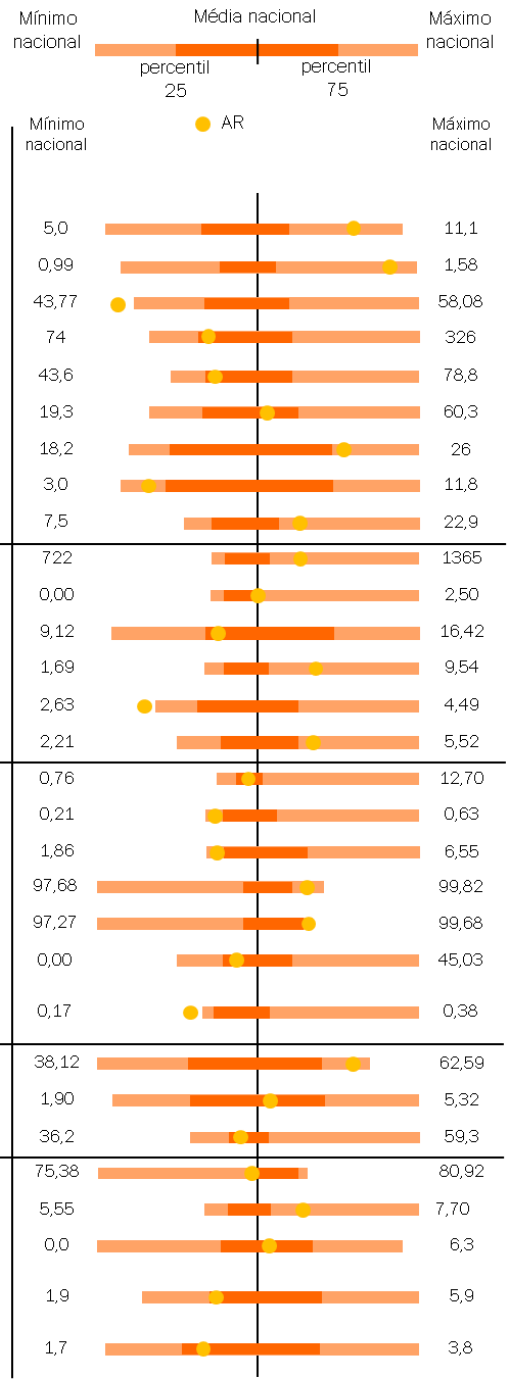
No QUADRO II os mínimos, máximos e percentis 25 e 75 referem-se a todas as regiões NUTS III. O valor para Portugal refere-se a todo o território nacional no ano de 2011, exceto quando indicado o contrário.

Assinala-se o facto da taxa de natalidade da população do AR (10,57) ser superior à

nacional (9,2), assim como a população com formação do nível de ensino superior. É ainda de mencionar a mortalidade geral (6,33 – AR; 5,57PT); e mortalidade infantil (3,7 – AR; 3,1 – PT).

Quadro II - Características da população do AR

		AR	Portugal	Mínimo nacional	Máximo nacional
Quem somos?	1. Taxa de natalidade	10,57	9,2	5,0	11,1
	2. Índice sintético de fecundidade (a)	1,53	1,35	0,99	1,58
	3. Índice de longevidade	43,11	47,86	43,77	58,08
	4. Índice de envelhecimento	114,7	127,6	74	326
	5. Índice de dependência total	51,9	52	43,6	78,8
	6. Índice de dependência dos idosos	28,02	28,8	19,3	60,3
	7. Índice de dependência dos jovens	23,9	22,6	18,2	26
	8. Taxa de analfabetismo	4,25	5,23	3,0	11,8
	9. Proporção da população com ensino superior (a)	15,5	15,1	7,5	22,9
Como vivemos?	10. Ganho médio mensal (b) (c)	1062	1034	722	1365
	11. Sem abrigo por 10.000 residentes	0,47	0,66	0,00	2,50
	12. Taxa de desemprego	11,23	13,18	9,12	16,42
	13. População beneficiária do RSI	5,2	4,24	1,69	9,54
	14. Acidentes de viação com vítimas (d)	2,6	3,24	2,63	4,49
	15. Crimes registados (e)	3,94	3,83	2,21	5,52
Que recursos temos?	16. Médicos/as por 1000 residentes	1,96	4,05	0,76	12,70
	17. Farmácias por 1000 residentes	0,23	0,29	0,21	0,63
	18. Pessoal ao serviço nos centros de saúde	2,12	2,83	1,86	6,55
	19. Alojamentos com água canalizada	99,77	99,68	97,68	99,82
	20. Água segura (a) (d)	99,68	97,92	97,27	99,68
	21. Área Rede Natura 2000 (f) (d)	12,05	17,05	0,00	45,03
	22. Museus, jardins zoológicos, botânicos e aquários	0,14	0,38	0,17	0,38
	23. Dias de licença de maternidade / nado-vivo	58,14	52,48	38,12	62,59
	24. Dias de licença de paternidade / nado-vivo	3,94	3,64	1,90	5,32
	25. Abstenção nas eleições para a AR (g)	40,9	41,9	36,2	59,3
Que saúde temos?	26. Esperança de vida à nascença (a)(h)	79,04	79,55	75,38	80,92
	27. Mortalidade geral (padronizada)	6,33	5,57	5,55	7,70
	28. Mortalidade infantil	3,7	3,1	0,0	6,3
	29. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório	2,89	3,0	1,9	5,9
	30. Mortalidade por tumores malignos	2,38	2,4	1,7	3,8



Fonte: ORS (dados DDI-URVE/INSA)

NOTAS (a) Dados referentes à Península de Setúbal e não à área do AR. (b) dados referentes a 2009. (c) o valor do ganho médio mensal para a área do AR é a média do ganho médio mensal em cada um dos quatro concelhos. (d) valores de referência para Portugal Continental. (e) dados referentes a 2012 (assumiu-se a base populacional de 2011). (f) dados referentes a 2010. (g) média da taxa de abstenção dos seis concelhos. (h) Dados referentes ao triénio 2009-2011. AR: Assembleia da República

3.1. Mortalidade

Apesar da mortalidade geral padronizada e a mortalidade infantil apresentarem um valor superior ao resto do país (QUADRO II), se observarmos de "perto" podemos verificar que estes valores tiveram uma evolução favorável ao longo do tempo mantendo valores baixos (FIGURA 3).

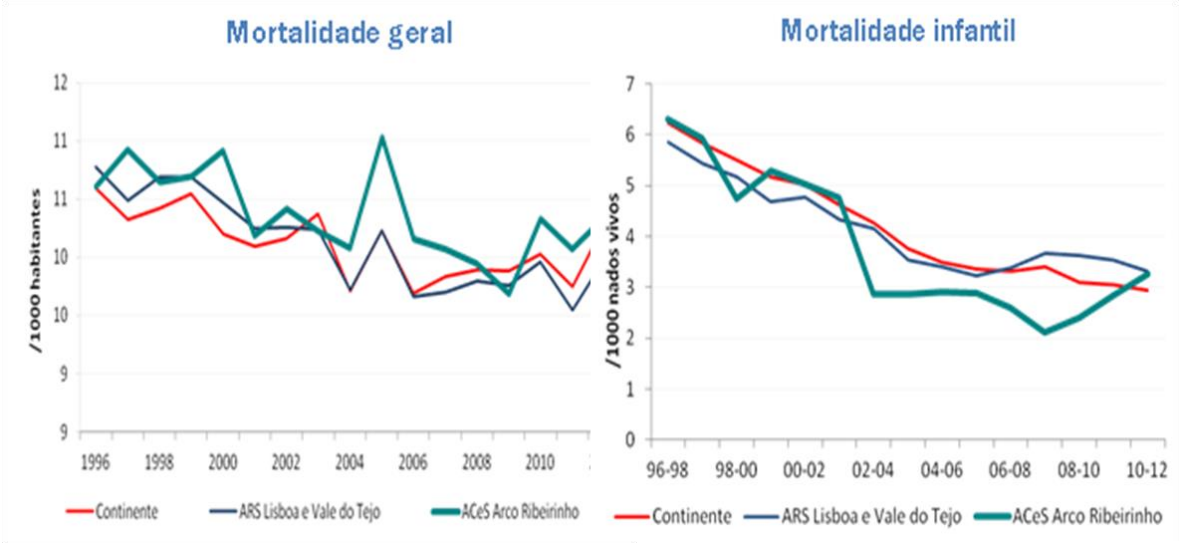
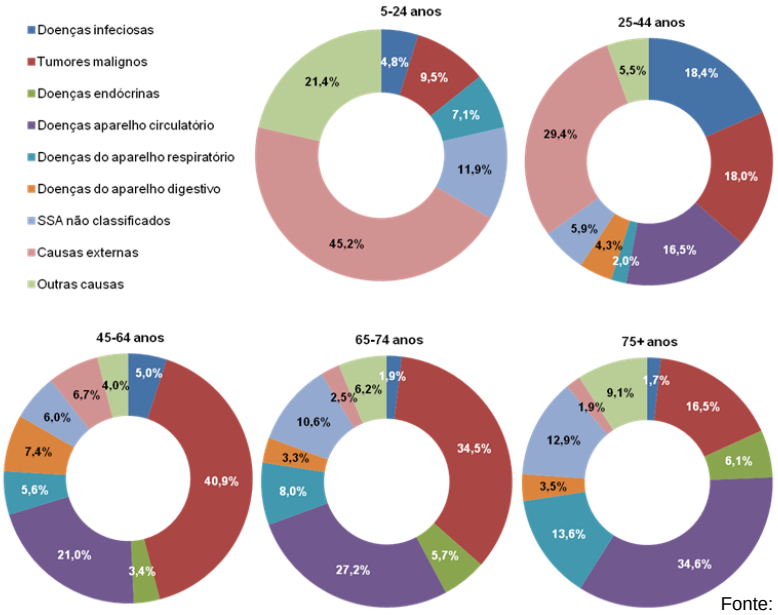


Figura 3 - Evolução da Mortalidade Geral e da Mortalidade Infantil no AR, (comparação com Continente e LVT)



Fonte: ORS (dados INE)

Figura 4 - Mortalidade proporcional no AR, por ciclo de vida em ambos os sexos, para os grandes grupos de causas de morte

Se procurarmos entender a distribuição das causas de morte por grupo etário verificamos o seguinte (Figura 4):

- A principal causa de morte no AR, **doenças do aparelho circulatório** tem maior expressão nas pessoas com 75 ou mais anos, com 34,6%. Se relacionarmos este fator com a estrutura demográfica caracterizada por uma população maioritariamente idosa, podemos entender a razão desta causa de morte ter tanto significado nos valores apresentados.

- A segunda causa de morte, **tumores malignos** verifica-se sobretudo na faixa etária dos 45 aos 74 anos, representando cerca de 40% das mortes nessa idade.

- As **doenças do aparelho respiratório** (terceira causa de morte no AR) têm maior visibilidade nos ciclos de vida dos 5-24 anos e 75 anos ou mais.

- É de referir ainda a expressão que as **causas externas** têm dos 5 aos 44 anos. Estas representam 45,2% das razões que levam à morte das pessoas que se situam entre os 5 e os 24 anos.

3.2. Morbilidade

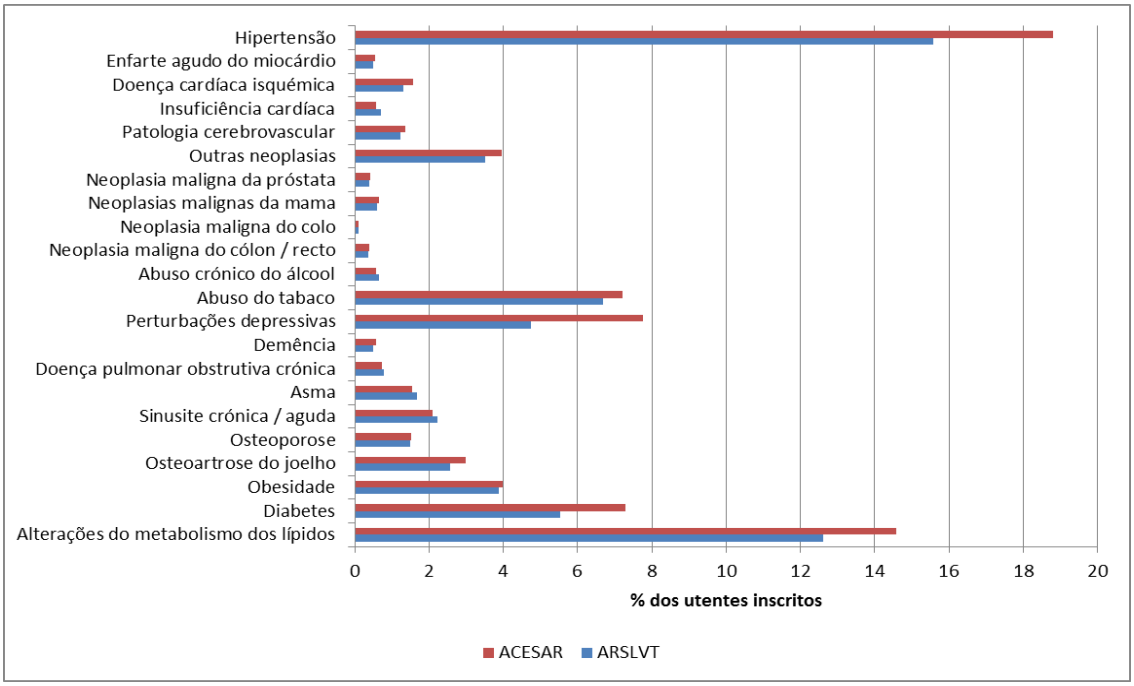


Figura 5- Proporção dos inscritos na ARSLVT e no ACES com registo de problemas selecionados, 2015

Na Figura 5 apresenta-se uma comparação (ARSLVT) dos problemas de saúde que são registados nos cuidados primários de saúde (utentes inscritos), constatando-se que os problemas registados correspondem, ainda que com importâncias relativas diferentes, ao padrão das causas de mortalidade referidas anteriormente: Doenças do aparelho circulatório, Tumores e Diabetes.

3.3. Serviços prestadores de cuidados de Saúde

O Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho (ACESAR), inserido no Serviço Nacional de Saúde é responsável pela prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população da área geográfica do AR (215.088 habitantes).

Com 219.718 utentes inscritos, frequentadores, em julho de 2015, dos quais cerca de 27 % (cerca de 58.000), não têm médico de família atribuído, operacionaliza essa prestação de cuidados de saúde através de diferentes unidades funcionais:

- 6 Unidades de Saúde Familiares (USF)
- 7 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)
- 4 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)
- 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)
- 1 Unidade de Saúde Pública (USP)

Para além dos cuidados primários a população tem acesso à prestação de cuidados de saúde através do Centro Hospitalar do Barreiro e Montijo (CHBM) instituição de referência para os 4 Concelhos que pertencem à área geográfica do AR, que desenvolve a sua atividade em dois estabelecimentos situados no Barreiro e no Montijo, que incluem, respetivamente um serviço de urgência polivalente e um serviço de urgência básica.

Existem outras entidades privadas de saúde e de âmbito social a prestarem cuidados de saúde e serviços à população dos 4 Concelhos. Estas instituições estão identificadas e algumas foram envolvidas para efeitos de colaboração na fase de elaboração do PLS.

No Quadro III apresenta-se a distribuição por Concelho do AR das 451 unidades privadas de saúde existentes. No âmbito da articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, as 9 UCCI existentes no ACESAR abrangem os 4 tipos de

unidade de internamento desta rede, que são as Unidades de Convalescença; de Média Duração e Reabilitação; de Longa Duração e Manutenção e de Cuidados Paliativos. Os utentes de Alcochete recebem cuidados de saúde, neste nível no concelho do Montijo.

Quadro III - Distribuição das entidades privadas de saúde e de âmbito social por Concelho do AR

Entidades	Alcochete	Barreiro	Moita	Montijo
Consultórios/Policlínicas	8	64	25	27
Clinicas Dentárias	3	33	18	15
Laboratórios	8	41	20	17
Centros Diagnósticos	0	7	2	5
Fisioterapia	1	12	4	4
Farmácias	3	21	14	14
Unidade Cuidados Continuados e Integrados (UCCI)	0	2	2	5
Lares	7	24	18	27
Total	**30**	**204**	**103**	**114**

Fonte: ERS, RNCCI e Infarmed

3.4. Prioridades de intervenção

As prioridades de intervenção foram definidas a partir dos problemas encontrados e divididas em fatores protetores e fatores de risco (definidos pelos colaboradores do ACESAR) e dentro destes, foi especificado o tipo e a sua importância nos diferentes momentos do ciclo de vida.

Definiram-se como fatores protetores: situação económica equilibrada[i], literacia em saúde[ii], ambiente[iii], empoderamento/capacitação[iv], exercício físico[v], dieta equilibrada[vi], vida afetiva equilibrada[vii] e a vida sexual satisfatória[viii].

Como fatores de risco: pobreza[ix], obesidade[x], sedentarismo[xi], alimentação desequilibrada[xii], alcoolismo[xiii] e tabagismo[xiv].

No Quadro IV verifica-se a importância que foi atribuída pelos colaboradores do ACESAR a cada fator protetor e de risco, por grupo etário, do ponto de vista da necessidade e capacidade de intervenção.

Quadro IV - Importância atribuída pelos profissionais do ACESAR aos fatores protetores e de risco por momento do ciclo de vida

	Ciclo de Vida						
Fatores Protetores	**0 -5**	**06 -14**	**15- 24**	**25 - 44**	**45 - 64**	**65-74**	**+ 75**
Situação Económica Equilibrada	82 %	85 %	86 %	87 %	87 %	85 %	87 %
Dieta Equilibrada	93 %	95 %	97 %	98 %	99 %	96 %	92 %
Vida Afetiva Equilibrada	96 %	98 %	97 %	97 %	97 %	95 %	92 %
Ambiente	88 %	92 %	93 %	91 %	89 %	94 %	94 %
Literacia em Saúde	45 %	70 %	94 %	99 %	96 %	89 %	88 %
Exercício Físico	68 %	89 %	96 %	98 %	98 %	96 %	94 %
Empoderamento	37 %	59 %	88 %	98 %	99 %	90 %	88 %
Vida Sexual Satisfatória	9 %	12 %	88 %	100 %	97 %	80 %	67 %

	Ciclo de Vida						
Fatores de Risco	**0 -5**	**06 -14**	**15- 24**	**25 - 44**	**45 - 64**	**65-74**	**+ 75**
Pobreza	95 %	96 %	93 %	92 %	91 %	93 %	95 %
Alimentação Desequilibrada	93 %	92 %	93 %	94 %	93 %	91 %	88 %
Obesidade	86 %	95 %	96 %	96 %	96 %	91 %	86 %
Tabagismo	59 %	80 %	92 %	94 %	93 %	88 %	84 %
Sedentarismo	67 %	89 %	94 %	96 %	97 %	97 %	90 %
Alcoolismo	46 %	61 %	94 %	94 %	92 %	86 %	84 %

Legenda: <75% | 75%-84% | 85%-94% | ≥95%

Este exercício de diagnóstico permitiu aclarar a necessidade de priorizar a intervenção no fortalecimento dos fatores protetores e as fases do ciclo de vida em que devemos privilegiar cada fator na intervenção em saúde.

4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO - TERRITÓRIOS

A intervenção deste PLS assenta no modelo salutogénico onde o centro da atuação é a **saúde** e não a doença. Como tal, e tendo em conta que **a saúde é um processo dinâmico** que depende de múltiplos fatores, encontrou-se um modelo de intervenção em que se englobaram os contributos dos parceiros e profissionais de saúde – O átomo da saúde.

Sabendo que não é possível eliminar totalmente o surgimento da doença é necessário, concomitantemente, que a comunidade se proteja de fatores de risco e promova os fatores protetores e que os serviços de prestação de cuidados de saúde tenham na sua programação atividades e medidas concretas no âmbito da prevenção primária,

secundária e terciária, dirigidas aos problemas prioritários. Esta atuação dirigida aos problemas de saúde prioritários tem como **pilares a vigilância epidemiológica e a participação dos profissionais de saúde e dos parceiros comunitários.**

Este novo modelo de atuação tem a "alimentação" dos fatores protetores como **motor da operacionalização do PLS** e, tal como a saúde, é igualmente dinâmico.

A sua estrutura assemelha-se a um **átomo** enquanto unidade básica (essencial) de matéria que consiste num núcleo central de carga energética, o potencial de saúde, envolto por uma nuvem de eletrões - no caso, espaços de atuação/proteção a que chamaremos **territórios** que, tal como as outras "coisas" públicas, é de toda a gente quer na intervenção, quer nos resultados, já que se influenciam mutuamente.

Estes territórios, que não diferem entre si na prioridade, embora, desempenhem papéis mais ou menos relevantes de acordo com a situação, resultaram da análise dos fatores protetores e de risco identificados e do seu cruzamento com as dinâmicas comunitárias existentes.

Figura 6 - Átomo da Saúde do Arco Ribeirinho

4.1. Cidadania em saúde

Este é o território do **empoderamento e capacitação** das pessoas: expansão das capacidades dos indivíduos para participarem, negociarem, influenciarem, controlarem em tudo o que diz respeito às suas vidas. Este é o fator epidemiologicamente mais relevante para a manutenção da saúde. Normalmente, em situações de estabilidade económica, está associado a condições económicas favoráveis que potenciam a capacidade de controlo.

É também o território da **literacia em saúde**: Conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a boa saúde. Corresponde ainda à capacidade de **negociação de comportamentos** por parte dos serviços de saúde e ao exercício do consentimento esclarecido.

Este território tem a capacidade de atenuar quase todos os fatores de risco identificados, com maior importância nas situações de pobreza.

4.2. Afetos

Este é o território privilegiado de envolvimento da inteligência emocional, que pressupõe o conjunto de sentimentos relacionais com pessoas e/ou outros seres vivos e/ou organizações ou seres inanimados. Esses sentimentos de afeto são carregados de emoções e expectativas. Englobam-se ainda neste território as atividades relacionadas com a promoção dos relacionamentos sociais positivos, da sexualidade responsável e a prevenção da violência, contribuindo decisivamente para potenciar a **vida afetiva equilibrada** e a **vida sexual satisfatória**.

Tal como o território anterior, pela sua transversalidade o território dos afetos tem a capacidade de atenuar todos os fatores de risco identificados.

4.3. Alimentação

Este território visa a **dieta equilibrada**, isto é, o consumo de alimentos que promova o peso e nutrição adequados, que garanta a diversidade e respeite os 7 grupos da roda dos alimentos nas proporções adequadas e com as quantidades equilibradas.

O território da Alimentação tem uma maior ascendência no combate a fatores de risco como a obesidade e a alimentação desequilibrada.

4.4. Ambiente

Este território significa o espaço que sendo externo à pessoa pode favorecer a sua saúde: fatores físicos, químicos e biológicos. Englobam-se neste território as condições de habitação, o urbanismo, a qualidade da água e do ar assim como o equilíbrio dos ecossistemas em que o homem se insere.

Excluem-se os aspetos e comportamentos relacionados com fatores sociais, económicos e genéticos, assim como todos os que não estejam relacionados com o ambiente.

Ainda assim, revela-se um território muito abrangente que terá a capacidade de influenciar favorável ou negativamente todos os fatores de risco.

4.5. Movimento

Este é o território da movimentação e do adequado **exercício físico**: estimulação de atividade física que seja superior à do costume/habitual para a pessoa.

Excluem-se os aspetos relacionados com a mobilidade como capacidade de deslocação entre pontos geográficos mais ou menos distantes.

É o território de excelência no combate ao sedentarismo, mas com capacidade de influenciar e atenuar a obesidade, enquanto fator de risco.

5. ORIENTAÇÕES PARA A PROGRAMAÇÃO

O átomo de saúde será usado por todos – Câmaras Municipais, associações sem fins lucrativos, associações empresariais, instituições de solidariedade social, serviços de saúde do ACESAR, etc. Cada um vai definir as formas de intervenção em cada um dos 5 territórios - Cidadania, Afetos, Alimentação, Ambiente e Movimento - concretizado através do compromisso na realização de atividades expresso numa matriz dinâmica fornecida pela equipa do PLSAR, criando o seu próprio átomo.

O desenvolvimento do PLS deixa assim de ser propriedade do ACESAR, constituindo um desafio capaz de gerar e mobilizar toda a comunidade dos 4 Concelhos, com o

envolvimento direto e colaboração externa, de organizações formais e não formais existentes na nossa comunidade, no sentido de todos terem responsabilidade nos ganhos em saúde, (serviços de saúde do SNS, parceiros comunitários e os cidadãos).

5.1. Orientações para os serviços de saúde

5.1.1. Fatores de Risco

Os fatores de risco encontrados na fase de diagnóstico apontam três áreas de intervenção estratégica: o desequilíbrio estato-ponderal, o combate às adições e o combate à pobreza (Quadro IV).

5.1.1.1. Desequilíbrio estato-ponderal

Da análise efetuada pelos profissionais de saúde aos fatores de risco (Quadro IV), onde foram definidos os vários fatores prioritários, concluiu-se que os mais valorizados foram a **obesidade e o sedentarismo**. Em conjunto com outro fator muito valorizado, a **alimentação desequilibrada,** são importantes promotores de desequilíbrio estato-ponderal, presentes na principal causa de morte da população do território do ACESAR - doenças cardiovasculares.

Os CSP devem desenvolver programas estruturados de alteração dos comportamentos focados nas fases do ciclo de vida definidas como mais importantes para intervenção e abrangendo tanto os cuidados individuais/familiares como as intervenções em grupos.

5.1.1.2. Adições

O combate às adições é sobretudo resultado da promoção de estilos de vida e atitudes saudáveis e do exercício da cidadania que obstrua a mimetização de comportamentos não desejáveis. Devido à grande prevalência de adictos e ao impacto na saúde, os serviços têm desenvolvido programas específicos, existindo serviços próprios paras as adições de substâncias psicotrópicas (álcool e “drogas”).

O tabaco surge, no entanto, como uma adição com caraterísticas próprias, do ponto de vista do consumo e da prevalência de consumidores, do seu posicionamento enquanto fator de risco de tumores malignos e de mortes evitáveis.

Os CSP devem orientar a sua ação prioritariamente para a **promoção de estilos de vida saudáveis** e os **programas de desabituação tabágica** que desenvolvam, devem privilegiar o alargamento da base de intervenção em alternativa à utilização concentrada de meios, os quais devem ser utilizados de forma criteriosa, pois tendo melhor eficácia que os de base alargada a sua eficiência não está provada.

5.1.1.3. Pobreza

Esta área de intervenção tem uma particular relevância nas crianças e idosos, de acordo com a sensibilidade manifestada pelos profissionais de saúde. Não sendo uma área de intervenção específica dos serviços de saúde, tem de ser uma permanente preocupação dos seus profissionais, em particular naqueles dois momentos do ciclo de vida. A existência de pobreza extrema decorrente da situação de crise aumenta o risco de doença e incapacidade. Nesta situação, os serviços de saúde são decisivos no reequilíbrio de situações que sem a sua intervenção poderiam ser fatais.

5.1.2. Fatores Protetores

Na aplicação do PLSAR os serviços de saúde terão em conta as seguintes etapas do ciclo de vida: Saúde da mãe e da criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso.

Na opinião dos profissionais do ACESAR o impacto dos fatores protetores tem maior relevância, em particular, na população em idade ativa (Quadro IV), com especial incidência no grupo dos 25 aos 64 anos. No entanto, a intervenção preventiva e de promoção da saúde nestes grupos ainda tem um alcance reduzido, do ponto de vista dos serviços de saúde e, em particular dos CSP que são os que devem privilegiar esta função.

Devem, em particular, os CSP encontrar atividades que promovam os fatores protetores nos territórios estratégicos do átomo da Saúde: **alimentação, movimento, cidadania, afetos e ambiente.** Até agora, esta tarefa tem estado centrada nas intervenções de índole comunitária, em particular através da intervenção de USPAS e UCC. No entanto, existem intervenções em programas, como é o caso da saúde infantil, que promovem os fatores protetores. Trata-se de encontrar atividades de índole semelhante nas outras etapas do ciclo de vida.

5.1.2.1. Alimentação e Movimento

Dieta equilibrada e exercício físico são os dois fatores protetores encontrados no diagnóstico que dizem diretamente respeito ao equilíbrio estato-ponderal. São o contraponto aos fatores de risco acima apontados, com implicações nesta área.

5.1.2.2. Cidadania

A literacia em saúde e o empoderamento foram os fatores protetores escolhidos neste território. Assim, os serviços de saúde devem desenvolver atividades que potenciem o aumento do conhecimento da população em geral sobre fatores protetores e de risco, o aumento da literacia dos utentes em patologias específicas, bem como iniciativas que promovam a participação dos cidadãos e da comunidade na governação dos serviços de saúde e na melhoria global do estado de saúde.

5.1.2.3. Afetos

Neste território cabem dois dos fatores selecionados no diagnóstico – **Vida afetiva equilibrada e vida sexual satisfatória.** Embora estes fatores sejam componentes de grande enfoque individual, sabemos que o enquadramento social, tem fortes influências. Ambientes violentos e intolerantes não são favoráveis ao desenvolvimento harmonioso da vida afetiva, naturalmente com reflexos no "resultado afetivo" da comunidade.

O facto de no ACESAR estar em desenvolvimento o programa "Cidades dos Afetos" está garantida uma base de trabalho neste território. Devido à grande abrangência do projeto vai ser possível abordar os afetos, não só do ponto de vista comunitário mas a nível dos cuidados individuais criar projetos específicos de momentos do ciclo de vida ou introduzir inovações na abordagem, por exemplo, no programa de Planeamento Familiar.

5.1.3. Ambiente

Este território tem de ter um novo enfoque que oriente a saúde ambiental não exclusivamente para a proteção contra doenças infeciosas mas que melhore a vigilância contra riscos de doenças crónicas e degenerativas, também citadas nos problemas prioritários no ACESAR.

Por outro lado, a preocupação com as questões associadas diretamente com a qualidade e segurança na prestação de cuidados terá de assumir uma importância central no

planeamento e ação dos serviços de saúde, seja diretamente, seja pela capacitação dos utentes.

Esta reorientação é a principal tarefa no horizonte do PLSAR.

6. ORIENTAÇÕES PARA A COMUNIDADE

O PLSAR, para conseguir a sua implantação no terreno, terá de ter uma ligação muito forte à comunidade e simultaneamente, uma estrutura de governação simples, representativa e tecnicamente forte (ver capitulo 8 - GOVERNAÇÃO).

O PLSAR, como orientação para a melhoria da saúde da População preocupa-se sobretudo, em envolver a comunidade na sua diversidade (instituições e cidadãos) na "produção de saúde" através da facilitação de instrumentos de literacia, empoderamento e cidadania em saúde.

6.1. Orientações para as autarquias

As autarquias pela sua capacidade de governação do território são o principal agente de promoção da saúde. Muitas das linhas estratégicas do PLSAR já estão a ser praticadas de forma sistemática pelas autarquias dos dois níveis. Haverá, por isso, apenas que fazer a interligação e desenhar estratégias integradas:

- As autarquias desenvolvem programas nos cinco territórios do PLSAR: afetos, cidadania, alimentação, movimento e ambiente. Será, por isso fácil criar a sintonia com o PLSAR, para o que basta fazer um percurso de integração de programações, compatibilização de objetivos, harmonização de populações-alvo, quer internamente ao espaço autárquico quer na relação com serviços de saúde ou com outras entidades.
- No esforço de harmonização devem ser comtemplados, prioritariamente, esforços para a necessária concentração nas fases do ciclo de vida definidas como mais importantes para intervenção.
- O programa "Cidade dos Afetos" constitui o cimento aglutinador para toda a comunidade e as autarquias, que desde o primeiro momento participaram na sua definição e implantação, tendo como símbolo da promoção da saúde A "Maçã dos Afetos".

6.2. Orientações para outras entidades

- Todas as entidades, públicas ou privadas podem aderir ao PLSAR. A adesão formal é a marca do compromisso institucional com o Plano. Atendendo à multiplicidade de áreas de intervenção das entidades potencialmente aderentes as orientações são muito genéricas e irão sendo especificadas por cada área à medida que as várias entidades participam em iniciativas comunitárias e as conseguem transportar para o dia-a-dia institucional.
- A dimensão e tipo de trabalho das instituições também terão uma grande influência nos territórios que vão privilegiar, podendo abordar um ou vários territórios. As entidades não necessitam de elaborar programas mas, tão só, definir atividades que se enquadrem nos programas e projetos do PLSAR e em particular nos definidos pelas entidades coordenadoras da sua governação (autarquias e serviços de saúde).
- A dinâmica da "Cidade dos Afetos" é um exemplo que já demonstrou as potencialidades em diferentes tipos de atividades económicas, de saúde, desportivas e culturais, pelo que é expectável que uma sistemática dinâmica de saúde poderá mobilizar a comunidade para estilos de vida mais saudáveis. Bastará por isso às entidades aderentes participarem em algumas atividades âncora que lhes forem propostas pela governação do PLSAR e fazerem autonomamente as atividades que se integrem no espírito do Plano.

7. INDICADORES

A elaboração do PLSAR tem como fundamento contribuir para a melhoria do estado de saúde global da comunidade. Neste sentido é essencial definir metas e avaliar o impacte global da intervenção estratégica do PLSAR sobre os fatores de risco e sobre os fatores protetores da saúde. É, ainda, essencial, abranger nesta avaliação os impactes ao nível dos programas de combate a doenças inseridas do PNS ou com grande peso na morbimortalidade, como a diabetes, as cardiovasculares, as respiratórias, as osteoarticulares e até os tumores.

Os indicadores definidos, embora não sendo de fácil obtenção e tratamento estatístico podem ser utilizados quer, no acompanhamento individual dos cidadãos pelos profissionais de saúde, quer para obter uma leitura transversal do impacto global na

saúde das atividades do PLSAR, não invalidando indicadores específicos dos programas próprios das várias instituições de saúde.

Face às dificuldades no acesso aos dados que permitem calcular alguns dos indicadores não é possível, neste momento, ter os valores de partida e dessa forma estabelecer metas objetivas. Contudo, é reconhecido que a intervenção sobre os determinantes de saúde terá consequências ao nível do estado de saúde e da evolução dos próprios determinantes, pelo que se apresenta a tendência que se pretende alcançar, sendo os valores concretos apresentados na primeira avaliação do PLSAR.

Foram definidos os seguintes indicadores:

Quadro V – Indicadores de resultado do PLSAR

Indicador	Tendência
Estado de saúde e ganhos em saúde	
• Proporção de Recém nascidos de termo de baixo peso à nascença (ID 86)	Decrescente
• Taxa de mortalidade até aos 70 anos para as 4 causas principais: Diabetes, Cancro, Doença cardiovascular e Doenças respiratórias	Decrescente
• Taxa de óbitos até aos 70 anos relativamente ao total de óbitos	Decrescente
• Internamentos por diabetes (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	Decrescente
• Internamentos por doença pulmonar obstrutiva crónica (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	Decrescente
• Internamentos por hipertensão arterial (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	Decrescente
Acesso	
• Taxa utilização de consultas médicas ou enfermagem em 3 anos (ID 100) nas coortes dos 7, 14, 30, 35, 45 e 60 anos	Crescente
Fatores de risco e determinantes de saúde	
• Média de IMC nas coortes dos 7, 14, 30, 35, 45 e 60 anos	Decrescente
• Prevalência de consumo de tabaco nas coortes dos 14, 35, 50 e 65 anos	Decrescente
• Prevalência de consumidores de álcool em excesso nas coortes dos 14, 35, 50 e 65 anos	Decrescente
• Proporção hipertensos < 65 anos, com Pressão Arterial < 150/90 (ID 20)	Crescente
• Proporção DM com última HgbA1c ≤ 8% (ID 39)	Crescente
• Cobertura vacinal contra a gripe (> = a 65 anos)	Crescente
• % de análises de água potáveis por município	Crescente
• Espaços verdes urbanos – Nºm2/1000 habitantes	Crescente
• Nº Km via ciclável e/ou pedestre/1000 habitantes	Crescente
• Nº Aparelhos de rua para exercício físico/1000 habitantes	Crescente

8. GOVERNAÇÃO

O PLSAR, para conseguir a sua implantação no terreno, terá de ter uma ligação muito forte à comunidade e simultaneamente, uma estrutura de governação simples,

representativa e tecnicamente forte e funcional. Assim, durante a vigência do PLSAR existirá a seguinte estrutura de governação:

- **Conselho do PLSAR** composto pelos presidentes das Câmaras Municipais do AR, ou seus representantes, o Diretor Executivo do ACES e o presidente do Conselho de Administração CHBM, o presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES, o Diretor Clínico do CHBM, um representante por concelho das Comissões de Utentes, um representante por concelho das IPSS, um representante por concelho dos agrupamentos de escolas e o Delegado de Saúde Coordenador do AR, que coordena. O Conselho do PLSAR reúne pelo menos uma vez por ano.

  Ao Conselho compete:

  a. A supervisão da aplicação do PLSAR
  b. A avaliação anual da aplicação do PLSAR e a elaboração de recomendações para a comunidade no sentido do reforço do alcance da sua aplicação.
  c. Convocar reuniões gerais de parceiros quando o desenvolvimento do PLSAR o justificar.

- **Grupo de Acompanhamento,** composto pelo grupo de elaboração do PLSAR da USPAS e um técnico por cada município e um técnico da UAG do ACESAR. Deve reunir pelo menos de três em três meses competindo-lhe:

  a. Acompanhar a execução do PLSAR e monitorizar a sua aplicação através dos programas, projetos e atividades por parte dos vários parceiros.
  b. A mobilização de novos parceiros para o desenvolvimento/alargamento da intervenção do PLSAR.
  c. Garantir o suporte técnico para o funcionamento harmonioso do PLSAR (por exemplo, construção de grelhas e guiões), permitindo a transposição da visão para a ação em cada território.
  d. Garantir a dinâmica de participação de parceiros e cidadãos.

- **Parceiros institucionais**, são todas as instituições ou empresas que participam na execução de programas ou projetos/atividades inseridas nos territórios estratégicos do

PLSAR e que assumam formalmente a parceria, através de protocolos de adesão. Aos parceiros compete-lhes:

a. Elaboração e partilha de programas, projetos e atividades na sua área de atuação.
b. Participação na elaboração de critérios para o setor de atividade respetivo.
c. Autoavaliação das suas atividades e contribuição para a avaliação global do PLSAR.

9. MONITORIZAÇÃO

A **monitorização** deve ser trimestral e centrar-se na verificação da execução das atividades programadas pelos parceiros, no sentido de garantir a sua realização. É efetuada pelo grupo de acompanhamento que permitirá recolher resultados nos seguintes indicadores gerais de implementação do plano:

Quadro VI – Indicadores de monitorização

Indicador
• Nº de entidades aderentes com iniciativas interessando cada território
• % de atividades/iniciativas de promoção de cada território executadas
• % de iniciativas envolvendo dois ou mais parceiros

10. AVALIAÇÃO

A **Avaliação do Plano** é anual e pretende verificar o cumprimento das opções relacionadas com os territórios estratégicos e o seu impacto na comunidade, quer quanto à profundidade/alcance das medidas, quer quanto aos resultados no tecido social através da recolha, análise e publicitação dos resultados obtidos medidos através dos indicadores definidos nos Capítulos 7 e 9.

11. ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO

A capacidade de implantação do PLSAR estará assente na partilha com todos os parceiros da comunidade e os cidadãos dos seus valores e objetivos. Para tal há que desenvolver estratégias de comunicação que tornem acessível a mensagem salutogénica para todos, desde os profissionais de saúde ao mais distraído dos cidadãos. Esse conceito estratégico assenta nas seguintes linhas de força:

1. As mensagens de saúde devem fazer parte do dia-a-dia dos cidadãos.
2. A participação das instituições no PLSAR faz-se através de desenvolvimento de projetos e atividades nas suas áreas de atuação. Deve ser a própria comunicação institucional a transmitir as mensagens do PLSAR.
3. São definidas mensagens chave por território, durante o processo de implantação do PLSAR, para utilização pelos parceiros institucionais.
4. O Grupo de acompanhamento do PLSAR deve garantir mensagens-chave particularizadas para os profissionais de saúde e os parceiros institucionais.

Definem-se como mensagens-chave para a estrutura do PLSAR as constantes do quadro resumo seguinte:

Quadro VII - Estratégia de comunicação do PLSAR

Destinatários	Canal	Mensagem
1º Objetivo – Aumentar o conhecimento das linhas estratégicas do PLSAR e as formas de aplicação		
Profissionais dos CSP	1. Reuniões de serviço 2. Textos divulgação do PLSAR 3. Texto do PLSAR 4. Divulgação correio eletrónico	• O PLSAR é um documento dinâmico e que evolui com os inputs dos profissionais e da comunidade • Todos são convidados a integrar a dinâmica do PLSAR e implementar os seus objetivos • Todos são convidados a definir formas de participação do serviço no PLSAR
Profissionais do CHBM	1. Textos divulgação do PLSAR 2. Reuniões com responsáveis dos serviços 3. Texto do PLSAR 4. Divulgação intranet	• O PLSAR é um documento dinâmico e que evolui com os inputs dos profissionais e da comunidade • Todos são convidados a integrar a dinâmica do PLSAR e implementar os seus objetivos
Parceiros aderentes	1. Textos divulgação do PLSAR 2. Reuniões de parceiros	• O PLSAR é um documento dinâmico e que evolui com os inputs dos profissionais e da comunidade • Todos são convidados a integrar a dinâmica do PLSAR e implementar os seus objetivos • Todos são convidados a definir formas de participação da entidade no PLSAR
2º Objetivo – Aumentar o envolvimento dos cidadãos na consecução dos objetivos do PLSAR		
Grupos da população	1. Parceiros 2. Atividades na comunidade	• Vida Feliz, vida saudável • A saúde é o resultado das opções individuas em interação com as dinâmicas comunitárias
Território – Cidadania em saúde		
Profissionais de Saúde	1. Reuniões formativas 2. Textos técnicos	• A cidadania em saúde na prestação de cuidados assenta em negociação de comportamentos • O consentimento (bem) informado é uma prática cidadã e não uma prática defensiva
Parceiros aderentes	1. Reuniões de parceiros	• A participação de pleno direito dos parceiros no PLSAR é uma condição para a construção da cidadania em saúde

Destinatários	Canal	Mensagem
Grupos da população	1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR	• Cada cidadão tem o direito de gerir o seu potencial de saúde, com recurso a conselho técnico • A participação cívica é uma condição para a criação dum potencial de esperança e de saúde • A participação em atividades saudáveis é um exercício de cidadania, pelo que os governos centrais e locais devem criar condições para a sua efetivação
Território – Afetos		
Profissionais de Saúde Parceiros aderentes	1. Textos divulgação PLSAR 2. Reuniões de parceiros	• Os afetos e as suas manifestações são promotores de saúde • Os abraços e os sorrisos aumentam a produção hormonal favorável à saúde
Grupos da população	1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR	• Os afetos e as suas manifestações são promotores de saúde
Território - Alimentação		
Profissionais de Saúde Parceiros aderentes	1. Textos divulgação PLSAR 2. Reuniões de parceiros	• A alimentação equilibrada é a base da construção de um corpo saudável • As refeições são (devem ser) muito mais que uma atividade nutritiva
Grupos da população	1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR	• A alimentação equilibrada é a base da construção de um corpo saudável • As refeições devem ser partilhadas
Território - Ambiente		
Profissionais de Saúde Parceiros aderentes	1. Textos divulgação PLSAR 2. Reuniões de parceiros	• O bom ambiente é determinante para a saúde • A promoção da saúde ambiental é das melhores formas de prevenção da doença
Grupos da população	1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR	• O bom ambiente é determinante para a saúde • O ambiente e os seus componentes são modificáveis e por isso possíveis de adaptar
Território – Movimento		
Profissionais de Saúde Parceiros aderentes	1. Textos divulgação PLSAR 2. Reuniões de parceiros	• O exercício físico adequado é essencial para um corpo saudável
Grupos da população	1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR	• O corpo humano foi feito para mexer

12.PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES DO PLSAR

As atividades do PLSAR contidas neste programa são apenas as que enquadram as atividades das diversas entidades que terão de, em sequência da sua adesão, elaborar os seus próprios planos, programas, projetos ou atividades, de acordo com a dimensão do seu empenhamento e envolvimento nas atividades de promoção e prevenção da saúde ou tratamento da doença.

Os tipos de atividades que iremos considerar são: 1. Programação; 2. Avaliação; 3. Participação; 4. Divulgação.

12.1. Cronograma de atividades para o ano 2015

Quadro VIII – Plano de Atividades para o arranque do PLSAR

Atividades	Tipo	início	Fim
Apresentação à comunidade e debate com os parceiros do Conselho do PLSAR do projeto de programa	Participação	1/7/2015	18/9/2015
Divulgação pelos potenciais parceiros aderentes	Divulgação	16/10/2015	31/12/2015
Adesão das entidades ao PLSAR	Participação	1610/2015	31/12/2015
Apoio às instituições aderentes na elaboração de projetos/atividades	Programação	19/10/2015	31/12/2015
Monitorização da adesão ao PLSAR	Avaliação	15/11/2015	30/11/2015
Informação aos parceiros e à população dos resultados da monitorização da adesão	Divulgação	15/12/2015	31/12/2015
Monitorização das atividades dos parceiros englobadas no PLSAR	Avaliação	15/01/2016	30/01/2016
Análise das atividades enquadradas no PLSAR e programação para o ano 2016	Programação	1/11/2015	31/12/2015
Avaliação do PLSAR 2015	Avaliação	1/1/2016	31/1/2016

13. BIBLIOGRAFIA

1. **Santos, Fundação Francisco Manuel dos.** POR DATA. *POR DATA.* [Online] 2013. http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela.

2. Tableau de Bord. *CHBM - Centro Hospitalar Barreiro Montijo.* [Online] Agosto de 2013. http://www.chbm.min-saude.pt/ListaDownloads.htm.

3. **Portugal, Direção Geral da Saúde.** *Circular informativa n.º1/CSI/DAS 13.01.93.* Lisboa : Ministério da Saúde , 1993.

4. **Porto, Escola Superior de Enfermagem do.** [Online] https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id..

5. **Leite, Márcia.** [Online] 2011. https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/3203/1/msc_magleite.pdf.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACESAR	Agrupamentos de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho
AML	Área Metropolitana de Lisboa
AR	Arco Ribeirinho
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CHBM	Centro Hospitalar Barreiro Montijo
CSP	Cuidados de Saúde Primários
H	Homens
HM	Homens e Mulheres
IEFP	Instituto de Emprego e Formação Profissional
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IQVI	Índice de Qualidade de Vida em Idosos
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
M	Mulheres
NA	Não Aplicável
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos
ORS	Observatório Regional de Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PLSAR	Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho
PT	Portugal
SIARS	Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SSA	Sinais, sintomas e achados
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Publica
USPAS	Unidade de Saúde Publica Arnaldo Sampaio

DEFINIÇÕES

[i] **Situação económica equilibrada**: Vida social e financeiramente satisfatória de modo a que seja possível satisfazer as necessidades individuais básicas.

[ii] **Literacia em Saúde**: Conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a boa saúde

[iii] **Ambiente**: Fatores físicos, químicos e biológicos que sendo externos podem favorecer a saúde da pessoa. Excluem-se os aspetos e comportamentos relacionados com fatores sociais, económicos e genéticos, assim como todos os que não estejam relacionados com o ambiente

[iv] **Empoderamento/Capacitação:** Expansão das capacidades dos indivíduos para participarem, negociarem, influenciarem, controlarem em tudo o que diz respeito às suas vidas

[v] **Exercício Físico**: Atividade motora que estimule o sistema cardiovascular de modo a fazer circular o oxigénio mesmo que com pouco esforço. Assim o adequado exercício implica uma estimulação de atividade física que seja superior à do costume/habitual para a pessoa.

[vi] **Dieta Equilibrada**: Consumo adequado de alimentos que promova o peso ideal, que garanta a diversidade e respeite os 7 grupos da roda dos alimentos nas proporções adequadas e com as quantidades equilibradas.

[vii] **Vida Afetiva Equilibrada**: Conjunto de sentimentos relacionais positivos com pessoas e/ou outros seres vivos e/ou organizações ou seres inanimados. Esses sentimentos de afeto são carregados de emoções e expectativas.

[viii] **Vida Sexual Satisfatória**: Atividade e desejo sexual necessários para que a pessoa esteja feliz.

[ix] **Pobreza**: Falta de recursos económicos nomeadamente, a carência de rendimento ou riqueza (não necessariamente apenas em termos monetários). Envolve as necessidades da vida quotidiana como alimentação, vestuário, alojamento e cuidados de saúde

[x] **Obesidade**: Acumulação de tecido adiposo em excesso ao ponto de poder ter impacto negativo na saúde, levando à redução da esperança de vida e/ou aumento dos problemas de saúde.

[xi] **Sedentarismo**: Diminuição de atividades físicas, associada ao comportamento quotidiano com um gasto calórico reduzido.

[xii] **Alimentação Desequilibrada**: Consumo de alimentos, que não garanta a diversidade nem respeite os 7 grupos da roda dos alimentos nas proporções adequadas e quantidades equilibradas.

[xiii] **Alcoolismo**: Consumo compulsivo e descontrolado de bebidas alcoólicas.

[xiv] **Tabagismo**: Consumo frequente, ativo ou passivo, de fumo do tabaco.