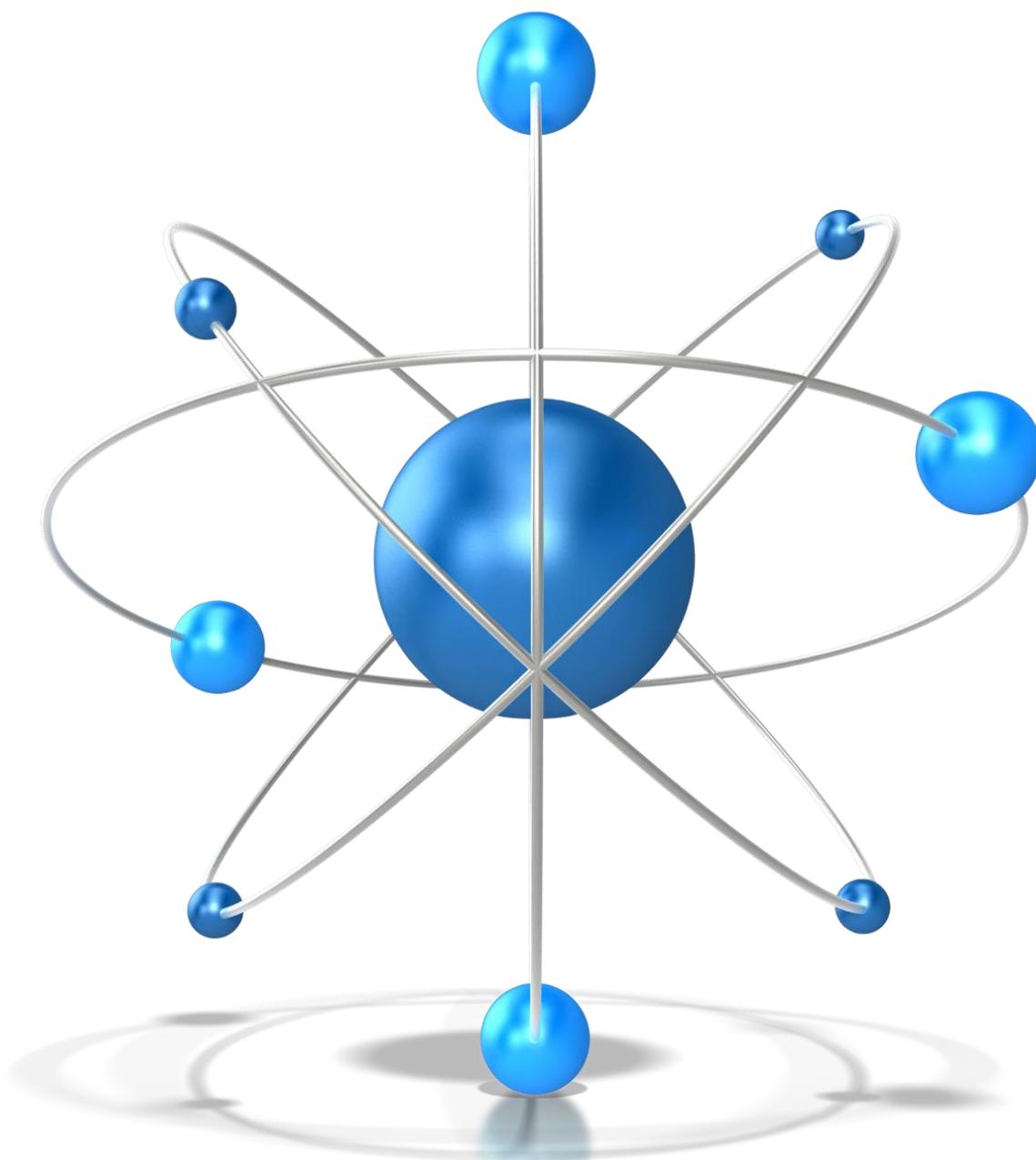


# PLANO LOCAL DE SAÚDE



**Arco Ribeirinho**

**REVISÃO E EXTENSÃO A 2020**

*Junho de 2018*



## **Ficha Técnica**

### ***Revisão e extensão (junho 2018)***

*Lina Guarda*

*Raquel Rodrigues dos Santos*

### ***1ª Edição (outubro 2015)***

*Lina Guarda*

*Mário Durval*

*Natalina Ganhão*

*Paulo Espiga*

*Paulo Silva*

*Raquel Rodrigues dos Santos*



## Índice

1.	ENQUADRAMENTO .....	3
2.	DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE .....	5
3.	METODOLOGIA.....	6
3.1.	FASE 1 .....	6
3.2.	FASE 2 .....	6
3.3.	FASE 3 .....	7
3.4.	FASE 4 .....	7
3.5.	FASE 5 .....	8
4.	PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO .....	9
5.	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO – “TERRITÓRIOS” .....	11
5.1.	CIDADANIA EM SAÚDE .....	12
5.2.	AFETOS .....	12
5.3.	ALIMENTAÇÃO.....	13
5.4.	AMBIENTE.....	13
5.5.	MOVIMENTO .....	13
6.	ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO .....	14
6.1.	ORIENTAÇÕES PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	14
6.1.1.	FATORES DE RISCO .....	14
6.1.1.1.	DESEQUILÍBRIO ESTADO-PONDERAL .....	14
6.1.1.2.	ADIÇÕES .....	15
6.1.1.3.	POBREZA .....	15
6.1.2.	FATORES PROTETORES .....	15
6.1.2.1.	ALIMENTAÇÃO E MOVIMENTO .....	16
6.1.2.2.	CIDADANIA.....	16
6.1.2.3.	AFETOS .....	16
6.1.3.	AMBIENTE .....	17
6.2.	ORIENTAÇÕES PARA A COMUNIDADE.....	17
6.2.1.	ORIENTAÇÕES PARA AS AUTARQUIAS .....	17
6.2.2.	ORIENTAÇÕES PARA OUTRAS ENTIDADES.....	18
7.	GOVERNAÇÃO .....	19
8.	AVALIAÇÃO .....	21
8.1.	INDICADORES .....	21
8.2.	ADESÃO AO PLSAR .....	22
9.	ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO .....	23
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26
	ACRÓNIMOS .....	27
	DEFINIÇÕES .....	28



## Índice de Figuras

<b>Figura 1- Área Geográfica do Arco Ribeirinho .....</b>	<b>4</b>
<b>Figura 2 - Átomo da Saúde do Arco Ribeirinho.....</b>	<b>12</b>

## Índice de Quadros

<b>Quadro I – Parceiros envolvidos.....</b>	<b>6</b>
<b>Quadro II - Importância atribuída aos fatores protetores e de risco por grupo etário .....</b>	<b>9</b>
<b>Quadro III – Indicadores de resultado do PLSAR .....</b>	<b>22</b>
<b>Quadro IV – Indicadores de monitorização anual .....</b>	<b>22</b>
<b>Quadro V - Estratégia de comunicação do PLSAR.....</b>	<b>24</b>



## 1. ENQUADRAMENTO

Este documento constitui a arquitetura do Plano Local de Saúde da área geográfica do Arco Ribeirinho, que enquadrará a sua implementação até ao ano 2020.

O Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho (PLSAR) tem como fundamento contribuir para a melhoria do estado de saúde global da comunidade. Procurando constituir um *“referencial para as políticas e ações no setor da Saúde, bem como demais setores com impacto nesta área, realçando a perspectiva de Saúde em Todas as Políticas”*<sup>(1)</sup>.

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**.

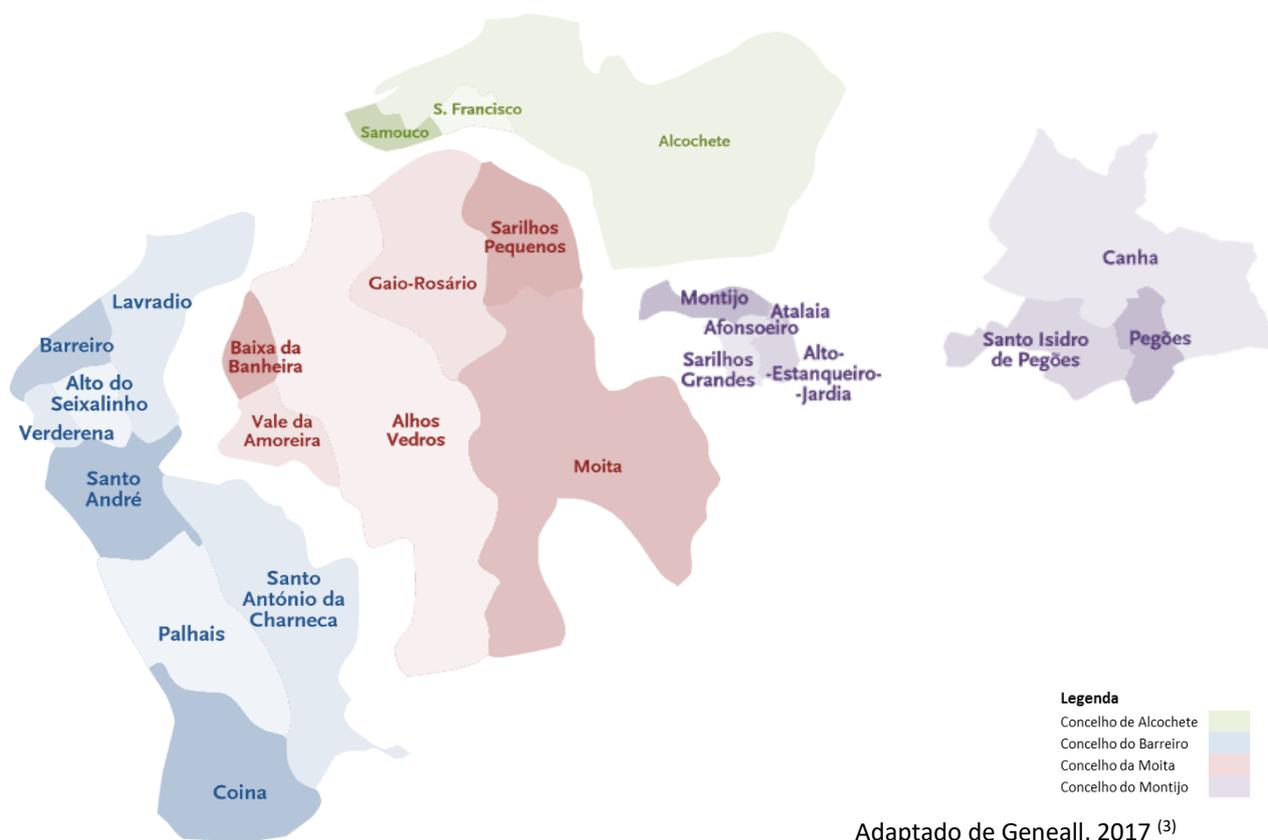
O PLSAR encontra-se alinhado com o Plano Nacional de Saúde nos seus quatro eixos estratégicos: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis.

O Arco Ribeirinho (Figura 1) insere-se na Área Metropolitana de Lisboa, região com 16 Concelhos, sendo uma parte da Unidade Territorial designada de NUT III – Península de Setúbal. Localizado na margem esquerda do Rio Tejo, encontra-se 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.

O Arco Ribeirinho abrange um território de 559,98 Km<sup>2</sup>, que no ano de 2016 tinha uma população residente de 215.504 pessoas, distribuída por 4 concelhos: Alcochete - 18 914, Barreiro - 76 206, Moita - 64 936 e Montijo - 55 448. <sup>(2)</sup>.



**Figura 1-** Área Geográfica do Arco Ribeirinho



## 2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

O diagnóstico de situação de saúde traça o perfil da população residente no Arco Ribeirinho. Inclui, por um lado a caracterização da população e por outro, a identificação e priorização dos problemas e necessidades de saúde. A identificação e priorização foi efetuada com os parceiros envolvidos na produção do Plano Local de Saúde, encontrando-se incluída na metodologia do mesmo.

O perfil de saúde da população residente no Arco Ribeirinho é um documento dinâmico, dado que tem alterações ao longo do tempo. Assim, anualmente é construído um documento, onde se encontra vertido esse diagnóstico complementar à presente arquitetura do PLSAR.



### 3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada teve como pilar, o envolvimento da comunidade e dos profissionais de saúde da área de abrangência do Arco Ribeirinho, tendo decorrido em cinco fases.

#### 3.1. FASE 1

No âmbito das atribuições da Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (USPAS) foi definido um grupo de trabalho responsável pela elaboração do PLSAR, liderado pelo Delegado de Saúde Coordenador. O grupo iniciou os trabalhos preparatórios, com o Conselho Clínico de Saúde e o Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho (ACES Arco Ribeirinho), através da definição do fundamento e orientações estratégicas; da elaboração de documentos base, partindo do perfil de saúde e da arquitetura da metodologia de trabalho.

#### 3.2. FASE 2

Esta fase começou com a seleção e priorização de problemas, para a qual foram realizadas reuniões sectoriais com parceiros da comunidade envolvendo 200 participantes (Quadro I).

**Quadro I – Parceiros envolvidos**

Parceiros	Número de Participantes
Coordenadores das Unidades Funcionais do ACES Arco Ribeirinho	15
Escolas	4
Autarquias e Associações de Utentes	34
IPSS – Montijo	12
IPSS – Moita	10
IPSS – Alcochete	11
Forças de Segurança / Proteção Civil	6
IPSS – Barreiro	9
Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM)	21
Colaboradores do ACES Arco Ribeirinho	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. Cruzaram-se os problemas identificados como mais significativos, com a Mortalidade, a Morbilidade, a Transcendência Económica, a 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, que para uma adequada contextualização dos problemas foram agregados, por tipo de parceiro comunitário e também por Concelho. Foram 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.

### 3.3. FASE 3

Nesta fase procedeu-se à hierarquização dos fatores protetores e de risco, nos diferentes momentos do ciclo de vida. Assim, considerando as competências específicas dos profissionais do ACES Arco Ribeirinho, foi solicitada uma reflexão individual, através de correio eletrónico, para resposta a um inquérito *on-line*. Obteve-se como informadores chave 52% dos profissionais.

### 3.4. FASE 4

Esta foi a fase de elaboração do documento do PLSAR, com a definição da estratégia de intervenção. Para tal, o grupo de trabalho partiu das conclusões anteriores, que hierarquizaram os fatores de proteção e de risco. Foram definidos 5 territórios de intervenção que promovem uma proteção ao potencial de saúde, imagem representada pelo átomo da saúde ( Figura 2).



### 3.5. FASE 5

Nesta fase procedeu-se à validação e reformulação do documento inicial. Para tal, foram realizadas diversas reuniões de análise crítica do documento – duas internas da USPAS; uma com os responsáveis do CHBM; uma com um painel de peritos do ACES Arco Ribeirinho e uma com cada Câmara Municipal – tendo como resultado a 1ª Edição do PLSAR (outubro de 2015).



#### 4. PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO

Tendo por base os problemas de Saúde identificados, ao traçar-se o perfil de saúde da população, foram definidas como prioridades de intervenção, fatores protetores e fatores de risco nos diferentes momentos do ciclo de vida.

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

Como fatores de risco: pobreza<sup>ix</sup>, obesidade<sup>x</sup>, sedentarismo<sup>xi</sup>, alimentação desequilibrada<sup>xii</sup>, alcoolismo<sup>xiii</sup> e tabagismo<sup>xiv</sup>.

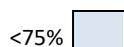
No Quadro II verifica-se a importância atribuída a cada fator - protetor e de risco, tendo em conta a sua influência, de forma direta e indireta, nos diferentes grupos etários.

**Quadro II - Importância atribuída aos fatores protetores e de risco por grupo etário**

Fatores Protetores	Ciclo de Vida						
	0 -5	06 -14	15- 24	25 - 44	45 - 64	65-74	+ 75
Situação Económica Equilibrada							
Dieta Equilibrada							
Vida Afetiva Equilibrada							
Ambiente							
Literacia em Saúde							
Exercício Físico							
Empoderamento							
Vida Sexual Satisfatória							

Fatores de Risco	Ciclo de Vida						
	0 -5	06 -14	15- 24	25 - 44	45 - 64	65-74	+ 75
Pobreza							
Alimentação Desequilibrada							
Obesidade							
Tabagismo							
Sedentarismo							
Alcoolismo							

Legenda:



<75%



75%-84%



85%-94%



≥95%



Este exercício de diagnóstico permitiu aclarar a necessidade de priorizar a intervenção, no fortalecimento dos fatores protetores. Ajuda ainda, a esclarecer as fases do ciclo de vida, em que se deve privilegiar cada fator, na intervenção em saúde.



## 5. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO – “TERRITÓRIOS”

A intervenção deste Plano Local de Saúde 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 que a comunidade se proteja de fatores de risco e concomitantemente promova os fatores protetores. É ainda necessário, 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 Plano Local de Saúde** 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 (Figura 2).

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 2 - Átomo da Saúde do Arco Ribeirinho**

### 5.1. 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.

### 5.2. 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 aqui, as atividades relacionadas com a promoção dos relacionamentos sociais



positivos, da sexualidade responsável e a prevenção da violência, contribuindo decisivamente para potencializar 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.

### 5.3. 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.

### 5.4. AMBIENTE

Este território significa o **espaço**, que sendo externo à pessoa pode **favorecer a sua saúde**: fatores físicos, químicos e biológicos. Engloba 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, com capacidade de influenciar direta ou indiretamente, a maioria dos fatores de risco.

### 5.5. MOVIMENTO

Este é o território da movimentação e do adequado **exercício físico**: estimulação de atividade física. Excluem-se os aspetos relacionados com a mobilidade, como a 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.



## 6. ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO

O desenvolvimento do Plano Local de Saúde, constitui 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), realçando a perspetiva de Saúde em Todas as Políticas.

O átomo de saúde do Arco Ribeirinho, será adotado por toda a comunidade. Cada um pode definir as formas de intervenção em cada território - Cidadania, Afetos, Alimentação, Ambiente e Movimento, criando *“o seu próprio átomo”*.

### 6.1. ORIENTAÇÕES PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

As orientações para os serviços integrados no Sistema Nacional de Saúde, foram estruturadas tendo por base os fatores de risco (desequilíbrio estado-ponderal, adições e Pobreza) e os fatores protetores (alimentação e movimento, cidadania, afetos e ambiente).

#### 6.1.1. Fatores de Risco

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

##### 6.1.1.1. Desequilíbrio estado-ponderal

Da análise efetuada pelos profissionais de saúde do ACES Arco Ribeirinho, aos fatores de risco (Quadro II) 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 estado-ponderal, presentes na principal causa de morte da população da área Geográfica do ACES Arco Ribeirinho – as doenças cardiovasculares.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem desenvolver programas estruturados, sobre os determinantes positivos de saúde, 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.

#### 6.1.1.2. 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 para as adições de substâncias psicotrópicas (álcool e “drogas”).

**O tabaco** surge, como uma adição com características 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 desabitação 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.

#### 6.1.1.3. Pobreza

De acordo com a sensibilidade manifestada pelos profissionais de saúde, esta área de intervenção tem uma particular relevância nas crianças e idosos. 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 podem ser fatais.

### 6.1.2. 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 ACES Arco Ribeirinho, o impacto dos fatores protetores tem maior relevância, em particular na população em idade ativa (Quadro II), 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 Unidades de Cuidados Continuados. 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.

#### 6.1.2.1. Alimentação e Movimento

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

#### 6.1.2.2. 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.

#### 6.1.2.3. 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 ACES Arco Ribeirinho estar em desenvolvimento o programa “Cidades dos Afetos” está garantida uma base de trabalho neste território. Devido à grande abrangência do projeto é 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.

### **6.1.3. Ambiente**

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

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 diretamente e pela capacitação dos utentes.

## **6.2. ORIENTAÇÕES PARA A COMUNIDADE**

Para conseguir a sua implantação no terreno, o PLSAR terá de assegurar uma ligação muito forte à comunidade e simultaneamente uma estrutura de governação simples, representativa e tecnicamente forte (ver capítulo da 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.

### **6.2.1. 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 contemplados 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”.

#### **6.2.2. 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. Assim é expectável, que uma sistemática dinâmica de saúde mobilize 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. GOVERNAÇÃO

O PLSAR, para conseguir a sua implantação no terreno, terá de assegurar 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 Arco Ribeirinho, 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, um técnico por cada município e um técnico da UAG do ACES Arco Ribeirinho. 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. Mobilizar 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 formulários de adesão. Aos parceiros compete:
  - a. A elaboração e partilha de programas, projetos e atividades na sua área de atuação;
  - b. A participação na elaboração de critérios, para o setor de atividade respetivo;
  - c. A autoavaliação das suas atividades e contribuição para a avaliação global do PLSAR.



## 8. 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 no próximo subcapítulo.

### 8.1. 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 impacto 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 impactos ao nível dos programas de combate a doenças inseridas do Plano Nacional de Saúde 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 avaliação do PLSAR.



Foram definidos os seguintes indicadores:

**Quadro III – 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
• Mortalidade proporcional 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 Índice de Massa Corporal (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

## 8.2. ADESÃO AO PLSAR

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 indicadores gerais de implementação do plano (Quadro IV).

**Quadro IV – Indicadores de monitorização anual**

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



## 9. ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO

A capacidade de implantação do PLSAR assenta na partilha dos seus valores e objetivos, com todos os parceiros da comunidade e com os cidadãos. Para tal há que desenvolver estratégias de comunicação, que tornem acessível a todos, a mensagem salutogénica - 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 V - Estratégia de comunicação do PLSAR

Destinatários	Canal	Mensagem
<i>1º Objetivo – Aumentar o conhecimento das linhas estratégicas do PLSAR e as formas de aplicação</i>		
Profissionais dos CSP	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reuniões de serviço</li><li>2. Textos divulgação do PLSAR</li><li>3. Texto do PLSAR</li><li>4. Divulgação correio eletrónico</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O PLSAR é um documento dinâmico e que evolui com os inputs dos profissionais e da comunidade</li><li>• Todos são convidados a integrar a dinâmica do PLSAR e implementar os seus objetivos</li><li>• Todos são convidados a definir formas de participação do serviço no PLSAR</li></ul>
Profissionais do CHBM	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Textos divulgação do PLSAR</li><li>2. Reuniões com responsáveis dos serviços</li><li>3. Texto do PLSAR</li><li>4. Divulgação intranet</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O PLSAR é um documento dinâmico e que evolui com os inputs dos profissionais e da comunidade</li><li>• Todos são convidados a integrar a dinâmica do PLSAR e implementar os seus objetivos</li></ul>
Parceiros aderentes	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Textos divulgação do PLSAR</li><li>2. Reuniões de parceiros</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O PLSAR é um documento dinâmico e que evolui com os inputs dos profissionais e da comunidade</li><li>• Todos são convidados a integrar a dinâmica do PLSAR e implementar os seus objetivos</li><li>• Todos são convidados a definir formas de participação da entidade no PLSAR</li></ul>
<i>2º Objetivo – Aumentar o envolvimento dos cidadãos na consecução dos objetivos do PLSAR</i>		
Grupos da população	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Parceiros</li><li>2. Atividades na comunidade</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vida Feliz, vida saudável</li><li>• A saúde é o resultado das opções individuais em interação com as dinâmicas comunitárias</li></ul>
<b>Cidadania em saúde</b>		
Profissionais de Saúde	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reuniões formativas</li><li>2. Textos técnicos</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A cidadania em saúde na prestação de cuidados assenta em negociação de comportamentos</li><li>• O consentimento (bem) informado é uma prática cidadã e não uma prática defensiva</li></ul>
Parceiros aderentes	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reuniões de parceiros</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A participação de pleno direito dos parceiros no PLSAR é uma condição para a construção da cidadania em saúde</li></ul>
Grupos da população	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cada cidadão tem o direito de gerir o seu potencial de saúde, com recurso a conselho técnico</li><li>• A participação cívica é uma condição para a criação dum potencial de esperança e de saúde</li><li>• A participação em atividades saudáveis é um exercício de cidadania, pelo que os governos centrais e locais devem criar condições para a sua efetivação</li></ul>
<b>Afetos</b>		
Profissionais de Saúde Parceiros aderentes	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Textos divulgação PLSAR</li><li>2. Reuniões de parceiros</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os afetos e as suas manifestações são promotores de saúde</li><li>• Os abraços e os sorrisos aumentam a produção hormonal favorável à saúde</li></ul>



Destinatários	Canal	Mensagem
Grupos da população	1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR	<ul style="list-style-type: none"><li>Os afetos e as suas manifestações são promotores de saúde</li></ul>
<b>Alimentação</b>		
Profissionais de Saúde Parceiros aderentes	1. Textos divulgação PLSAR 2. Reuniões de parceiros	<ul style="list-style-type: none"><li>A alimentação equilibrada é a base da construção de um corpo saudável</li><li>As refeições são (devem ser) muito mais que uma atividade nutritiva</li></ul>
Grupos da população	1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR	<ul style="list-style-type: none"><li>A alimentação equilibrada é a base da construção de um corpo saudável</li><li>As refeições devem ser realizadas com companhia</li></ul>
<b>Ambiente</b>		
Profissionais de Saúde Parceiros aderentes	1. Textos divulgação PLSAR 2. Reuniões de parceiros	<ul style="list-style-type: none"><li>O bom ambiente é determinante para a saúde</li><li>A promoção da saúde ambiental é das melhores formas de prevenção da doença</li><li>A sustentabilidade ambiental e o respeito pela natureza são essenciais à sobrevivência das pessoas</li></ul>
Grupos da população	1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR	<ul style="list-style-type: none"><li>O bom ambiente é determinante para a saúde</li><li>A sustentabilidade ambiental e o respeito pela natureza são essenciais à sobrevivência das pessoas</li><li>O ambiente e os seus componentes são modificáveis e por isso possíveis de adaptar/melhorar</li></ul>
<b>Movimento</b>		
Profissionais de Saúde Parceiros aderentes	1. Textos divulgação PLSAR 2. Reuniões de parceiros	<ul style="list-style-type: none"><li>O exercício físico adequado é essencial para um corpo saudável</li></ul>
Grupos da população	1. Participação nas atividades comunitárias do PLSAR	<ul style="list-style-type: none"><li>O corpo humano foi feito para se movimentar</li></ul>



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **DGS, Direção-Geral da Saúde** -. *Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2015.
2. **INE- Instituto Nacional de Estatística**, Estimativas Anuais da População Residente 2016. *INE*. [Online] 2016. <http://www.ine.pt>.
3. **Geneall**. [Online] acesso a 1 de Outubro de 2017.] <https://geneall.net/pt/>.



## ACRÓNIMOS

ACES Arco Ribeirinho	Agrupamentos de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho
CHBM	Centro Hospitalar Barreiro Montijo
CSP	Cuidados de Saúde Primários
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
NUT	Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos
PLSAR	Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho
USPAS	Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio



## DEFINIÇÕES

- <sup>i</sup> **Situação económica equilibrada:** Vida social e financeiramente satisfatória de modo a que seja possível satisfazer as necessidades individuais básicas.
- <sup>ii</sup> **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
- <sup>iii</sup> **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
- <sup>iv</sup> **Empoderamento/Capacitação:** Expansão das capacidades dos indivíduos para participarem, negociarem, influenciarem, controlarem em tudo o que diz respeito às suas vidas
- <sup>v</sup> **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.
- <sup>vi</sup> **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.
- <sup>vii</sup> **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.
- <sup>viii</sup> **Vida Sexual Satisfatória:** Atividade e desejo sexual necessários para que a pessoa esteja feliz.
- <sup>ix</sup> **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
- <sup>x</sup> **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.
- <sup>xi</sup> **Sedentarismo:** Diminuição de atividades físicas, associada ao comportamento quotidiano com um gasto calórico reduzido.
- <sup>xii</sup> **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.
- <sup>xiii</sup> **Alcoolismo:** Consumo compulsivo e descontrolado de bebidas alcoólicas.
- <sup>xiv</sup> **Tabagismo:** Consumo frequente, ativo ou passivo, de fumo do tabaco.