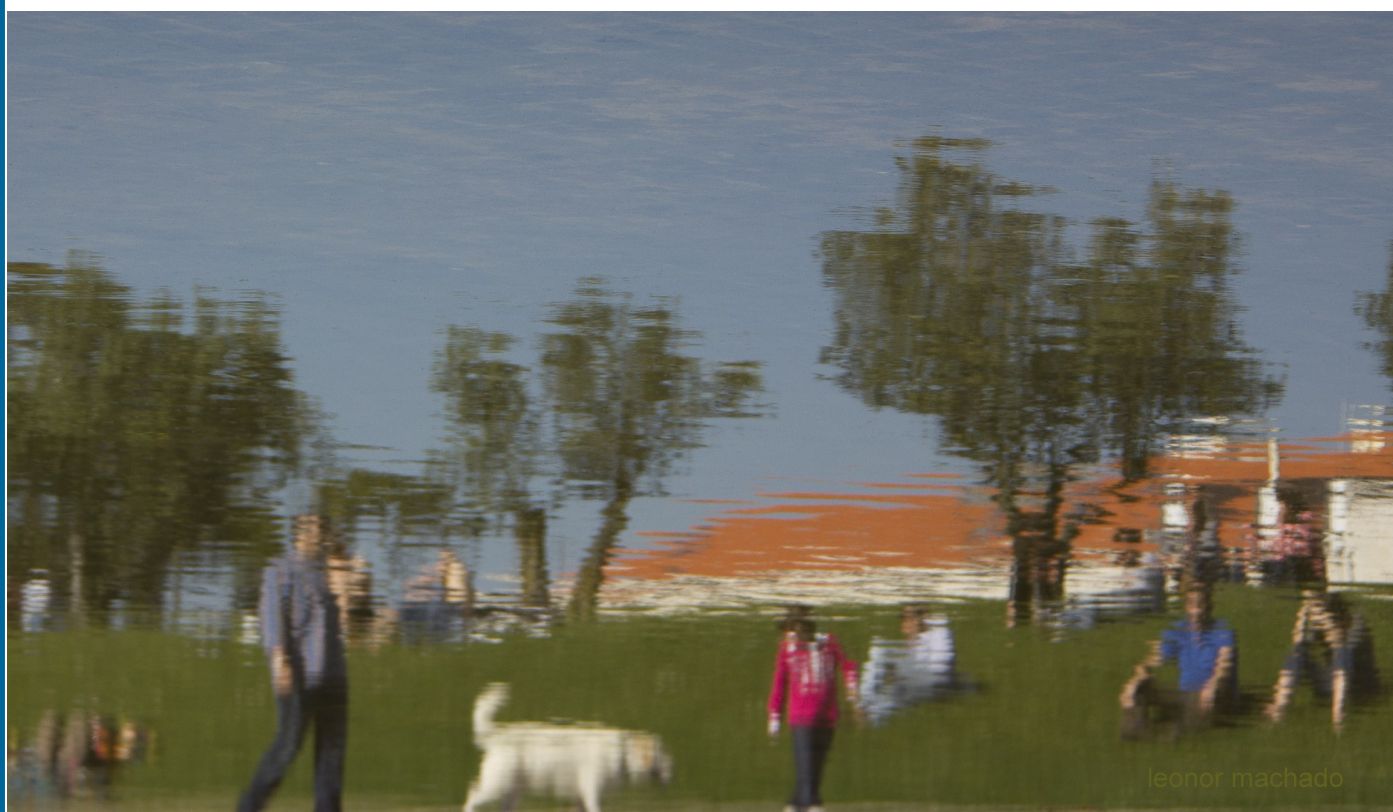


Plano Local de Saúde

ACES Lisboa Ocidental e Oeiras



2014 — 2016



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS

Maria de Fátima Nogueira

Diretora Executiva do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Rafic Nordin

Presidente do Conselho Clínico e de Saúde

EQUIPA DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

José Joaquim Monteiro Júnior—Coordenador da Unidade de Saúde Pública (USP)

Ana Isabel Gaspar—Médica de Saúde Pública

† Heliana Vilela—Técnica de Saúde Ambiental

Rita Filipe—Interna do Internato Complementar de Saúde Pública

Ana Bela Dinis—Enfermeira

COLABORADORES

Manuel Amado Jacinto—Médico de Saúde Pública

Conceição Barroso— Medicina Geral e Familiar

Isabel Correia—Enfermeira

Henrique Coelho—Técnico de Saúde Ambiental

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Siglas e abreviaturas..... | 4 |
| 1. Introdução | 5 |
| 2. O que é o plano local de saúde?..... | 6 |
| 3. Breve perfil de saúde..... | 7 |
| 4. Elaboração do plano local de saúde..... | 10 |
| 4.1 Identificação e priorização dos problemas de saúde da população | 10 |
| 4.2 Fixação de objetivos e metas..... | 12 |
| 4.2.1 Doenças cardiovasculares (DCV) E hipertensão arterial (HTA) | 12 |
| 4.2.2 Diabetes Mellitus (DM) | 14 |
| 4.2.3 Tabagismo | 16 |
| 5. Bibliografia..... | 18 |

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACES LOO - Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CCS - Conselho Clínico e de Saúde

CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CM - Câmara Municipal

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DIC – Doença Isquemia do Coração

DGESTE – Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares

DM - Diabetes Mellitus

DSP- Departamento de Saúde Pública

DCV - Doenças Cardiovasculares

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

Hab. - Habitantes

HTA - Hipertensão arterial

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

JF - Junta de Freguesia

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PLS - Plano Local de Saúde

Pop. - População

RLVT - Região de Lisboa e Vale do Tejo

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - União de Freguesias

UGT – União Geral de Trabalhadores

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

1. INTRODUÇÃO

O Plano Local de Saúde da área geodemográfica de Lisboa Ocidental e Oeiras resulta do esforço concertado de uma pequena equipa que se foi reestruturando à medida que este ia sendo elaborado.

Apesar dos constrangimentos quer na área dos recursos humanos quer na obtenção de dados estatísticos específicos do ACES, foi possível a elaboração do presente documento.

A primeira etapa para a persecução deste trabalho foi o diagnóstico da situação de saúde local, realizando-se apenas a elaboração do Perfil de Saúde do Concelho de Oeiras, na expectativa de que o Retrato de Saúde de Lisboa, em elaboração, permitisse o acesso à informação desagregada das freguesias da área de influência do ACES. Tal não se verificou.

Este facto obrigou a um esforço acrescido na pesquisa de dados estatísticos de saúde das freguesias do Concelho de Lisboa, que culminou na elaboração do Perfil de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras 2014.

Enquanto se procedia à finalização do Perfil de Saúde procedeu-se à auscultação dos parceiros locais quanto à perceção dos problemas de saúde das respetivas comunidades.

O Plano Local de Saúde que agora se apresenta teve a participação ativa dos parceiros da comunidade local e dos profissionais do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Cientes de que o sucesso deste projeto estaria intimamente ligado à desejada cooperação intersetorial, com especial envolvimento do poder autárquico, este foi amplamente discutido, daí resultando valiosos contributos, num espírito invulgar de sinergismo.

Foi unanimemente aceite que o Plano Local de Saúde constitui um instrumento estratégico para o conhecimento e ação em saúde a nível local, esperando que represente um compromisso de cada cidadão, de cada coletividade e de cada instituição, em que cada um é catalisador da vontade de mudança de todos, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde em prol da sociedade.

Após a identificação e hierarquização dos problemas de saúde e definidos os objetivos e as estratégias, impõe-se a elaboração e implementação de projetos com vista a permitir alcançar as metas preconizadas.

Cada projeto de saúde será coordenado por uma equipa que o irá implementar, monitorizar e avaliar, cabendo a gestão, por inerência das suas competências, à Unidade de Saúde Pública.

2. O QUE É O PLANO LOCAL DE SAÚDE?

O Plano Local de Saúde (PLS) é um documento estratégico do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras concretizado com a contribuição e participação de todos os parceiros, cujas orientações pretendem contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, promovendo mais saúde para toda a população. É um instrumento de gestão, que integra e conjuga diferentes conhecimentos da realidade local e que visa apoiar a tomada de decisão da Diretora Executiva do ACES, dos Coordenadores das Unidades de Saúde, dos gestores de programas e projetos e dos líderes da comunidade.

O PLS pretende comunicar a visão estratégica da área da Saúde para todos os profissionais de saúde e para toda a comunidade, funcionando tanto como um instrumento de comunicação interna como externa. Baseia-se nas prioridades estratégicas definidas tanto a nível nacional, no Plano Nacional de Saúde, como a nível regional, no Plano Regional de Saúde, na valorização dos principais determinantes da saúde e na co-responsabilização e co-participação dos cidadãos (no plano individual), bem como dos diferentes setores da sociedade (no plano político-institucional) na intervenção em saúde.

Os seus pilares assentam nos principais problemas de saúde, na identificação e priorização das necessidades de saúde, na definição de objetivos e na seleção de estratégias, visando a mudança do estado de saúde da população local.

3. BREVE PERFIL DE SAÚDE

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, com um total de 233.465 habitantes (Censos 2011), abrange uma área total de aproximadamente 61 Km² sendo 41,8 Km² do Concelho de Oeiras e 19,37 Km² de Lisboa Ocidental.

A zona ocidental de Lisboa, com 61.345 habitantes – 44,9% homens e 55,1% mulheres (Censos 2011), inicialmente composta por 5 freguesias, com a publicação da Lei nº 56/2012 de 8 de novembro, foi reorganizada em 4 freguesias: Ajuda, Belém, Alcântara, Campo de Ourique (Santo Condestável).

O concelho de Oeiras, com 172.120 habitantes – 46,58% homens e 53,41% mulheres (Censos 2011), fica situado na margem norte do estuário do rio Tejo, fazendo fronteira a norte com os concelhos de Sintra e Amadora, a oeste com Cascais e a este com Lisboa. Inicialmente composto por 10 freguesias, com a publicação da Lei nº 11-A/2013 de 28 de janeiro, foi reorganizado em 5 freguesias: União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz Quebrada e Dafundo, União de Freguesias de Carnaxide e Queijas, União de Freguesias de Oeiras, São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias, Freguesia de Barcarena e Freguesia de Porto Salvo.

Todas as freguesias que compõem o ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (Figura 1) apresentam uma densidade populacional significativamente superior à dos valores nacionais, o mesmo sucedendo em comparação com a Região de Lisboa e Vale do Tejo, com tendência crescente no Concelho de Oeiras. De acordo com os dados recolhidos, a densidade populacional do ACES é elevada, correspondendo quase ao quádruplo da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta área dispõe também de uma cobertura de unidades de saúde privadas, como por exemplo o Hospital da Luz/Clínica de Oeiras, a Clínica Médica da Linha, o Instituto do Coração e a Clínica CUF Belém.



Figura 1—Mapa das freguesias do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras dispõe de 9 Unidades de Saúde Familiar (USF), 6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e Gabinete do Cidadão.

A população da área geodemográfica do ACES é servida pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), cuja rede abrange o Hospital de S. Francisco Xavier, o Hospital de Egas Moniz e o Hospital de Santa Cruz.

A pirâmide etária da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (Figura 2) evidencia um achatamento das bases, traduzido numa baixa natalidade, embora com tendência para crescer ultimamente, bem como um predomínio da população em idade ativa.

Relativamente aos idosos com ≥ 65 anos, que representam cerca de 21,5% da população abrangida pelo ACES, 65 % vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário (63% em Oeiras e 68% em Lisboa Ocidental). De realçar a percentagem elevada de famílias unipessoais com ≥ 65 anos, observada na última década, registando-se um aumento de 14,4% para 18,0% em Lisboa Ocidental. Curiosamente, em Oeiras, verificou-se um declínio de famílias clássicas unipessoais com ≥ 65 anos, baixando de 7,8% para 6,9%.

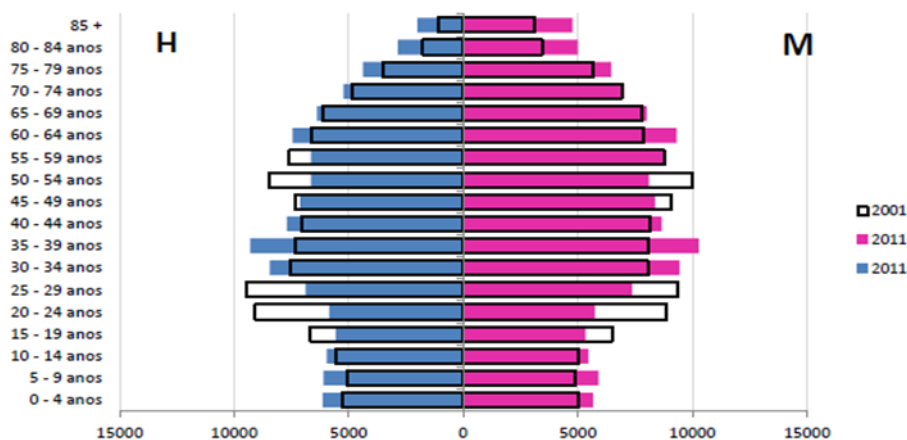


Figura 2 - Pirâmide etária da população residente em Lisboa Ocidental e Oeiras em 2001 e 2011

Os índices demográficos (dependência de jovens, idosos e de envelhecimento) aumentaram no ACES (Tabela 1), na última década, à semelhança do que ocorreu ao nível da RLVT.

A população de Lisboa Ocidental e Oeiras apresenta um nível de escolaridade elevado, maioritariamente com o ensino secundário e superior (47,1% - correspondendo 37,4% a Oeiras e 9,7% a Lisboa Ocidental), sendo reduzida a população sem qualquer nível de escolaridade (8% - correspondendo 6,7% a Oeiras e 1,3% a Lisboa Ocidental).

A taxa de desemprego na população do ACES é de 10,95% (10,2% em Oeiras e 11,7% em Lisboa Ocidental), sendo inferior à taxa nacional (12,5%).

Verifica-se que 5,3% da população é de nacionalidade estrangeira, prevalecendo a população oriunda do Brasil, seguida dos PALOP.

Ao nível da natalidade, verifica-se que na última década, ocorreu um declínio de mulheres em idade fértil, havendo um adiamento da gravidez nas mães, com o pico no grupo dos 30-34 anos. Apesar de ser mais baixa comparativamente ao nível nacional e regional, ainda se assiste a uma percentagem significativa de nados vivos com baixo peso ao nascer, correspondente a 8,1%. Verifica-se a tendência para a subida da taxa de mortalidade infantil, sobretudo da neonatal, em Oeiras.

No triénio de 2010-2012, a esperança média de vida da população do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras foi de 82,4 (Homens- 78,9; Mulheres- 85,4), sendo superior à apresentada tanto ao nível do Continente (80,6) como ao nível da RLVT (80,5).

Tabela 1. Índices Demográficos (1991, 2001, 2011 e 2012)

| Local de Residência | 1991 | 2001 | 2011 | 2012 |
|---------------------------------|------|-------|-------|-------|
| Índice de Envelhecimento | | | | |
| Continente | 73,6 | 104,8 | 130,5 | 134,0 |
| ARS Lisboa e Vale do Tejo | 78,0 | 109,1 | 125,7 | 128,1 |
| ACES Lisboa Ocidental e Oeiras | 62,7 | 105,4 | 127,7 | 131,6 |
| Índice de Dependência de Jovens | | | | |
| Continente | 28,5 | 23,7 | 22,5 | 22,4 |
| ARS Lisboa e Vale do Tejo | 25,4 | 22,3 | 23,9 | 24,1 |
| ACES Lisboa Ocidental e Oeiras | 24,4 | 20,4 | 24,3 | 24,9 |
| Índice de Dependência de Idosos | | | | |
| Continente | 21,0 | 24,8 | 29,3 | 30,0 |
| ARS Lisboa e Vale do Tejo | 19,8 | 24,3 | 30,0 | 30,9 |
| ACES Lisboa Ocidental e Oeiras | 15,3 | 21,5 | 31,0 | 32,7 |

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde

4. ELABORAÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

4.1 IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

A identificação e priorização das necessidades de saúde da população do ACES foram feitas em várias etapas.

Numa primeira etapa, foram auscultados os vários parceiros internos e externos de que resultou a elaboração, pela Unidade de Saúde Pública, de uma proposta com os 10 problemas de saúde selecionados.

Partindo dos problemas selecionados, numa 2ª fase foram realizadas várias reuniões com a participação dos peritos convidados, visando nova priorização com recurso à Técnica de Grupo Nominal e de acordo com os critérios da **magnitude** (dimensão do problema utilizando indicadores de mortalidade e de morbilidade); **transcendência** (mede a importância social atribuída pelos grupos populacionais ao problema e o seu impacto económico); e **vulnerabilidade** (baseados numa perspetiva de avaliação do potencial de ou possibilidade de prevenção), com o objetivo de hierarquizar, com base na média da ponderação coletivamente atribuída, 3-5 problemas prioritários.

Tabela 2 – Resultados da participação do grupo de peritos

| Ordem | Problemas | Magnitude | | Magnitude | | Transcendência económica | t (x2) | Transcendência social | t (x1) | Vulnerabilidade | t (x5) | TOTAL | Ordem |
|-------|---|-------------|--------|-------------|--------|--------------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------|--------|-------------|-----------|
| | | Mortalidade | t (x4) | Morbilidade | t (x3) | | | | | | | | |
| 1º | Doenças de foro psíquico / Depressão / Saúde Mental | 89 | 356 | 137 | 411 | 124 | 248 | 141 | 141 | 74 | 370 | 1526 | 7º |
| 2º | Diabetes Mellitus | 112 | 448 | 133 | 399 | 113 | 226 | 125 | 125 | 124 | 620 | 1818 | 3º |
| 3º | Tabagismo | 124 | 496 | 128 | 384 | 116 | 232 | 114 | 114 | 104 | 520 | 1746 | 4º |
| 4º | Hipertensão Arterial | 137 | 548 | 130 | 390 | 120 | 240 | 126 | 126 | 119 | 595 | 1899 | 2º |
| 5º | Gravidez na adolescência | 69 | 276 | 82 | 246 | 96 | 192 | 99 | 99 | 110 | 550 | 1363 | 10º |
| 6º | Dor crónica / Feridas crónicas | 79 | 316 | 110 | 330 | 100 | 200 | 112 | 112 | 106 | 530 | 1488 | 8º |
| 7º | Obesidade / Dislipidemia | 105 | 420 | 131 | 393 | 109 | 218 | 117 | 117 | 106 | 530 | 1678 | 5º |
| 8º | Doenças do foro osteoarticular | 71 | 284 | 117 | 351 | 105 | 210 | 122 | 122 | 99 | 495 | 1462 | 9º |
| 9º | Doenças cardio-vasculares | 145 | 580 | 135 | 405 | 125 | 250 | 133 | 133 | 119 | 595 | 1963 | 1º |
| 10º | Alcoolismo | 102 | 408 | 121 | 363 | 114 | 228 | 124 | 124 | 98 | 490 | 1613 | 6º |

Após esta hierarquização (Quadro II), foram definidos como **problemas prioritários** para o PLS:

1. “Doenças Cardiovasculares (DCV) e Hipertensão Arterial (HTA) ”
2. “Diabetes Mellitus (DM) ”
3. “Tabagismo”

Lista de Parceiros Internos convidados para a elaboração do Plano Local de Saúde

USF Conde de Oeiras — Ana Isabel Carvalho

USF Santo Condestável — Edite Branco

USF Dafundo— Nelson Gaspar

USF Jardim dos Plátanos — Júlio Silva

USF Descobertas — Isabel Andrade

USF Ajuda —Jorge Barata

USF Delta — Catarina Rodrigues

USF Oeiras— Henriqueta Rêgo

USF São Julião— Vanda Proença

UCSP Linda-a-Velha — Maria do Carmo Afonso

UCSP Barcarena — Helena Costa

UCSP Algés — Helena Coutinho

UCSP Alcântara—Paula Freitas*

UCSP Paço de Arcos—Elisabete Serra *

UCSP Carnaxide — Leonor Neves

UCC Saúdar — Fátima Chumbo

UCC Consigo — Maria Fátima Esteves

UCC Cuidar + — Lina Pereira

URAP — Carla Patrocínio

*- Ausente

Lista de Parceiros Externos convidados para a elaboração do Plano Local de Saúde

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

- Rita Perez
- Helena Boquinhas (Hospital de Santa Cruz)
- António Carvalho (Hospital S Francisco Xavier)
- Ana Caldeira (Hospital S Francisco Xavier)

Câmara Municipal de Oeiras

- Marlene Rodrigues
- Marta Camilo
- Júlia Cardoso

Câmara Municipal de Lisboa

- Maria Teresa Craveiro
- Jorge Carvalho Mourão
- Maria do Rosário Seixas

Junta de Freguesia de Barcarena

- Fernando dos Santos Afonso

União de Freguesias Algés, Linda a Velha e Cruz Quebrada—Dafundo

- Carlos Jorge Moreira

Junta de Freguesia de Porto Salvo

- Dinis Antunes

União de Freguesias Carnaxide e Queijas

- Jorge Vilhena

União de Freguesias Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias

- Elisabete dos Santos Coelho

Junta de Freguesia de Belém

- Ana Margarida Barros

Junta de Freguesia Alcântara

- Fernanda Coelho

Junta de Freguesia C. de Ourique - Pedro Cegonho

Procurador Geral de Oeiras—Luísa Quintela

PSP Oeiras —Tito Fernandes

PSP Lisboa (Calvário) — Rui Marta

CPCJ Oeiras — João Belo

CPCJ Lisboa Ocidental—Dulce Lobo

Hospital da Luz—Fernando Rebelo

Clínica da Linha—Armando Santos

Instituto do Coração—António Sá Água

DGESTE—António Proença

Associação Nacional Farmácias—Marta Pinto

Associação Coração Amarelo - Ana Maria Moraes

Stª Casa da Misericórdia de Oeiras—Manuel Martinho

UGT—António Carlos Silva Santos

Junta de Freguesia da Ajuda*

Associações Sindicais*

Associações de Empregadores*

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*

Voluntariado Social*

IPSS de Lisboa Ocidental*

IPSS Oeiras*

Proteção Civil*

Representante dos Centros Sociais Paroquiais (Igreja)*

Representante dos Utentes do ACES*

Representante dos Pais *

Clínica CUF Belém*

*- Ausente

4.2 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS E METAS

4.2.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV) E HIPERTENSÃO ARTERIAL (HTA)

As doenças cardiovasculares constituem a **causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal**, e englobam um vasto conjunto de situações clínicas afetando o sistema circulatório em diferentes localizações. Os setores afetados condicionam as diferentes formas clínicas de apresentação. Entre elas devem ser destacadas pela sua especial relevância: a doença isquemia do coração (DIC) cuja manifestação clínica mais relevante é o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e a doença cerebrovascular incluindo o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Nas duas últimas décadas, verificou-se na população portuguesa uma **notória redução** da taxa de mortalidade por DCV ou doenças do aparelho circulatório, fenómeno atribuído a uma conjugação de vários fatores, nomeadamente: a **progressiva adoção de medidas e estratégias preventivas**, como a Lei de Cessação Tabágica (Lei n.  37/2007), a Iniciativa legislativa de redu o do conteúdo de sal no pão (Lei n.  75/2009) ou as frequentes campanhas promovidas por sociedades científicas e outras organizações, visando a ado o hábitos de vida saudáveis; a **melhoria no diagnóstico e corre o dos fatores de risco modificáveis**, como a hipertensão arterial (HTA) ou a dislipidemia e os **avanços significativos no tratamento** das duas situações clínicas associadas a maior mortalidade: o EAM e o AVC. No entanto, as doenças do aparelho circulatório são ainda a **principal causa de morte em Portugal, e em todos os países europeus**.

A HTA   considerada o fator de risco cardiovascular corrigível mais frequente, sendo que cerca de metade dos AVC e dos EAM que ocorrem a nível mundial ocorrem em pessoas com HTA.

Segundo o estudo “A Hipertensão Arterial em Portugal 2013” elaborado no âmbito do trabalho desenvolvido pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, a taxa de prevalência da Hipertensão Arterial (HTA) em Portugal situa-se nos 26,9% (sexo feminino 29,5% e sexo masculino 23,9%), sendo que destes apenas 35,6% se encontram com a HTA controlada. Sabendo que o controlo da HTA   considerado o método com melhor custo-efetividade na redu o da morbidade e mortalidade cardiovascular prematura, torna-se essencial melhorar a controlo da HTA a nível nacional.

Quando analisada a popula o inscrita no ACES LOO, apesar da propor o de inscritos com o diagnóstico de HTA (19,6%) e de AVC (1,1%) ser igual   verificada ao nível do Continente, verificou-se a existência de uma maior propor o de inscritos com o diagnóstico ativo de doença isqu mica card ica (1,7% no ACES LOO e 1,4% ao nível do Continente) assim como uma maior taxa de mortalidade padronizada por doença isqu mica card ica na popula o com <75 anos (21,4 por 100 mil habitantes no ACES LOO e 16,8, ao nível do Continente). (Fonte: Observatório Regional do DSP da ARS LVT)

Tendo por missão promover melhor qualidade de vida nos doentes com a finalidade de diminuir a morbilidade e a mortalidade causadas pelas DCV e HTA, e melhorar o seu diagnóstico, tratamento e controlo, foram fixados os seguintes **OBJETIVOS GERAIS**:

- Reduzir a proporção de população inscrita no ACES com diagnóstico de HTA, doença isquémica cardíaca e AVC.
- Reduzir a mortalidade por doença isquémica cardíaca e doença cerebrovascular na população <75 anos residente na área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Com vista a alcançar os objetivos fixados foram delineadas as seguintes **ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**:

- Intensificar campanhas de informação dirigidas à população geral.
- Aumentar a prática regular de atividade física e de uma alimentação saudável.
- Melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia.
- Reduzir o número de pessoas com excesso de peso/obesidade.
- Identificar portadores de fatores de risco cardiovascular, através da realização do Exame Periódico de Saúde (EPS).
- Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária e do Acidente Vascular Cerebral.

Considerando o histórico dos problemas no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, foram fixadas as seguintes **METAS**:

| META | Histórico | 2015 | 2016 |
|--|-----------|------|------|
| Proporção de inscritos (%) com o diagnóstico ativo de HTA | 19,6* | 19,0 | 18,0 |
| Proporção de inscritos (%) com o diagnóstico ativo de Doença Cardíaca Isquémica | 1,7 * | 1,5 | 1,3 |
| Proporção de inscritos (%) com o diagnóstico ativo de AVC | 1,1 * | 1,0 | 0,9 |
| Taxa de Mortalidade Padronizada (por 100 000 hab) por Doença Cerebrovascular na pop. <75 anos | 15,1** | 15,0 | 15,0 |
| Taxa de Mortalidade Padronizada (por 100 000 hab) por Doença Isquémica Cardíaca na pop. <75 anos | 21,4** | 21,0 | 21,0 |

*Fonte: Observatório Regional de Saúde do Departamento de Saúde Pública da ARS LVT (referente a 2013)

** Fonte: Observatório Regional de Saúde do Departamento de Saúde Pública da ARS LVT (referente ao triénio 2009-2011)

4.2.2 DIABETES MELLITUS (DM)

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica, caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, a hiperglicemia. A diabetes é cada vez mais frequente na nossa sociedade sendo uma causa importante de cegueira, doença renal terminal e amputações.

A Hiperglicemia Intermédia, também conhecida como pré-diabetes é uma condição em que os indivíduos apresentam níveis de glicose no sangue superiores ao normal, não sendo, contudo, suficientemente elevados para serem classificados como diabetes. É um grande fator de risco para o desenvolvimento de diabetes, sendo que nesta fase a alteração de estilos de vida através de uma alimentação saudável e prática regular de exercício físico pode ser suficiente para reverter a situação.

A diabetes apresenta variações de incidência e prevalência nas várias regiões do mundo, com um crescimento progressivo, sendo que a sua maior prevalência se situará no grupo etário acima dos 45 anos.

A diabetes aumenta o risco de desenvolver doença cardiovascular, sendo que 70-80% das pessoas com diabetes morrem por doença cardiovascular. Outras complicações a longo prazo da diabetes incluem retinopatia, nefropatia e neuropatia.

A prevalência estimada, em 2013, da diabetes na população portuguesa dos 20-79 anos foi de 13,0%, ou seja, a diabetes atinge mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário, sendo que cerca de metade desconhece que tem a doença. Por outro lado, se além de se ter em conta só a diabetes se contabilizar também as pessoas que têm hiperglicemia intermédia verifica-se que 40% da população portuguesa é afetada, isto é, 3,1 milhões de indivíduos, o que é um valor muito elevado. (Fonte: Observatório Nacional da Diabetes, Portugal 2014)

No ACES LOO, em 2013, verificou-se uma proporção de inscritos com o diagnóstico ativo de DM (6%) inferior à verificada a nível nacional (6,9%) e uma menor taxa mortalidade por diabetes, na população com menos de 75 anos. (Fonte: Observatório Regional do DSP da ARS LVT). No entanto a incidência de amputações em diabéticos (1‰) foi ligeiramente superior à verificada a nível nacional (0,9‰). (Fonte: ACSS)

Tendo por missão melhorar a qualidade de vida nos doentes com a finalidade de diminuir a incidência da DM e das suas complicações *major*, bem como a prevalência de diabéticos não diagnosticados e não tratados, foram fixados os seguintes **OBJETIVOS GERAIS**:

- Aumentar a proporção de população inscrita no ACES com diagnóstico de DM.
- Reduzir a incidência das amputações *major* da DM na população inscrita no ACES.
- Reduzir a mortalidade por DM na população <75 anos residente na área geodemográfica do ACES.

Com vista a alcançar os objetivos fixados foram delineadas as seguintes **ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**:

- Aumentar a prática regular de atividade física e de uma alimentação saudável
- Combater os fatores de risco conhecidos
- Melhorar o diagnóstico e tratamento precoces
- Melhorar a adesão à terapêutica
- Otimizar a articulação e referenciação entre os cuidados de saúde primários e secundários

Considerando o histórico dos problemas no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, foram fixadas as seguintes **METAS**:

| META | Histórico | 2015 | 2016 |
|--|-----------|------|------|
| Proporção de inscritos (%) com o Diagnóstico Ativo de DM | 6,0* | 6,5 | 7,0 |
| Incidência de amputação na população com DM inscrita no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (‰) | 1,0** | 0,7 | 0,5 |
| Taxa de Mortalidade Padronizada (por 100 000 hab) por DM na pop. <75 anos | 5,6*** | 5,5 | 5,5 |

* Fonte: Observatório Regional de Saúde do Departamento de Saúde Pública da ARS LVT (referente a 2013)

** Fonte: ACSS (referente a 2009)

*** Fonte: Observatório Regional de Saúde do Departamento de Saúde Pública da ARS LVT (referente ao triénio 2009-2011)

4.2.3 TABAGISMO

O consumo de tabaco constitui a **principal causa evitável de doença e de morte**, repercutindo-se pesadamente em custos sociais, económicos e de saúde. Atinge todas as regiões do mundo e todos os estratos sociais, apresentando uma tendência crescente, em particular entre as regiões e os grupos populacionais mais desfavorecidos, contribuindo desse modo para agravar as iniquidades em saúde (World Health Organization, 2004; 2008).

Dada a composição química do tabaco, rico em nicotina, substância psicoativa geradora de dependência, e em substâncias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas, **não existe um limiar seguro** de exposição para o ser humano, o que obriga à adoção de medidas preventivas e de proteção da saúde baseadas na prova científica, custo-efetivas, continuadas e universais.

A iniciação do consumo de tabaco tem lugar, habitualmente, durante a adolescência ou no início da idade adulta. A prevenção da iniciação do consumo de tabaco entre os adolescentes e jovens é, portanto, uma abordagem crucial para se poder vir a controlar a “epidemia tabágica” nas próximas gerações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, morrem por ano, em todo o mundo, cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras e ex-fumadoras, das quais cerca de 700 000 na União Europeia. Neste contexto, o tabagismo foi considerado um **problema de saúde prioritário** no âmbito do **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**.

No ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, em 2013 existia uma maior proporção de inscritos com o diagnóstico ativo de Abuso de Tabaco (8,1%) quando comparado com o nível nacional (6,8%). (Fonte: Observatório Regional do DSP da ARS LVT)

A prevalência do consumo de tabaco pela população escolar em 2011, sobretudo do ensino secundário (50,5%) nos últimos 12 meses no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras é superior comparativamente à prevalência nacional (48%), sendo importante realçar que a prevalência do consumo do tabaco mais do que duplica na passagem para o ensino secundário. (Fonte: SICAD)

Tendo por missão promover um futuro mais saudável, totalmente livre de tabaco, com a finalidade de aumentar a expectativa de vida saudável da população do ACES LOO, através da redução das doenças e da mortalidade prematura associadas ao consumo e à exposição ao fumo do tabaco, foram fixados os seguintes **OBJETIVOS GERAIS**:

- Reduzir a prevalência do consumo do tabaco (diário ou ocasional), nos jovens dos estabelecimentos do ensino EB3.
- Reduzir a prevalência do consumo do tabaco (diário ou ocasional), nos jovens dos estabelecimentos do ensino secundário.
- Diminuir a proporção de inscritos no ACES com o diagnóstico ativo de abuso de tabaco.

À semelhança do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), as estratégias de intervenção consistem na **prevenção da iniciação do consumo; promoção da cessação tabágica e da proteção da exposição ao fumo ambiental**:

- Campanhas informativas e educativas dirigidas à população, em geral e à população escolar dos ensinos EB3 e secundário, em particular .
- Investimento pedagógico no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar e do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.
- Informar, sensibilizar e promover o cumprimento da Lei n.º 37/2007 de 14 de agosto, nos perímetros escolares (nos estabelecimentos de ensino é proibido fumar, seja em que espaço for...).
- Intervenções de apoio à cessação tabágica no âmbito das consultas médicas e de enfermagem.
- Divulgação da Consulta de cessação tabágica.

Considerando o histórico dos problemas no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, foram fixadas as seguintes **METAS**:

| META | Histórico | 2015 | 2016 |
|--|-----------|------|------|
| Prevalência do consumo do tabaco nos últimos 12 meses dos jovens nos estabelecimentos do ensino EB3 do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (%) | 23,5* | 23,0 | 22,0 |
| Prevalência do consumo do tabaco nos últimos 12 meses dos jovens nos estabelecimentos do ensino Secundário do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (%) | 50,5* | 50,0 | 49,0 |
| Proporção de fumadores inscritos no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (%) | 8,1** | 8,1 | 8,0 |

*Fonte: SICAD, (referente a 2011)

**Fonte: Observatório Regional de Saúde do Departamento de Saúde Pública da ARS LVT (referente a 2013)

5. BIBLIOGRAFIA

Imperatori E., Giraldes M. R. *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;1982

Pineault R., Daveluy C. *La planification sanitaria – conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, S.A y Salude y Gestión; 1987

Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2012

Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Indicadores e Metas em Saúde. Direcção Geral da Saúde. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2012

Planos Locais de Saúde: Termos de Referência para a sua construção (Parte I). Administração Regional de Saúde do Norte - Departamento de Saúde Pública, 2011

Programa Nacional para a Diabetes- Orientações Programáticas. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2012

Direcção-Geral da Saúde (2011). *Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus tipo 2*. Número 052/2011. Departamento da Qualidade na Saúde, DGS. Lisboa.

Deakin T., McShane C. E., Cade J. E. & Williams, R. D. (2005). *Group based training for self-management strategies in people with type 2 Diabetes Mellitus*. Cochrane Database Syst Rev, 2

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares– Orientações Programáticas. Direcção Geral da Saúde. Lisboa; 2012

Cortez-Dias, Nuno et al. *Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM*. Rev Port Cardiol 2009; 28 (5): 499-523

Macedo M., Ferreira R. *A Hipertensão Arterial em Portugal 2013 - Análise epidemiológica nos Cuidados de Saúde Primários*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa; 2015

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável –Orientações Programáticas. Direcção Geral da Saúde. Lisboa, 2012

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016. Direcção Geral da Saúde. Lisboa; 2012

Fundação Francisco Manuel dos Santos, *PORDATA – Base de dados do Portugal Contemporâneo*, Indicadores 2011. Disponível em: www.pordata.pt/Municipios

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, *Inquérito Nacional em Meio Escolar*, 2011

Perfil de Saúde do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, 2014



Câmara
Municipal
de Oeiras

