

Plano Local de Saúde

Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte

2018-2021



Ficha técnica

Título

Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte 2018-2021

Editor

ACeS Lisboa Norte

Directora Executiva

Maria Manuela Peleteiro

Presidente do Conselho Clínico e de Saúde

Ana Maria Henriques

Coordenação técnica: Unidade de Saúde Pública

Coordenadora

Teresa Pestana Gonçalves

Autoria

Ana Cecília Elias

Guilherme Quinaz Romana

Mariana Mota

Sofia Ribeiro

Redacção

Sofia Ribeiro

Revisão

Guilherme Quinaz Romana

Maria de Lurdes Oliveira

Rita Azevedo

Vera Pereira Machado

Recolha e análise de dados

Ana Cecília Elias

Gonçalo Figueiredo Augusto

Guilherme Quinaz Romana

Sofia Ribeiro

Apresentação Pública do Plano

Guilherme Quinaz Romana

Vasco Ricoca Peixoto

Agradecimento

Profissionais da Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Norte e Coordenadora da Unidade de Saúde Pública do ACeS Almada-Seixal.

Aurora Peixoto pelo Logotipo

Maria Clara Pais

Índice

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas	iii
Lista de quadros e figuras.....	iv
Nota introdutória	5
Metodologia	6
Objetivo Geral	6
Objetivos Específicos	6
1. Identificação dos problemas de saúde	8
1.1 Perfil de Saúde - Breve caracterização geodemográfica e social	8
1.2 Diagnóstico da situação de saúde - Mortalidade e Morbilidade	10
1.2.1 Mortalidade	10
1.2.2 Mortalidade prematura (antes dos 70 anos)	11
1.2.3 Morbilidade	13
1.2.3.1 Saúde Mental	15
2. Priorização dos problemas de saúde e sua análise	17
2.1 Priorização	17
2.2 Análise	20
3. Estratégias	22
4. Recomendações/Atividades	24
5. Avaliar e monitorizar	25
Anexos	26
Anexo 1. Carta convite para participação na consulta.....	27
Anexo 2. Documento de consulta	28
Anexo 3. Lista de parceiros externos convidados a participar na consulta	30

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARSLVT, IP	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
DCCV	Doenças cérebro e cardiovasculares
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crónica
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DSS	Diagnóstico da Situação de Saúde
H	Homens
HTA	Hipertensão arterial
INE, IP	Instituto Nacional de Estatística, IP
INSA, IP	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP
IST	Infeções sexualmente transmissíveis
JF	Junta de Freguesia
M	Mulheres
PLS	Plano Local de Saúde
PLSALN	Plano Local de Saúde do ACeS Lisboa Norte
PMC	Perturbações Mentais e do Comportamento
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PSP	Polícia de Segurança Pública
SIARS	Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
UCFD	Unidade Coordenadora Funcional de Diabetes
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidades de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

Lista de quadros e figuras

Quadro 1. Objetivos e atividades do PLS do ACeS Lisboa Norte

Quadro 2. População residente e densidade populacional, área de influência do ACeS Lisboa Norte (censos 2011)

Quadro 3. Principais índices demográficos por local de residência em 2013 (censo 2011)

Quadro 4. Percentagem de inscritos por diagnóstico ativo no ACeS Lisboa Norte, Dezembro 2015 (ordem decrescente)

Quadro 5. Percentagem de inscritos por diagnóstico ativo de problema de saúde mental no ACeS Lisboa Norte, Dezembro 2015 (ordem decrescente).

Quadro 6. Lista de problemas de saúde prioritários por ordem alfabética

Quadro 7. Parceiros internos e externos que responderam ao pedido de consulta

Quadro 8. Pontuação total dada a cada problema de saúde

Quadro 9. Problemas/necessidades de saúde sentidas e respetiva justificação

Quadro 10. Objetivos de saúde, recursos e estratégias

Quadro 11. Objetivos de saúde e indicadores

Figura 1. Mapa das freguesias que constituem a área de influência do ACeS Lisboa Norte

Figura 2. Distribuição das 10 principais causas de morte, Lisboa (2014)

Figura 3. Distribuição das 10 principais causas de morte por sexo, Lisboa (2014)

Figura 4. Número de óbitos pelas 10 principais causas de morte nos indivíduos com menos de 70 anos, Lisboa (2014)

Figura 5. Número de óbitos pelas 10 principais causas de morte nos indivíduos com menos de 70 anos e por sexo, Lisboa (2014).

Figura 6. Percentagem de inscritos por diagnóstico ativo e sexo no ACeS Lisboa Norte, Dezembro 2015 (ordem decrescente).

Figura 7. Percentagem de inscritos por diagnóstico ativo de problema de saúde mental e sexo no ACeS Lisboa Norte, Dezembro 2015.

Nota introdutória

O Plano Local de Saúde do ACeS Lisboa Norte (PLSALN) é um documento de planeamento estratégico, cujas orientações pretendem contribuir para a obtenção de ganhos em saúde para toda a população da área de influência deste ACeS.

O Plano Local de Saúde (PLS), alicerçado na melhor evidência científica disponível sobre mortalidade, morbilidade e determinantes da saúde (fatores de proteção e fatores de risco), está alinhado nas prioridades e nas orientações estratégicas com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e com o Plano Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo 2014-2016. Partindo da observação e medição do nível de saúde da população e dos seus fatores determinantes, o PLS proporciona a informação que sustenta o planeamento estratégico da saúde a nível local.

Pretende ser um instrumento de MUDANÇA, não só definindo e quantificando a mudança desejada, como (re)centrando o processo de planeamento nas necessidades e nos ganhos em saúde; ser um instrumento de COMUNICAÇÃO interna (dentro do ACeS) e externa (contribuindo para a advocacia da saúde); ser um instrumento de GESTÃO que permita apoiar os decisores do ACeS; ser também um instrumento de COMPROMISSO SOCIAL, na medida em que abre o processo de planeamento em saúde, em todas as suas etapas, a outros sectores e em que promova a PARTICIPAÇÃO, convidando-os como *co-produtores* e parceiros.

(1)

A coordenação técnica da sua elaboração é da responsabilidade da Unidade de Saúde Pública (USP), enquanto OBSERVATÓRIO de SAÚDE da população, como também pelas suas competências técnicas específicas na área do PLANEAMENTO em SAÚDE.

Parceiros internos e externos são convidados a participar na determinação das necessidades/problemas de saúde e na identificação do papel de cada um na implementação das estratégias de saúde selecionadas. No que respeita às necessidades de saúde, pretende-se a co-responsabilização e a co-participação dos cidadãos (no plano individual), bem como dos diferentes sectores da sociedade (no plano político-institucional) na intervenção em saúde.

(1) Adaptado Plano Local de Saúde ACeS Gaia

Metodologia

Tendo como finalidade a elaboração do PLS do ACeS Lisboa Norte, foi atualizado o Perfil de Saúde.

Foi realizado o diagnóstico de situação no ano de 2016, onde se identificaram, com base em dados de mortalidade e morbilidade, **12 problemas de saúde: asma; demências; depressão; diabetes *mellitus*; doenças cérebro e cardiovasculares (DCV); doenças músculo-esqueléticas; doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); infeções sexualmente transmissíveis (IST, incluindo o VIH/SIDA); neoplasia do pulmão; neoplasia do colon e reto; patologia hepática e tuberculose.**

Foi dada continuidade à elaboração do Plano Local de Saúde (PLS) através da proposta de objetivos de saúde a alcançar e da seleção das estratégias, que determinarão as intervenções que farão a mudança entre o nível de saúde inicial e o nível de saúde desejado.

Objetivo Geral

Melhorar o estado de saúde da população residente na área geográfica do ACeS Lisboa Norte, através da utilização eficaz dos recursos disponíveis.

Objetivos Específicos

- **Identificar 12 problemas de saúde da população do ACeS Lisboa Norte**, com base na atualização do Perfil de Saúde
- Destes, **priorizar 5 problemas de saúde**, em conjunto com os parceiros internos e externos do ACeS,
- Definir estratégias que contribuam para melhoria do estado de saúde da população da área de influência do ACeS Lisboa Norte
- Contribuir para a tomada de decisões em matéria de saúde, pelas diferentes entidades
- Divulgar o PLS

Quadro 1. Objetivos e atividades do PLS do ACeS Lisboa Norte.

OBJETIVO	ATIVIDADES
1. Identificar os problemas de saúde	Atualização do Perfil de Saúde utilizando as bases de dados epidemiológicas disponíveis no INE, ARSLVT (SIARS, Plano Regional de Saúde) DGS (Plano Nacional de Saúde), INSA
2. Priorizar os problemas de saúde	Consulta interna e externa Utilização da Técnica de Matriz de Priorização considerando os critérios de magnitude, transcendência social e vulnerabilidade
3. Definir estratégias que contribuam para melhoria do estado de saúde da população	Partindo da evidência científica tendo por base os problemas de saúde priorizados
4. Contribuir para as decisões em saúde tomadas por diferentes entidades da área do ACeS	Redigir um documento com estratégias, objetivos e conclusões claras, que possam ser transpostas para outras entidades com responsabilidade na saúde
5. Divulgar o PLS	Apresentação pública
6. Avaliar e monitorizar	Avaliar e monitorizar o cumprimento dos objetivos de saúde estabelecidos no PLS

1. Identificação dos problemas de saúde

Para identificar os principais problemas de saúde e priorizá-los foi necessário usar os dados disponíveis relativos à população e consultar os parceiros internos e externos.

1.1 Perfil de Saúde - Breve caracterização geodemográfica e social

O ACeS Lisboa Norte insere-se no território urbano da Cidade de Lisboa. É constituído pelas freguesias de Alvalade; Avenidas Novas; Benfica; Campolide; Carnide; Lumiar; Santa Clara e São Domingos de Benfica, correspondendo a uma população residente de 225 038 habitantes (Censo 2011).



1. Alvalade
2. Avenidas Novas
3. Campolide
4. São Domingos de Benfica
5. Benfica
6. Carnide
7. Lumiar
8. Santa Clara

Figura 1. Mapa das freguesias que constituem a área de influência do ACeS Lisboa Norte.

Com uma área de 37,04 km², o território abrangido pelo ACeS Lisboa Norte apresenta uma densidade populacional de 6 075,54 habitantes por km².

O Quadro 2 representa a população residente na área de influência do ACeS Lisboa Norte, a superfície do território abrangido pelo ACeS (em km²) e a densidade populacional.

Quadro 2. População residente e densidade populacional, área de influência do ACeS Lisboa Norte

Local	Número de Habitantes	Superfície (km ²)	Densidade populacional (habitantes/km ²)
ACeS Lisboa Norte	225 038	37.04	6 075,54
Alvalade	31 812	5.34	5 957,30
Avenidas Novas	21 625	2.99	7 232,44
Benfica	36 985	8.03	4 605,85
Campolide	15 460	2.77	5 581,22
Carnide	19 140	3.69	5 186,99
Lumiar	45 683	6.57	6 953,27
São Domingos de Benfica	33 043	4.29	7 702,33
Santa Clara	22 480	3.36	6 690,48

Dados do Censo 2011

Fonte: INE

As freguesias que apresentam maior densidade populacional são as de São Domingos de Benfica, Avenidas Novas e Lumiar. As freguesias de menor densidade populacional são Benfica, Carnide, Campolide.

O quadro 3 compara os Índices de dependência do ACeS Lisboa Norte com os da região de Lisboa, Grande Lisboa e Portugal Continental. Assim se conclui que o índice de dependência de idosos é inferior ao da Cidade de Lisboa, mas superior ao da Grande Lisboa e ao de Portugal. A mesma tendência verifica-se com o índice de envelhecimento. O índice de dependência dos jovens é inferior ao da Cidade de Lisboa, ao da Grande Lisboa e ao de Portugal.

Quadro 3. Principais índices demográficos por local de residência em 2013

Local de residência	Índice de dependência			Índice de envelhecimento
	Jovens	Idosos	Total	
Portugal	22,3	30,3	52,5	136,0
Grande Lisboa	24,9	31,9	56,8	128,3
Lisboa	24,5	47,6	72,1	194,4
Lisboa Norte*	21,2	35,2	56,4	165,8

*Dados do Censo 2011

Fonte: INE

Aquando da elaboração do Perfil de Saúde apurou-se que as freguesias com maior índice de envelhecimento são Benfica e Alvalade, sendo a freguesia de Santa Clara a que possui população mais jovem.

A freguesia de Santa Clara regista a maior taxa de analfabetismo, a maior taxa de abandono escolar, a maior taxa de desemprego e a maior proporção de famílias com pelo menos um elemento desempregado.

As freguesias do Lumiar e Avenidas Novas, têm a maior proporção de pessoas com o ensino superior completo e a menor taxa de abandono escolar.

1.2 Diagnóstico da situação de saúde - Mortalidade e Morbilidade

Na elaboração deste documento extraíram-se alguns dados do Perfil de Saúde do ACeS Lisboa Norte elaborado em 2015, com as devidas atualizações sempre que possível.

1.2.1 Mortalidade

Em 2014, cerca de 75% das causas de morte na Cidade de Lisboa foram devidas a:

- Doenças do aparelho circulatório (32,8%);
- Tumores malignos (27,6%);
- Doenças do aparelho respiratório (9,9%);
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (4,6%).

Esta distribuição não é diferente da registada a nível nacional, nem a nível da Área Metropolitana de Lisboa.

Figura 2. Distribuição 10 principais causas de morte, Lisboa (2014).

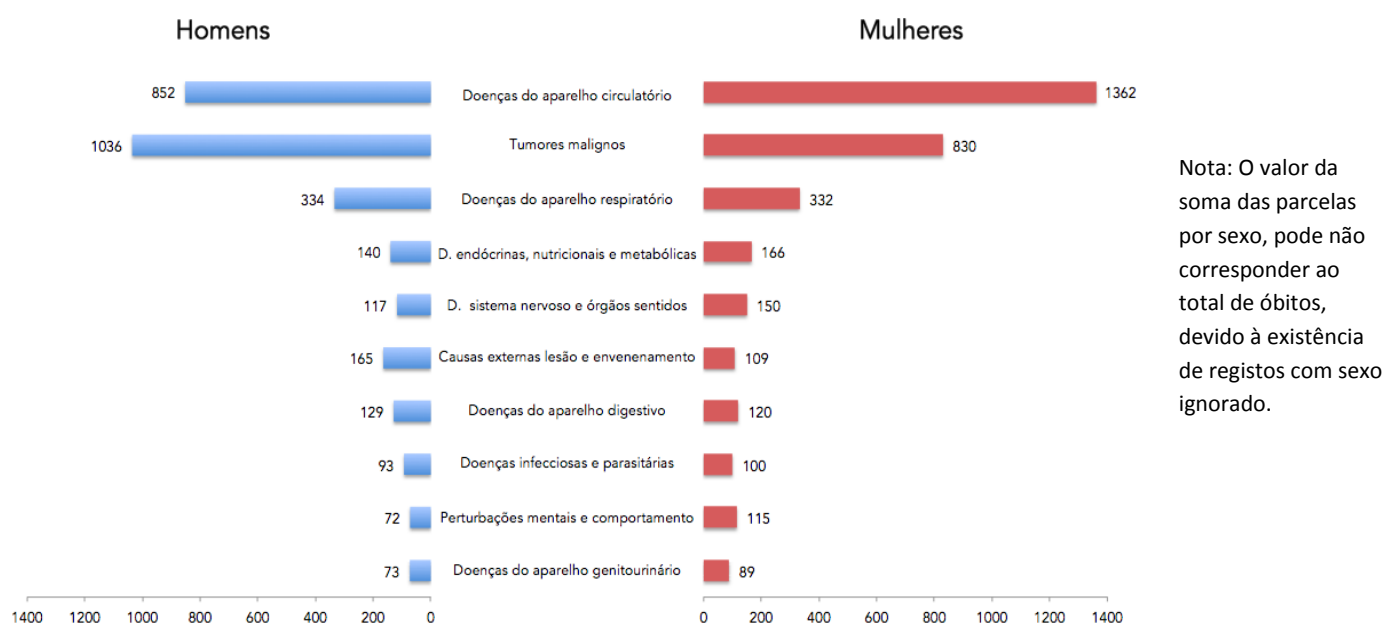


Fonte: INE, 2016

A análise das principais causas de morte na Cidade de Lisboa por sexo, no ano 2014, expõe algumas diferenças assinaláveis.

Enquanto os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório representaram 32,7% e 26,9%, respetivamente, das mortes entre os homens na Cidade de Lisboa em 2014; entre as mulheres a maior percentagem de óbitos foi devida a doenças do aparelho circulatório (38,0%) seguida dos tumores malignos (23,2%). Nos homens a ordem é inversa. Esta situação também se verifica a nível nacional (INE, 2016).

Figura 3. Distribuição das 10 principais causas de morte por sexo, Lisboa (2014).



Fonte: INE, 2016

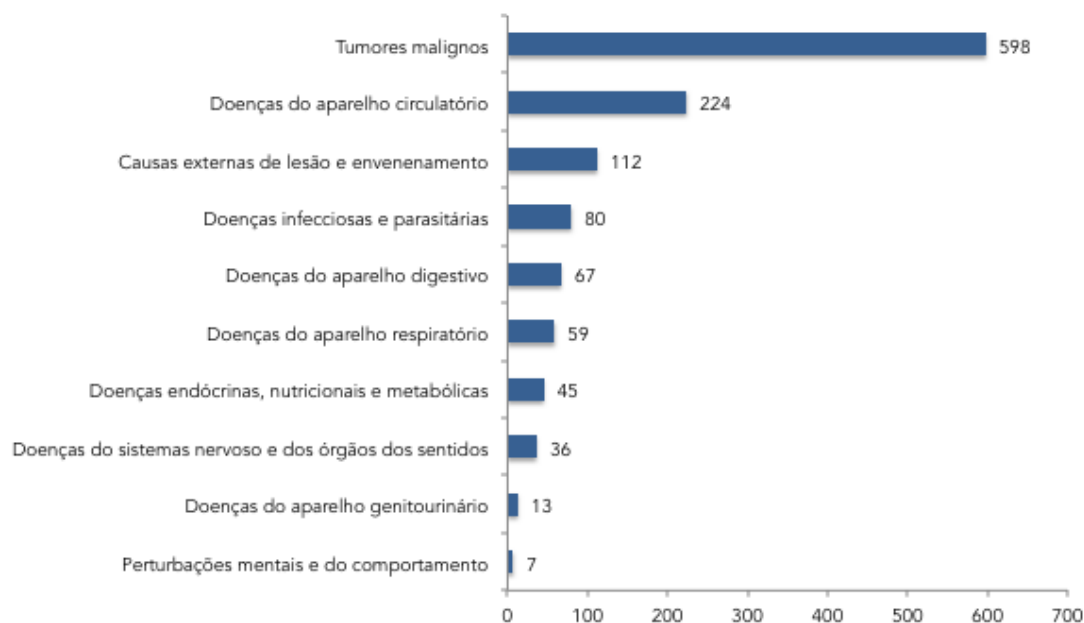
1.2.2 Mortalidade prematura (antes dos 70 anos)

Em 2014, mais de 80% das mortes prematuras ocorridas na Cidade de Lisboa foram devidas a:

- Tumores malignos (48,2%);
- Doenças do aparelho circulatório (18,0%);
- Causas externas de lesão e envenenamento (9,0%);
- Doenças infecciosas e parasitárias (6,4%).

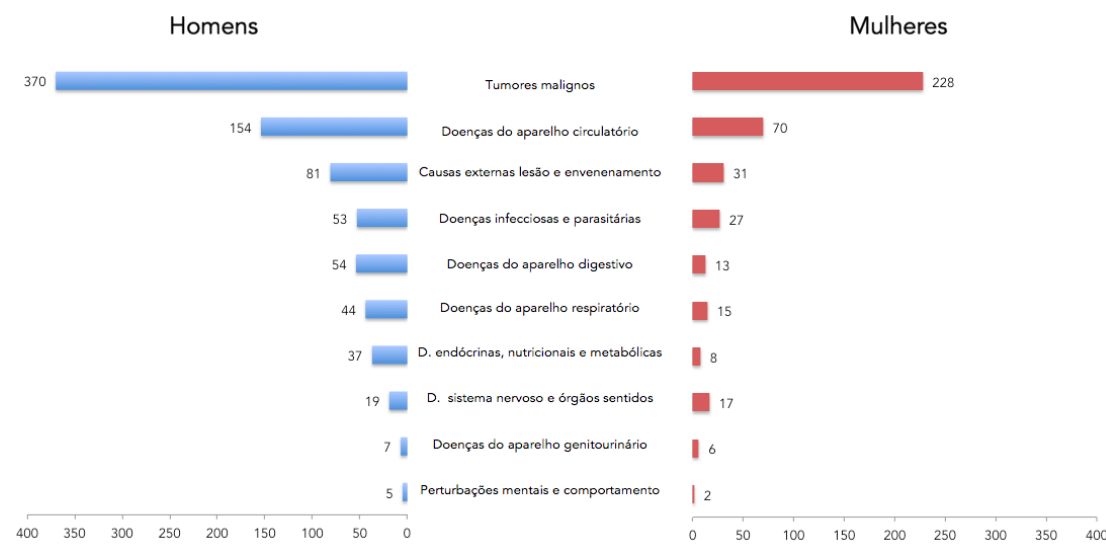
Deve destacar-se o facto das doenças infecciosas e parasitárias representarem, tanto na Cidade de Lisboa como na Área Metropolitana de Lisboa, uma proporção assinalável (6,4% e 5,4%, respetivamente) dos óbitos entre os indivíduos com idades inferiores a 70 anos, quando comparado com os dados nacionais (3,7%).

Figura 4. Distribuição das 10 principais causas de morte nos indivíduos com menos de 70 anos, Lisboa (2014).



Fonte: INE, 2016

Figura 5. Número de óbitos pelas 10 principais causas de morte nos indivíduos com menos de 70 anos e por sexo, Lisboa (2014).



Fonte: INE, 2016

Em 2014, nas mulheres residentes na Cidade de Lisboa com menos de 70 anos, os tumores malignos foram responsáveis por uma maior percentagem relativa de mortes (54,7%) comparativamente com os Homens (44,9%). Pelo contrário, as doenças do aparelho circulatório (18,7%) e as causas externas de lesão e envenenamento (9,8%) representaram uma maior proporção de óbitos entre os homens com menos de 70 anos em Lisboa, do que entre as mulheres (16,8% e 7,4%, respetivamente). As doenças infecciosas e parasitárias

representaram uma proporção relativa de óbitos semelhante em ambos os sexos: 6,4% dos óbitos entre os homens e 6.5% dos óbitos entre as mulheres com menos de 70 anos.

1.2.3 Morbilidade

A criação de sistemas de informação que permitem a recolha sistemática de dados de morbilidade e mortalidade tem-se revelado muito útil para o estudo e vigilância da saúde da população. A morbilidade dos utentes do ACeS Lisboa Norte foi medida pela proporção de utentes com inscrição ativa nos cuidados de saúde primários e com registo de patologias pelo seu médico de família. Estes dados não são exaustivos e são meramente indicativos, representando uma perspetiva da morbilidade dos utentes que recorrem aos serviços de saúde. Note-se que estes dados se referem a problemas registados e não a doentes, já que num doente pode coexistir mais do que uma patologia. Embora estes dados não possam ser olhados como um retrato da população real, eles são uma ferramenta útil para analisar a evolução temporal e o peso relativo de diferentes doenças/situações, identificar prioridades e contribuir para o planeamento em saúde.

Quadro 4. Percentagem de inscritos por diagnóstico ativo no ACeS Lisboa Norte, Dezembro 2015

DIAGNÓSTICO ATIVO	H (%)	M (%)	HM (%)
Hipertensão	17,47	20,07	18,93
Alterações do metabolismo dos lípidos	14,05	15,82	15,04
Abuso do tabaco	9,81	8,33	8,98
Excesso de peso	6,59	6,04	6,28
Obesidade	5,20	6,53	5,95
<i>Diabetes Mellitus</i> Não Insulino-Dependente	5,31	5,71	5,53
Osteoartrose do joelho	1,85	4,51	3,34
Doenças dos dentes e gengivas (7 anos)	2,73	2,90	2,83
Asma	2,27	2,83	2,58
Osteoporose	0,34	3,98	2,37
Osteoartrose da anca	1,15	2,27	1,78
Neoplasia maligna da mama feminina	-	1,76	1,76
DPOC	1,82	1,28	1,51
Neoplasia maligna da próstata	1,33	-	1,33
Trombose/Acidente Vascular Cerebral	1,22	1,09	1,14
Bronquite crónica	1,04	0,99	1,01
Abuso crónico do álcool	1,88	0,25	0,97
Doença cardíaca isquémica (com angina)	0,94	0,68	0,80
Enfarte agudo do miocárdio	1,03	0,39	0,67
Neoplasia maligna do cólon e recto	0,56	0,46	0,51
<i>Diabetes Mellitus</i> Insulino-Dependente	0,46	0,50	0,49
Neoplasia maligna do colo do útero	-	0,23	0,23
Neoplasia maligna do brônquio/pulmão	0,16	0,10	0,13
Neoplasia maligna do estômago	0,12	0,07	0,09

Fonte: SIARS, 2016

Relativamente à morbilidade dos utentes do ACeS, os diagnósticos com maior percentagem de registos nos cuidados de saúde primários incluem alguns dos principais fatores de risco cardiovascular, como por exemplo a hipertensão (18,93%), a alteração do metabolismo dos lípidos (15,04%), o abuso do tabaco (8,98%), o excesso de peso (6,28%) e a obesidade (5,95%) (quadro 4).

Analisando a percentagem de inscritos por diagnóstico ativo e sexo, conclui-se que a hipertensão e as alterações do metabolismo dos lípidos, são mais expressivas nos utentes do sexo feminino (Figura 6).

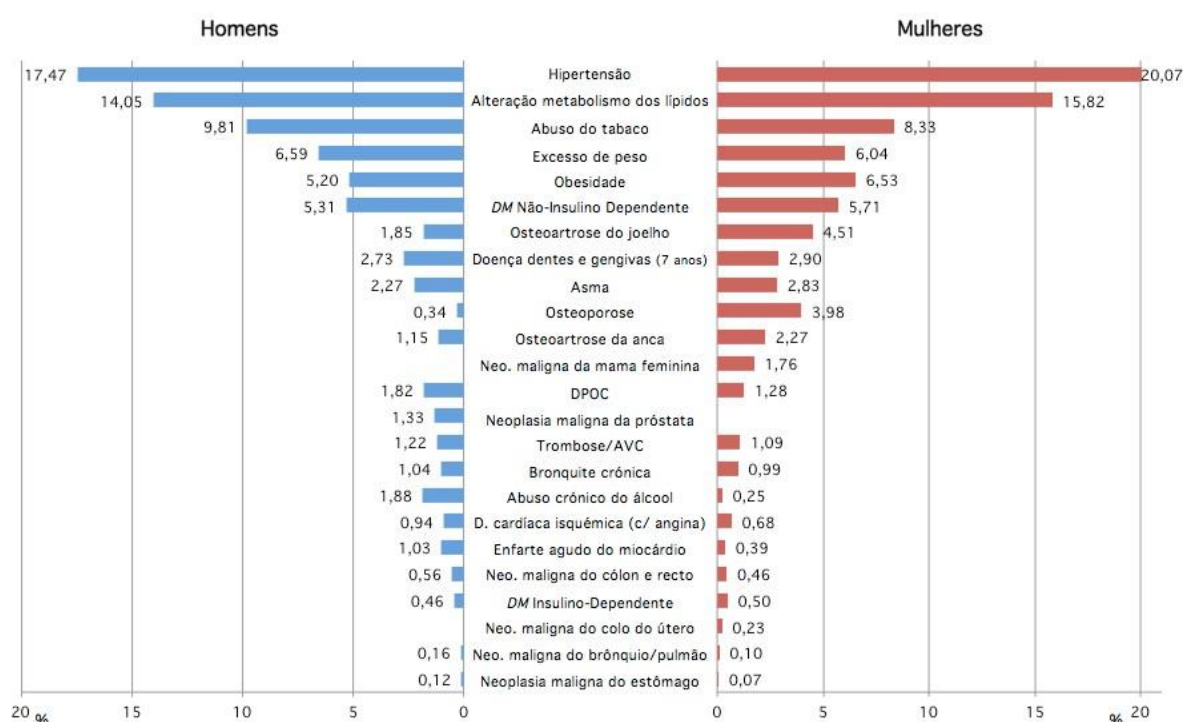
O excesso de peso afeta mais o sexo masculino (6,59%) do que o feminino (6,04%), apesar de a obesidade ter valores superiores no sexo feminino (6,53%) (Figura 6).

A neoplasia mais prevalente no sexo feminino, tal como acontece a nível nacional, é a neoplasia da mama, enquanto no sexo masculino é a neoplasia da próstata (Figura 6).

Os problemas osteoarticulares – osteoartrose do joelho ou anca e osteoporose – têm maior expressão nos utentes do sexo feminino (Figura 5).

Relativamente aos determinantes de saúde, verifica-se uma maior percentagem de inscritos do sexo masculino do que do sexo feminino por abuso do tabaco (9,81% vs 8,33 %) e por abuso do álcool (1,88% vs 0,25%) - (Figura 6). Como seria de esperar e de acordo com as tendências verificadas a nível nacional, os eventos cardiovasculares (acidente vascular cerebral e enfarte) atingem mais o sexo masculino.

Figura 6. Percentagem de inscritos por diagnóstico ativo e sexo no ACeS Lisboa Norte, Dezembro 2015 (ordem decrescente)



Fonte: SIARS, 2016

1.2.3.1 Saúde Mental

Relativamente aos problemas de saúde mental destacam-se as perturbações depressivas (8,99%) e o distúrbio ansioso (4,30%), como os diagnósticos ativos mais frequentes (Quadro 4). Observamos que a demência é o terceiro problema mais frequente, o que reforça a necessidade de os serviços de saúde encararem o envelhecimento e a dependência dos idosos como um importante desafio para o futuro.

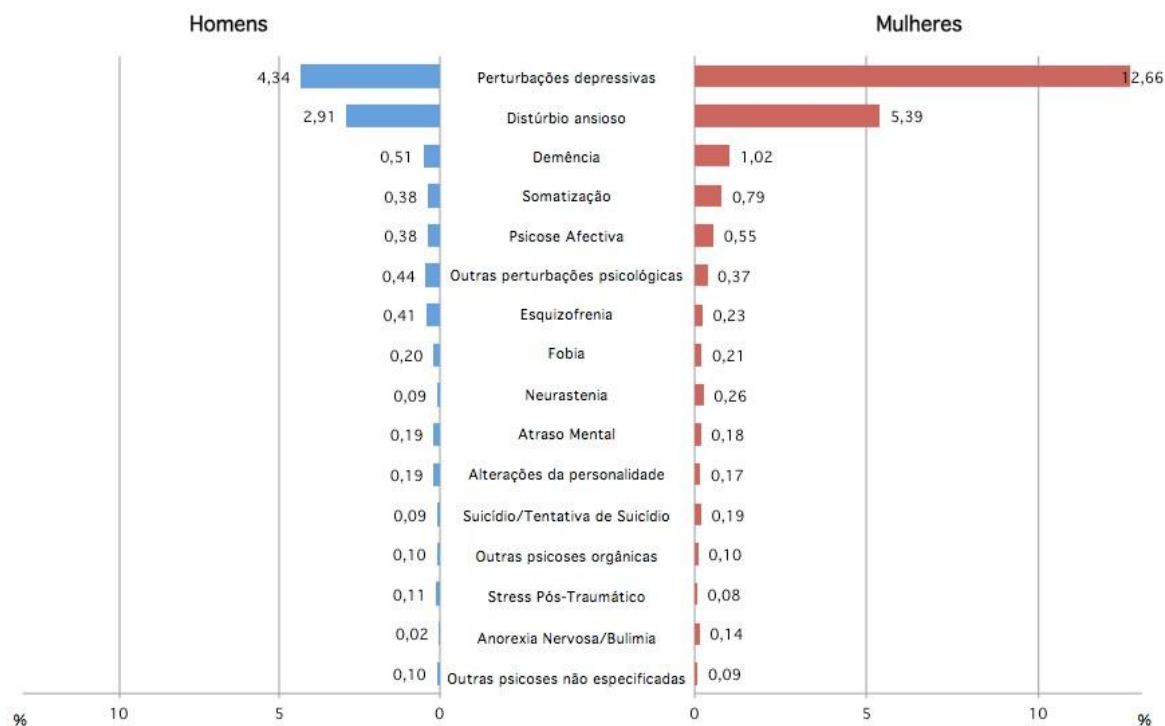
Analisando a percentagem de inscritos por diagnóstico ativo de problema de saúde mental e sexo, conclui-se que a maioria das patologias ativas (exceto a esquizofrenia, o atraso mental, o stress pós-traumático e outras perturbações psicológicas) afetam uma maior percentagem de utentes do sexo feminino. Um total de 73% dos utentes do sexo feminino têm pelo menos um problema de saúde mental registado. A faixa etária dominante situa-se entre os 40 e os 59 anos.

Quadro 5. Percentagem de inscritos por diagnóstico ativo de problema de saúde mental no ACeS Lisboa Norte, Dezembro 2015 (ordem decrescente).

DIAGNÓSTICO ACTIVO	H (%)	M (%)	HM (%)
Perturbações depressivas	4,34	12,66	8,99
Distúrbio ansioso	2,91	5,39	4,30
Demência	0,51	1,02	0,79
Somatização	0,38	0,79	0,61
Psicose afetiva	0,38	0,55	0,47
Outras perturbações psicológicas	0,44	0,37	0,40
Esquizofrenia	0,41	0,23	0,31
Fobia	0,20	0,21	0,20
Neurastenia	0,09	0,26	0,19
Atraso mental	0,19	0,18	0,18
Alterações da personalidade	0,19	0,17	0,18
Suicídio/tentativa de suicídio	0,09	0,19	0,15
Outras psicoses orgânicas	0,10	0,10	0,10
Stress pós-traumático	0,11	0,08	0,09
Anorexia nervosa/bulimia	0,02	0,14	0,09
Outras psicoses não especificadas	0,10	0,09	0,09

Fonte: SIARS, 2016

Figura 7. Percentagem de inscritos por diagnóstico ativo de problema de saúde mental e sexo no ACeS Lisboa Norte, Dezembro 2015 (ordem decrescente).



Fonte: SIARS, 2016

2. Priorização dos problemas de saúde e sua análise

2.1 Priorização

Após a conclusão do Perfil de Saúde, e a partir da análise e interpretação dos dados/indicadores relativos à mortalidade e morbidade disponíveis, identificaram-se os 12 principais problemas de saúde (Quadro 6).

Quadro 6. Lista dos 12 problemas de saúde por ordem alfabética

12 principais problemas de saúde (por ordem alfabética)
Asma
Demências
Depressão
Diabetes
Doenças cérebro e cardiovasculares
Doenças músculo-esqueléticas
DPOC
IST (incluindo VIH/SIDA)
Neoplasia do pulmão
Neoplasia do colon e reto
Patologia hepática
Tuberculose

Esta lista foi enviada aos parceiros da comunidade (externos) e aos do sector da saúde (internos) para avaliação da prioridade, como descrito anteriormente.

O Quadro 7 apresenta os parceiros internos e parceiros externos que responderam ao nosso pedido de consulta. Os parceiros externos são diversos, incluindo juntas de freguesia, entidades governamentais e não governamentais e entidades particulares.

De um total de 61 convites enviados para consulta externa, obtiveram-se 29 respostas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 47,54%. De um total de 13 convites enviados a parceiros internos, obtiveram-se 9 respostas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 69,23%.

Quadro 7. Parceiros externos e internos que responderam ao pedido de consulta

Parceiros externos		Parceiros internos
Hospital dos Lusíadas	Proteção civil	UCSP e USF do ACES Lisboa Norte
Associação de moradores de Santa Clara	PSP Benfica	
Associação portuguesa de surdos	PSP Campo Grande	
AUGI Quinta da Torrinha	PSP Campolide	
Centro Paroquial São João de Brito	UDIP Luz SCML	
Humanos	Inválidos do comércio	
Departamento dos direitos sociais da CML	Associação de auxílio social São Sebastião da Pedreira	
JF Campolide	Centro Social Paroquial de Carnide	
JF Benfica	Centro Social e Paroquial da Ameixoeira	
JF Santa Clara	Centro Social e Paroquial do Campo Grande	
JF Carnide	Ajuda de mãe	
JF Alvalade	CERCI Lisboa	
JF Lumiar	Grupo de Ação Comunitária	
JF São Domingos de Benfica	Estabelecimento prisional de Monsanto	
Pastoral dos ciganos		

Após leitura dos resultados da consulta externa e interna elencam-se no quadro abaixo os principais problemas de saúde.

Quadro 8. Pontuação dada a cada problema de saúde

Pontuação total de cada problema de saúde	
Doenças cérebro e cardiovasculares	204
Diabetes	198
Depressão	192
Demências	181
Doenças músculo-esqueléticas	175
Neoplasia do colon e reto	169
DPOC	168
Neoplasia do pulmão	153
IST (incluindo VIH/SIDA)	145
Patologia hepática	144
Tuberculose	140
Asma	124

As doenças cérebro e cardiovasculares (204) ocupam o lugar cimeiro na lista de priorização, seguindo-se a diabetes (198), a depressão (192), as demências (181) e as doenças músculo-esqueléticas (175).

A consulta feita aos parceiros contemplava um espaço no qual os problemas/as necessidades de saúde sentidas poderiam ser acrescentadas.

O quadro 9 apresenta as necessidades de saúde expressas, bem como a respetiva justificação, quando providenciada.

Quadro 9. Necessidades de saúde sentidas e respetiva justificação

Necessidades de saúde	Justificação
<i>As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental constituem atualmente uma das principais causas de incapacidade. Adicionalmente, a prevalência das perturbações psiquiátricas, o envelhecimento das populações e uma maior esperança de vida, alteraram as necessidades, o tipo e a procura dos cuidados prestados. Os casos mais preocupantes referem-se a situações de duplo diagnóstico (saúde mental e dependências) e situações de pessoas isoladas sem qualquer suporte familiar.</i>	<i>As dificuldades económicas e o desemprego são também fatores potenciadores de desequilíbrio, bem como as mortes de familiares próximos ou as ruturas familiares. A diminuição dos apoios sociais nomeadamente ao nível da medicação, bem como a inexistência de estruturas de apoio na comunidade (apoio domiciliário, residências etc.), deixam ainda mais vulneráveis os doentes.</i>
<i>O facto do rácio de doentes por médico de família ser muito elevado leva ao espaçamento das consultas e a diminuição da participação dos medicamentos, e tem também um efeito negativo na adesão à terapêutica. Muitas das necessidades estão diagnosticadas, e algumas das possíveis respostas estão legalmente previstas, como é o caso dos cuidados continuados integrados de saúde mental.</i>	<i>As estruturas de saúde mental não estão a acompanhar as necessidades da comunidade. Embora o serviço de psiquiatria responda no imediato, a persecução do tratamento e o acompanhamento, bem como a ausência de estruturas de internamento prolongado para situações de graves distúrbios mentais, tornam cada vez mais difíceis as intervenções e acompanhamento dos doentes mentais graves.</i>
<i>Exames de diagnóstico, acuidade visual, obesidade/ controle de peso</i>	
<i>Todos as neoplasias na área da pediatria.</i>	

Nota: contribuições anonimizadas e editadas

2.2 Análise

Segundo dados do SIARS de 2016 relativos à proporção de inscritos com problemas de saúde, a **hipertensão (18,93%)** e as **alterações dos lípidos (15,04%)** ocupam os lugares cimeiros da lista de diagnósticos ativos. Estes valores aumentaram relativamente a dados obtidos em Outubro de 2014 (18,4% com hipertensão e 14,4% alterações dos lípidos). Assim sendo, as necessidades técnicas de saúde e as necessidades expressas pelos parceiros externos correspondem aos dados recolhidos aquando da elaboração do Perfil de Saúde, reforçando a necessidade de intervir sobre estes problemas.

Relativamente aos **problemas de saúde mental**, as **perturbações depressivas** representam 8,99% da proporção de diagnósticos ativos em 2016 (7,4% em Outubro de 2014); o **distúrbio ansioso** representa 4,30% em 2016 (3,8% em Outubro de 2014) e a **demência 0,79%** (0,8% em 2014). A proporção de diagnósticos das perturbações depressivas corresponde às necessidades de saúde técnicas e expressas, denotando-se um aumento da proporção do número de inscritos com perturbações depressivas e distúrbios ansiosos. As demências, apesar de apresentarem uma proporção menor, foram apontadas pelos parceiros internos e externos como uma prioridade, pelo que devem ser encontradas estratégias para minorar o impacto deste problema de saúde.

A **diabetes mellitus não insulino-dependente e insulino-dependente** representam 5,53% e 0,49% da proporção dos inscritos em 2016, respetivamente, não tendo sofrido alteração significativa relativamente a 2014 (5,5% e 0,5%).

As **doenças músculo-esqueléticas** foram priorizadas pela comunidade, embora não tenham uma expressão tão visível nos grupos de diagnóstico dos inscritos no ACeS Lisboa Norte, onde a **osteoartrose do joelho (3,34%)**, a **osteoporose (2,37%)** e a **osteoartrose da anca (1,78%)** foram os problemas mais mencionados.

O **abuso do tabaco**, apesar de não contemplado na lista de problemas de saúde prioritários, tem uma elevada expressão na lista de diagnósticos ativos (8,94% em 2016) tendo aumentado em relação a 2014 (8,0%).

A análise do estado de saúde da população com os dados obtidos através do SIARS e da consulta externa e interna permitiu identificar os grupos populacionais mais vulneráveis, nos quais se incluem as crianças, os adolescentes, os jovens e os idosos. Os cidadãos pertencentes a grupos populacionais excluídos ou em risco de exclusão (migrantes, utilizadores de drogas, trabalhadores do sexo), também se enquadram nos grupos populacionais prioritários.

Os problemas que acabamos de elencar e que foram considerados prioritários viram-se acrescidos de mais entidades nosológicas devido à sua magnitude: **IST (incluindo VIH/SIDA) e tuberculose**.

Em 2015, o primeiro ano em que a notificação passou a ser realizada em exclusividade através do SINAVE, foram notificados 16 casos de infeção por ***Chlamydia trachomatis*** (16 casos confirmados), 34 casos de **gonorreia** (dos quais 24 casos confirmados e 5 casos prováveis) e 56 casos de **sífilis** (5 casos confirmados e 48 prováveis).

Em 2016, o número de casos de infeção por ***Chlamydia trachomatis*** aumentou para 19, dos quais 2 foram classificados como prováveis. Relativamente à **gonorreia**, no ano de 2016, foram notificados 26 casos, 6 classificados como desconhecidos, 3 como não casos, 16 confirmados e 1 provável. Foram notificados 46 casos de **sífilis** (excluindo sífilis congénita), tendo 3 sido classificados como desconhecidos, 2 como não casos, 18 confirmados e 23 prováveis.

Durante o ano de 2015 foram notificados 21 casos de **VIH/SIDA**, dos quais 20 foram confirmados e 1 desconhecido. Em 2016 foram notificados 18 casos, dos quais 14 foram confirmados, 2 desconhecidos e 2 não casos.

Na área de intervenção do ACeS Lisboa Norte, a infeção por ***Mycobacterium tuberculosis*** representa a doença com maior número de casos notificados. No ano de 2015 registaram-se 56 casos de **tuberculose** (29 confirmados, 18 prováveis e 9 possíveis), e no ano de 2016 registaram-se 49 casos (41 confirmados, 8 prováveis).

3. Estratégias

As estratégias de saúde constituem os processos e as intervenções através dos quais são satisfeitas as necessidades/problemas de saúde definidos como prioritários.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) propõe quatro metas para 2020:

- Reduzir a mortalidade prematura (idade igual ou inferior aos 70 anos de idade) para um valor inferior a 20% (Portugal 2012 – 22,8%);
- Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30% (Portugal 2012 – 9,9 anos para os homens e 9 anos para as mulheres);
- Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com idade igual ou superior a 15 anos de idade e eliminar a exposição ao fumo ambiental;
- Controlar a incidência e a prevalência do excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o seu crescimento até 2020.

Face aos problemas de saúde (Quadro 10) e tendo em conta os recursos existentes na comunidade, foram definidos os seguintes eixos estratégicos:

- Abordagem centrada nas necessidades da população;
- Intervenção de acordo com as Normas e Orientações da DGS;
- Educação e promoção para a saúde;
- Articulação multidisciplinar e intersectorial: integração entre os projetos/programas das unidades funcionais do ACeS e parceiros;
- Parcerias;
- Comunicação interna e externa;
- Avaliação da contratualização;

Quadro 10. Problemas de saúde priorizados

1 - Doenças cérebro e cardiovasculares
2 -Diabetes
3 -Depressão
4 -Demências
5 - Doenças músculo-esqueléticas
6 - IST e VIH
7 - Tuberculose

Algumas estratégias definidas, tendo em conta os determinantes de saúde, fazem parte de mais do que um problema de saúde:

- Promoção do diagnóstico e tratamento precoce;
- Promoção de uma alimentação saudável;
- Vigilância de grupos vulneráveis;
- Promoção de estilos de vida saudáveis, combate ao tabagismo e alcoolismo;
- Promoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade, contrariando o sedentarismo;
- Promover a prevenção, o rastreio, o diagnóstico e o tratamento do VIH/SIDA, IST, hepatites virais e tuberculose;
- Articulação com parceiros sociais da comunidade: hospitais, escolas, autarquia, segurança social, PSP e outras entidades não governamentais com relevo para a saúde;
- Combate ao isolamento e solidão;
- Adesão à iniciativa *Fast Track Cities*.

O *Fast Track Cities* é um projeto decorrente da adesão da CML à Declaração de Paris e consequentemente à iniciativa *Fast Track Cities* promovida pela ONUSIDA, ONU-Habitat, *International Association of Providers of AIDS Care* (IAPAC) e Câmara Municipal de Paris. A adesão oficial ocorreu no dia 29 de Maio de 2017, sendo que o trabalho preparatório tem vindo a ser desenvolvido pelo Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) desde Janeiro de 2017. A implementação técnica do projeto assenta em cinco pontos estratégicos: processo e supervisão, intervenções programáticas, monitorização e avaliação, comunicações e mobilização de recursos. A implementação deste projeto em Lisboa irá contribuir para o cumprimento das metas 90-90-90 e para a eliminação da epidemia do VIH/SIDA até 2030, e ter reflexos positivos importantes nas epidemias relacionadas de tuberculose, hepatites virais e IST, com ênfase nas populações especialmente afetadas.

4. Recomendações/Atividades

Ao longo da elaboração do PLS, foi sentida a necessidade de promover uma maior articulação entre as Unidades Funcionais (Direção Executiva) do ACeS e o CHLN, reforçar a abordagem dos parceiros internos e externos com ênfase na identificação e controlo dos determinantes de saúde.

Outro aspeto importante que se considerou, foi a necessidade de envolver as estruturas sociais e dinamizar a implementação de parcerias, para complementar a resposta às necessidades de saúde da população, envolvendo-a, e sensibilizar os responsáveis pelas instituições de apoio a grupos populacionais vulneráveis para o papel de dinamizadores na obtenção de ganhos em saúde.

5. Avaliar e monitorizar

O plano de monitorização e avaliação tem como objetivos principais:

- a) Avaliar o cumprimento dos objetivos de saúde definidos e analisar os fatores condicionantes;
- b) Avaliar em que medida o PLS contribuiu para o planeamento estratégico do ACeS Lisboa Norte.

Relativamente à alínea a), serão elaborados indicadores de avaliação.

Relativamente à alínea b), serão efetuadas reuniões com a Direção ACeS.

As reuniões para monitorização serão semestrais, mas sempre que se afigure necessário ajustar estratégias para cumprimento de objetivos, poderão ocorrer com maior periodicidade.

Anualmente será produzido um relatório de avaliação, que após validação interna será distribuído também aos parceiros externos.

Anexos

Anexo 1. Carta convite para participação na consulta

**SNS** SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Exmos. Senhores.

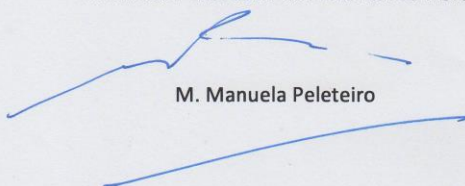
A priorização dos problemas de saúde para intervenção é uma das etapas de construção do Plano Local de Saúde do Aces Lisboa Norte que envolve todos os parceiros que têm parte ativa na saúde da população em que se insere o mesmo ACES.

A partir da análise dos dados de morbilidade e de mortalidade disponíveis, solicitamos que procure **hierarquizar os problemas de saúde segundo uma ordem de prioridade para intervenção**, através do preenchimento do **questionário em anexo**.

A vossa participação é fulcral neste processo, pelo que aguardamos resposta até ao dia **11 de Novembro**, a remeter à Direção Executiva do ACES.

Com os melhores cumprimentos.

A Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte



M. Manuela Peleteiro

Anexo 2. Documento de consulta



Priorização dos problemas de saúde identificados no diagnóstico da situação de saúde da população residente, no contexto da elaboração do *Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Norte*

Nota prévia

A priorização dos problemas de saúde é a etapa do processo de construção do **Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Norte** em que a Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e os parceiros seleccionados, internos e externos ao ACES, procuram hierarquizar segundo uma ordem de prioridade para a intervenção, os problemas de saúde identificados a partir da análise das medidas de morbilidade e de mortalidade disponíveis.

Neste contexto, solicita-se a participação no processo de priorização dos problemas de saúde através do **preenchimento do quadro 2**. No quadro 2, são apresentados por ordem alfabética os problemas de saúde para os quais se encontra disponibilizada informação quantitativa adequada à aplicação do método de priorização escolhido. Com base nos critérios de priorização e da respectiva escala de valores, cada problema será classificado e hierarquizado em relação aos demais.

Método

Nesta etapa, serão considerados, à partida, 12 problemas de saúde. Cada problema será classificado com um valor final igual ao somatório dos valores atribuídos pelo parceiro em função de três critérios de priorização: a) **magnitude** (caracterização do problema de acordo com a sua dimensão expressa através de indicadores de mortalidade ou de morbilidade); b) **transcendência social** (ponderação do problema por grupos etários, de forma a poder valorizar as mortes ou os casos de doença por determinada causa nos diferentes grupos de idades) e c) **vulnerabilidade técnica** (avaliação do potencial de prevenção segundo a tecnologia actual disponível na área.)

Para cada critério foi definida uma escala de valores, que varia entre 1 e 3 (quadro 1).

Para cada problema de saúde, deverá ser atribuído o valor 1, 2 ou 3 por critério (quadro 2). No final, o valor a assinalar na coluna de título **Valor final** será o somatório dos valores atribuídos em função dos vários critérios. A comparação dos **valores finais** permitirá hierarquizar os problemas de saúde no sentido do de “maior prioridade” (maior pontuação) para o de “menor prioridade” (menor pontuação). A pontuação máxima possível será de 9 valores (nos problemas classificados com o valor 3 em todos os critérios) e a mínima de 3 valores (nos classificados com o valor 1 em todos os critérios).

Os critérios de priorização devem aplicar-se à **população residente na área de influência do ACES Lisboa Norte**. A fim de apoiar o processo de priorização em curso, disponibilizam-se no anexo 1, os principais indicadores de saúde do **Perfil de Saúde**.

Quadro 1. Critérios de priorização e respectiva escala de valores

Critério					
Escala	Magnitude	Escala	Transcendência social	Escala	Vulnerabilidade técnica
1	Problema não preocupante pelos indicadores de morbilidade e de mortalidade	1	Problema que não afecta prioritariamente os grupos etários com maior peso social	1	De acordo com o estado de arte, há grandes dificuldades práticas ou técnicas na redução do problema
2	Problema de importância média, face aos indicadores de morbilidade e de mortalidade	2	Problema que afecta alguns grupos etários com importante peso social	2	O problema é redutível, mas as medidas ou tecnologias a utilizar são de difícil aplicação
3	Problema com dimensão importante observada através dos indicadores de morbilidade e de mortalidade	3	Problema que afecta prioritariamente os grupos etários com maior peso social	3	O problema responde às medidas e tecnologias que se apliquem

Quadro 2. Classificação dos problemas de saúde segundo os critérios de priorização indicados

Problemas de saúde (ordenados por ordem alfabética)	(A)	(B)	(C)	(A+B+C+D)
	Magnitude	Transcendência social	Vulnerabilidade técnica	Valor final
Asma				
Demências				
Depressão				
Diabetes				
Doenças cérebro e cardiovasculares				
Doenças músculo-esqueléticas				
DPOC				
DSTs (incluindo VIH/sida)				
Neoplasia do pulmão				
Neoplasia do colon e recto				
Patologia hepática				
Tuberculose				

Anexo 3. Lista de parceiros externos convidados a participar na consulta

Centro Hospitalar Lisboa Norte	Campolide:
IPO	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO VICENTE DE PAULO
	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SANTO ANTÓNIO DE CAMPOLIDE
Hospital da Luz	APOIAR-ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS EX-COMBATENTES DO STRESS DE GUERRA
Hospital dos Lusíadas	
British Hospital	Carnide:
Hospital St. Louis	CÁRITAS DIOCESANA DE LISBOA
Hospital da Cruz Vermelha	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE CARNIDE
PSP	CERC - COOPERATIVA DE EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE CIDADÃOS COM INCAPACIDADE, CRL
Bombeiros	APOIARTE - ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS ARTISTAS
Protecção Civil	GAC - GRUPO DE ACÇÃO COMUNITÁRIA, IPSS
	FUNDAÇÃO ANTÓNIO SILVA LEAL
	Lumiar:
CML	CENTRO SOCIAL DA MUSGUEIRA
JF Alvalade	INVÁLIDOS DO COMÉRCIO
JF Avenidas Novas	ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SURDOS
JF Benfica	ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE LISBOA - APCL SEDE
JF Campolide	ASSOCIAÇÃO DE PAIS PARA A EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS DEFICIENTES AUDITIVAS
JF Carnide	CAJIL - CENTRO DE APOIO A JOVENS E IDOSOS DO LUMIAR
JF Lumiar	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL N.º SR.ª DO CARMO DO ALTO DO LUMIAR
JF Santa Clara	ADFA – ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES DAS FORÇAS ARMADAS
JF São Domingos de Benfica	
Instituto da Segurança Social	Santa Clara:
Santa Casa da Misericórdia	NUCLISOL - JEAN PIAGET-ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA, INTEGRAÇÃO E SOLIDARIEDADE
Casa Pia de Lisboa	SECRETARIADO DIOCESANO DE LISBOA DA OBRA NACIONAL DA PASTORAL DOS CIGANOS
Cruz Vermelha Portuguesa	CEDEMA - ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS DEFICIENTES MENTAIS ADULTOS
Alvalade:	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DA AMEIXOEIRA
FUNDAÇÃO DO GIL	JRS-PORTUGAL -SERVIÇO JESUITA AOS REFUGIADOS-ASSOCIAÇÃO HUMANITÁRIA
CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DO CAMPO GRANDE	
ASSOCIAÇÃO DE BENEFICIÁRIAS CASAS DE SÃO VICENTE DE PAULO	São Domingos de Benfica:
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PAIS E AMIGOS DO CIDADÃO DEFICIENTE MENTAL	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DO CALHARIZ DE BENFICA
ASSOCIAÇÃO HUMANIDADES	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE SÃO TOMÁS DE AQUINO
CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO JOÃO DE BRITO	CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE SÃO DOMINGOS DE BENFICA
AJUDA DE MÃE	ACREDITAR - ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DE CRIANÇAS COM CANCRO
Avenidas Novas:	
MOV CENTRO SOCIAL DA PAROQUIA DE SÃO SEBASTIÃO DA PEDREIRA	
ASSOCIAÇÃO DESENVOLVIMENTO E APOIO SOCIAL DO BAIRRO DO REGO	
ASSOCIAÇÃO DE AUXÍLIO SOCIAL DE SÃO SEBASTIÃO DA PEDREIRA	
ASAS - ASSOCIAÇÃO DE SERVIÇO E APOIO SOCIAL	
ABRAÇO - ASSOCIAÇÃO DE APOIO A PESSOAS COM VIH/SIDA	
Benfica:	
ASSOCIAÇÃO SOLIDARIEDADE SOCIAL - AJUDA BERÇO	
CENTRO SOCIAL PAROQUIAL NOSSA SENHORA DO AMPARO	
APSA - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SÍNDROME DE ASPERGER	
ASSOCIAÇÃO DE REFORMADOS DE BENFICA	
GIRA - GRUPO DE INTERVENÇÃO E REABILITAÇÃO ACTIVA	