



ACES Cascais

Unidade de Saúde Pública

Rua Professor Egas Moniz, n.º 9010

S. João do Estoril

2765-618 ESTORIL

Ficha Técnica

Coordenação Geral

Ana Paula Magalhães

Coordenação e Redação

Cristina Correia

Paula Gregório

Autores

Álvaro Antas

Ana Micaela Gaspar

Ana Paula Magalhães

Ana Paula Sousa Uva

Bárbara Aguiar

Bárbara Dixon

Dulce de Lourenço

Cristina Correia

Helena Viegas

Marcelo Fernandes

Maria Teresa Meireles

Marina Antunes

Micaela Lopes

Paula Gregório

Rosa Bernardo

Rosete Lourenço

Tatiana Bizgu

Vsevolod Vatamanyuk

Colaboradores

André Biscaia

Victor Ramos

Colaboração Especial

Helena Baptista da Costa – Diretora Executiva ACES Cascais

Isabel Pardal – Presidente do Conselho Clínico e de Saúde ACES Cascais

Todos os profissionais da USP Cascais, Profissionais do ACES Cascais e Profissionais de instituições comunitárias nossas parceiras, que colaboraram no processo de identificação das necessidades locais, priorização dos problemas, disponibilização de informação variada, ou aporte de ideias e sugestões/comentários para a elaboração deste documento.

Conteúdo

Ficha Técnica	i
Índice de tabelas	iii
Índice de gráficos.....	iii
Acrónimos e Siglas.....	iv
Mensagem Diretora Executiva ACES Cascais	1
Prefácio.....	2
Nota Introdutória	3
I. Enquadramento.....	4
O que é o Plano Local de Saúde?	4
II. Metodologia	5
Perfil de Saúde de Cascais	5
Parceiros de Saúde envolvidos.....	5
Priorização de Problemas de Saúde	6
III. Perfil de Saúde de Cascais – síntese	7
Caracterização geodemográfica e social da população	7
Caracterização epidemiológica da população.....	8
Organização Global do ACES	10
IV. Identificação e priorização dos problemas de saúde.....	11
V. Objetivos Estratégicos.....	12
Saúde Mental	12
Doenças Cardiovasculares.....	14
Doenças Oncológicas.....	16
Diabetes.....	18
Excesso de peso e Obesidade.....	20
VI. Estratégias de Saúde	22
VII. Monitorização e avaliação	25
VIII. Referências bibliográficas	26
Anexos	28
Anexo 1 – Listagem de Parceiros Internos e Externos do ACES Cascais	29
Anexo 2 – Listagem de Indicadores de Saúde	31

Índice de tabelas

Tabela 1 – Lista dos principais problemas de saúde da população do concelho de Cascais	6
Tabela 2 – Indicadores demográficos da população por local de residência, em 2012	8
Tabela 3 – Indicadores demográficos da população por local de residência, em 2012	8
Tabela 4 – Perfil de mortalidade e morbilidade da população por local de residência	9
Tabela 5 – Lista prioritizada dos principais problemas de saúde da população do concelho de Cascais	11

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Pirâmide etária da população residente no concelho de Cascais, em 2012	7
Gráfico 2 – Distribuição de diagnóstico da doença oncológica da população residente no concelho de Cascais, por ano	17

Acrónimos e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACS – Alto Comissariado da Saúde
APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos
ARSLVT – Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CCS – Conselho Clínico e de Saúde
CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico
CLAS – Conselho Local de Ação Social
CMC – Câmara Municipal de Cascais
DC – Doença Coronária
DCC – Doenças Cérebro-cardiovasculares
DIC – Doença Isquémica Cardíaca
DDO – Doença de Declaração Obrigatória
DGS – Direção-Geral da Saúde
DM – Diabetes
DO – Doenças Oncológicas
DSP – Departamento de Saúde Pública
ECL – Equipa Coordenadora Local
EP/O – Excesso de peso e Obesidade
HPV – *Human Papillomavirus*
HTA – Hipertensão Arterial
ICPC – *International Classification of Primary Care*
INE – Instituto Nacional de Estatística
JMI – Junta Médica de Incapacidade
MGF – Medicina Geral e Familiar
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAI DM2 – Processo Assistencial Integrado na Diabetes Mellitus 2
PAI RVA – Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PLS – Plano Local de Saúde
PNV – Programa Nacional de Vacinação
SIARS – Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SM – Saúde Mental
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
VIH/SIDA – Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Mensagem Diretora Executiva ACES Cascais

A MISSÃO DO ACES CASCAIS traduz-se na criação de uma rede de cuidados de saúde primários integrados e sustentáveis, adequados às características da população e de proximidade, centrada no respeito pelas necessidades, dignidade e direitos do cidadão, diferenciada pela inovação, personalização, responsabilização e assente nas melhores práticas clínicas, com o objetivo de garantir à sua população uma vida mais saudável, mais longa e com maior qualidade.

Para poder cumprir a sua Missão o ACES tem naturalmente necessidade de conhecer bem as características da população que serve, os residentes no Concelho de Cascais.

Assume por isso primordial importância este PLANO LOCAL DE SAÚDE, elaborado pela U.S.P., para o que foram chamados a colaborar todos os Parceiros da Rede Social do Concelho de Cascais, bem como todas as unidades funcionais deste Agrupamento de Centros de Saúde.

Com este Documento trazemos verdadeiramente para o centro das nossas preocupações o Cidadão que servimos, e ficamos mais conhecedores das suas principais necessidades em saúde. Podemos assim melhor cumprir a nossa Missão, tentando alcançar sempre mais ganhos em saúde e com isso contribuir para a diminuição de anos potenciais de vida perdidos da nossa população.

A Diretora Executiva do ACES Cascais

Helena Baptista da Costa

Em 30 de Novembro de 2015

Prefácio

A saúde é percebida, primordialmente, como um fenómeno individual e pessoal, em contextos múltiplos: família, espaços residenciais, de lazer e de movimento diário, contextos escolares e laborais, âmbitos grupal e social, contextos culturais, entre outros. Pode também ser percebida, secundariamente, como um fenómeno local, coletivo e comunitário. E muito do que acontece no nível local é determinado fora dele: na região, no país, na Europa, noutras paragens, no Planeta...

Todos os dias, em cada minuto, acontecem na vida de cada pessoa, de cada família e de cada comunidade, intencionalmente ou por complexas e imprevisíveis interações de fatores e determinantes, fenómenos que os humanos valorizam de modo positivo, neutro ou negativo no que consideram ser saúde e bem-estar. Por isso, alguns vêem os “planos de saúde” como exercícios ilusórios que não influenciam comportamentos, nem fenómenos porque os verdadeiros protagonistas os ignoram e porque os fenómenos, a Vida e a Saúde lhes passam ao lado. Outros, porém, acreditam que os planos podem ser úteis como exercícios de comunicação e de compromisso de ação entre um conjunto de atores sociais para provocar mudanças desejadas. Essas mudanças serão mediadas por ações a executar nos modos e no tempo acordados.

Um Plano Local de Saúde pode constituir um contrato para a ação entre um conjunto de atores que se comprometem a remar num mesmo sentido para produzir efeitos concretos e/ou atingir pontos precisos. É, assim, um instrumento de alavancagem e de criação de sinergias num “espaço local” específico. Como não é possível fazer isto com tudo e a todos os níveis, vai ter de haver escolhas criteriosas quanto ao que está ao alcance dos atores envolvidos fazer e modificar.

Os serviços de saúde tendem a elaborar quase “unilateralmente” planos de saúde. São, ainda, serviços verticalmente hierarquizados, que tendem a seguir a precedência sequencial “nacional”, “regional”, “local”. Mas a Vida e a Saúde acontecem por todo o lado, ao mesmo tempo. Por isso, esta tradição tende a evoluir para um patamar de participação, comunicação em tempo real e de co-evolução entre todos os níveis, com um envolvimento em paralelo mais alargado.

O presente Plano Local de Saúde de Cascais 2015-2017 pode ser considerado um instrumento de trabalho orientável para a visão acima sugerida. A visão dominante ainda é a do planeamento do Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais. Mas pode ser visto e utilizado como um documento de trabalho aberto que convida à participação crítica e ativa dos restantes parceiros da “comunidade-concelho” de Cascais com papéis determinantes na “produção” da saúde local. O lançamento em 2015 da iniciativa “Fórum Concelhio para a Promoção da Saúde” em Cascais, pioneira e inovadora a nível nacional, é um exemplo das dinâmicas inovadoras que irão ser acolhidas neste processo.

A revisão e reflexão crítica do que foi planeado e executado em anos anteriores no sector da saúde, em Cascais, vão ajudar, em 2016, à transição de paradigma e de ações de harmonização e convergência, projetando e antecipando uma ampla conjugação de recursos e esforços, focalizados em objetivos prioritários e mobilizadores a escolher por todos para o período 2018-2020.

Victor Ramos

Médico de família na USF S. João do Estoril

Professor Convidado da ENSP / UNL

Nota Introdutória

O Plano Local de Saúde de Cascais resulta da coordenação de esforços dos diferentes *stakeholders* envolvidos no processo de planeamento estratégico para a área da saúde no concelho de Cascais e decorre da identificação do Perfil de Saúde desta população¹.

Considerando as características geodemográfica e epidemiológica da população e a consequente complexidade de necessidades, importa basear as decisões de intervenção em evidências de forma a ajustar as respostas em tempo útil, assim como implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes com vista à obtenção de ganhos em saúde, bem como dar qualidade aos anos de vida.

Concomitantemente, porque os recursos são limitados, é necessário utilizá-los da maneira mais eficaz e eficiente pelo que é essencial intervir não só nas causas e resolução dos problemas como também, nos fatores determinantes da saúde, priorizando as intervenções.

Este Plano tenta assim, traduzir o empenhamento das várias áreas da nossa organização na prossecução de um objetivo comum. Reforça, ainda, a colaboração externa de organizações formais e não formais da nossa comunidade, outros atores sociais e o próprio cidadão, como contributo decisivo na intervenção face aos determinantes da saúde, coresponsabilizando-os pela gestão de saúde individual e coletiva.

Desta forma, constitui-se como um documento estratégico suportado nos problemas de saúde prioritários do concelho, enquadrado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e no Plano de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

O documento não deve ser encarado, numa perspetiva redutora, como uma tarefa, mas numa perspetiva alargada concorrendo para uma direção e um resultado. Pensamos, com este Plano, dar um contributo para clarificar a estratégia a desenvolver, o caminho a percorrer e os resultados a atingir, sendo certo que, ano após ano, o retorno deverá ser traduzido por uma população mais responsável pelos seus comportamentos e atitudes e com um nível de saúde melhor, pela qualidade dos nossos cuidados e pela satisfação dos cidadãos e dos profissionais.

¹ ACES Cascais, USP. *Perfil de Saúde do Concelho de Cascais*, 2013.

I. Enquadramento

A reforma dos cuidados de saúde primários veio reforçar o papel preponderante da Unidade de Saúde Pública (USP), enquanto Observatório de Saúde, no planeamento estratégico em saúde como processo fundamental e de suporte à tomada de decisão.

O Planeamento em Saúde é um *"Processo sistemático, orientado para o futuro, que determina a direção, os objetivos e as ações a desenvolver para alcançar os objetivos definidos. (...) tem a ver com promover mudanças e é a função básica de administração essencial ao sucesso em todos os níveis de qualquer organização."*²

Assim, tendo um carácter prospetivo, é um processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a definição de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes. Visa, ainda, dotar as organizações de maior flexibilidade, eficiência e rigor para que, de forma concertada, se consiga alterar a realidade identificada.

O que é o Plano Local de Saúde?

O Plano Local de Saúde (PLS) é um documento estratégico do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de apoio à gestão dos serviços de saúde e da comunidade e à tomada de decisão do Diretor Executivo do ACES, do Conselho Clínico e de Saúde (CCS), dos Coordenadores das Unidades Funcionais, dos Gestores de Programas e Projetos e do Conselho da Comunidade do ACES. Tem como finalidade contribuir para obtenção de ganhos em saúde e a melhoria do estado de saúde da população.

Como instrumento de gestão, integra e facilita a coordenação das diferentes instituições de saúde e parceiros sociais na comunidade, quantifica a mudança desejada com base nas necessidades identificadas e priorizadas, aponta caminhos mais eficazes, eficientes, efetivos e oportunos e clarifica os papéis dos cidadãos e dos diversos setores da sociedade na sua coparticipação ativa e corresponsabilização pela saúde da comunidade onde se inserem.

Baseado nestes pressupostos, o PLS de Cascais é o resultado de um compromisso social de interesses alargado entre os serviços de saúde e a sociedade civil do concelho, na medida em que promoveu a abertura do planeamento em saúde a todas as partes interessadas, bem como o seu envolvimento na elaboração e persecução do estabelecido, considerando as especificidades de cada grupo/comunidade/população.

Alinhamento com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e com o Plano Regional de Saúde 2014-2016

O PLS Cascais partilha a visão, valores e princípios do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e do Plano Regional de Saúde 2014-2016, e está alinhado com as estratégias nacionais e regionais. Desta forma, contribui para o cumprimento das suas metas.

Atendendo à sugestão de melhoria apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) aquando da avaliação do último Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o PLS Cascais é o culminar do planeamento que passou do nível Nacional, Regional e terminou ao nível local, na tentativa de ir adaptando as intervenções em saúde às necessidades específicas do concelho e também de cada freguesia.

² Wallace, Robert; Last, John M; Kohatsu, Neal, eds. Public health and preventive medicine. 15 th ed. New Jersey: McGraw-Hill Professional, 2008.

II. Metodologia

Perfil de Saúde de Cascais

A elaboração do Perfil de Saúde de Cascais constituiu a primeira etapa deste processo e foi da responsabilidade da USP de Cascais, em consonância e resultante de regras conjuntas decididas pelo Departamento de Saúde Pública e pelas USP da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Com base numa lista mínima de indicadores de saúde, consensualizada entre os coordenadores das Unidades de Saúde Pública da ARSLVT, foram efetuadas pesquisas em várias fontes de informação de forma a obter os dados atuais e detalhados, tanto quanto possível, idealmente desagregados aos níveis nacional, regional (ARSLVT) e local (Cascais). As plataformas de dados mais utilizadas foram as do Instituto Nacional de Estatística (INE), PORDATA, Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), site da ARSLVT, site do Alto Comissariado da Saúde (ACS) através da ferramenta de mapas interativos (*websig*), informação dos sistemas de vigilância de Tuberculose (SVIG-TP) e Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA), *Dashboard* da Saúde da Direção Geral da Saúde (DGS, para além da informação gerada habitualmente ao nível da USP (dados da avaliação do Programa Nacional de Vacinação (PNV), Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) de Doenças de Declaração Obrigatória (DDO), Juntas Médicas de Incapacidade (JMI), entre outras). Foi, ainda, tida em consideração a informação organizada decorrente do III Plano de Desenvolvimento Social de Cascais 2012 – 2015, da Câmara Municipal de Cascais (CMC) e do contacto direto no Plenário do Conselho Local Ação Social (CLAS).

A unidade geográfica utilizada na descrição e análise da situação de saúde foi a área de influência do ACES de Cascais, e sempre que possível, desagregada por freguesia, atendendo às especificidades do estado de saúde, fatores determinantes, recursos e prestação de cuidados de saúde pelas diferentes unidades funcionais em cada uma das freguesias.

A informação obtida foi apresentada aos parceiros da comunidade e em reunião de coordenadores das unidades funcionais do ACES e serviu de base para a discussão/validação dos problemas de saúde da população, a definição de prioridades e o desenvolvimento de estratégias.

Com a sua conclusão em 2013, procedeu-se à determinação das necessidades em saúde da população-alvo para que, posteriormente, se possa estabelecer a pertinência do Plano a ser equacionado e dos Programas e Projetos que o compuserem.

Parceiros de Saúde envolvidos

O Perfil de Saúde permitiu a identificação de alguns dos problemas de saúde deste concelho através dos indicadores definidos. No entanto, o diagnóstico da situação é incompleto se se tiver em conta apenas esta informação.

Neste sentido, e entendendo que a identificação de problemas e necessidades tem uma dimensão muito mais ampla que a descrita no perfil, foram utilizadas técnicas de busca de consenso, nomeadamente a do grupo nominal e brainstorming para obter uma imagem do nível de saúde mais próxima da realidade.

A informação obtida através desta metodologia e que serviu de base para o desenvolvimento das estratégias do PLS resultou do envolvimento dos profissionais do ACES de Cascais representantes das diversas unidades funcionais e profissionais de outras instituições parceiras da comunidade que integram o Conselho Local de Ação Social (CLAS), bem como profissionais do Hospital de Cascais, Clínicas CUF Cascais e Europa, Associações de Bombeiros Voluntários do concelho, Serviço Municipal de Proteção Civil, entre outros, todos eles conhecedores da realidade do concelho e com influência nas decisões. (Anexo 1)

Priorização de Problemas de Saúde

A identificação dos problemas de saúde no Perfil de Saúde considerou os problemas identificados a nível nacional e regional. Numa primeira fase, foram submetidos à consideração da Diretora Executiva e dos membros do CCS, dos Coordenadores das unidades funcionais do ACES e da Direção Clínica do Hospital de Cascais, enquanto hospital de referência do ACES. Foram ainda validados por dois médicos especialistas de medicina geral e familiar, que pela sua experiência profissional e académica se constituem como peritos na área. De igual modo, foram apresentados em assembleia às diferentes entidades parceiras na comunidade. No final deste processo resultou a elaboração de uma proposta.

No processo de priorização dos problemas de saúde foi solicitado a colaboração a cada um dos parceiros, internos e externos ao ACES anteriormente implicados, que atribuisse, a cada problema de saúde indicado na tabela em baixo, um valor de zero (menos importante) a cinco (mais importante).

Problema	Pontuação (0 a 5)
Doenças Cardiovasculares	
Diabetes Mellitus	
VIH/SIDA	
Patologias de Saúde Mental	
Tuberculose Pulmonar	
Doenças Oncológicas	
Excesso de peso/Obesidade	
Doenças Respiratórias	

Tabela 1 – Lista dos principais problemas de saúde da população do concelho de Cascais

Neste sentido, foi enviado por correio eletrónico a lista dos principais problemas de saúde a 162 entidades parceiras (internas e externas). Responderam 102 representantes das diferentes unidades funcionais do ACES e entidades externas da comunidade, correspondendo a 63% do total de inquiridos.

Desta forma, a metodologia dos Informadores-Chave permitiu priorizar os problemas identificados na etapa anterior e foi facilitadora da orientação estratégica do PLS.

III. Perfil de Saúde de Cascais – síntese

Caracterização geodemográfica e social da população

O concelho de Cascais apresenta uma área de 99,07 km² e em 2013, com a nova reorganização administrativa, passou de seis para quatro freguesias, designadamente a união de freguesias Cascais-Estoril e Carcavelos-Parede e as freguesias de Alcabideche e S. Domingos de Rana. É limitado a norte pelo concelho de Sintra, a leste pelo concelho de Oeiras e a sul e a oeste pelo Oceano Atlântico.

Abrange uma população de 206.429 habitantes (censos 2011), com uma densidade populacional de 2124,5 habitantes/Km², sendo as antigas freguesias de Parede (6016 habitantes/km²) e de Carcavelos (5166 habitantes/km²) as de maior densidade populacional.

Do ponto de vista demográfico, a população do concelho de Cascais acompanha as tendências da concentração populacional nos corredores urbanos, nas quais se foram fixando sucessivas vagas de migrantes constituídas, essencialmente, por adultos jovens, inicialmente oriundos do interior de Portugal e depois provenientes, em larga medida, dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) desde o início dos anos 80. Nos últimos anos observou-se a chegada de novas vagas migratórias oriundas do Brasil, países da Europa de Leste e outros locais da Ásia e da África. Decorrente deste fenómeno, o concelho de Cascais teve uma taxa de variação populacional entre 2001-2011 de 20,97%, sendo que as freguesias de Alcabideche e de S. Domingos de Rana apresentaram taxas superiores às observadas no concelho (32,59% e 30,71%, respetivamente).

Em 2011 residiam no concelho de Cascais 22.320 indivíduos de nacionalidade estrangeira, maioritariamente do sexo masculino (52,6%), sendo a comunidade Brasileira a que apresenta maior número de registos (30,9%).

A pirâmide etária da população residente no concelho de Cascais em 2012 é típica dos países desenvolvidos. Apresenta níveis de natalidade e mortalidade baixos, com um menor número de indivíduos dos grupos etários jovens e um maior número de indivíduos idosos.

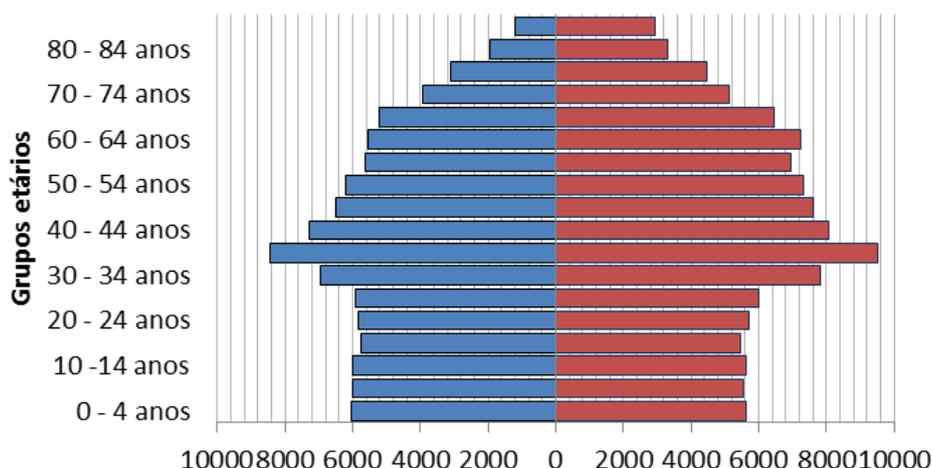


Gráfico 1 - Pirâmide etária da população residente no concelho de Cascais, em 2012

Fonte: INE, Censos 2011

Da análise do gráfico, observa-se que a população do grupo etário entre os 15-64 anos representa cerca de 65% do total da população residente.

Concomitantemente, a partir de 2008 tem-se observado a diminuição na capacidade de renovação da população através da evolução negativa do saldo natural da população, em virtude da diminuição sustentada dos nados-vivos e do aumento do número de óbitos.

Esta evidência é reforçada pelos valores dos indicadores demográficos a seguir apresentados. Contudo, comparando-os com os da região de Lisboa e Vale do Tejo e os de Portugal Continental, verifica-se que este concelho tem uma população mais jovem, na medida em que os índices de dependência de idosos, dependência total e envelhecimento são inferiores, enquanto que o índice de dependência de jovens é ligeiramente superior.

Salienta-se ainda, o fato de, para além da taxa de analfabetismo ser mais baixa do que na Região e em Portugal Continental, 21,4% da população do concelho de Cascais apresenta o ensino superior completo como nível de escolaridade detido.

	Unidade de medida	Cascais	LVT	Portugal Continental
Índice de envelhecimento	Rácio por 100	113	120	131
Índice de dependência de jovens	Rácio por 100	23,8	23,2	22,4
Índice de dependência de idosos	Rácio por 100	26,8	27,6	29,3
Índice de dependência total	Rácio por 100	50,6	50,8	51,7
Percentagem população ativa [15-64 anos]	Rácio por 100	66,4	66,3	65,9
Taxa de analfabetismo	Rácio por 100	15,7	16,4	18,8
Nível de escolaridade superior completo	Rácio por 100	21,4	18,3	11,9

Tabela 2 – Indicadores demográficos da população por local de residência, em 2012

Fonte: INE, Censos 2011 e Indicadores demográficos;

Caracterização epidemiológica da população

Em 2011, a população do concelho de Cascais apresentava uma natalidade acima da média regional e nacional. Contudo, verifica-se uma diminuição das mulheres em idade fértil e da taxa de fecundidade (diferença face ao observado em 2012 de -0,5% e de -3,3%, respetivamente) que implicará o envelhecimento da população.

Tabela 3 – Indicadores demográficos da população por local de residência, em 2012

	Unidade de medida	Cascais	LVT	Portugal Continental
Taxa bruta de natalidade	Rácio por 1000	11,4	11,1	9,1
Percentagem de mulheres em idade fértil	Rácio por 100	45,8	44,4	45
Taxa de fecundidade	Rácio por 1000	46,7	47,2	38,6

Fonte: INE, Censos 2011 e Indicadores demográficos;

Por sua vez, a proporção de nascimentos pré-termo no triénio 2010/2012 foi de 7,3% e a esperança de vida à nascença, no mesmo período, era de 80,7 anos.

Os valores observados nos indicadores de mortalidade na população do concelho de Cascais situam-se abaixo dos a nível regional e nacional, sendo que a taxa bruta de mortalidade foi de 8,9‰, a taxa de

mortalidade infantil foi de 2,4‰, a taxa de mortalidade neonatal foi de 2,2‰ e a taxa de mortalidade perinatal foi de 3,7‰.

Relativamente à mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2009/2011, destacam-se como principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório (33,7/10⁵ habitantes) e os tumores malignos (29/10⁵ habitantes), seguidas das doenças do aparelho respiratório (10,9/10⁵ habitantes), das doenças endócrinas (4,7/10⁵ habitantes) e das doenças do aparelho digestivo (4,1/10⁵ habitantes).

Indicador	Sexo	Período	Unidade	Continente	ARS Lisboa e Vale do	ACeS Cascais	Fier valor	Melhor valor
Crianças com baixo peso à nascença	HM	10-12	‰	8,4	8,5	8,3	10,4	6,4
Taxa bruta de mortalidade	HM	2012	‰	10,3	10,0	8,9	NA	
Taxa de mortalidade infantil	HM	10-12	‰	2,9	3,3	2,4	7,9	0,7
Taxa de mortalidade neonatal	HM	10-12	‰	2,1	2,3	2,2	4,7	0,4
Taxa de mortalidade perinatal	HM	10-12	‰	3,8	4,1	3,7	7,6	1,1
Taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP) prematura (< 75 anos)*								
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	H	09-11	/100000 hab	33,2	35,0	44,7	53,3	14,0
	M			6,7	7,7	10,8	12,8	2,6
Tumor maligno do estômago	H	09-11	/100000 hab	14,0	11,9	13,4	32,7	8,3
	M			6,1	5,0	4,2	15,1	3,0
Tumor maligno da mama (feminina)	M	09-11	/100000 hab	15,3	18,4	18,2	23,2	7,1
Doença isquémica do coração	H	09-11	/100000 hab	26,8	35,3	43,8	64,5	9,6
	M			8,1	10,8	13,6	17,3	2,6
Doenças cerebrovasculares	H	09-11	/100000 hab	27,0	27,1	24,1	43,7	17,2
	M			14,2	14,7	12,0	22,9	8,7
Doença crónica do fígado e cirrose	H	09-11	/100000 hab	15,8	13,3	12,8	49,2	7,9
	M			3,6	2,0	2,0	12,7	0,6
Acidentes de transporte	H	09-11	/100000 hab	12,9	12,1	7,8	30,3	3,3
	M			3,3	3,1	3,2	11,3	0,6
Proporção de inscritos (%) com diagnóstico ativo (Morbilidade - registo nos Cuidados de Saúde Primários)								
Hipertensão (K86 ou K87)	HM	Dez-13	‰	19,6	18,0	19,2	29,1	13,6
Alteração no metabolismo dos lípidos (T93)	HM	Dez-13	‰	16,6	13,4	12,3	30,8	10,6
Perturbações depressivas (P76)	HM	Dez-13	‰	7,6	6,3	6,7	11,7	4,7
Diabetes (T89 ou T90)	HM	Dez-13	‰	6,9	6,2	4,9	9,1	4,9
Obesidade (T82)	HM	Dez-13	‰	5,1	4,4	5,5	9,3	1,8
Taxa de incidência de sida	HM	2012	/100000 hab	2,4	3,4	1,0	8,0	0,0
Taxa de incidência da infeção VIH	HM	2012	/100000 hab	7,4	10,6	4,8	25,0	0,0
Taxa de incidência de tuberculose	HM	2012	/100000 hab	23,6	27,4	24,0	47,8	6,5

Tabela 4 – Perfil de mortalidade e morbilidade da população por local de residência

Fonte: Observatório Regional de Saúde: Perfis Locais de Saúde dos ACES da Região LVT, PLS ACES Cascais.

<http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/197>, consultado a 31-08-2015

No que concerne à morbilidade registada em *International Classification of Primary Care (ICPC) 2* no ACES Cascais, destacam-se os valores observados nos utentes inscritos com diagnóstico de hipertensão (19,2%), de perturbações depressivas (6,7%) e de obesidade (5,5%), todos eles superiores à média regional e o último também superior à verificada a nível nacional.

No que se refere ao valor observado para a diabetes verifica-se uma prevalência muito abaixo da média regional e nacional. Considerando que, de acordo com o Observatório da Diabetes, a prevalência de diabéticos diagnosticada em indivíduos dos 20 aos 79 anos está estimada em 7,3% e a população de

Cascais está a envelhecer, com consequente aumento da prevalência desta doença, coloca-se a hipótese de subregisto informático.

A Tuberculose é a DDO mais notificada no ACES Cascais ($26,9/10^5$ habitantes) mas a sua incidência revelou uma tendência decrescente, principalmente no último ano ($31,5/10^5$ habitantes, em 2011).

Em 2012, a taxa de incidência da infeção VIH (CRS+PA+SIDA) foi de $4,8/10^5$ habitantes), enquanto a de SIDA foi de $1/10^5$ habitantes, mantendo ambas a tendência decrescente.

Relativamente à situação vacinal da população de Cascais a taxa de cobertura global não permite assegurar a existência de imunidade de grupo para as doenças evitáveis pela vacinação.

Organização Global do ACES

O ACES Cascais tem uma área de influência sobreponível ao concelho de Cascais e, para responder às necessidades de saúde da população abrangida, apresenta uma matriz organizacional assente em 19 unidades funcionais (10 Unidades de Saúde Familiar (USF), 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 2 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 USP e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)) com autonomia gestionária, constituídas por equipas multiprofissionais que desenvolvem atividades aos diferentes níveis de prevenção baseadas em compromissos assistenciais contratualizados e dirigidas ao indivíduo/família, grupos/comunidade e população em geral, numa perspetiva de funcionamento interno e externo em rede. Integrado na USP, funciona o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Cascais (CDP).

Existem ainda, serviços de apoio ao adequado e atempado funcionamento do ACES na consecução dos objetivos, designadamente, a Unidade de Apoio à Gestão (UAG), o Gabinete do Cidadão e a Equipa Coordenadora Local (ECL).

Integra uma equipa multidisciplinar constituída por 390 profissionais.

A população inscrita no ACES Cascais a 31 dezembro de 2013 (Fonte: SIARS) era de 192 699 utentes. Destes, 34 915 (18,1%) não tinham médico de família e 169 (0,1%) não tinham médico por opção.

O Hospital de Cascais é a principal instituição hospitalar para a qual o ACES Cascais referencia os utentes da sua área de intervenção. Existe ainda a possibilidade de referenciação para o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de Sant'Ana e Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, para as especialidades não existentes no Hospital de Cascais.

Considerando a complexidade das necessidades de saúde e sociais da população tem-se revestido de especial importância para o sucesso das intervenções e obtenção de ganhos em saúde, a transversalidade das diferentes abordagens que existem neste concelho. Neste sentido, através de protocolos formais e informais, existe a possibilidade de assegurar respostas continuadas, articuladas e integradas nas áreas da saúde e sociais, designadamente as instituições que constituem a Rede Social de Cascais. Esta metodologia de intervenção assenta na participação, na colaboração e na partilha e otimização dos recursos, articulando e congregando esforços entre as diferentes entidades públicas, de solidariedade social e privadas que atuam no concelho.

IV. Identificação e priorização dos problemas de saúde

Atendendo ao perfil de saúde da população residente na área de influência do ACES de Cascais, e após a aplicação dos critérios de priorização previstos no capítulo da Metodologia, foram identificados 8 principais problemas de saúde que se apresentam a seguir, por ordem de prioridade decrescente.

Problema	Pontuação	Ordem de Prioridade
Patologias de Saúde Mental	447	1ª
Doenças Cardiovasculares	397	2ª
Doenças Oncológicas	396	3ª
Diabetes Mellitus	360	4ª
Excesso de peso/Obesidade	340	5ª
Doenças Respiratórias	312	6ª
VIH/SIDA	271	7ª
Tuberculose Pulmonar	251	8ª

Tabela 5 – Lista priorizada dos principais problemas de saúde da população do concelho de Cascais

Depois de hierarquizados decidiu-se que o PLS Cascais se focaria nos primeiros 5 problemas de saúde identificados.

V. Objetivos Estratégicos

Saúde Mental

Com base nos dados epidemiológicos recolhidos na última década, é hoje evidente que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados.

Os resultados do 1.º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013) mostram que a prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal é muito elevada: mais de 1 em cada 5 dos indivíduos da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica. Deste valor global destacam-se os mais altos nas perturbações da ansiedade (16,5%) e nas perturbações depressivas (7,9%). Esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar. Neste aspeto, Portugal distingue-se significativamente de todos os outros países do sul da Europa que, sem exceção, apresentam prevalências muito mais baixas que os países do norte (Wang *et al.*, 2011). No que se refere ao concelho de Cascais, as perturbações depressivas, ainda que apresente um valor inferior ao nacional (6,7%), é superior ao valor da ARSLVT.

Pela natureza da doença e as suas implicações sociais, no concelho de Cascais, *existe pouco conhecimento e fontes disponíveis* de dados epidemiológicos que permitam construir uma ideia do estado de Saúde Mental do concelho. Os principais problemas identificados são:

- Ausência de diagnóstico da realidade;
- Ausência de estratégia local concertada entre parceiros em saúde mental de base comunitária;
- Registo crescente de situações;
- Insuficiente resposta estruturada em pedopsiquiatria.

De salientar, ainda, que as patologias de Saúde Mental ocuparam o primeiro lugar na ordem de prioridade, da lista dos principais problemas de saúde da população do concelho.

Assim sendo, importa conhecer a realidade do ACES de Cascais, relativamente à prevalência de perturbações psiquiátricas, aos fatores determinantes e condicionantes, a situações de perigo em Saúde Mental e permitir a comparação com dados regionais/nacionais/europeus disponíveis.

Finalidade: Diminuir a morbi-mortalidade por patologia mental

Objetivo Geral: Melhorar a articulação entre as instituições de saúde e sociais prestadoras de cuidados no concelho de Cascais

Objetivos Específicos:

1. Identificar a população com patologia mental através dos registos tanto em cuidados de saúde primários como hospitalares;
2. Melhorar a articulação e resposta de cuidados, em particular os emergentes;
3. Criar sinergias com parceiros da comunidade, visando a melhoria da saúde mental da população.

Metas³:

Meta 2017

Quantificar a prevalência de perturbações psiquiátricas no concelho de Cascais

Estabelecer, pelo menos 1, protocolo de articulação com as diferentes parcerias

Reduzir em 2 % a mortalidade por suicídio

³ Listagem Indicadores de Saúde – Anexo 2

Doenças Cardiovasculares

“As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária (DC), com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e diretas para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante que urge minorar.” (*Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, DGS 2003*).

A sua preponderância na nossa sociedade é tal que se podem considerar doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social.

O nosso país tem a mais alta taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares de entre os países europeus, sendo das mais altas em termos mundiais.

Por sua vez, o AVC e a Doença Isquémica Cardíaca (DIC) são a principal causa de morte e de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos (APPV) em Portugal, ocupando um lugar cimeiro nos internamentos hospitalares.

Estas doenças são responsáveis por cerca de 50% das mortes, sendo a principal causa de morte em ambos os sexos. Destas mortes cerca de 50% devem-se a AVC e 22% a DIC.

No ACES Cascais esta realidade está em concordância com o verificado no país. A mortalidade por doenças cardiovasculares é a principal causa de morte e a hipertensão arterial (HTA) o diagnóstico com maior peso nos cuidados de saúde primários.

Apesar do decréscimo destes valores nos últimos anos, mais acentuado na DIC do que nas doenças cerebrovasculares, fruto da redução da prevalência dos fatores de risco também pela evolução dos aspetos científicos e técnicos na sua gestão assim como pelo ajuste dos serviços de saúde na sua abordagem, importa reconhecer fatores que poderão contribuir para a sua tendência crescente no futuro: envelhecimento da população, elevada prevalência de HTA, insuficientemente diagnosticada e tratada, e alteração dos estilos de vida, com alteração da dieta mediterrânica, aumento do abuso do álcool e do tabaco e sedentarismo.

Pelo seu impacto social e natureza complexa e multifatorial, a abordagem destas doenças justifica uma atuação planeada e organizada, abrangente e integrada, multidisciplinar e intersectorial, envolvendo intervenções políticas setoriais, mobilização social, *empowerment* individual e colaboração de todo o sistema de saúde.

A elevada prevalência nacional dos fatores de risco das doenças cardiovasculares justifica que a abordagem destas doenças seja aglutinadora de estratégias de prevenção, deteção e correção dos mesmos de forma não só a evitar a perda de saúde, mas igualmente promover a recuperação tendo em consideração que estas doenças são de evolução crónica e progressivamente incapacitantes.

Neste sentido, as estratégias de âmbito populacionais ou em subgrupos específicos, em particular adolescentes e jovens adultos, de sensibilização permanente para a adoção de estilos de vida saudáveis provaram ser as mais rentáveis em termos de ganhos em saúde.

A finalidade desta abordagem ultrapassa o objetivo de prolongar a vida, pretendendo, através da promoção da saúde, com a redução da prevalência dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção, prolongar a vida ativa e melhorar a qualidade de vida em todas as fases da história natural destas doenças.

Os objetivos específicos são não apenas o de melhorar o controlo da HTA, mas também promover estilos de vida saudáveis que considerem na sua abordagem os outros fatores de risco igualmente implicados nas doenças cardiovasculares.

Neste sentido, a redução dos riscos cardiovasculares através de uma estratégia de promoção da prevenção cardiovascular dirigida não só para a vigilância epidemiológica por parte dos serviços de saúde, mas também para a educação para a saúde, com o objetivo de que cada indivíduo seja capaz de gerir a sua própria saúde de forma mais informada e, quando for caso disso, gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma, tem demonstrado ser a mais eficaz.

Finalidade: Reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares (AVC e DIC)

Objetivo Geral: Reduzir os riscos cardiovasculares

Objetivos Específicos:

1. Melhorar a vigilância epidemiológica das doenças cardiovasculares:
 - Aumentar proporção de hipertensos diagnosticados e controlados
 - Aumentar proporção de dislipidémicos diagnosticados e controlados
 - Aumentar proporção de diabéticos diagnosticados e controlados
2. Promover a prevenção cardiovascular através da educação para a saúde:
 - Reduzir prevalência de fumadores
 - Reduzir prevalência de obesos
 - Reduzir prevalência de hábitos alcoólicos
 - Aumentar prevalência de indivíduos com hábitos regulares de exercício
 - Aumentar prevalência de indivíduos com hábitos alimentares saudáveis

Metas⁴:

Meta 2017
Reduzir em 2 % a Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares
Reduzir em 2 % a Mortalidade Proporcional por Doença Cerebrovascular
Reduzir em 2 % a Mortalidade Proporcional por Doença Isquémica Cardíaca
Aumentar em 2 % a proporção de hipertensos diagnosticados e controlados
Aumentar em 2 % a proporção de dislipidémicos diagnosticados e controlados
Aumentar em 2% a proporção de diabéticos diagnosticados e controlados

⁴ Listagem Indicadores de Saúde – Anexo 2

Doenças Oncológicas

As Doenças Oncológicas, de acordo com o PLS do ACES de Cascais, constituem um grave problema de saúde pública sendo, no concelho de Cascais, a segunda causa de morte, logo atrás das Doenças do Aparelho Circulatório, com uma mortalidade proporcional por grandes causas de morte, no triénio 2009-2011 de 29/10⁵ habitantes.

A mortalidade proporcional por tumores malignos no triénio 2009-2011 para todas as idades e ambos os sexos representa a 2ª causa de morte. Se analisarmos o mesmo indicador por ciclo de vida e ambos os sexos e no mesmo período, a mortalidade proporcional por tumores malignos representa:

- a 1ª causa de morte nos grupos etários:
 - 25-44 (24,4 %)
 - 45-64 (48,1 %)
 - 65-74 (46,8 %)
- sendo a 2ª causa de morte nos grupos etários dos 5-24 e nos de + de 75 anos.

Quando analisamos a taxa de mortalidade padronizada nos grandes grupos de causas de morte, no triénio 2009-2011, na população com idade inferior a 75 anos e por sexo, deparamo-nos que no ACES Cascais a taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos é de 125,6/10⁵ habitantes em ambos os sexos e de 175,0/10⁵ habitantes no sexo masculino, sendo estas superiores às do Continente e às da ARSLVT com significância estatística. De entre os tumores malignos, com taxas de mortalidade padronizada com significância estatística, destaca-se a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do aparelho respiratório (28,8/10⁵ habitantes em ambos os sexos e 50,7/10⁵ habitantes no sexo masculino) e nestes, o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão com uma taxa de 26/10⁵ habitantes em ambos os sexos, 44,7/10⁵ habitantes no sexo masculino e 10,8/10⁵ habitantes no sexo feminino.

No referente a taxas brutas de mortalidade por doença oncológica, as taxas brutas de mortalidade de cancro da mama feminino antes dos 65 anos e a taxa bruta de mortalidade por cancro do colon e do reto antes dos 65 anos apresentaram nos anos de 2006 a 2009 um aumento, mas a taxa bruta de mortalidade por cancro do colo do útero antes dos 65 anos teve, em 2009, um decréscimo relativamente aos anos anteriores.

Relativamente à morbilidade por doença oncológica no ACES de Cascais, foi elaborada uma base de dados baseada no ficheiro das JMI de 2014. Nesse ano requereram JMI 733 utentes com patologia oncológica, dos quais 51 % eram do sexo feminino.

No referente à distribuição por grupo etário 49,93 % corresponde ao grupo etário \geq a 65 anos (34,52 % dos 65-74 e 12,55 % dos 75-84 anos) e 48,96 % corresponde ao grupo etário dos 25-64 anos (14,73 % dos 45-54 anos; 25,65 % dos 55-64 anos).

Cerca de 86% dos doentes tinham doença oncológica ativa. A doença oncológica apresentou-se em 84,31 % dos casos sob a forma loco-regional e nos restantes 15,69 % sob a forma com metastização à distância.

Relativamente à distribuição destes doentes, por freguesia de residência, 35,88 % residem na União de freguesias Cascais e Estoril, 24,69 % na freguesia de São Domingos de Rana, 22,51 % na União de freguesias de Carcavelos e Parede e 16,92 % na Freguesia de Alcabideche.

No que concerne ao ano de diagnóstico da doença oncológica, esta apresenta a distribuição que abaixo se mostra.

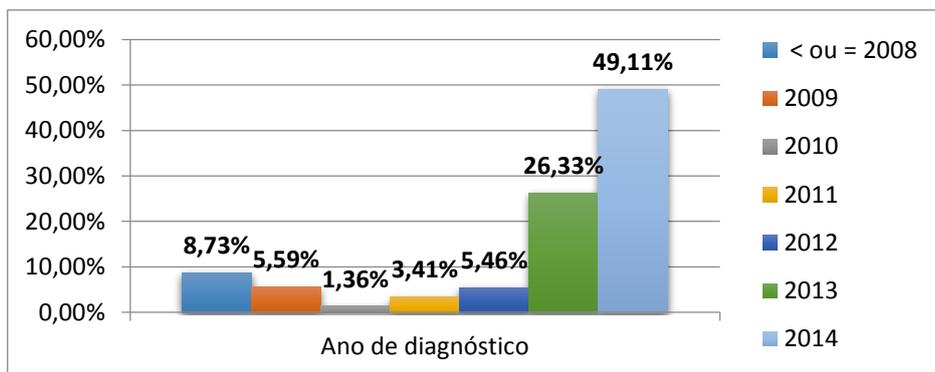


Gráfico 2 – Distribuição de diagnóstico da doença oncológica da população residente no concelho de Cascais, por ano
 Fonte: Base de dados JMI, USP ACES Cascais

Relativamente à localização da neoplasia por órgão, no ACES Cascais, a neoplasia da mama (ambos os sexos) correspondeu a 23,9 %, a neoplasia da próstata 13,9 %, a neoplasia colo-retal 12 % e neoplasias do foro hematológico (linfomas e leucemias) 11 %.

Finalidade: Contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade por doença oncológica.

Objetivo Geral: Melhorar as estratégias de prevenção primária (vacinação) e secundária (rastreio) das neoplasias de maior prevalência e a articulação entre níveis de cuidados

Objetivos Específicos:

1. Aumentar a literacia em saúde com vista à capacitação das pessoas no referente às doenças oncológicas e seus determinantes;
2. Implementar os programas de rastreio do cancro da mama, cólon e reto e colo do útero, de acordo com as orientações nacionais;
3. Aumentar a cobertura vacinal com a vacina contra o HPV (cancro do colo do útero);
4. Melhorar a articulação entre unidades de saúde (Hospital-ACES) para encaminhamento dos doentes com DO (nomeadamente os que necessitam de cuidados paliativos);
5. Melhorar a comunicação bidirecional entre os médicos de medicina geral e familiar (MGF) e os do Hospital de referência.
6. Melhorar o acesso a cuidados paliativos no domicílio;

Metas⁵:

Meta 2017
Redução em 2 % de taxa de mortalidade por tumores malignos
Redução em 2% da mortalidade proporcional por neoplasias malignas, mama, colo útero e cólon.
Aumentar em 7% a cobertura vacinal do HPV1 da coorte de 2002
Aumentar em 1% a cobertura vacinal do HPV2 da coorte de 2002
Aumentar em 20% a proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamografias (2 anos)
Aumentar em 6,5% a proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro colo retal
Aumentar em 10% a proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpocitologia (3 anos)

⁵ Listagem Indicadores de Saúde – Anexo 2

Diabetes

A Diabetes (DM) é, atualmente, um grave problema de Saúde Pública e, como doença crónica, reveste-se, a nível mundial, de características que a projetam como Epidemia Global.

O aumento da longevidade, as alterações dos estilos de vida e a elevada prevalência das doenças crónicas, são alguns dos fatores que contribuem para esta tendência crescente da Diabetes e das suas complicações.

Segundo o Relatório Anual do Observatório da Diabetes (2014), regista-se, em Portugal, uma prevalência da diabetes de 13% da população com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos. Acresce a este fenómeno a prevalência da hiperglicemia intermédia (27%) pelo que significa que cerca de 40% da população portuguesa já tem diabetes ou está em risco de a desenvolver.

O desenvolvimento da DM é causado pela combinação de fatores genéticos com o estilo de vida. A Organização Mundial da Saúde reforça, de forma convincente, que a associação entre o aumento de peso, em particular do perímetro abdominal, o sedentarismo e o desenvolvimento de DM, cumulativamente com o consumo alimentar habitual se constituem como fatores passíveis de modificação e relacionados com o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis.

De igual modo, a evidência científica indica que, embora a influência da carga genética no desenvolvimento da doença seja indiscutível, a prevenção ou o atraso no desenvolvimento da DM, entre indivíduos portadores de fatores de risco, possui impacto relevante na qualidade de vida da população, com redução de custos em saúde pública pelas complicações decorrentes da evolução da doença.

Esta doença constitui-se, ainda, como um importante fator de risco para as principais causas de morte, como as doenças cardiovasculares, a insuficiência renal crónica, entre outras, e responsável por incapacidades importantes, como a cegueira (por retinopatia diabética), as amputações dos membros inferiores ou a insuficiência renal.

Perante este contexto, e sendo a diabetes uma doença em rápida expansão, é necessário desenvolver estratégias integradas e transversais que invertam a tendência crescente desta patologia e das suas complicações com ações concertadas assentes na promoção de saúde e prevenção da doença a todos os níveis de prevenção, em particular na adoção de comportamentos saudáveis.

Finalidade: Reduzir a morbidade e mortalidade por DM no concelho de Cascais

Objetivo Geral: Melhorar o diagnóstico precoce da DM e a articulação concertada e adequada dos cuidados prestados aos diferentes níveis de intervenção

Objetivos Específicos:

1. Reduzir os fatores de risco através da promoção de estilos de vida saudáveis;
2. Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes;
3. Melhorar o diagnóstico precoce da DM e do seu tratamento adequado por forma a reduzir a incidência de complicações micro e macrovasculares da DM;
4. Aumentar a literacia em saúde com vista à capacitação da pessoa com DM, autogestão e autocontrolo da doença e adoção de comportamentos saudáveis;
5. Melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Metas⁶:

Meta 2017
Aumentar em 1,5% a proporção de inscritos com diagnóstico ativo de DM
Aumentar em 17% a proporção de pessoas com DM com exame pés no último ano
Reduzir em 0,1 a incidência de amputações major membro inferior (DM) em residentes (por 1000 habitantes)
Reduzir em 0,4 a taxa de mortalidade padronizada por DM na população < 75 anos (por 100000 habitantes)

⁶ Listagem Indicadores de Saúde – Anexo 2

Excesso de peso e Obesidade

A obesidade foi designada pela OMS como um dos maiores desafios de Saúde Pública do nosso século, sendo responsável por 10 a 13% das mortes na região Europeia.

Por sua vez, em Portugal, o excesso de peso e a obesidade são também um dos principais problemas de saúde e a sua prevenção é considerada prioritária.

Na sequência das alterações no contexto político e social nacional nas últimas décadas, mudou também a oferta alimentar para a população. A adesão à Comunidade Económica Europeia, em conjugação com políticas de desinvestimento nos setores produtivos da agricultura e pescas, aumentou a oferta de alimentos e produtos alimentares produzidos externamente repercutindo-se, nomeadamente, nos preços.

Associada a estes fatores, a crise económico-financeira determinou alterações nos hábitos de consumo com repercussões na alimentação e necessariamente na saúde. Em Portugal existem cerca de 1 milhão de obesos.

A obesidade e o excesso de peso foram considerados como o quinto problema de saúde no concelho de Cascais, identificado pela saúde e por parceiros da comunidade de outros setores de atividade.

Segundo dados do Sistema de Informação da ARS, em dezembro de 2014 estavam registados no ACES de Cascais, 12062 utentes com excesso de peso e 8862 com obesidade, equivalentes a 6,3% e 4,5% do total de utentes inscritos, respetivamente. Existiam, portanto, no ACES de Cascais 10,8% de utentes registados com excesso de peso ou obesidade.

A redução da prevalência da obesidade, e de outras doenças como a diabetes, as doenças cardíacas e cerebrovasculares e o cancro, estão associados a uma alimentação saudável com uma redução de riscos evitáveis.

A monitorização das doenças relacionadas com alimentação desequilibrada, nomeadamente a obesidade, e o seguimento dos doentes afetados é decisivo para a tomada das melhores decisões, tanto na prevenção, como no tratamento.

Assim, promover e participar em programas de intervenção na comunidade de promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercício físico, em contexto de parcerias poderá ser um passo decisivo para a redução da obesidade.

As atividades mais eficazes e efetivas devem envolver diversos parceiros em diferentes áreas de forma coordenada, devendo a coordenação pertencer ao setor da saúde.

Os determinantes do consumo alimentar situam-se em áreas muito díspares que ultrapassam a própria vontade de mudança do cidadão, ou um setor específico de atividade.

Existe por isso a necessidade de envolver diferentes setores da sociedade no sentido de promover uma melhor oferta alimentar e possibilitar assim um melhor consumo.

Neste propósito, foi criado o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) com a finalidade de melhorar o estado nutricional da população, através da disponibilização física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável, motivando e informando a população no sentido de os consumir e integrando-os na sua alimentação diária.

A disponibilização de determinados alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos e a modificação da oferta de outros (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho.

Finalidade: Promover hábitos e estilos de vida saudáveis

Objetivo Geral: Reduzir o excesso de peso e obesidade na população do concelho de Cascais

Objetivos específicos:

1. Promover e participar em programas de intervenção na comunidade de promoção da alimentação saudável, em contexto de parcerias;
2. Melhorar o registo dos dados biométricos dos utentes;
3. Aumentar a participação da população em programas de base comunitária em exercício físico;
4. Aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população do concelho de Cascais, seus determinantes e consequências;
5. Modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos;
6. Identificar e promover ações transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros setores públicos e privados, nomeadamente nas áreas do desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias;
7. Melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar.

Metas⁷:

Meta 2017
Aumentar em 10% o registo de IMC em utentes inscritos no ACES
Reduzir em 2% a proporção de utentes inscritos no ACES com excesso de peso
Reduzir em 2% a proporção de utentes inscritos no ACES com obesidade
Aumentar em 10% a proporção de crianças 2, 7 e 14 anos inscritas no ACES, com peso e altura registados
Aumentar em 5% a proporção de utentes >14 anos inscritos no ACES, com IMC últimos 3 anos
Aumentar em 2% a proporção de utentes >=14 anos inscritos no ACES, com consulta vigilância da obesidade em 2 anos
Aumentar em 10% o número de bebedouros a funcionar nas escolas do ensino público e nos parques públicos do concelho de Cascais

⁷ Listagem Indicadores de Saúde – Anexo 2

VI. Estratégias de Saúde

A definição de estratégias prevê o envolvimento de todos os cidadãos deste concelho e a sua participação no desenvolvimento de ações que promovam o seu empoderamento e bem-estar geral, bem como a promoção da cidadania, da inclusão social e valorização de todos os cidadãos e entidades que contribuem para o desenvolvimento do concelho de Cascais.

Existem já em execução no concelho diversos projetos e programas de intervenção comunitária que deverão integrar e ser potenciadores das diferentes dinâmicas que vierem a ser desenvolvidas para a implementação do PLS, designadamente o Fórum Concelhio para a Promoção de Saúde, a Plataforma de Saúde na Escola, os programas que constituem as carteiras de serviços das unidades funcionais do ACES, entre outros.

Como estratégia geral, e visando a centralidade do cidadão e o envolvimento de todos na Saúde do Concelho, será efetuada a análise e discussão anual de estudos de satisfação dos cidadãos de Cascais, e/ou reclamações, elogios e sugestões relacionadas com as atividades no âmbito do PLS, em particular as da responsabilidade das instituições da saúde públicas (ACES Cascais e Hospital de Cascais).

Assim, atendendo aos problemas de saúde priorizados, foram selecionadas as estratégias de saúde aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária, dirigidas ao indivíduo ao longo do ciclo de vida e a grupos específicos da população (tabela seguinte).

Na seleção das estratégias foram consideradas aquelas que potenciam o estabelecimento e/ou reforço de parcerias com as instituições comunitárias e o seu envolvimento na concretização do Plano, atendendo:

- à articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, cuidados continuados;
- à concertação entre os cuidados de saúde primários, a autarquia e as restantes instituições parceiras na comunidade;
- ao envolvimento do cidadão/comunidade como agente ativo;
- ao desenvolvimento profissional contínuo;
- à melhoria da qualidade e proximidade dos cuidados;
- à satisfação do cidadão.

Teremos de ser criativos e empreendedores para proporcionar mudanças na sociedade e o seu potencial de saúde.

Este é o maior desafio.

Estratégias de Saúde	Problemas de Saúde				
	SM	DCC	DO	DM	EP/O
Promoção da literacia em saúde conducente à capacitação da pessoa/família/grupo para a adoção de comportamentos saudáveis e autogestão da situação de saúde	X	X	X	X	X
Educação para saúde na população em geral e em subgrupos específicos, em particular adolescentes e adultos jovens, intensificando as campanhas de informação e literacia em saúde sobre os temas de prevenção do tabagismo e do abuso de álcool, da alimentação saudável e exercício físico regular		X	X	X	X
Realização de diagnóstico de situação, com identificação de fatores determinantes	X				
Elaboração de Manual de recursos e equipamentos existentes no concelho de Cascais para resposta às necessidades	X	X	X	X	X
Promoção do estabelecimento de uma rede social de suporte	X	X	X	X	X
Garantia de acompanhamento multidisciplinar e integrado dirigido a grupos específicos	X	X	X	X	X
Sensibilização dos profissionais do ACES para a importância da promoção de saúde em cuidados de saúde primários	X	X	X	X	X
Sensibilização dos profissionais do ACES para a importância de um diagnóstico precoce		X	X	X	X
Promoção do desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para identificação/deteção precoce de sinais/sintomas com vista ao acompanhamento e referência adequado e atempado – formação/consultadoria	X	X	X		
Monitorização do cumprimento das Normas de Orientação Clínica		X		X	
Sensibilização da população em geral sobre os procedimentos a desenvolver no apoio de grupos específicos da população	X				
Sensibilização para a modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e vendas nos estabelecimentos de ensino, saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho e incentivando a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos e hortícolas, o incentivo a ações de reformulação nutricional dos produtos alimentares através de uma ação articulada com a indústria alimentar e com o sector da restauração alimentar, ou ainda através de atividades que possam influenciar a disponibilidade alimentar		X	X	X	X
Sensibilização e acompanhamento dos profissionais que podem influenciar consumos alimentares de qualidade, nomeadamente ao nível da saúde, escolar, autárquico, na área da restauração e segurança social, no sentido da melhoria da sua formação, qualificação e modo de atuação		X	X	X	X

Estratégias de Saúde	Problemas de Saúde				
	SM	DCC	DO	DM	EP/O
Divulgação de boas práticas com o objetivo de promover consumos alimentares saudáveis ou protetores face à doença		X	X	X	X
Garantia do cumprimento dos rastreios em população com risco		X	X	X	X
Garantia da implementação do PAI DM2				X	
Garantia da implementação do PAI RVA		X			
Identificação de parcerias comunitárias com potencialidade de resposta na área e estabelecimentos de protocolos de articulação	X	X	X	X	X
Estabelecimento de métodos de intervenção articulada entre os profissionais e estruturas que lidam com o fenómeno da obesidade					X
Promoção da vacinação de grupos específicos da população			X		
Sensibilização para a referência atempada e oportuna entre níveis de cuidados de saúde	X	X	X	X	X
Sensibilização dos profissionais dos cuidados de saúde primários e hospitalares para a importância dos registos clínicos e da comunicação bidirecional na continuidade dos cuidados	X	X	X	X	X
Estabelecimento de protocolos de articulação e procedimentos, nomeadamente nas situações de pessoas com necessidades em cuidados paliativos			X		
Garantia do acompanhamento articulado e integrado das pessoas/famílias/grupos específicos da população com vista a sua readaptação e reinserção social	X	X	X	X	X
Análise e discussão de estudos de satisfação dos cidadãos de Cascais, e/ou de reclamações, elogios e sugestões	X	X	X	X	X

Legenda: **SM** – Saúde Mental; **DCC** – Doenças Cérebro-cardiovasculares; **DO** – Doenças Oncológicas; **EP/O** – Excesso de peso e Obesidade; **DM** – Diabetes Mellitus; **PAI DM2** – Processo Assistencial Integrado na Diabetes Mellitus 2; **PAI RVA** – Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto;

VII. Monitorização e avaliação

A monitorização do processo de implementação e desenvolvimento do PLS Cascais 2015-2017 é contínua e da responsabilidade conjunta da USP e do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Cascais.

De entre os profissionais da USP, foi identificado o Grupo de Acompanhamento com a responsabilidade de acompanhar a implementação e monitorizar a execução do plano, articulando com os órgãos de gestão interna do ACES e das instituições parceiras da comunidade.

Ainda da responsabilidade deste grupo, desenvolver-se-ão avaliações intercalares com a periodicidade anual.

Em cada momento avaliativo será efetuado um relatório de avaliação, que será comunicado a todos os responsáveis do ACES Cascais e aos parceiros externos na comunidade.

Prevê-se a realização da avaliação final do PLS Cascais 2014-2016 e consequente entrega do relatório final de avaliação, até 30 de junho de 2018.

VIII. Referências bibliográficas

ACES Cascais, Unidade de Saúde Pública. *Perfil de Saúde de Cascais*. Cascais: ACES Cascais, 2013.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Grupo de Autoridades de Saúde. *Normas para a orientação da construção de um perfil de saúde mínimo*. Lisboa: ARSLVT, IP, 2013.

Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Saúde Pública. *Planos locais de saúde: Termos de referência para a sua construção. Partes 1 e 2*. Porto: ARSN, 2011. Acedido a 4-09-2015 in <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Not%C3%ADcias/Planos%20Locais%20de%20Sa%C3%BAde>

Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Saúde Pública. *Planeamento em saúde: uma missão (im)possível?...* Porto: ARSN, 2011. Acedido a 4-09-2015 in http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/RecSSP_UPS.pdf

Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Saúde Pública. *Plano local de saúde: Identificação e priorização dos recursos da comunidade*. Porto: ARSN, 2011. Acedido a 4-09-2015 in http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/GRP/Ficheiros/PLS_Recursos_Comunidade_DSP_ARSNorte_2011.pdf

Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – indicadores e metas em saúde*. Lisboa: DGS, 2012. Acedido a 4-09-2015 in http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude_.pdf

Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS, 2012.

Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Diabetes: orientações programáticas*. Lisboa: DGS, 2012.

Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: orientações programáticas*. Lisboa: DGS, 2012.

Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde Mental: orientações programáticas*. Lisboa: DGS, 2012.

Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares: orientações programáticas*. Lisboa: DGS, 2012.

Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: orientações programáticas*. Lisboa: DGS, 2012.

Imperatori, Emílio; Giraldes, Maria do Rosário. *Metodologia do Planeamento em Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1982.

Nova Medical School. *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, 2013. Acedido a 21-09-2015 in http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Pineaul, Raynald; M. D., Ph. D. FRCP (c); Daveluy, Carole, M. Sc. *La Planificacion Sanitaria, conceptos, métodos, estratégias*. Barcelona, 2ª Edição, 1989.

Tavares, A. *Determinação de prioridades Módulo Estratégias de Ação e Planeamento em Saúde*. Lisboa: (Adaptado do conteúdo de aulas), 2012.

Wallace, Robert; Last, John M; Kohatsu, Neal, eds. *Public health and preventive medicine*. 15 th ed. New Jersey: McGraw-Hill Professional, 2008.

World Health Organization Regional Office for Europe. *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004-2010*. Copenhagen, Denmark: WHO, 2010. Acedido a 3-09-2015 in <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/846EF60A-9D55-458B-BBFB-2BD1E03BAD4A/0/WHOEvaluationNHPFinalMarch16.pdf>

Anexos



Anexo 1 – Listagem de Parceiros Internos e Externos do ACES Cascais

Profissionais do ACES Cascais

Diretora Executiva
Presidente do Conselho Clínico e de Saúde
Enfermeiro Vogal do Conselho Clínico e de Saúde
Coordenadores das unidades funcionais do ACES (USF, UCSP, UCC, URAP, USP)
Enfermeiras Responsáveis das ECCI do ACES (Cascais, Parede)
Responsável do Gabinete do Cidadão
Profissionais da USP
Médicos Internos de Saúde Pública
Vítor Ramos (Médico de Família)
André Biscaia (Médico de Família)
Sandra Secretário (Técnica de Serviço Social)

Parceiros Externos

Agrupamento de Escolas da Parede (Fernando Lopes Graça)
Agrupamento de Escolas de Cascais
Agrupamento de Escolas Frei Gonçalo Azevedo
Associação de Apoio Social N.ª Sr.ª Assunção
Associação de Lares Familiares - Novo Futuro
Associação de Reabilitação e Integração Ajuda
Associação de Respostas Educativas e Sociais à Comunidade
Associação dos Antigos Alunos Salesianos do Estoril
Associação dos Idosos e Deficientes do Penedo
Associação Idosos Santa Iria
Associação Jerónimo Usera
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
Associação SER +
BIPP - Banco de Informação de Pais para Pais
Associação de Bombeiros Voluntários da Parede
Associação de Bombeiros Voluntários de Alcabideche
Associação de Bombeiros Voluntários de Cascais
Associação de Bombeiros Voluntários de Estoril
Associação de Bombeiros Voluntários de Carcavelos e São Domingos de Rana
CADIN – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil de Cascais
Câmara Municipal de Cascais (CMC) – Divisão da Promoção de Saúde
Câmara Municipal de Cascais (CMC) – Conselheira para a Igualdade
Cáritas Diocesana de Lisboa
Cascais Envolvente - Gestão Social da Habitação, EMGHA
Centro Comunitário da Paróquia da Parede
Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Alcoitão
Centro Eng.º Álvaro de Sousa - SCML
Centro Social Paroquial S. Domingos de Rana
CERCICA - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais
CHLO - Equipa de Cascais/Parede do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Egas Moniz
Clínica CUF Cascais
Clínica Europa

Clube das Gaivotas da Torre
Clube Desportivo do Arneiro
Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Cascais
Conselho de Zona de Cascais da Sociedade de S. Vicente de Paulo
Conselho Local Ação Social (CLAS)
Conselho Municipal de Educação de Cascais
Conselho Municipal de Segurança
CPD - Comissão para a Pessoa com Deficiência do Concelho de Cascais
CRID - Centro de Reabilitação e Integração de Deficientes
Cruz Vermelha Portuguesa - Delegação da Costa do Estoril
Equipa de Tratamento do Eixo Oeiras-Cascais do CRI Lisboa Ocidental
Espaço V
Fundação Champagnat - Casa da Criança de Tires
Fundação Portuguesa Estudo, Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Instituto de Segurança Social
Junta da União das Freguesias de Carcavelos e Parede
Junta da União das Freguesias de Cascais e Estoril
Junta de Freguesia de Alcabideche
Junta de Freguesia de S. Domingos de Rana
Lar Branco Rodrigues - SCML
NOVAMENTE - Associação de Apoio aos Traumatizados Crânio-Encefálicos e Suas Famílias
Polícia de Segurança Pública (PSP) – Divisão Policial de Cascais
Santa Casa da Misericórdia de Cascais
Serviço Municipal de Proteção Civil
VITAMIMOS

Anexo 2 – Listagem de Indicadores de Saúde

Problema	Indicador de Saúde
Saúde Mental	Prevalência de perturbação psiquiátricas no concelho de Cascais
	Número de protocolos de articulação aprovados e implementados
	Mortalidade proporcional por suicídio
Doenças Cardiovasculares	Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares
	Mortalidade proporcional por Doença Isquémica Cardíaca
	Mortalidade proporcional por Doença Cerebrovascular
	Proporção de hipertensos < 65 anos, com pressão arterial < 150/90
	Proporção de diabéticos com última HgbA1c <=8,0%
	Proporção de utentes c/ alteração de metabolismo dos lípidos
Doenças Oncológicas	Cobertura Vacinal Anti HPV
	Grau de cumprimento dos rastreios da mama, coloretal e cólo do útero
	Taxa de mortalidade por neoplasias malignas
	Mortalidade proporcional por neoplasia mama, cólo útero e cólon
Diabetes	Proporção de inscritos com diagnóstico ativo de DM
	Proporção DM com exame pés no último ano
	Incidência de amputações major membro inferior (DM) em residentes (por 1000 habitantes)
	Taxa de mortalidade padronizada por DM na população <75 anos (por 100000 habitantes)
	Proporção de utentes >=45 anos inscritos no ACES com Avaliação Risco DM
Excesso de peso e Obesidade	Proporção de utentes com excesso de peso
	Proporção de utentes com obesidade
	Proporção crianças 2 anos, com peso e altura registados
	Proporção crianças 7 anos, com peso e altura [5;7[registados
	Proporção jovens 14 anos, com peso e altura [11;14[registados
	Proporção utentes >14 anos, com IMC últimos 3 anos
	Proporção obesos >=14 anos, com consulta de vigilância da obesidade em 2 anos