

Ficha técnica

Título

Plano Local de Saúde de Sintra
2014 -2017

Edição

Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra
Câmara Municipal de Sintra

Coordenação técnica:

Unidade de Saúde Pública

Celene Neves (Médica)
Maria Marça (Médica)
Noémia Gonçalves (Coordenadora da USP)

Autoria:

Unidade de Saúde Pública

Equipa do Observatório Local de Saúde

António Pereira (Médico)
Carla Gonçalves (Téc. Saúde Ambiental)
Carlos Lourenço (Téc. Saúde Ambiental)
Celene Neves (Médica)
Fernanda Madaleno (Enfermeira)
Luísa Delfino (Enfermeira)
Maria José Moreira (Enfermeira)
Noémia Gonçalves (Médica)

Grupo coordenador

Ana Andrade (Diretora Executiva ACES Sintra – *Grupo Coordenador do PLS*)
Eduardo Quinta Nova (Vereador Pelouro da Solidariedade e Inovação Social – *Grupo Coordenador do PLS*)
Filomena Nunes (Diretora Clínica Hosp. Cascais – *Grupo Coordenador do PLS*)
Helena Almeida (Diretora Clínica Hosp Fernando Fonseca – *Grupo Coordenador do PLS*)
Maria João Barrau (Pres. Conselho Clínico e de Saúde ACES Sintra – *Grupo Coordenador do PLS*)

Maria Teresa Costa (Pres. Conselho Clínico e de Saúde ACES Sintra – *Grupo Coordenador do PLS*)

Vitor Cardoso (Diretor Executivo ACES Sintra – *Grupo Coordenador do PLS*)

Colaboração especial

Isabel Bento (Enfermeira) – USP
Maria Fernanda Lopes (Médica) – USP

Colaboração

ACES Sintra

Carlos Mateus (Enfermeiro) – USF Cynthia
Cláudia Lauro (Consultora – *Comissão de Acompanhamento do PLS*)
Cláudio Filipe (Médico) – USP
Conceição Nota (Enfermeira) – USF Flôr de Lotus
Elisabeth Carecho (Médica) – UCSP Lusíadas
Fernanda Pinto (Enfermeira) – USF Cynthia
Helena Rabaça (Enfermeira) – UCC Cacém Care
Isabel Carolino (Médica) – USF Monte da Luz
Joana Gomes (Médica Interna) – UCSP Algueirão
João Theriaga (Médico) – USF Mãe D'Água
Juan Vargas (Médico Interno) – USP
Margarida Brígido (Psicóloga) – URAP
Margarida Costa (Fisioterapeuta) – URAP
Maria do Céu Ferreira (Médica) – USP
Maria João Oliveira (Enfermeira) – UCSP Belas
Marissol Santos (Enfermeira) – UCSP Aqualva
Mónica Pereira (Médica) – UCSP Algueirão
Nuno Rodrigues (Médico Interno) – USP
Rita Lopes (Médica) – USF Cynthia
Sílvia Gonçalves (Psicóloga) – URAP

Câmara Municipal de Sintra

Amadeu Silvestre (Jurista – *Comissão de Acompanhamento do PLS*)

Ana Figueiredo (Psicóloga)

Fátima Rodrigues (Socióloga)

João Cardoso (Antropólogo)

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Catarina Gabriel (Enfermeira)

Catarina Silva (Enfermeira)

Cecília Longo (Médica)

Fátima Branquinho (Médica)

João Oliveira (Enfermeiro)

Leonor Prates (Médica)

Paula Costa (Enfermeira)

Rosalina Barroso (Médica)

Susana Jorge (Médica)

Vasco Salgado (Médico)

Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Andreia Gomes (Médica)

Filipa Carreira (Enfermeira)

ACES Amadora

Unidade da Saúde Pública

António Carlos Silva (Coordenador da USP)

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório (CINTRA)

Mário David (Médico)

Ordem dos Nutricionistas

Ana Bouça (Dietista)

Rui Lima (Nutricionista)

Centro Diagnóstico Pneumológico da Venda-Nova

Miguel Villar (Médico)

Instituto da Segurança Social, I.P.

Susana Viana (Técnica de Serviço Social - *Comissão de Acompanhamento do PLS*)

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

Lurdes Serrabulho (Enfermeira)

Associação dos Bombeiros Voluntários de Colares

Carlos Cotta (Médico)

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares

Renata Frazão (Psicóloga)

Associação de Surdos do Concelho de Sintra

Tiago Carvalho (Advogado – *Comissão de Acompanhamento do PLS*)

AJPAS - Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde

Emília Carreira (Técnica de Serviço Social)

Magda Fernandes (Técnica de Reabilitação e Reinserção Social)

Associação Olho Vivo – Associação Defesa Património, Ambiente e Direitos Humanos

Flora Silva (Presidente da Associação)

Polícia Segurança Pública

Hugo Palma (Comandante)

Outros contributos

Profissionais do ACES Sintra e parceiros da comunidade que colaboraram no processo de priorização dos problemas de saúde.

Revisão

Rogério Nunes (Téc. de Saúde Ambiental – USP)

Índice

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Introdução | 10 |
| 2. | Perfil de saúde da população de Sintra | 13 |
| 2.1 | Caracterização geodemográfica e social | 13 |
| 2.2 | Como somos | 14 |
| 2.3 | Que influências sofremos | 21 |
| 2.4 | Que escolhas fazemos | 22 |
| 2.5 | Quais as nossas vulnerabilidades | 24 |
| 2.6 | De que sofremos e morremos | 28 |
| 3. | Priorização dos problemas de saúde | 32 |
| 4. | Problemas de saúde | 34 |
| 4.1 | Doenças cérebro-cardiovasculares | 34 |
| 4.1.1. | Necessidades de saúde e seus determinantes | 35 |
| 4.1.2. | Indicadores e metas | 36 |
| 4.1.3. | Estratégias | 37 |
| 4.2 | Diabetes Mellitus | 38 |
| 4.2.1. | Necessidades de saúde e seus determinantes | 39 |
| 4.2.2. | Indicadores e metas | 39 |
| 4.2.3. | Estratégias | 41 |
| 4.3 | Perturbações depressivas | 43 |
| 4.3.1. | Necessidades de saúde e seus determinantes | 45 |
| 4.3.2. | Indicadores e metas | 46 |
| 4.3.3. | Estratégias | 47 |
| 4.4 | Tuberculose | 48 |
| 4.4.1. | Necessidades de saúde e seus determinantes | 49 |
| 4.4.2. | Indicadores e metas | 50 |
| 4.4.3. | Estratégias | 51 |
| 4.5 | Mortalidade infantil | 52 |
| 4.5.1. | Necessidades de saúde e seus determinantes | 53 |
| 4.5.2. | Meta | 54 |
| 5. | Estratégia de comunicação | 54 |

| | | |
|-----|---|----|
| 6. | Plano de monitorização e avaliação..... | 55 |
| 6.1 | Cronograma e Objetivos | 55 |
| 6.2 | Método..... | 58 |
| 6.3 | Comunicação..... | 59 |
| 7. | Nota Final | 60 |

Índice de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Pirâmide etária por sexo e grupo etário no concelho de Sintra..... | 17 |
| Gráfico 2 - Resumo dos indicadores de dependência do concelho de Sintra, região da Grande Lisboa e Continente..... | 19 |
| Gráfico 3 - Evolução da taxa bruta de mortalidade em (2001-2011) no Continente, Grande Lisboa e Sintra (‰)..... | 20 |
| Gráfico 4 - Evolução da taxa bruta de natalidade (2001-2011) por local de residência (‰)..... | 20 |
| Gráfico 5 - Nados-vivos pré-termo e termo com baixo peso (%) por local de residência da mãe, evolução 2001-2011..... | 24 |

Índice de ilustrações

| | |
|---|----|
| Ilustração 1 - Mapa das freguesias do concelho de Sintra..... | 14 |
|---|----|

Índice de quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Resumo da evolução da densidade populacional no Continente, Grande Lisboa e Sintra | 15 |
| Quadro 2 - Densidade populacional (N.º/ km ²) por local de residência | 16 |
| Quadro 3 - Proporção da população residente de nacionalidade estrangeira (%) com estatuto legal por local de residência..... | 18 |
| Quadro 4 - Valores de baixo peso, excesso de peso e obesidade em crianças de 6 a 8 anos, em Portugal e na Região de Lisboa e Vale do Tejo, de acordo com os critérios de diferentes organizações internacionais da saúde | 23 |
| Quadro 5 - Vacinação no ACES Sintra: Utentes com o PNV Cumprido | 23 |
| Quadro 6 - Taxa de famílias monoparentais e unipessoais em 2001 e 2011 (%), por local de residência | 24 |
| Quadro 7 - Beneficiários do rendimento social de inserção (RSI) da segurança social por 1000 habitantes em idade ativa, por local de residência entre 2007 e 2012..... | 25 |
| Quadro 8 - Taxa de desemprego (%) por local de residência e sexo em 2011 | 25 |
| Quadro 9 - Taxa de abandono escolar em 2001 e 2011 (%),no Continente, Grande Lisboa e Concelho de Sintra | 26 |
| Quadro 10 - Percentagem de adultos com ensino de nível superior no Continente, Grande Lisboa e Concelho de Sintra, por sexo em 2011 | 26 |
| Quadro 11 - Utentes Inscritos e Utilizadores* no ACES..... | 27 |
| Quadro 12 - Os 10 tumores mais frequentes na população residente no Concelho Sintra (2005 a 2009)..... | 28 |

| | |
|--|----|
| Quadro 13 - Casos de SIDA segundo os concelhos e ano de diagnóstico no distrito de Lisboa (2005- 2012) | 30 |
| Quadro 14 - Evolução da taxa de mortalidade infantil (‰) por local de residência de 1981 a 2011 no Continente, Grande Lisboa e Sintra | 31 |
| Quadro 15 - Problemas de saúde mais registados na população utilizadora | 31 |
| Quadro 16 - Resultados das prioridades interna, externa e final, dos problemas de saúde identificados no Perfil Local de Saúde de Sintra | 33 |

Abreviaturas, siglas e acrónimos

| | |
|-----------------|--|
| ACES | Agrupamento de Centros de Saúde |
| ACSS | Administração Central do Sistema da Saúde |
| AJPAS | Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde |
| ARSLVT | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo |
| BCG | Vacina contra a tuberculose - <i>Bacillus Calmette-Guérin</i> |
| BI | Bilhete de Identidade |
| CA | Comissão de Acompanhamento |
| CDC | <i>Center for Disease Control</i> |
| CDP | Centro Diagnóstico Pneumológico |
| CDPVN | Centro Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova |
| CLAS | Conselho Local de Ação Social |
| CMS | Câmara Municipal de Sintra |
| COSI | <i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i> |
| CSF | Comissão Social de Freguesia |
| CTH | Consulta a Tempo e Hora |
| Desc. | Desconhecido |
| DGS | Direção-Geral da Saúde |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DM2 | Diabetes Mellitus tipo 2 |
| DSP | Departamento de Saúde Pública |
| DTPa | Vacina trivalente contra a difteria, tétano e tosse convulsa/ <i>pertussis</i> |
| ETAR | Estação de Tratamento de Águas Residuais |
| EVM | E-Vigilância da Mortalidade |
| GC | Grupo Coordenador |
| GRT | Gestão de Regime Terapêutico |
| GT | Grupo de Trabalho |
| Hab | Habitantes |
| HFF | Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca |
| HgbA1c | Hemoglobina glicada |
| HIB | Vacina monovalente contra a doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| HTA | Hipertensão Arterial |
| IC | Itinerário Complementar |
| ICPC2 | Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| IOTF | <i>International Obesity Task Force</i> |
| IPSS | Instituição Particular de Solidariedade Social |
| IVG | Interrupção Voluntária de Gravidez |
| Kg | Quilograma |
| Km ² | Quilómetro quadrado |
| MA | Meta Atingida |
| MAI | Ministério da Administração Interna |
| Men C | Vacina monovalente contra a doença invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> C |
| MF | Médico de Família |
| mmHg | Milímetros de mercúrio |
| MNA | Meta Não Atingida |

| | |
|---------|--|
| N.º | Número |
| NOC | Norma de Orientação Clínica |
| OLS | Observatório Local de Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PA | Pressão arterial |
| Pág. | Página |
| PLS | Plano Local de Saúde |
| PNSE | Programa Nacional de Saúde Escolar |
| PNV | Programa Nacional de Vacinação |
| Pordata | Base de Dados Portugal Contemporâneo |
| RLVT | Região de Lisboa e Vale do Tejo |
| RNCCI | Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados |
| ROR | Registo Oncológico Regional |
| RSI | Rendimento Social de Inserção |
| SAM | Sistema de Apoio ao Médico |
| SEF | Serviço de Estrangeiros e Fronteiras |
| SIARS | Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SINAVE | Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica |
| SOS | <i>Save Our Souls</i> |
| SVIG-TB | Sistema de Vigilância da Tuberculose |
| TB | Tuberculose |
| Td | Vacina bivalente contra o tétano e difteria |
| TOD | Toma Observada Direta |
| TP | Tuberculose Pulmonar |
| UCC | Unidade de Cuidados na Comunidade |
| UCF | Unidade Coordenadora Funcional |
| UF | Unidade Funcional |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura |
| URAP | Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados |
| USF | Unidade de Saúde Familiar |
| USP | Unidade de Saúde Pública |
| VASPR | Vacina trivalente contra o sarampo, parotidite epidémica e a rubéola |
| VHB | Vacina monovalente contra a hepatite B |
| VIH | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| VIP | Vacina “monovalente” contra a poliomielite (inativada) |

Notas Prévias

(textos a elaborar pela coordenadora da USP, DE ACES Sintra, Pres. Cons. Admin. HFF e do HPP Cascais e do Pres. da CMS)

1. Introdução

O Plano Local de Saúde (PLS) é um documento estratégico que pretende contribuir para a obtenção de ganhos em saúde¹ na população do concelho de Sintra, constituindo um instrumento de apoio à gestão que visa apoiar a tomada de decisão dos órgãos prestadores de cuidados de saúde representativos do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Sintra, Hospitais e da Comunidade.

É um documento que promove a mudança na forma de planear a saúde, (re)centrando o processo de planeamento nas necessidades em saúde² e nos ganhos potenciais em saúde³.

O PLS constitui-se como uma forma de comunicação em dois níveis:

- Interno (no ACES);
- Externo (na comunidade).

É também um compromisso social, na medida em que convida todas as partes interessadas (ACES e comunidade) a envolverem-se no processo de planeamento em saúde, corresponsabilizando-as ao nível:

- Da decisão política;
- Das instituições;
- Dos profissionais;
- Do cidadão.

¹ Ganhos em Saúde (GS) são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde e incluem referências sobre a respetiva evolução. Fonte: PNS 2012-2016, versão resumo.

² Necessidades de saúde – É a diferença entre o estado de saúde da população e o estado de saúde desejado e mede-se estimando o desvio entre o real e o desejado. Fonte: Adaptado do Imperatori 1993 citado no documento: Planos Locais de Saúde: Termos de referência para a sua construção (parte I) – DSP da ARS do Norte.

³ Ganhos Potenciais em Saúde (GPS) são os que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis. São calculados, considerando a evolução a nível nacional, regional ou local, numa lógica de redução das desigualdades. Fonte: PNS 2012-2016, versão resumo.

O PLS tem como objetivos identificar os problemas de saúde⁴ mais prementes no concelho de Sintra, identificar as necessidades em saúde, contribuir para o processo de planeamento em saúde (num contexto integrador de recursos e parcerias existentes na comunidade, de modo a definir as mudanças necessárias para a obtenção duma melhoria do estado de saúde da população) e, futuramente, avaliar o impacto das medidas propostas e implementadas.

O PLS foi concebido tendo em conta as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016, alinhado com o Plano de Atividades do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Sintra e reflete a informação do Perfil de Saúde do ACES Sintra⁵.

As opções metodológicas para a sua elaboração decorreram das orientações do Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT,IP).

A equipa da Unidade de Saúde Pública (USP) na qualidade de Observatório Local de Saúde (OLS) começou por criar um grupo de trabalho multidisciplinar (com médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, técnicos de saúde ambiental e outros). Com base na informação disponibilizada no Perfil Local de Saúde e suas recomendações, decorreu o processo de priorização de cinco principais problemas de saúde.

Dos cinco problemas de saúde, foram considerados os três mais votados para intervenção prioritária (doenças cérebro-cardiovasculares, diabetes e perturbações depressivas). A tuberculose não tendo sido submetida ao processo de priorização foi considerada, pela sua importância em termos de saúde pública, como um problema de

⁴ Problemas de saúde – É um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, o profissional de saúde ou a comunidade. Para a identificação de problemas de saúde da população, utilizamos os indicadores de mortalidade e morbilidade. Fonte: Adaptado de Pineault, 1987 citado no documento: Planos Locais de Saúde: Termos de referência para a sua construção (parte I) – DSP da ARS do Norte.

⁵ O perfil de saúde é um documento dinâmico e em permanente construção, que está a ser realizado e constantemente atualizado pelo Observatório Local de Saúde (OLS) da Unidade de Saúde Pública. Descreve a situação demográfica do concelho de Sintra (como somos?), os seus determinantes de saúde (Que influência sofremos? Que escolhas fazemos? Quais as nossas vulnerabilidades? De que sofremos e morreremos?). Foi após a realização da primeira versão do perfil de saúde que se identificaram os principais problemas de saúde locais, que posteriormente foram priorizados no âmbito do PLS.

saúde a ser tratado no âmbito do PLS. O mesmo aconteceu com a mortalidade infantil, que apresentou um valor superior ao da Grande Lisboa e do Continente.

Uma vez selecionadas as cinco áreas de intervenção, foram constituídos grupos de trabalho (GT) para cada uma delas.

Neste processo de construção do PLS foram simultaneamente criados:

- A Comissão de Acompanhamento (CA) do PLS – da qual fazem parte todos os elementos do OLS, um elemento da CMS, um elemento da Segurança Social e um representante das IPSS. Esta comissão tem como funções e competências: propor metas, acompanhar as atividades dos GT, informar o Grupo Coordenador (GC) dos resultados dos GT e monitorizar/avaliar o PLS e informar o GC;
- Grupos de Trabalho – GT das doenças cérebro-cardiovasculares, GT da diabetes, GT das perturbações depressivas e GT da tuberculose cujas funções e competências foram validar as metas, selecionar e propor estratégias para melhorar indicadores de saúde dessas doenças.

O quinto GT tem como função fazer um trabalho de investigação para estudar as causas da mortalidade infantil;

- O Grupo Coordenador do PLS é composto pelo Diretor Executivo e a Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Sintra, o Presidente e o Vereador da Saúde da Câmara Municipal de Sintra, os Presidentes dos Conselhos de Administração e os Diretores Clínicos do Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca (HFF) e do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. Este grupo tem como funções e competências aprovar as metas e as estratégias para o concelho de Sintra, disponibilizar recursos e promover a implementação do PLS.

Na construção deste documento houve uma participação ampla dos profissionais de saúde e da sociedade civil em multidisciplinaridade e aos diferentes níveis de intervenção com o intuito de que das recomendações contidas se obtenham efetivos ganhos em saúde a curto, médio e longo prazo.

Neste processo foram utilizadas metodologias participativas, técnicas de *benchmarking*⁶ e audição de *stakeholders*⁷. A versão apresentada reúne o resultado de inúmeros contributos, através de reuniões, testemunhos pessoais enquanto profissionais de saúde ou não e análise de indicadores, o que constitui um capital de envolvimento e de capacitação da sociedade civil e conhecimento, tendo sido criada uma expectativa elevada quanto ao potencial de um Plano Local de Saúde para o concelho.

2. Perfil de saúde da população de Sintra

2.1 Caracterização geodemográfica e social

O Município

O concelho de Sintra está situado na orla ocidental do País e integrado na periferia da área metropolitana de Lisboa. A sua mancha geográfica delimita uma área total de cerca de 319 Km², integrando as onze freguesias do concelho de Sintra: União das freguesias de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim), Colares, União das freguesias de São João das Lampas e Terrugem, União das freguesias de Almargem do Bispo, Montelavar e Pero Pinheiro, União das freguesias de Cacém e São Marcos, União das freguesias de Agualva e Mira Sintra, Algueirão – Mem Martins, União das freguesias de Belas e Queluz, Rio de Mouro, Casal de Cambra e União das freguesias de Massamá e Monte Abraão. O município de Sintra é limitado pelos municípios de Mafra (norte), Oeiras e Cascais (sul), Loures e Odivelas (leste), Amadora (sueste) e pelo Oceano Atlântico (oeste). As principais vias de comunicação são o IC 19, que atravessa o corredor urbano de Queluz, Cacém, Rio de Mouro e Mem Martins e, de forma quase paralela, a via férrea da Linha de Sintra.

⁶ Benchmarking – Método comparativo do desempenho de processos com o objetivo de entender as práticas que conduzem ao desempenho superior, adaptá-las e implementar melhorias significativas

Fonte: http://www.gespublica.gov.br/folder_rngp/folder_nucleo/RJ/pasta.2013-05-20.020681260

⁷ Stakeholder – É um termo usado em diversas áreas da gestão, administração e arquitetura de software referente às partes interessadas que devem estar de acordo com as práticas de governança corporativa executadas pela empresa.

Nas freguesias a norte do concelho, predominam as atividades agrícola, indústria extrativa e de transformação de pedras ornamentais, enquanto que, nas freguesias mais a sul se desenvolvem maioritariamente, outras atividades industriais, de comércio e serviços.

A oeste situa-se a Serra de Sintra que constitui uma forte influência climatérica, criando as condições ideais para o desenvolvimento de espécies botânicas, umas endémicas e outras exóticas, que em conjunto com o edificado na vila de Sintra e na própria serra, de arquitetura única, foram classificadas pela UNESCO desde 6 de Dezembro de 1995, como Património Mundial da Humanidade na categoria Paisagem Cultural.

O concelho apresenta uma faixa costeira de praias, numa extensão de mais de vinte quilómetros, a qual inclui na freguesia de Colares, o Cabo da Roca situado a 140 metros acima do nível do mar, considerado o ponto mais ocidental do continente europeu, ou, como escreveu Luís de Camões, o local “...Onde a terra se acaba e o mar começa...” (in: *Os Lusíadas*, Canto III).

Ilustração 1 - Mapa das freguesias do concelho de Sintra



População residente

O concelho de Sintra com uma população residente de 377.835 habitantes é, logo após Lisboa (547.733 hab.), o segundo município mais populoso de Portugal (INE, censos, 2011).

A evolução da densidade populacional⁸ de 2001 para 2011 no concelho de Sintra mantém-se com um ligeiro aumento de 44,1 habitantes por quilómetro quadrado, inferior ao aumento da região da Grande Lisboa, que é de 69,2 habitantes por quilómetro quadrado.

Quadro 1 - Resumo da evolução da densidade populacional no Continente, Grande Lisboa e Sintra

| Localização geográfica | Superfície (km ²) do território nacional por Localização geográfica | População Residente | | Densidade populacional (N.º/ km ²) por local de residência | |
|------------------------|---|---------------------|------------|--|---------|
| | | 2001 | 2011 | 2001 | 2011 |
| Continente | 89.088,9 | 9.869.343 | 10.047.621 | 110,8 | 112,8 |
| Grande Lisboa | 1.376,7 | 1.947.261 | 2.042.477 | 1.414,4 | 1.483,6 |
| Sintra | 319,2 | 363.749 | 377.835 | 1.139,6 | 1.183,7 |

Fonte: INE, censos 2001 e 2011

A grande diversidade paisagística do município de Sintra, com forte componente urbana e extensa área rural e florestal, prefigura, no entanto, um território densamente povoado (1.183,7 hab./km²) mesmo à escala da área metropolitana de Lisboa (973 hab./Km²) e sobretudo no plano nacional (115 hab./Km²).

⁸ Densidade populacional – (Total de indivíduos/Área (Quilómetro quadrado))
Fonte: INE, 2011

Quadro 2 - Densidade populacional (N.º/ km²) por local de residência

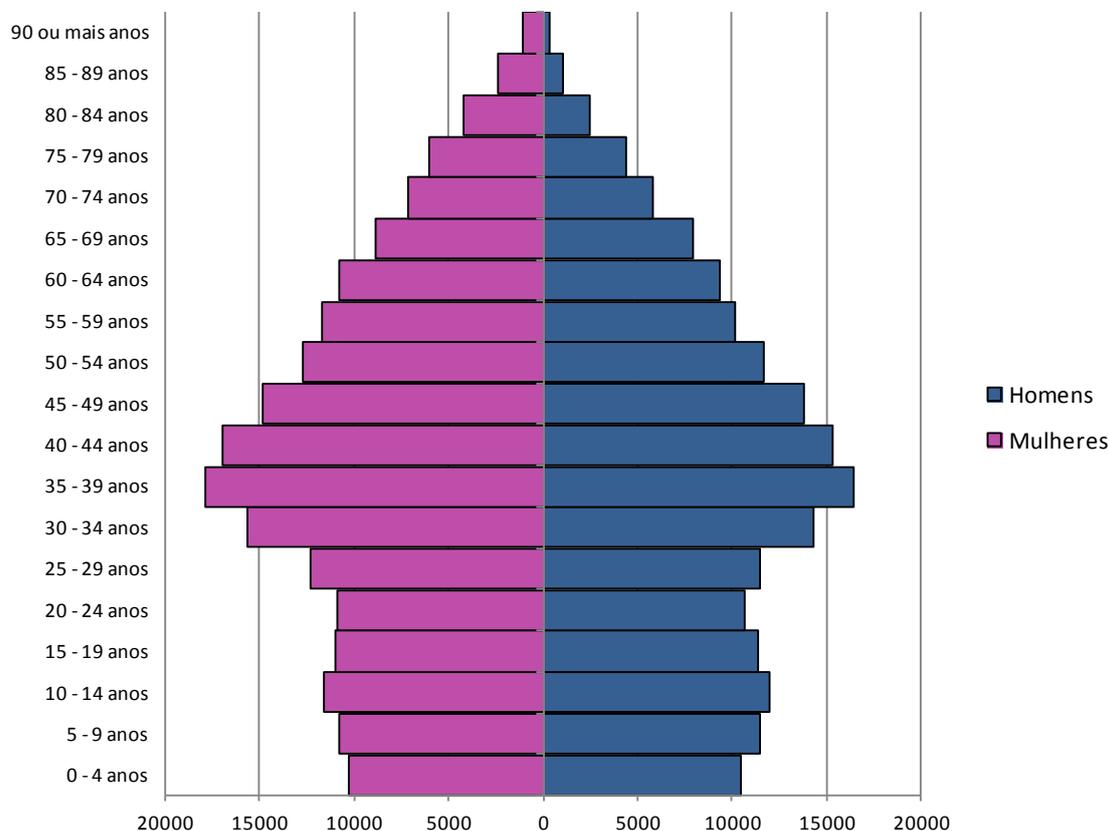
| Local de residência | Densidade populacional (N.º/ km ²) por local de residência | |
|-----------------------------------|--|----------------------|
| | 2001 | 2011 |
| | N.º/ km ² | N.º/ km ² |
| Continente | 110,8 | 112,8 |
| Grande Lisboa | 1.414,4 | 1.483,6 |
| Sintra | 1.139,6 | 1.183,7 |
| Aigualva-Cacém | 7.860,1 | - |
| Algueirão-Mem Martins | 3.939,3 | 4.141,8 |
| Almargem do Bispo | 212,2 | 225,7 |
| Belas | 912,4 | 1.142,3 |
| Colares | 223,9 | 228,6 |
| Montelavar | 419,6 | 412,9 |
| Queluz | 7.767,7 | 7.229,3 |
| Rio de Mouro | 2.771,2 | 2.868,4 |
| Sintra (Santa Maria e São Miguel) | 742,0 | 765,4 |
| São João das Lampas | 167,9 | 198,1 |
| Sintra (São Martinho) | 242,4 | 255,7 |
| Sintra (São Pedro de Penaferrim) | 393,0 | 519,1 |
| Terrugem | 176,7 | 195,9 |
| Pêro Pinheiro | 300,6 | 271,3 |
| Casal de Cambra | 4.727,4 | 5.854,3 |
| Massamá | 15.644,5 | 15.373,2 |
| Monte Abraão | 17.603,8 | 16.551,9 |
| Aigualva | - | 7.423,0 |
| Cacém | - | 9.819,5 |
| Mira-Sintra | - | 4.573,2 |
| São Marcos | - | 7.651,1 |

Fonte: INE, censos 2001 e 2011

A pirâmide etária apresenta-se com uma base retraída, revelando uma baixa natalidade e um reduzido número de jovens (0-29 anos). Revela ainda um predomínio de população adulta nos grupos etários dos 30 aos 44 anos, mantendo a pirâmide um “perfil harmonioso” até ao topo (vértice).

Os grupos etários na pirâmide apresentada terminam com o grupo etário superior ou igual a 90 anos, sendo difícil a sua visualização, por questões de representação.

Gráfico 1 - Pirâmide etária por sexo e grupo etário no concelho de Sintra



Fonte: INE, censos 2011

População residente estrangeira

Os dados que foram possíveis obter comparam os anos de 2001, 2008 e 2011. A população residente estrangeira com estatuto legal, apresenta preferência para a sua fixação ao nível da região do Algarve (15,3%), seguindo-se a região da Grande Lisboa com valor de 8,6%. Ao nível da Região da Grande Lisboa, o concelho de Sintra ocupa o 4º lugar com 9,5%, sendo os concelhos com os maiores valores Amadora, Cascais e Odivelas.

Quadro 3 - Proporção da população residente de nacionalidade estrangeira (%) com estatuto legal por local de residência

| | 2001 | 2008 | 2011 |
|----------------------|------|------|------|
| Continente | 2,29 | 4,3 | 4,2 |
| Grande Lisboa | 5,22 | 8,9 | 8,6 |
| Sintra | 6,59 | 9,3 | 9,5 |
| Algarve | | 17,5 | 15,3 |

Fonte: INE-SEF/MAI, INE, Pordata, 2013. Citado no Perfil Local de Saúde ACES Sintra, 2013.

Dos 35.815 habitantes residentes estrangeiros com estatuto legal no concelho de Sintra em 2011, 21% é proveniente do Brasil, 20,9% de Cabo Verde, 13,2% de Angola, 12% da Guiné, 7,1% da Roménia e 5,7% da Ucrânia.

Análise demográfica

O índice de envelhecimento⁹ para o concelho de Sintra é de 78,4, apresenta-se muito inferior ao da Região da Grande Lisboa e Continente. Mas quando analisamos este valor por freguesias verificamos que existem freguesias¹⁰ como Sintra (S. Martinho) e Pero Pinheiro que estão muito acima dos valores encontrados, quer para a Grande Lisboa quer para o Continente.

O índice de envelhecimento aumentou acentuadamente na última década, o que significa que a população do concelho de Sintra está numa fase de transição demográfica de uma população jovem para uma população mais idosa, acompanhando a situação do País e da Região.

O índice de dependência dos jovens¹¹ encontra-se de uma forma geral com valores semelhantes para o concelho de Sintra, Região da Grande Lisboa e Continente, no entanto o concelho apresenta um valor mais elevado que o do Continente.

⁹ Índice de envelhecimento – (População residente com 65 ou mais anos/População residente entre os 0 e os 14 anos)*100

Fonte: INE, 2011

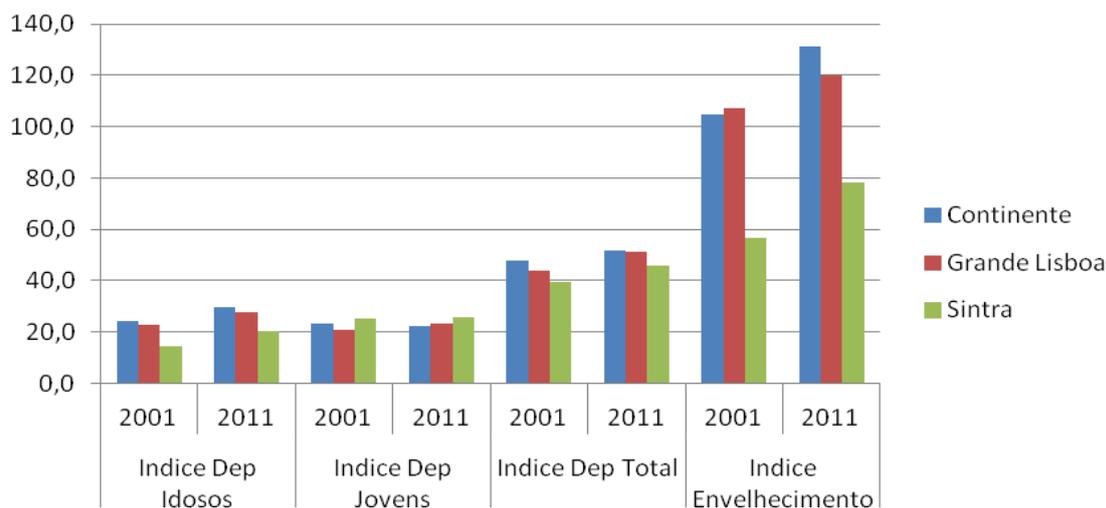
¹⁰ As freguesias mencionadas são anteriores à reorganização de 2014.

¹¹ Índice de dependência de jovens – (População residente entre os 0 e os 14 anos/População residente entre os 15 e os 64 anos)*100

Fonte: INE, 2011

Quanto ao índice de dependência dos idosos,¹² que no concelho de Sintra é de 20,2, revela-se bastante inferior ao da Região da Grande Lisboa e ao do Continente (29,5).

Gráfico 2 - Resumo dos indicadores de dependência do concelho de Sintra, região da Grande Lisboa e Continente



Fonte: INE, censos 2011

Mortalidade

A Taxa Bruta de Mortalidade¹³ apresenta-se decrescente, desde 2001 a 2010, com um ligeiro aumento em 2011. A Taxa Bruta de Mortalidade manteve-se praticamente estável com pequenas oscilações ao longo da década 2001-2011.

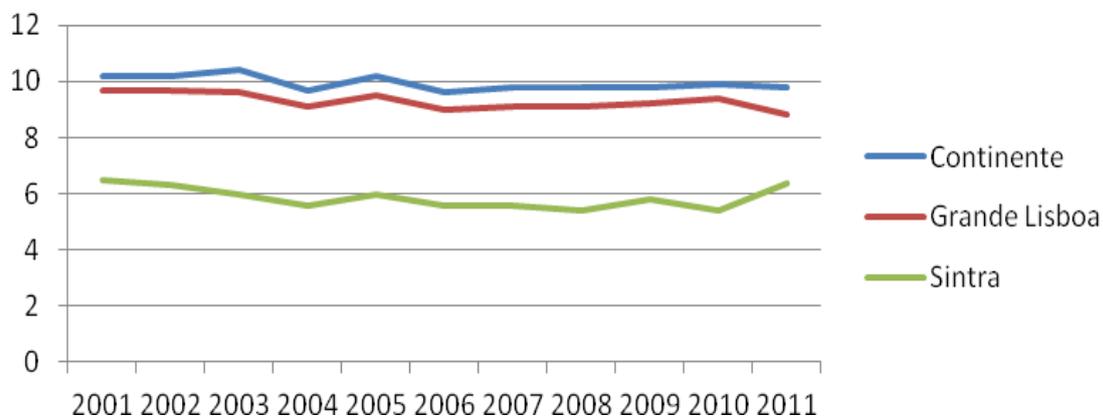
¹² Índice de dependência de idosos – (População residente com 65 ou mais anos/População residente entre os 15 e os 64 anos)*100.

Fonte: INE, 2011.

¹³ Taxa bruta de mortalidade – (Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil/População média desse período)*1000.

Fonte: INE, 2011

Gráfico 3 - Evolução da taxa bruta de mortalidade em (2001-2011) no Continente, Grande Lisboa e Sintra (%o)

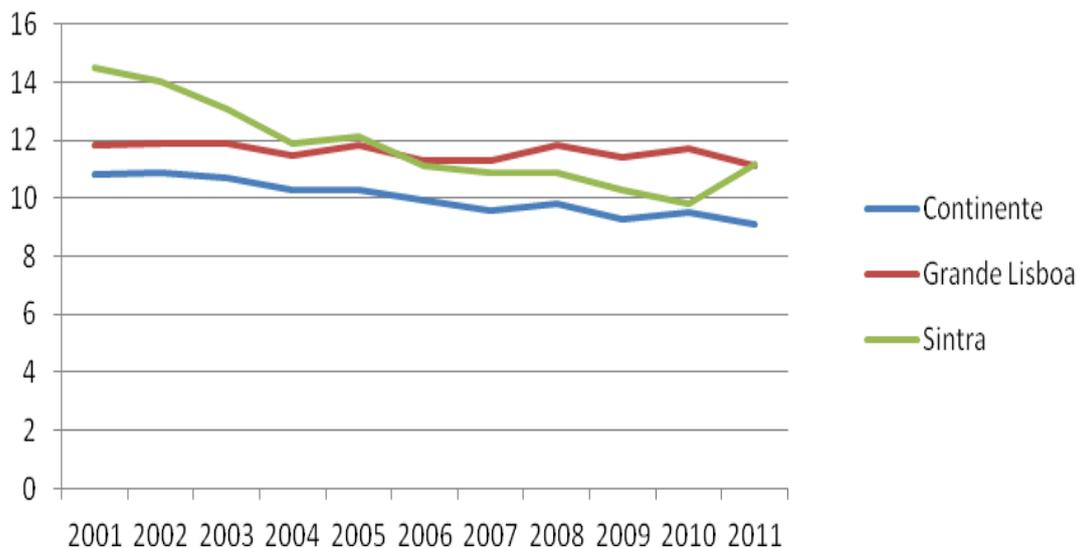


Fonte: INE, censos 2011

Natalidade

A Taxa Bruta de Natalidade¹⁴ apresenta no Continente e na Grande Lisboa, uma diminuição ao longo dos anos desde 2001 a 2011, com exceção no concelho de Sintra em 2011, que apresentou um valor superior ao ano 2010.

Gráfico 4 - Evolução da taxa bruta de natalidade (2001-2011) por local de residência (%o)



Fonte: INE, censos 2011

¹⁴ Taxa bruta de natalidade – (Número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil/População média desse período)*1000.

Fonte: INE, 2011.

2.3 Que influências sofremos

Infraestruturas para atividades ao ar livre

No concelho de Sintra, existem três ciclovias, desenvolvendo-se numa rede estimada de 92 quilómetros, abrangendo 10 das atuais 11 freguesias e 243,6 ha de solo para utilização como parque urbano.

Águas Residuais

A população servida por Estações de Tratamento de Águas Residuais (ETAR) em Sintra aumentou drasticamente num espaço de um ano (32% - 2005 para 92% - 2006). Em 2009, 93% da população era servida por ETAR sendo este valor superior quando comparados com outras regiões do país.

Abastecimento de Água

No concelho de Sintra 100% da população é servida por sistemas públicos de abastecimento de água.

Águas balneares

No programa de vigilância de águas balneares do concelho de Sintra obteve-se em 2010, na classe de qualidade, a classificação de excelente.

Resíduos Urbanos

No concelho de Sintra a percentagem de resíduos urbanos recolhidos por habitante (512 kg/ hab.) é superior em relação aos valores de Portugal continental (486 kg/hab.). No concelho de Sintra a percentagem de resíduos urbanos recolhidos seletivamente (36%) é muito superior em relação aos valores de Portugal continental (15%).

2.4 Que escolhas fazemos

Nascimentos em idade de risco

O número de nados vivos¹⁵ em mulheres adolescentes/100 nados vivos, no concelho de Sintra mantém os mesmos valores entre 2000 e 2012, 4,0% e 3,8% respetivamente. O número de nados vivos em mulheres de idade igual ou superior a 35 anos/100 nados vivos, no concelho de Sintra quase que duplicou entre 2000 e 2012, passando de 13,2% para 25,6%.

Interrupção voluntária de gravidez legalmente efetuada

Segundo a Clínica dos Arcos, o número de Interrupções Voluntárias de Gravidez (IVG) cirúrgicas realizadas em 2011 e 2012 foi, respetivamente 2006 e 1948, verificando-se uma diminuição de 2,9% entre aqueles anos.

Obesidade Infantil

O *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) – 2008, da Organização Mundial da Saúde (OMS), constituiu o primeiro sistema europeu da vigilância nutricional infantil e aplicou três critérios distintos para avaliar a obesidade infantil. O do *Center for Disease Control* (CDC), adotado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), o da IOTF – *International Obesity Task Force*, e o da própria OMS. Dos resultados apresentados, conclui-se que aplicando qualquer dos critérios na Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) a obesidade é superior à da média do país.

¹⁵ Nado-vivo – O produto do nascimento vivo.
Fonte: INE, 2011

Quadro 4 - Valores de baixo peso, excesso de peso e obesidade em crianças de 6 a 8 anos, em Portugal e na Região de Lisboa e Vale do Tejo, de acordo com os critérios de diferentes organizações internacionais da saúde

| Crítérios/Prevalência % 6 a 8 anos | Região | Baixo Peso | Excesso de peso + Obesidade | Obesidade |
|---|---------------|-------------------|--|------------------|
| CDC | Portugal | 2,1 | 32,2 | 14,6 |
| | RLVT | 1,7 | 32,0 | 15,6 |
| IOFT | Portugal | 4,8 | 28,1 | 8,9 |
| | RLVT | 3,8 | 28,2 | 10,7 |
| OMS | Portugal | 1,0 | 37,9 | 15,3 |
| | RLVT | 1,0 | 38,3 | 16,0 |

Fonte: *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*, 2008. Citado no Perfil Local de Saúde ACES Sintra, 2013.

No ano letivo 2007-2008 foi aplicado o COSI em algumas escolas do concelho de Sintra e para o excesso de peso e obesidade infantil em crianças dos 6-10 anos das escolas em Sintra o resultado foi de 35,6%, e em escolas de Algueirão – Mem Martins foi de 43%.

Vacinação

O PNV apresenta uma taxa de cobertura vacinal superior a 95% para a maioria das vacinas.

Quadro 5 - Vacinação no ACES Sintra: Utentes com o PNV Cumprido

| Vacina | Percentagem de vacinados por vacina e por Coorte | | | | |
|---------------|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 2011 (%) | 2010 (%) | 2005 (%) | 1998 (%) | 1947 (%) |
| BCG | 98,46 * | 98,33 | 98,53 | 97,23 | -- |
| VHB | 97,06 | 97,73 | 98,2 | 93,16 | -- |
| DTPa | 96,93 | 94,16 | 93,36 | -- | -- |
| HIB | 97,23 | 93,83 | -- | -- | -- |
| Men C | 93,23 | 98,03 | 98,1 | 95,63 | -- |
| VIP | 97,1 | -- | 93,63 | 96,56 | -- |
| VASPR | -- | -- | 93,43 | 96,5 | -- |
| Td | -- | -- | -- | 92,86 | 43,46 |

Fonte: USP Cacem/Queluz, Algueirão/Rio Mouro e Sintra/Pero Pinheiro

Resultados a 31 de Dezembro de 2012

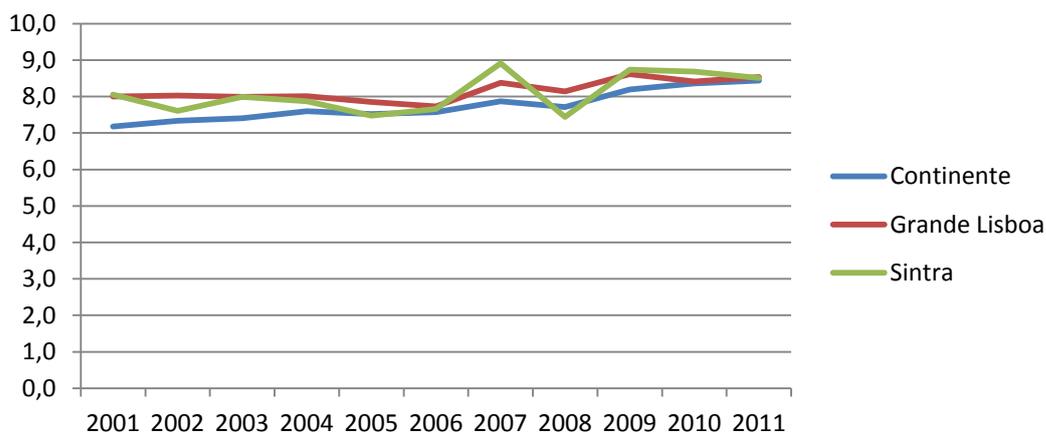
*Valor referente ao PNV Recomendado

2.5 Quais as nossas vulnerabilidades

Nados-vivos pré-termo e de termo com baixo peso

O número de recém-nascidos com baixo peso à nascença tem-se mantido quase inalterável ao longo dos últimos 10 anos.

Gráfico 5 - Nados-vivos pré-termo e termo com baixo peso (%) por local de residência da mãe, evolução 2001-2011



Fonte: INE, 2013

Estrutura familiar

De 2001 para 2011, o número de famílias monoparentais aumentou cerca de 3,5 pontos percentuais no Continente, 4,2 na Grande Lisboa e 6,0 em Sintra. Nas famílias unipessoais os aumentos foram de 4,2, 4,5 e 4,4 respetivamente.

Quadro 6 - Taxa de famílias monoparentais e unipessoais em 2001 e 2011 (%), por local de residência

| | Monoparentais | | Unipessoais | |
|----------------------|---------------|------|-------------|------|
| | 2001 | 2011 | 2001 | 2011 |
| Continente | 11,3 | 14,8 | 17,4 | 21,6 |
| Grande Lisboa | 14,6 | 18,8 | 22,1 | 26,6 |
| Sintra | 12,5 | 18,5 | 16,6 | 21,0 |

Fonte: INE, censos 2001 e 2011

Segurança Social

De 2007 até 2010 verifica-se um crescente número de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) no concelho de Sintra, acompanhando o verificado no Continente e na Grande Lisboa. O decréscimo verificado no Continente e na Grande Lisboa em 2011 e 2012, só teve acompanhamento em Sintra no ano de 2012. Contudo, 40,18 % da população ativa do concelho continuava a receber o RSI.

Quadro 7 - Beneficiários do rendimento social de inserção (RSI) da segurança social por 1000 habitantes em idade ativa, por local de residência entre 2007 e 2012

| Local | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012* |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Continente | 39,43 | 45,00 | 52,49 | 56,67 | 48,45 | 45,24 |
| Grande Lisboa | 26,54 | 35,00 | 44,82 | 51,83 | 46,56 | 44,46 |
| Sintra | 17,97 | 23,39 | 30,11 | 37,80 | 41,96 | 40,18 |

Fonte: INE, 2013

* Beneficiário de RSI da SS em idade ativa por mil habitantes por local de residência

Desemprego

A 31 de dezembro de 2011 a taxa de desemprego¹⁶ no Concelho de Sintra era já superior às do Continente e da Grande Lisboa.

Quadro 8 - Taxa de desemprego (%) por local de residência e sexo em 2011

| | HM | H | M |
|---------------|-------|-------|-------|
| Continente | 13,19 | 12,51 | 13,92 |
| Grande Lisboa | 12,35 | 13,05 | 11,65 |
| Sintra | 13,54 | 13,74 | 13,34 |

Fonte: INE, 2011

Abandono escolar e ensino superior

Em 10 anos a taxa de abandono escolar¹⁷ em Sintra desceu de 1,50% em 2001 para 1,37% em 2011, acompanhando o verificado no Continente e na Grande Lisboa.

¹⁶ Taxa de desemprego – (População desempregada/População em idade ativa)*100

¹⁷ Taxa de abandono escolar – (População residente 10 – 15 anos que abandonou escola sem concluir 9.º ano/ População residente 10 – 15 anos)*100.

Quadro 9 - Taxa de abandono escolar em 2001 e 2011 (%), no Continente, Grande Lisboa e Concelho de Sintra

| | 2001 | 2011 |
|----------------------|------|------|
| Continente | 2,71 | 1,54 |
| Grande Lisboa | 1,83 | 1,60 |
| Sintra | 1,50 | 1,37 |

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

No que diz respeito à percentagem de adultos com nível de ensino superior, Sintra tem valores próximos do Continente (11,2% e 11,9% respetivamente) mas, no entanto, afastados dos da Grande Lisboa, em cerca de 7%.

Quadro 10 - Percentagem de adultos com ensino de nível superior no Continente, Grande Lisboa e Concelho de Sintra, por sexo em 2011

| | HM | H | M |
|----------------------|-------|-------|-------|
| Continente | 11,9% | 9,9% | 13,8% |
| Grande Lisboa | 18,3% | 16,4% | 19,9% |
| Sintra | 11,2% | 9,2% | 13,0% |

Fonte: INE, censos 2011

Criminalidade

A taxa de criminalidade total¹⁸ em Sintra é inferior à taxa de Portugal continental (36,8‰ e 39,4‰) respetivamente. Mas o valor da taxa de furto/roubo e por esticção e na via pública¹⁹, é superior em Sintra quando comparada com Portugal continental, sendo de 3,3‰ e 1,5‰, respetivamente.

Acesso a cuidados de saúde

Para uma população residente de 377.835 habitantes (censos de 2011), o número total de utentes inscritos no Sistema Nacional de Saúde é de 412.989 (SIARS 2012), sendo os utilizadores 367.989.

Fonte: INE, 2011

¹⁸ Taxa de Criminalidade Total – (Número de crimes/População residente)*1000

¹⁹ Taxa de furto/roubo e por esticção e na via pública – (Número de furto/roubo e por esticção e na via pública /População residente)*1000

Quadro 11 - Utentes Inscritos e Utilizadores* no ACES

| | Inscritos | Utilizadores* | Taxa de utilização |
|--------------------------------------|-----------|---------------|--------------------|
| Número total de utentes | 412.989 | 367.989 | 89,1 |
| Número de utentes sem MF | 128.155 | 107.033 | 83,5 |
| Percentagem de utentes sem MF | 31,0 | 29,1 | |

Fonte: SIARS, 2012

*Utentes com pelo menos uma consulta nos últimos 3 anos

Da análise do quadro, verifica-se que:

- 31% do total dos utentes inscritos não tem médico de família atribuído. Destes, 29,1% são utilizadores, ou seja, apenas 1,9% dos utentes sem médico de família não utilizam o centro de saúde;
- 89% do total dos utentes inscritos são utilizadores;
- 83,5% é a taxa de utilização dos utentes inscritos sem médico de família.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

À data da elaboração do perfil, estimava-se a necessidade de 481 camas para dar resposta às diferentes tipologias previstas na RNCCI.

Verificava-se na altura a existência de apenas 101 camas e 30 em planeamento, logo com um défice de 350, com base na projecção da população com mais de 65 anos de idade de 66.820 pessoas.

De acordo com a mesma projecção e cálculo estimativo de necessidades de respostas, verifica-se que as necessidades e prioridades do concelho de Sintra traduzem-se na urgente necessidade de camas em Unidades de Convalescença, inexistentes naquele momento e no aumento do número de camas em Unidades de Cuidados Paliativos.

2.6 De que sofremos e morremos

Tumores

Da evolução dos 10 tumores mais frequentes na população do concelho de Sintra, podemos realçar que ao longo dos anos em estudo (2005 a 2009), no 1º, 2º e 3º lugar destacam-se os da mama, próstata, pele-outros. Quanto aos tumores da pele-outros, estes incluem todos os tumores da pele com exceção dos melanomas.

Quadro 12 - Os 10 tumores mais frequentes na população residente no Concelho Sintra (2005 a 2009)

| Top | Descrição | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|--------------------|-------------------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
| C61 | PROSTATA | 198 | 1º | 196 | 2º | 188 | 3º | 185 | 3º | 201 | 3º |
| C44 | PELE-OUTROS | 180 | 2º | 151 | 3º | 214 | 2º | 229 | 1º | 225 | 1º |
| C50 | MAMA | 173 | 3º | 207 | 1º | 230 | 1º | 221 | 2º | 212 | 2º |
| C18 | COLON | 144 | 4º | 137 | 4º | 127 | 4º | 144 | 4º | 145 | 4º |
| C33+C34 | TRAQUEIA, BRONQUIOS E PULMÃO. | 94 | 5º | 102 | 5º | 118 | 5º | 112 | 5º | 114 | 5º |
| | LINFOMA NÃO HODGKIN | 66 | 6º | 53 | 9º | 69 | 8º | 66 | 7º | 64 | 9º |
| C16 | ESTOMAGO | 64 | 7º | 66 | 6º | 77 | 6º | 68 | 6º | 77 | 6º |
| C64 | BEXIGA | 59 | 8º | 54 | 8º | 68 | 9º | 50 | 10º | 95 | 10º |
| C19+C20 | RECTO | 48 | 9º | 63 | 7º | 76 | 7º | 55 | 8º | 68 | 8º |
| C53 | COLO DO UTERO | 44 | 10º | | | | | 53 | 9º | 71 | 7º |
| C70+C71+C72 | CÉREBRO E SNC | | | 45 | 10º | | | | | | |
| C25 | PÂNCREAS | | | | | 45 | 10º | | | | |

Fonte: ROR-SUL, 2013. Citado no Perfil Local de Saúde ACES Sintra, 2013

Tuberculose

Entre 2006 e 2011, a taxa de incidência²⁰ da tuberculose por 100.000 habitantes para o Continente e Distrito de Lisboa vem diminuindo, aumentando em 2012, para 22,3 e

²⁰ Taxa de incidência – (Número de novos acontecimentos durante um período de tempo/Número total de pessoas expostas ao risco de sofrer esse acontecimento durante o mesmo período de tempo)*100.000.

Fonte: Perfil de Saúde e seus determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo, 2015

30,3, respetivamente. No concelho de Sintra a taxa de incidência vem sofrendo oscilações, atingindo picos em 2010 e 2012 de 35,8 e 35,2, respetivamente.

De acordo com a OMS, Portugal foi considerado até 2012, um país de intermédia incidência (> 20 casos/100.000 habitantes e < 50 casos/100.000 habitantes).

Quadro 13 - Total de casos novos (nº) e taxa de incidência de tuberculose por 100.000 hab.

| Ano | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 ²¹ | |
|------------------------|------|----------------------|------|----------------------|------|----------------------|------|----------------------|------|----------------------|------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | Nº | Taxa por 100000 hab. | Nº | Taxa por 100000 hab. |
| Continente | 3083 | 30,5 | 2837 | 28,0 | 2702 | 26,7 | 2591 | 25,6 | 2394 | 23,6 | 2182 | 21,7 | 2244 | 22,3 |
| Distrito Lisboa | 858 | 38,6 | 797 | 35,8 | 778 | 34,8 | 780 | 34,8 | 746 | 33,2 | 668 | 29,7 | 682 | 30,3 |
| Concelho Sintra | 143 | 38,3 | 118 | 31,5 | 98 | 26,1 | 105 | 27,9 | 135 | 35,8 | 122 | 32,2 | 133 | 35,2 |

Fonte: Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TB)/ARS LVT. Citado no Perfil Local de Saúde ACES Sintra, 2013
Direção-Geral de Saúde: INE População média residente 2011

VIH/SIDA

O concelho de Sintra é o 3º concelho do distrito Lisboa com mais casos diagnosticados de VIH, embora o número de casos tenha vindo a diminuir anualmente, acompanhando o perfil de Portugal. A curva de decréscimo é menos acentuada do que para o concelho de Lisboa, ao longo dos últimos 4 anos.

²¹ Casos de Tuberculose notificados em 2012 (avaliação provisória Março 2013).

Quadro 13 - Casos de SIDA segundo os concelhos e ano de diagnóstico no distrito de Lisboa (2005-2012)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | TOTAL |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Alenquer | 4 | 3 | 5 | 3 | 7 | 4 | 7 | 7 | 40 |
| Amadora | 80 | 88 | 73 | 103 | 97 | 96 | 75 | 44 | 656 |
| Arruda Vinhos | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8 |
| Azambuja | 10 | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 23 |
| Cadaval | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Cascais | 77 | 52 | 66 | 76 | 64 | 59 | 78 | 10 | 482 |
| Lisboa | 334 | 342 | 353 | 355 | 331 | 295 | 230 | 130 | 2.370 |
| Loures | 61 | 54 | 48 | 42 | 33 | 46 | 36 | 31 | 351 |
| Lourinhã | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 19 |
| Mafra | 4 | 7 | 8 | 4 | 4 | 7 | 8 | 3 | 45 |
| Odivelas | 24 | 36 | 27 | 20 | 23 | 26 | 11 | 17 | 184 |
| Oeiras | 31 | 36 | 34 | 30 | 29 | 42 | 31 | 11 | 244 |
| Sintra | 66 | 88 | 81 | 96 | 93 | 92 | 55 | 44 | 615 |
| Sobral M. Agraço | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Torres Vedras | 4 | 9 | 9 | 7 | 10 | 6 | 5 | 1 | 51 |
| Vila F. Xira | 38 | 26 | 17 | 21 | 25 | 24 | 19 | 10 | 180 |
| Não refere | 2 | 5 | 0 | 3 | 4 | 4 | 0 | 6 | 24 |
| Total | 739 | 754 | 726 | 769 | 728 | 707 | 557 | 319 | 5.299 |

Fonte: Infecção VIH/SIDA no Concelho de Sintra - Breve abordagem na Europa e Portugal, USP ACES Sintra, 2013

Mortalidade Infantil

De 1981 até 2010, verificou-se uma diminuição generalizada na Taxa de Mortalidade Infantil²², contudo de 2010 para 2011, verifica-se uma inversão nessa descida e em 2011 Sintra tinha uma taxa superior às da Grande Lisboa e do Continente.

²² Mortalidade Infantil – Óbitos de crianças nascidas vivas, que morreram antes do ano de idade.
Fonte: Perfil de Saúde e seus determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo, 2015

Quadro 14 - Evolução da taxa de mortalidade infantil (%) por local de residência de 1981 a 2011 no Continente, Grande Lisboa e Sintra

| Local de residência | 1981 | 2001 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------------------|------|------|------|------|------|
| Continente | 21,4 | 4,8 | 3,6 | 2,5 | 3,1 |
| Grande Lisboa | 17,5 | 4,5 | 5,0 | 3,6 | 4,2 |
| Sintra | 14,4 | 3,2 | 5,4 | 3,3 | 5,0 |

Fonte: Pordata, 2013

Morbilidade na população utilizadora no ACES Sintra

Para obter dados de morbilidade recorreremos aos registos dos códigos ICPC2 também fornecidos pela ARSLVT.

Os primeiros seis problemas de saúde mais codificados pelos médicos do ACES são:

1. Hipertensão arterial;
2. Alterações no metabolismo dos lípidos;
3. Diabetes;
4. Perturbações depressivas;
5. Tabagismo;
6. Obesidade.

Quadro 15 - Problemas de saúde mais registados na população utilizadora

| Principais Problemas ICPC2 | | Nº de codificações no ACES | Média na ARSLVT | |
|----------------------------|------------|-----------------------------------|-----------------|--------|
| HTA | K86 | Hipertensão sem complicações | 37.584 | 34.189 |
| | K87 | Hipertensão com complicações | 5.704 | 5.581 |
| | T93 | Alteração metabolismo dos lípidos | 33.361 | 28.367 |
| Diabetes | T89 | Diabetes insulino-dependente | 1.584 | 1.338 |
| | T90 | Diabetes não insulino-dependente | 14.460 | 12.738 |
| | P76 | Perturbações depressivas | 15.790 | 13.007 |
| | P17 | Tabagismo | 15.431 | 10.201 |
| | T82 | Obesidade | 11.309 | 8.801 |

Fonte: SIARS e SAM, 2012. Citado no Perfil Local de Saúde ACES Sintra, 2013

3. Priorização dos problemas de saúde

O processo de identificação e priorização dos problemas de saúde da população do concelho de Sintra decorreu em várias etapas.

Com base na informação disponibilizada no Perfil de Saúde procedeu-se à priorização de cinco problemas de saúde identificados:

- Diabetes mellitus;
- Doenças cérebro-cardiovasculares;
- Perturbações depressivas;
- Doenças oncológicas;
- Doenças respiratórias.

O OLS, seguindo a metodologia adaptada de Imperatori (1993), deu início à priorização interna, usando os critérios de magnitude²³, transcendência²⁴ e vulnerabilidade²⁵.

Na continuidade da priorização interna (dentro do ACES) foram envolvidos o Diretor Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde e noutro momento os Coordenadores das cinco Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Seguiu-se a priorização externa, caracterizada por uma participação alargada envolvendo a autarquia, Rede Social e seus órgãos representativos – Conselho Local de Ação Social (CLAS) e Comissões Sociais de Freguesia (CSF) – outros representantes da sociedade civil e entidades que se consideraram importantes para o compromisso conjunto no sentido de se obter uma melhoria dos indicadores de saúde em Sintra.

Este processo teve a participação de quarenta e nove representantes da sociedade civil, das sessenta e três representadas no CLAS.

²³ Magnitude - Afetação em termos de impacto nos indicadores de morbi-mortalidade de um determinado problema de saúde.

²⁴ Transcendência - Mede o nível de afetação social em termos de grupos populacionais e ou sócio económicos.

²⁵ Vulnerabilidade - Mede o grau de aplicabilidade/dificuldade de prevenção/resolução de um problema de saúde.

Fonte: Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais, Imperatori, 1993.

Para capacitação e apoio à tomada de decisão da sociedade civil, a equipa do OLS elaborou Fichas Temáticas baseadas na análise *Swot*²⁶.

Para a priorização externa dos problemas de saúde identificados foi utilizado o método de comparação por pares, sugerido pelo OLS.

Os resultados desta priorização encontram-se representados no quadro que se segue:

Quadro 16 - Resultados das priorizações interna, externa e final, dos problemas de saúde identificados no Perfil Local de Saúde de Sintra

| Problemas de Saúde | Prioridades OLS | Prioridades ACES Sintra | Prioridades Sociedade Civil | Média | Priorização |
|----------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------------|-------|-------------|
| Diabetes mellitus | 1 | 3 | 3 | 2,33 | 2º |
| Doenças cérebro-cardiovasculares | 2 | 1 | 2 | 1,67 | 1º |
| Perturbações depressivas | 3 | 4 | 1 | 2,67 | 3º |
| Doenças oncológicas | 4 | 5 | 4 | 4,33 | 5º |
| Doenças respiratórias | 5 | 2 | 5 | 4,00 | 4º |

No final, obtida a média do somatório dos valores absolutos das prioridades votadas, resultaram três problemas de saúde que foram considerados prioritários:

- 1º Doenças cérebro-cardiovasculares;
- 2º Diabetes mellitus;
- 3º Perturbações depressivas.

Para além destes três problemas, foram também considerados prioritários pelo OLS (não tendo sido sujeitos a priorização mas integrando o PLS):

- A tuberculose (por apresentar uma taxa de incidência superior à taxa nacional para os anos de 2010, 2011 e 2012);
- A mortalidade infantil (por apresentar uma taxa no concelho de Sintra superior à da Grande Lisboa, para os anos de 2009, 2010 e 2011).

²⁶ *Análise Swot* – Análise personalizada não só do ambiente externo da organização (oportunidades/ameaças), como das suas condições internas, nomeadamente os seus recursos e competências (forças/fraquezas). S – Strength (força); W – Weakness (fraquesa); O – Opportunity (oportunidade); T – Threat (ameaça).

Fonte: Manual de formação – Planeamento estratégico e gestão por objetivos, 2014

4. Problemas de saúde

4.1 Doenças cérebro-cardiovasculares

As doenças cérebro-cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal.

Em 2013 e em 2014 mais de 1.000 habitantes de Sintra sofreram um evento cardiovascular (enfarte de miocárdio, acidente isquémico transitório ou acidente vascular cerebral).

A hipertensão arterial (HTA) é o mais importante fator de risco modificável para as doenças do aparelho circulatório. Estudos recentes concluem que a prevalência da hipertensão arterial na população adulta permanece alta, uma vez que afeta cerca de 42% dos portugueses.

A alimentação e o exercício físico são dois dos principais determinantes que influenciam a pressão arterial. Está comprovada a relação direta entre o consumo de sal na alimentação e a HTA. O exercício físico ao longo do ciclo de vida é um fator protetor da saúde, sendo o sedentarismo, pelo contrário, um fator de risco.

A nível do ACES Sintra, reportando os dados colhidos em sede de Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) verificam-se os seguintes indicadores:

- Prevalência da HTA (≥ 18 anos) em 2014 - 17,29%;
- Proporção de hipertensos (<65 anos) com pressão arterial (PA) <150/90 mmHg em 2014 - 37,86%.

Destes dados podemos concluir que:

- A prevalência da HTA é muito inferior ao esperado de acordo com as estimativas nacionais (subdiagnóstico? subnotificação?);
- A proporção de hipertensos com a PA controlada (valores <150/90 mmHg) é inferior ao desejável.

Assim, atendendo à importância da hipertensão arterial no contexto das doenças cérebro-cardiovasculares e atendendo aos dados relativos ao ACES Sintra, as metas e

estratégias foram construídas no sentido de melhorar os indicadores relativos ao diagnóstico e controlo da HTA, tendo subjacente os grandes Eixos Estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e as seguintes linhas orientadoras:

Cidadania em saúde:

- Aumentar os níveis de literacia.

Políticas saudáveis:

- Estimular a prática do exercício físico;
- Promover a alimentação saudável.

Equidade, Acesso e Qualidade em Saúde:

- Reforçar os mecanismos de diagnóstico e controlo adequado da HTA;
- Reforçar a articulação entre os vários níveis de prestação de cuidados;
- Assegurar a continuidade dos cuidados a doentes com indicação para reabilitação.

Acredita-se que melhorando os mecanismos de diagnóstico e o controlo terapêutico da HTA, assim como agindo nos seus principais determinantes, contribuir-se-á para uma diminuição dos eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, para uma diminuição do seu impacto em termos de morbilidade, incapacidade e morte prematura.

4.1.1. Necessidades de saúde e seus determinantes

Necessidades de saúde e seus determinantes para as doenças cérebro-cardiovasculares

| NECESSIDADES DE SAÚDE | DETERMINANTES DE SAÚDE | |
|---|---|--|
| | DE RISCO | PROTETORES |
| Menor morbi-mortalidade por doenças cérebro-cardiovasculares | <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão arterial - Dislipidémia - Sedentarismo - Obesidade e excesso de peso - Alimentação com excesso de sal e gordura | <ul style="list-style-type: none"> - Controlo adequado da dislipidémia e da HTA - Prática regular de exercício físico - Alimentação adequada - Vigilância periódica de saúde - Literacia em saúde |

4.1.2. Indicadores e metas

Indicadores

- Proporção de hipertensos com determinação do risco cardiovascular nos últimos 3 anos;
- Proporção de hipertensos com registo de Gestão de Regime Terapêutico (GRT);
- Proporção de hipertensos < 65 anos com PA < 150-90 mm Hg.

Metas

META 1 - Que até ao final de 2017, se aumente para **25%** a proporção de hipertensos com pelo menos uma determinação do risco cardiovascular nos últimos 3 anos.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| 6,60% | 18,40% | 25% |

Fonte: SIARS, 2014

META 2 - Que até ao final de 2017, se aumente para **25%** a proporção de hipertensos com GRT.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| 4,26% | 7,79% | 25% |

Fonte: SIARS, 2014

META 3 - Que até ao final de 2017, se aumente para **50%** a proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos com PA < 150/90 mm Hg.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| 39,16% | 37,86% | 50% |

Fonte: SIARS, 2014

4.1.3. Estratégias

1. Aumentar a literacia em saúde com vista à capacitação da população para a adoção de comportamentos protetores em matéria alimentar através de:
 - Apoio a projetos a desenvolver em meio escolar, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE);
 - Apoio a projetos de associações locais e organizações empresariais;
 - Apoio a programas e projetos intersectoriais.
2. Estimular a prática do exercício físico através de:
 - Disponibilização de espaços públicos e equipamentos facilitadores da prática do exercício físico;
 - Implementação/Divulgação de programas locais e nacionais de promoção da atividade física;
 - Apoio a projetos que combatam o sedentarismo.
3. Adequar a composição das refeições servidas em instituições públicas e IPSS, no que respeita à sua composição, com especial enfoque nas quantidades de sal, açúcares e gorduras saturadas, através de:
 - Sensibilização e formação das empresas de restauração e outros fornecedores de alimentos confeccionados;
 - Controlo de qualidade das refeições fornecidas sob responsabilidade da Câmara Municipal de Sintra.
4. Detetar precocemente casos de hipertensão arterial, obesidade e dislipidémia através de:
 - Apoio à realização de rastreios locais no âmbito do controlo da PA, peso, glicémia, colesterolémia e trigliceridémia;
 - Acesso facilitado a consulta nos casos rastreados.
5. Reforçar os mecanismos internos do ACES de vigilância e controlo dos doentes diagnosticados com HTA através de:
 - Melhoria na acessibilidade dos doentes diagnosticados;
 - Reforço das boas práticas clínicas com adoção e divulgação das normas de orientação clínica (NOC) e realização de auditorias clínicas;

- Melhoria dos registos clínicos do ACES;
 - Reforço da formação técnica.
6. Alargar parcerias a outras entidades prestadoras de cuidados de saúde no sentido de potenciar a celeridade diagnóstica e controlo terapêutico adequado;
7. Reforçar a articulação com o hospital de referência através de:
- Alargamento a todo o ACES e consolidação dos circuitos de consultadoria entre os cuidados de saúde primários (CSP) e o HFF;
 - Estabelecimento de critérios de referenciação e revisão de protocolos terapêuticos;
 - Referenciação atempada e resposta célere entre os vários níveis de prestação de cuidados.
8. Assegurar a continuidade dos cuidados prestados a doentes com indicação para reabilitação através de:
- Reforço da articulação entre os vários níveis de prestação destes cuidados;
 - Desenvolvimento de ações conducentes a uma resposta eficiente às necessidades, quer em meios técnicos quer em meios humanos.

4.2 Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus (DM) é uma síndrome metabólica de origem múltipla. Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, em 2013, a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 – 79 anos foi de 13%. Este mesmo relatório menciona que destes 13%, só 7,3% da população estava diagnosticada com diabetes.

A nível do ACES Sintra a prevalência da diabetes diagnosticada em 2013 foi de 6,7% (20-79 anos), valor ainda abaixo da estimativa nacional, o que poderá ser um indício de que existiam diabéticos por diagnosticar.

Dos utentes inscritos e utilizadores do ACES Sintra em dezembro de 2014 (para todas as idades), cerca de 5% tinham o diagnóstico de diabetes. Destes, só 18,98% estavam assinalados pelos profissionais de saúde como tendo um acompanhamento adequado.

No concelho de Sintra, em 2011 a proporção de óbitos por diabetes foi de 3,9%.

Assim, atendendo à importância desta doença e aos dados relativos ao ACES Sintra, as metas e estratégias foram construídas no sentido de melhorar os indicadores de saúde, agindo sobre os seus determinantes, nomeadamente nos mecanismos de diagnóstico e controlo terapêutico.

4.2.1. Necessidades de saúde e seus determinantes

Necessidades de saúde e seus determinantes para a diabetes mellitus

| NECESSIDADES DE SAÚDE | DETERMINANTES | |
|--|---|---|
| | DE RISCO | PROTETORES |
| Menor morbi-mortalidade por diabetes mellitus | <ul style="list-style-type: none"> - Sedentarismo - Obesidade e excesso de peso - Hipertensão arterial - Dislipidémia - Antecedentes de doença cardiovascular - Antecedentes de diabetes gestacional prévia | <ul style="list-style-type: none"> - Prática regular de exercício físico - Alimentação adequada - Controlo adequado da dislipidémia, da glicémia e da HTA - Vigilância periódica de saúde - Literacia em saúde |

4.2.2. Indicadores e metas

Indicadores

- Proporção de utentes com DM com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano;
- Proporção de utentes com DM com pelo menos uma referenciação ou pelo menos um registo de realização de exame à retina no último ano;
- Proporção de utentes com DM com registo de HgbA1c²⁷ ≤ 8,0% no último ano;
- Proporção de utentes com diabetes tipo 2 (DM2) em terapêutica com insulina.

²⁷ A HgbA1c é um exame de sangue que mede o nível médio de glicose no sangue nos últimos 2 – 3 meses. Os resultados normais deste teste são até 6. Para um doente adulto diabético, segundo a recomendação da Federação Internacional da Diabetes, o valor deve andar abaixo dos 6.5-7%. A partir de 8 considera-se que existe maior risco de complicações crónicas.

Metas

META 1 - Que até ao final de 2017, se aumente para **60%** a proporção de utentes com DM com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes, no último ano.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| 46,65% | 54,76% | 60% |

Fonte: SIARS, 2015

META 2 - Que até ao final de 2017, se aumente para **35%** a proporção de utentes com DM com pelo menos uma referenciação ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| 30,36% | 32,68% | 35% |

Fonte: SIARS, 2015

META 3 - Que até ao final de 2017, se aumente para **45%** a proporção de utentes com DM com o último registo de HgbA1c \leq 8,0% no último ano.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| 42,59% | 44,33% | 45% |

Fonte: SIARS, 2015

META 4 - Que até ao final de 2017, se aumente para **4,5%** a proporção de diabetes tipo 2 (DM2) em terapêutica com insulina.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| 2,76% | 3,24% | 4,5% |

Fonte: SIARS, 2015

4.2.3. Estratégias

1. Garantir as boas práticas profissionais em prol de uma efetiva qualidade clínica e organizacional, através de:
 - Uniformização de procedimentos de acordo com as normas de orientação clínica em vigor;
 - Implementação de protocolos de atuação criadas pela Unidade Coordenadora Funcional (UCF) da diabetes;
 - Aplicação da Ficha de Avaliação de risco da DM2 em consulta;
 - Incentivo ao início precoce de insulinoterapia de acordo com as NOC em todas as Unidades Funcionais do ACES;
 - Criação de uma base de dados/listagens de utentes inscritos com diabetes, com inscrição ativa e codificação ICPC2 T89 ou T90, em cada Unidade Funcional do ACES;
 - Prescrição e determinação da hemoglobina A1c segundo a Norma da DGS nº 33 de 30/09/2011 atualizada a 06/12/2012;
 - Sempre que possível e quando aplicável, registar na ficha de diabetes, no campo 'Oftalmologia' se houve 'referenciação' ou 'consulta' para esse utente no sistema informático de apoio aos médicos e enfermeiros;
 - Realização de rastreio de retinopatia diabética e tratamento das pessoas identificadas, conforme as Normas da DGS;
 - Implementação da consulta Médica e de Enfermagem da diabetes para o mesmo dia;
 - Sensibilização dos profissionais de saúde da importância do correto registo clínico;
 - Formação contínua na área do diagnóstico, tratamento, educação terapêutica e avaliação de competências da pessoa com diabetes;
 - Formação sobre o sistema de registo clínico eletrónico.
2. Melhorar o acesso da pessoa com diabetes aos cuidados de saúde:
 - Vigilância médica e de enfermagem adequada;

- Implementação da consulta do pé diabético de risco intermédio (cuidados primários diferenciados) e alto risco (hospitalar);
 - Sensibilização dos utentes para a existência e a importância da consulta de enfermagem;
 - Criação de via verde do pé diabético;
 - Realização de rastreios na comunidade visando identificar e encaminhar as pessoas com diabetes ou em risco.
3. Aumentar a literacia em saúde com vista à capacitação da população, para adoção de comportamentos saudáveis:
- Apoio a projetos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar;
 - Apoio a programas e projetos locais;
 - Elaboração de cartazes/vídeos/panfletos para afixar e divulgar nas salas de espera das Unidades Funcionais do ACES, desmistificando o uso da insulina.
4. Implementar plano de intervenção nutricional:
- Integração de nutricionistas nas equipas pluridisciplinares;
 - Criação de parcerias com empresas locais distribuidoras de alimentos, incentivando a distribuição de alimentos saudáveis;
 - Sensibilização os empresários ligados ao ramo da restauração para adequar as refeições servidas, no que diz respeito à sua composição, com especial enfoque na redução de açúcar, gordura e sal;
 - Controlo da qualidade das refeições nas cantinas e máquinas de venda automática, com especial atenção para gorduras, sal e naturalmente os açúcares.
5. Promover programas/projetos de atividades em grupo:
- Programas educativos tais como, “Juntos é mais fácil”, “Conversas de Diabetes”;
 - Projetos lúdico-educativos tais como, “Caminhar com a diabetes”, “Dançar com a diabetes”;
 - Campos de férias e fins-de-semana educativos para jovens e idosos.

4.3 Perturbações depressivas

Os problemas de saúde mental constituem atualmente a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades.

De acordo com a publicação da DGS “Portugal Saúde Mental em Números - 2014”, os dados da prevalência anual resultantes do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida J & Xavier M, 2013), mostram que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa.

Deste valor global destacam-se os mais altos nas perturbações da ansiedade (16,5%) e nas perturbações depressivas (7,9%).

No Perfil Local de Saúde de Sintra (2013), as perturbações depressivas ocupam o 4.º lugar como problema de saúde mais registado no ACES.

No Plano Local de Saúde foram classificadas como o 3º problema de saúde prioritário para intervenção, considerando que a depressão é um dos problemas de saúde pública que mais sobrecarrega a nossa sociedade, apesar de estarem disponíveis tratamentos eficazes.

No ACES Sintra, entre 2012 e 2014, houve um aumento progressivo de perturbações depressivas no registo clínico ICPC2, tendo-se verificado, neste último ano, um registo de 17.742 utentes, o que corresponde a uma proporção de 4,9% de utentes com perturbação depressiva.

“... a implementação de programas de sensibilização (...) para as perturbações depressivas (...) é suscetível de influenciar também os comportamentos suicidas, reduzindo-os pelos seguintes motivos: em primeiro lugar, a vasta maioria dos suicídios e tentativas de suicídio ocorre no âmbito de uma perturbação depressiva; em segundo lugar, a maioria dos doentes deprimidos estão em contato com o médico de família e tê-lo-ão contactado no mês anterior ao ato suicidário; em terceiro lugar, quanto

mais corretamente a depressão for diagnosticada, menos suicídios ocorrem numa determinada região.”

(in: “Optimised Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe” págs. 1 e 2).

O Grupo de Trabalho das perturbações depressivas, constituído no âmbito do PLS, sentiu necessidade de definir o conceito de depressão e foi unanimemente aceite por todos o seguinte:

“A depressão caracteriza-se por tristeza, perda de interesse nas atividades e diminuição de energia. Outros sintomas são a perda de confiança e autoestima, o sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite. Podem estar presentes também diversos sintomas somáticos. Embora os sentimentos depressivos sejam comuns, especialmente depois de passar por revezes na vida, o diagnóstico da depressão só se faz quando os sintomas atingem um certo limiar e perduram por, pelo menos, duas semanas. A depressão pode variar em gravidade, desde a ligeira até à muito grave. Ocorre muitas vezes episodicamente, mas pode ser recorrente ou crónica.”

(in: “Relatório Mundial de Saúde – O Peso das Perturbações Mentais e Comportamentais”, pág. 68).

O grupo orientou o trabalho seguindo os quatro “Eixos Estratégicos” determinados no PNS 2012-2016, designadamente: cidadania em saúde; equidade e acesso; qualidade em saúde; políticas saudáveis.

4.3.1. Necessidades de saúde e seus determinantes

Necessidades de saúde e seus determinantes para as perturbações depressivas

| NECESSIDADES DE SAÚDE | DETERMINANTES | |
|--|--|---|
| | DE RISCO | PROTETORES |
| <p>Menor morbi-mortalidade por perturbações depressivas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Episódios de depressão no passado; - História familiar de depressão; - Idade - Sexo feminino, especialmente na adolescência, no primeiro ano após o parto, menopausa e pós-menopausa; - Perda significativa, mais habitualmente a perda de alguém próximo (morte, separação, abandono); - Doenças crónicas (cardíacas, hipertensão, asma, diabetes, história de trombozes, artroses e outras doenças reumáticas, SIDA, fibromialgia, cancro e outras); - Coabitar com um familiar portador de doença grave e crónica (por exemplo, pessoas que cuidam de doentes com Alzheimer); - Tendência para ter ansiedade e pânico; - Profissões geradoras de stress ou circunstâncias de vida que causem stress; - Dependência de consumos nocivos (drogas e álcool) | <ul style="list-style-type: none"> - Apoio social, redes sociais; - Controlo de doenças crónicas; - Estilo de vida saudável; - Aprendizagem de técnicas adaptativas ao stress; - Vigilância periódica de saúde; - Literacia em saúde. |

4.3.2. Indicadores e metas

Indicadores

- Proporção de UF do ACES Sintra que utilizem plenamente os sistemas de informação definidos pela Administração Central do Sistema da Saúde (ACSS), com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC2 e referenciem através do Consulta a Tempo e Hora (CTH);
- Número de projetos implementados dirigidos a grupos alvo com planos de formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão;
- Número de protocolos de articulação e coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando formação, referência e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico, aprovados;
- Óbitos por suicídio no ano civil no concelho.

Metas

META 1 – Que até final de 2017, se garanta que **100%** das UF do ACES Sintra utilizem plenamente os sistemas de informação definidos pela ACSS, com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC2 e referenciem através do CTH.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| 73,9% | 73,9% | 100% |

META 2 – Que até final de 2017, se implementem pelo menos **2** projetos, dirigidos a grupos de risco, para formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| Desc. | Desc. | 2 |

META 3 – Que até final de 2017, se aprovem pelo menos **2** protocolos de articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando formação, referenciação e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico.

| Sintra 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| Desc. | Desc. | 2 |

META 4 – Que até final de 2017, se reduza para valores inferiores a **1,10%** os óbitos por suicídio.

| Sintra 2009 | Sintra 2012 | Meta 2017 |
|-------------|-------------|-----------|
| 1,10% | 1,10% | < 1,10% |

Fonte: Pordata, 2014

4.3.3. Estratégias

1. Aumentar a literacia em saúde com vista à capacitação da população para a adoção de comportamentos protetores em matéria de saúde mental, promovendo a divulgação de medidas de higiene de vida;
2. Caracterizar a mortalidade por suicídio:
 - Utilização dos indicadores sugeridos no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio;
 - Melhoria dos registos da mortalidade por suicídio no concelho de Sintra, nomeadamente nos Autos de Notícia;
 - Promoção do acesso à informação disponibilizada pela Direção-Geral da Saúde através da plataforma E-Vigilância da Mortalidade (EVM);
 - Identificação de locais potenciais de risco.
3. Elaborar e divulgar “Manual de recursos/equipamentos”;
4. Divulgar as linhas SOS existentes;
5. Assegurar a continuidade da formação em Sistemas de Informação em todas as Unidades Funcionais do ACES;

6. Apoiar projetos de associações locais, organizações empresariais e intersectoriais, visando identificar facilitadores comunitários e organizacionais “key persons” ou “porteiros sociais²⁸”;
7. Promover a criação de grupo de trabalho para a área da saúde mental à semelhança das Unidades Coordenadoras Funcionais;
8. Contribuir para a melhoria do acesso, da deteção e diagnóstico precoce, bem como de intervenção mais adequada em casos de saúde mental:
 - Promoção da continuidade de sessões de consultoria em saúde mental;
 - Inclusão nos sistemas informáticos de apoio à prática, escalas de avaliação de risco para diagnóstico e encaminhamento, a serem utilizadas no âmbito das consultas dos Cuidados de Saúde Primários;
9. Promover formação em competências de identificação/avaliação de sinais/sintomas de perturbação depressiva aos profissionais de saúde, facilitando a implementação de plano de formação conjunto entre Hospitais de referência e o ACES Sintra.

4.4 Tuberculose

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que permanece entre as principais que afetam a população mundial, registando as maiores taxas de mortalidade em adultos, juntamente com a infeção por HIV/SIDA. Apresenta também, grandes repercussões socioeconómicas, pois atinge predominantemente a população em idade produtiva.

Em relação à União Europeia, Portugal é um dos países com maior incidência de casos de Tuberculose notificados.

Em 2012 a incidência de tuberculose no concelho de Sintra foi de 36,9 novos casos /100.000 habitantes.

²⁸ “...Podem ser incluídos como porteiros sociais vários tipos de profissionais ou agentes sociais. (...) O treino e formação dos porteiros sociais deve permitir o desenvolvimento do conhecimento, atitudes e competências para a identificação de pessoas em risco, avaliação do risco e controlo da situação, com encaminhamento quando necessário.”
Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde, Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013 – 2017.

Em 2013 verificou-se um decréscimo significativo para 26,5 novos casos /100.000 habitantes, no entanto, mantém-se superior à incidência a nível nacional que foi de 21,1 novos casos /100.000 habitantes.

O controlo da tuberculose numa comunidade reside, essencialmente, no quebrar da cadeia de transmissão da infeção através da deteção dos casos de tuberculose bacilífera²⁹ e do seu tratamento completo e adequado. Adicionalmente podem-se adotar medidas preventivas como a vacinação (BCG) e o tratamento dos casos de tuberculose infeção para evitar que estes passem à fase de doença.

Assim, atendendo à relevância deste problema em saúde pública, as metas e as estratégias que a seguir se propõem, foram delineadas tendo em vista o benefício individual do doente e o benefício coletivo (diagnóstico célere, redução do risco de transmissão, tratamento adequado, prevenção das resistências aos antimicrobianos e redução do risco da mortalidade).

4.4.1. Necessidades de saúde e seus determinantes

Necessidades de saúde e seus determinantes para a tuberculose

| NECESSIDADES DE SAÚDE | DETERMINANTES DE SAÚDE | |
|--|--|---|
| | DE RISCO | PROTETORES |
| Menor morbi-mortalidade por Tuberculose | <ul style="list-style-type: none"> - Contacto com doentes com tuberculose bacilífera - Comorbilidades associadas à TB (HIV/SIDA, doenças oncológicas, diabetes, patologia inflamatória articular) - Abandonos de terapêutica nos casos de TB doença e infeção latente - Baixa literacia em saúde - Carência económica | <ul style="list-style-type: none"> - Estilos de vida saudáveis - Arejamento dos espaços - Diagnóstico precoce da TB - Rastreio como medida de prevenção aos contactos próximos dos doentes com TB contagiosa - Adesão à quimioprofilaxia nos casos de infeção latente - Acesso à informação sobre TB na população |

²⁹ Tuberculose bacilífera - portador de bacilos infetados e que os dissemina sem apresentar necessariamente sintomas.
 Fonte: http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/definicao/bacil%C3%ADfero%20_913030.html

4.4.2. Indicadores e metas

Indicadores

- Taxa de Incidência da Tuberculose;
- Tempo de demora desde o início dos sintomas e o diagnóstico;
- Taxa de sucesso terapêutico;
- Proporção de doentes com Tuberculose Pulmonar (TP) bacilífera a fazerem TOD³⁰, pelo menos nos dois primeiros meses de tratamento.

Metas

META 1 - Que até ao final de 2017, se diminua a taxa de incidência da TB para um valor < a **22/100.000** habitantes.

| Sintra 2012 | Sintra 2013 | Meta 2017 |
|-------------------|------------------|----------------|
| 36,9 /100.000 hab | 26,5/100.000 hab | 22/100.000 hab |

Fonte: SVIG-TB

META 2 - Que até ao final de 2017, se diminua para um número inferior **70 dias**, o tempo de demora desde o início de sintomas até ao diagnóstico.

| Portugal 2013 | Sintra 2014 | Meta 2017 |
|---------------|-------------|-----------|
| 107 dias | 86 dias | 70 dias |

Fonte: SVIG-TB e USP ACES Sintra

META 3 - Que até ao final de 2017, se aumente para **84%** a taxa de sucesso terapêutico.

| Portugal 2013 | Sintra 2013 | Meta 2017 |
|---------------|-------------|-----------|
| 83,6% | 74,8% | 84% |

Fonte: SVIG-TB

³⁰ TOD – Significa Toma Observada Direta. É um componente importante no pacote de medidas contra a tuberculose recomendadas internacionalmente. A TOD significa que um observador, ao ver tomar e engolir os comprimidos de tratamento contra a tuberculose, apresenta-se como um apoio ao doente na sua educação terapêutica.

Fonte: Tratamento da tuberculose, Linhas orientadoras para programas Nacionais, 2006.

META 4 - Que até ao final de 2017, se aumente para **60 %** a proporção de doentes com TP bacilífera a fazerem TOD, pelo menos nos dois primeiros meses de tratamento.

| Sintra 2013 | Meta OMS | Meta 2017 |
|-------------|----------|-----------|
| 48% | 80% | 60% |

Fonte: SVIG-TB e OMS

4.4.3. Estratégias

1. Melhorar a literacia em saúde através da divulgação da problemática da Tuberculose (em lares, centros de dia, estabelecimentos de ensino, juntas de freguesia, bairros degradados, ...) utilizando os meios de comunicação social locais, colocação de cartazes e outras ações de educação para a saúde;
2. Sensibilizar os médicos para a notificação obrigatória de todos os casos de TB através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE);
3. Instituir quimioprofilaxia em crianças com idade \leq a 5 anos que tenham tido contacto com casos de tuberculose bacilífera;
4. Encaminhar para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) as crianças sem BCG à nascença cuja prova tuberculínica pré-vacinal apresente um resultado superior a 5 mm;
5. Fazer rastreio de TB em grupos vulneráveis (migrantes, sem abrigo, imunodeprimidos, toxicodependentes, reclusos, ...);
6. Melhorar a deteção de portadores de HIV e garantir a sua referenciação e seguimento hospitalar, através da realização de testes rápidos nas Unidades de Saúde Familiares/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do ACES e em contexto comunitário (Juntas de Freguesia, Observatórios da CMS, AJPAS...);
7. Criar uma Via Verde da TB, através de:
 - Implementação de protocolo de articulação com os serviços de radiologia privados de modo a que seja feita sempre notificação célere para o CDP, perante uma radiografia de tórax suspeita de TB;
 - Criação de um circuito de comunicação eficaz aos diferentes níveis de cuidados (Hospital, CDP, USP e Médico Assistente);

- Atribuição imediata de Médico de Família (MF) a todos os doentes com o diagnóstico de TB.
8. Alertar e sensibilizar os médicos para a necessidade de se investigar todos os quadros de tosse persistente com mais de duas semanas de evolução;
 9. Reforçar a formação dos médicos dos CSP sobre leitura de radiografia do tórax;
 10. Melhorar a acessibilidade geográfica aos CDP;
 11. Garantir o transporte gratuito para as consultas no CDP aos doentes carenciados com TB e respetivos familiares para rastreio de contactos;
 12. Melhorar a articulação entre a área clínica dos serviços prisionais e as diferentes estruturas regionais, de modo a otimizar o diagnóstico precoce na população reclusa, o tratamento eficaz, o rastreio de contactos em risco e a orientação para o tratamento ambulatorio após a libertação;
 13. Garantir que seja prescrito o regime de TOD aos doentes com tuberculose bacilífera, pelo menos nos dois primeiros meses de tratamento intensivo;
 14. Promover o regime de TOD em contexto domiciliário, através de protocolos com organizações da sociedade civil que trabalham na área da saúde;
 15. Sensibilizar os doentes e família para a importância da adesão ao tratamento;
 16. Garantir que os doentes com TB que estejam a fazer tratamento antirretroviral e/ou metadona façam as respetivas terapêuticas sob o regime de TOD, no mesmo local;
 17. Identificar as instituições que trabalham na comunidade e organizar uma rede de apoio social para os doentes mais vulneráveis.

4.5 Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil expressa o número de crianças de um determinado local que morre antes de completar um ano de vida por cada mil nascidas vivas. A taxa de mortalidade infantil é utilizada geralmente como indicador do nível de saúde de uma comunidade. É baseada no pressuposto de que é particularmente sensível a mudanças socioeconómicas e a intervenções em saúde.

No concelho de Sintra a taxa de mortalidade infantil é superior à regional e nacional (2010/2012)³¹:

| SINTRA | CONTINENTE |
|--------|------------|
| 4,4% | 2,9% |

Fonte: Pordata, 2013

Ainda segundo o INE, houve 56 óbitos em crianças com menos de um ano, entre 2010 e 2012 (em 2010, 2011 e 2012, respetivamente, 15, 21 e 20 óbitos).

Dado a relevância desta situação, considerou-se importante estudar as causas da mortalidade infantil no concelho de Sintra. Para isso foi constituído um grupo de trabalho com elementos do ACES Sintra, CMS, Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca e Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.

4.5.1. Necessidades de saúde e seus determinantes

Necessidades de saúde e seus determinantes para a mortalidade infantil

| NECESSIDADES DE SAÚDE | DETERMINANTES DE SAÚDE | |
|-----------------------------------|---|---|
| | DE RISCO | PROTETORES |
| Menor mortalidade infantil | <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares de alterações genéticas/cromossómicas - Co morbilidades associadas à gestação - Fatores sociais e económicos desfavoráveis - Exposição a poluentes ambientais - Más condições de habitabilidade - Baixa literacia em saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Vigilância médica pré-concepcional - Aconselhamento genético - Vigilância da saúde materna e fetal de acordo com o preconizado - Vigilância de saúde infantil segundo as recomendações da DGS - Acessibilidade a cuidados de saúde infantil - Proteção de crianças e jovens em risco |

³¹ Fonte: INE e Perfil de Saúde e seus determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo 2015.

4.5.2. Meta

Meta

META - Que até ao final de 2017 se apresente um estudo sobre as causas da mortalidade infantil no concelho de Sintra.

5. Estratégia de comunicação

A divulgação do PLS, enquanto documento estratégico e dinâmico, pressupõe a definição de estratégias de comunicação internas e externas.

A comunicação é uma ferramenta de divulgação e partilha de informação, de importância vital para a implementação e desenvolvimento do PLS. Tem como objetivo promover uma interação e um envolvimento entre os vários intervenientes.

Estratégias de comunicação do Plano Local de Saúde

| Objetivos | População alvo | Via de comunicação | Mensagem |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Divulgar o PLS 2014-2017 | Profissionais de Saúde do ACES Sintra | Reunião de Serviço na USP | O PLS é um documento estratégico e dinâmico Todos os profissionais de saúde, parceiros da comunidade e sociedade civil são convidados a participar e a envolver-se na implementação do PLS. |
| | | Reunião de Coordenadores do ACES | |
| | | Reuniões de divulgação nas Unidades Funcionais | |
| | | Publicação do documento escrito do PLS | |
| | | Intranet Site da CMS | |
| | | Apresentação pública do PLS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Envolver os profissionais de saúde, parceiros da comunidade e sociedade civil | Outros Profissionais de Saúde | Elementos dos Grupos de Trabalho criados no âmbito do PLS | |
| | | Apresentação pública do PLS | |
| | Parceiros da Comunidade | Apresentação pública do PLS | |
| | Sociedade Civil (Associações, Grupos Recreativos) | Rede Social: Conselho Local de Ação Social Comissões Sociais de Freguesia | |

6. Plano de monitorização e avaliação

6.1 Cronograma e Objetivos

Com a avaliação do PLS pretende-se essencialmente avaliar o grau de cumprimento das metas fixadas. Assim tendo em conta o horizonte temporal deste PLS (2014-2017) prevê-se uma avaliação final em janeiro-fevereiro de 2018 e propõe-se uma avaliação intercalar em janeiro – fevereiro de 2017, de acordo com os quadros que se seguem:

Doenças cérebro-cardiovasculares

Plano de avaliação para as doenças cérebro-cardiovasculares

| Indicador (BI em Anexo) | Valor conhecido antes do PLS | Meta 2017 | Avaliação Intercalar Jan-Fev 2017 | Avaliação Final Jan-Fev 2018 | Resultado da Avaliação Final (MA/MNA)* |
|--|------------------------------|-----------|-----------------------------------|------------------------------|--|
| Proporção de hipertensos com determinação do risco cardiovascular nos últimos 3 anos | 18,40% (2014) | 25% | | | |
| Proporção de hipertensos com GRT | 7,79% (2014) | 25% | | | |
| Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos com PA < 150/90 mm Hg | 37,86% (2014) | 50% | | | |

(MA/MNA)*- (Meta atingida/Meta não Atingida)

Diabetes mellitus

Plano de avaliação para a diabetes mellitus

| Indicador (BI em Anexo) | Valor conhecido antes do PLS | Meta 2017 | Avaliação Intercalar Jan-Fev 2017 | Avaliação Final Jan-Fev 2018 | Resultado da Avaliação Final (MA/MNA)* |
|--|------------------------------|-----------|-----------------------------------|------------------------------|--|
| Proporção de utentes com DM com consulta de enfermagem de vigilância em Diabetes, no último ano | 54,76% (2014) | 60% | | | |
| Proporção de utentes com DM com pelo menos uma referenciação ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano | 32,68% (2014) | 35% | | | |
| Proporção de utentes com DM com o último registo de HgbA1c ≤ 8,0% no último ano | 44,33% (2014) | 45% | | | |
| Proporção de diabetes tipo 2 (DM2) em terapêutica com insulina | 3,24% (2014) | 4,5% | | | |

Perturbações depressivas

Plano de avaliação para as perturbações depressivas

| Indicador (BI em Anexo) | Valor conhecido antes do PLS | Meta 2017 | Avaliação Intercalar Jan-Fev 2017 | Avaliação Final Jan-Fev 2018 | Resultado da Avaliação Final (MA/MNA)* |
|--|-------------------------------------|------------------|--|-------------------------------------|---|
| Proporção de UF do ACES Sintra que utilizem plenamente os sistemas de informação definidos pela Administração Central do Sistema da Saúde (ACSS), com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC2 e referenciem através do Consulta a Tempo e Hora (CTH) | 73,9% (2014) | 100% | | | |
| Número de projetos implementados dirigidos a grupos alvo com planos de formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão | Desconhecido | 2 | | | |
| Número de protocolos de articulação e coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando formação, referenciação e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico, aprovados | Desconhecido | 2 | | | |
| Óbitos por suicídio no ano civil no concelho | 1,10 % (2012) | < 1,10% | | | |

Tuberculose

Plano de avaliação para a tuberculose

| Indicador (BI em Anexo) | Valor conhecido antes do PLS | Meta 2017 | Avaliação Intercalar Jan-Fev 2017 | Avaliação Final Jan-Fev 2018 | Resultado da Avaliação Final (MA/MNA)* |
|---|------------------------------|----------------|-----------------------------------|------------------------------|--|
| Taxa de incidência da TB | 26,5/100 000 hab (2013) | <22/100 000hab | | | |
| Tempo de demora desde o início de sintomas até ao diagnóstico | 86 dias (2014) | <70 dias | | | |
| Taxa de sucesso terapêutico | 74,8% (2013) | 84% | | | |
| Proporção de doentes com TP bacilífera a fazerem TOD, pelo menos nos dois primeiros meses de tratamento | 48% (2013) | 60% | | | |

Para além dos dois momentos de avaliação acima referidos é desejável uma monitorização periódica igualmente em dois momentos (junho-julho de 2016 e junho-julho de 2017) com o objetivo de monitorizar a execução das estratégias definidas e com isto contribuir para a avaliação do processo de construção do PLS, bem como do grau de participação de todas as partes interessadas.

6.2 Método

Para a avaliação das metas a equipa do OLS recorrerá às fontes de dados previamente utilizadas no processo de fixação das metas, nomeadamente o SIARS.

Para a monitorização das estratégias a equipa do OLS solicitará informação a:

- Grupo Coordenador do PLS para a identificação das medidas adotadas que promovem a execução das estratégias aprovadas;

- Grupos de Trabalho para monitorização da efetividade das medidas adotadas que promovem as estratégias aprovadas;
- Sociedade Civil para a identificação de atividades/projetos/programas em execução no âmbito do PLS.

6.3 Comunicação

No final de cada período de monitorização e de avaliação será elaborado um relatório a ser divulgado por todas as partes envolvidas (Grupo Coordenador, Comissão de Acompanhamento, Grupos de Trabalho e Sociedade Civil).

7. Nota Final

A construção do Plano Local de Saúde representou uma oportunidade para os cidadãos sintrenses (através dos seus representantes, como sejam a autarquia e as diversas organizações sociais) e para os prestadores de cuidados de saúde reunirem consensos, quanto à identificação das principais necessidades de saúde da população e definição de estratégias orientadas para efetivos ganhos em saúde.

Ao longo deste processo de construção foram notórios os condicionamentos relativos à obtenção de dados estatísticos para o concelho de Sintra. Desta forma, optou-se por escolher os indicadores de saúde que se encontravam disponíveis através da ACSS/SIARS.

O presente documento pretende, constituir-se como instrumento de apoio à decisão política e técnica, capaz de sustentar as opções dos vários parceiros, no pressuposto da corresponsabilização e da participação dos cidadãos.

Espera-se assim, que a implementação deste plano possa contribuir para o planeamento de programas, projetos e/ou atividades, numa lógica de promoção da capacitação, mobilização dos recursos comunitários e compromisso para a mudança dos grupos populacionais envolvidos.

Será recomendável que para garantir o sucesso deste plano, se possa construir um compromisso multilateral entre os vários níveis de responsabilidade, apoiado nas estratégias selecionadas, assegurando a sua utilização no planeamento operativo.

Anexos

| INDICADOR | DESCRIÇÃO | FONTE |
|--|---|-------------|
| Proporção de hipertensos com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos | <u>Numerador:</u> Contagem de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes) e com pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular nos últimos 36 meses. <u>Denominador:</u> Contagem de utentes com hipertensão arterial. | SIARS |
| Proporção de hipertensos com registo de GRT | <u>Numerador:</u> Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens). <u>Denominador:</u> Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial. | SIARS |
| Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos com PA < 150/90 mm Hg. | <u>Numerador:</u> Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg nos últimos 6 meses. <u>Denominador:</u> Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos. | SIARS |
| Proporção de utentes com Diabetes mellitus (DM) com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes, no último ano | <u>Numerador:</u> Contagem de utentes inscritos com diabetes com consulta de vigilância de enfermagem. <u>Denominador:</u> Contagem de utentes inscritos com diabetes. | SIARS |
| Proporção de utentes com DM com pelo menos uma referência ou pelo menos um registo de realização de exame à retina no último ano | <u>Numerador:</u> Contagem de utentes inscritos com diabetes com pelo menos uma referência para oftalmologia ou pelo menos um resultado de exame à retina no último ano. <u>Denominador:</u> Contagem de utentes inscritos com diabetes. | SIARS |
| Proporção de utentes com DM com o último registo de HgbA1c ≤ 8,0% | <u>Numerador:</u> Contagem de utentes inscritos com diabetes com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%. <u>Denominador:</u> Contagem de utentes inscritos com diabetes. | SIARS |
| Proporção de utentes com diabetes tipo 2 (DM2) em terapêutica com insulina | <u>Numerador:</u> Contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2 e com prescrição de insulina nos últimos 12 meses. <u>Denominador:</u> Soma da contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2 e prescrição de insulina e da contagem de utentes com diabetes tipo 2, sem prescrição de insulina e HgbA1c superior a 9%. | SIARS |
| Proporção de UF do ACES Sintra que utilizem plenamente os sistemas de informação definidos pela Administração Central do Sistema da Saúde (ACSS), com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC2 e referenciem através do Consulta a Tempo e Hora (CTH) | <u>Numerador:</u> Número de unidades funcionais que utilizam plenamente os sistemas de informação definidos pela ACSS, com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC-2 e referenciam através do CTH. <u>Denominador:</u> Número de unidades funcionais | ACES Sintra |
| Número de projetos implementados dirigidos a grupos alvo com planos de formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão | 2 projetos | |

| INDICADOR | DESCRIÇÃO | FONTE |
|--|---|---|
| Número de projetos implementados dirigidos a grupos alvo com planos de formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão | 2 projetos | |
| Número de protocolos de articulação e coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando formação, referência e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico, aprovados | 2 projetos | |
| Óbitos por suicídio no ano civil no concelho | <u>Numerador:</u> Número de óbitos por suicídio na área <u>Denominador:</u> Número total de óbitos na área | PORDATA |
| Taxa de Incidência de Tuberculose | <u>Numerador:</u> Número de novos casos de tuberculose no ano <u>Denominador:</u> Total da população residente | Relatórios Portugal Infeção VIH/SIDA e Tuberculose em números 2013 e 2014; SVIG-TB |
| Tempo de demora desde o início de sintomas e o diagnóstico | Número médio de dias entre o início dos sintomas e o diagnóstico | Relatório Portugal Infeção VIH/SIDA e Tuberculose em números 2014; USP ACES Sintra |
| Taxa de sucesso terapêutico | <u>Numerador:</u> Número de casos de TB que terminaram tratamento com sucesso <u>Denominador:</u> Número de casos de TB confirmados com exame cultural | Relatórios Portugal Infeção VIH/SIDA e Tuberculose em números 2013 e 2014; SVIG-TB |
| Proporção de doentes com TP bacilífera a fazerem TOD, pelo menos nos dois primeiros meses de tratamento | <u>Numerador:</u> Número de doentes com TP bacilífera a fazerem TOD, pelo menos nos dois primeiros meses de tratamento <u>Denominador:</u> Número de doentes com TP bacilífera | SVIG-TB |
| Apresentação de um estudo sobre as causas da mortalidade infantil no concelho de Sintra | 1 estudo | |

Bibliografia

- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE SINTRA. ACES Sintra – **Plano de atividades do Conselho Clínico e de Saúde 2013-2015**. Abril 2013.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE - **Planos Locais de Saúde: Termos de Referência para a sua construção (parte I)** [Em linha]. Portugal: Departamento de Saúde Pública da ARS do Norte [consultado em 10/01/2014]. Disponível em WWW: <URL: <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 - **Planos Locais de Saúde: Termos de Referência para a sua construção (parte II)** [Em linha]. Portugal: Departamento de Saúde Pública da ARS do Norte [consultado em 10/01/2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Not%C3%ADcias/Planos%20Locais%20de%20Sa%C3%BAde>>.
- ARAÚJO, Luis César – **ORGANIZAÇÃO, SISTEMAS E MÉTODOS E AS TECNOLOGIAS DE GESTÃO ORGANIZACIONAL: Arquitetura Organizacional, Benchmarking, Empowerment, Gestão pela Qualidade Total, Reengenharia**. 5ª Edição. São Paulo: Atlas, 2001. ISBN: 9788522463756. Vol. I.
- AZEVEDO, Carlos M.; Azevedo, Ana G. – **Metodologia Científica: Contributo Práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. 8ª Edição. Porto: C. Azevedo, 2006.
- CALDEIRA, Daniel; VAZ-CARNEIRO, António; COSTA, João – **Qual é o impacto da redução da ingestão de sal na pressão arterial? Análise da revisão sistemática Cochrane “Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure**. He FJ, Li, Macgregor GA. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Apr 30; 4: CD004937. [Em linha]. Porto: Artigo cedido pela revista científica da Ordem dos Médicos, Setembro/outubro de 2013. Disponível em WWW: <URL <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/4943/3764>>.

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Norma I nº 005/2013 de 19/03/2013 atualizada em 21/01/2015 – **Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)**. [Em linha]. Portugal: Departamento da Qualidade na Saúde. [consultado em 22/01/2015]. Disponível em WWW: <URL <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052013-de-19032013.aspx>>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Norma nº 006/2011 de 27/01/2011 – **Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética**. [Em linha]. Portugal: Departamento da Qualidade na Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. [consultado em 08/01/2015]. Disponível em WWW: <URL <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062011-de-27012011.aspx>>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Norma nº 033/2011 de 30/09/2011 atualizada em 06/12/2012 - **Prescrição e determinação da Hemoglobina Glicada A1c**. [Em linha]. Portugal: Departamento da Qualidade na Saúde. [consultado em 08/01/2015]. Disponível em WWW: <URL <http://www.dgs.pt/?cr=21206>>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Programa Global de Controlo da Tuberculose – **Tratamento da tuberculose – Linhas orientadoras para Programas Nacionais**. [Em linha]. Lisboa, 2006. Disponível em WWW: <URL <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tratamento-da-tuberculose--linhas-orientadoras.aspx>>.
- EVANGELISTA, Rocha (et al.) – **Relatório Prevenção em Destaque – Portugal**. [Em linha]. Lisboa: Artigo cedido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia - revista Factores de Risco nº 36, abril-junho de 2015, pág. 8-21. Disponível em WWW: <URL <http://www.spc.pt/spc/>>.
- EVANGELISTA, Rocha; NOGUEIRA, Paulo – **As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: uma perspetiva epidemiológica**. [Em linha]. Lisboa: Artigo cedido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia - revista Factores de Risco nº 36, abril-junho de 2015, pág. 35-44. Disponível em WWW: <URL <http://www.spc.pt/spc/>>.
- FONTES, Tânia (et al.) – **O valor nutricional de refeições escolares**. [Em linha]. Lisboa: Boletim Epidemiológico do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, vol. 4, 2015. [consultado em 12/01/2015]. Disponível em WWW: <URL http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3013/3/observacoesNEspecia5-2015_artigo7.pdf>.

- Fundação Manuel dos Santos, Pordata. – **Base de Dados Portugal Contemporâneo.** [Em linha] Disponível em WWW: <URL: <http://www.pordata.pt/Municipios/>>.
- GARCIA, Cláudia. – **Manual de formação – Planeamento estratégico e gestão por objetivos.** Lisboa: Competir – Formação Serviços S.A. – Programa Operacional do Potencial Humano, Abril de 2014.
- GUSMÃO, Ricardo (et al.) – **Optimised Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe.** Portugal, CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Departamento de Saúde Mental, 2009.
- GUSMÃO, RICARDO M. (et al.) – **O peso das perturbações depressivas – Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal.** [Em linha]. Lisboa: Artigo de Revisão cedido pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Universidade de Psiquiatria e Saúde Mental – Ata Médica Portuguesa nº 18, 2005, pág. 129-146. Disponível em WWW: <URL <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1012/680>>.
- HEGERL, Ulrich (et al.) – **Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach.** [Em linha]. BMC Public Health, 2009. Disponível em WWW: <URL <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/428>>.
- IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, M. Rosário – **Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.** 3ª Edição revista e atualizada. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.
- MACEDO, Mário Espiga; FERREIRA, Rui Cruz – **A Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal: contributo para o conhecimento epidemiológico da população em 2013.** Artigo cedido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia - revista Fatores de Risco nº 36, abril-junho de 2015, pág. 47-56. Disponível em WWW: <URL <http://www.spc.pt/spc/>>.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Saúde Síndrome de Negação - Relatório de Primavera 2014** [Em linha]. Portugal, 2014. [consultado em 01/07/2015]. Disponível em WWW:<URL https://www.ensp.unl.pt/ensp/paginas_noticias/relatorioprimavera2014.pdf>.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Relatório Mundial da Saúde – O peso as perturbações mentais e comportamentais**. [Em linha]. Disponível em WWW: <URL http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_po.pdf >.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **The stop TB Strategy – Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals**. [Em linha]. 2006. Disponível em WWW: <URL http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69241/1/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf >.
- PINTO, Fausto – **Prevenção cardiovascular: uma prioridade do século XXI**. [Em linha]. Lisboa: Artigo cedido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia - revista Fatores de Risco nº 36, abril-junho de 2015, pág. 23-24. Disponível em WWW: <URL <http://www.spc.pt/spc/>>.
- PORTARIA nº 95/2013. D.R. I Série. 44 (2013-03-04). 1185 – 1191 – **Aprova o regulamento de Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão de Acesso à 1ª consulta de especialidade hospitalar nas Instituições do SNS**, e revoga a portaria nº 615/2008 de 11 de julho.
- Portugal. Direção Geral Saúde. Norma da Direção – Geral da Saúde nº 010/2003 de 31 de maio de 2013 - **Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013**. [Em linha]. Lisboa: Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil, 2013. Disponível em WWW: <URL <http://www.dgs.pt/?cr=24430> >.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Instituto Nacional de Estatística, I.P – **Risco de morrer 2012**. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2014. [consultado em 04/05/2015]. Disponível em WWW: <URL https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=216382393&PUBLICACOESmodo=2 >.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – **Portal do Instituto Nacional de Estatística**. [Em linha]. Disponível em WWW: <URL https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015**. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, julho de 2015. ISSN: 2183-5888.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: versão resumo**. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, dezembro de 2013. ISBN: 978-972-675-203-5.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Prioridades, orientações estratégicas. Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010: mais saúde para todos.** Lisboa: Direção – Geral da Saúde, Vol. II, 2004. ISBN: 972-675-110-1.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas.** Lisboa: Direção – Geral da Saúde, setembro de 2012.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - Orientações Programáticas.** Lisboa: Direção – Geral da Saúde, setembro de 2012.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. ACS/DGS – **Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016.** [Em linha] Lisboa: Alto Comissariado da Saúde/Direção – Geral da Saúde, 2012. [consultado em 25/11/2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, IP – **Ficha de Caracterização – ACES Sintra.** [consultado em 28/04/2015]. Disponível em WWW: <URL <http://www.acss.min-saude.pt/> >.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P - **Perfil de Saúde e Seus Determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo.** 1ª Edição. Lisboa: ARSLVT,IP, 2015. Vol. I.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P - **Perfil de Saúde e Seus Determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo.** 1ª Edição. Lisboa: ARSLVT,IP, 2015. Vol. II.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde e Coordenação Nacional para a Saúde Mental - **Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 – Resumo Executivo.** Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento. Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde – **Relatório de Indicadores do ACES no período em análise – 2013-2014.** Sintra: ACES Sintra.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento. Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde – **Número de registo por ICPC à escolha – 2013-2014.** Sintra: ACES Sintra.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção – Geral da Saúde – **Programa Nacional para a Diabetes – Orientações Programáticas**. Lisboa: Direção de Serviços de Cuidados de Saúde, Programa Nacional de prevenção e controlo da diabetes, 2008. ISBN 978-972-675-180-9.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA – **Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2013**. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, outubro de 2013. ISSN: 2183-0754.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose – **Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014**. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, dezembro de 2014. ISSN: 2183-0754.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – **Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013**. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, setembro de 2013. ISSN: 2183-0681.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – **Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014**. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, Novembro de 2014. ISSN: 2183-0681.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Programa Nacional para a Saúde Mental - **Portugal – Saúde Mental em números – 2013**. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, setembro de 2013. ISSN: 2183-0665.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Programa Nacional para a Saúde Mental - **Portugal: Saúde Mental em números – 2014**. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, novembro 2014. ISSN: 2183-0665.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. **Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009 – 2011)**. [Em linha]. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, versão 2, dezembro de 2014. [consultado em 12/01/2015]. Disponível em WWW: <URL [https://www.google.pt/#q=Estudo+comparativo+do+n%C3%BAmero+de+%C3%B3bitos+e+causas+de+morte+da+mortalidade+infantil+e+suas+componentes+\(2009+%E2%80%93+2011\)>](https://www.google.pt/#q=Estudo+comparativo+do+n%C3%BAmero+de+%C3%B3bitos+e+causas+de+morte+da+mortalidade+infantil+e+suas+componentes+(2009+%E2%80%93+2011)>)>.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental – **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017**. Lisboa: Direção – Geral da Saúde, março 2014.
- SERRANO, Pedro – **Redação e Apresentação de Trabalhos Científicos**. 2ª Edição. Lisboa: Relógio D'Água Editores, outubro de 2004.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA – **Diabetes: Factos e Números 2012 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes**. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda., fevereiro de 2013. ISBN: 978-989-96663-1-3.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA – **Diabetes: Factos e Números 2014 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes**. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda., novembro de 2014. ISBN: 978-989-96663-2-0.
- UNIDADE de SAÚDE PÚBLICA DO ACES SINTRA. Observatório Local de Saúde – **Perfil Local de Saúde – ACES Sintra**. Dezembro 2013.
- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO ACES SINTRA. Observatório Local de Saúde – **Perfil Local de Saúde – Infecção VIH/SIDA no Concelho de Sintra – breve abordagem na Europa e Portugal 2005-2012**. ACES Sintra. Abril 2014.
- UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA – **Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º relatório**. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, 2015. ISBN:978-989-985 76-0-5.
- VILLAR, Miguel; GINGEIRA, Ofélia – **Relatório do Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova 2013**.
- VILLAR, Miguel; GINGEIRA, Ofélia – **Relatório do Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova 2014**.