

ACES Alentejo Central 2017

# Planos Locais de Saúde

*Estratégia da Saúde*



# Índice

- 03 Resumo
- 04 Enquadramento
- 07 Perfil e necessidades de saúde
- 16 Dos problemas para a ação sobre os determinantes
- 17 Nota metodológica
- 18 Bibliografia
- 19 Ficha técnica

“ Alentejo, Alentejo,  
Vastidão de Portugal  
Futuro, continental!  
Terra lavrada, que vejo  
A ser mar mas sem ter sal.

*Miguel Torga in Diário III, Coimbra,  
(1946)*



PLS  
Alentejo Central



# Resumo

O território do Alentejo Central (NUTS III) apresenta uma população envelhecida e com esperança média de vida cada vez mais longa. Em relação ao país tem bons indicadores nos determinantes sociais de doença, embora os grupos populacionais mais vulneráveis apresentem ainda níveis médios de proteção social inferiores aos verificados no país. Assim, **1 em cada 10 indivíduos está em risco de privação económica e social**, com os impactos negativos no capital de saúde que são conhecidos.

Nos determinantes de saúde identificamos a **necessidade de intervenção no excesso de peso e obesidade na população adulta e infantil**, em relação aos baixos níveis de atividade física e no consumo de tabaco recomendamos um reforço no investimento na prevenção primária e secundária, nomeadamente intervenção na promoção da literacia para a saúde, programas de atividade física com altos níveis de acesso e consultas descentralizadas e especializadas em obesidade e cessação tabágica.

Recomendamos **o reforço do acesso aos rastreios de neoplasias** (Mama, Colo do Útero e particularmente Cólon e Reto), que se mantém muito reduzido no Alentejo Central; só desse modo será possível diminuir o número de anos de vida perdidos por cancro sensíveis ao rastreio. Importa, também, estudar as causas da baixa adesão aos rastreios e implementar medidas de correção dos seus fatores determinantes.

**A saúde mental deve ser uma área de intervenção prioritária**, pela expressão que tem na carga de doença e na mortalidade. É recomendável a implementação de medidas transversais para mitigar o isolamento social, formar os profissionais de saúde para o reconhecimento precoce de situações de risco e aumentar a oferta de serviços nesta área.

**A gestão dos percursos do cidadão no SNS deve ser melhorada**, contribuindo para um uso mais eficiente dos recursos.

Recomendamos que sejam estudadas as causas da aparente sobreutilização de recursos de saúde e que se implementem ações que promovam a integração de cuidados entre o meio hospitalar, cuidados de saúde primários e cuidados continuados.

Recomendamos que **a implementação de medidas tenha um horizonte de médio prazo** coincidente com os objetivos de desenvolvimento sustentável (2030). A implementação deve ter em conta a orgânica dos municípios e valorizar a inclusão de parceiros fora do setor da saúde.



# 1. Enquadramento

O cidadão é responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover, no respeito pelo bem comum e em proveito dos seus interesses e reconhecida liberdade de escolha através de ações individuais e/ou associando-se a instituições.

*in Lei de Bases da Saúde, 1990*

---

Sabe-se que a doença destrói potencial, causa desesperança e gasta recursos. Sabe-se também que a saúde e o bem-estar são fatores do desenvolvimento humano, social e económico essenciais para o futuro das comunidades. É neste momento evidente que a possibilidade de qualquer cidadão ter uma vida saudável está dependente de boas condições de vida na infância, do acesso à educação, ao trabalho e à habitação, e de recursos económicos que permitam estas condições ao longo da vida.

Neste sentido, a sociedade no século XXI tem vindo a dar mais relevância a conceitos que englobam a saúde como uma responsabilidade de todo o governo e de toda a sociedade (*whole-of-government, whole of society*) (1). Há um movimento global no sentido da comunidade organizada ter uma ação mais ativa na promoção da sua saúde e bem-estar (2).

Faz, pois, todo o sentido a proposta apresentada pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 de maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, a integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.

De facto, a promoção da saúde e do bem-estar só faz sentido numa lógica intersectorial, desde o poder nacional ao local, envolvendo todas as organizações e cidadãos. Só desse modo se consegue agir sobre a globalidade dos determinantes de saúde e bem-estar, reconhecendo que a ação isolada do setor da saúde na prestação de cuidados determina apenas 20% da saúde dos cidadãos (3) (4).

Os Planos Locais de Saúde (PLS) nasceram na primeira década do século XXI com o objetivo de reforçar a articulação entre os setores e as instituições para a promoção da saúde e bem-estar de uma comunidade, promovendo o alinhamento das estratégias, partilhando recursos existentes ou mobilizando novos (5). A evolução dos Planos Locais de Saúde foi reflexo natural da estratégia 2020 do Plano Nacional de Saúde: a Cidadania em Saúde, a Equidade e o Acesso aos Cuidados de Saúde, a Qualidade em Saúde e as Políticas Saudáveis (6).

De igual modo, os objetivos de desenvolvimento sustentável da agenda 2030 devem ser um referencial em termos de objetivos e estratégias, reforçando o papel dos determinantes de saúde e a preocupação com a resiliência e sustentabilidade das comunidades (7).

# 1. Enquadramento

Considerando que as estratégias com mais sucesso em saúde são as mais participadas, em que estão envolvidas as principais forças motoras da comunidade e em que se encontram abertos mecanismos de audição dos cidadãos nas várias fases do seu desenvolvimento, é aceite que um Plano Local de Saúde constitui um instrumento estratégico para o conhecimento e ação em saúde a nível local. Representa um compromisso de cada um e de todos, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde.

A dinamização do(s) Plano(s) Local(is) de Saúde do Alentejo Central deve seguir uma lógica orgânica que respeite a dinâmica local das instituições, ainda que o setor da saúde possa ter uma linha de ação e prioridades definidas a nível do Alentejo Central. Esta construção conjunta do PLS divide-se em 4 etapas fundamentais (8), a seguir descritas:

## 1. Ativação dos parceiros e da comunidade

Há a promoção de um diálogo com as instituições e com os cidadãos para explicar o que é um Plano Local de Saúde, convidando-os a participarem ativamente na sua dinamização.

## 2. Conhecer a comunidade

São analisados e divulgados os dados sobre saúde e bem-estar de uma determinada comunidade e feitas projeções do estado de saúde da população no futuro. São evidenciadas as necessidades em saúde e bem-estar não colmatadas.

## 3. Prioridades, objetivos e metas

Há um diálogo organizado com as instituições e cidadãos para eleger as prioridades de ação para os próximos anos, tendo em conta as necessidades sentidas segundo uma lógica de atuação nos determinantes de saúde. Segue-se uma nova ronda de interação com as instituições, onde se pede o compromisso de respeitarem as prioridades e de as fazerem refletir nos seus planos de ação.

## 4. Implementação e avaliação

Em instituições aderentes, que traduzem as prioridades em ações concretas e planos, os objetivos são regularmente monitorizados e avaliados, de modo a corrigir no terreno as estratégias aplicadas.

**O Alentejo Central (NUTS III) coincide com a área geodemográfica do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES AC).**

**É um território com 14 municípios e 69 freguesias, com cerca de 170.000 habitantes em 7400 Km<sup>2</sup>.**

**Está organizado na Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central (CIMAC).**

---



## 2. Perfil e necessidades de Saúde

O perfil de saúde é público, constituindo um recurso de informação para a comunidade científica, os profissionais de saúde, de educação, ação social e outros, para a população em geral e todos quantos estão envolvidos na decisão e nas intervenções que visem a melhoria da qualidade de vida das comunidades.

*in Roteiro de Intervenção em Ordenamento do Território e Estratégias Locais de Saúde, PNS 2012-2016*

### 2.1 Demografia

No território do Alentejo Central, verifica-se um decréscimo continuado da população residente, que perdeu a capacidade de se auto-regenerar. A estrutura etária da população está acentuadamente envelhecida, com uma evolução crescente do rácio de dependência dos idosos.

A região do Alentejo e o Alentejo Central têm acompanhado a tendência nacional na esperança média de vida (EMV), apesar de esta ser ligeiramente inferior nas projeções feitas.

Em média, a população do Alentejo Central ganha a cada ano mais 3 meses de vida<sup>1</sup>, o que se traduz num ganho médio de 5 anos de vida desde 1996.

A pirâmide etária é típica dos países desenvolvidos, sendo que no Alentejo e Alentejo Central os índices de envelhecimento são superiores aos nacionais, refletindo-se já na pirâmide etária (Figura 1).

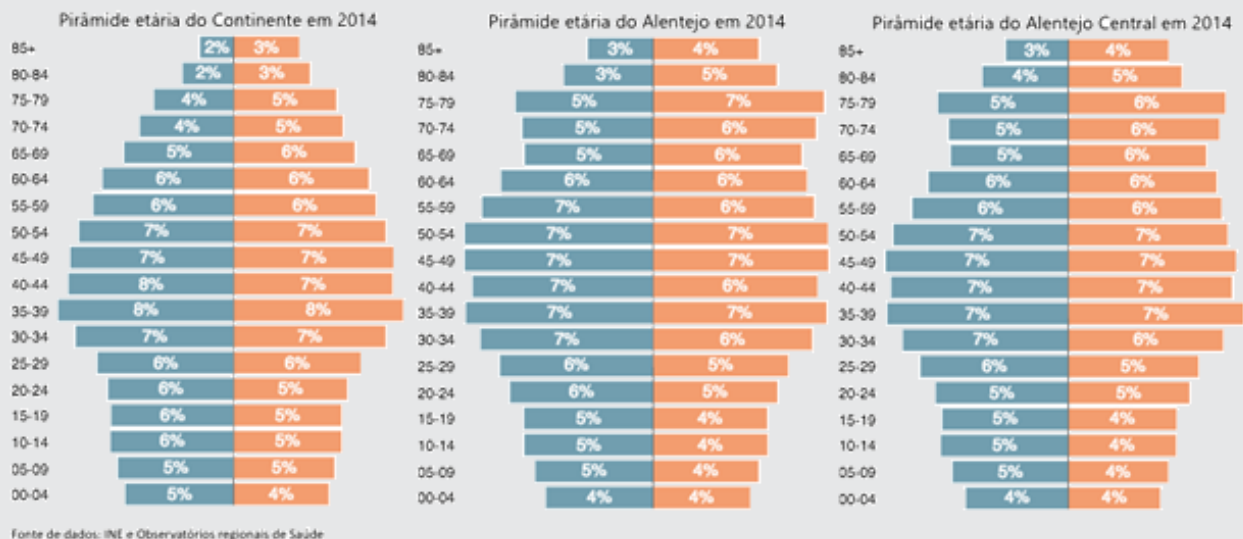


Figura 1. Pirâmides etárias em percentagem da população total. Homens (barras da esquerda), Mulheres (barras da direita) (Fonte: INE)

1. Análise da série temporal de 1996 a 2013 do Instituto Nacional de Estatística (INE), compiladas pelo Observatório Regional de Saúde. A tendência foi obtida pela regressão linear da esperança média de vida em função do ano.

## 2. Perfil e necessidades de Saúde

As mulheres continuam a ter uma esperança média de vida superior aos homens, no entanto a diferença tem vindo a atenuar-se (Figura 2).

Em Portugal, a média de filhos por mulher tem vindo a decrescer nos últimos anos, e o Alentejo Central acompanha esta evolução decrescente.

Outros indicadores demográficos sugerem, para os próximos 10 anos, uma tendência global de envelhecimento da população e um decréscimo moderado da população em 3%, a manterem-se as condições atuais<sup>2</sup>.

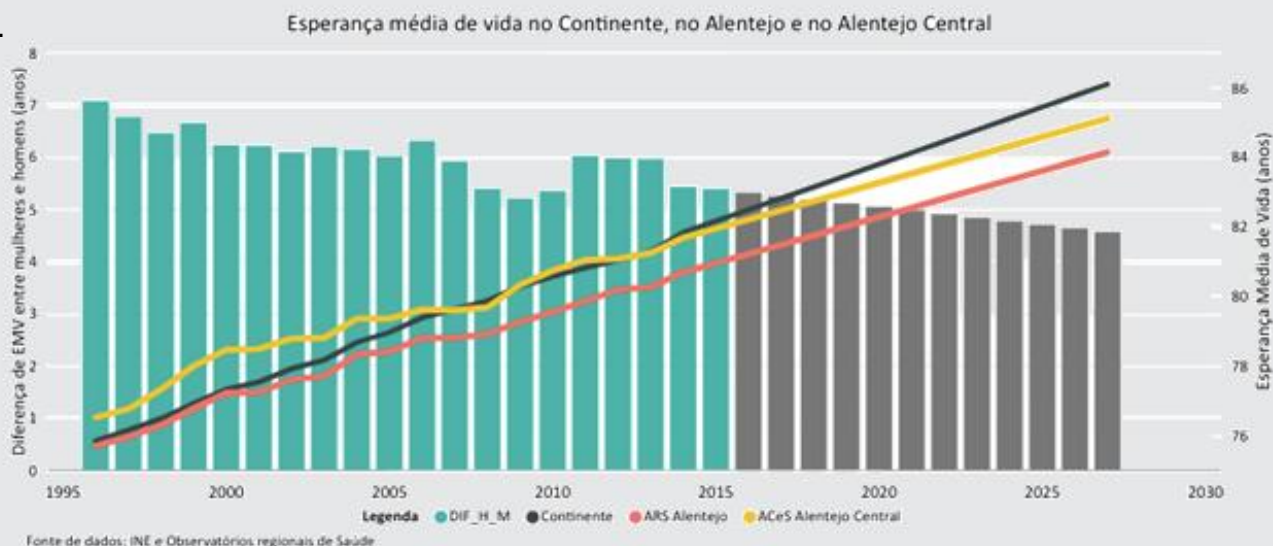


Figura 2. Esperança média de vida 1995-2030 e diferença da EMV entre mulheres e homens (Fonte: INE)

### Projeções de população residente no Alentejo 2012-2060

Indicadores demográficos	2060	2012	Varição %
População 0-14 anos	60 192	101 049	-40%
População 15-64 anos	280 905	468 668	-40%
População 65+	195 640	178 982	+10%
Índice de envelhecimento	325	177	
Índice de sustentabilidade potencial	144	262	

Fonte: INE ([link](#)) Índice de sustentabilidade potencial - quociente entre o número de pessoas com idade compreendida entre 15 e 64 anos e o número de pessoas com 65 anos ou mais (apresentado por cada 100 pessoas com 65 anos ou mais)

2. Análise da série temporal de 1996 a 2013 do Instituto Nacional de Estatística, compiladas pelo Observatório Regional de Saúde. A tendência foi obtida pela regressão linear da esperança média de vida em função do ano.



## 2. Perfil e necessidades de Saúde

A saúde em todas as políticas é uma estratégia explícita de abordagem intersectorial, baseada na evidência de que ações e políticas da iniciativa dos setores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde e na equidade.

*in Roteiro Políticas Saudáveis, PNS 2012-2016*

---

### 2.2 Social e económico

Ao longo das últimas décadas, o grau de escolarização da população do Alentejo Central tem vindo a aumentar, sendo ligeiramente superior ao do restante território do Alentejo. Contudo, os níveis de escolaridade da população são ligeiramente mais baixos do que no resto do país<sup>3</sup>. Apesar disso, o abandono escolar tem diminuído, sendo inferior ao do restante território nacional<sup>4</sup>, perspetivando-se que o aumento da escolarização continue.

O desemprego no Alentejo é transversal ao conjunto da população ativa, mas afeta mais significativamente as mulheres. No entanto, os maiores níveis de desemprego são aqueles que se verificam na população ativa jovem, entre os 15 e os 24 anos, e em particular naqueles que se encontram à procura do primeiro emprego. Já o desemprego de longa duração, no Alentejo, regista um valor baixo comparativamente às restantes regiões do país. São as atividades profissionais que requerem qualificações escolares ao nível do ensino básico que mais estão a absorver a população ativa desempregada.

O poder de compra da população do Alentejo Central é aproximadamente 9% inferior à média nacional<sup>5</sup>. O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem é sensivelmente 137€ inferior à média do Continente<sup>6</sup>.

Para além disso, caso se considere um uma diminuição do rendimento disponível semelhante ao nacional no Alentejo Central, torna-se evidente uma diminuição do rendimento disponível das famílias (*Desigualdade do Rendimento e Pobreza em Portugal, FFMS, 2016*), com possíveis impactos a longo prazo na saúde.

Em cada 100 residentes do Alentejo Central, 42 são pensionistas e 9 vivem em situação de maior vulnerabilidade económica e social. Isto é, aproximadamente, 1 em cada 10 residentes do Alentejo Central vive em situação de maior vulnerabilidade económica e social<sup>8</sup>. As situações de maior vulnerabilidade social têm fortes impactos no capital de saúde, em especial nas crianças (9) e idosos.

A promoção do envelhecimento saudável tem como uma das suas principais vertentes a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas. A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão diretamente relacionadas com a atividade social, o convívio, o sentir-se útil a familiares e à comunidade. O isolamento é, de facto, um importante determinante de saúde, nomeadamente da saúde mental (10). É preocupante a significativa expressão da solidão no Alentejo Central: 24% da população vive sozinha e 14% dos idosos não têm coabitantes<sup>8</sup>.

3. Baseado nos dados do INE de População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%)

4. Baseado nos dados do INE da Taxa de Abandono Escolar 5. Baseado nos dados do INE do Poder de Compra

6. Baseado nos dados do INE do Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem 7. Cálculos feitos pelos autores com base em dados da Pordata e do INE 8. Baseado em dados do INE da Proporção de famílias clássicas unipessoais

## 2. Perfil e necessidades de Saúde

**Acreditamos que a modificação dos determinantes do consumo alimentar exige o envolvimento dos diferentes setores da sociedade na procura de soluções para a melhoria do consumo e oferta alimentares.**

*In Alimentação Saudável em Números – 2015, DGS*

### 2.3 Estilos de Vida

Em 2014, 20% da população no Alentejo era fumadora<sup>9</sup>. Os fumadores são na sua maioria homens, sobretudo em idades mais elevadas. Há uma tendência ligeira de diminuição nos últimos anos, exceção feita para as mulheres, em que o número de fumadores tem aumentado. O número de ex-fumadores registou um aumento nos últimos 10 anos, sendo claramente superior nos homens relativamente às mulheres<sup>9</sup>.

A cultura gastronómica alentejana favorece o consumo de fruta e vegetais, verificando-se no Alentejo um consumo diário deste tipo de alimentos superior ao apurado na restante população portuguesa. No entanto, este traço cultural parece estar a desaparecer na população mais jovem<sup>9</sup>.

De acordo com o *Global Health Observatory* da Organização Mundial de Saúde de 2010, cerca de 63% da população portuguesa adulta pratica atividade física em níveis recomendados, sendo os homens mais ativos que as mulheres. Na população jovem a realidade é mais preocupante, sendo que apenas 13% dos jovens entre os 11 e 17 anos de idade atinge os níveis de actividade física recomendados.

O estudo nacional levado a cabo pelo Instituto Português do Desporto em 2011 aponta para que a população Portuguesa tenha uma atividade física diária inferior ao recomendado. É no Alentejo e Algarve que se verificam os valores mais baixos, com exceção dos rapazes de 10 e 11 anos de idade.

Níveis baixos de atividade física e uma alimentação que progressivamente se afasta dos padrões saudáveis poderão ser a razão pela qual no Alentejo 1 em cada 2 pessoas apresente excesso de peso ou obesidade. De assinalar uma mas elevada prevalência de excesso de peso homens e de obesidade nas mulheres<sup>10</sup>.

# 57%

Da população do Alentejo (NUTS II) com mais de 18 anos de idade tem excesso de peso ou obesidade, esse valor é 8% superior ao nacional (52,8%)<sup>10</sup>.

# 36%



Das crianças do 1º ciclo, no Alentejo (NUTS II), têm excesso de peso ou obesidade; aumentou 22% desde 2010 (29,5%)<sup>10</sup>.

9. Baseado em dados retirados do Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 e 2014, INE/INSA

10. Dados retirados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, INE/INSA. Os dados da população infantil foram retirados do COSI, de 2012.

## 2. Perfil e necessidades de Saúde

Saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal.

*Bircher, Towards a dynamic definition of health and disease, 2005*

---

### 2.4. Saúde

No Alentejo Central, 99% dos cidadãos têm um médico de família atribuído, um indicador positivo de acesso aos cuidados de saúde. Não é possível, no entanto, excluir a existência de barreiras de outra ordem no acesso aos cuidados, como, por exemplo, geográfica ou económica. O recurso ao serviço de urgência como porta de entrada no sistema de saúde pode indicar barreiras ao acesso mais subtis.

No que diz respeito a anos de vida perdidos, no Alentejo Central, verifica-se que é possível melhorar na área das neoplasias, nomeadamente nas neoplasias sensíveis ao efeito dos rastreios (mama, colo do útero e cólon e reto). A baixa percentagem de cidadãos que cumprem as recomendações nas áreas dos rastreios pode indicar a existência de constrangimentos na oferta ou no acesso a alguns rastreios (Figura 3).

Com o declínio da mortalidade infantil, o aumento da esperança média de vida e a exposição acrescida aos fatores determinantes e condicionantes de doenças crónicas, estas tornam-se cada vez mais frequentes, levando ao aumento do número de doentes crónicos e com múltiplas patologias (Figura 4).

A doença crónica tem vindo a tornar-se no primeiro padrão de morbilidade e inclusive de mortalidade, parecendo evidente que indivíduos com multimorbilidade tenham necessidades de saúde mais complexas e sejam responsáveis por uma alta percentagem da carga de trabalho associada aos cuidados de saúde (Figura 5 e 6).

Esta realidade obriga a que os serviços de saúde reflitam sobre a sua capacidade de sistematicamente avaliarem as necessidades em saúde destes cidadãos, assim como de assegurarem a continuidade de cuidados.

Tal como acontece a nível nacional, por só agora estar a iniciar a sua inclusão no “pacote de cuidados” no SNS, a saúde oral continua a ser uma área com necessidades de saúde não completamente supridas no Alentejo Central<sup>11</sup>.

Talvez como resultado do impacto da crise económica e social do país nos últimos anos, observa-se uma maior carga de doença ao nível da saúde mental, especialmente relacionada com o aumento da prevalência de depressão no Alentejo Central (9% em 2015 vs 11% em 2016)<sup>12</sup>. Este aumento poderá também estar relacionado com fenómenos de registo mais sistemático da doença.

Embora a taxa de suicídio no total da população do Alentejo tenha vindo a diminuir, o grupo etário com mais de 75 anos de idade, particularmente a população masculina (em que a taxa de suicídio é 4,76 vezes superior à das mulheres), contraria a diminuição observada na restante população<sup>13</sup>.

Os padrões das causas de morte são característicos dos países desenvolvidos, com preponderância da morte por doença crónica.

11. Dados retirados do INE com base no tempo decorrido desde a última consulta com dentista

12. Dados retirados do SIARS (ICPC2 P76)

13. Dados retirados do INE com base na taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes

# Saúde em números

Indicadores de prestação de cuidados	Inscritos	% com MF	MF 100k hab	Tx de utilização
Portugal	10.064.17	89,3%	54	65,8%
Alentejo (NUTS II)	502.685	93,0%	63	73,4%
Alentejo Central (NUTS III)	166.863	99,2%	62	77,2%

Fonte: ACSS e BI da reforma do SNS | MF Médico de família | 100k – 100.000 habitantes

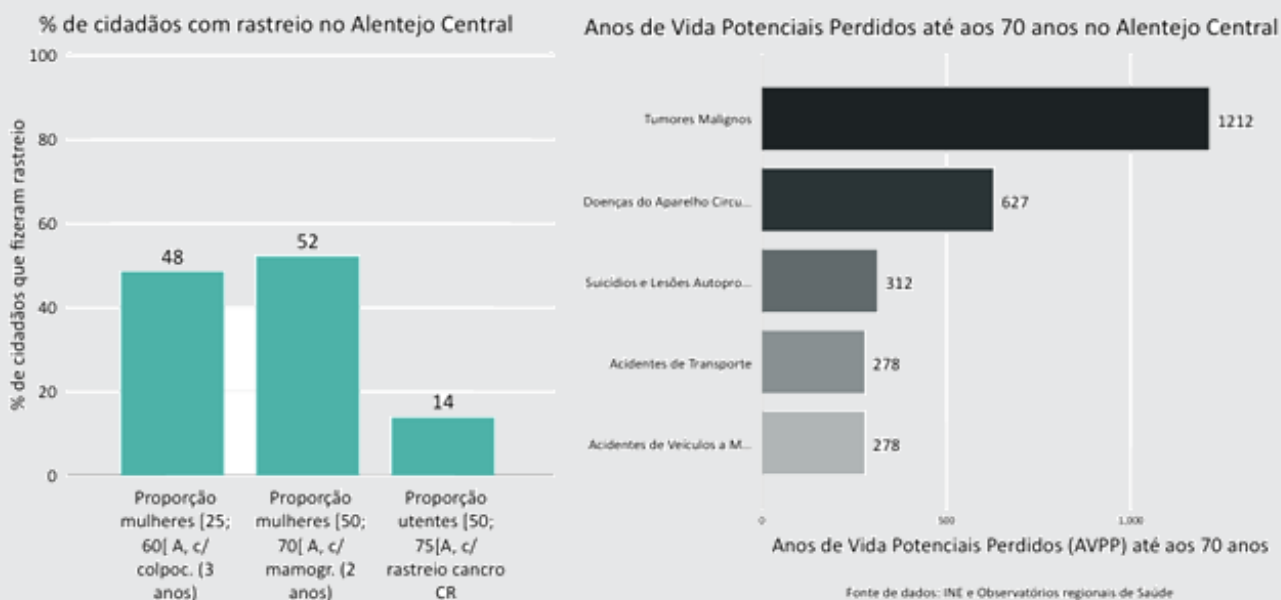


Figura 3. Rastreios de neoplasias no ACES Alentejo Central, em percentagem (esquerda), Anos de vida potenciais perdidos até aos 70 anos (direita).

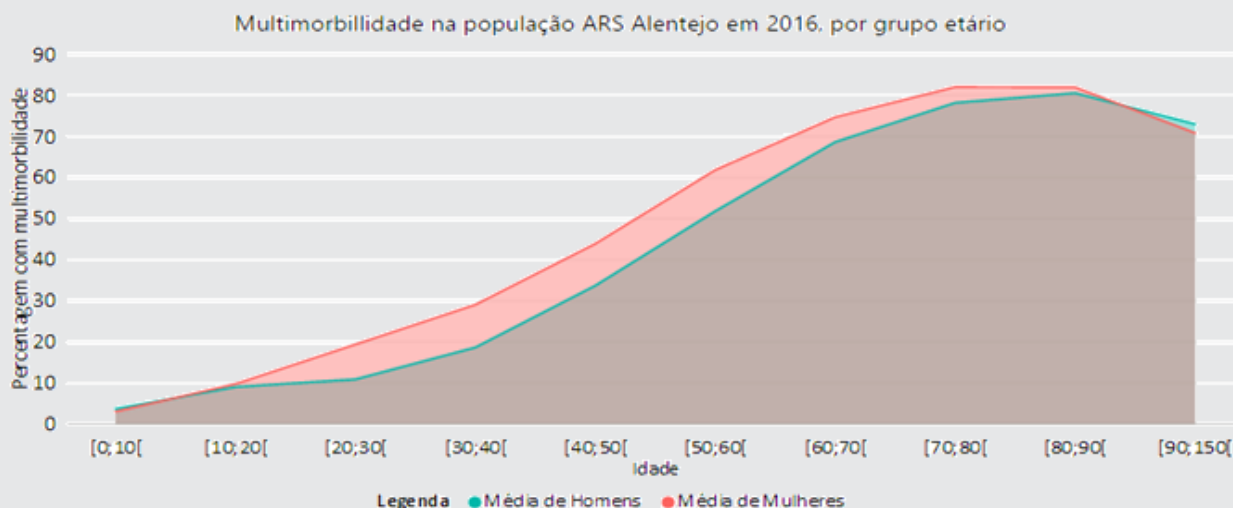


Figura 4. Multimorbilidade na população ARS Alentejo em 2016, por grupo etário e sexo. Fonte: Autores, retirado do SIM-SNS com base em 495.179 utentes do Alentejo. Lista de doenças crónicas baseada no trabalho de O'Halloran (2004) *Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2*



# Saúde em números

## 31%

Percentagem de episódios de urgência por utilizadores frequentes do Serviço de Urgência (+4 visitas ano) no Alentejo, em 2015. A região tem o valor mais alto do país.

Fonte: ACSS relatório de Acesso 2015

## 6,6%



Percentagem de episódios de urgência que geram internamento no Alentejo, o valor mais baixo do país (2015).

Fonte: ACSS relatório de Acesso 2015

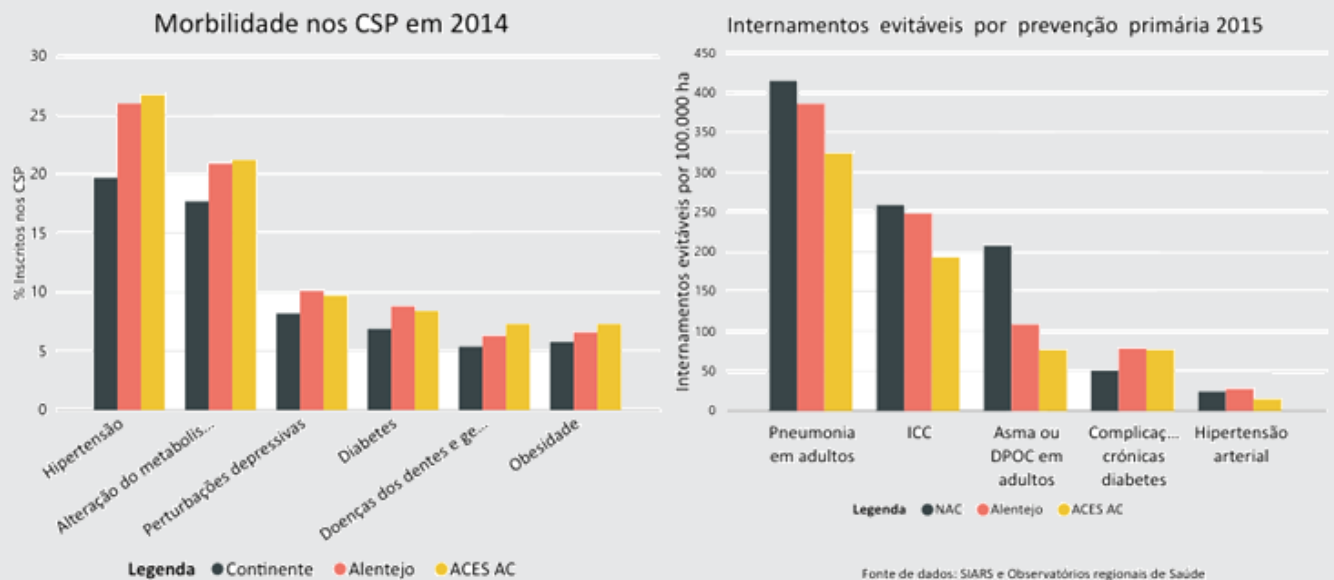


Figura 5. Morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), no SIARS em 2014 (esquerda), Internamentos evitáveis por prevenção primária em 2015, por 100.000 habitantes, em Portugal, Alentejo e no Alentejo Central (ACES AC) (direita)

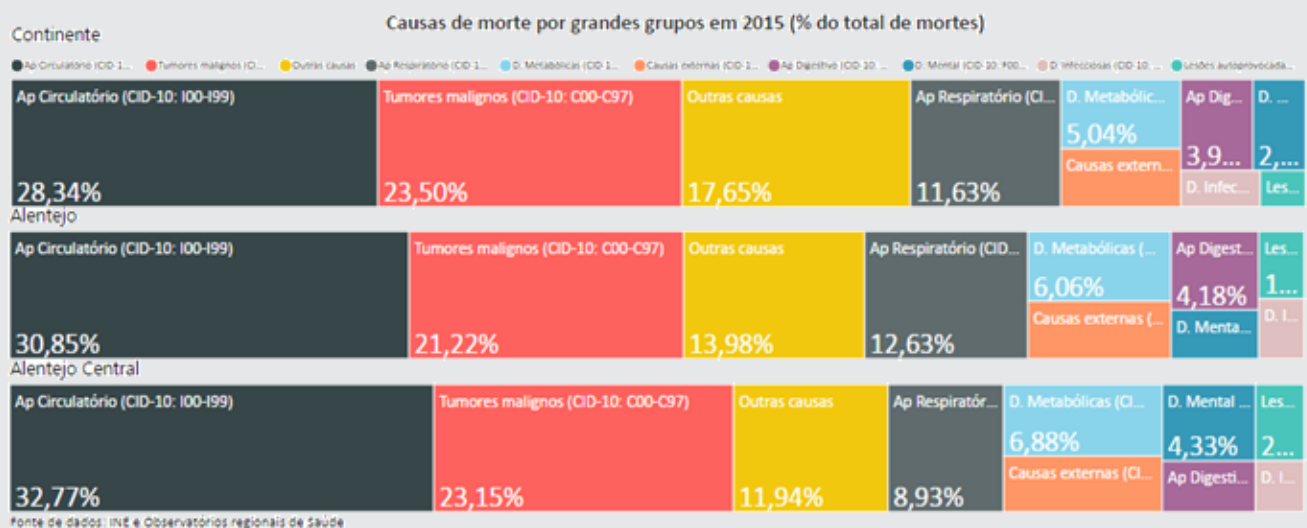


Figura 6. Causas de morte por grandes grupos em 2015, em percentagem do total de mortes, não ajustado para a idade, Fonte: INE

## 2. Perfil e necessidades de Saúde

**As alterações climáticas são reais. Está a acontecer agora, é a ameaça mais premente às espécies deste planeta e precisamos trabalhar coletivamente e deixar de procrastinar.**

*Leonardo DiCaprio, 2016*

---

### 2.5 Ambiente

O ambiente tem um enorme impacto na saúde (13) que tem vindo a ser cada vez mais valorizado pela comunidade e decisores políticos. O nível de segurança ambiental alcançado é notável; na gestão da qualidade da água e no sistema de resíduos, o Alentejo Central tem acompanhado a evolução do país. No entanto, há novos desafios relacionados com as alterações climáticas que podem colocar em causa alguns dos sucessos alcançados na área da saúde e bem-estar.

#### *Qualidade da água e gestão de resíduos*

No Alentejo Central, a segurança e qualidade da água da rede pública é excelente (Figura 8), e semelhante à qualidade da água do restante país<sup>14</sup>. No que diz respeito à produção de resíduos, cada habitante do Alentejo Central produz em média aproximadamente 500 Kg de resíduos urbanos por ano. A percentagem de resíduos urbanos que são encaminhados para reciclagem ronda apenas 10% dos resíduos produzidos<sup>15</sup>.

#### *Alterações climáticas*

Ao longo das últimas décadas registou-se um aumento da temperatura média, dos dias quentes e das ondas de calor em Évora<sup>16</sup>. Prevê-se que essa tendência se mantenha no futuro. A temperatura média no Alentejo Central poderá subir pelo menos 2,3°C nos próximos 20 anos e 6°C até 2100<sup>16,17</sup>. Esse facto tem um impacto direto na saúde das pessoas, condicionando um maior número de golpes de calor, desidratação e outros distúrbios metabólicos, que podem contribuir para um aumento da morbilidade e mortalidade, especialmente dos mais idosos (14).

A forma como se gerem, atualmente, os recursos hídricos, os resíduos e a agricultura poderá mudar devido às alterações do clima. No futuro, as intervenções relacionadas com o aumento da eficiência energética dos edifícios, a melhoria da climatização das habitações (15) e o reforço dos espaços verdes nas cidades (16) podem mitigar o efeito das alterações climáticas.

14. Indicador retirado do site da ERSAR Água segura: indicador de água controlada e de boa qualidade: ERSAR 2016 <http://www.ersar.pt/pt/consumidor/qualidade-da-agua>

15. Fonte de dados: INE, Agência Portuguesa do Ambiente, Ministério do Ambiente

16. Ver Infografia do Público <http://www.publico.pt/multimedia/infografia/80-anos-de-verao>

17. Projeções do Portal do Clima; cenário RCP 8,5; Modelo Global ICHEC-EC EARTH; Modelo Regional - CLMCom-CCLM 4-8-17 <http://portaldoclima.pt/pt/o-projeto/sumario/>

## 2. Perfil e necessidades de Saúde

As doenças transmitidas por vetores (mosquitos e carraças) também são influenciadas por fatores climáticos. Estas alterações podem favorecer a introdução de algumas doenças, como é o caso do Dengue, vírus do Nilo Ocidental e a Malária.

Portugal é apresentado como um dos países europeus com grande probabilidade de instalação de novos vetores transmissores de doenças (DTV), não só devido às condições meteorológicas como também devido às migrações humanas e ao tráfego comercial.

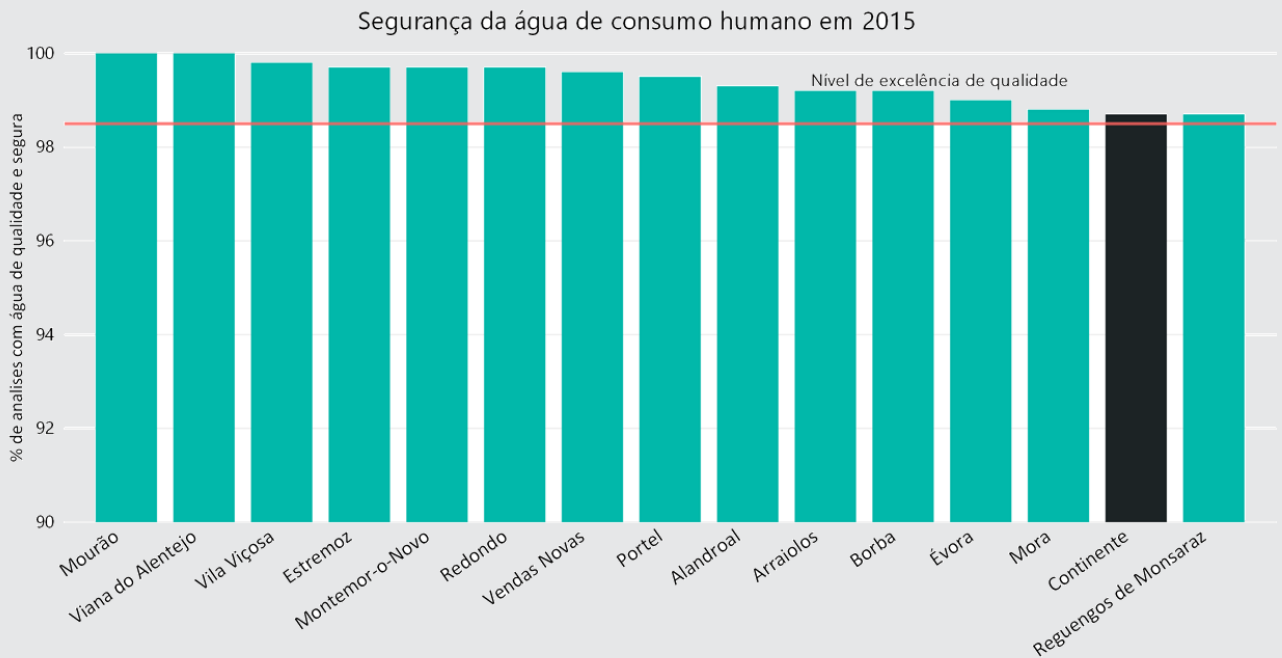
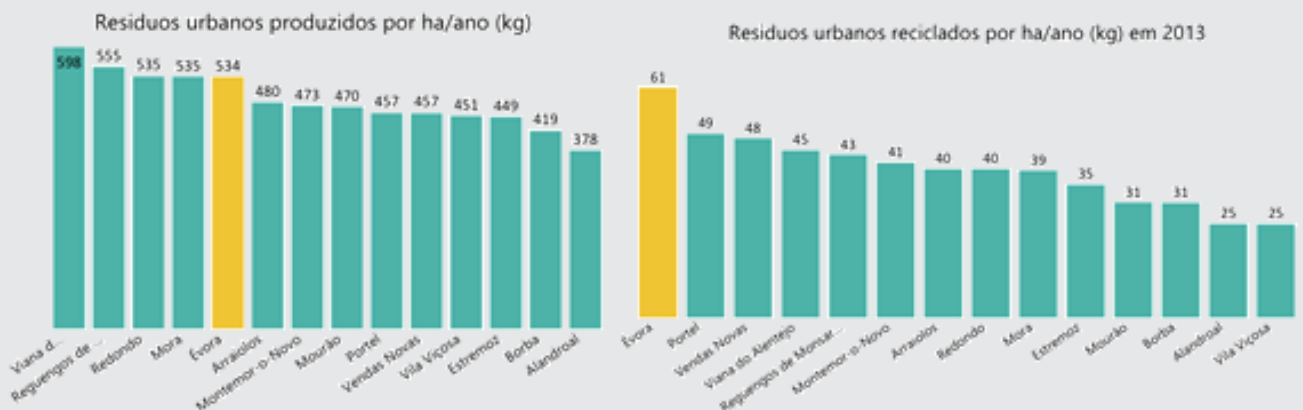


Figura 7. Segurança da água de consumo humano em 2015, por município do Alentejo Central



## 3. Dos problemas para a ação sobre os determinantes

Com o envolvimento da sociedade civil, das comunidades e dos cidadãos, através das abordagens “Toda a sociedade” e “Todo o governo” pode-se reforçar a resiliência das comunidades às ameaças à sua saúde, à sua segurança e bem-estar.

*in WHO Europe, Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century, 2013*

Mais importante do que a identificação dos problemas de saúde e bem-estar da comunidade é a capacidade de identificar os seus determinantes e de agir sobre eles para os modificar. Os sistemas de informação disponíveis são muito orientados para a produção de informação baseada em eventos e doenças, e não em determinantes de saúde e bem-estar. Apesar desta limitação, o conhecimento sobre os determinantes de saúde mais importantes e a sua relação com problemas de saúde concretos é já extenso.

Da análise dos problemas de saúde do Alentejo Central é possível identificar que **os níveis de atividade física e alimentação saudável são determinantes importantes da carga de doença observada**, sendo preocupantes os níveis de obesidade na população infantil. As ações futuras devem ter um foco na promoção de percursos de vida mais ativos, com uma alimentação centrada no componente social, integrador e protetor do património imaterial do Alentejo. A resposta dos serviços de saúde deve ser adequada para solucionar o problema da obesidade.

**O consumo de tabaco na sociedade portuguesa afeta desproporcionadamente os mais desfavorecidos, e ainda constitui uma importante causa de perda de anos de vida antes dos 70 anos.** Os serviços de saúde não têm sabido responder adequadamente a esta problemática, de modo a promover um fácil acesso a consultas de desabituação tabágica.

Devem assim ser reforçadas as ações de promoção da literacia em saúde, dirigidas à população mais jovem, de forma articulada e integrada entre instituições da comunidade, da educação e da saúde.

**O isolamento social e emocional da população, em particular da população idosa, deve merecer a melhor atenção.** Este isolamento manifesta-se mais tarde sob a forma de problemas e doença mental, maior consumo de recursos de saúde e pior qualidade de vida. Devem ser promovidos programas de inclusão social e identificação dos cidadãos em maior risco, articulados entre várias entidades. Nas freguesias rurais deve ser tido em conta o importante papel de coesão territorial e social que os serviços desempenham, nomeadamente serviços de saúde, pois esta coesão social é um importante determinante da saúde mental das comunidades.

Nada faz entender que os níveis de qualidade e segurança dos serviços de saúde diferem dos encontrados ao nível nacional; no entanto, parecem haver algumas manifestações de barreiras indiretas ao acesso, que se traduzem num maior consumo de serviços de urgência, em episódios com menor gravidade, que merecem ser estudadas e corrigidas.

**O acesso a atividades preventivas, nomeadamente em patologias sensíveis aos rastreios, deve ser melhorado.** Devem ser edificados, não só pelo setor da saúde, esforços para simplificar os percursos de saúde no SNS e diminuir barreiras ao acesso, especialmente a cuidados preventivos.



## 3. Dos problemas para a ação sobre os determinantes

---

As políticas locais devem incorporar os novos desafios relacionados com as alterações climáticas.

Devem ser aperfeiçoados os mecanismos de monitorização e de proteção dos mais vulneráveis aos episódios de temperaturas extremas, nomeadamente a melhoria da eficiência energética do parque habitacional e a melhoria da resposta social em caso de emergência ambiental.

## 4. Nota metodológica

---

Os dados e informação apresentados foram recolhidos, analisados e interpretados pela Unidade de Saúde Pública do ACES Alentejo Central entre os meses de Janeiro e Agosto de 2017. As fontes de informação variaram conforme o indicador utilizado, tendo sido privilegiadas fontes oficiais de dados e os documentos e bases de dados já desenvolvidas pelo Observatório Regional de Saúde.

O âmbito territorial para a descrição dos dados foi genericamente: Portugal (NUTS I), Alentejo (NUTS II), Alentejo Central (NUTS III). No caso de indicadores calculados pelo Observatório Regional de Saúde, a área geodemográfica do Alentejo Central (NUTS III, 2013) corresponde exatamente à do ACES Alentejo Central.

A interpretação de alguns indicadores é necessariamente subjetiva. Por forma a melhorar a transparência e a objetividade do trabalho apresentado, as fontes e bases de dados são de utilização pública ([link](#)).

## 5. Bibliografia

---

1. World Health Organization. The Helsinki statement on Health in All Policies: WHO; 20132009 [citado a 2017 Julho 18] Disponível em: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf)
2. World Health Organization. Zagreb Declaration for Healthy Cities. [Online].; 2009 [citado a 2017 Julho 18]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0015/101076/E92343.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/101076/E92343.pdf?ua=1)
3. World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. 2012.
4. Booske B. Different perspectives for assigning weights to determinants of health. 2010 [citado a 2017 Julho 18] Disponível em: <http://www.countyhealthrankings.org/sites/default/files/differentPerspectivesForAssigningWeightsToDeterminantsOfHealth.pdf>
5. ARS Norte; 2016 [citado a 2017 Julho 18]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Planeamento/PLS\\_Relatorio\\_AvIntercalar\\_16\\_03\\_2016.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Planeamento/PLS_Relatorio_AvIntercalar_16_03_2016.pdf)
6. Direção-Geral da Saúde. Plano Local de Saúde revisão 2020 Lisboa: DGS; 2015. [citado a 2017 Julho 18] Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
7. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: MNE; 2017. [citado a 2017 Julho 18]. Disponível em: [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15771Portugal2017\\_PT.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15771Portugal2017_PT.pdf)
8. Nunes, A B., Andrade C., Portugal R. Manual orientador dos Planos Locais de Saúde. Direção-Geral da Saúde. [citado a 2017 Julho 18]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>
9. M. Marmot. Social determinants of health inequalities. London: The Lancet, 2005, Vols. 365(9464):1099-104
10. House J.S.. Social isolation kills, but how and whys. Psychosomatic medicine, 2001, Vols. 63(2):273-4.
11. Administração Central dos Serviços de Saúde. RELATÓRIO ANUAL SOBRE O ACESSO ACUIDADOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS (2015. [Online]. [citado a 2017 Julho 18]. Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/RA\\_Acesso\\_2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/RA_Acesso_2015.pdf)
12. Prüss-Üstün A, Bonjour S, Corvalán C. The impact of the environment on health by country: a meta-synthesis. Environmental Health. 2008 Feb, 2008, Vol. 25;7(1):7.
13. D'Ippoliti D, Michelozzi P, Marino C, De'Donato F. The impact of heat waves on mortality in 9 European cities: results from the EuroHEAT project. Environmental Health, Vol. 2010 Jul 16;9(1):37
14. Kovats RS, Kristie LE. Heatwaves and public health in Europe. European journal of public health, 2006, Vols. 16(6):592-9.
15. Oliveira S, Andrade H, Vaz T. The cooling effect of green spaces as a contribution to the mitigation of urban heat: A case study in Lisbon. : Building and Environment, 2011, Vols. 46(11):2186-94
16. Loureiro, I.. Roteiro de Intervenção em Ordenamento do Território e Estratégias Locais de Saúde, DGS, 2015.

# Ficha Técnica



Edição: ACES Alentejo Central, ARS Alentejo

Coordenação: Unidade de Saúde Pública do  
ACES Alentejo Central

Autores: A. Peralta-Santos (Coordenação), A.  
B. Nunes, J. Vieira, M. Lopes, P. Bento, M.  
Marques, A. Santana Brito

Agradecimentos: L. Gemitto, A. Matos, A.  
Simão, R. Leão, M. Marques, L. Murjal, F.  
Araujo, J. Robalo

Versão 1.0 (*discussão interna ACES AC*)

Évora, Agosto de 2017

Os autores atestam a veracidade dos dados e informação que consta no documento, no entanto não se responsabilizam pelo uso indevido da informação. O documento tem como finalidade a identificação de necessidades de saúde que podem ser colmatadas pelos diversos atores sociais.

**O Plano Local de Saúde constitui um instrumento estratégico para o conhecimento e ação em saúde a nível local. Representa um compromisso de cada um e de todos, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde.**



---

## Unidade de Saúde Pública ACES Alentejo Central

Rua D. Manuel da Conceição Santos, n.º 62  
7005 -451 Évora  
Tel.: 266 730 250  
Fax: 266 709 214

[uspublica@alentejocentral.min-saude.pt](mailto:uspublica@alentejocentral.min-saude.pt)



PLS  
Alentejo Central