

PLANO LOCAL DE SAÚDE

2018-2020



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE



USP
Unidade de Saúde Pública

FICHA TÉCNICA

EQUIPA COORDENADORA

Iliete Ramos
Felicidade Ortega
Vera Pinheiro
Hugo Nereu
Cristina Soares
Jorge Rosário
Rui Escoval

EQUIPA EXECUTIVA

Iliete Ramos
Felicidade Ortega
Vera Pinheiro
Hugo Nereu
Cristina Soares
Jorge Rosário
Rui Escoval
Lúcia Costa
Susana Galrito

COLABORADORES / CONSULTORES

INTERNOS

Departamentos Hospitalares e dos Cuidados
de Saúde Primários da ULSBA, EPE
José Catarino
Conceição Margalha
Cláudia Castelo

EXTERNOS

Câmaras Municipais
Agrupamentos de Escolas
Autoridade Nacional de Proteção Civil
Polícia de Segurança Pública
Ministério Público
Rede Social
Santa Casa da Misericórdia
Autoridade para as Condições de Trabalho
Águas Públicas do Alentejo
Empresa Municipal de Águas e Saneamento de
Beja

Beja, Novembro de 2018



ÍNDICE

Ficha Técnica - pág. i

1. Nota Introdutória - pág. 1
 2. Editoriais - pág. 2
 3. Acrónimos e Siglas - pág. 4
 4. Índice de Imagens - pág. 5
 5. Perfil de Saúde - pág. 7
 6. Metodologia - pág. 12
 7. Priorização de Problemas de Saúde - pág. 18
 8. Necessidades de Saúde - pág. 26
 9. Governação, Monitorização e Avaliação - pág. 33
 10. Plano de Comunicação - pág. 35
 11. Considerações Finais - pág. 36
 12. Bibliografia - pág. 37
-

... "Fui colher uma romã
Estava madura no ramo
Fui encontrar no jardim
Aquela mulher que eu amo"...

"Fui colher uma romã" - (tradicional)

Museu Regional de
Beja



1. NOTA INTRODUTÓRIA

Conceição Margalha



**Presidente do
Conselho de
Administração
ULSBA, E.P.E.**

Apresentamos o Plano Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Este documento foi desenvolvido pela Unidade de Saúde Pública (USP), com os contributos de outras unidades da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), bem como de outras instituições parceiras, que acompanharam o processo.

O documento constitui um instrumento estratégico essencial para a ULSBA, contribuindo para o conhecimento e ação em saúde ao nível local, tendo como base as orientações do Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde (PLS) da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Parte de um diagnóstico da situação de saúde do Baixo Alentejo, identificando os principais problemas desta região e traçando assim o seu perfil de saúde, determinando a tendência dos problemas e identificando consequentemente necessidades em saúde.

Contou com uma consulta interna e outra externa sobre a lista de problemas e necessidades de saúde identificados, tendo integrado os diversos contributos que lhe foram comunicados.

Identifica os principais desafios que enfrentam esta comunidade, (quem somos, como vivemos, que escolhas fazemos), os recursos existentes na mesma, delineando as intervenções prioritárias que levarão a obtenções de ganhos em saúde e assim definindo prioridades futuras e orientações estratégicas.

Em conclusão poderemos dizer que se trata de:

1. Um documento estratégico
2. Um instrumento de gestão
3. Um instrumento de mudança
4. Um instrumento de comunicação interna e externa
5. Um compromisso da comunidade

Espero que este documento, que como referido anteriormente, resulta de um amplo trabalho, envolvendo as várias estruturas da ULSBA, da comunidade e coordenado pela USP, represente um compromisso de todos, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde para a população do Baixo Alentejo, que servimos.

Serpa



2. EDITORIAIS

Cláudia Castelo

Queremos mais e melhor saúde!

Com as dificuldades constantes com que nos deparamos diariamente, a escassez de recursos humanos e financeiros, planear e partilhar responsabilidades é absolutamente indispensável.

Cada vez mais, temos de ter consciência que a saúde deve ser gerida com responsabilidade partilhada, entre o indivíduo, a comunidade e o Estado.

Esta responsabilidade de gestão é assumida a diversos níveis. Como tal, o PLS do Baixo Alentejo está alinhado com o que está definido no Plano Nacional e Regional de Saúde, contribuindo para o cumprimento das metas nacionais, mas ao mesmo tempo, traçando estratégias específicas para a Região, de modo a permitir uma melhoria do estado de saúde da população.

De modo a priorizar a nossa atuação, foi necessário efetuar um diagnóstico de necessidades, desenvolver o PLS, o qual é um instrumento estratégico de apoio à gestão e aos processos de contratualização, espelhando o levantamento que foi efetuado por diversos intervenientes (internos e externos), os quais identificaram de forma integrada, as necessidades e os problemas de saúde prioritários a que temos de dar resposta.

Este documento clarifica a estratégia a desenvolver, os resultados a atingir, obtendo ganhos em saúde e promovendo mais saúde para toda a população, permitindo também que futuramente seja avaliado o impacto das medidas propostas e implementadas.



**Directora do
Departamento de
Cuidados Primários
ULSBA, E.P.E.**



Esteva, Almodôvar



Queijo de Serpa

2. EDITORIAIS

Iliete Ramos



**Coordenadora da
Unidade de
Saúde Pública
ULSBA, E.P.E.**

À semelhança do que acontece com a maior parte dos países desenvolvidos, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico. Assim como o país, o Baixo Alentejo não foge à regra: reduzimos em 40 anos as elevadas taxas de mortalidade infantil e de mortalidade materna, mas a contrastar estas conquistas temos uma população envelhecida.

Este contexto demográfico marcado pelo envelhecimento da população tem reflexos no estado da nossa saúde, com destaque para um aumento significativo das doenças crónicas e, para um elevado número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que exigem uma complexidade de cuidados não só da área da saúde, mas também do envolvimento e integração de todos os parceiros sociais e da comunidade.

É precisamente esse o nosso grande desafio com o PLS - combater os fatores de risco responsáveis por grande parte das doenças crónicas. Esta luta significa sobretudo vencer barreiras comportamentais, sociais e culturais, tendo o cidadão e a comunidade como centro do sistema.

A tudo isso acrescem ainda as alterações climáticas e os desafios com o seu impacto ambiental, que alteram significativamente a forma como vivemos.

Acreditamos que este documento apela ao sentido crítico e estratégico no que respeita ao planeamento em saúde.

Só será eficiente se houver o envolvimento de todos.

Segunda Rua da Mouraria, Moura





3. ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo
CA – Conselho de Administração
CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce para a Infecção pelo VIH/SIDA
COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative (Iniciativa de Vigilância da Obesidade Infantil)
CPOD – Índice de Cárie Dentária
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTH – Sistema Consulta a Tempo e Horas
CV – Cardiovascular
DCSP – Departamento de Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral da Saúde
DM – Diabetes Mellitus
DSPP – Departamento de Saúde Pública e Planeamento
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ETAR – Estação de Tratamento de Águas Residuais
HgbA1c – Hemoglobina Glicosilada
HTA – Hipertensão Arterial
IAN-AF – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
ICPC-2 – International Classification of Primary Care, Second Edition
(Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde Primários, 2ª Edição)
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
LDL – Low-Density Lipoprotein Cholesterol (Colesterol de Lipoproteínas de Baixa Densidade)
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PLS – Plano Local de Saúde
PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNS – Plano Nacional de Saúde
SIARS – Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
USP – Unidade de Saúde Pública
VIH/SIDA – Vírus da imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida



4. ÍNDICE DE IMAGENS

Capa - Olaria em Beringel. Fonte: www.radiopax.com; Seara de Trigo. Fonte: ULSBA

Pág. i - Mértola. Fonte: visitmertola.pt

Pág. ii - Museu Regional de Beja. Fonte: radiocampanario.com

Pág. 1 - Serpa. Fonte: www.cimbal.pt

Pág. 2 - Esteva, Almodôvar. Fonte: viajardemochilaascostas.blogspot.com;
Queijo de Serpa. Fonte: CM Serpa

Pág. 3 - Segunda Rua da Mouraria, Moura. Fonte: olhares.sapo.pt

Pág. 4 - Camponesas, Castro Verde. Fonte: www.cm-castroverde.pt

Pág. 5 - Samarra Alentejana. Fonte www.diariodoalentejo.pt

Pág. 6 - Estação Ferroviária de Beja. Fonte: olhares.sapo.pt

Pág. 7 - Ponte romana sobre a ribeira de Odivelas, Cuba. Fonte: rotasturisticas.com

Pág. 9 - Fonte: ULSBA

Pág. 10 - Uvas, Vila de Frades. Fonte: www.vinhodetalha.pt/

Pág. 11 - Fonte: ULSBA

Pág. 12 - Lince Ibérico. Fonte: www.radiopax.com

Pág. 13 - Campo de girassóis, Ferreira do Alentejo. Fonte: filipepombo.blogspot.com

Pág. 18 - Talhas, Vila de Frades. Fonte: www.vinhodetalha.pt

Pág. 26 - Herdade da Coitadinha, Barrancos. Fonte: www.parquenoudar.com

Pág. 27 - Barragem de Odivelas, Fonte: www.cm-alvito.pt

Pág. 33 - Porco Preto, Ourique. Fonte: www.porcoalentejano.com

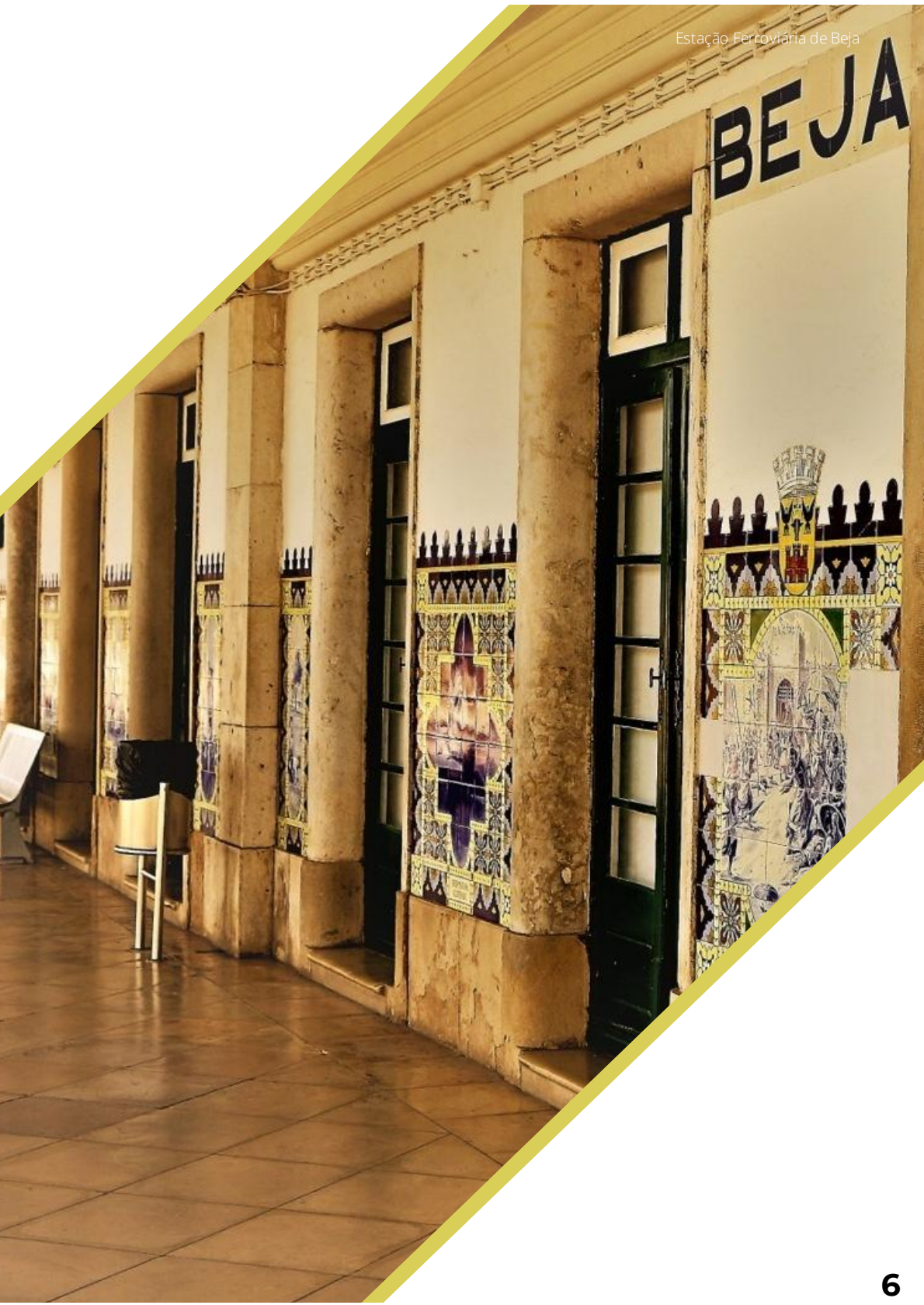
Pág. 35 - Abetarda, Castro Verde. Fonte: www.tribunaalentejo.pt

Pág. 36 - Vinha, Vidigueira. Fonte: www.vinhosdoalentejo.pt

Pág. 37 - Cortiça. Fonte: www.diariodoalentejo.pt

Pág. 38 - Seara de Trigo & Família. Fonte: ULSBA; Azeite e azeitonas alentejanas.
Fonte: ncultura.pt







5. PERFIL DE SAÚDE

Quem Somos?

A **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA)** apresenta uma área de influência que corresponde à região do Baixo Alentejo, exceto o concelho de Odemira.

117.868
HABITANTES

16,6% da população do
Alentejo **1,1%**
da população Nacional

ÁREA GEOGRÁFICA
8.542,7 KM²

27% da região
Alentejo **9,3%**
do território Nacional

13 CONCELHOS

62 Freguesias

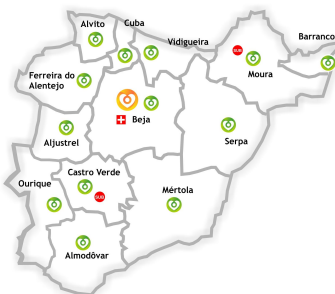
51,5%



Organização dos
SERVIÇOS DE
SAÚDE



ALJUSTREL
BARRANCOS
SERPA
ALMODÔVAR
FERREIRA DO ALENTEJO
MOURA
VIDIGUEIRA
OURIQUE
ALVITO
CASTRO VERDE
BEJA
CUBA
MÉRTOLA





Nas pirâmides etárias da região é bem patente o **envelhecimento da população** com a diminuição da população mais jovem na base e o aumento da população mais idosa no topo.

Em 2017, a população com menos de 15 anos de idade representava **13,1%** da população

A população com 65 ou mais anos de idade representava **24,8%** do total

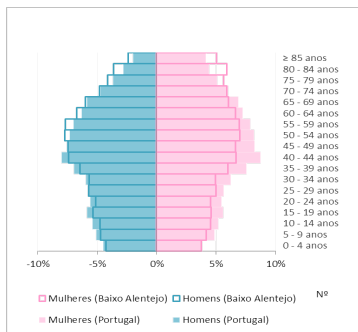


Gráfico 1: Pirâmides etárias do Baixo Alentejo e Portugal (Estimativas 2017)
Fonte: ULSBA (dados: INE, IP)

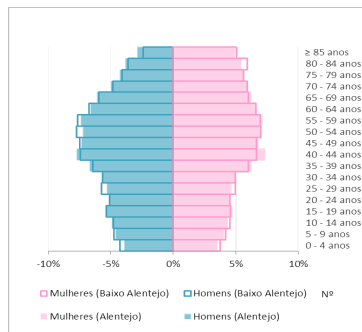


Gráfico 2: Pirâmides etárias do Baixo Alentejo e Alentejo (Estimativas 2017)
Fonte: ULSBA (dados: INE, IP)

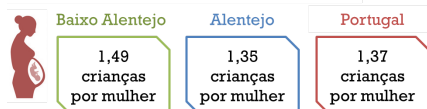
Taxa de Natalidade



Índice de Envelhecimento



Índice Sintético de Fecundidade



Abaixo dos 2,1 necessários para renovação de gerações

Esperança Média de Vida à Nascimento

2014-2016





PERFIL DE SAÚDE

Como Vivemos?

Em 2011, as taxas de **abandono escolar e analfabetismo** no Baixo Alentejo, registaram **valores superiores** aos observados a nível nacional e do Alentejo

Taxa de Analfabetismo



Taxa de Abandono Escolar



Em 2009 (último ano disponível), **88%** da população era servida por ETARs - valor superior aos registados no Continente e no Alentejo

População Servida por ETAR



Taxa de Criminalidade



A criminalidade é inferior à regional e nacional



PERFIL DE SAÚDE

Que Escolhas Fazemos?

A proporção de **nascimentos em mulheres acima dos 35 anos de idade** tem vindo a **aumentar**

Nascimentos em Mulheres >35A



Abuso Crónico de Álcool



○ **abuso de álcool** está **acima** do valor regional

Tanto o **abuso do tabaco** como a **obesidade** estão **acima da média**

Abuso do Tabaco



Obesidade





PERFIL DE SAÚDE

Que Saúde Temos?

O número de **recém-nascidos** com baixo peso está **abaixo da média**

Crianças com Baixo Peso à Nascimento



Baixo Alentejo

7,6%

Alentejo

9,2%

Portugal

8,9%

A mortalidade infantil

tem vindo a diminuir mas ainda está **acima da média**

Taxa de Mortalidade Infantil



Baixo Alentejo

3,2‰

Alentejo

3,4‰

Portugal

2,6‰

Temos **a maior taxa de mortalidade** do Alentejo

Taxa Bruta de Mortalidade



Baixo Alentejo

15,9‰

Alentejo

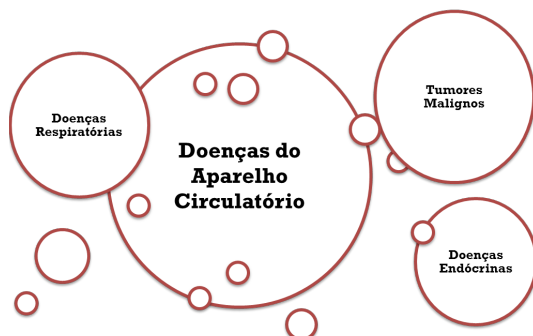
14,1‰

Portugal

10,6‰

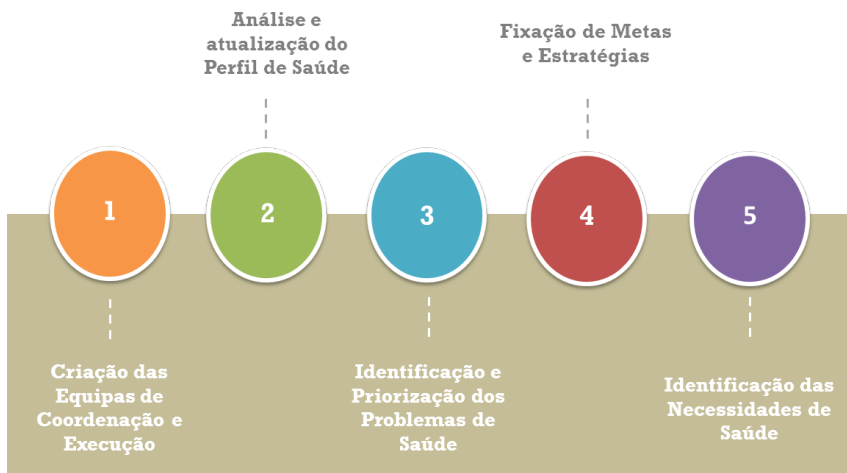
Principais Causas de MORTE

(entre 2014 e 2016)



6. METODOLOGIA

O Plano Local de Saúde foi elaborado em 5 fases:



Lince Ibérico





METODOLOGIA

1

Criação das Equipas de Coordenação e Execução

A Unidade de Saúde Pública foi nomeada pelo Conselho de Administração (CA) como unidade responsável pela coordenação e elaboração do PLS.

Equipa Coordenadora

Equipa Executiva

A Equipa Coordenadora é constituída por elementos da USP

A Equipa Executiva é constituída por elementos da USP e um elemento do gabinete de gestão e controlo de produção da ULSBA.

Iliete Ramos
Felicidade Ortega
Vera Pinheiro
Hugo Nereu
Cristina Soares
Jorge Rosário
Rui Escoval

Iliete Ramos
Felicidade Ortega
Vera Pinheiro
Hugo Nereu
Cristina Soares
Jorge Rosário
Rui Escoval
Lúcia Costa
Susana Galrito

2

Análise e atualização do Perfil de Saúde

Esta fase iniciou-se com uma consulta às Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) para auscultação sobre o estado de saúde da comunidade e identificação dos projetos de intervenção existentes.

Paralelamente foram sendo atualizados os indicadores do Perfil de Saúde.



Identificação e Priorização dos Problemas de Saúde

Nesta fase foram convidados a participar como parceiros elementos tanto dos cuidados de saúde (**parceiros internos**) como da sociedade civil (**parceiros externos**), uma vez que o PLS pretende não só ser um documento estratégico de apoio à gestão e tomada de decisão dos líderes de saúde locais mas também um veículo de cooperação com a comunidade.

Seguidamente, foi elaborada uma lista com os **49 problemas de saúde** mais prevalentes, identificados a partir dos registos clínicos dos CSP (ICPC-2).

A USP dinamizou dois momentos de consulta para a **priorização dos problemas**, utilizando a técnica multi-voto conforme o Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde:

1 A primeira lista de problemas foi submetida à apreciação e análise dos parceiros internos e órgãos de gestão. Daí resultou uma primeira priorização provisória. Esta consulta foi realizada através do envio via e-mail de um documento, juntamente com instruções para o seu preenchimento.

2 Num segundo momento foi promovido um encontro de trabalho com os parceiros externos (municípios, agrupamentos de escolas, forças de segurança, entre outros). Foi feito um pequeno enquadramento e solicitado aos presentes que, mediante preenchimento de um documento, priorizassem cada um dos problemas de saúde dos concelhos que representavam - identificando, simultaneamente, as necessidades de saúde dos mesmos.

Por fim, foram analisados os resultados destas consultas aos parceiros, com um fator de ponderação para cada um destes momentos, de onde resultou a lista de priorização final

Registos clínicos	50%
Consulta interna	30%
Consulta externa	20%

O que são Necessidades de Saúde?

São as necessidades sentidas pela população passíveis de intervenção, capazes de obter os melhores ganhos em saúde com os recursos disponíveis.



4

Fixação de Metas e Estratégias

A fixação de metas e estratégias foi feita pela Equipa Executiva do PLS e, sempre que possível, com base nos respetivos **Programas Nacionais**, como por exemplo o Programa Nacional para a Diabetes, o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Quando tal não foi possível, as metas foram definidas com base nos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) e metas/objetivos regionais ou locais segundo os relatórios de atividades das equipas de saúde afetas à área funcional, como no caso das Doenças dos Dentes e Gengivas.

5

Identificação das Necessidades de Saúde

As necessidades de saúde foram identificadas pelos parceiros, através do preenchimento dos documentos já fornecidos pela equipa. Após a sua análise foram criadas **seis categorias de necessidades de saúde**, em alinhamento com os eixos estratégicos do PNS, e propostas de intervenção/estratégias para lhes dar resposta.

Após este processo de elaboração, o PLS passará para a fase de Implementação, que será regida pelo modelo de Governação apresentado mais à frente, e sujeita a Monitorização e Avaliação.



Cronograma de atividades da elaboração e apresentação do Plano Local de Saúde da ULSBA, E.P.E. - 2017

Atividade/Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Reunião com o CA da ULSBA.												
Reunião da equipa técnica e definição das entidades para a equipa consultiva. Agendamento e realização de reuniões para criação das equipas identificadas.												
Workshop sobre o PLS em Évora.												
Reunião interna de preparação. Análise dos dados sobre morbi-mortalidade. Análise dos determinantes.												
Análise dos indicadores sobre morbi-mortalidade e identificação dos determinantes de saúde.												
Análise dos indicadores sobre morbi-mortalidade e identificação dos determinantes de saúde. Análise da utilização dos serviços de saúde. Compilação dos dados para a construção de um vídeo informativo sobre os dados de saúde do Baixo Alentejo.												
Reunião com a administração para operacionalização da consulta interna e externa.												
Identificação de diagnósticos de saúde da comunidade realizados com dados relevantes para a atualização do perfil e plano local saúde.												
Reunião com os enfermeiros enfermagem comunitária (diagnósticos de saúde), para identificação de diagnósticos de saúde da comunidade realizados com dados relevantes para a atualização do perfil e plano local saúde.												
Agregação de dados dos diagnósticos de saúde e os indicadores identificados.												
I Encontro de Implementação do PNS, PRS e PLS.												
Identificação dos problemas de saúde prioritários. Priorização dos problemas de acordo com a metodologia (técnica multi-voto).												
Submissão da lista de problemas aos parceiros internos para hierarquização dos mesmos.												
Identificação dos parceiros internos para consulta. Criação de um email para receção das respostas. Decisão sobre alargamento do período de consulta interna.												
Análise das respostas da consulta interna.												
Análise e hierarquização dos problemas de saúde prioritários.												
II Encontro de Implementação do PNS, PRS e PLS.												
Identificação dos parceiros externos para consulta. Associação à lista dos problemas de saúde de um campo de resposta em texto livre para pronúncia dos parceiros sobre necessidades de saúde.												
Submissão da lista de problemas aos parceiros externos para hierarquização dos mesmos. Auscultação dos parceiros externos sobre as necessidades de saúde identificadas no território.												



Cronograma de atividades da elaboração e apresentação do Plano Local de Saúde da ULSBA, E.P.E. - 2018

Atividade/Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração da lista final de problemas de saúde prioritários, hierarquizados de acordo com a consulta interna e externa. Identificação das necessidades e agrupamento por áreas. Discussão da ponderação (50+30+20).												
Ponto de situação. Identificação de indicadores e associação aos problemas de saúde/áreas. Recolha de contributos para a atualização do perfil de saúde.												
Análise das tabelas com as metas e indicadores de cada problema/área.												
Integração de dois novos elementos ao grupo de trabalho. Apresentação do trabalho desenvolvido. Criação da matriz das necessidades, por área.												
Apresentação das necessidades.												
Agregação dos itens: categoria/necessidade/proposta de intervenção-estratégia.												
Análise das estratégias de intervenção. Planeamento da elaboração do infográfico.												
Reunião com o CÂ para entrega do infográfico e estabelecimento das próximas etapas.												
Atualização do perfil de saúde. Elaboração do <i>draft</i> do documento escrito a apresentar.												
Elaboração do documento final em formato Flipbook.												
Entrega do documento final em formato Flipbook.												
Apresentação do PLS aos parceiros												



7. PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

Após o processo de acordo com a metodologia exposta anteriormente, chegou-se à seguinte lista de problemas de saúde priorizados:

Por uma questão organizativa e pelo facto de várias metas e estratégias serem transversais a vários problemas de saúde, decidiu-se agrupar alguns dos problemas em 7 grupos funcionais:

- 1 Hipertensão Arterial
- 2 Diabetes Mellitus
- 3 Perturbações Depressivas
- 4 Alterações do Metabolismo dos Lípidos
- 5 Obesidade
- 6 Abuso do Tabaco
- 7 Osteoartrose do Joelho
- 8 Doença Cardíaca Isquémica
- 9 Osteoporose
- 10 Doenças dos Dentes/Gengivas

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Hipertensão Arterial
Alterações do Metabolismo dos Lípidos
Doença Cardíaca Isquémica



DIABETES MELLITUS



PATOLOGIA OSTEOARTICULAR



PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS

OBESIDADE



ABUSO DO TABACO



DOENÇAS DOS DENTES E GENGIVAS



PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

Doenças Cardiovasculares

Meta PNS	Meta PLS	Estratégia	Indicador
Reduzir para menos de 8.5% a taxa de mortalidade padronizada <70 anos por doença isquémica cardíaca ou reduzir número de óbitos para <1000.	- Reduzir em 5% a mortalidade padronizada <65 anos por doença isquémica cardíaca ou reduzir número de óbitos para <100. - Reduzir a mortalidade intra-hospitalar por EAM para <1% ou Nº óbitos anual < 7.	- Melhorar o controlo da HTA ao nível dos CSP através do diagnóstico precoce e tratamento dos fatores de risco cardiovascular e tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade. - Promover a criteriosa referência aos Centros de Intervenção Coronária Percutânea.	- Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca <65 anos - Nº óbitos por doença isquémica cardíaca por ano - Nº óbitos Hospitalares por EAM
Reduzir a mortalidade intra-hospitalar por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) para 7% com Nº de óbitos anual ≤950.	Aumentar 2% por ano a proporção de hipertensos com acompanhamento adequado.	Prevenção primária, através de parcerias em projetos para intervenções nos estilos de vida, redução do teor de sal na alimentação, alimentação saudável, prática de atividade física, tabagismo, controlo de peso.	- Proporção de hipertensos com acompanhamento adequado - Nº de atividades/projetos que promovam intervenções nos estilos de vida, alimentação saudável, prática de atividade física e controlo de peso
Aumentar a proporção de utentes com HTA acompanhados e controlados.	Reduzir o consumo de sal em 1% por ano na população.	Providenciar a todos os profissionais de saúde formação sobre tabagismo de forma faseada e incentivar a adesão a consulta de cessação tabágica.	% média de sal disponibilizada nos principais grupos de alimentos fornecedores de sal (grupo de trabalho do PNPAS)
Reduzir o consumo de sal entre 3 a 4% por ano na população.	Aumentar para 60% a proporção de hipertensos com determinação de risco CV em 3 anos.	Criação de consultas multidisciplinares de intervenção nos estilos de vida aos utentes identificados com risco CV alto e muito alto.	- Proporção de hipertensos com determinação de risco CV (3A) - Proporção de utentes de 40 a 65 anos de idade com RCV alto e muito alto
Promover uma abordagem integrada às doenças Cardiovasculares e das Dislipidémias/HTA como determinantes.	- Diminuir em 1% ao ano a proporção de utentes com alteração do metabolismo dos lípidos. - Diminuir em 3% ao ano a incidência de utentes com alteração do metabolismo dos lípidos.		- Proporção de utentes com alteração do metabolismo dos lípidos - Incidência de utentes com alteração do metabolismo dos lípidos



Diabetes Mellitus

Meta PNS	Meta PLS	Estratégia	Indicador
· Diminuir o desenvolvimento de diabetes em 30.000 utentes de risco identificados através da avaliação do cálculo de risco de desenvolver a doença.	· Prevenir o aparecimento de 350 novos casos de diabetes.	· Divulgar, à população em geral, informação sobre a DM e os seus fatores de risco · Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, através da aplicação da "Ficha de avaliação de risco de diabetes tipo 2" à população adulta.	· Proporção de utentes com determinação de risco registado nos últimos 3 anos
· Aumentar em 30.000 o número de novos diagnósticos de diabetes através do diagnóstico precoce em utentes.	· Diminuir em 350 o número de casos de diabetes não diagnosticada através da avaliação de risco e diagnóstico precoce.	· Estabelecer planos de intervenção multidisciplinar para pessoas com risco aumentado de Diabetes. · Referenciar utentes com risco acrescido para as equipas de saúde e/ou programas estruturados de prevenção e diagnóstico precoce. · Promover/colaborar em projetos/programas de promoção da saúde e prevenção da doença.	· N° de casos identificados com risco aumentado encaminhados para os cuidados de saúde primários (equipas de saúde) · N° de intervenções comportamentais realizadas nos indivíduos com risco aumentado · N° de projetos de promoção da saúde e prevenção da doença implementados
· Diminuir a mortalidade prematura por diabetes ≤ 70 anos em Portugal em 5% até 2020.	· Melhorar em 3% o acompanhamento adequado aos utentes com diabetes.	· Monitorizar e analisar mensalmente os indicadores na área da diabetes. · Estabelecer normas e protocolos de tratamento e vigilância, segundo as boas praticas clinicas. · Promover/ colaborar na implementação de programas de educação para a saúde e autogestão da doença.	· Taxa de Incidência de DM · Taxa de Prevalência de DM · Índice de acompanhamento adequado utentes DM · N° de novos casos identificados pelo rastreio de risco, efetuado a nível da comunidade · N° de novos casos identificados no Baixo Alentejo



Diabetes Mellitus

Meta PNS	Meta PLS	Estratégia	Indicador
		· Promover o recurso a consultas via Telessaúde. · Adequação e priorização de critérios de referenciação à consulta hospitalar. · Promover auditorias internas aos registos clínicos e/ou normas clínicas na área da Diabetes.	· Proporção de utentes com DM, com consulta de enfermagem de vigilância · Proporção de utentes com DM, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico · Proporção de utentes com DM, ≥ 2 HgbA1c, em 2 semestres · Proporção de utentes com DM, com o último registo de HgbA1c $\leq 8,0$ % · Proporção Diabéticos com PA $\geq 140/90$ mmHg · Proporção de diabéticos com LDL < 100 mg/dl · Proporção de utentes com DM, com microalbuminúria
· Diminuir em 10 % o número de amputações major.	· Promover e monitorizar o cumprimento do circuito do Pé Diabético. · Diligenciar no sentido da criação de linha de referenciação para cirurgia vascular.		· Proporção de utentes com diabetes, com registo de risco de ulceração do pé no último ano · Utesntes com diabetes e compromisso de vigilância, com úlcera ativa no pé no último ano (%) · Incidência de amputações major em diabéticos · Taxa de internamento para amputação de membro inferior em doentes com DM
· Aumentar em 10% o número de diabéticos com rastreio da retinopatia diabética.	· Disponibilizar anualmente a todos os utentes com diabetes o Rastreio de Retinopatia Diabética.		· Proporção de utentes com DM, com pelo menos uma referenciação ou registo de realização de exame à retina · Nº de utentes com rastreio à Retinopatia Diabética · Taxa de adesão ao rastreio da Retinopatia Diabética · Proporção de utentes DM com lesão ocular detetados no rastreio · Proporção de utentes com lesão alvo de tratamento



Perturbações Depressivas

Meta PNS	Meta PLS	Estratégia	Indicador
· Melhorar o diagnóstico da Depressão	· Melhorar para 100% o registo dos utentes inscritos com "perturbação depressiva".	· Estimular a plena utilização dos sistemas de informação nas unidades funcionais e respetiva codificação.	· Proporção de utentes com perturbação depressiva Incidência de perturbação depressiva nos utentes
	· Estabilização da prescrição de benzodiazepinas na população.	· Apoiar a divulgação de boas práticas para o tratamento da perturbação depressiva.	· Taxa de consumo de benzodiazepinas (INFARMED)
	· Diminuir para 30 dias o tempo de espera para consulta de Psiquiatria após referência ao CSP.	· Estimular/apoiar a plena utilização dos sistemas de informação definidos pela ACSS, com as respetivas codificações e referência através do Sistema Consulta Tempo e Horas (CTH).	· N° de dias entre o pedido de colaboração e a realização da consulta da especialidade
	· Aprovar até 2020 pelo menos 1 protocolo de articulação entre níveis de cuidados de saúde, visando formação, referência e consultoria para promover o diagnóstico e tratamento precoce.	· Reforçar a articulação entre os níveis de cuidados (cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares).	· N° de protocolos de articulação entre os níveis de cuidados de saúde
	· Implementar pelo menos 2 iniciativas de intervenção comunitária, até final de 2020, sobre promoção da saúde mental.	· Criar sinergias com os parceiros da comunidade, visando a promoção da saúde mental da população, contribuindo para aumento da literacia em saúde. · Apoiar as iniciativas que visem o desenvolvimento de competências de gestão de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão.	· N° de iniciativas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais · N° de iniciativas de desenvolvimento de competências de gestão de fatores precipitantes ou precipitantes de depressão
	· Apoiar o desenvolvimento de ações de apoio social aos grupos vulneráveis.	· Identificar as instituições que trabalham na comunidade que apoiam grupos vulneráveis. · Colaborar com a rede de apoio social para os doentes mais vulneráveis.	· N° de ações desenvolvidas no âmbito dos grupos vulneráveis, contexto laboral e reabilitação psicossocial
	· Apoiar a implementação de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.	· Reforçar a articulação com as instituições da comunidade, associadas à Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.	· N° de iniciativas apoiadas para a criação de lugares em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental · N° de lugares criados na Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
	· Apoiar pelo menos 2 ações de promoção da Saúde Mental e de combate ao estigma na infância e adolescência.	· Colaborar com as entidades promotoras de ações de promoção da saúde mental e combate ao estigma na infância e adolescência.	· N° de ações de promoção da Saúde Mental e de combate ao estigma desenvolvidas na infância e adolescência



Obesidade

Meta PNS	Meta PLS	Estratégia	Indicador
· Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero. · Controlar a incidência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero. · Reduzir em 10% a média de quantidade de sal presente nos principais fornecedores alimentares de sal à população. · Reduzir em 10% a média de quantidade de açúcar presente nos principais fornecedores alimentares à população. · Reduzir a quantidade de ácidos gordos <i>trans</i> para menos de 2% no total das gorduras disponibilizados. · Aumentar o número de pessoas que consome fruta e hortícolas diariamente em 5%. · Aumentar o número de pessoas que conhece os princípios da dieta mediterrânica em 20%. · Aumentar para 32% a percentagem de adultos que indica fazer exercício ou desporto com regularidade. · Aumentar para 70% a percentagem de adolescentes que pratica atividade física três ou mais vezes por semana. · Aumentar para 25% a percentagem de adultos com menos de 7,5h/dia em atividade sedentária.	· Reduzir para 10% até 2020 a prevalência de obesidade em crianças em idade escolar. · Reduzir para 12.6% até 2020 a prevalência de excesso de peso em crianças em idade escolar. · Aumentar para 90% até 2020 a oferta de educação alimentar no currículo escolar. · Reduzir para 49% até 2020 a prevalência de consumo inadequado de fruta e hortícolas (<400g/dia). · Aumentar para 22% a prevalência de adesão ao padrão alimentar mediterrânico. · Manter a proporção de utentes com "obesidade" abaixo dos 9.5%. · Manter a proporção de utentes com "excesso de peso" abaixo dos 5%. · Manter a incidência de obesidade abaixo dos 10%. · Manter a proporção de utentes com mais de 14 anos com cálculo de IMC nos últimos 3 anos acima dos 65%. · Aumentar para 23% a prevalência de indivíduos com nível de atividade física "ativo". · Manter abaixo de 8h o tempo médio passado diariamente em comportamento sedentário.	· Melhorar o conhecimento sobre os consumos alimentares e estado nutricional da população portuguesa, seus determinantes e consequências. · Diminuir a disponibilidade de alimentos com elevada densidade energética em ambiente escolar e em espaços públicos. · Informar e capacitar para a compra, confeção, armazenamento de alimentos saudáveis e princípios da dieta mediterrânica na população em geral e em particular em ambiente escolar e nos grupos sociais mais desfavorecidos. · Melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar em particular em crianças em idade escolar. · Aumentar o conhecimento sobre a disponibilidade e consumos de sal, gorduras <i>trans</i> e açúcares da população portuguesa, seus determinantes e consequências. · Identificar e promover ações transversais que incentivem a disponibilidade e o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros setores públicos e privados. · Promover a sensibilização, a literacia física e a prontidão de toda a população face à prática de atividade física regular e redução do tempo sedentário. · Promover a generalização da avaliação, aconselhamento e referência da atividade física nos cuidados de saúde primários. · Incentivar ambientes promotores da atividade física nos espaços de lazer, no trabalho, nas escolas, universidades, nos transportes e nos serviços de saúde. · Promover a vigilância epidemiológica e a investigação, e valorizar e divulgar as boas práticas na área da promoção da atividade física.	· N.º de crianças escolarizadas dos 6-8 anos com obesidade (COSI) · N.º de crianças escolarizadas dos 6-8 anos com excesso de peso (COSI) · Proporção de crianças escolarizadas (JI e 1º ciclo) alvo de intervenção curricular sobre alimentação saudável · Oferta de Educação Alimentar no currículo escolar (%) (COSI) · Prevalência de consumo de fruta e produtos hortícolas inferior a 400 gramas/dia (%) (IAN-AF) · Prevalência de adesão ao padrão alimentar mediterrânico (%) (IAN-AF) · Proporção de utentes com "obesidade" · Proporção de utentes com "excesso de peso" · Incidência de "obesidade" · Proporção utentes > 14A, c/ IMC nos últimos 3A · Prevalência de indivíduos com nível de atividade física "ativo" (IAN-AF) · Tempo médio (horas/dia) passado em comportamento sedentário



Abuso do Tabaco

Meta PNS	Meta PLS	Estratégia	Indicador
· Reduzir a prevalência de fumadores na população com ≥ 15 anos para um valor inferior a 20%.	· Reduzir a proporção de utentes com "abuso de tabaco" para valores abaixo dos 12%.	· Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens. Aumentar a literacia da população no domínio da prevenção e controlo do tabagismo e promover um clima social favorável ao controlo do tabaco.	· Proporção de utentes com "abuso de tabaco"
· Eliminar a exposição ao fumo ambiental. · Reduzir as desigualdades regionais na prevalência de fumadores na população com ≥ 15 anos.	· Aumentar a proporção de fumadores, com consulta relacionada com o tabaco para 11% até 2020.	· Promover e apoiar a cessação tabágica, aumentando a oferta de consultas médicas e diminuindo as barreiras ao acesso a fármacos.	· Proporção fumadores, c/ consulta relacionada tabaco 1A
	· Reduzir a incidência de "abuso de tabaco" para valores abaixo dos 13%.	· Proteger da exposição diária ao fumo ambiental. · Monitorizar, avaliar e promover a formação profissional, a investigação e as melhores práticas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.	· Incidência de "abuso de tabaco"

Patologia Osteoarticular

Meta PNS	Meta PLS	Estratégia	Indicador
Não disponível	· Diminuir para 2,4% a proporção de utentes com o diagnóstico de osteoporose, até final de 2020.	Apoiar as iniciativas que visem: · Consumo de alimentos diversificados e adequados à idade. · Prática de atividade física. · Cuidado especial com as mulheres em idade pré menopausa.	Nº de iniciativas apoiadas que visem: · Incentivo da população para o consumo de alimentos diversificados e adequados à idade · Incentivo à população para a prática de atividade física · Incentivo às mulheres em idade pré menopausa, para adoção de medidas preventivas
Não disponível	· Diminuir em 10% a incidência de osteoartrose do joelho dos doentes inscritos, até final de 2020.	· Apoiar ações que incentivem a diminuição da obesidade e do excesso de peso.	· Proporção de utentes com o diagnóstico de osteoartrose do joelho · Nº de ações desenvolvidas para a diminuição da obesidade e do excesso de peso



Doenças dos Dentes e Gengivas

Meta PNS	Meta PLS	Estratégia	Indicador
· Reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais.	· Manter o índice de CPD aos 12 anos abaixo de 2.	· Aumentar a proporção de crianças que fazem escovagem diariamente e bochecho quinzenal com fluor nas escolas.	· Índice de CPD aos 12 anos
	· Manter a proporção de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos acima dos 55%.	· Promover hábitos alimentares saudáveis e cessação tabágica.	· Proporção de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos (%)
	· Aumentar 3% por ano o N° de alunos abrangidos por sessões de literacia em Saúde Oral.	· Promover sessões de literacia em Saúde Oral para alunos e pais.	· N° alunos abrangidos por sessões de literacia em saúde oral
· Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral.	· Manter acima dos 50% a taxa de utilização do cheque dentista nas crianças e jovens.	· Esclarecer os pais e profissionais de saúde acerca das condições de utilização do cheque dentista.	· Taxa utilização do cheque dentista em crianças e jovens
	· Aumentar para 85% a taxa de utilização do cheque dentista nos idosos.	· Referenciação para consulta de medicina dentária na ULGSA.	· Taxa utilização do cheque dentista nos idosos
	· Aumentar para 65% a taxa de utilização dos cheques dentista nas grávidas.		· Taxa utilização do cheque dentista nas grávidas
	· Discriminar o grupo etário no registo de consultas de Higiene Oral.		

8. NECESSIDADES DE SAÚDE

De acordo com a metodologia exposta, para além da priorização dos problemas de saúde da comunidade foi também feita uma avaliação sobre as suas necessidades de saúde, agrupadas em 6 categorias.



Herdade da Coitadinha, Barrancos

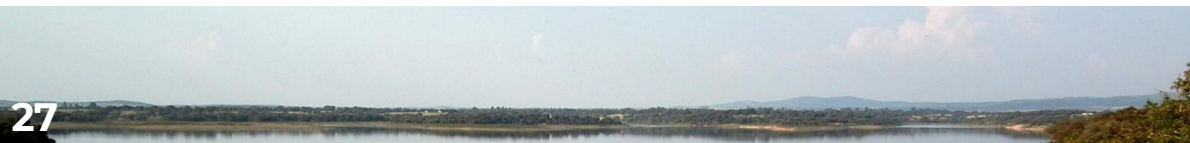




NECESSIDADES DE SAÚDE

Estilos de Vida

NECESSIDADE	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO/ESTRATÉGIA
Melhoria dos Determinantes	· Aumentar o número de profissionais e horas por semana das equipas de Saúde Escolar.
	UCC: · Aumentar o número de UCC e profissionais afetos a elas. · Formar profissionais especializados em tabagismo.
	ULSBA: · Aumentar o número de Nutricionistas · Aumentar o número de Higienistas Oraís da ULSBA . · Aumentar o número de Médicos Dentistas da ULSBA.
	· Criar novas estruturas comunitárias para prática atividade física.
	· Alargar Projeto "<i>Eu Não Papo Grupos</i>" a outros concelhos.
	CAD: · Designar um coordenador local oficial. · Aumentar o n° de horas de enfermagem. · Aumentar os recursos materiais.
	· Alargar número de profissionais das autarquias.
	· Nomeação de um coordenador regional e local do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física.
	Identificar os coordenadores locais dos restantes programas de saúde prioritários: · Prevenção e Controlo do Tabagismo · Promoção da Alimentação Saudável · Promoção da Atividade Física · Diabetes · Doenças Cérebro-Cardiovasculares · Doenças Oncológicas · Doenças Respiratórias
	· Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos





Cidadania

NECESSIDADE	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO/ESTRATÉGIA
Melhoria do processo de capacitação para a saúde individual e coletiva	· Elaborar planos de comunicação com participação dos recursos da comunidade.
	· Investir num gabinete de gestão de projetos com participação dos parceiros (ex.: Redes sociais)
	· Dotar a USP de orçamento próprio e adequado à gestão de programas e projetos de promoção da saúde.
	· Facilitar acesso a benchmarking.
	· Sistema de registo de informação adequado para a intervenção em saúde escolar.
	· Contratualização de indicadores adequados à implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar.
	· Reforço de estruturas comunitárias de apoio à atividade física e literacia em saúde.
	· Novos profissionais nas autarquias e outras organizações (ex.: Casas do Povo, Coletividades, etc).
	· Novas UCC e mais profissionais a elas afetos.
	· Contratos Locais de Desenvolvimento Social.





Ambiente

NECESSIDADE	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO/ESTRATÉGIA
Minoria dos efeitos adversos do ambiente na saúde	· Plataforma de registo e georreferenciação de infraestruturas e atividades emissoras de poluentes atmosféricos.
	· Reforço junto do corpo clínico, do acompanhamento de casos relacionados com os efeitos dos poluentes na saúde, nomeadamente, de utentes com sinais e sintomas, para eventual encaminhamento para consulta de especialidade e realização de exames complementares de diagnóstico.
	· Equipas multidisciplinares para monitorização e análise da evolução periódica de patologias relacionadas com a exposição a determinados poluentes.
	· Parcerias interinstitucionais com responsabilidade na gestão e implementação de instrumentos territoriais para a inclusão de políticas de saúde nos respetivos planos, programas, regulamentos, etc.
	· Parcerias interinstitucionais com responsabilidade na área do ambiente para a monitorização de espaços e locais onde os potenciais efeitos dos poluentes possam ser sentidos, nomeadamente perímetros e aglomerados urbanos.
	· Parcerias interinstitucionais envolvendo entidades coordenadoras e industriais para ações de informação e esclarecimento junto da população, relativo aos procedimentos de laboração e medidas mitigadoras dos efeitos.
	· Aumentar o número de profissionais.
	· Prever profissionais especializados (bioestatística).
	· Projetos de investigação, através de parcerias com instituições de ensino.





Acesso

NECESSIDADE	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO/ESTRATÉGIA
Melhoria do Acesso aos Cuidados de Saúde	· Monitorização da resposta ao nível das consultas de recurso e programadas existentes, de acordo às reais necessidades da população.
	· Investir em projetos com os parceiros locais como forma a reforçar o acesso das populações mais vulneráveis aos cuidados de saúde.
	· Investir na criação de mais UCC.
	· Potencializar o recurso à tele saúde sempre que adequado.
	· Reforçar a resposta descentralizada de Nutrição/Psicologia/Fisioterapia e outras que se venham a revelar necessárias e justificáveis.
	· Investir na melhoria dos recursos físicos e humanos no serviço de Urgência do Hospital de Beja.
	· Investir e reforçar a resposta ao nível dos exames complementares de diagnóstico internamente ou através de protocolos de parceria externa.
	· Potencializar e reforçar as redes sociais locais como recurso de promoção, informação e resposta de saúde.
	· Criar fluxogramas de referênciação entre os vários níveis de cuidados, com critérios claros e aceites que respondam às necessidades de saúde.
	· Investir na replicação/aplicação de modelos de gestão, semelhantes aos das unidades coordenadoras funcionais, que contribuam para uma resposta integrada de cuidados.
	· Investir na formação dos profissionais na área do atendimento e referênciação interna.
	· Identificação e redução das barreiras arquitetónicas existentes ao nível do acesso aos cuidados de saúde.
	· Aproveitar as potencialidades dos novos sistemas de informação para desenvolver modelos de informação que permitam ao utente saber onde e quando pode aceder a cuidados de saúde e acompanhar o estado das suas referênciações entre níveis de cuidados.
	· Reforçar a rede de cuidados paliativos.
	· Garantir que o tempo de espera por consulta da especialidade esteja de acordo com o preconizado pela ACSS.





Infra-Estruturas

NECESSIDADE	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO/ESTRATÉGIA
Qualificação dos Centros de Saúde, do serviço básico de saúde e extensões de saúde.	· Requalificação dos edifícios das unidades de saúde. · Ampliação das áreas de climatização. · Requalificação das instalações elétricas. · Instalação de Sistemas Automáticos de Detecção de Intrusão.
Centro de Reabilitação Física. Unidades de Saúde com equipamentos adequados.	· Construção de Gabinete de Movimento em Alvito, Cuba e Moura.
Construção de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados.	· Aquisição de estações de estomatologia para Alvito, Moura e Vidigueira. · Aquisição de equipamento diverso tanto para os CSP como para o Hospital.
Outras necessidades na comunidade.	· Dependente de iniciativas de organizações externas.
	· Construção de novas vias para peões. · Instalação de novos equipamentos para exercício físico. · Instalação de novos circuitos de manutenção. · Criação de novas Universidades Sénior. · Criação de novas Academias da Saúde. · Utilização de expositores na via pública para assuntos de saúde. · Utilização de meios de comunicação social para assuntos de saúde.





Saúde Mental

NECESSIDADE	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO/ESTRATÉGIA
Diminuição de mortes por suicídio.	· Reforçar o funcionamento do Observatório do Suicídio na ULSEA. · Aumentar o nº de Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e Técnicos Serviços Social afectos à área.
Melhoria de respostas à doença mental.	· Formação para técnicos de saúde na área de intervenção, no âmbito da melhoria contínua da qualidade da prática clínica. · Formação para profissionais de ação direta no âmbito da doença mental, incluindo as demências.
Criação de respostas às IPSSs na área das demências.	· Promoção da saúde mental em âmbito escolar. · Garantir serviço de saúde ocupacional nas escolas. · Oferta de respostas clínicas e sociais à pessoa com doença mental.





9. GOVERNAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

Governança

A implementação do PLS deve reger-se por mecanismos sólidos de gestão e governança, com base na articulação entre todos os colaboradores do plano, e pretende ter uma estrutura de governança o mais simples e exequível possível.

A governança durante o período de vigência do plano terá a seguinte estrutura:

Equipa Coordenadora – Composta por elementos da USP

Tem a responsabilidade de coordenar a implementação do PLS, através da articulação com os parceiros, assegurando que os projetos de saúde desenvolvidos na comunidade têm um enquadramento estratégico segundo os referenciais do plano.

Equipa de Acompanhamento e Monitorização

Este grupo terá a mesma composição da equipa executiva do plano. Tem como responsabilidade assegurar a operacionalização do plano e garantir que todos os parceiros envolvidos na elaboração do plano mantêm o empenho na execução do plano e alcançar das metas. O grupo deve reunir-se pelo menos 1 ou 2 vezes por ano, mas pode reunir com maior frequência em caso de necessidade.



Haverá também uma potencialização dos elos de ligação com os parceiros externos (Conselho Consultivo da ULSBA, Rede Social e Rede Supra-Conselhia), no sentido de reforçar uma **abordagem visada no planeamento local.**

Monitorização

O Plano de Monitorização pretende supervisionar a execução das estratégias definidas no PLS, durante o seu período de vigência. Está diretamente relacionada com a função Observatório de Saúde do DSPP.

Esta supervisão será realizada anualmente nas reuniões da Equipa de Acompanhamento e Monitorização, à qual cabe a responsabilidade de produzir um relatório descritivo do grau de concretização das metas no ano transato, com recomendações para a sua melhoria.

Avaliação

O Plano de Avaliação pretende aferir o grau de cumprimento das metas estabelecidas, de forma sistemática e objetiva, e a eficácia das estratégias, tal como o Plano de Monitorização, com a diferença de que esta avaliação será feita após o término do período de vigência do plano (3 anos).

A responsabilidade do Plano de Avaliação deverá ser de uma entidade externa, a ser decidida pelo CA da ULSBA.



10. PLANO DE COMUNICAÇÃO

A eficácia e sucesso da implementação do PLS depende da capacidade do grupo de desenvolvimento do PLS em comunicar os seus objetivos e benefícios para a comunidade, garantindo visibilidade tanto interna (ao nível das instituições de saúde) como externa (sociedade civil).

As estratégias de comunicação são as seguintes:

Atividade	Grupo Alvo	Método	Local	Data
Apresentação preliminar ao CA da ULSBA	CA ULSBA	Infográfico	ULSBA	Agosto de 2018
Entrega do documento final ao CA da ULSBA	CA ULSBA	Flipbook	ULSBA	Novembro de 2018
Disponibilização do Infográfico aos Profissionais da ULSBA	Profissionais da ULSBA	Infográfico	Intranet ULSBA	Novembro de 2018
Publicação do Infográfico	Comunidade	Infográfico	Networks da Saúde	Novembro de 2018
Apresentação do plano	Profissionais de Saúde UF da ULSBA	Flipbook	CS UF da ULSBA	Dezembro de 2018
Disponibilização do documento	Comunidade	Flipbook	Microsite PNS	Dezembro de 2018
Divulgação do plano	Parceiros e Comunidade	Filme	A definir	2019



Vinha, Vidigueira

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alcançada a etapa de conclusão do documento escrito do PLS, surge a sensação de que, por fim, se vai iniciar a fase mais importante – e mais gratificante – do planeamento em saúde: a concretização das estratégias planeadas. As estratégias foram pensadas para, em conjunto com a comunidade, alcançarmos no futuro uma melhor saúde e acessibilidade aos cuidados.

São de salientar alguns fatores que consideramos terem sido decisivos no sucesso desta etapa. A multidisciplinidade dos profissionais envolvidos foi uma clara mais-valia, permitindo contributos com visões pluridisciplinares que só podem beneficiar todos. Também a estreita via de comunicação da equipa executiva com os órgãos decisores/administração da ULSBA e a relação de confiança com as estruturas da comunidade foram cruciais.

Por outro lado, foram vários os constrangimentos com que nos deparamos. Destacamos por um lado, a dificuldade na conciliação de agendas e por outro, a dificuldade no acesso a alguns dados essenciais na tomada de decisão e sem os quais não se podia avançar.

As metas traçadas refletem o desafiante caminho ainda por percorrer: em algumas áreas já estamos perto, em outras não tanto. Uma vez que o PLS pretende ser um documento estratégico de apoio à gestão e tomada de decisão em saúde, é agora necessário uma reflexão política para uma aposta certa e ação efetiva relativamente àquelas que são as reais necessidades de saúde da nossa população.

O PLS não é um documento fechado.

Pretende-se que seja aberto a todos os contributos dos parceiros e comunidade, no sentido de o melhorar, passando assim a ser um documento de todos e para todos.

Porque planear em saúde é do interesse de todos.





12. BIBLIOGRAFIA

1. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015
2. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012
3. Direção-Geral da Saúde. Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde - 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016
4. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar - 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015
5. Núcleo Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável. Programa Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2014
6. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Diabetes - 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017
7. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Vasculares - 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017
8. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017
9. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física - 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017
10. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental - 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017
11. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo - 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017
12. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - 2008. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2008
13. Wright, Jonh e Kyle, Dee. Oxford Handbook of Public Health Practice. Pencheon, David, ed., 2006
14. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal – consultado em Maio/2018, disponível em www.apdp.pt
15. Federação Internacional da Diabetes – consultado em 2018, disponível em www.diabetesatlas.org
16. INE – consultado em Maio/18, disponível em ine.pt



Azeite e azeitonas alentejanas





ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE



USP
Unidade de Saúde Pública

Microsite PNS:

<http://pns.dgs.pt/>