

2017

# Avaliação do Plano Local de Saúde 2011-2016

dezembro de 2017



## Índice

<b>Índice de Quadros</b> .....	3
<b>Índice de Figuras</b> .....	3
<b>Chave de siglas e abreviaturas</b> .....	4
<b>Introdução</b> .....	5
<b>Metodologia</b> .....	6
<b>Indicadores de monitorização e avaliação</b> .....	7
Objetivos quantitativos .....	7
Análise crítica dos resultados .....	7
<b>Implementação</b> .....	15
Análise qualitativa do processo de implementação .....	15
<b>Recomendações</b> .....	17

## Índice de Quadros

Quadro 1. Taxa de mortalidade padronizada (TMP) pela idade, no ACES Santo Tirso/Trofa, valores observados e estimados, de 2001-2003 a 2014-16 e meta proposta no PLS

Quadro 2. Proporção utentes com avaliação do risco DM2 (3A) (ID 2013.262.01), no ACES Santo Tirso/Trofa, 2014-2016

Quadro 3. Taxa de utilização global de consultas (ID 2013.002.01), no ACES Santo Tirso/Trofa, 2012-2016

Quadro 4. Nº de novos casos de Tuberculose Respiratória diagnosticados, por concelho e no ACES, 2013-2016

Quadro 5. Nº de rastreios efetuados, infeção tuberculosa latente e doença ativa nos rastreados e nº de casos de ITBL em que foi iniciado quimioprofilaxia, no ACES, 2013-2016

Quadro 6. Resultado do tratamento dos casos diagnosticados de tuberculose respiratória, no ACES, 2013-2016 (n=57)

Quadro 7. Proporção de hipertensos <65 anos, com pressão arterial (PA) <150/90 (ID 2013.020.01), no ACES, 2012-2016

Quadro 8. Indicadores propostos para a contratualização do ACES, 2013 a 2016

Quadro 9. Proporção de diabéticos com última HgbA1c <= 8,0% (ID 2013.039.01), no ACES, 2012-2016

Quadro 10. Proporção de mulheres entre [50;70[ anos, com mamografia registada nos últimos dois anos (ID 2013.044.01), no ACES, 2012-2016

Quadro 11. Proporção de adultos com depressão, com terapêutica antidepressiva (ID 2013.055.01), 2012-2016

## Índice de Figuras

Figura 1 – Evolução da TMP por Diabetes, no ACES Santo Tirso/Trofa, em ambos os sexos, em todas as idades (/100.000), 2001-2016 (por triénios)

Figura 2 – Evolução da TMP por Doenças Cerebrovasculares, no ACES Santo Tirso/Trofa, em ambos os sexos, em todas as idades (/100.000), 2001-2016 (por triénios)

Figura 3 – Evolução da TMP por Tuberculose, no ACES Santo Tirso/Trofa, em ambos os sexos, em todas as idades (/100.000), 2001-2016 (por triénios)

Figura 4 - Evolução da TMP por Tumor Maligno da Mama, no ACES Santo Tirso/Trofa, no sexo feminino, em todas as idades (/100.000), 2001-2014 (por triénios)

Figura 5 - Evolução da TMP por Tumor Maligno da Mama, no ACES Santo Tirso/Trofa, no sexo feminino, <65 anos (/100.000), 2001-2014 (por triénios)

## Chave de siglas e abreviaturas

ARSN- Administração Regional de Saúde do Norte

CHMA - Centro Hospitalar Médio Ave

DALY - Anos de vida saudável perdidos

DSP - Departamento de Saúde Pública

ID - Indicador

ITBL - Infecção tuberculosa latente

PLS - Plano Local de Saúde

RN - Região Norte

SIARS - Sistema de Informação da ARS

TMP - Taxa de Mortalidade Padronizada

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

## Introdução

O Plano Local de Saúde (PLS) do ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa, elaborado em 2011, para o quinquénio 2011-2016 pretendeu ser um documento de compromisso para as entidades que prestam cuidados de saúde e parceiros da comunidade com responsabilidade na população.

A Unidade de Saúde Pública (USP) do ACES foi a responsável técnica pela sua elaboração e utilizou a metodologia do Planeamento em Saúde na sua construção.

O documento teve por base o “Diagnóstico de Situação de Saúde do ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa” onde consta a descrição da população em termos demográficos e socioeconómicos, do local onde vivemos, da saúde que temos através da caracterização dos determinantes de saúde, da morbilidade e mortalidade, e por fim a descrição dos recursos da comunidade, a avaliação prognóstica e as necessidades de saúde.

O PLS, elaborado e divulgado oportunamente pela USP, objetivava ser o documento de apoio à tomada de decisão a todos os intervenientes, pois para além de terem sido definidas as prioridades e os objetivos de saúde a atingir em 2016, forneceu as recomendações para a intervenção com base na melhor evidência científica disponível.

O plano de monitorização e avaliação constituiu parte integrante do PLS. Assim, em 2013 e 2015, foram realizadas as avaliações intercalares baseadas na melhor informação disponível na altura. Terminado o tempo vigorante deste PLS, é imperativo realizar a avaliação final. O relatório agora apresentado faz uma análise crítica dos resultados atingidos e do processo de implementação do PLS 2011-2016. Esta reflexão servirá como ponto de partida para a preparação do novo PLS, agora com extensão até 2020.

## Metodologia

A metodologia utilizada para a avaliação dos resultados atingidos (avaliação quantitativa) baseou-se na análise dos últimos dados disponíveis para o ACES, existentes nos diversos sistemas de informação ou fornecidos pelo Departamento de Saúde Pública (DSP) da ARS Norte.

Nos objetivos de saúde foram definidas como “metas” a redução da Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) para um valor inferior ao esperado, face à previsão da sua evolução, usando para tal as projeções. Por outro lado, uma vez conhecidos os resultados destas taxas para a Região Norte (RN), foram também comparados os resultados do ACES tendo como referência a RN, através da significância estatística.

Na avaliação intercalar de 2013 e 2015, foram utilizadas as TMP do triénio 2008-2010, mais um do que aquando da elaboração do PLS e na avaliação seguinte as TMP até ao triénio 2010-2012. Para a avaliação atual estão a ser consideradas as TMP até ao triénio 2012-14. Com base numa ferramenta desenvolvida pelo DSP, foram estimadas as restantes TMP até ao triénio 2014-2016 e comparado o último valor estimado com a “meta” definida para 2014-16. Foi utilizado, em todas as projeções, o modelo de regressão exponencial. O escasso conhecimento sobre os métodos de projeção constituiu uma limitação na análise dos resultados.

Para a avaliação dos objetivos operacionais foi usada a informação dos relatórios existentes na USP e valores/resultados retirados do Sistema de Informação da ARS (SIARS). Destes últimos, foram utilizados na avaliação os resultados obtidos a 31 de dezembro de cada ano. É de referir que para os indicadores usados nesta avaliação, não foi possível obter o histórico desde o ano de 2012, em todos.

A avaliação do processo de implementação do PLS (avaliação qualitativa), terá por base os pontos enunciados na “Lista de verificação” do processo de implementação do PLS, elaborada pelo DSP. Esta análise, iniciada em julho de 2014, envolveu todos os profissionais da USP.

## Indicadores de monitorização e avaliação

### Objetivos quantitativos

No PLS 2012-2016, foram definidos como problemas de saúde prioritários a diabetes, em primeiro, seguida das doenças cerebrovasculares e tuberculose pulmonar.

Foram definidos como **objetivos de saúde**:

- Diminuir a TMP por diabetes, para pelo menos 23/100.000 habitantes, na população residente do ACES Grande Porto I, entre novembro de 2011 e dezembro de 2016.
- Diminuir a TMP por doença cerebrovascular, para pelo menos 55/100.000 habitantes, na população residente do ACES Grande Porto I, entre novembro de 2011 e dezembro de 2016.
- Diminuir a TMP por tuberculose pulmonar, para pelo menos 3/100.000 habitantes, na população residente do ACES Grande Porto I, entre novembro de 2011 e dezembro de 2016.

Foram também definidos como **objetivos operacionais**:

- Calcular o risco de vir a desenvolver diabetes através da grelha de avaliação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, a pelo menos 15% da população inscrita nas USF/UCSP do ACES Grande Porto I, por ano, até 2016.
- Aumentar a taxa de utilização global de consultas no ACES Grande Porto I para pelo menos 75% até 2016.
- Rastrear 100% dos coabitantes e contactos próximos de cada caso índice, até 2016.
- Rastrear 100% dos coabitantes e contactos próximos de cada caso índice com resultado anterior negativo, três meses após o 1º rastreio, até 2016.
- Garantir a realização do tratamento completo, a 100% dos casos de Tuberculose Pulmonar diagnosticados, até 2016.
- Aumentar a percentagem de hipertensos controlados em pelo menos 20%, no ACES Grande Porto I, até 2016.

### Análise crítica dos resultados

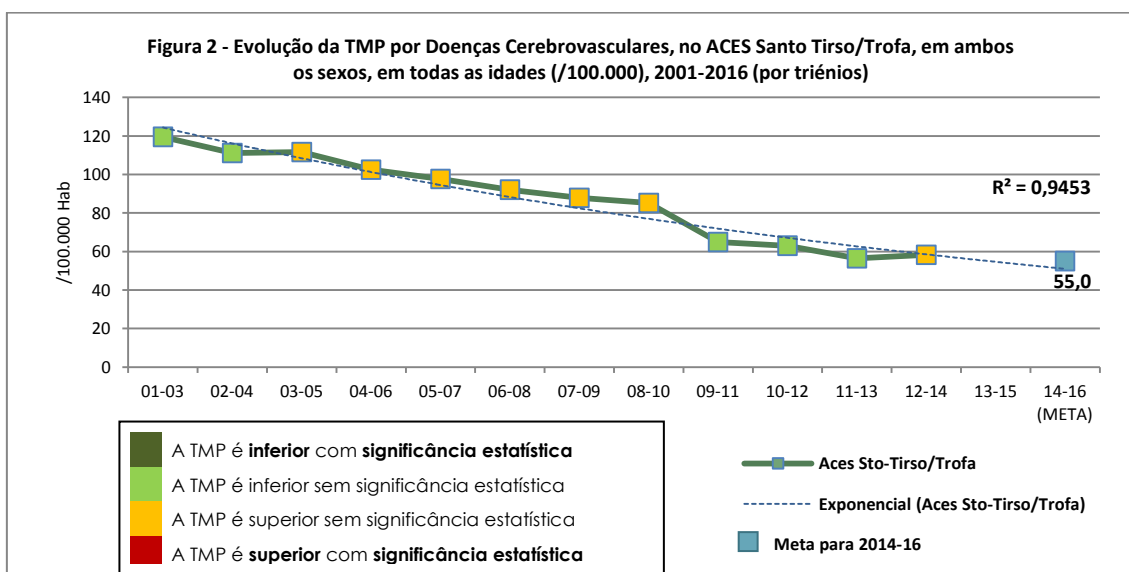
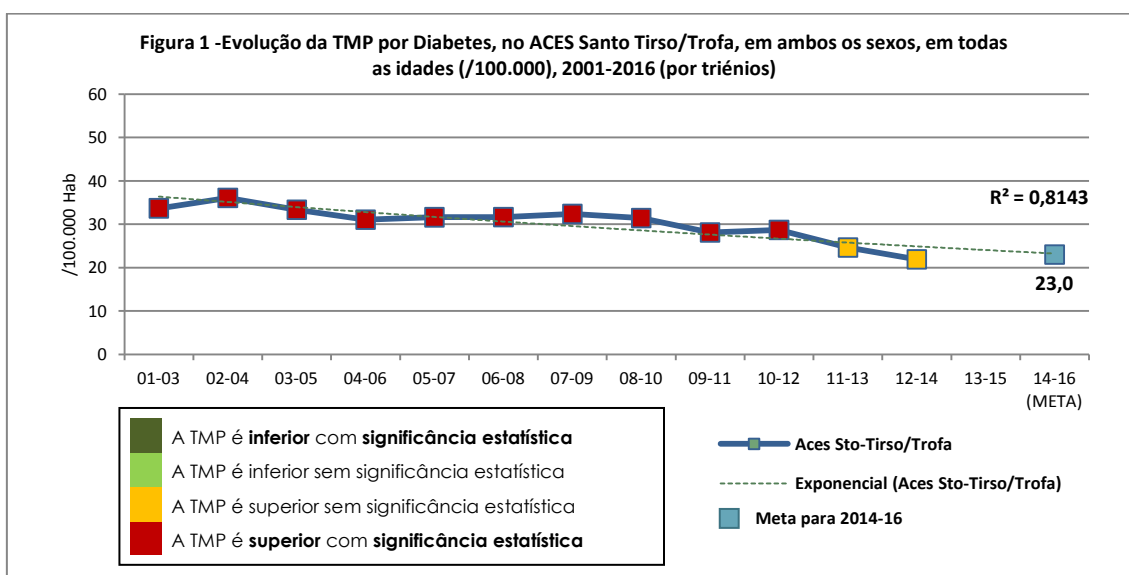
Da análise dos objetivos de saúde definidos, tendo por base os resultados até ao triénio 2012-2014, verificamos que o objetivo da redução da TMP para os valores propostos para a diabetes, as doenças cerebrovasculares e a tuberculose foram praticamente todos atingidos (quadro 1). No entanto, foi na TMP por doenças cerebrovasculares que se conseguiu uma redução mais expressiva. Isto poderá ser explicado pelo forte investimento na estratégia de controlo dos fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente a hipertensão arterial. Na tuberculose, apesar do objetivo da redução da TMP ter sido atingido, este indicador apresenta limitações na sua utilização como medida de ganhos em saúde no controlo da tuberculose devido ao n.º reduzido de mortes que ocorre por esta doença.

**Quadro 1. Taxa de mortalidade padronizada (TMP) pela idade, no ACES Santo Tirso/Trofa, valores observados e estimados, de 2001-2003 a 2014-16 e meta proposta no PLS**

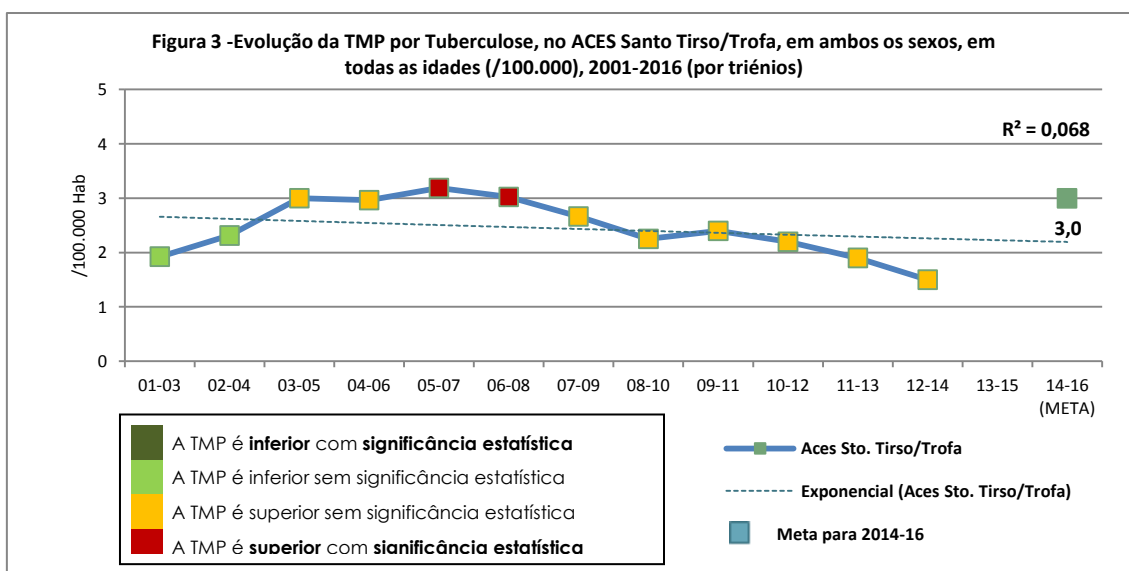
Indicador	Valores observados						V. estimados*		META
	01-03	04-06	07-09	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	
Diabetes	33,7	31,0	32,4	28,7	24,6	21,9	24,1	23,3	23,0
Cerebrovasculares	119,5	102,5	87,9	63,0	56,4	58,3	52,9	49,2	55,0
Tuberculose	1,9	3,0	2,7	2,2	1,9	1,5	1,9	1,9	1,9

\*valores estimados pelo método da regressão exponencial

É de referir ainda que, quando nos comparamos com a RN, verificamos que apesar da tendência decrescente na TMP nestas três causas de morte, ainda não apresentamos valores inferiores com significância estatística nestas três causas de morte (Figuras 1,2 e 3).







Quanto aos objetivos operacionais, para avaliar o risco de diabetes na população inscrita no ACES utilizamos o indicador proporção de não diabéticos com mais de 18 anos que fizeram esta avaliação nos últimos 3 anos. Assim, em 2014, não só o objetivo já estava atingido – pelo menos 15 % da população inscrita com avaliação de risco de diabetes – como também houve um crescendo nesta avaliação até 2016 (quadro 2). Esta avaliação, permite atuar, a nível individual, na diabetes de uma forma mais efetiva e preventiva.

**Quadro 2. Proporção utentes com avaliação do risco DM2 (3A) (ID 2013.262.01), no ACES Santo Tirso/Trofa, 2014-2016**

Ano	Nº de utentes sem diabetes c/ >18 anos	Nº de utentes c/ avaliação de risco	% não diabéticos c/ avaliação de risco
2014	58602	14886	25,40
2015	61009	21340	34,98
2016	63047	24506	38,87

Fonte: SIARS, retirado a 12/04/2017

Para avaliar a taxa de utilização global de consultas, no ACES, foi utilizado um indicador que mede a proporção de utentes inscritos com pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial naquele ano. Dos resultados obtidos podemos concluir que o objetivo de 75% foi atingido em 2015 (Quadro 3).

**Quadro 3. Taxa de utilização global de consultas (ID 2013.002.01), no ACES Santo Tirso/Trofa, 2012-2016**

Ano	Utentes atuais	Nº de utentes com consultas	Taxa de utilização (%)
2012	122.978	85.603	69,61
2013	118.336	87.585	74,01
2014	118.839	87.275	73,44
2015	115.370	88.029	76,30
2016	115.174	88.204	76,58

Fonte: SIARS, retirado a 12/04/2017

Relativamente aos objetivos operacionais para a tuberculose, serão analisados os dados disponíveis, de 2013 a 2016, referentes ao rastreio de coabitantes e contactos próximos e também do tratamento da infeção tuberculosa latente e da doença. Entre 2013 e 2016, o nº de novos casos diagnosticados por ano tem-se apresentado estável, com uma média de 19 casos por ano (Quadro 3).

**Quadro 4. Nº de novos casos de Tuberculose Respiratória diagnosticados, por concelho e no ACES, 2013-2016**

Ano	Santo Tirso	Trofa	ACES Santo Tirso Trofa
2013	11	6	17
2014	7	13	20
2015	5	15	20
2016	13	6	19
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>40</b>	<b>76</b>
Média 2013-2016	9	10	19

Fonte: USP e CDP

Por cada caso de tuberculose respiratória diagnosticado, o nº médio de rastreios foi de 6,8 e o nº médio de infeção tuberculosa latente foi de 1,8 o que corresponde a 26,2% dos rastreios efetuados. Destes, 87,4% iniciam tratamento para infeção tuberculosa latente (Quadro 4).

**Quadro 5. Nº de rastreios efetuados, infeção tuberculosa latente e doença ativa nos rastreados e nº de casos de ITBL em que foi iniciado quimioprofilaxia, no ACES, 2013-2016**

Ano	Nº de rastreios efetuados	Nº médio de rastreios/caso	Nº de casos de ITBL diagnosticados	Nº médio de ITBL/caso	Nº de casos de com ITBL que iniciaram tratamento	Nº de casos de doença ativa nos rastreados
2013	166	9,5	37	2,2	34	0
2014	134	6,7	29	1,5	23	0
2015	121	6,1	37	1,9	31	3
2016	94	4,9	32	1,7	30	0
<b>TOTAL</b>	<b>515</b>	<b>6,8</b>	<b>135 (26,2%)</b>	<b>1,8</b>	<b>118 (87,4%)</b>	<b>3 (0,5%)</b>

Fonte: USP e CDP

Quanto ao resultado do tratamento dos casos de tuberculose ativa, 80,3% completaram o tratamento, houve um doente que interrompeu (1,3%) e os restantes 14 (18,4%) foram doentes que faleceram e um que emigrou, ou seja, não foram acompanhados até ao fim (Quadro 5). Atendendo a estes resultados, podemos dizer que praticamente atingimos o objetivo definido para 2016 que foi garantir a realização do tratamento completo, a 100% dos casos de tuberculose pulmonar diagnosticados.

**Quadro 6. Resultado do tratamento dos casos diagnosticados de tuberculose respiratória, no ACES, 2013-2016 (n=76)**

Ano	Tratamento completo	Transferência/Emigração	Óbito	Interrupção/Abandono
2013	15	1	1	0
2014	17	0	3	0
2015	14	0	6	0
2016	15	0	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>61 (80,3%)</b>	<b>1 (1,3%)</b>	<b>13 (17,1%)</b>	<b>1 (1,3%)</b>

Fonte: USP e CDP

Relativamente ao último objetivo operacional, que foi aumentar os hipertensos controlados em pelo menos 20%, até 2016, foi utilizado o indicador que mede a proporção de hipertensos com menos de 65 anos, com pressão arterial (PA) <150/90 mmHg (ID 2013.020.01), por ser o único indicador com histórico e porque mede os hipertensos controlados numa idade precoce traduzindo este controlo em maiores ganhos em saúde. Apesar dos valores desejáveis de pressão sistólica e diastólica nas idades jovens serem mais baixos, dependem também da coexistência de outras comorbilidades<sup>1</sup>. Foi usado este indicador e não um outro mais exigente - proporção de utentes com hipertensão arterial, dos 18 aos 64, com pressão arterial inferior a 140/90mmHg, ID 2013.316.01- por ser um indicador novo e só haver dados desde 2016. Dos resultados obtidos podemos concluir que o objetivo foi quase atingido, pois houve um aumento de 17,41% de hipertensos, com menos de 65 anos, controlados até 2016 (Quadro 7).

**Quadro 7. Proporção de hipertensos <65 anos, com pressão arterial (PA) <150/90 mmHg (ID 2013.020.01), no ACES, 2012-2016**

Ano	Hipertensos <65 anos e PA < 150/90	Hipertensos <65 anos	% hipertensos < 65 anos e PA < 150/90
2012	5645	9592	58,85
2013	6591	10171	64,80
2014	7478	10365	72,15
2015	7593	10301	73,71
2016	7891	10348	76,26

Fonte: SIARS, retirado a 12/04/2017

Para além da avaliação dos indicadores de saúde e operacionais foram avaliados os indicadores locais para a contratualização externa, propostos pela USP, de 2013 a 2016 (Quadro 8). Os indicadores locais foram definidos com base nas necessidades de saúde da população identificadas no PLS 2011-2016 e no Diagnóstico de situação de Saúde aquando da elaboração do Plano de Desempenho do ACES.

**Quadro 8. Indicadores propostos para a contratualização do ACES, 2013 a 2016**

Ano	Propostas de Indicadores
2013	Proporção de Hipertensos com <65 anos, com PA <150/90
	Proporção de Diabéticos com última HgbA1c <= 8,0%
2014 - 2016	Proporção de mulheres (50;70) anos, com mamografia (2 anos)
	Proporção de adultos com depressão, com terapêutica antidepressiva

Os indicadores locais da contratualização externa, em 2014 a 2016, foram diferentes de 2013 porque estes indicadores passaram a integrar os indicadores nacionais da contratualização interna, deixando assim de ser opção como indicador local para a contratualização externa. Para 2014-2016, foram utilizados os mesmos indicadores porque as novas regras da contratualização ditaram que os indicadores das contratualizações internas e externas se mantiveram por 3 anos.

Em 2013, foram propostos os indicadores proporção de hipertensos com <65 anos, com PA <150/90 mmHg (ID 2013.020.01), já analisado como objetivo

<sup>1</sup> Europe's Hypertension Strategy: Charting a Different Course? Shelley Wood June 12, 2014 [http://www.medscape.com/viewarticle/826599#vp\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/826599#vp_1)

operacional do PLS e a proporção de diabéticos com última HgbA1c  $\leq$  8,0% (ID 2013.039.01). Não foi proposto o indicador da proporção de diabéticos, com menos de 65 anos, com última HgbA1c  $\leq$  6,5% (ID 2013.091.01) por este apresentar um valor de hemoglobina glicada (HgbA1c) muito exigente e porque o indicador escolhido abrange um maior n.º de doentes. Dos resultados obtidos podemos concluir que, de 2013 a 2016, houve um aumento de 16,64% de diabéticos com última HgbA1c  $\leq$  8,0% (Quadro 9). Este resultado poderá ter também contribuído para a redução da TMP da diabetes até 2016.

**Quadro 9. Proporção de diabéticos com última HgbA1c  $\leq$  8,0% (ID 2013.039.01), no ACES, 2012-2016**

Ano	Diabéticos com última HgbA1c $\leq$ 8,0%	Diabéticos	% Diabéticos com última HgbA1c $\leq$ 8,0%
2012	4.687	8.304	56,44
2013	5386	9067	59,40
2014	6392	9428	67,80
2015	7076	9678	73,11
2016	7479	9835	76,04

Fonte: SIARS, retirado a 12/04/2017

Os indicadores locais propostos, para 2014 a 2016, tiveram como condicionante um menor n.º de indicadores elegíveis principalmente indicadores de resultado.

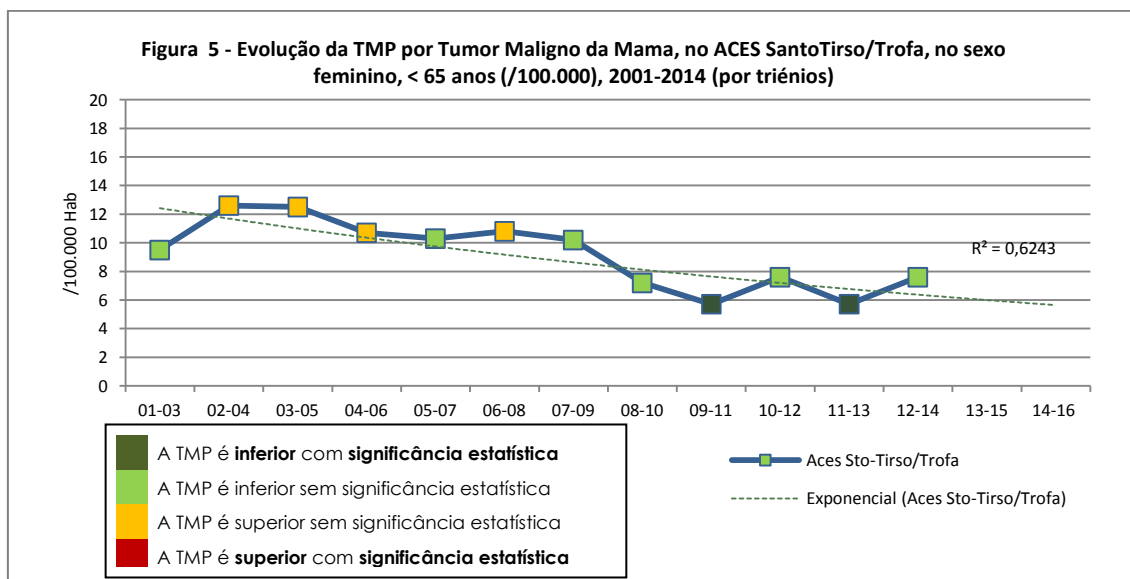
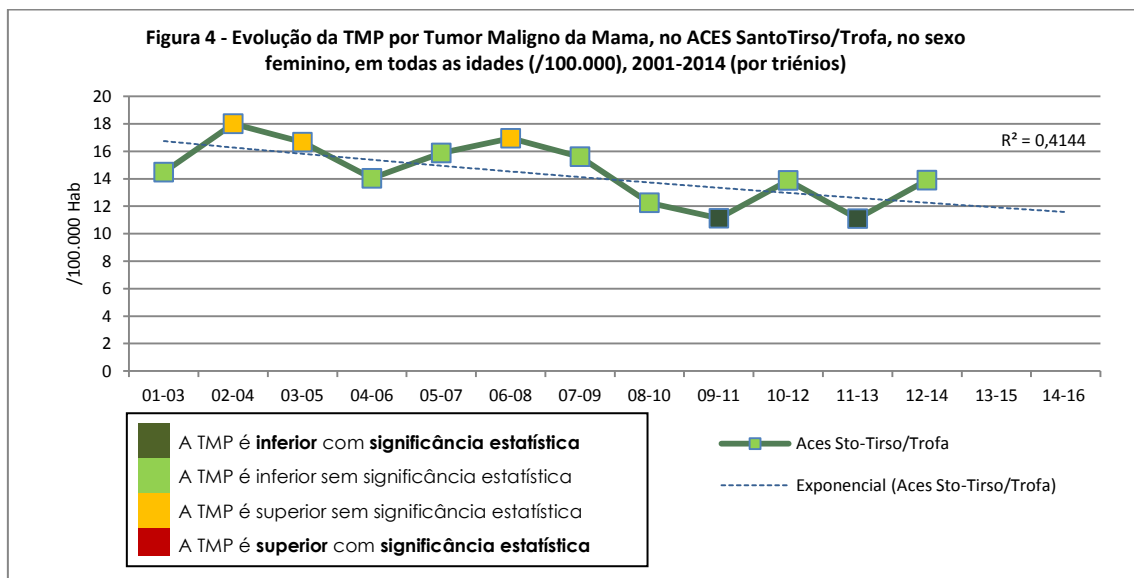
Entretanto, em 2014, foi identificado um outro problema de saúde - a mortalidade por carcinoma da mama em mulheres abaixo dos 65 anos. Apesar da evolução da TMP por carcinoma da mama feminina, em todas as idades e nas idades precoces (<65 anos), apresentar uma evolução favorável desde o triénio 2006-08 até ao triénio de 2009-11 (último dado conhecido), a mortalidade por carcinoma da mama feminina nas mulheres com menos de 65 anos foi sempre a 1ª ou 2ª causa de morte neste grupo (exceção em 2008-2011, que foi a 3ª causa de morte). Atendendo que o rastreio do carcinoma da mama, de forma oportunista, estava a ser implementado e avaliado através do indicador proporção de mulheres entre [50;70[ anos (ID 2013.044.01), foi proposto este indicador para garantir que a cobertura do rastreio pudesse manter ou até mesmo melhorar. Dos resultados obtidos podemos concluir que, de 2014 a 2016, houve um aumento de mamografia registadas de 5,36% (Quadro 10). É de referir ainda, que desde julho de 2016, que a ARSN assumiu a responsabilidade desse rastreio e o que se espera é que, com a introdução de mecanismos de controlo e garantia de qualidade, possamos ter maiores ganhos em saúde na população abrangida (45 aos 69 anos).

**Quadro 10. Proporção de mulheres entre [50;70[ anos, com mamografia registada nos últimos dois anos (ID 2013.044.01), no ACES, 2012-2016**

Ano	Mulheres com mamografia registada	Mulheres entre [50;70[ anos	% Mulheres com mamografia registada
2012	9746	16228	60,06
2013	10585	16390	64,58
2014	11138	16928	65,80
2015	11820	16925	69,84
2016	12052	17231	69,94

Fonte: SIARS, retirado a 12/04/2017

Da análise da evolução da TMP por tumor maligno da mama, verificamos que houve uma estabilização quer em todas as idades quer nas idades precoces, apesar do aumento do rastreio (Figuras 4 e 5).



A proposta de inclusão do indicador relacionado com a depressão como indicador local de contratualização deveu-se por um lado à identificação, no PLS, desta morbilidade como problema no nosso ACES e ao relatório sobre a carga global da doença na RN de Portugal <sup>2</sup>. Neste relatório, os episódios depressivos (unipolar) são a segunda doença que mais contribui para o total de anos de vida saudável perdidos (DALY) na RN. Da análise do único indicador existente para esta morbilidade, no SIARS, podemos verificar que aumentou o nº de adultos com depressão e também com depressão a fazer terapêutica, de 2014 a 2016. Como este indicador depende muito da qualidade dos registos, através dos resultados podemos inferir que este indicador ainda precisa de ser trabalhado assim como a codificação da depressão no SClínico.

**Quadro 11. Proporção de adultos com depressão, com terapêutica antidepressiva (ID 2013.055.01), 2012-2016**

Ano	Nº de adultos com depressão, com terapêutica anti-depressiva	Nº adultos com depressão	Proporção de adultos com depressão, com terapêutica anti-depressiva
2012	2310	8363	27,62
2013	2701	9440	28,61
2014	3128	10012	31,24
2015	3834	10029	38,23
2016	4238	10527	40,26

Fonte: SIARS, retirado a 12/04/2017

<sup>2</sup> Carga Global da Doença na região Norte de Portugal; Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, abril (2011)

## Implementação

### Análise qualitativa do processo de implementação

Em 2014, a USP realizou uma análise ao processo de implementação do PLS tendo por base os três fatores-chave considerados para o sucesso da sua implementação e que são:

- qualidade do processo de construção do PLS – componentes principais: diagnóstico de situação de saúde, estratégias de saúde, objetivos de saúde, plano de monitorização e avaliação e plano de comunicação;
- participação precoce das principais partes interessadas – por exemplo, participação das principais entidades internas e externas à saúde na identificação e hierarquização das necessidades de saúde e dos principais recursos da comunidade
- grau de compromisso e apoio de cada uma das principais partes interessadas – assunção de um compromisso social, através da disponibilização dos recursos necessários ao desenvolvimento das estratégias de saúde com maior impacto esperado nas necessidades de saúde da população

Considerando o primeiro ponto, a qualidade do processo de construção do PLS, o documento elaborado apresentou todos os componentes essenciais com a exceção do Plano de Comunicação que embora não explicitado foi programado e realizado, a nível interno com os Coordenadores das Unidades Funcionais e Conselho da Comunidade e externo com a comunicação à comunidade, Câmaras Municipais de Santo Tirso e Trofa, parceiros externos e comunicação social.

Quanto à participação precoce das principais partes interessadas no processo de construção do PLS houve envolvimento da maioria dos profissionais da USP, do Diretor Executivo e Conselho Clínico mas não das restantes Unidades Funcionais do ACES. A desagregação das Unidades Funcionais (UF) do ACES e a falta de sentimento de pertença a uma estrutura mais ampla dificultou o processo de envolvimento das Unidades para que fossem cumpridos os prazos para elaboração do PLS. O envolvimento do Centro Hospitalar Médio Ave (CHMA) não aconteceu porque na altura não existia uma articulação efetiva entre ambas as partes mas atualmente estão a ser construídas as condições para se criarem pontos de colaboração interinstitucionais. Os parceiros externos também não participaram na elaboração do documento, nem identificaram os recursos da comunidade disponíveis e/ou a disponibilizar para cada necessidade de saúde identificada devido ao tempo disponível para a sua elaboração e à estrutura organizacional do ACES na altura. No entanto, ressalva-se a receptividade dos parceiros externos na cedência de informação solicitada pela USP, para atualização do diagnóstico de situação ou outras situações.

Analisando o grau de compromisso e apoio das partes interessadas no PLS até à data, a nível interno, podemos dizer que tanto o compromisso do Diretor Executivo como o do Conselho Clínico foi bastante satisfatório, uma vez que as

prioridades definidas no PLS estão vertidas no Plano de Desempenho e de Ação do ACES. Relativamente à USP, consideramos que o grau de compromisso e apoio ao Plano foi satisfatório, no entanto, a dispersão dos profissionais da Unidade por outras atividades assumidas no processo de contratualização e a escassez de recursos humanos foram os principais fatores de constrangimento identificados para o grau de compromisso e apoio prestados ao PLS. As Unidades Funcionais estiveram pouco comprometidas com o PLS, resumindo o seu contributo ao trabalho desenvolvido para o atingimento das metas contratualizadas, interna e externamente, nomeadamente as relacionadas com controlo e vigilância dos fatores de risco da diabetes e das doenças cerebrovasculares e posteriormente com o deteção precoce do carcinoma da mama feminina e tratamento das depressões identificadas. Até à data, ainda não foi possível comprometer o CHMA no processo de implementação do PLS.

Apesar dos constrangimentos invocados, o Plano de Desempenho do ACES foi elaborado tendo por base as principais necessidades de saúde da população definidas no PLS, assim como, orientou para a definição dos indicadores locais de contratualização de 2013 e 2014-16.

A inclusão no plano de atividades das diversas unidades funcionais do ACES, das estratégias identificadas que vão de encontro às necessidades de saúde definidas no PLS ainda não é uma realidade, acontecendo o mesmo com os parceiros externos ao setor da saúde, provavelmente devido à não participação precoce destes na fase de construção do Plano e na comunicação menos eficiente na fase da sua divulgação.

Por fim, considerando as três fases do processo de implementação do PLS – adoção, implementação inicial e implementação contínua- consideramos que na altura estávamos na segunda, ou seja, de implementação inicial situação que se manteve até 2016. Esta fase considera que existe já um certo grau de operacionalização do PLS, através do desenvolvimento de algumas estratégias de saúde dirigidas a necessidades de saúde identificadas no PLS, operacionalizadas através dos planos de atividades de alguns serviços/unidades de saúde e/ou parceiros externos. Mais uma vez é reforçado aqui que existem atualmente fatores facilitadores para o processo de implementação do PLS como a boa comunicação interna e externa, o envolvimento da USP e da Direção do ACES, as reuniões de acompanhamento da implementação do PLS mas também alguns constrangimentos já referidos como o pouco compromisso na fase de implementação do PLS, a ausência de envolvimento das diferentes entidades da comunidade e, na altura, a alteração dos órgãos dirigentes nas autarquias e centro hospitalar.

Após esta reflexão, parece primordial a participação precoce das principais partes interessadas, internas e externas, na atualização do diagnóstico de situação que culmina na identificação das necessidades de saúde até à elaboração da extensão do PLS para que ocorram mudanças significativas na saúde da nossa população.



## Recomendações

As recomendações apresentadas no PLS para o cumprimento dos objetivos de saúde mantêm-se válidas e assentam nas seguintes estratégias de saúde:

- Aumentar o consumo diário de frutas e legumes;
- Aumentar a prática regular de exercício físico na população do ACES;
- Reduzir o número de pessoas com obesidade e excesso de peso;
- Prevenir e controlar o tabagismo;
- Aumentar o acesso às consultas de vigilância da população do ACES;
- Identificar portadores de fatores de risco de vir a desenvolver diabetes na população do ACES;
- Implementar programas de intervenção comunitária destinados à população em geral visando a prevenção primária da diabetes;
- Melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial.
- Aumentar os rastreios aos conviventes dos doentes bacilíferos;
- Aumentar a qualidade da estratégia TOD implementada no ACES;

Estas estratégias visam sobretudo a prevenção primária, secundária e terciária que pretendem diminuir a incidência, a prevalência e a incapacidade relacionada com a doença. As orientações programáticas dos programas nacionais definem os objetivos nacionais e as normas de orientação clínica, com as recomendações e níveis de evidência apresentados a apontarem para melhorar a prática existente com conseqüente melhoria custo-benefício.

Como já foi referido, encontramos-nos no fim de um ciclo. O diagnóstico de saúde atualizado, com caracterização mais abrangente daquilo que são os determinantes de saúde, a morbilidade e a mortalidade da nossa população será crucial para a definição dos problemas de saúde, até 2020. O PLS revisto terá como objetivo a melhoria do estado de saúde actual; para isso, terá que contribuir para a redução das desigualdades em saúde existentes.

Por fim, será necessária uma maior participação interna e externa, quer na definição dos problemas de saúde e sua priorização, quer no compromisso para alcançar o estado de saúde desejado.