



Plano Nacional de Saúde

Resenha dos Planos de Saúde: Nacional - Regionais - Locais

PLANO NACIONAL DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE
NOVEMBRO 2015



Resenha dos Planos de Saúde: Nacional - Regionais - Locais

PLANO NACIONAL DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE
NOVEMBRO 2015

ISSN: 978-972-675-232-5

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530/1
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

AUTOR

Equipa Técnica do Plano Nacional de Saúde

LAYOUT

Pinto Azul, Unipessoal Lda.
Calçada Santo António, nº9 R/C Dtº . 1150-313 Lisboa
Lisboa, novembro de 2015

Resenha dos Planos de Saúde: Nacional - Regionais - Locais

► O Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde.

A recente revisão e extensão do PNS a 2020 (<http://pns.dgs.pt/>) está alinhada com os princípios e orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia (aprovada por todos os Estados em setembro de 2013), e tem em consideração as recomendações do relatório de avaliação da implementação do PNS 2012-2016 apresentado em outubro de 2014 pela OMS-Euro, bem como a mais recente evidência disponível, fornecida através dos Roteiros de Intervenção do PNS elaborados por peritos em diferentes temáticas da saúde (também consultáveis no site do PNS).

Foi recolhida informação sobre os Perfis de Saúde e os Planos de Saúde dos diferentes níveis de organização dos cuidados de saúde do país. O nível local, como vem sempre sendo referido nas diferentes versões do Plano Nacional de Saúde, tem uma responsabilidade de planeamento e de atividades ímpar. São as comunidades que de facto podem permitir melhores ou piores sucessos no bem comum da saúde. Esta publicação online, cujo lançamento ocorre no seminário sobre Estratégias Locais de Saúde, inserido no âmbito do *Biennial Collaborative Agreement* (BCA) assinado em Maio de 2014 com a Organização Mundial de Saúde - Região Europa, traduz um carácter inovador e um papel agregador apresentando uma súmula do Perfil e do Plano Nacional de Saúde, bem como de todos os Perfis Regionais/Locais e Planos Regionais/Locais de Saúde. Trata-se de uma versão de trabalho que será melhorada com o contributo de todos.

Agradecemos a todos os profissionais, a nível regional e local, que participaram na elaboração deste documento. Sabemos que o êxito da implementação dos planos requer a partilha de experiências entre os responsáveis e profissionais de saúde, mas, e sobretudo sabendo ouvir e interpretar o sentido de necessidade das populações.

Nota: Os conteúdos relativos a cada unidade de saúde são da inteira responsabilidade das próprias.

Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020

► O documento a Saúde dos Portugueses (DGS, 2015) apresenta o perfil da Saúde dos cidadãos residentes no território nacional desde 2008 a 2014, traduzidos nos principais indicadores de saúde listados na tabela *infra*.

Anos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
População residente (x1 000)	10 563,0	10 573,5	10 572,7	10 542,4	10 487,3	10 427,3	10 374,8
Número de nados vivos	104 594	99 491	101 381	96 856	89 841	82 787	82 367
Número de óbitos (a)	104 280	104 434	105 954	102 848	107 612	106 545	104 790
Saldo fisiológico	314	-4943	-4573	-5992	-17 771	-23 758	-22 423
Índice sintético de fecundidade (descendência média / mulher)	1,40	1,35	1,39	1,35	1,28	1,21	1,23
Taxa bruta de natalidade (/1 000 habitantes)	9,9	9,4	9,6	9,2	8,5	7,9	7,9
Taxa bruta de mortalidade (/1 000 habitantes)	9,88	9,88	10,02	9,74	10,23	10,19	10,07
Taxa de mortalidade infantil (/1 000 nados vivos)	3,25	3,64	2,53	3,12	3,37	2,95	2,80
Taxa de mortalidade neonatal (/1 000 nados vivos)	2,1	2,5	1,7	2,4	2,2	1,9	2,1
Taxa de mortalidade neonatal precoce (/1 000 nados vivos)	1,5	1,7	1,1	1,5	1,5	1,2	1,5
Taxa de mortalidade pós-neonatal (/1 000 nados vivos)	1,2	1,2	0,9	0,7	1,2	1,0	0,8
Taxa de mortalidade perinatal de 28 e mais semanas (/1 000 (nados-vivos e fetos mortos ≥ 28 semanas)	4,0	4,6	3,5	3,9	4,2	3,4	3,7
Taxa de mortalidade fetal de 28 e mais semanas (/1 000 (nados-vivos e fetos mortos ≥ 28 semanas)	2,5	2,9	2,4	2,3	2,8	2,2	2,3
Mortalidade antes dos 5 anos de idade (/1 000 nados vivos)	4,0	4,5	3,2	3,8	4,1	3,8	3,5
Mortalidade materna (/100 000 nados vivos)	3,82	7,04	7,89	5,16	4,45	6,04	--
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (/100 000 habitantes)	316,7	313,4	316,7	299,0	311,7	300,5	--
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares (/100 000 habitantes)	136,8	133,9	135,1	125,3	128,6	117,2	--
Taxa de mortalidade por tumores malignos (/100 000 habitantes)	225,4	228,4	234,2	241,9	244,4	247,4	--
Taxa de mortalidade por tumor maligno do cólon e reto (/100 000 habitantes)	33,8	33,9	35,1	35,9	35,9	36,8	--
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório (/100 000 habitantes)	108,8	114,5	110,7	112,9	132,2	120,6	--
Taxa de mortalidade por acidentes de transporte (/100 000 habitantes)	9,9	9,8	9,4	9,1	6,7	7,2	--
Óbitos prematuros (óbitos antes de 70 anos)	25 394	25 359	24 850	24 503	24 197	24 055	23 207
Proporção de óbitos prematuros (óbitos antes de 70 anos/total de óbitos) (%)	24,4%	24,3%	23,5%	23,8%	22,5%	22,6%	22,1%
Anos potenciais de vida perdidos por todas as causas de morte, antes 70 anos (x1 000)	387,1	383,3	366,8	355,1	342,9	328,7	--
Triénios	2006 - 2008	2007 - 2009	2008 - 2010	2009 - 2011	2010 - 2012	2011 - 2013	2012 - 2014
Esperança de vida à nascença (HM)	78,74	78,94	79,29	79,55	79,78	80,00	80,24
Esperança de vida à nascença (H)	75,49	75,84	76,17	76,47	76,67	76,91	77,16
Esperança de vida à nascença (M)	81,81	81,87	82,19	82,43	82,59	82,79	83,03
Esperança de vida aos 65 anos (HM)	18,21	18,28	18,59	18,75	18,84	18,97	19,12
Esperança de vida aos 65 anos (H)	16,35	16,48	16,74	16,92	16,94	17,07	17,23
Esperança de vida aos 65 anos (M)	19,70	19,74	20,03	20,20	20,27	20,40	20,55

(a) Óbitos de indivíduos residentes em Portugal
Fonte: INE, 2015

► O Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 organiza-se em cinco partes: i) Enquadramento; ii) Metas de Saúde iii) Modelo Conceptual: Eixos Estratégicos; iv) Orientações para a Implementação; v) Monitorização.

O Plano Nacional de Saúde mantém um compromisso para o futuro, a 2020, e visão proativa no seu desenvolvimento, de forma a incorporar todas as tendências da sociedade portuguesa, através do acolhimento de novas e melhores recomendações e da atualização da situação nacional e internacional. Como os resultados em saúde são decorrentes de cadeias de valor, o Plano Nacional de Saúde deve assim ser considerado como um instrumento que pretende integrar e focar os esforços de todos. Visa, essencialmente, servir de plataforma de entendimento e de convergência que eleve a capacidade de todos para se perseguirem os objetivos comuns do Sistema de Saúde e a melhoria da saúde da população. Por outro lado, no seio do Ministério da Saúde deve-se orientar: o financiamento e a contratualização dos serviços prestadores de cuidados de saúde; particularmente os do Serviço Nacional de Saúde, a gestão de recursos, a introdução de novas tecnologias, nomeadamente na área do medicamento e dispositivos médicos. O poder de influência do Plano Nacional de Saúde estará naquilo que os agentes da sociedade e os cidadãos queiram dele fazer. Espera-se que este desígnio seja parte da missão de todos e de cada um, sejam Governo, instituições de saúde ou de outros sectores, públicos ou privados, sociedade civil, comunidades ou cidadãos.

VISÃO

O Plano Nacional de Saúde (PNS) dá continuidade à visão estabelecida nos anteriores planos, isto é, visa-se maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.

Propõe-se como desígnios para 2020 a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde.

METAS A 2020

O PNS propõe quatro metas para 2020, das quais duas ficam condicionadas a desenvolvimento atempado do sistema de informação.

Portugal é um país com baixa natalidade, uma população envelhecida, portadora de patologia crónica múltipla. Este documento visa dar uma resposta a este cenário epidemiológico e demográfico contribuindo para que se incentive a natalidade, para que os jovens venham a ser adultos mais saudáveis e para que existam respostas rápidas e eficazes aos desafios lançados tanto pelas doenças de evolução prolongada, doenças transmissíveis e trauma, como pelas emergências de saúde pública.

A. Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos) para um valor inferior a 20%

A taxa de mortalidade prematura antes dos 70 anos de idade foi em 2012 de 22,8%. A projeção deste indicador para 2020 é de uma taxa previsível entre 20,5% e 22,0%. Esta revisão do PNS assume o compromisso pela redução progressiva da mortalidade prematura, que deverá ficar em linha com o compromisso assumido

para 2020, abaixo dos 20% (Um Estado Melhor, 2014). Esta meta alinha-se com o compromisso nacional na Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas).

B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%

A esperança de vida saudável aos 65 anos é em Portugal, em 2012, de 9,9 anos para homens e de 9,0 anos para as mulheres (Fonte: EUROSTAT) valor este inferior ao melhor valor dos países da União Europeia em 2011 de 13,9 anos para homens e de 15,2 anos para mulheres na Suécia. A projeção linear a 2020 identifica que os valores a atingir neste indicador serão de cerca de 12,9 anos para os homens e de 11,7 anos para mulheres. O indicador é medido em termos europeus e possível de monitorizar. Atendendo a que o horizonte 2020 é relativamente curto considera-se que valor de 30% de ganhos é a meta a alcançar, pelo que programas que foquem o grupo etário dos 50 – 60 anos devem ser considerados, nomeadamente para a carga de doença relacionada com a incapacidade.

Os indicadores relativos a consumo e exposição ao tabaco e da obesidade infantil e em idade escolar não são recolhidos sistematicamente e por isso muito difíceis de monitorizar, bem como de projetar para 2020.

No que se refere à obesidade infantil a recolha de indicadores é morosa, estando a ser monitorizados de 3 em 3 anos com medições em 2008, 2010, 2013 em crianças em idade escolar. Este processo iniciou-se na Europa com o projeto COSI OMS-Europa, em Portugal a DGS realiza a monitorização com a colaboração de todas as ARS.

A evidência prova que estes são dois fatores que melhor podem condicionar a saúde das gerações futuras. Assim, consideram-se como indicadores a estabelecer metas para 2020 que só serão possíveis de quantificar na garantia que o sistema de informação promova a seu efetivo calculo. O sistema de recolha de informação deverá estar garantido até a junho de 2016.

C. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental

O consumo de tabaco constitui um dos comportamentos de risco com mais impacto na população portuguesa:

- Em Portugal, de acordo com estimativas de 2010 do Global Burden Diseases, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11 800 pessoas, das quais 845, em consequência da exposição ao fumo ambiental. No mesmo ano, estimou-se que a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco tenha sido de 103,06 por 100 000 habitantes
- Em 2012, mais de um quarto da população dos 15-64 anos, era consumidora de tabaco (III inquérito Nacional do Consumo de Substâncias Psicoativas da População Geral)
- Um estudo do Eurobarómetro relativo a 2008 permite concluir que apenas 32% dos jovens inquiridos dos 15-24 anos, consideram que o consumo de tabaco tinha elevado risco para a saúde

D. Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020

A informação sobre o consumo alimentar permite identificar quem se encontra em risco nutricional, possibilitando uma adequada intervenção. Os elementos mais recentemente divulgados, respeitantes a 2013, dão-nos o seguinte panorama da situação atual:

- Mais de 50% dos adultos portugueses sofre de excesso de peso. A prevalência da obesidade traduz-se em cerca de 1 milhão de obesos e 3,5 milhões de pré-obesos
- Uma alimentação inadequada é a principal responsável pelos anos de vida prematuramente perdidos;
- Os grupos populacionais mais vulneráveis parecem estar mais expostos a situações de doença, excesso de peso e insegurança alimentar

O Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 poderá ser consultado em <http://pns.dgs.pt/>



Resenha dos Planos de Saúde - Nacional - Regionais - Locais

PLANO NACIONAL DE SAÚDE

E ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE

Administração Regional de Saúde Norte, IP
ACES Alto Ave - Guimarães / Vizela / Terras de Basto
ACES Ave - Famalicão
ACES Cávado I - Braga
ACES Cávado II - Gerês / Cabreira
ACES Cávado III - Barcelos/Esposende
ACES Douro I - Marão e Douro Norte
ACES Douro II - Douro Sul
ACES Entre Douro e Vouga I - Feira / Arouca
ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
ACES Grande Porto I - Santo Tirso / Trofa
ACES Grande Porto II - Gondomar
ACES Grande Porto III - Maia / Valongo
ACES Grande Porto IV - Póvoa de Varzim / Vila do Conde
ACES Grande Porto V - Porto Ocidental
ACES Grande Porto VI - Porto Oriental
ACES Grande Porto VII - Gaia
ACES Grande Porto VIII - Espinho / Gaia
ACES Tâmega I - Baixo Tâmega
ACES Saúde Tâmega II - Vale do Sousa Sul
ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte
ACES Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso
ULS Matosinhos, EPE
ULS Alto Minho, EPE
ULS Nordeste, EPE

NORTE

CENTRO

Administração Regional de Saúde Centro, IP
ACES Cova da Beira
ACES Dão Lafões
ACES Baixo Mondego
ACES Baixo Vouga
ACES Pinhal Interior Norte
ACES Pinhal Litoral
ULS Guarda, EPE
ULS Castelo Branco, EPE

LISBOA E VALE DO TEJO

Administração Regional de Saúde de Lisboa
e Vale do Tejo, IP
ACES Almada - Seixal
ACES Amadora
ACES Arco - Ribeira
ACES Arrábida
ACES Cascais
ACES Estuário - Tejo
ACES Lezíria
ACES Lisboa Norte
ACES Lisboa Central
ACES Lisboa Ocidental - Oeiras
ACES Loures - Odivelas
ACES Médio - Tejo
ACES Oeste - Norte
ACES Oeste - Sul
ACES Sintra

ALENTEJO

Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
ACES Alentejo - Central
ULS Baixo Alentejo, EPE
ULS Litoral Alentejo, EPE
ULS Norte Alentejo, EPE

ALGARVE

Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
ACES Algarve I - Central
ACES Algarve II - Barlavento
ACES Algarve III - Sotavento





Plano Nacional de Saúde

Norte //

Administração Regional de Saúde do Norte

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE NORTE, IP
ACES ALTO AVE - GUIMARÃES / VIZELA / TERRAS DE BASTO
ACES AVE - FAMALICÃO
ACES CÁVADO I - BRAGA
ACES CÁVADO II - GERÊS / CABREIRA
ACES CÁVADO III - BARCELOS / ESPOSENDE
ACES DOURO I - MARÃO E DOURO NORTE
ACES DOURO II - DOURO SUL
ACES ENTRE DOURO E VOUGA I - FEIRA/AROUCA
ACES ENTRE DOURO E VOUGA II - AVEIRO NORTE
ACES GRANDE PORTO I - SANTO TIRSO/TROFA
ACES GRANDE PORTO II - GONDOMAR
ACES GRANDE PORTO III - MAIA / VALONGO
ACES GRANDE PORTO IV - PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE
ACES GRANDE PORTO V - PORTO OCIDENTAL
ACES GRANDE PORTO VI - PORTO ORIENTAL
ACES GRANDE PORTO VII - GAIA
ACES GRANDE PORTO VIII - ESPINHO / GAIA
ACES TÂMEGA I - BAIXO TÂMEGA
ACES SAÚDE TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL
ACES TÂMEGA III - VALE DO SOUSA NORTE
ACES TRÁS-OS-MONTES - ALTO TÂMEGA E BARROSO
ULS MATOSINHOS, EPE
ULS ALTO MINHO, EPE
ULS NORDESTE, EPE



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE

1. Breve caracterização sociodemográfica

► A Região Norte (NUTS1II) compreende a área geográfica de influência das **oito NUTS III**: Minho-Lima, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega, Entre-Douro e Vouga, Douro e Alto Trás-os-Montes, num total de 86 municípios, com 3 666 234 residentes (estimativa anual da população residente, referente a 2012), representando cerca de **37% da população do Continente**. Tem-se assistido a um **duplo envelhecimento**, justificado pela diminuição da taxa de natalidade (7,3 nados vivos por cada 1 000 habitantes em 2013) e, simultaneamente, pelo aumento da esperança média de vida (81,0 anos, no triénio 2011-2013). A taxa de **mortalidade infantil**, que tem apresentado uma tendência decrescente nos últimos anos e valores inferiores aos do Continente, em 2013 assumiu o valor de 2,8‰. Os **fatores socioeconómicos** são dos principais determinantes da saúde. No 2º trimestre de 2015 a taxa de desemprego era de 13,7%, valor superior ao observado para Portugal (11,9%). O poder de compra *per capita* era, em 2011, de 89,2 e inferior ao do Continente (100,8). Os cuidados de saúde são, também, fatores determinantes da saúde. A **rede pública de cuidados de saúde** é constituída por: 21 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), 3 Unidades Locais de Saúde (ULS), 9 Centros Hospitalares e 4 Hospitais. Em 31 de dezembro de 2014 encontravam-se inscritos nos ACES/ULS da Região Norte 3 648 060 inscritos, dos quais 95,4% possuíam médico de família.

2. Breve caracterização da saúde da população

► Embora, no triénio 2010-2012, para **todas as idades**, as Doenças do Aparelho Circulatório continuem a ser a principal **causa de morte**, o decréscimo dos óbitos foi acentuado, ao contrário dos óbitos por tumores malignos, que têm vindo a aumentar. As doenças cerebrovasculares continuam a ser a principal causa de morte específica para todas as idades. Na **mortalidade prematura** (<75 anos), para ambos os sexos, observam-se os tumores malignos como primeira causa de morte; por causa específica, destacam-se o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão e o tumor maligno do estômago. A mortalidade prematura por estes tumores, bem como pela doença pulmonar obstrutiva crónica e pela doença crónica do fígado e cirrose é significativamente superior à observada para o Continente. A análise evolutiva da **mortalidade evitável** ao longo de quatro quinquénios, 1989-1993, 1994-1998, 2001-2005 e 2006-2010, permitiu observar que o peso relativo dos óbitos sensíveis à promoção da saúde em todos os óbitos prematuros sofreu uma pequena redução (-14,2%), enquanto que o peso dos óbitos sensíveis aos cuidados médicos teve uma redução mais acentuada (-42,9%). No que diz respeito à **morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários**, em 2012, para todas as idades e por sexo, as causas de doença mais registadas foram as perturbações depressivas e a diabetes. Embora o número de novos casos de **tuberculose** tenha vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, a taxa de incidência de tuberculose na Região Norte tem apresentado, continuamente, valores superiores aos de Portugal, sendo os ACES/ULS do Grande Porto os que apresentam valores mais elevados. Tem-se observado uma tendência decrescente do número de casos da **infecção VIH** por 100.000 habitantes, apresentando, em 2013, o valor de 6,1/100 000 habitantes, valor inferior ao de Portugal, com 10,5/100 000 habitantes no mesmo período. A **carga global de doença** permite quantificar a carga de mortalidade prematura e de incapacidade para as principais doenças ou grupos de doenças, usando como **medida-resumo da saúde da população** o DALY. Na Região Norte, as doenças cerebrovasculares são as

(não é possível definir um ano de referência, pois neste Perfil podemos encontrar, como mais atuais, dados referentes a 2011, 2012, 2013 e 2014, sendo que o princípio subjacente utilizado foi sempre o da "melhor informação disponível" e acessível ao nível regional; não sendo possível, por falta de espaço, utilizar texto e imagem, optou-se por usar, apenas, texto)

que mais contribuem para o total dos DALY, seguidas pelos episódios depressivos, pela doença isquêmica do coração, diabetes *mellitus* e perda de audição. Quanto aos **principais fatores de risco**, verificamos que é o tabaco o que apresenta maior peso no total dos DALY, seguido da tensão arterial elevada e do consumo de álcool, em ambos os sexos. Salientam-se, igualmente, o Índice de Massa Corporal e o colesterol elevados, bem como a inatividade física (apesar dos jovens da Região Norte, bem como os adultos, serem os que apresentam menores valores de atividade física sedentária, mas aquém dos níveis recomendados).

PLANO REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE NO ANO DE 2014-2016 (PRSN)

Indicador	Unidade	Sexo	Último valor			Projeções Região Norte			Definição da Meta	
			Continente	Norte	Período	Valor	Inferior	Superior	Período	Valor
MORTALIDADE										
Taxa bruta de mortalidade por doença cerebrovascular (I60-I69) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	HM	10,8	9,8	08-10	7,8	6,3	9,3	14-16	7,8
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (C33-C34) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	HM	14,0	14,5	08-10	16,4	14,8	17,9	14-16	< 16,4
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno do estômago (C16) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	HM	7,2	9,5	08-10	9,5	8,1	10,8	14-16	9,5
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno da mama feminina (C50) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	M	14,4	11,8	08-10	11,8	10,0	13,6	14-16	11,0
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno do cólon e recto (C18-C20) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	HM	8,7	7,5	08-10	8,2	7,2	9,1	14-16	< 8,2
MORBILIDADE										
Proporção de inscritos com diagnóstico de diabetes	/100 inscritos	HM	6,2	6,5	2012		n.a.		2016	6,5 - 12,9
Proporção de inscritos do sexo feminino com diagnóstico de perturbações depressivas	/100 inscritos	M	9,6	10,4	2012		n.a.		2016	10,0
Taxa de incidência de tuberculose	/100 000 habitantes	HM	23,6	27,2	2012	22,4	18,8	26,9	2016	22,4
Taxa de internamento padronizada por DPOC (população abaixo dos 70 anos)	/100 000 habitantes	HM	29,4	37,1	2009		n.a.		2016	27,0
Taxa de incidência da infeção VIH/sida	/100 000 habitantes	HM	12,5	7,6	2011	2,8	1,1	7,0	2016	3,0
DETERMINANTES DA SAÚDE/ FATORES DE RISCO										
Prevalência de hipertensão arterial	%	HM	42,1	37,0	2012		n.a.		2016	37,0
Prevalência de consumo de tabaco, em meio escolar (3º ciclo) nos últimos 30 dias (consumo atual)	%	HM	28,0*	29,0	2011		n.a.		2016	25,0
Prevalência de obesidade nas crianças escolarizadas entre os 6 e os 8 anos	%	HM	14,6*	14,3	2010		n.a.		2016	14,0
Proporção de jovens escolarizados, do 6º, 8º e 10º ano, com mais de um episódio de embriaguez	%	HM	24,9*	21,8	2010		n.a.		2016	20,0
Proporção de jovens escolarizados, do 6º, 8º e 10º ano, que praticam atividade física mais de três vezes por semana	%	HM	61,5*	57,0	2010		n.a.		2016	60,0

ACES ALTO AVE

PERFIL LOCAL DE SAÚDE - ACES ALTO AVE

Quem somos?

▶ O ACES Alto Ave abrange uma população residente de 253.793 habitantes, representando cerca de 7,0% da população da Região Norte (RN) (3 637 211 habitantes). Entre os dois últimos censos (2001 e 2011) a população do ACES diminuiu (-1,8%), contrariamente ao verificado para a RN e para o Continente, cuja população cresceu, respetivamente, 0,1% e 1,8%. O índice de envelhecimento (104,4) é inferior ao da RN (125,0) e ao do Continente (138,9). A esperança de vida à nascença (80,7 anos) tem aumentado em ambos os sexos e é inferior à da RN (81,0 anos) e à do Continente (80,8 anos). A taxa de natalidade (7,1 nados vivos por 1 000 habitantes, em 2013) tem diminuído de forma mais acentuada do que na RN e no Continente, apresentando valores comparativamente inferiores.

Que escolhas fazemos?

▶ A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (2,1% no triénio 2011-2013) tem diminuído, mantendo-se inferior à da RN (3,2%) e à do Continente (3,5%). A evolução da proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos (21,9% no triénio 2011-2013) mostra uma tendência inversa, mas com valores, no mesmo período, inferiores aos da RN (23,8%) e Continente (25,2%).

Nos determinantes da saúde, destaca-se a proporção de inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico ativo por abuso de tabaco, abuso crónico de álcool e excesso de peso.

Como vivemos?

▶ O número de desempregados inscritos no IEFP diminuiu em 2014, reforçando os sinais de recuperação dos últimos semestres, depois da tendência de crescimento exibida após o segundo semestre de 2008. O sexo feminino apresenta um número maior de desempregados do que o masculino. O nível de escolaridade da população melhorou entre 2001 e 2011, aproximando-se da RN e do Continente. A taxa de analfabetismo (5,4%) diminuiu em todos os concelhos, sendo que em Guimarães e Vizela os valores são menores do que na RN (5,0%) e no Continente (5,2%). O setor secundário é a principal fonte de emprego (50,8% da população), enquanto o setor terciário é o único a aumentar no período intercensitário 2001-2011, aproximando-se da tendência da RN e do Continente, onde é a principal fonte de emprego. A proporção de pensionistas da Segurança Social (327,8 por 1 000 habitantes) é superior à da RN (325,4) e inferior à do Continente (343,1). A proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) (21,3 por 1 000 habitantes) é inferior à da RN (44,6) e à do Continente (38,6). A taxa de criminalidade mostra uma tendência de estabilidade apresentando, em 2013, um valor (24,7 por mil habitantes) inferior ao da RN (31,5) e ao do Continente (34,9). O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem e o poder de compra per capita, são inferiores aos da RN e aos do Continente, em todos os concelhos. As infraestruturas ambientais abrangem a maior parte da população: 88% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 72% por sistemas de drenagem de águas residuais e 71% por estações de tratamento de águas residuais.

▶ Que saúde temos?

A proporção de nascimentos pré-termo (8,8% no triénio 2011-2013) diminuiu, mantendo a inversão da tendência crescente registada até ao triénio 2009-2011, apresentando, ao longo dos últimos triénios, valores superiores aos da RN e do Continente. A proporção de crianças com baixo peso à nascença (8,9% no triénio

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP) – ATUALIZAÇÃO JUNHO 2015

2011-2013) apresenta uma tendência de crescimento e, desde o triênio 2004-2006, apresenta valores superiores aos da RN e aos do Continente. A mortalidade infantil (2,8 óbitos infantis por 1 000 nados vivos no triênio 2011-2013), apresenta uma tendência evolutiva decrescente, com alguma estabilização nos últimos três triênios (2009-2011 a 2011-2013), e valores inferiores aos registrados na RN e no Continente, sobretudo, à custa das componentes fetal tardia e perinatal. No triênio 2010-2012, a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores inferiores aos da RN, sem significância estatística, para ambos o sexos e no sexo feminino, enquanto que no sexo masculino os valores são superiores sem significância estatística. No que diz respeito à morbidade nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, as causas de doença mais registadas são a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos e as perturbações depressivas, diabetes e obesidade. A taxa de incidência da infeção VIH mantém valores inferiores aos da RN e do Continente. O mesmo se verifica com a taxa de incidência de tuberculose (16,9/10⁵) que tem evoluído com variações mas com uma tendência geral decrescente.

ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE ACES ALTO AVE 2015			
	LINHA ESTRATÉGICA	PLANO DE ATIVIDADES / OBJETIVOS OPERACIONAIS	METAS / RESULTADOS
ACESSO	1. Consolidar a reforma dos CSP	Incrementar novas unidades	Criação USF Sr ^a Graça - Mondim
	2. Melhorar a resposta nos cuidados continuados integrados	Aumentar a oferta da ECCI (abranjer toda a área geográfica do ACES)	Criação ECCI Taipas
	3. Melhorar a resposta de cuidados no domicílio	Incrementar as vd médicas (UCSP)	15‰
DESEMPENHO	1. Promover a realização dos rastreios de base populacional	Realizar rastreio da retinopatia e ca mama	Aumentar em 10% adesão dos utentes aos programas
	2. Garantir o cumprimento dos programas prioritários do PNS	Desenvolvimento do PNS mental	Proporção adultos c/ depressão, c/ terapêutica anti-depressiva - 30%
	3. Promover contextos favoráveis à saúde e desenvolver abordagens de prevenção e controlo da doença	Reforço de intervenção escolar: passe, presse	Aumentar em 10% nº alunos em programa
EFICIÊNCIA / EFICÁCIA	1. Racionalizar custos de medicamentos	Aumentar prescrição de medicamentos genéricos	Proporção medicam. prescritos, que são genéricos - 57%
	2. Melhorar a eficiência operacional	Auditoria a duas NOC	Norma nº 005/2013 de 19/03/2013, atualizada a 21/01/2015 - avaliação do risco cardiovascular score; norma nº 034/2012 de 30/12/2012 Terapêutica farmacológica da depressão major e da sua recorrência no adulto
	3. Melhorar qualidade organizacional	Acreditação de novas unidades	5 USF
GESTÃO ORGANIZATIVA	1. Disponibilizar intranet para os profissionais do ACES para acesso aos serviços transversais às várias unidades orgânicas		
	2. Monitorização dos consumos logibéria - redução gastos		
	3. Identificar arquivo / património do ACES		
	4. Proporcionar a todos os profissionais oportunidades de valorização profissional - formação interna / externa		
GOVERNAÇÃO CLÍNICA	1. Iniciativas de articulação hospitalar		
	2. Aplicar anualmente dior USF / UCSP / UCC - relatório e medidas corretivas		
	3. Reunir, trimestralmente, com as unidades funcionais do ACES - conselho técnico		
	4. Acompanhamento ao desenvolvimento da carta de compromisso das UF: USCP, USF E USP		
	5. Campanha de sensibilização do cidadão para o uso prudente de antibióticos e o risco associado - GCL-PPCIRA		
	6. Realização do II Encontro dos Prestadores/ECL Alto Ave		
	7. Início do Programa de Vigilância Epidemiológica das Infeções do Local Cirúrgico (HELICS)		
	8. Protocolo de parceria para desenvolvimento de projeto do tabaco - saúde, município e escolas		

ACES AVE FAMALICÃO

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL LOCAL DE SAÚDE - ACES AVE FAMALICÃO NO ANO DE 2015

Caraterização socio-demográfica /Caraterização epidemiológica da população

► O ACES de Famalicão abrange a totalidade do Concelho de V. N. de Famalicão (Distrito de Braga e Província do Minho), com os seus 34 agrupamentos de freguesias. O Concelho tem uma área de 201,7 Km², uma população de 133.711 habitantes (censos de 2011), uma densidade populacional de 662,9 hab/Km², e um crescimento da população entre 2001 e 2011 de 4,9%. No triénio 2011-2013, a **esperança de vida à nascença** (81 anos) tem aumentado sendo igual à da Região Norte (RN) e superior à do Continente. Em 2013, o **índice de envelhecimento** (98,6) é inferior ao da RN e do Continente, o **índice de dependência de jovens** (21,2) tem diminuído entre 1991 a 2013, e o **índice de dependência de idosos aumentado** (20,9). A **taxa de natalidade** (7,4 nados vivos/ 1 000 hab, em 2013) tem diminuído de forma mais acentuada do que na RN e no Continente, com valor superior ao da RN e inferior ao do Continente. No triénio 2011-2013, a **proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos** (2,8%) tem diminuído, mantendo-se inferior à da RN e à do Continente e a **proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos** (23,1%) mostra uma tendência inversa, mas com valores, inferiores aos da RN e do Continente. O **nível de escolaridade** melhorou entre 2001 e 2011, mantendo-se acima da RN e do Continente e a **taxa de analfabetismo** (4,0%) diminuiu, sendo menor que na RN e no Continente. Em 2011, o **setor secundário** é a principal fonte de emprego (49,8% da população), seguido pelo **setor terciário** (49,1%), aproximando-se da tendência da RN e do Continente. No IEFP, o **número de desempregados** inscritos diminuiu em 2014, mas é ligeiramente maior no sexo feminino. Em 2013, **proporção de pensionistas da Segurança Social** (325,0 /1 000 habit) é inferior à RN e ao Continente. A **proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI)** (23,8/ 1 000 hab) é inferior à RN e ao Continente. A **taxa de criminalidade** tem estabilizado com um valor, em 2013, de 25,4 /1 000 hab, inferior ao da RN e ao do Continente. O **ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem** e o **poder de compra per capita**, são inferiores aos da RN e do Continente. Segundo informação do Departamento do Ambiente em 2013, 93% da população é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 73% por sistemas de drenagem de águas residuais e 100% por sistemas de recolhas de resíduos sólidos. Nos CSP e nos **determinantes da saúde**, a proporção de inscritos com diagnóstico ativo (SIARS dez 2014) por **abuso de tabaco, excesso de peso, abuso crónico do álcool e abuso de drogas**, é superior no sexo masculino. Os valores observados para o abuso de tabaco e abuso crónico do álcool são superiores aos registados no Continente mas inferiores aos da RN. No triénio 2011-2013, a **mortalidade infantil** (1,6 óbitos infantis /1 000 nados vivos), mantém uma tendência decrescente e inferiores aos da RN e do Continente. Destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, na **mortalidade proporcional** por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos. Já para a **população com idade inferior a 75 anos** os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão, registando valores ligeiramente superiores aos da RN. Como **morbilidade nos CSP**, (dez 2014), avaliada pela **proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2**, as causas de doença mais registadas são a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos e as perturbações depressivas, com valores inferiores aos da RN. A **taxa de incidência da infeção VIH** mantém valores inferiores aos da RN e do Continente. A **taxa de incidência de tuberculose** (11,2/10⁵) apresenta uma tendência decrescente, sendo inferior à RN e Continente.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES AVE FAMILICÃO NO ANO DE 2011-2016

Problemas de saúde identificados

1. Tumores malignos do estômago
2. Doenças cérebro e cardiovasculares
3. Diabetes *mellitus*
4. Episódios depressivos
5. Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão

► Tendo em conta os recursos da comunidade, foram definidas as seguintes estratégias de saúde: (Algumas fazem parte de mais do que uma necessidade de saúde, por isso estão numeradas com o n.º do problema)

- Promoção do diagnóstico e tratamento precoces (1, 2 e 3)
- Promoção de alimentação saudável (1)
- Promoção da investigação científica (1)
- Vigilância de grupos de risco (1, 2 e 3)
- Promoção de estilos de vida saudáveis, designadamente pelo combate ao tabagismo e alcoolismo (1)
- Criação de grupos de autoajuda para utentes e familiares (1 e 4)
- Articulação com os diferentes atores da comunidade: ACES, Hospitais, escolas, autarquia. IPSS, Segurança Social, GNR/PSP, estabelecimentos de restauração e bebidas... (1, 2, 3, 4 e 5)
- Promoção de estilos de vida saudáveis (atividade física, alimentação saudável, redução stress, combate ao tabagismo e sedentarismo, e prevenção da obesidade) (2 e 3)
- Promoção de afetos (4)
- Combate ao isolamento e solidão (4)
- Acompanhamento dos casos em risco (4)
- Formação profissional (4 e 5)
- Promoção do PELT (5)
- Redução da exposição ambiental ao fumo de tabaco (legislação e programas específicos) (5)

Recomendações/Atividades

► As recomendações baseadas na evidência disponível, nas intervenções que têm demonstrado ser efetivas e com impacto positivo na melhoria do estado de saúde da população, não podendo ser descuradas outras áreas de conhecimento/intervenção com programas já implementados no terreno:

- Implementar/manter/dinamizar em todas as escolas do ACES de Famalicão, o PASSE e o PELT
- Manter os programas desenvolvidos nos Jardins de Infância e 1º ciclo do ensino básico, tais como o Regime de Fruta Escolar (distribuição de fruta no parque escolar)
- Manter o programa “Entre Todos” (prevenção de consumos nocivos) e os programas de promoção de Saúde Mental em curso

- Aumentar o conhecimento de todos os profissionais de saúde sobre tabagismo
- Reforçar a consulta de cessação tabágica
- É ainda necessário aumentar o conhecimento sobre tumores malignos do estômago
- É fundamental o apoio/reforço de nutricionista tanto na prevenção primária (a nível das escolas, consultas ou em programas comunitários) como na secundária e terciária (mais a nível individual/consultas específicas)
- Desenvolver estratégias de promoção de atividades desportivas e de lazer
- Assegurar a atividade física nos estabelecimentos escolares e nas IPSS
- Assegurar a qualidade de registos clínicos no SAM
- Aumentar a qualidade do preenchimento das causas de morte nos certificados de óbito
- Criação de grupos de autoajuda
- Desenvolvimento de estratégias de combate ao isolamento

ACES CÁVADO I BRAGA

PERFIL DE SAÚDE - ACES CÁVADO I / BRAGA NO ANO DE 2014

Caracterização socio-demográfica:

► O ACES Cávado I Braga compreende a área geodemográfica do Concelho de Braga. A população residente, segundo a estimativa do INE de 2013 é de 181.847 pessoas. O crescimento populacional em Braga, no período de 2001 a 2011, foi de 17.302 pessoas, o que corresponde a um aumento populacional de 10,5%. Distribuição da população por sexo e grupo etário: dos 0-14 Homens 14 511, Mulheres 14 026; dos 15-24 Homens 11 008, Mulheres 10 582; dos 25-64 Homens 50 552, Mulheres 56 010; ≥65 Homens 10 435 e Mulheres 14 723. O índice de envelhecimento (88,2) tem apresentado um aumento constante ao longo dos últimos anos enquanto o Índice de dependência de jovens (22,3) tem vindo a diminuir. O índice de dependência de idosos é 19,6. A esperança de vida à nascença é de 82,2 anos (72,9 para os homens e 84,7 para as mulheres). Em relação aos nascimentos, em Braga, tal como na Região Norte e no Continente, o número de nados vivos tem diminuído ao longo dos últimos 5 anos. No ano de 2013 nasceram 1.505 crianças em Braga, cerca de 6% dos nascimentos da Região Norte, sendo a Taxa Bruta de Natalidade de 8,3‰ e o Índice Sintético de Fecundidade é inferior a 2,1.

Em 2011, o setor terciário económico apresentava-se como o setor de atividade mais representativo, sendo a Taxa de Desemprego de 13,18% (11,74 para os homens e 14,64 para as mulheres).

Caracterização epidemiológica da população:

► Mortalidade Infantil: em 2013 ocorreram 2 óbitos correspondendo a uma Taxa de Mortalidade Infantil de 1,3 crianças por 1 000 nados-vivos (Taxa de Mortalidade Fetal Tardia 0‰; Perinatal 0,6‰; Neonatal Precoce 0,7‰ e a Pós- neonatal 0,7‰). Mortalidade global: no ano de 2013 ocorreram 1209 de óbitos correspondendo a uma Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) de 6,6 óbitos por cada 1 000 pessoas. Os tumores malignos foram a principal causa de morte (nº de óbitos de 304; 26,7 % em relação ao total de óbitos) correspondendo a uma Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) de 166,9 por 100 000 habitantes correspondendo os Tumores Malignos da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão a 30,2; Cólon e Reto 18,7; estômago 18,1; próstata 11,5; mama feminina 7,1. Seguem-se as Doenças Cerebrovasculares (nº de óbitos 159; 14,0% em relação ao total de óbitos) correspondendo a TBM de 87,3 por 100 000 habitantes. A Pneumonia ocasionou 73 óbitos (6,4% em relação ao total de óbitos) e uma TBM de 40,1. Seguidamente as Causas Externas: 48 óbitos (4,2% em relação ao total de óbitos) e uma TBM 26,4, representando os acidentes de transporte 9 óbitos (0,8 % em relação ao total de óbitos) e uma TBM de 4,9; as lesões auto provocadas voluntariamente 13 óbitos (1,1 % em relação ao total de óbitos) e uma TBM 7,1; a Cardiopatia Isquémica 47 óbitos (4,1 em relação ao total de óbitos) e uma TBM de 25,8; A Diabetes *mellitus* 33 óbitos (2,9 % em relação ao total de óbitos) e uma TBM de 18,1; as Doenças crónicas do fígado 23 óbitos (2,0% em relação ao total de óbitos) e uma TBM de 12,6 e o SIDA 7 óbitos (0,6 % em relação ao total de óbitos) e uma TBM de 3,8. A mortalidade específica por pneumonia e doenças crónicas do fígado apresentam uma tendência crescente ao longo do último triénio, enquanto a mortalidade específica por causas externas tem apresentado uma tendência decrescente. A taxa de anos de vida potenciais perdidos, no triénio 2008-2010, por grandes grupos de causas para ambos sexos foram os tumores malignos (sexo masculino 1256,2 e sexo feminino 960,3), por causa de morte específica foram os acidentes de transporte para o sexo masculino (369,7 anos) e o tumor maligno da mama para o sexo feminino (286,7). Morbilidade: os problemas de saúde mais frequentes são as alterações do metabolismo dos lípidos, hipertensão sem complicações, perturbações depressivas, abuso

de tabaco, diabetes não insulino-dependente, hipertrofia prostática benigna, excesso de peso e obesidade. A taxa de notificação de tuberculose /100 000 habitantes no de 2013 foi de 15,9. A taxa de incidência de SIDA foi de 2,2 pessoas/100 000 habitantes em 2012. A população inscrita no ACES Cávado I Braga em dezembro de 2013 com diagnóstico ativo de abuso de tabaco era de 10,4% das pessoas inscritas (13,6% para os homens e 7,6% para as mulheres); com diagnóstico de obesidade 5,5% (4,8% para os homens e 6,2% para as mulheres); com excesso de peso 5,1% (5,7% para os homens e 4,6% para as mulheres); com abuso crónico de álcool 1% (1,7% para os homens e 0,3% para as mulheres); com diagnóstico de abuso de drogas 0,5% (0,6% para os homens e 0,2% para as mulheres). No que respeita às vacinas que conferem imunidade de grupo a cobertura vacinal da coorte dos indivíduos com 2, 6 e 14 anos de idade está acima dos valores recomendados.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES CÁVADO I / BRAGA NO ANO DE 2014-2016

Objetivos:

► Reduzir a taxa bruta de mortalidade prematura (<65 anos) em ambos sexos, por doenças cerebrovasculares, para 8,1/100 000 habitantes na população do ACES Cávado I Braga; por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, em ambos sexos, para 14/100 000 habitantes e por tumor maligno de estômago, para 12,5/100 000 habitantes; Manter a taxa bruta de mortalidade prematura (<65 anos) por tumor maligno do cólon e reto, em ambos sexos, em 3,7/100 000 habitantes e reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (<75 anos) por tumor maligno de mama feminina, para < 17,3 /100 000.

Estratégias/atividades:

► **Prevenção primária:** Prevenção do consumo de tabaco (dar continuidade ao Programa Escolas Livres de Tabaco nas escolas EB2,3 e secundárias); Aumento do consumo de frutas e legumes e redução do consumo de gorduras saturadas através do Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar, nos Jardins de Infância e escolas EB1 e dar continuidade ao controlo das máquinas de venda automática de alimentos nos Agrupamentos de Escolas; Promoção da prática de exercício físico (atividade física nas escolas, criação e dinamização de espaços para atividade física); Projetos de promoção do aleitamento materno; Prevenção do consumo de álcool (elaborar projetos estruturados e sustentáveis no âmbito do Programa de Saúde Escolar); Utilização dos meios de proteção individual nos locais de trabalho na prevenção do Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão; Divulgação de informação sobre estilos de vida saudáveis.

► **Prevenção secundária:** Consulta de cessação tabágica (rentabilizar os recursos humanos dos profissionais de saúde do ACES com formação nesta área); Controlo das dislipidémias, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e obesidade; Desintoxicação alcoólica (hospitalar ou em clínicas privadas, atividades conjuntas com o Instituto Droga Toxicoddependência); Tratamento médico ou cirúrgico atempado das cardiopatias isquémicas e enfartes do miocárdio; Continuação dos Rastreios e referência dos casos suspeitos de Tumor Maligno da Mama Feminino.

► **Prevenção terciária:** Via verde para os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC); Referência atempada para a consulta de Medicina Física e Reabilitação dos casos de AVC; Integração na Rede de Cuidados Continuados de Saúde Integrados nos casos de AVC, com possibilidade de recuperação funcional; Reinserção dos consumidores de álcool (atividades conjuntas com o IDT); Criação de grupos de auto-ajuda (Tumor Maligno da Mama Feminino e Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão).

Indicadores e metas de Saúde:

► TMB prematura por Doenças cerebrovasculares /100 000 habitantes em ambos os sexos: 8,1(Projeção 2014-2016:8,6); TMP prematura por Tumor Maligno da Mama Feminino /100 000 habitantes: <17,3; TBM

prematura por Tumor Maligno de Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão /100 000 habitantes em ambos os sexos: 14 (Projeção 2014-2016:14,9); TBM prematura por Tumor Maligno de Estômago/10 000 residentes em ambos os sexos: 12,5 (Projeção 2014-2016:13,1); TBM prematura por Tumor Maligno do Cólon e Reto/10 000 residentes em ambos os sexos: 3,7 (Projeção 2014-2016:3,7); Proporção de hipertensos, com acompanhamento adequado/100 inscritos em ambos os sexos: 35; Incidência amputações major Membro inferior (DM), em residentes/1 000 residentes em ambos os sexos: 0,2; Taxa de internamento DCV, entre residentes <65 anos/1 000 residentes em ambos os sexos: 4,1; Proporção de crianças escolarizadas entre os 6 e os 8 anos obesas/100 inscritos em ambos os sexos: <10,1; Proporção de utentes (> = 14 anos), com registo de hábitos tabágicos /100 inscritos em ambos os sexos: 75; Proporção de utentes (> =14anos), com registo de consumo de álcool/100 inscritos em ambos os sexos: 75; Proporção de utentes entre 50 e 75 anos com rastreio de cancro de CR/100 inscritos em ambos os sexos: 76; Proporção de crianças escolarizadas (JI e 1º e 2º ciclo alvo de intervenção curricular - Alimentação saudável em % ambos os sexos:55; Proporção de crianças escolarizadas (7º ao 9º ano) alvo de intervenção curricular - Prevenção do tabagismo em % ambos os sexos:25.

Prioridade de saúde identificadas:

► Os cinco principais problemas de saúde: Tumor maligno do cólon e reto; Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; Tumor maligno da mama feminina; Tumor maligno do estômago; Doenças cerebrovasculares. Necessidades de saúde identificadas: Menor Mortalidade e Morbilidade dos problemas de saúde prioritários identificados anteriormente. Determinantes da saúde: Menos hipertensos; Menos diabéticos; Menos obesos; Menos dislipidémicos; Menos consumo de tabaco; Menos consumo de álcool; Mais atividade física; Menos consumo de sal; Maior consumo de frutas e verduras.

Resultados:

► O Plano Local de Saúde aprovado em janeiro de 2015 contempla indicadores chave de monitorização e avaliação, sendo que a monitorização está prevista para o fim do ano de 2015 e a avaliação para o fim do ano de 2016.

ACES CÁVADO II GÊRES / CABREIRA

PERFIL DE SAÚDE - ACES CÁVADO II GERÊS / CABREIRA NO ANO DE 2015

Caracterização socio-demográfica

► A população residente abrangida, 107 618 habitantes (estimativas do INE, 2013), representa cerca de 3,0% da população da Região Norte (RN). Entre os anos 2001 e 2013, a população diminuiu 3%, ao contrário da RN e Continente que cresceu ligeiramente. O índice de envelhecimento (123,8) é inferior ao da RN (125,0) e Continente (138,9).

A esperança de vida à nascença (80,8 anos) tem aumentado mas mantém-se inferior à da RN e igual à do Continente. A Taxa de Natalidade em 2013 (6,9‰) é inferior à da RN e Continente com tendência decrescente.

O número de desempregados inscritos no IEFP diminuiu em 2014, com maior expressão no sexo feminino. O nível de escolaridade da população, com evolução favorável no período intercensitário mantém-se no entanto abaixo da RN e Continente. Também a taxa de analfabetismo (7,4%) diminuiu no mesmo período mas em 2011 ainda se mantinha superior à RN e Continente (5,0% e 5,2%).

Tal como na RN e Continente, os sectores primário e secundário sofreram uma redução, acompanhados de um aumento do sector terciário (58,0%), assim mesmo com valores inferiores à RN e Continente.

A proporção de pensionistas da segurança social (337,4‰) é superior à da RN (325,4‰) mas inferior à do Continente (343,1‰). A proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (16,1‰) é inferior à da RN (44,6) e Continente (38,6).

A taxa de criminalidade revela uma tendência crescente, sendo em 2013 (34,8‰), com valor superior ao da RN (31,5‰) e inferior ao Continente (34,9‰). O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem e o poder de compra per capita são inferiores ao da RN e Continente.

No ano 2009, as infra-estruturas ambientais abrangiam uma proporção da população inferior à da RN e Continente: sistemas públicos de abastecimento de água 90%; sistemas de drenagem de águas residuais 43%; estações de tratamento de águas 32%.

Caracterização epidemiológica da população

► A proporção de nascimentos pré-termo (6,2% no triénio 2011-2013) é inferior aos da RN e do Continente. A proporção de crianças com baixo peso à nascença (6,9% no triénio 2011-2013), embora com uma tendência crescente, apresenta valores inferiores aos da RN e aos do Continente.

A mortalidade infantil (1,6 óbitos infantis por 1 000 nados vivos no triénio 2011-2013), apresenta uma tendência decrescente de forma oscilatória e os valores observados são inferiores aos da RN e do Continente, em todos os seus componentes.

Na mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos destacam-se as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos. Já para a população com idade inferior a 75 anos os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão, registrando valores inferiores aos da RN.

No triênio 2010-2012 a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores superiores aos da RN, sem significância estatística. Destacam-se, pela negativa, as causas externas nomeadamente os acidentes de transporte e as lesões autoprovocadas intencionalmente, em ambos os sexos e no sexo masculino, com valores significativamente superiores aos da RN. As doenças do aparelho digestivo nomeadamente a doença crónica do fígado e cirrose, apresenta valores significativamente superiores aos da RN, em ambos os sexos e na sua desagregação.

No que diz respeito à morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico activo de ICPC-2, as causas de doença mais registadas são a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos e a diabetes *mellitus*, apresentando valores superiores aos da RN e do Continente, para ambos os sexos.

A taxa de incidência da infecção VIH ($2,8/10^5$) mantém-se, em 2013, abaixo dos valores observados na RN e no Continente. A taxa de incidência de tuberculose ($20,4/10^5$) evoluiu de forma oscilatória e com tendência decrescente sendo, ainda, inferior à observada na RN e no Continente.

Prioridades de saúde identificadas

1º Doenças Cerebrovasculares
2º Doenças do Fígado e Cirrose
3º Tumor Maligno da Mama Feminina
4º Acidentes de Transporte
5º Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES CÁVADO II GERÊS / CABREIRA NO ANO DE 2011-2016

Objetivos:

- Reduzir a TMP prematura por Doenças Cerebrovasculares para menos de 2,9/100 000 habitantes com idade inferior a 65 anos
- Reduzir a TMP prematura por Doenças do Fígado e Cirrose para menos de 6,7/100 000 habitantes com idade inferior a 65 anos
- Reduzir a TMP prematura por Tumor Maligno da Mama Feminina para menos de 13,3/100 000 habitantes com idade inferior a 65 anos
- Reduzir a TMP prematura por Acidentes de Transporte para menos de 5,0/100 000 habitantes com idade inferior a 65 anos
- Reduzir a TMP prematura por Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão para menos de 25,3/100 000 habitantes com idade inferior a 65 anos

Estratégias

- **Prevenção primária:** Prevenção do consumo de tabaco; aumento do consumo de frutas e legumes e redução do consumo de gorduras saturadas; promoção da prática de exercício físico; prevenção do consumo de álcool; projetos de promoção do aleitamento materno; utilização dos meios de protecção individual nos locais de trabalho na prevenção do tumor maligno de traqueia, brônquios e pulmão; vacinação e educação para a saúde para a prevenção da hepatite B; manutenção da divulgação de informação nos meios de comunicação social locais sobre estilos de vida saudáveis.
- **Prevenção secundária:** Consulta de cessação tabágica; controlo das dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e obesidade; desintoxicação alcoólica; tratamento médico ou cirúrgico atempado das cardiopatias isquémicas e enfartes do miocárdio; rastreios e referenciação dos casos suspeitos de tumor maligno da mama feminina.
- **Prevenção terciária:** Via verde para os AVC; referenciação atempada para a consulta de Medicina Física e Reabilitação dos casos de AVC; integração na RNCCI nos casos de AVC; reinserção social dos ex-alcoólicos; criação de grupos de auto-ajuda (tumor maligno da mama feminina e tumor maligno de traqueia, brônquios e pulmão).

Indicadores/Metas/Resultados

Nº	CÓD. FONTE	INDICADORES	FONTE DE DADOS	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO					
				Valor de Referência	Ano	Meta	RESULTADOS 2014		
							Valor	Ano	Variação
1		TMP prematura por Doenças cerebrovasculares (/100 000 habitantes)	INE/ARSN	8,6	07-09	< 2,9	7,4	08-09	-1,2
2		TMP prematura por Doenças do Fígado e cirrose (/100 000 habitantes)	INE/ARSN	12,2	07-09	< 6,7	11,8	08-09	-0,4
3		TMP prematura por Tumor Maligno da Mama Feminino (/100 000 habitantes)	INE/ARSN	10,9	07-09	<13,3	6,8	08-09	-4,1
4		TMP prematura por Acidentes de transporte (/100 000 habitantes)	INE/ARSN	12	07-09	< 5,0	10,1	08-09	-1,9
5		TMP prematura por Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão (/100 000 habitantes)	INE/ARSN	14	07-09	<25,3	13,8	08-09	-0,2
6		Incidência de amputações major em diabéticos/10 000 residentes	GDH/ACSS	0,3	2010	0,3	N.D.		
7		Taxa de internamento por doença cerebrovascular/10 000 residentes (0-64 anos)	GDH/ACSS	5,3	2010	5,3	N:D:		
8		Taxa de Internamento Padronizada por acidentes de transporte/100 000 residentes	GDH/ARSN	98,9	2008	98,5	N.D.		
9	2013.025.01 FX	Proporção de hipertensos, com acompanhamento adequado	SIARS	9,2	2013	30	34,7	2014	25,5

Nº	CÓD. FONTE	INDICADORES	FONTE DE DADOS	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO					
				Valor de Referência	Ano	Meta	RESULTADOS 2014		
							Valor	Ano	Varição
10	P SP K86 ou K87	Proporção de inscritos com registo de Hipertensão arterial	SIARS	23,5	2013	35	24,1	2014	0,6
11	2013.043.01 FX	Proporção Diabéticos com acompanhamento adequado	SIARS	31,6	2013	40	39,6	2014	8
12	P SP T89 ou T90	Proporção de inscritos com registo de Diabetes <i>mellitus</i>	SIARS	7,4	2013	7,4-12,9	7,6	2014	0,2
13	2013.044.01 FX	Proporção de mulheres (50-70 anos), com mamografia efetuada a cada dois anos	SIARS	45,2	2013	60	56,5	2014	11,3
14	2013.047.01 FX	Proporção de utentes (>= 14 anos), com registo de hábitos tabágicos	SIARS	42,4	2013	65	53,8	2014	11,4
15	2013.048.01 FX	Proporção de fumadores, com consulta relacionada com o tabaco, no último ano	SIARS	24,7	2013	50	27	2014	2,3
16	2013.053.01 FX	Proporção de utentes (>=14anos), com registo de consumo de álcool	SIARS	41	2013	55	54,2	2014	13,2
17	2013.054.01 FX	Proporção de utentes (>=14anos), com registo de consumo de álcool, com consulta relacionada nos últimos 3 anos	SIARS	62,9	2013	70	59,7	2014	-3,2
18	P SP T83	Proporção de inscritos com registo de Excesso de peso	SIARS	3,8	2013	6	5	2014	1,2
19	P SP T82	Proporção de inscritos com registo de Obesidade	SIARS	5,5	2013	7	6	2014	0,5
20	2013.034.01 FX	Proporção de obesos (>=14anos), com consulta relacionada nos últimos 2 anos	SIARS	53,3	2013	63	55,1	2014	1,8
21	USP_Est	Proporção de jovens escolarizados (7º ao 12º ano) fumadores	Escolas/ UCCs	13	2013	11	N.D.		
22	USP-SE	Proporção de crianças escolarizadas (II e 1º ciclo) alvo de intervenção curricular - Alimentação saudável	Escolas/ UCCs	39,5	2013	42	40,6	2014	1,1
23	USP-PLPTSE	Proporção de crianças escolarizadas (7º ao 9º ano) alvo de intervenção curricular - Prevenção do tabagismo	Escolas/ UCCs	0,7	2013	25	43,8	2014	43,1

ACES CÁVADO III

BARCELOS / ESPOSENDE

PERFIL DE SAÚDE - ACES CÁVADO III NO ANO DE 2013 E 2014

► Caracterização socio-demográfica

População residente (estimativas 2013), por sexo e por grupo etário

Local de Residência	Total			0 a 14 anos			15 a 64 anos			65 e + anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
ACES Barcelos/Esposende	153.813	73.885	79.928	23.530	12.065	11.465	107.647	52.426	55.221	22.636	9.394	13.242

Evolução da taxa bruta de natalidade (/1 000 habitantes) (1998, 2003, 2008, 2013)

Local de Residência	1998	2003	2008	2013
ACES Barcelos/Esposende	13,6	11,4	9,9	7,2

Evolução da taxa bruta de mortalidade (/1 000 habitantes) (1998, 2003, 2008, 2013)

Local de Residência	1998	2003	2008	2013
ACES Barcelos/Esposende	7,6	7,7	6,6	6,9

Índices demográficos (1911, 2001, 2011 e 2013)

	1991	2001	2011	2013
Índice de Envelhecimento	37,5	55,6	85,6	96,2
Índice Dependência Jovens	37,8	29,5	23,1	21,9
Índice Dependência Idosos	14,2	16,4	19,8	21,0

Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo, dezembro 2014 (ordem decrescente)

Diagnóstico ativo (ICPC-2)	HM	H	M
Abuso do tabaco (P17)	7,4	10,6	4,5
Excesso de peso (T83)	3,7	3,8	3,7
Abuso crónico álcool (P15)	1,1	1,8	0,4
Abuso de drogas (P19)	0,4	0,4	0,3

Evolução de indicadores de mortalidade infantil e componentes (2002-2004 a 2011-2013)

Indicador	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13
Tx mortalidade infantil	4,6	4,8	4,0	3,5	3,4	2,7	2,3	3,0	3,7	4,0
Tx mortalidade neonatal	2,4	2,7	2,2	2,5	2,6	2,0	1,4	1,6	2,2	2,6
Tx mortalidade neonatal precoce	1,9	2,3	1,8	1,9	1,7	1,1	0,9	1,2	1,5	1,1
Tx mortalidade pós-neonatal	2,2	2,1	1,8	1,0	0,9	0,7	0,9	1,4	1,5	1,3
Tx mortalidade fetal tardia	2,2	1,3	1,0	1,2	1,1	2,0	2,5	2,3	1,7	0,8
Tx mortalidade perinatal	4,1	3,7	2,8	3,1	2,8	3,1	3,4	3,5	3,2	1,8

Os problemas de saúde considerados prioritários, neste ACES, por uma equipa designada para o efeito foram os seguintes: Mortalidade por doenças cerebrovasculares; por cancro do pulmão; por cancro do cólon e reto; por diabetes *mellitus*; tuberculose pulmonar.

A priorização dos problemas de saúde foi efetuada por uma equipa constituída por quatro profissionais da USP de Barcelinhos, duas médicas de família, da USF de S. Brás, uma enfermeira da UCC de Barcelinhos e um interno do ano comum, na altura em estágio na USP.

Na priorização dos problemas de saúde do ACES foram tomados em consideração os seguintes critérios: Magnitude; Transcendência social; Vulnerabilidade.

Os problemas de saúde do ACES foram identificados através do diagnóstico de situação, dos concelhos de Barcelos e Esposende, do SIARS, da Equipa Projeto de Braga e do INE.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES BARCELOS / ESPOSENDE NO ANO DE 2011-2014

OBJETIVO GERAL	METAS	RESULTADOS
<p>1. Mortalidade por doenças cerebrovasculares no grupo etário <65 A, em 2016 - 75,8/100 000</p>	<p>1. % de alunos do 3º Ciclo com PELT, em 2013/14 - 10%</p> <p>2. Nº de utentes que frequentam a consulta de cessação tabágica, em 2014 - 60%</p> <p>3. Nº de utentes que frequentam a consulta e deixaram de fumar, em 2014 - 5%</p> <p>4. % de crianças de JI com PASSEzinho, em 2013/14 - 60%</p> <p>5. % de alunos do 1º Ciclo com PASSE, em 2013/14 - 60%</p> <p>6. % de HTA com pelo menos uma medição da PA, por semestre, em 2014 - 95%</p> <p>7. % de HTA com pelo menos um registo de IMC, em 2014 - 85%</p> <p>8. % de HTA >= 25 anos, com a vacina do tétano atualizada, em 2014 - 95%</p>	<p>1. % de alunos do 3º Ciclo, com PELT, em 2013/14 - 10,2%</p> <p>2. Nº de utentes com 1ª consulta de cessação tabágica, em 2014 - 74%</p> <p>3. Nº de utentes inscritos na consulta que deixaram de fumar, em 2014 - ?</p> <p>4. % de crianças dos JI, com PASSEzinho, em 2013/14 - 69,8%</p> <p>5. % de alunos do 1º Ciclo com PASSE, em 2013/14 - 59,2%</p> <p>6. % de HTA com pelo menos uma medição da PA, por semestre, em 2014 - 76,6%</p> <p>7. % de HTA com pelo menos um registo de IMC, em 2014 - 86,0%</p> <p>8. % de HTA >= 25 anos, com a vacina do tétano atualizada, em 2014 - 97,1%</p>
<p>2. Mortalidade por cancro do pulmão no grupo etário <65 A, em 2016 - 37,9/100 000</p>	<p>1. Nº de utentes que frequentam a consulta de cessação tabágica, em 2014 - 60</p> <p>2. Nº de utentes, inscritos na consulta que deixaram de fumar, em 2014 - 5</p> <p>3. % de alunos do 3º Ciclo com PELT, em 2013/14 - 10</p>	<p>1. Nº de utentes com 1ª consulta de cessação tabágica em 2014 - 74</p> <p>2. Nº de utentes inscritos na consulta que deixaram de fumar, em 2014 - ?</p> <p>3. % de alunos do 3º Ciclo, com PELT, em 2013/14 - 10,2</p>
<p>3. Mortalidade por cancro do cólon no grupo etário <65 A, em 2016 - 20,3/100 000</p>	<p>1. % de crianças de JI com PASSEzinho, em 2013/14 - 60%</p> <p>2. % de alunos do 1º Ciclo com PASSE, em 2013/14 - 60%</p> <p>3. Avaliação, por questionário, da % de alunos do 4º ano com consumo diário de fruta, em 2013/14</p> <p>4. Avaliação, por questionário, da % de alunos do 4º ano com consumo diário de legumes, em 2013/14</p> <p>5. Avaliação, por questionário, da % de alunos do 4º ano que praticou exercício físico durante uma hora, pelo menos 3 dias por semana, em 2013/14</p> <p>6. % de utentes de 50 a 75 anos com rastreio do cancro do cólon, em 2014 - 65%</p>	<p>1. % de crianças dos JI, com PASSEzinho, em 2013/14 - 69,8%</p> <p>2. % de alunos do 1º Ciclo com PASSE, em 2013/14 - 59,2%</p> <p>3. % de alunos do 4º ano com consumo diário de fruta, em 2013/14 (Inquérito)</p> <p>4. % de alunos do 4º ano com consumo diário de legumes, em 2013/14 (Inquérito)</p> <p>5. % de alunos do 4º ano que praticou exercício físico durante uma hora, pelo menos 3 dias por semana, em 2013/14 (Inquérito)</p> <p>6. % de utentes de 50 a 75 anos com rastreio do cancro do cólon, em 2014 - 56,7%</p>

OBJETIVO GERAL	METAS	RESULTADOS
<p>4.</p> <p>Mortalidade por Diabetes Mellitus no grupo etário <65 A, em 2016 – 18,8/100 000</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. % de Diabéticos com uma HbA1C, por semestre, em 2014 - 90% 2. % de Diabéticos com um exame aos pés, em 2014 - 88% 3. % de Diabéticos com controlo de peso, por semestre, em 2014 - 95% 4. % de Diabéticos com controlo de peso, por semestre, em 2014 - 95% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. % de Diabéticos com uma HbA1C, por semestre, em 2014 - 68,8% 2. % de Diabéticos com um exame aos pés, em 2014 - 78,8% 3. % de Diabéticos com controlo de peso, por semestre, em 2014 - ? 4. % de Diabéticos com controlo de peso, por semestre, em 2014 - 40,8%
<p>5.</p> <p>Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar (TP) em 2016 – 29/100 000</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rastreio de contactos próximos a todos os doentes com TP, notificados em 2014 2. Curar todos os doentes com TP, notificados em 2014 3. Tratar por Toma Observada Direta (TOD) todos os doentes com TP, notificados em 2014 4. Evitar que nenhum doente com TP abandone o tratamento, em 2014 5. Contribuir para que todos os doentes contagiosos usem máscara de proteção, em recintos fechados, em 2014 6. Cobertura de BCG de crianças <12 meses, em 2014 - 99% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rastreio de contactos próximos dos doentes com TP, notificados em 2014 - 100% 2. % de doentes com TP curados em 2014 - 100% 3. % de doentes com TP tratada por TOD em 2014 - 100% 4. Nº de doentes com TP que abandonou o tratamento em 2014 - 0 5. Nº de doentes com TP bacilífera não usou máscara de proteção em recintos fechados, em 2014 - 0 6. % de crianças <12 meses com BCG inoculado, em 2014 - 99,1%

ACES DOURO I MARÃO E DOURO NORTE

PERFIL DE SAÚDE - ACES DOURO I - MARÃO E DOURO NORTE NO ANO DE 2015

► O ACES Douro 1 – Marão e Douro Norte é composto por 7 concelhos: Alijó, Mesão Frio, Murça, Peso da Régua, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião e Vila Real. Abrange uma área de 1 214 Km² a que corresponde a uma densidade populacional de sensivelmente 84 hab./Km².

A população inscrita no ACES compreende 112.169 utentes, representando 2,8% da população da Região Norte. Entre os dois últimos censos (2001 e 2011) registou uma diminuição de 4,9% na população, sendo que apenas o Concelho de Vila Real apresentou um leve aumento da sua população (1 893 habitantes).

A presença marcante do rio Douro é o traço comum entre os diferentes concelhos, conferindo-lhe características muito singulares. Coração do Douro Vinhateiro e a região vitivinícola demarcada mais antiga do mundo, considerada “Património da Humanidade” confere o traço definidor da paisagem e das gentes.

Em 2013, o índice de envelhecimento corresponde a 162,0 sendo superior quer à RN (125,0) quer ao Continente (138,9); a taxa de natalidade tem vindo a diminuir, situando-se em 6,1 nados vivos por 1 000 hab., a esperança média de vida à nascença tem aumentado em ambos os sexos (80,6 anos) mantendo-se no entanto abaixo quer da RN (81,0 anos) quer do Continente (80,8 anos).

A taxa de analfabetismo tem vindo a diminuir situando-se em 2011 em 7,8%, ainda assim superior quer à RN quer ao Continente, respetivamente 5,0% e 5,5%. O sector terciário emprega 69,6% da população do ACES, valores acima dos encontrados na RN (61,6%). A proporção de pensionistas da Segurança Social (359,9 por 1 000 hab.) e a proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (48,9 por 1 000 hab.) é superior tanto à da RN como à do Continente. A taxa de criminalidade mantém-se abaixo da RN e do Continente, tendo decrescido ligeiramente no período intercensitário de 2001-2011 para 29,3 por mil hab.

As infraestruturas ambientais abrangem a maioria da população: 98% é servida por sistemas públicos de abastecimento de águas, 80% por sistema de drenagem de águas residuais e 82% por estações de tratamento.

Nos determinantes da saúde, os valores observados para o abuso crónico de álcool são superiores aos da RN e do Continente sobretudo no sexo masculino, enquanto no excesso de peso os valores são inferiores aos da RN e do Continente.

Destaca-se pela negativa, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho digestivo com valores superiores aos da RN com significância estatística para ambos os sexos e no sexo masculino. A mortalidade infantil (2,3 óbitos infantis por 1 000 nados vivos no triénio 2011-2013) apresenta uma tendência evolutiva decrescente, desde 2007-2009, sendo inferior à da RN e à do Continente.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DOURO I - MARÃO E DOURO NORTE NO ANO DE 2011-2016

Tendo em conta a metodologia de planeamento adaptada de Emílio Imperatori, e da comparabilidade das taxas de mortalidade padronizadas, fornecidas pelas diferentes fontes estatísticas (INE, DSP, DGS) quer em relação à RN e ao Continente ressaltam, com significância estatística, pela negativa, as patologias do Aparelho Digestivo; Doença Crónica do Fígado e Cirrose e Bronquite Crónica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma.

Objetivos:

► Diminuir o hiato relativamente à RN e ao Continente potenciando a obtenção efetiva de ganhos em saúde para a comunidade do ACES nomeadamente no que às prioridades encontradas diz respeito.

Estratégias:

Envolvimento participativo do Director Executivo, Conselho clínico e de saúde, Coordenadores e respetivas equipas multidisciplinares das diferentes UCCs, USFs, UCSPs bem como a Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes, parceiros da comunidade nomeadamente as Autarquias, Segurança social, Agrupamentos Escolares, bem como todos os outros *stackolders* da comunidade de forma a potenciar recursos e ações tendentes à melhoria da qualidade de vida percecionada pela população do ACES.

► **Indicadores:** Decorrem dos emanados pelas respetivas circulares normativas/Programas da DGS.

Prioridade de saúde identificadas:

► Patologias do Aparelho Digestivo (CID10:K00-K93)

Objetivo: Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Digestivo de 72,8 por 100 000 (2009) para 61 por 100 000 no triénio 2014-2016 na área de abrangência do ACES.

Estratégia: Aplicação e Monitorização do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Documento publicado em www.dgs.pt a 05/09/2012, nomeadamente à população estudantil, nos diferentes graus de ensino na área de abrangência do ACES através das diferentes equipas de saúde escolar e dos diferentes Nutricionistas da URAP. Foi criado o projeto “Escola amiga da nutrição e alimentação”, distinguidas com um selo de qualidade.

► Doença Crónica do Fígado e Cirrose (CID10: K70, K73-K74)

Objetivo: Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doença Crónica do Fígado e Cirrose <65 anos de 30,5 por 100 000 (2009) para 20 por 100 000 no triénio 2014-2016 na área de abrangência do ACES.

Estratégia: Aplicação e Monitorização da norma da DGS nº 30/2012 de 28 de dezembro relativa à deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo do álcool no adulto na área de abrangência do ACES através das diferentes equipas de saúde. Documento publicado em www.dgs.pt. Foram considerados quer na contratualização interna como externa a escolha de indicadores de desempenho para a monitorização da atividade desenvolvida neste âmbito.

► **Bronquite Crónica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma (CID10: J40-43,J45-46)**

Objetivo: Diminuir a Taxa de Mortalidade por Bronquite Crónica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma de 13,5 por 100 000 (2009) para 11 por 100 000 no triénio 2014-2016 na área de abrangência do ACES

Estratégia: Aplicação e Monitorização do programa Nacional para as doenças respiratórias da DGS, no âmbito do Despacho nº 404/2012 do DR nº 10 2ª série de 13 de janeiro; Aplicação da circular normativa da DGS nº 26/DSPPS de 28 de dezembro de 2007; Incentivo à realização de espirometria simples em doentes com patologia respiratória; Aplicação da circular informativa nº 40ª/DSPCD de 27 de outubro de 2009. Documentos publicados em www.dgs.pt. Foram considerados quer na contratualização interna como externa a escolha de indicadores de desempenho para a monitorização da atividade desenvolvida neste âmbito.

Resultados provisórios: Da avaliação intercalar realizada em 2014 e conhecidos os valores da taxa bruta de mortalidade quer para todas as idades quer para a população com idade inferior a 65 anos, do triénio 2010/2012 verificamos que se encontra abaixo do apresentado no triénio 2008/2010, em todas as prioridades identificadas, espera-se que a tendência de melhoria e de redução do hiato entre RN e ACES seja alcançada, refletindo ganhos efetivos na qualidade de vida da população. Continuamos no entanto a proceder à monitorização dos dados através do SIARS e dos indicadores contratualizados quer externa quer internamente e que refletem as prioridades identificadas.

ACES DOURO II SUL

PERFIL DE SAÚDE - ACES DOURO II - SUL

Caracterização socio-demográfica do ACES Douro Sul

► Abrange uma **população residente** de 72.229 habitantes (cerca de 2,0% da população da Região Norte). Entre os censos 2001 e 2011 diminuiu (-7,5%). O **índice de envelhecimento** (176,6) é superior ao da RN (125,0) e ao do Continente (138,9). A **esperança de vida à nascença** (81,1 anos) tem aumentado em ambos os sexos e é superior à da RN (81,0 anos) e à do Continente (80,8 anos). A **taxa de natalidade** (5,8 nados vivos por 1 000 habitantes, em 2013) tem diminuído, apresentando valores sempre inferiores aos da RN e aos do Continente.

Embora entre 2001 e 2011 a **taxa de analfabetismo** (8,6) tenha diminuído, em 2011 ainda era superior à da RN (5,0%) e à do Continente (5,2%), em todos os concelhos.

O **setor terciário** é o que mais emprega a população (63,1% da população), com valores superiores aos da RN (61,6%), mas inferiores aos do Continente (70,2%). A **proporção de pensionistas da Segurança Social** (356,4 por 1 000 habitantes) é superior à da RN (325,4) e à do Continente (343,1). A **proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI)** (45,3 por 1 000 habitantes) é superior à da RN (44,6) e à do Continente (38,6).

As **infraestruturas ambientais** abrangem a maior parte da população: 97% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 96% por sistemas de drenagem de águas residuais e 84% por estações de tratamento de águas residuais.

Caracterização epidemiológica da população

► A **proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos** (4,8% no triénio 2011-2013), mantém-se superior à da RN (3,2%) e à do Continente (3,5%). A evolução da **proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos** (20,9% no triénio 2011-2013) mostra uma tendência de crescimento, mas com valores, no mesmo período, inferiores aos da RN (23,8%) e Continente (25,2%). A **proporção de nascimentos pré-termo** (7,2% no triénio 2011-2013) mostra sinais de estabilização depois da tendência crescente verificada até ao triénio 2007-2009, apresentando, ao longo dos últimos triénios, valores inferiores aos da RN e aos do Continente. A **proporção de crianças com baixo peso à nascença** (8,3% no triénio 2011-2013) tem vindo a aumentar, apresentando valores ligeiramente inferiores aos da RN e aos do Continente.

A proporção de inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de **excesso de peso** (6,0) e **abuso crónico de álcool** (2,5), são superiores aos da RN e do Continente.

A **mortalidade infantil** (0,8 óbitos infantis por 1 000 nados vivos no triénio 2011-2013) apresenta uma tendência evolutiva decrescente, sendo inferior à registada na RN e no Continente, em todos os seus componentes.

Nota: A informação disponibilizada baseia-se no Diagnóstico da situação de Saúde (2014) e Plano Local de Saúde do ACES Douro II-Sul (2011-2016) elaborados pela USP e no Perfil local de Saúde 2015 do ACES Douro II-Sul disponível em: http://portal.arsNorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2015/PLS2015_A3_DouroSul.pdf.

Na **mortalidade proporcional**, para todas as idades e ambos os sexos, as doenças do aparelho circulatório (31,0), seguidas dos tumores malignos (21,2) destacam-se, pelo seu maior peso relativo. Na **população com idade inferior 75 anos os tumores malignos** (35,7) são a maior causa de morte, registando contudo valores inferiores aos da RN.

No triénio 2010-2012 a **taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade** (idade inferior a 75 anos) (295,8) apresenta, para todas as causas de morte, valores superiores aos da RN, com significância estatística, para ambos os sexos e para o sexo feminino. Destaca-se, pela negativa, a **doença crónica do fígado e cirrose** (25,6), com valores superiores aos da RN com significância estatística, para ambos os sexos.

Quanto à morbilidade nos **Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, medida pela **proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2**, as causas de doença mais registadas são as alterações do metabolismo dos lípidos (30,8), a hipertensão arterial (23,7), as perturbações depressivas (11,5), a diabetes *mellitus* (8,5), as doenças dos dentes e gengivas (7,8) e a obesidade (7,1), apresentando valores superiores aos da RN e do Continente, em ambos os sexos.

A **taxa de incidência da infeção VIH** (3,2) mantém-se inferior à da RN e à do Continente. A taxa de incidência de tuberculose (23,2 em 2012) apresenta uma tendência decrescente, mantendo-se desde 2004 com valor inferior ao da RN e do Continente.

Prioridade de saúde identificadas

Tumor Maligno (T.M.) da Mama Feminina (< 65 anos)
Doença Crónica do Fígado e Cirrose (< 65 anos)
Tumor Maligno (T.M.) do Estômago (< 65 anos)
Tumor Maligno (T.M.) do Cólon e Reto (< 65 anos)
Doença Cerebrovascular (<65 anos)

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DOURO II - SUL NO ANO DE 2011-2016

Objetivos:

- Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama em mulheres com idades inferiores a 65 anos, de 13.3/100 000 habitantes para 12.8/100 000 habitantes, no ACES Douro Sul, entre 2011 e 2016;
- Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doenças Crónica do Fígado e Cirrose, de 15.1/100 000 habitantes para 11.7/100 000 habitantes em indivíduos com idade inferior a 65 anos, no ACES Douro Sul, entre 2011 e 2016;
- Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago, de 11.4/100 000 habitantes para 7.9/100 000 habitantes nos indivíduos com idade inferior a 65 anos, no ACES Douro Sul, entre 2011 e 2016;
- Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Reto, de 9.6/100 000 habitantes, para 7.6/100 000 habitantes nos indivíduos com idade inferior a 65 anos, no ACES Douro Sul, entre 2011 e 2016;
- Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular, de 9.9/100 000 habitantes para 6.8/100 000 habitantes nos indivíduos com idade inferior a 65 anos, no ACES Douro Sul, entre 2011 e 2016

NECESSIDADES DE SAÚDE

ESTRATÉGIAS / ATIVIDADES DE SAÚDE

Menor mortalidade por: T.M.

Mama Feminina, antes dos 65 anos

Diagnóstico e tratamento precoce dos casos:

- Rastreio segundo critérios DGS (mamografia de 2/2 anos nas mulheres dos 50 aos 69 anos);
- Consulta de rastreio oncológico;
- Monitorização nominal das mulheres que não fazem rastreio para reforço de convocatória. (SiiMA)
- Ensino auto exame da mama;

Promover o aleitamento materno

Menor mortalidade por:

Doença Crónica do Fígado e Cirrose, antes dos 65 anos

- Disponibilizar AUDIT aos profissionais de saúde do ACES;
- Formação aos profissionais;
- Disponibilizar consulta de Problemas Ligados ao Álcool;
- Consulta descentralizada do CRI, num concelho do ACES;
- Implementação Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;
- Implementar Programa de Educação Sexual nas Escolas /PRESSE;

Menor mortalidade por:

Tm. Estômago, antes dos 65 anos

- Implementação Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;
- Programa de Promoção de Exercício Físico Regular;
- Consulta de doença oncológica (médico de família);
- Disponibilizar consulta de cessação tabágica;
- Formação profissionais (cessação tabágica)

Menor mortalidade por:

Tm. Cólon e Reto, antes dos 65 anos

Diagnóstico e tratamento precoce dos casos:

- Rastreio segundo critérios (PSOF – indivíduos dos 50 aos 74 anos);
- EDB, segundo critérios;
- Implementar Consulta de doença oncológica;
- Implementação Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;
- Implementação de Programa de Promoção de Exercício Físico Regular;

Menor mortalidade por:

Doença Cerebrovasculares, antes dos 65 anos

- Implementação Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;
- Programa de Escolas Livres de Tabaco – PELT;
- Programa de Promoção de Exercício Físico Regular;
- Predição do risco cardiovascular aos 10 anos;
- Avaliação do IMC todas as idades;
- Consulta de HTA (segundo normas de orientação clínica DGS);
- Consulta Diabetes (segundo normas de orientação clínica DGS);
- Disponibilizar consulta de cessação tabágica.

Objetivos de Outcome / metas	Indicadores de Outcome
Até 2016, aumentar em 100% a proporção de mulheres com idade entre os 45 e os 69 anos, rastreadas para o cancro da mama	N.º de mulheres com idade entre os 45 e os 69 anos, rastreadas para o cancro da mama/N.º de mulheres inscritas com idades entre os 45 e os 69 anos*100. N.º de mulheres com idade entre os 45 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos /n.º de Mulheres com > 45 e <69 anos*100.
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com consumo abusivo de álcool, na população	N.º de utentes inscritos com registo de consumo abusivo de álcool.
Até 2016 aumentar para 99,8% as taxas de cobertura vacinal, esquema recomendado, nas coortes até aos dois anos e sete anos	% de Crianças com PNV atualizado (esquema recomendado) aos 2 e aos 7 anos de idade. Fonte: Sinus Vacinação
Até 2016, reduzir em 8% o número de indivíduos inscritos com abuso de tabaco, na população	N.º de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com excesso de peso, na população	N.º de utentes inscritos com registo de excesso de peso
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com excesso de peso, na população	N.º de utentes inscritos com registo de obesidade
	N.º de utentes com registo de PSOF com idade entre os 50 < 65 anos/n.º de utentes com idade <65 anos*100 N.º de utentes com idade > 50 anos < 65 anos com registo de Colonoscopia nos últimos 5 anos /n.º de utentes com idade > 50 < 65 anos*100.
Até 2016, aumentar em 50% a proporção de utentes com idade entre os 50 e os 65 anos, rastreadas para o TM cólon e reto	N.º de utentes inscritos com registo de consumo abusivo de álcool N.º de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco N.º de utentes inscritos com registo de excesso de peso N.º de utentes inscritos com registo de obesidade
Até 2016, aumentar em 100% a proporção de utentes hipertensos inscritos com registo de pressão arterial e IMC.	% Hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos 6 meses; % de Hipertensos com registo de IMC nos últimos 12 meses
Até 2016, aumentar em 100% o registo de peso e altura nos utentes inscritos	% Inscritos com registo de peso e altura nos últimos 12 meses
Até 2016, aumentar em 100% a proporção de utentes diabéticos inscritos com registo de 3 HbA1C no último ano	% Diabéticos com pelo menos 3 HbA1C registadas nos últimos 12 meses;
Até 2016, aumentar em 100% o registo de risco cardiovascular nos utentes inscritos	N.º de utentes com registo de risco cardiovascular por grupo etário
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com consumo abusivo de álcool, na população.	N.º de utentes inscritos com registo de consumo abusivo de álcool
Até 2016, reduzir em 8% o número de indivíduos inscritos com abuso de tabaco, na população.	N.º de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com excesso de peso, na população	N.º de utentes inscritos com registo de excesso de peso
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com obesidade, na população.	N.º de utentes inscritos com registo de obesidade

Resultados

Indicadores de resultado ou impacto	Unidade	Valor inicial		Último valor		Meta	
		Período	*Valor	Período	Valor	Período	Valor
Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama em mulheres com idades inferiores a 65 anos	100 000 habitantes	2007-2009	13,3		**	2016	12,8
Taxa de Mortalidade por Doenças Crónicas do Fígado e Cirrose, antes dos 65 anos	100 000 habitantes	2007-2009	15,1	2010-2012	22,5	2016	11,7
Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago, antes dos 65 anos	100 000 habitantes	2007-2009	11,4		**	2016	7,9
Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Reto, antes dos 65 anos	100 000 habitantes	2007-2009	9,6		**	2016	7,6
Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular, antes dos 65 anos	100 000 habitantes	2007-2009	9,9	2010-2012	12,1	2016	6,8

* ARS NORTE (b) – Mortalidades. ACES. ACES Douro Sul, Análise por Triénios 2001-2009. [Em linha]. [Consultado Agosto 2011]. Disponível em www.arsNorte.min-saude.pt/

** O último valor disponível corresponde ao triénio 2007-2009

ACES ENTRE DOURO E VOUGA I FEIRA / AROUCA

PERFIL DE SAÚDE - ACES ENTRE DOURO E VOUGA I - FEIRA / AROUCA NO ANO DE 2015

Caracterização sócio-demográfica

► O ACES Feira/Arouca abrange uma população residente de 161.789 habitantes, representando cerca de 4,4% da população da Região Norte (RN) (3.637.211 habitantes). Nos últimos censos (2001 e 2011) a população do ACES Feira/Arouca cresceu 0,9%, enquanto na RN a população se manteve praticamente inalterada e, no Continente, se observou um ligeiro crescimento (1,8%). O índice de envelhecimento (109,4) é inferior ao da RN (125,0) e ao do Continente (138,9).

A esperança de vida à nascença (81,8 anos) tem aumentado em ambos os sexos e é superior à da RN e do Continente. A taxa de natalidade (7,6 nados vivos por 1 000 habitantes, em 2013) tem diminuído e apresenta um comportamento semelhante ao da RN, sendo superior à da RN mas inferior à do Continente.

O número de desempregados inscritos no IEFP diminuiu em 2014, reforçando os sinais de recuperação dos últimos semestres, depois da tendência de crescimento exibida após o segundo semestre de 2008. O sexo feminino apresenta um número maior de desempregados do que o masculino.

Nos últimos censos (2001 e 2011) o nível de escolaridade da população melhorou, sendo inferior ao da RN e do Continente. A taxa de analfabetismo mostra uma evolução positiva nos dois concelhos, apesar de Arouca apresentar valores superiores à média regional e do Continente.

O setor terciário é o principal setor de atividade (52,2%), com valores inferiores aos da RN (61,6%) e do Continente (70,2%), observando-se um aumento no período intercensitário 2001-2011.

A proporção de pensionistas (320,8/1 000 habitantes de 15 e mais anos) tem aumentado, mas é, ainda, inferior à observada na RN (325,4) e no Continente (343,1). A proporção de beneficiários do RSI (25,3/1 000 habitantes de 15 e mais anos) apresenta valores inferiores aos da RN (44,6) e do Continente (38,6).

A taxa de criminalidade (29,7/1 000 habitantes) tem aumentado, apresentando, contudo, valores inferiores aos da RN (31,5/1 000) e do Continente (34,9/1 000).

O poder de compra per capita, apesar de ter vindo a aumentar, apresenta valores inferiores à média regional e do Continente, nos dois concelhos.

As infraestruturas ambientais abrangem quase toda a população, no que se refere ao abastecimento de água (98%). Contudo, o mesmo não se verifica para os sistemas de drenagem de águas residuais (35%) e as estações de tratamento de águas residuais (21%).

A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (2,8%) tem diminuído e é inferior à da RN e do Continente. A evolução da proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos (23,4%) mostra uma tendência crescente, com valores próximos dos da RN. Nos determinantes da saúde

destaca-se a proporção de inscritos com diagnóstico ativo por abuso do tabaco, seguido pelo excesso de peso, pelo abuso crónico do álcool e de drogas. Os valores registados para o excesso de peso são superiores aos da RN, para ambos os sexos e na sua desagregação.

A proporção de nascimentos pré-termo inverteu a tendência crescente no triénio 2006-2008 e apresenta, atualmente, valores semelhantes aos da RN e do Continente. A proporção de crianças com baixo peso à nascença (8,5%) tem aumentado e regista valores próximos dos da RN (8,4%) e do Continente (8,4%).

A mortalidade infantil (3,7/1 000 nados vivos) tem diminuído, apesar de, no último triénio, apresentar valores superiores aos da RN (2,9) e do Continente (3,1), sobretudo, à custa do componente pós-neonatal (óbitos ocorridos entre os 28 dias e o primeiro ano de vida).

Destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos, na mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos. Já para a população com idade inferior a 75 anos os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão.

Nos triénios 2009-2011 e 2010-2012, a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores inferiores aos da RN, com significância estatística. Destaca-se, pela negativa, o tumor maligno do pâncreas, com valores significativamente superiores aos da RN, para ambos os sexos e no sexo feminino.

Na morbilidade nos CSP, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, destacam-se as alterações do metabolismo dos lípidos, a hipertensão, as perturbações depressivas, a obesidade e a diabetes, sendo que os valores registados, com exceção da diabetes, são superiores aos da RN, para ambos os sexos e na sua desagregação.

PLANO LOCAL DE SAÚDE- ACES ENTRE DOURO E VOUGA I - FEIRA / AROUCA NO ANO DE 2012-2016

Objetivos e metas

► Diminuir a taxa de mortalidade padronizada até aos 65 anos em residente no ACES Feira/Arouca, entre 2012 e 2016 por:

- Doenças cerebrovasculares, de 4,6/100 000 para **4,0/100 000**
- Doença isquémica cardíaca de 6,0/100 000 para **5,5/100 000**
- Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão de **12,0/100 000** para menos de **12,0/100 000**
- Tumor maligno do cólon e reto de 6,2/100 000 para **5,5/100 000**
- Tumor maligno da mama feminina de 9,9/100 000 para **8,0/100 000** na população do sexo feminino
- Diabetes *mellitus* de 2,0/100 000 para menos de **1,7/100 000**
- Tumor maligno do estômago de 5,9/100 000 para **5,0/100 000**

Estratégias

► Prevenção primária, através da intervenção em determinantes de saúde conhecidos: redução do consumo de tabaco e da exposição ambiental e ocupacional; promoção do auto exame da mama; promoção do aleitamento materno; promoção de uma alimentação saudável; promoção do exercício físico.

Prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado: rastreio do carcinoma do cólon e reto e da mama nas idades e periodicidade recomendadas com base na evidência científica conhecida; promoção do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde.

Prevenção terciária, através da reabilitação dos doentes: dinamização de projetos e atividades de reabilitação, acompanhamento e integração social dos doentes.

Atividades

- Grupo Consultor de Saúde: foi criado e elaborou uma proposta para operacionalização do PLS 2012-2016, que consiste num conjunto de estratégias/atividades que servem de apoio à governação clínica e tomada de decisão estratégica do ACES, para a obtenção efetiva de ganhos em saúde
- Programa “Literacia em Saúde”, que pretende capacitar a população em geral sobre a saúde e seus determinantes através de dois projetos: “Saúde para Todos” (publicação de artigos em dois jornais locais) e “Saúde e Bem-estar” (emissão na rádio local)
- Intervenção em Saúde Escolar. Esta intervenção foi feita através do programa PELT, sessões de educação para a saúde sobre tabagismo e alimentação/avaliação dos lanches

Indicadores de avaliação Intercalar e resultados (2012-2014)

▶ Percentagem de inscritos dos 50-74 anos com PSOF/colonoscopia realizada nos últimos 2 anos

(SIARS: Novos:2013.046.01Fx): 36,3%; 43,51%; 50,90%

▶ Percentagem de mulheres ente os [50-70] anos com mamografia registada nos últimos 2 anos

(SIARS: Novos:2013.044.01.FL): 66,34%; 47,88%; 56,73%

▶ Proporção de abuso crónico do álcool

(SIARS: Prevalência doenças crónicas: P15): 1,31%; 1,45%; 1,49%

▶ Prevalência de abuso de tabaco

(SIARS: Prevalência doenças crónicas: P17): 7,30%; 9,21%; 10,20%

▶ Prevalência de excesso de peso

(SIARS: Prevalência doenças crónicas: T83): 5,07%; 5,86%; 6,63%

Os indicadores de impacto serão calculados no final de 2016.

ACES ENTRE DOURO E VOUGA II AVEIRO NORTE

PERFIL LOCAL DE SAÚDE - ACES ENTRE DOURO E VOUGA II - AVEIRO NORTE NO ANO DE 2015

► O ACES Aveiro Norte abrange uma população residente de 111 700 habitantes, representando cerca de 3,1% da população da Região Norte (RN). Nos últimos censos (2001 e 2011) esta população decresceu 2,9%. O índice de envelhecimento (146,7) aumentou de forma mais acentuada do que na RN e no Continente e é, neste último ano, superior ao de ambos. A esperança de vida à nascença (81,1 anos) tem aumentado em ambos os sexos, sendo ligeiramente superior à da RN e do Continente. A taxa de natalidade (6,5 nados vivos por 1 000 habitantes, em 2013) tem diminuído e apresenta valores inferiores aos da RN e do Continente.

O número de desempregados inscritos no IIEFP diminuiu em 2014, reforçando os sinais de recuperação dos últimos semestres, depois da tendência de crescimento exibida após o segundo semestre de 2008. O sexo feminino apresenta um número ligeiramente maior de desempregados do que o masculino. O nível de escolaridade melhorou entre os Censos de 2001 e de 2011, e é semelhante ao da RN. Vale de Cambra é o concelho que apresenta a maior taxa de analfabetismo (6,3%) no ACES, sendo também superior à observada na RN e no Continente. O setor secundário é o principal setor de atividade (53,6%), com valores superiores aos da RN (35,5%) e do Continente (26,9%), observando-se uma diminuição no período intercensitário 2001-2011. A proporção de pensionistas (351,9/1 000 habitantes de 15 e mais anos) tem vindo a aumentar e é superior à observada na RN (325,4) e no Continente (343,1), contrariamente à proporção de beneficiários do RSI (17,7/1 000 habitantes de 15 e mais anos), que apresenta valores inferiores aos da RN (44,6) e do Continente (38,6). A taxa de criminalidade (23,9/1 000 habitantes) tem sido sempre inferior à do Continente. São João da Madeira é o concelho com o maior poder de compra per capita, mesmo quando comparado com o da RN e do Continente. As infraestruturas ambientais abrangem grande parte da população no que se refere ao abastecimento de água (79%). O mesmo não se verifica no caso dos sistemas de drenagem de águas residuais (62%) e das Estações de Tratamento de Águas Residuais (45%).

A proporção de nascimentos pré-termo inverteu a tendência crescente no triénio 2007-2009 e, nos últimos três triénios, apresentou valores semelhantes aos da RN e do Continente. A proporção de crianças com baixo peso à nascença (9,4%) tem aumentado e regista valores superiores aos da RN (8,4%) e do Continente (8,4%). A mortalidade infantil (1,7/1 000 nados vivos) tem vindo a diminuir com algumas oscilações apresentando, no último triénio (2011-2013), um valor inferior ao da RN (2,9) e do Continente (3,1), em todos os seus componentes. Destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos, na mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos. Já para a população com idade inferior a 75 anos, os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão, registando valores ligeiramente inferiores aos da RN. No triénio 2010-2012, a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores inferiores aos da RN, com significância estatística. Destaca-se, pela negativa, o tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos (ambos os sexos), as lesões autoprovocadas intencionalmente (sobretudo no sexo masculino) e os acidentes de transporte no sexo feminino, com valores estatisticamente superiores aos da RN. Na morbilidade nos CSP, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, destacam-se as alterações do metabolismo dos lípidos, a hipertensão, o excesso de peso e a obesidade, as perturbações depressivas, o abuso do tabaco e a diabetes (DM). As taxas de incidência de sida e da infeção VIH têm diminuído, apresentando valores inferiores aos da RN e do Continente. A taxa de incidência de tuberculose (17,8/10⁵ habitantes) tem diminuído e tem apresentado valores inferiores aos da RN (25,0).

PLANO LOCAL DE SAÚDE – ACES ENTRE DOURO E VOUGA II – AVEIRO NORTE NO ANO DE 2011-2016

► A Unidade de Saúde Pública (USP) consultou diversas fontes para diagnosticar a situação de saúde da população com a informação pertinente mais recente; criou bases de dados a partir das notificações ao Delegado de Saúde de casos de doenças de declaração obrigatória, das fichas de ligação para a saúde escolar preenchidas no âmbito dos exames globais de saúde e da avaliação local do Programa Nacional de Vacinação. Os problemas de saúde identificados foram priorizados, por técnica de consenso, pelos profissionais da USP. Após a pesquisa dos determinantes destes problemas, foram enunciadas as necessidades de saúde. Os Coordenadores das Unidades Funcionais e os Membros do Conselho da Comunidade elegeram 5 necessidades de saúde prioritárias. A partir delas (e tendo presentes o peso dos diferentes determinantes, a evolução prognóstica e os recursos da comunidade disponíveis para cada necessidade), a USP enunciou as estratégias, os **objetivos de saúde** (até 2016, inclusive: reduzir o nº anual de internamentos por DM em 8,5 %, aumentar a mediana de idades dos casos confirmados de tuberculose respiratória em 16,3 %, reduzir a prevalência de obesidade por 1 000 utentes inscritos em 48,4 % e a de hipertensão em 45%; até 2021, inclusive, reduzir a taxa de mortalidade específica por DM 18,1 % em relação ao valor tendencialmente esperado) e as recomendações para a intervenção. O PLS foi sujeito a divulgação à comunidade e a 2 momentos de monitorização (igualmente sujeitos a divulgação). Será avaliado em 2016. Do conhecimento gerado, em Maio de 2015, pela atualização do diagnóstico e pela monitorização, confirmam-se como problemas de saúde prioritários: as doenças cardiovasculares e os seus determinantes, a DM, o tumor maligno do cólon e reto, os transtornos mentais e do comportamento e a tuberculose respiratória. Pelas magnitude e evolução destes problemas, conclui-se que se mantêm atuais as estratégias, os objetivos e as recomendações redigidos no PLS e ainda que urge pensar em estratégias dirigidas à saúde mental da população. É nosso intuito que o PLS seja amplamente aproveitado por todos os que procuram que a população obtenha o maior grau de saúde possível.

Estratégias enunciadas no PLS – Formação de profissionais; promoção de estilos de vida saudáveis como forma de prevenção primária da DM, da HTA, de obesidade e excesso de peso e das dislipidemias (educação para a saúde sobre exercício físico, alimentação saudável e outras práticas com benefício para a saúde; educação para a saúde com vista à prevenção da aquisição de hábitos tabágicos; educação para a saúde dos dependentes do consumo de tabaco com vista à prevenção da exposição passiva na comunidade); prevenção secundária da hiperglicemia, da HTA, de obesidade e excesso de peso e das dislipidemias (rastreamento oportunista destes problemas com tratamento precoce; educação para a saúde dos doentes; tratamento da dependência tabágica; prevenção terciária da DM, da HTA, de obesidade e excesso de peso e das dislipidemias; tratamento e acompanhamento destes problemas); prevenção primária da tuberculose respiratória (vacinação BCG aos recém-nascidos; educação dos doentes; toma da medicação observada diretamente); prevenção secundária da tuberculose respiratória (vigilância epidemiológica dos casos e rastreio efetivo de contactos; notificação atempada dos casos; quimioprofilaxia quando se justifique; rastreio de grupos de alto risco; diagnóstico e tratamento precoces dos casos); prevenção terciária da tuberculose respiratória (toma da medicação observada diretamente; internamento ou tratamentos de longa duração quando se justifiquem).

Indicadores de avaliação e monitorização, e seus resultados – Nº anual de internamentos por DM: de 2008 a 2013, este nº tem sido igual ou inferior ao valor do objetivo que foi traçado, como tal cumprindo-o. Taxa de mortalidade específica por DM: o risco de morrer por DM tem aumentado, afastando-se progressivamente do objetivo traçado para 2021. Mediana de idades dos casos confirmados de tuberculose respiratória: o valor almejado foi ultrapassado em 2014, atingindo portanto o objetivo; ressalva-se, contudo, que esta foi a primeira vez em que tal se verificou desde 2010. Prevalências de obesidade e de HTA: têm aumentado, afastando-se dos objetivos fixados. Para a monitorização do Plano, são igualmente calculados os seguintes indicadores, cujos valores têm, igualmente, aumentado: prevalência de excesso de peso e de abuso do tabaco e nº de embalagens de anti-hipertensores dispensadas no ACES.

Nota – Foco no excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar: a análise das fichas de ligação respeitantes aos exames realizados aos nascidos em 2005 (5-6 anos) e 1998 (11-13 anos) corroborou os achados obtidos a partir de outras fontes de informação quanto à obesidade e ao excesso de peso, e à HTA como problemas da nossa população. Nascidos em 1998 (n=417, 53.7% sexo feminino): 34,1% alterações da visão, 24,2 % excesso de peso ou obesidade, 19,3 % tensão normal-alta ou “HTA” (valor, sistólico ou diastólico, \geq ao percentil 95 para a idade e o sexo); 7,3% dentes cariados; 1,4% doenças crónicas; 1,2% audição alterada. Nascidos em 2005 (n=760, 52.5% sexo feminino): 31,6 % excesso de peso ou obesidade; 20,3% dentes cariados; 11,2% alterações da visão; 7,4% linguagem alterada; 3,8% doenças crónicas; 2,2% audição alterada.

ACES GRANDE PORTO I SANTO TIRSO / TROFA

PERFIL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO I - SANTO TIRSO / TROFA NO ANO DE 2013

► A área de influência do ACES Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa corresponde aos concelhos de Santo Tirso e Trofa. Ambos os concelhos pertencem ao distrito do Porto e está integrada na região do Ave (NUTs III). Possui uma área geográfica de cerca de 211,7 Km².

Caracterização sociodemográfica da população:

► Em 2013, a população residente no ACES era de 109.119 habitantes com uma densidade populacional de 515,4 habitantes/Km². Apresentava uma taxa bruta de natalidade de 6,2‰ e um índice de envelhecimento de 128,3, com um índice de dependência de jovens de 19,1 e um índice de dependência de idosos de 24,5. No triénio 2011-2013, a esperança média de vida à nascença foi de 80,9 anos, em ambos os sexos.

A população residente sem nível de escolaridade completo era de 17% e a taxa de analfabetismo de 4%, em 2011. O número de inscritos desempregados no IEFP nos últimos 3 anos tem vindo a diminuir, sendo que em dezembro de 2014 apresentava o valor de 90,7/1 000 habitantes. Em relação aos setores de atividade e emprego é o setor terciário (ou de serviços) que se assume como aquele de maior relevo, tendo 50,3% do emprego alocado, seguindo-se o setor secundário com 48,5%, em 2011. Em dezembro de 2013, 78,3% dos alojamentos estavam servidos com água da rede pública.

Caracterização epidemiológica da população:

► No triénio 2011-2013, as proporções de nascimentos pré-termo e de crianças com baixo peso à nascença foram de 7,8% e 8,6% respetivamente, apresentando este último uma tendência crescente. A taxa de mortalidade infantil foi de 4,7‰ nados vivos, tendo na mortalidade perinatal a sua maior expressão (3,0‰ nados vivos), seguida da neonatal (2,5‰ nados vivos).

Em 2013, a taxa bruta de mortalidade foi de 8,1‰, apresentando valores estáveis e inferior à da Região Norte e do Continente. Em relação à mortalidade proporcional para todas as idades, no triénio 2010-2012, as três grandes causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório (30,7%), os tumores malignos (26,6%) e as doenças do aparelho respiratório (11,4%), os mesmos da Região Norte e Continente. Para este mesmo indicador e considerando a idade prematura (< 75 anos), os tumores malignos assumem uma maior expressão (38,6%) seguida das doenças do aparelho circulatório (19,1%). Considerando as causas específicas de morte em idade prematura, e após padronização neste mesmo triénio, as três principais foram o tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu, o tumor maligno do aparelho respiratório e as doenças cerebrovasculares (39,6, 24,4 e 18,0/100 000 habitantes), apresentando os dois primeiros superiores aos encontrados na Região Norte mas sem significância estatística.

Em relação à morbilidade, a proporção das principais doenças não transmissíveis nos inscritos no ACES em dezembro de 2014, foi de 19,7% com alteração do metabolismo dos lípidos, 19,1% com hipertensão arterial, 9,1% com perturbações depressivas e 8,0% com diabetes. A obesidade está presente em 7,7% dos inscritos,

sendo superior nas mulheres (9,1%) quando comparado com os homens (6,1%). Dentro das doenças neoplásicas, a neoplasia maligna da mama feminina afeta 0,6% das mulheres inscritas, a neoplasia maligna do cólon e reto em 0,5% dos inscritos e a neoplasia maligna da próstata em 0,3 % dos homens inscritos.

No que respeita às doenças transmissíveis, a taxa de notificação de tuberculose em 2013 foi de 22,8/100 000 habitantes, valor inferior ao da Região Norte e do Continente. Quanto à infeção pelo VIH e a SIDA as taxas de incidência foram, em 2013, de 9,1 e de 5,5/100 000 habitantes respetivamente, com uma tendência aparentemente crescente que poderá estar associado a um maior diagnóstico.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO I - SANTO TIRSO / TROFA NO ANO DE 2011-2016

► No Plano Local de Saúde do ACES, os problemas de saúde prioritários definidos foram em primeiro a diabetes seguida de doenças cerebrovasculares e tuberculose pulmonar.

Foram definidos como objetivos de saúde:

- Diminuir a Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) da 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

Da última avaliação intercalar efetuada, tendo por base os últimos dados de mortalidade disponíveis (triénio 2009-2012), podemos verificar que o objetivo da redução da tuberculose já foi atingido e espera-se que em 2016 também o das doenças cerebrovasculares seja atingido. Em relação à diabetes, é expectável uma redução da mortalidade comparativamente ao triénio 2001-2003.

Taxa de mortalidade padronizada, no ACES Santo Tirso/Trofa, valores observados e estimados de 2001-2003 a 20 014-16 e meta proposta no PLS

Indicador	Valores observados				Valores 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	28,4	27,8	27,2	26,7	23,0
Cerebrovasculares	119,5	102,5	87,9	63,0	62,7	58,5	54,6	51,0	55,0
Tuberculose	1,9	3,0	2,7	2,2	2,5	2,5	2,5	2,5	3,0

*valores estimados pelo método da regressão exponencial

Referências:

• Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa. Diagnóstico de Situação de Saúde do ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa. 2ª ed. Santo Tirso: USP do ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa; 2014.

• Administração Regional de Saúde do Norte. Perfil Local de Saúde 2015 – ACES Santo Tirso/Trofa. Porto: ARS Norte; 2015.

As **estratégias** definidas no PLS foram: Identificar portadores de fatores de risco de vir a desenvolver diabetes na população do ACES; Aumentar o consumo diário de frutas e legumes; Aumentar a prática regulares de exercício físico na população do ACES; Reduzir o número de pessoas com obesidade e excesso de peso; Aumentar o acesso às consultas de vigilância da população do ACES; Prevenir e controlar o tabagismo; Aumentar os rastreios aos conviventes dos doentes bacilíferos; Aumentar a qualidade da estratégia DOT implementada no 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.

Foram também definidas 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 do 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

As atividades desenvolvidas para a execução do PLS, foram de comunicação interna e externa através da divulgação do documento aos órgãos de gestão e funcionais do ACES e às autarquias e parceiros sociais da comunidade.

ACES GRANDE PORTO II GONDOMAR

PERFIL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO II - GONDOMAR NO ANO DE 2015

► A área de abrangência do ACES de Gondomar coincide praticamente com o espaço geográfico e populacional do concelho de Gondomar.

Indicador	Sexo	Período	Unidade	Continente	ARS Norte	ACES Gondomar
População	H	2013	Nº	9.918.548	3.637.211	167.525
	M					
Índice envelhecimento	H	2013	/100	138,9	125,0	112,5
	M					
Esperança vida à nascença	H	11-13	Nº	77,6	77,8	77,4
	M					
Taxa de natalidade	H	2013	/1 000	7,9	7,3	7,5
	M					
Taxa de mortalidade	H	2013	/1 000	10,2	9,0	7,9
	M					
Taxa mortalidade infantil	H	11-13	/1 000	3,1	2,9	3,7
	M					

% de inscritos com diagnóstico ativo (registo nos Cuidados Saúde Primários)

Abuso de tabaco	H	dez-14	/100	8,0	10,7	14,8
	M					
Excesso de peso	H	dez-14	/100	4,5	5,6	7,4
	M					
Hipertensão	H	dez-14	/100	19,7	20,2	21,2
	M					
Perturbações depressivas	H	dez-14	/100	8,2	9,1	11,2
	M					
Diabetes	H	dez-14	/100	6,9	7,3	7,9
	M					
Obesidade	H	dez-14	/100	5,8	7,1	9,4
	M					

Taxa de mortalidade padronizada prematura (<75 anos)

Tumor maligno traqueia, brônquios e pulmão	H	10-12	/100 000	33,2	35,4	50,9
	M					
Doença isquémica do coração	H	10-12	/100 000	25,5	17,8	23,5
	M					
Doenças cerebrovasculares	H	10-12	/100 000	25,8	26,0	22,0
	M					

Taxa de incidência

Sida	H	2013	/100 000	5,1	3,9	7,7
	M					
Infeção VIH	H	2013	/100 000	14,8	9,0	20,2
	M					
Tuberculose	H	2013	/100 000	23,6	27,1	35,7
	M					

Como necessidades em saúde identificam-se o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, a doença isquêmica cardíaca, a diabetes *mellitus*, o VIH/SIDA, as perturbações depressivas e a obesidade

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO II - GONDOMAR NO ANO DE 2011-2016

► Os problemas de saúde identificados no Plano de Saúde do ACES de Gondomar, resultantes de consulta interna e externa, junto dos profissionais de saúde e comunidade foram priorizados com base em critérios de magnitude, vulnerabilidade e transcendência social e são:

- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Doença isquêmica cardíaca (DIC)
- Tumor da traqueia, brônquios e do pulmão (Tumor TBP)
- Diabetes
- VIH/SIDA

Depois de priorizados, foram identificados os fatores de risco vulneráveis da etiologia de cada problema, definidas as respetivas necessidades técnicas de saúde e elencados os recursos da comunidade, disponíveis e em falta, para cada uma das necessidades identificadas.

Para o cálculo das tendências numa base temporal até 2016, dos problemas priorizados, foi utilizado o cálculo de regressão exponencial das respetivas taxas de mortalidade padronizadas. As metas para atingir ganhos em saúde em 2016, foram calculadas reduzindo em 50% as diferenças dos correspondentes valores projetados para a mesma base temporal entre o ACES e a RN.

Os indicadores de monitorização são:

- a taxa de mortalidade padronizada por AVC <65 anos; a prevalência de HTA na população inscrita; a % de adultos hipertensos vigiados, sem complicações; a % adultos hipertensos vigiados, com complicações, com tensão arterial controlada
- a taxa de mortalidade padronizada por DIC <65 anos; a % inscritos com diagnóstico de dislipidemia, com doseamento do perfil lipídico; a % inscritos com diagnóstico de diabetes e ou doença cardiovascular e ou hipertensão e ou fumadores e ou obesidade, com doseamento do perfil lipídico
- a taxa de mortalidade padronizada Tumor TBP nos <65 anos e o nº de consultas de cessação tabágica no ACES
- a taxa de mortalidade padronizada por diabetes nos <65 anos; a taxa de amputação em diabéticos;
- a taxa de mortalidade padronizada TMP por VIH/SIDA nos <65 anos; a taxa de incidência de VIH/SIDA a % de inscritos com diagnóstico de consumo de drogas e teste HIV e a % de inscritos com diagnóstico de inscritos com diagnóstico de consumo de drogas e teste HIV e a % de inscritos com diagnóstico de tuberculose e teste HIV

Dos resultados da monitorização podemos concluir estarem a ser atingidas as metas propostas para todos os problemas de saúde à exceção da diabetes *mellitus*, conclusão esta que nos impele a continuar a investir numa aposta de melhoria.

ACES GRANDE PORTO III MAIA / VALONGO

PERFIL DE SAÚDE - ACES MAIA / VALONGO NO ANO DE 2014

► O ACES Grande Porto III - Maia/Valongo, abrange os concelhos da Maia e Valongo com uma população residente de 231.047 hab., representando 6,4% da população da Região Norte (RN) (3 637 211 hab.). A população do ACES aumentou entre os 2 últimos censos cerca de 11,2 % (RN- 0,1%; Continente- 1,8%). O Índice de envelhecimento em 2013 (92,6%) é inferior ao da RN (125,0%) e do Continente (138,9%).

A esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar, apresentando no triénio 2011-2013 o valor de 81,6 anos, que é superior ao da Região Norte (81,0 anos) e do Continente (80,8 anos)

A taxa bruta de natalidade tem vindo a diminuir desde 2002, sendo em 2013 de 8,4/1 000 hab., no entanto mantém valores superiores à RN (7,37/1 000 hab.) e ao Continente (7,9/1 000 hab.).

A taxa de mortalidade infantil tem vindo a diminuir, apresentando no triénio 2011-2013, o valor de 2,0/1 000 n.v., que é inferior ao da RN e do Continente no mesmo período. O valor da taxa bruta de mortalidade em 2013 (6,6/1 000 hab.) mantém-se inferior à da RN (9,0/1 000 hab) e do Continente (10,2/1 000 hab.).

No triénio 2010-2012, verificou-se em termos de taxa de mortalidade padronizada pela idade e por grandes grupos de causas de doenças em indivíduos com idade inferior a 75 anos, o seguinte: a primeira causa de morte são os tumores malignos (100,2/100 000 hab.), sendo o tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu o mais prevalente (35,4/100 000 hab.), seguido do tumor maligno do aparelho respiratório (24,8/100 000 hab.). A segunda causa de morte são as doenças do aparelho circulatório (38,0/100 000 hab.), seguida da causa classificada como sintomas, sinais e achados anormais não classificados (31,4/100 000 hab.).

Em termos socioeconómicos verificou-se, segundo o Censos de 2011, que 72,9% da população residente está empregada no setor terciário, valor superior à RN (61,6%) e Continente (70,2%); Apenas 0,5% estão empregados no setor primário.

A taxa de desempregados inscritos no IEPP por 1 000 habitantes com mais de 15 anos em dezembro de 2013 era de 108,5. Este valor foi superior ao obtido para o Continente e para a RN, respetivamente de 76,9 e 93,2. A taxa de analfabetismo em 2011 foi de 2,6%, o que corresponde a valores inferiores aos da RN (5,0%) e do Continente (5,2%).

O nº total de inscritos no ACES Maia/Valongo é de 218.245 utentes, dos quais 192 476 (88,2%) estão integrados em USF.

Em termos de morbilidade, e de acordo com o diagnóstico ativo classificado por ICPC-2 salientam-se as patologias com maior prevalência de registos, em dezembro de 2014: **Hipertensão** 18,8% dos inscritos (codificada em K86 ou K87), **Alteração do metabolismo dos lipídeos** 17,6% (T93) e **Perturbações Depressivas** 9,3% dos inscritos (P76). **Obesidade** 8,0%(T82) e **Diabetes mellitus** 7,2% (T89 e T90). Em relação aos determinantes de saúde salientam-se os seguintes: abuso tabaco 13,5% (P17) e abuso álcool 1,3% (P15).

A evolução da taxa de incidência de **Tuberculose** (31,2/100 000 hab.) em 2013, mostra valores superiores aos da RN (25,0/100 000 hab.) e aos do Continente (22,2/100 000 hab.).

Durante o ano de 2014 através do sistema DDO e da plataforma SINAVE foram notificados 142 casos de Doenças de Declaração Obrigatória. A Tuberculose pulmonar foi a doença mais notificada, com 63 casos.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES MAIA / VALONGO NO ANO DE 2011-2016

Prioridades de Saúde Identificadas

► Num país como Portugal, em que a esperança média de vida tem vindo a aumentar, começa a haver uma maior preocupação em procurar indicadores de saúde que traduzam a qualidade de vida. Assim e apoiados no documento “Carga Global de Doença na Região Norte de Portugal - 2011” (um estudo realizado pelo DSP da ARSN, I.P), é de realçar que “o impacto das doenças crónicas e agudas na qualidade de vida tem vindo a tornar-se mais importante do que a mortalidade prematura”

As prioridades do Plano Local de Saúde são: doenças cardiovasculares (doenças cerebrovasculares e isquémica do coração), diabetes *mellitus*, tuberculose, DPOC e tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão.

Objetivos / Estratégias

Doenças Cardiovasculares (DCV)

Objetivos

- Diminuição da taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares
- Diminuição da taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos para 7,6 /10 000 hab

Estratégias

- Diagnóstico precoce de HTA, obesidade mórbida e dislipidémias; vigilância adequada; promoção de estilos de vida saudáveis; criação de consulta de cessação tabágica; educação para a saúde no âmbito do Programa de Saúde Escolar

Diabetes Mellitus (DM)

Objetivos

- Diminuição da mortalidade e da morbilidade por diabetes *mellitus*.
- Diminuição da incidência de amputações major dos membros inferiores em utentes com diabetes *mellitus* para valores inferiores a 0.11 /10 000hab

Estratégias

- Diagnóstico precoce de DM, obesidade mórbida e dislipidémias e orientar para tratamento efetivo; vigilância adequada; promoção de estilos de vida saudáveis; educação para a saúde no âmbito dos Programas Prioritários de Saúde Nacionais

Fontes: Perfil Local de Saúde, INE, SIARS e USP Maia/Valongo.

Tuberculose (TP)

Objetivos

- Diminuição da taxa de incidência de TP para < 20/100 000 hab

Estratégias

- Diagnóstico precoce de novos casos; promoção da TOD a todos os doentes; visitação domiciliária aos doentes faltosos; reforço das intervenções para controlo da TB; rastreios de contactos

Resultados - Avalia o de 2014

Doenas Cardiovasculares (DCV)	%
Proporo de utentes com HTA	18,6
Proporo de Hipertensos com menos de 65 anos com TA inferior a 150/90 mmHg	71,5
Proporo de Hipertensos com avaliao do risco cardiovascular	63,2
Proporo de Hipertensos ≥ 18 anos, sem complicaes com TA controlada	50,3
Proporo de obesos ≥ 14 anos com consulta de vigilância de obesidade, nos últimos 2 anos	49,3
Proporo de obesos com ≥ 14 anos com avaliao de IMC, nos últimos 3 anos	75,2

Diabetes Mellitus (DM)	%
Diabéticos com Hba1c < 6,5 %	46,3
Prevalência diabetes	7,2
Diabéticos com Hba1c > 8%	12,3
Diabéticos com ulcerao ativa no p�	5,3

Tuberculose (TP)	/100 000 hab.
Incidência de Tuberculose	31,2

Fonte: SIARS e Perfil de Saúde

ACES GRANDE PORTO IV PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

PERFIL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO IV - PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE NO ANO DE 2015

Caracterização socio-demográfica

► Abrange uma população residente que representa cerca de 3,9% da população da Região Norte. Entre os últimos censos (2001 e 2011) a população residente aumentou 3,7%. Este crescimento é mais marcado do que se verificou na Região Norte e Continente (Pop. Residente: 142 739 hab. - Pop. Inscrita: 153 144 hab.).

Em 2013, o Índice de Envelhecimento foi inferior ao da RN (125) e do Continente (138,9); a Taxa de Natalidade apresenta uma tendência decrescente mas ainda superior à RN e Continente; a Esperança Média de Vida à nascença tem vindo a aumentar mas ainda se encontra inferior à RN (81 anos) e Continente (80,8);

- Taxa Bruta de Natalidade: **8,1%**
- Índice de Envelhecimento: **100,3**
- Índice de Dependência de Jovens: **22,8**
- Índice de Dependência de Idosos: **22,9**
- Esperança Média de Vida à Nascença: **84 anos**
- Índice Sintético de Fecundidade (ISF): **1,18**

O nº de desempregados inscritos no IEFP tem vindo a estabilizar, apesar de ter apresentado uma tendência de crescimento nos últimos anos com uma ligeira diminuição no início de 2014; registou-se uma melhoria no nível de escolaridade da população na última década com uma taxa de analfabetismo atual de 3,7%; a taxa de criminalidade têm-se mantido praticamente inalterável sendo inferior à da RN e Continente.

- Desempregados inscritos no IEFP em idade ativa: **H - 75,6% ; M - 73,9%**
- Taxa de Criminalidade: **28,3%**
- Pop. Residente sem Escolaridade Completa: **17,9%**

As infraestruturas ambientais (abastecimento de água, saneamento e recolha de resíduos) servem a maioria da população excetuando a população abrangida por estações de tratamento de águas residuais.

- Pop. Servida por Sistema Público de Abastecimento de Água (2009): **88,9%**

Caracterização de saúde

► A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares e cardíacas aparece em primeiro lugar (130,1‰) e destaca-se também a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade, por tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu, sendo o tumor do estômago o mais relevante. A mortalidade infantil tem vindo a descer mas ainda apresenta valores superiores aos da RN e Continente.

- Taxa Bruta de Mortalidade: **7,9%**
- Taxa de Mortalidade Infantil: **3,7%**
- Taxa de Mortalidade Neonatal: **3,1%**
- Taxa de Mortalidade Perinatal: **4,4%**

Em relação aos Determinantes de Saúde destaca-se a obesidade que apresenta valores superiores aos da RN

- Inscritos com Diagnóstico de Abuso de Tabaco (Dez/2014): **13,3%**
- Inscritos com Diagnóstico de Abuso Crónico de Álcool (Dez/2014): **1,7%**
- Inscritos com Diagnóstico de Obesidade (Dez/2014): **9,4%**

Prioridades de saúde identificadas

1. Doenças Cerebrovasculares e Cardíacas
2. Pneumonia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
3. Neoplasias do Aparelho Digestivo
4. Neoplasias dos Brônquios e Pulmão
5. Neoplasia da Mama Feminina
6. Doença Mental
7. Diabetes *Mellitus*

Metas/Objetivos - 2016

- Redução da TM por Doenças Cerebrovasculares e Cardíacas para um valor inferior a 73,1%00
- Redução da TM por Pneumonia para um valor inferior a 47,2%00
- Redução da TM por Doença oncológica do Aparelho Digestivo para um valor inferior a 51,0%00
- Redução da TM por Doença oncológica dos Brônquios, Traqueia e Pulmões para um valor <28,7%00
- Redução da TM por Doença oncológica da Mama para um valor inferior a 8,6%00
- Redução da TM por Doença Mental para um valor inferior a 4,6%00
- Redução da TM por Diabetes *Mellitus* para um valor inferior a 18,0%00

Estratégias

- Intensificar campanhas de promoção da saúde dirigidas à população em geral
- Melhorar o acesso ao diagnóstico e à terapêutica precoce do AVC e D. Coronária
- Prevenir, controlar e reduzir o tabagismo
- Vacinação de grupos vulneráveis contra a gripe e Pneumococos
- Melhoria da qualidade do ar interior na habitação e locais de trabalho
- Promoção de alimentação saudável desde criança
- Aumentar os rastreios, por colonoscopia e por P.S.O. Fezes, nas idades recomendadas
- Aumentar as atividades de rastreio do cancro da mama nas idades recomendadas
- Implementação de atividades de rastreio do cancro da mama nas idades recomendadas

- Identificação precoce de situações de depressão relacionáveis com luto ou com desemprego ou dificuldades económicas
- Identificação precoce, acompanhamento e tratamento de demências
- Monitorização e vigilância de pessoas em risco de comportamentos aditivos
- Redução dos fatores de risco de diabetes através de atividades de promoção de alimentação saudável e prática de exercício físico
- Aumentar o diagnóstico e tratamento adequado da diabetes

Recomendações/Atividades

- Promover uma maior articulação entre as Unidades Funcionais do ACES e com o CHPVVC
- Reforçar a abordagem dos atores (profissionais de saúde, parceiros da comunidade) com ênfase na identificação e controle dos determinantes de saúde
- Envolver as estruturas sociais e dinamizar a implementação de parcerias para complementar a resposta às necessidades de saúde das populações
- Sensibilizar os responsáveis pelas instituições de apoio a grupos populacionais vulneráveis (idosos, deficientes, crianças), para o papel de dinamizadores na obtenção de ganhos em saúde

ACES GRANDE PORTO V PORTO OCIDENTAL

PERFIL DE SAÚDE - ACES PORTO OCIDENTAL NO ANO DE 2014

Caracterização socio-demográfica

► O ACES Porto Ocidental, constituído por 13 USF, 3 UCSP, 3 UCC, USP, URAP, CDP e CAD, abrange, em 2013, uma população residente de 127.573 habitantes, representando cerca de 57,4% da população do Porto (222.252 habitantes). A população inscrita em dezembro de 2014 é de 175.578 utentes. A restante caracterização socio-demográfica refere-se ao concelho do Porto.

O índice de envelhecimento (210,2) é superior aos da RN (118,9) e do Continente (134,0).

A esperança de vida à nascença (81,1 anos) tem aumentado em ambos os sexos. A taxa de natalidade (8,3 nados vivos por 1 000 habitantes, em 2013) tem diminuído mas, nos últimos anos, esta tendência parece ter estabilizado.

O número de desempregados inscritos no IEFP diminuiu ligeiramente em 2014. O sexo feminino tem apresentado um número de desempregados semelhante ao do sexo masculino.

Nos últimos censos (2001 e 2011) o nível de escolaridade da população melhorou. A taxa de analfabetismo (2,8%) é inferior à média regional.

O setor terciário é o que mais emprega a população (85,4%).

A proporção de pensionistas (422,6/1 000 habitantes de 15 e mais anos) e a proporção de beneficiários do RSI (102,7/1 000 habitantes de 15 e mais anos) apresentam valores superiores aos da RN e do Continente.

A taxa de criminalidade é de 70,4/1 000 habitantes em 2013.

O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem (1299,2€ em 2012) é superior ao da RN e do Continente. O mesmo se verifica com o poder de compra per capita.

As infra-estruturas ambientais abrangem toda a população.

Caracterização epidemiológica da população

► No concelho do Porto, em 2013, a mortalidade infantil (2,3/1 000 nados vivos) tem diminuído e assume, no último triénio, valores ligeiramente inferiores aos da RN e do Continente, sobretudo à custa da mortalidade pós-neonatal. A proporção de nascimentos pré-termo é de 7,6%, com valores semelhantes aos da RN e do Continente. A proporção de crianças com baixo peso à nascença (9,7%) tem aumentado, registando valores superiores aos da RN e do Continente.

A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos foi de 4,9% e em mulheres com idade superior a 35 anos foi de 28,9%.

Na mortalidade proporcional, para todas as idades e ambos os sexos, destacam-se as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos. Já para a população com idade inferior a 75 anos, os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão.

No triénio 2010-2012, a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta valores significativamente superiores aos da RN. Destacam-se as doenças infecciosas e parasitárias, com evidência para o VIH/sida, e os tumores malignos, sobretudo o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão. No sexo masculino destaca-se, ainda, o tumor maligno da próstata e o tumor maligno da bexiga.

Na morbilidade, no ACES Porto Ocidental, destacam-se a hipertensão, as alterações do metabolismo dos lípidos, as perturbações depressivas, a diabetes e a obesidade.

No Porto, embora tenham sofrido um decréscimo acentuado desde o ano 2000, as taxas de incidência de SIDA e da infeção VIH (8,0/10⁵ habitantes e 27,6/10⁵ habitantes, respectivamente) registam, ainda, dos valores mais elevados da RN. O mesmo se verifica com a taxa de incidência de tuberculose (45,8/10⁵ habitantes).

No ACES Porto Ocidental, nos determinantes da saúde, constata-se que a proporção de inscritos com diagnóstico ativo por abuso do tabaco no sexo masculino (14,7%) é superior ao feminino (11%) e com o diagnóstico ativo de excesso de peso no sexo masculino (5,4%) é superior ao feminino (4,9%), o mesmo se verifica para o abuso crónico do álcool e de drogas. À exceção do abuso crónico de álcool, todos os valores são superiores à RN.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES PORTO OCIDENTAL NO ANO DE 2011-2016

► As prioridades de saúde identificadas no ACES Porto Ocidental foram tumor maligno do pulmão, tumor maligno da mama, doença isquémica do coração, diabetes *mellitus* e tuberculose.

Na quantificação dos objetivos de saúde utilizou-se uma abordagem multimetodológica, recorrendo à metodologia de projeção dos indicadores de saúde, quadros de referência, como sejam as metas definidas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 e as metas do Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010 e técnica de consenso (Grupo Nominal). As metas dos indicadores-chave de mortalidade foram estabelecidas em termos de mortalidade prematura, em consonância com a opção tomada no Plano Nacional de Saúde.

As estratégias definidas no PLS são: melhorar a articulação entre as Unidades Funcionais do ACES e os parceiros da comunidade; otimizar o rastreio seletivo e eficaz da tuberculose a grupos de risco e a contactos; dispersar locais de TOD; motivar as mulheres para a adesão ao programa de rastreio do cancro da mama e realizar estudos com o intuito de conhecer os obstáculos à adesão ao rastreio; promover o aleitamento materno; promover a atividade física; implementar os programas PASSE (Promoção da Alimentação Saudável em Saúde Escolar) e PELT (Programa Escolas Livres de Tabaco); implementar a consulta de cessação tabágica; otimizar o projeto "Porto sem tabaco"; operacionalizar a UCF Diabetes; e implementar o projeto "Portugal sem Diabetes".

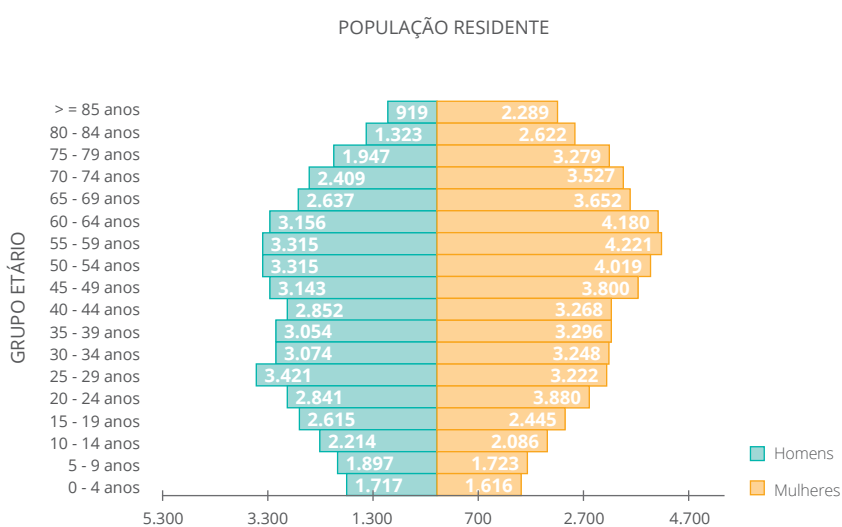
Indicador	Sexo	Meta PRS Norte 2014-16	Último Valor Observado			Projeção Porto 2016	Meta ACES 2016
			Norte	Porto	Ano		
Mortalidade Prematura / 100 000 residentes							
Mortalidade por Tumor Maligno Mama feminina antes dos 65 anos	M	11	11,8	16,8	2008-10	6,9	16
Mortalidade por Tumor maligno Pulmão antes dos 65 anos	HM	<16,4	14,5	26,2	2008-10	30,4	<30
Mortalidade por Doença Isquêmica Cardíaca antes dos 65 anos	HM	nd*	6,6	9,8	2008-10	7,3	7
Mortalidade por Diabetes <i>mellitus</i> antes dos 65 anos	HM	nd	3,4	4,8	2008-10	4,1	4
Morbilidade							
Taxa de incidência de Tuberculose por 100 000 habitantes	HM	22,4	27,2	43,0	2012	44,0	36⁽¹⁾
Proporção inscritos co Diabetes (%)	HM	6,5-12,9	6,5	5,7	2012	na+	6-12,9
Taxa internamento DPOC (<70 anos)/100 000 habitantes	HM	27,0	37,1	42,1	2009	na	38
Determinantes da Saúde / Fatores de Risco							
Porcentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem tabaco	HM	25%	29,0% (2011)	11% (2014)	-	na	10
Porcentagem de adolescentes escolarizados (2º e 3º ciclo) que consomem diariamente legumes e/ou fruta	HM	35% (leg) 45% (frt)	26,0% ⁽²⁾ 44,6% ⁽³⁾	nd	2006	na	35 (leg) 45 (frt)
Prevalência de Obesidade nas crianças da escola entre os 6 e 8 anos	HM	14%	14,3	nd	2010	na	14
Prevalência da Hipertensão Arterial nos inscritos	HM	37,0%	37,0%	42,0%	2012	na	40,0

ACES GRANDE PORTO VI PORTO ORIENTAL

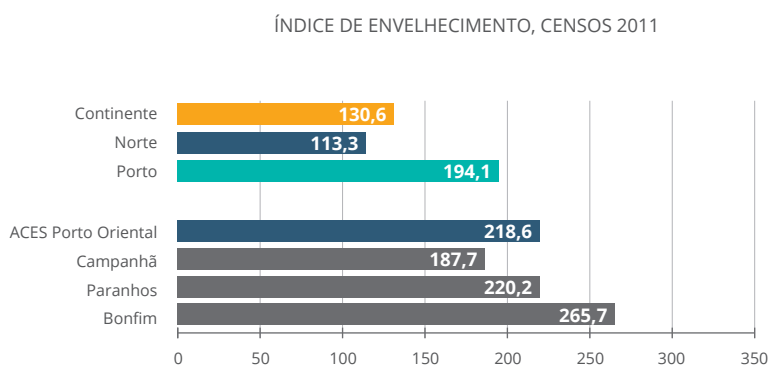
PERFIL DE SAÚDE - ACES PORTO ORIENTAL NO ANO DE 2014

Quem somos e como vivemos?

► Somos 101 241 habitantes nas freguesias de **Bonfim, Campanhã e Paranhos**, (concelho do Porto); Temos 120 877 Utentes inscritos: 54 726 homens e 66 151 mulheres.



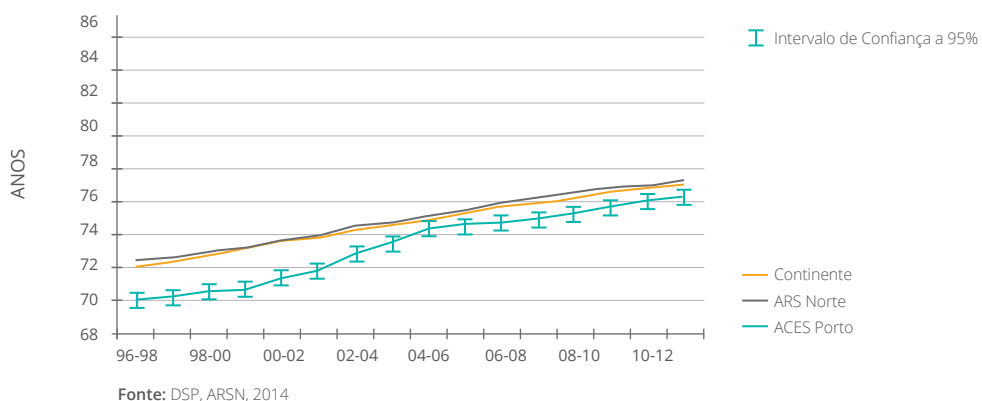
Temos um índice de envelhecimento e de dependência de idosos, superior à da Região Norte e Continente.



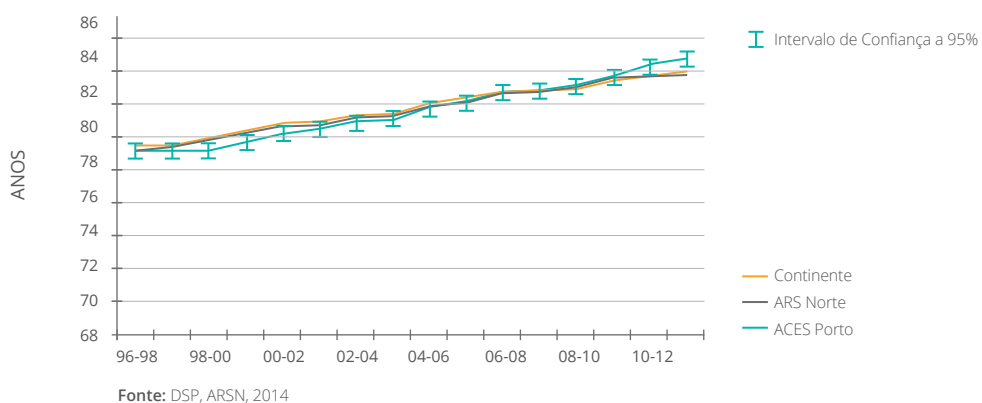
Temos¹ uma esperança de vida à nascença que tem vindo a aumentar, em ambos os sexos, e é atualmente superior à região Norte e Continente.

¹ACeS Porto (ACeS Porto Oriental e ACeS Porto Ocidental)

EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA, SEXO MASCULINO , 1996-1998 A 2010-2012



EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA, SEXO FEMININO 1996-1998 A 2010-2012

De que morreremos²?

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (28,4/100 000 hab)

VIH/SIDA (24,3/100 000 hab)

Tumor maligno da mama feminina (19,9/100 000 hab)

Doenças cerebrovasculares (14,4/100 000 hab)

Doença isquêmica cardíaca (14/100 000 hab)

Tumor maligno do estômago (13/100 000 hab)

Tumor maligno do cólon e reto (12/100 000 hab)

² SIARS, ACSS, Perfis de Saúde e Webmort@lidades do DSP da ARS Norte); Diagnóstico de Situação de Saúde, março de 2015

De que adoecemos?

Tuberculose (48/100 000 hab)

Perturbações depressivas (8,5% dos utentes inscritos)

Diabetes (7,6% dos utentes inscritos)

Principais determinantes com impacto na carga global de doença

HTA (como o 1º problema de saúde com maior proporção de utentes inscritos com este diagnóstico)

Alterações do metabolismo dos lípidos (2º problema de saúde)

Consumo de tabaco (3º problema de saúde)

Obesidade

Abuso do álcool

Tuberculose (48/100 000 hab)

Perturbações depressivas (8,5% dos utentes inscritos)

Diabetes (7,6% dos utentes inscritos)

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES PORTO ORIENTAL NO ANO DE 2011-2016

Introdução

► O PLS 2011-2016 é um instrumento estratégico contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde, sendo fundamental no apoio à gestão, à tomada de decisão e aos processos de contratualização.

Principais necessidades de saúde

► Menor mortalidade por:

- Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (TMTBP)
- Tumor maligno da mama feminina (TMMF)
- VIH/SIDA
- Doença cerebrovascular (DCV)
- Doenças isquémicas cardíaca (DIC)
- Tumor maligno do estômago (TME)
- Tumor maligno do cólon e reto (TMCR)

► Menor morbilidade por:

- Tuberculose (TB)
- VIH/SIDA
- Perturbações depressivas (PD)
- Diabetes *mellitus* (DM)
- Crianças de termo com baixo peso à nascença (CTBPN)

Principais eixos estratégicos

- Abordagem centrada nas necessidades da população
- Educação e promoção para a saúde
- Articulação multidisciplinar e intersectorial: integração entre os projetos/programas das unidades funcionais do ACES e parceiros
- Estabelecer parcerias
- Melhorar a comunicação interna e externa

Objetivos de saúde (2011-2016) | Mortalidade

	Valor inicial (08-10)	Projeções 2016	Meta 2016
Atingir uma taxa bruta de mortalidade por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão , <65 anos, inferior a 30,4/100 000 hab	28,4	30,4	<30,4
Diminuir a taxa bruta de mortalidade de VIH/SIDA , <65 anos, para 13,9/100 000 hab	24,3	13,9	13,9
Diminuir a taxa bruta de mortalidade do Tumor Maligno da Mama Feminina , <65 anos, no sexo feminino, para 16,9/100 000 hab	19,9	16,9	16,9
Diminuir a taxa bruta de mortalidade das Doenças Cerebrovasculares , <65 anos, para 11,8/100 000 hab	14,4	11,8	11,8
Diminuir a taxa bruta de mortalidade da Doença Isquémica Cardíaca , <65 anos, para 7,3/100 000 hab	14	7,3	7,3
Atingir uma taxa bruta de mortalidade do Tumor Maligno do Estômago , <65 anos, inferior a 10,8/100 000 hab	13	sem dados	<10,8*
Diminuir a taxa bruta de mortalidade do Tumor Maligno do Cólon e Reto , <65 anos, para 10,4/100 000 hab	12	10,4	10,4

* limite superior para a Região Norte para o triénio 14-16

Objetivos de Saúde (2011-2016) | Morbilidade

	Valor inicial (08-10)	Meta 2016
Atingir uma taxa de incidência de Tuberculose inferior a 30/100 000 hab	48 (2010)	<30
Atingir uma taxa de incidência de infeção VIH inferior a 7/100 000 hab	40,5 (2010)	<7*
Atingir uma proporção de inscritos com diagnóstico de Perturbações Depressivas inferior a 10%	8,5 (2013)	<10**
Atingir uma proporção de inscritos no ACeS com diagnóstico de Diabetes <i>mellitus</i> inferior a 12,9%	7,6 (2013)	<12,9**
Atingir uma proporção de crianças de termo com baixo peso à nascença inferior a 4%	4,9 (10-12)	<4***

* limite definido no Plano Regional de Saúde do Norte

** tendo em conta um aumento expectável

*** valor para a Região Norte no triénio 10-12

Principais actividade (outputs)

▶ No âmbito da promoção da saúde

- Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE)
- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)
- Programa Local de Prevenção e Tratamento do tabagismo
- Prevenção do consumo de álcool em meio escolar
- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)
- Consultas de vigilância de saúde nos CSP à população em geral
- Saúde Ocupacional

▶ No âmbito da prevenção da doença e da incapacidade

- Consultas de vigilância de saúde nos CSP a grupos de risco e/ou vulneráveis
- Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo – exposição ao FAT
- Programa Troca de Seringas nos CSP

▶ No âmbito do diagnóstico e tratamento precoce

- Consultas de cessação tabágica
- Consultas de desintoxicação alcoólica
- Consultas de vigilância da saúde a grupos de risco
- Programa local de luta contra a Tuberculose
- Intervenção precoce na infância.

▶ No âmbito da governação clínica e de saúde (instrumentos)

- Plano de actividades do ACES
- Plano de desempenho do ACES
- Processo de Contratualização
- Diagnóstico de Situação de Saúde do ACES

ACES GRANDE PORTO VII GAIA

PERFIL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO VII - GAIA NO ANO DE 2011-2016

Caracterização socio-demográfica e epidemiológica da população:

► Residentes, densidade populacional, proporção de mulheres, natalidade, mortalidade, índices de envelhecimento, no ACES e noutras unidades territoriais relacionadas (ano de 2011).

	Residentes	Densidade Populacional Residentes Km ²	Taxa Natalidade NV/1 000	Taxa Mortalidade Ob/1 000resid	Índice de Envelhecimento
V. N. Gaia	302 298	52,2	9,2	7,8	100
ACES Gaia	152 062	52,7	8,8	8,1	107,6
Avintes	11 479	51,3	7,7	10,6	107,4
Canidelo	27 769	51,9	10,4	6,2	79,2
Mafamude	38 544	54,0	8,3	8,9	144,4
Oliveira Douro	22 383	52,4	7,7	7,5	108,9
Sta. Marinha	30 146	53,4	8,9	9,5	127,5
S. Pedro Afurada	3568	51,3	12,9	7,0	90,1
Vilar Andorinho	18 155	51,4	8,8	6,7	65,1

Necessidades de Saúde identificadas:

- HIV - SIDA
- Diabetes
- Tumor maligno do pâncreas
- Tumor maligno do estômago
- Tumor maligno do reto e cólon
- Bronquite crónica, bronquite não específica, asma e enfisema
- Tuberculose
- Tumor maligno da mama feminina
- Tumor maligno do colo do útero
- Doença isquémica do coração
- Doença crónica do fígado e cirrose
- Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão

PLANO DE SAÚDE

Objetivos - estratégias - atividades - metas - indicadores e resultados

► Objetivos estratégicos

Até ao final de 2016 reduzir as desigualdades em saúde da população residente na área de influência do ACES Gaia, relativamente à Região Norte.

Reduzir o nível de exposição dos indivíduos e populações a fatores de risco modificáveis para as doenças crónicas não transmissíveis:

- Tabagismo
- Alimentação não saudável
- Actividade física
- Abuso do álcool

► Metas

As metas definidas para alguns indicadores de saúde contemplam objetivos para homens e mulheres quando identificada e reconhecida, a existência de diferenças entre géneros e idade. São considerados os valores de taxas de mortalidade e mortalidade por doença específica.

As metas foram definidas utilizando o modelo previsional da regressão, tendo como padrão os valores a atingir em 2016 para a ARS do Norte.

Serão desenvolvidas as seguintes áreas:

- Gestão do conhecimento
- Governação Clínica e de Saúde
- Aplicação e adaptação de Normas de Orientação Clínica
- Investigação epidemiológica e de serviços de saúde
- Sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica
- Monitorização do estado de saúde da população englobando doenças transmissíveis e não transmissíveis e fenómenos ambientais
- Organização dos cuidados de saúde e qualidade
- Melhoria do acesso, preparação de resposta a surtos e promoção da saúde sistemática e oportuna.
- Adoção de boas práticas e certificação
- Articulação com instituições da comunidade
- Utilização eficaz de todas as redes e parcerias existentes
- Preparação conjunta de resposta a ameaças de saúde
- Comunicação
- Divulgação da informação com interesse em saúde organizada por destinatários específicos
- Avaliação

Construção de matriz de indicadores de saúde que reflecta a evolução do estado de saúde da população do ACES Gaia.

Além das metas expressas em taxas, e de acordo com definido como Necessidades Técnicas associadas a Determinantes de Saúde, estabelecem-se as seguintes metas:

- Menor taxa de prevalência de excesso de peso e obesidade
- Maior percentagem de indivíduos com hábitos regulares de exercício físico
- Menor percentagem de indivíduos que consomem tabaco diariamente
- Menor percentagem de consumo excessivo de álcool

ACES GRANDE PORTO VIII ESPINHO / GAIA

PERFIL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO VIII - ESPINHO / GAIA NO ANO DE 2014

Caracterização sociodemográfica

► O ACES Espinho/Gaia presta cuidados de saúde à população residente em 15 Freguesias e União de Freguesias pertencentes a três Concelhos distintos: Espinho (4), Vila Nova de Gaia (10) e Gondomar (1), da Região Norte num total de **183.524** habitantes (Censos 2011).

Na última década verificou-se um **aumento de cerca de 5%** na população residente (2001-2011), distribuído heterogeneamente, registando-se no concelho de Espinho perda de população em todas as suas freguesias. **A taxa de natalidade** no Concelho de V.N. Gaia foi de 8.0‰ (2013) sendo superior às registadas no Continente e na R. Norte enquanto no Concelho de Espinho foi atingido o valor mais baixo da última década, 6.2 ‰.

A **taxa bruta de mortalidade** no Concelho de V.N. Gaia foi de 7.9‰ registando-se no Concelho de Espinho o valor de 10,8‰, valor superior ao observado na R. Norte (8.9 ‰). A **esperança média de vida ao nascer** em ambos os Concelhos (2011-2013) foi de 80,88 anos, para todas as idades e para ambos os sexos. Comparando com o triénio 1996-98 em que o valor registado foi de 75,9 anos, houve um aumento de cerca 6,5%. As mulheres apresentam uma maior esperança média de vida (83,73 anos) comparativamente com o sexo masculino (77,83 anos). O **índice de envelhecimento** em ambos os Concelhos manteve uma tendência crescente observando-se no Concelho de Espinho o maior valor (179.9) enquanto o Concelho de V.N. de Gaia atingiu 110.5, valor inferior ao alcançado no Continente (138.9) (2013). É no **setor terciário** que se concentra o emprego da população ativa de ambos os Concelhos (73,2%). Em dezembro de 2014, o **nº de desempregados** inscritos no IEFP por 1 000 habitantes da população ativa foi de 108,5. A **taxa de criminalidade** atingiu o valor de 32,5‰ e o **rendimento social de inserção** apoiou 79,4‰ da população acima dos 15 anos de idade. (2013).

Caracterização epidemiológica

► A proporção de utentes do ACES Espinho/Gaia com registo de **excesso de peso** foi de 9,5% (2014,) similar em ambos os sexos, sendo que no grupo etário dos 65 aos 79 anos de idade foi atingido valor superior a 17%. A proporção de utentes com registo de **alteração do metabolismo dos lípidos** foi de 22%, observando-se nas mulheres do grupo etário dos 65 aos 79 anos valor superior a 50%. O **abuso crónico de álcool** foi registado em 1,6% dos utentes ultrapassando o valor de 6% nos homens do grupo etário dos 50 aos 64 anos de idade. A proporção de utentes com **abuso crónico de tabaco** foi de 13,35% registando-se no sexo masculino cerca do dobro (17,7%) do verificado nas mulheres (9,31%). Nos homens dos grupos etários dos 25 aos 54 anos de idade essa proporção ultrapassa os 25%; nas mulheres o maior valor regista-se no grupo etário dos 25 aos 34 anos de idade.

A proporção de **nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos** manteve uma tendência decrescente registando-se em ambos os Concelhos o valor 3,7% (2011-2013); tendência inversa observou-se na proporção de **nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos** cujo valor atingiu 25,8%. **A taxa de incidência de infeção pelo VIH** (IAG+CRS+PA+SIDA) foi de 2,7‰00 enquanto a **taxa de incidência da tuberculose** atingiu os 25,2 ‰00 (2013).

A **taxa de mortalidade infantil** foi de 3,9‰ em ambos os Concelhos (2011-2013). Cerca de 73% dos óbitos infantis concentraram-se no período neonatal. A proporção de **nascimentos pré termo** atingiu 7,7% (2013) revelando uma tendência crescente, tendência que se manteve na **proporção de nascimentos com baixo peso ao nascer** que alcançou o valor de 7,6% (2013).

No Concelho de Espinho as **doenças do aparelho circulatório** (305,84‰00) e os **tumores malignos** (246,39‰00) representaram as principais causas de morte, para todas as idades e em ambos os sexos. No concelho de V.N. Gaia a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório atingiu o valor de 219,92‰00 seguida pela taxa de mortalidade por tumores malignos (215,20‰00).

Comparadas as taxas mortalidade por causas específicas de ambos os Concelhos com a R. Norte (2010-2012) verificou-se que, nos homens abaixo dos 75 anos de idade, as **taxas de mortalidades padronizadas com elevação estatisticamente significativa**, foram aquelas referentes a: i) sintomas, sinais e achados anormais mal definidos (56,6‰00); ii) VIH/SIDA (12,4‰00) e iii) tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe (11,6‰00). Nas mulheres, abaixo dos 75 anos, as taxas de mortalidades padronizadas com elevação estatisticamente significativa, foram aquelas referentes a: i) VIH/SIDA (2,3‰00); ii) tumor maligno da mama (16,5‰00).

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO VIII - ESPINHO / GAIA NO ANO DE 2011-2016

É na essência um instrumento estratégico que obriga a uma relação forte e próxima entre os serviços de saúde e a comunidade que atende.

Prioridades de saúde identificadas:

► Diminuição da mortalidade por Doença Cerebro-Vascular e Doença Isquémica Cardíaca; Diminuição da mortalidade por Diabetes *mellitus*; Diminuição da mortalidade por Tumor Maligno da Mama (fem); Diminuição da mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Reto; Diminuição da morbidade por Doenças do Aparelho Respiratório

Objetivos	Alcançado 2007-2009	Meta 2014-2016	Observado 2011-2013
Diminuição da taxa de mortalidade por DCV para todas as idades e ambos os sexos	102,6‰00	82‰00	102,5 ‰00
Diminuição da taxa de mortalidade por DCV antes dos 65 anos	9,9‰00	8,0‰00	10,73 ‰00
Diminuição da incidência por AVC antes dos 65 anos	93,33‰	84,4‰	ND.
Diminuição da taxa de mortalidade por DIC para todas as idades e ambos os sexos	40,8‰00	32,0‰00	36,62 ‰00
Diminuição da taxa de mortalidade por DIC antes dos 65 anos	6,2‰00	5,0‰00	4,77 ‰00
Diminuição da taxa de mortalidade por diabetes <i>mellitus</i> antes dos 65 anos de idade	4,0‰00	3,0‰00	3,46‰00
Diminuição da taxa de mortalidade por tumor maligno da mama feminina	24,5‰00	19,6‰00	28,17 ‰00
Diminuição da taxa de mortalidade por tumor maligno do colon e reto	28,1‰00	26,0‰00	30,43 ‰00
Aumento da proporção de utentes inscritos com diagnóstico de hipertensão	15,44% (2010)	25,44% (2016)	20,78% (2014)
Aumento da proporção de utentes inscritos com diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i>	6,22% (2010)	11,22% (2016)	7,65% (2014)
Diminuição da taxa bruta de internamento por pneumonia	977,0‰00 (2007)	883,1‰00	N.D
Diminuição da prevalência de fumadores	19,7% (2005-2006) INS	14,7% (2016)	13,35% (2014)
Aumento da proporção de indivíduos acima dos 65 anos vacinados contra a gripe sazonal	ND	64% (2016)	45,7% (2014)

Estratégias:

► As necessidades de saúde hierarquizadas no ACES Espinho/Gaia incidiram na redução da morbi-mortalidade de doenças crónicas não transmissíveis que têm na sua génese um conjunto de fatores de risco comuns. Muitos destes fatores de risco estão associados aos estilos de vida. Foram propostas 4 linhas estratégicas de intervenção:

1ª Cooperação Intersectorial

2ª Promoção da Saúde

3ª Prevenção Secundária e Terciária

4ª Adequação dos Sistemas de Informação para Monitorização e Avaliação das Mudanças no Estado de Saúde.

Recomendações/atividades:

- Constituição de **Grupo de Acompanhamento do PLS** por iniciativa do Conselho da Comunidade;
- Capacitação dos recursos comunitários disponibilizando-lhes ferramentas que os ajudem a intervir no seu ambiente, fomentando o paradigma **Saúde Em Todas As Agendas**. A finalidade da construção e divulgação destas **Caixas de Ferramentas** foi disponibilizar referências e material de suporte sobre determinantes de saúde, adaptável à natureza e função de cada Instituição. Tendo em conta os principais determinantes de saúde que influenciam a morbi-mortalidade da população foram **construídas e divulgadas** *Caixas de Ferramentas* [*Redução do Consumo de Sal*"; *Aumento da Atividade Física*"; *Diagnóstico Precoce e Tratamento da Hipertensão Arterial*"; *Redução do Número de Fumadores*"; *Prevenção das Doenças Respiratórias*"; *Aumento do Consumo de Hortofrutícolas*"; *Prevenção do VIH-SIDA*]. O conteúdo incluiu: material didático com séries de diapositivos; jogos dirigidos a crianças; brochuras; folhetos; cartazes; sugestões de intervenção atendendo à especificidade da instituição; sítios de consulta;
- **Contratualização** pelo ACES Espinho/Gaia com as Unidades Funcionais de indicadores locais relacionados com as necessidades de saúde identificadas;
- Desenvolvimento de **Programas de Saúde** dirigidos aos principais fatores de risco pela Unidade Saúde Pública do Aces Espinho/Gaia.

ACES TÂMEGA I BAIXO TÂMEGA

PERFIL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA I - BAIXO TÂMEGA NO ANO DE 2011-2016

Caracterização sócio-demográfica

► Numa zona do interior da Região Norte, com forte predominância rural, na faixa de transição entre o Noroeste Atlântico e o Nordeste Transmontano, encontra-se o ACES Tâmega I - Baixo Tâmega. Engloba uma área de 1221,6 Km², agregando os concelhos de Celorico de Basto (Distrito de Braga), Amarante, Baião e Marco de Canaveses (Distrito do Porto), Cinfães e Resende (Distrito de Viseu).

A densidade populacional do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega apresenta disparidades internas, mas os valores concelhios asseguram a sustentabilidade de equipamentos de irradiação limitada e facilitam potenciais reestruturações nas redes de serviços de proximidade. Entre 2001 e 2009 verificou-se um aumento da densidade populacional em Amarante e Marco de Canaveses, tal como aconteceu na Região Norte. Todos os outros concelhos do agrupamento registaram uma diminuição progressiva da densidade populacional ao longo deste período. Entre 2009 e 2013 esta tendência inverteu-se, verificando-se que todos os concelhos do agrupamento registaram uma diminuição progressiva da densidade ao longo deste período.

A Esperança de Vida à nascença e aos 65 anos no ACES Baixo Tâmega foi ligeiramente inferior no triénio 2005-2007 em relação à Região Norte e Continente, no entanto, para o sexo feminino a esperança de vida à nascença e aos 65 anos, foi idêntica nos três territórios considerados.

O Índice de Dependência de Idosos, à semelhança do que tem vindo a acontecer no Continente e na Região Norte, tem vindo a aumentar neste ACES, traduzindo o aumento da população idosa e o decréscimo da população ativa.

Não obstante o nível de instrução ter sofrido um forte acréscimo nos últimos anos, de acordo com os dados colhidos nos Censos 2011, existia um baixo nível de instrução com aproximadamente 20% de analfabetismo no ACES Baixo Tâmega. A taxa de abandono escolar é ainda elevada, principalmente, nos concelhos de Cinfães, Baião e Resende. O nível de qualificação profissional é consideravelmente baixo, pois em nenhum dos concelhos a percentagem de trabalhadores por conta de outrem com o 3º ciclo do ensino básico, secundário, bacharelato ou licenciatura atinge a média da Região Norte.

Caracterização epidemiológica da população

► A Taxa Bruta de Natalidade tem vindo a decair de modo continuado no ACES. O Índice Sintético de Fecundidade diminuiu de um valor de 1,67 em 1997 para 1,12 em 2012 (o que significa que a renovação de gerações não está assegurada na população deste ACES).

A proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos entre os triénios 2001 e 2012 revela uma tendência para a diminuição. A proporção de nascimentos em mulheres com 35 e mais anos tem aumentado. Os nascimentos pré-termo aumentaram no ACES até ao triénio 2007-2009 e registaram uma diminuição no triénio 2010-2012.

A mortalidade Geral no ACES Tâmega I – Baixo Tâmega diminuiu em valor absoluto entre os anos 2003 e 2009. No último triénio (2010-2012) verificou-se um ligeiro aumento da mortalidade.

Devido a problemas metodológicos relacionados com a garantia do Segredo Estatístico, não foi possível ao Instituto Nacional de Estatística, disponibilizar os dados de mortalidade para todas as causas, pelo que se apresentam os dados relativos às causas de morte com informação disponibilizada. A Taxa Bruta de Mortalidade Prematura por Principais Causas de Morte, para ambos os sexos, no triénio 2007-2009 revelou que a primeira causa de morte antes dos 65 anos foi: Doenças Crónicas do Fígado e Cirrose. Seguiram-se as Doenças Cerebrovasculares, os Acidentes de Veículos a Motor e Tumores Malignos da Traqueia, Brônquios e pulmão. No triénio 2009-2011 não foi possível analisar a evolução por falta de dados estatísticos.

Relativamente às doenças de notificação obrigatória, no que respeita à evolução da taxa de incidência de infeção por VIH no período 2001-2012, esta revelou uma tendência decrescente (5,8/100 000hab – 1,7/100 000hab, respetivamente). A taxa de incidência da Tuberculose no ACES apresentou oscilações ao longo dos anos 2001-2012, ao contrário do Continente e ARS Norte onde esta taxa tem registado uma tendência decrescente.

Da avaliação do PNV (2013) do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega, conclui-se que se têm mantido valores adequados de proteção imunitária de grupo (acima dos 95%), para as coortes de nascimento consideradas, facto que constitui uma meta desejável e acompanha o panorama da Região Norte.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA I - BAIXO TÂMEGA NO ANO DE 2011-2016

Prioridades de saúde identificadas:

► Doença Crónica do Fígado e Cirrose, Doenças Cerebrovasculares, Acidentes com Veículos a Motor, Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão, Tumor Maligno do Estômago, Tumor Maligno do Cólon e Reto, Doença Isquémica Cardíaca, Tumor Maligno da Mama Feminina, Diabetes *Mellitus*, Tuberculose Pulmonar.

Metas/Objetivos:

► Diminuição da mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos; Diminuição da mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose antes dos 65 anos; Diminuição da mortalidade por tumor maligno da mama feminina; Diminuição da mortalidade por tumor maligno do cólon e reto; Diminuição do consumo de álcool; Diminuição do consumo de tabaco; Aumento da atividade física.

Estratégias Implementação de Programas de Educação Para a Saúde nas escolas (PELT); Implementação em todo o ACES da Consulta de Cessaçã Tabágica; Formação de profissionais em Cessaçã Tabágica; Promoção junto da comunidade de espaços livres de tabaco e aplicaçã da Legislaçã; Reduzir na comunidade o número de pessoas com excesso de peso e obesidade com um aumento da prática regular de exercício físico na populaçã do ACES integrando-a nos diferentes espaços das IPSS, Autarquias, empresas e escolas; Programas de Saúde Escolar (PASSE); Otimizaçã de consultas de vigilância de HTA e DM em MGF; melhorar o diagnóstico e tratamento da Hipertensã Arterial e Diabetes; Aumentar o acesso a consultas de nutriçã; programas de educaçã para a saúde em consulta de enfermagem; implementaçã da consulta do pé diabético; Universalidade de acesso a consulta de Hipocoagulaçã na unidade de Saúde do utente; Identificaçã e tratamento precoces de consumos excessivos de álcool: Parceria com o IDT/CRI; limitar o acesso de criançãs e adolescentes com menos de 16 anos ao álcool; Desenvolver programas de Educaçã

para a Saúde na área da Prevenção de álcool e outras drogas; Dinamizar a implementação do rastreio do Tumor Maligno da Mama Feminina; Desenvolver ações específicas de informação e sensibilização aos grupos populacionais abrangidos pelo programa de rastreio sistemático do cancro da mama; Melhorar o Diagnostico Precoce de TMCR: promover junto de MGF o rastreio oncológico do Tumor Maligno do Cólon e Reto; e sensibilização populacional; Informação/sensibilização da população para as consultas de vigilância e cuidados de prevenção.

Recomendações/Atividades

► Implementar Programas Nacionais/Regionais/Locais, procurando uma abordagem integrada dos determinantes em saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Escolar, o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) e Programa de Escolas Livres de Tabaco (PELT), entre outros; Manter as atividades recomendadas pelos Programas do Plano Nacional de Saúde; Divulgação e implementação de Normas e Orientações Clínicas da DGS e ACES; Promover Protocolos de Referenciação entre o ACES e entidades com serviços diferenciados e de articulação com os diferentes organismos da comunidade (IPSS e Autarquias).

Indicadores

► Doenças cerebrovasculares – diminuição do número de mortes em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade, para 4,6/100 000; Doença crónica do fígado e cirrose – diminuição do número de mortes em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade, para 11,3/100 000; tumor maligno da mama feminina - diminuição do número de mortes em mulheres antes dos 65 anos de idade, para 4,1/100 000; tumor maligno do cólon e reto - diminuição do número de mortes em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade, para 6,7/100 000.

Resultados

- Diminuição da mortalidade por doenças cerebrovasculares de 10,9 (triénio 2007-2009) para 4,6 em 2016
- Diminuição da mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose de 14,1 (triénio 2007-2009) para 11,3 em 2016
- Diminuição da mortalidade por tumor maligno da mama feminina de 6,2 (triénio 2007-2009) para 4,1 em 2016
- Diminuição da mortalidade por tumor maligno do cólon e reto de 7,8 (triénio 2007-2009) para 6,7 em 2016

ACES TÂMEGA II

VALE DO SOUSA SUL

PERFIL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL NO ANO DE 2014

► O ACES Vale do Sousa Sul abrange uma população de 174.577 habitantes, residentes nos concelhos de Castelo de Paiva, Paredes e Penafiel e representando cerca de 4,8% da população da Região Norte (RN). A população aumentou consistentemente ao longo do último século, embora a taxa de crescimento efetivo da última década se aproxime de zero (+1,9% entre 2001 e 2011). A contribuir para este facto estão o envelhecimento da população, que apesar de ainda não ser tão marcado como no restante território nacional segue uma tendência bem evidente: entre 1991 e 2013, o índice de envelhecimento mais do que duplicou (para 79,4), com a taxa bruta de natalidade a descer 46% para 7,9‰. Este padrão permite prever a inversão progressiva da pirâmide etária, com um aumento das classes etárias superiores e consequente agravamento dos índices de dependência à medida que mais indivíduos vão deixando a idade activa.

Globalmente, o nível de saúde da população do ACES VSS tem melhorado, como se pode inferir pela melhoria progressiva dos principais indicadores de desenvolvimento humano – a esperança média de vida à nascença era no triénio 2011-13 de 80,1 anos (mais 4,4 do que em 1996-98), e a taxa de mortalidade infantil foi de 2,9‰ no triénio 2011-13 (contra 5,9‰ em 2001-03). Apesar destas melhorias, a esperança média de vida no ACES VSS continua a ser quase um ano inferior à da Região Norte e do Continente.

Do ponto de vista socioeconómico o AVES VSS continua a ter uma situação pior do que a restante Região Norte e Continente, com rendimentos inferiores nos três concelhos da sua área de influência (principalmente no concelho de Castelo de Paiva). A população do ACES, tradicionalmente ligada ao sector secundário das atividades económicas, vai gradualmente transitando para o sector terciário, o que se associa, por um lado, às dificuldades atravessadas pelas indústrias das madeiras (principalmente no concelho de Paredes) e das pedreiras (no concelho de Penafiel) e, por outro, ao aumento da taxa de desemprego (sobretudo no sexo feminino e em Castelo de Paiva). Devido à ocorrência de exposição ocupacional, os trabalhadores em pedreiras têm frequentemente silicose, o que constitui um fator de risco para o desenvolvimento de tuberculose activa. O número de desempregados inscritos no IIEFP diminuiu em 2014, contrariando a evolução crescente registada desde o segundo semestre de 2008. O sexo feminino apresenta um número maior de desempregados do que o masculino. A proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) (51,3‰) era em 2013 superior à da RN (44,6‰) e à do Continente (38,6‰). A emigração tem aumentado nos últimos anos, reflectindo em parte o agravamento das condições socioeconómicas da região: em 2013 a taxa de crescimento migratório foi de -0,49%, superando a RN e o restante País. A taxa de analfabetismo diminuiu entre 2001 e 2011 em todos os concelhos do ACES (de 7,9 para 4,8%), sendo em 2011 inferior à da RN e do Continente. A proporção da população abrangida pelas infraestruturas ambientais apresenta valores abaixo dos observados na RN e no Continente: 84% da população é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 58% por sistemas de drenagem de águas residuais e 35% por estações de tratamento de águas residuais.

As doenças do aparelho circulatório (cérebro e cardiovasculares) constituem a causa de morte mais frequente em ambos os sexos e para todas as idades no ACES VSS, sendo a situação semelhante ao que acontece a nível regional e a nível nacional. A doença cerebrovascular (especificamente o Acidente Vascular Cerebral) é a segunda causa de mortalidade prematura (ocorrida antes dos 65 anos) e a maior responsável por anos de vida saudável perdidos por incapacidade ou morte (*disability adjusted life years* – DALY), reflectindo a gravidade dos eventos agudos e as sequelas a médio e longo prazo.

Apesar do peso destas doenças do aparelho circulatório na população, em particular na mais envelhecida, há doenças ou problemas de saúde que ocorrem mais precocemente na vida e que têm mais impacto na saúde da população. Os tumores malignos (especialmente os das vias respiratórias) e as causas externas (especialmente os acidentes de viação) provocam mais frequentemente morte prematura, levando a que, no ACES VSS, se percam proporcionalmente mais anos potenciais de vida por estas causas do que na restante Região Norte e Continente. No triénio 2010-2012 a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores superiores aos da RN. Destacam-se, pela negativa, a tuberculose e a doença pulmonar obstrutiva crónica. A tuberculose continua a ser um importante problema de saúde no ACES VSS, afectando especialmente o centro-leste do concelho de Penafiel. Nesse concelho estão algumas das freguesias com a mais alta taxa de incidência da Europa, carecendo de especial atenção e mobilização de recursos de saúde e da comunidade. A taxa de incidência da infeção VIH apresenta valores inferiores aos da RN e aos do Continente, em 2013. A taxa de incidência de tuberculose em 2013 (45,7/10⁵), apresenta uma tendência geral decrescente com algumas oscilações, apresentando valores superiores aos da RN e do Continente, desde 2000.

Em termos de determinantes de saúde (fatores que influenciam a probabilidade do aparecimento de doença), assumem particular destaque o tabagismo e a hipertensão arterial (HTA). Segundo o último Inquérito Nacional de Saúde 2005-06, a prevalência de consumo de tabaco na Região Norte era de 19,6% em maiores de 15 anos. Na área de influência do ACES VSS, 11% da população inscrita em 2014 foi identificada como fumadora (informação extraída do Sistema de Informação da ARS [SIARS]). No entanto, em estudo desenvolvido pela Unidade de Saúde Pública concluiu-se que 20,5% dos alunos do 12º ano de escolaridade em 2013/14 fumavam – o que levanta a hipótese de os dados extraídos do SIARS ainda subestimarem a situação real.

Prioridades da saúde

- Doenças cerebrovasculares
- Tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão
- Diabetes *mellitus*
- Tuberculose
- Doenças respiratória

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL NO ANO DE 2011-2016

Objetivos de saúde	Estratégias e atividades	Indicadores	Resultados 2014 (SIARS)
Diminuir TMP por doenças cerebro- vasculares em 20%		% doentes com AVC/AIT com antiagregação	45,2%
Diminuir TMP por doenças cardíacas isquémicas em 20%		% doentes com SCA/EAM com antiagregação dupla no primeiro ano após evento	20,9%
Diminuir TMP por TMTBP	Promover o diagnóstico precoce e garantir o tratamento adequado de TMTBP; Evitar consumo de tabaco e exposição ao fumo de tabaco ambiental; Identificação e registo de abuso de tabaco na consulta médica; Garantir acesso a consulta de apoio intensivo à cessação tabágica	TMP por TMTBP; % de utentes inscrites identificados e registados com abuso de tabaco; Número de doentes tratados na consulta de cessação tabágica.	
Diminuir TMP por diabetes; Aumentar a prevalência de DM diagnosticada; Diminuir a proporção dos fatores de risco para diabetes (síndrome metabólica); Garantir um bom controlo glicémico nos diabéticos (prevenção secundária).	Promover o diagnóstico precoce e garantir o tratamento adequado; Combate aos fatores de risco conhecidos.	% inscritos com diagnóstico DM tipo 2	5,97%
		% utentes com DM diagnosticada	7%
		% diabéticos com acompanhamento adequado	52,53%
		% diabéticos com última HbA1C <8%	68,8%
		% diabéticos vigiados com úlcera activa no pé	8,94%
		% diabéticos com exame oftalmológico no último ano	64,7%
		% diabéticos com exame pés no último ano	87,7%
		% DM2 com compromisso vigilância	82,2%
Diminuir taxa de incidência de tuberculose para <40 casos por 100 mil habitantes; Reduzir proporção de casos hospitalizados <10%; Sucesso terapêutico superior a 85%; Proporção de recidivas <10%.	Garantir o cumprimento da estratégia TOD; Coordenar as atividades de luta contra a tuberculose de acordo com o Programa Nacional e Regional para a Tuberculose.	Taxa de notificação de tuberculose	39/100 000 habitantes (USP, 2014)
		% de doentes com tuberculose diagnosticados com tratamento completo	92,2% (SVIG, 2013)
		% doentes com tuberculose que são recidivas	7,5% (SVIG, 2014)
		TIP por pneumonia	32,7 (ACES, 2007-2009)
Reduzir TIP por pneumonia em 30%; Identificar utentes com DPOC e asma.	Promover o diagnóstico precoce e garantir o tratamento adequado.	% inscritos com diagnóstico de DPOC	1,3%
		% inscritos com diagnóstico de asma	2,1%

TMP: Taxa de mortalidade Padronizada; TIP: Taxa de Internamento Padronizada; TMTBP, Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmões; TB: Tuberculose; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; DM: Diabetes Mellitus; SIARS: Sistema de Informação da ARS.

ACES TÂMEGA III

VALE DO SOUSA NORTE

PERFIL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA III - VALE DO SOUSA NORTE

- ▶ **População residente (estimativas 2013):** 161.974 habitantes.
- ▶ **Índices demográficos** (1991, 2001, 2011 E 2013): **Índice de dependência** dos jovens tem vindo a diminuir mas, em 2013, ainda era superior ao da Região Norte e Continente; **Índice de dependência dos idosos** com valor inferior ao da Região Norte e Continente; **Índice de envelhecimento** com valor inferior ao da Região Norte e Continente.
- ▶ **Esperança de vida à nascença** (triénios 1996-1998 E 2011-2013) é de 80,3 anos. Tem aumentado em ambos os sexos mas ainda é inferior à da RN (81,0 anos) e à do Continente (80,8).
- ▶ **Taxa de natalidade** (1998, 2003, 2008, 2013) é de 7,3 nados vivos por 1 000 habitantes, em 2013. Tem diminuído de forma mais acentuada do que na RN e no Continente, apresentando valores iguais aos da RN, mas inferiores aos do Continente.
- ▶ **Número de desempregados inscritos no IEFP** diminuiu em 2014, contrariando a evolução crescente registada desde o segundo semestre de 2008. Sexo masculino apresenta maior número de desempregados do que o feminino.
- ▶ **Nível de escolaridade da população** melhorou entre 2001 e 2011, aproximando-se da RN e do Continente. No mesmo período, a taxa de analfabetismo diminuiu em todos os concelhos sendo, em 2011, superior à da RN (5,0%) nos concelhos de Felgueiras e Lousada, mas inferior à do Continente (5,2%).
- ▶ **Distribuição (%) da população empregada por setor de atividade económica (censos 2001 e 2011)**
O setor secundário é a principal fonte de emprego (57,3% da população), seguido pelo setor terciário (41,5%) que é o único a aumentar no período intercensitário 2001-2011, aproximando-se da tendência da RN e do Continente, onde é a principal fonte de emprego.
- ▶ **Indicadores de suporte social, 2013:** Proporção de pensionistas da Segurança Social (247,3 por 1 000 habitantes) inferior à da RN e à do Continente. - Proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (36,2 por 1 000 habitantes) inferior à da RN e à do Continente. - Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem (2004 2007 2010 2012) e o poder de compra per capita (1993 2000 2005 2011), em todos os concelhos, são inferiores aos da RN e aos do Continente.
- ▶ **Infraestruturas ambientais** (2009) apresentam valor acima do observado na RN e no Continente, com a exceção da população servida por estações de tratamento de águas residuais: 94% da população é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 81% por sistemas de drenagem de águas residuais e 33% por estações de tratamento de águas residuais.
- ▶ **Proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos** (triénios 02-04, 05-07, 08-10, 11-13) tem diminuído, mas mantém-se superior à da RN e igual à do Continente.

- ▶ **Proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos** (triênios 02-04, 05-07, 08-10, 11-13) tem aumentado mas sempre com valores inferiores aos da RN (23,8%) e Continente (25,2%).
- ▶ **Proporção de nascimentos pré-termo** (triênios 02-04, 05-07, 08-10, 11-13) (6,8% no triénio 2011-2013) inverteu a tendência crescente no triénio 2008- 2010, apresentando no último triénio, um valor inferior ao da RN e do Continente.
- ▶ **Proporção de crianças com baixo peso à nascença** (triênios 02-04, 05-07, 08-10, 11-13) (8,2% no triénio 2011-2013) tem vindo a aumentar e apresenta valores inferiores aos da RN e aos do Continente.
- ▶ **Mortalidade infantil** (triênios 02-04, 05-07, 08-10, 11-13) (3,5 óbitos infantis por 1 000 nados vivos no triénio 2011-2013) apresenta uma tendência oscilatória, sendo superior à registada na RN e no Continente, sobretudo, à custa das componentes mortalidade neonatal, mortalidade neonatal precoce) e mortalidade pós-neonatal.
- ▶ **Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos** (triénio 2010-2012) - Destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos.
- ▶ **Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para a população com idade inferior a 75 anos** (triénio 2010-2012) - os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão, registando valores inferiores aos da RN.
- ▶ **Taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade** (idade inferior a 75 anos) (triénio 2010-2012) - valores superiores aos da RN para todas as causas de morte, sem significância estatística. Destaca-se, pela negativa, o tumor maligno do estômago, a diabetes *mellitus*, e as causas externas de mortalidade, com valores significativamente superiores aos da RN, para ambos os sexos.
- ▶ **Morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários** - as causas de doença mais registadas são a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos, as perturbações depressivas e a diabetes *mellitus*, apresentando valores inferiores aos da RN e do Continente.
- ▶ **Taxa de incidência da infeção VIH** (2002-2013) mantém valores inferiores aos do Continente mas superiores aos da RN.
- ▶ **Taxa de incidência de tuberculose** (2002-2013) (24,1/100 000 hab.) tem evoluído de forma oscilatória, apresentando um valor inferior ao da RN mas superior ao do Continente, em 2013.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA III - VALE DO SOUSA NORTE 2011-2016

- ▶ Após identificação dos principais **problemas de saúde** da população da área geodemográfica do ACES foram definidos os problemas de saúde prioritários com a colaboração, a nível interno, do Conselho Clínico, Coordenadores das diferentes unidades funcionais e profissionais da USP do ACES e externamente dos Coordenadores de todos os Agrupamentos de Escolas, bem como com os Vereadores da Saúde dos três Municípios.

Os **problemas de saúde considerados prioritários** foram: Doenças Cerebrovasculares, Doença Crónica do Fígado e Cirrose e Tumor Maligno da Mama Feminina.

Com base nos problemas prioritizados, seus determinantes e recursos existentes, foram identificadas as **necessidades de saúde** a serem objeto de intervenção:

- Menos Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares antes dos 65 anos
- Menos Mortalidade por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão antes dos 65 anos
- Menos Mortalidade por Doença Crônica do Fígado e Cirrose antes dos 65 anos
- Menos Mortalidade por Tumor Maligno da Mama Feminina
- Menor Consumo de Tabaco
- Maior Consumo de Frutas
- Maior Consumo de Legumes

Principais estratégias selecionadas para a implementação do PLS:

- Abordagem integrada dos determinantes da saúde comuns às diferentes necessidades de saúde prioritizadas
- Envolvimento dos parceiros no planejamento da intervenção
- Divulgação de informação sobre os determinantes da saúde relativamente às necessidades de saúde prioritizadas
- Prevenir e controlar o tabagismo (Programas de Educação Para a Saúde; promoção do acesso à consulta de cessação tabágica; formação de profissionais em cessação tabágica; divulgação da legislação antitabágica; promoção junto da comunidade de espaços livres de tabaco)
- Reduzir número de pessoas com pré-obesidade e obesidade na comunidade; facilitar o acesso à consulta de nutrição
- Desenvolver programas de Educação para a Saúde na área da alimentação saudável
- Melhorar o diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial
- Identificação e tratamento precoces de consumos excessivos de álcool em parceria com o IDT/CRI
- Dinamizar a implementação do rastreio do cancro da mama feminina

Objetivos de saúde do ACES

► Objetivos de Impacto:

- Diminuir a TBM Prematura por Doença Cerebrovascular para 5,44/100 000 habitantes, até dezembro de 2016
- Diminuir a TBM Prematura por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão para 27,6/100 000 habitantes, até dezembro de 2016
- Diminuir a TBM Prematura por Doença Crônica do Fígado e Cirrose para 14,1/100 000 habitantes, até dezembro de 2016
- Diminuir a TBM Prematura no sexo feminino por Tumor Maligno da Mama para 2,32/100 000 habitantes, até dezembro de 2016

► Objetivos de Outcome:

- Aumentar, entre 2011 e 2016 para 35% (meta do Plano Regional de Saúde para 2010) a percentagem de adolescentes do 2.º e 3.º ciclos do ensino básico das escolas do ACES que consome diariamente legumes

- Aumentar entre 2011 e 2016, para 45%, (meta do Plano Regional de Saúde para 2010) a percentagem de adolescentes do 2.º e 3.º ciclos do ensino básico das escolas do ACES que consome diariamente fruta
- Reduzir entre 2011 e 2016, para 30%, (meta do Plano Regional de Saúde para 2010) a percentagem de adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico das escolas do ACES que consomem tabaco

Atividades e resultados referentes ao ano de 2014:

- Implementação do Programa PASSE (Programa de alimentação saudável em saúde escolar) nos agrupamentos de escolas e nas escolas não agrupadas, existentes no parque escolar do ACES. Foram abrangidos pelo programa 36,1% dos alunos do 2.º ciclo, 55,5% do 1.º ciclo e 55,2% do ensino pré-escolar
- Aplicação aos alunos do 2.º e 3.º ciclos do ensino básico de questionário relativos aos hábitos de consumo de frutas e legumes. Neste questionário 55,9% dos alunos referem consumir diariamente sopa de legumes, 45,7% referem consumir diariamente saladas ou legumes cozidos e 75,8% referem consumir diariamente fruta
- Aplicação aos alunos do 2.º e 3.º ciclos do ensino básico de questionário relativo ao consumo de tabaco e álcool; Neste questionário 12,6% dos alunos referem ser fumadores ou já terem experimentado cigarros de tabaco

Muitos dos indicadores contratualizados interna e externamente pelas Unidades de Saúde Familiares e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados dão resposta aos objetivos do PLS. Partido do pressuposto de que será potenciada e garantida a melhoria contínua dos seus resultados poderemos assegurar o seu contributo indubitável para o atingimento dos objetivos deste PLS.

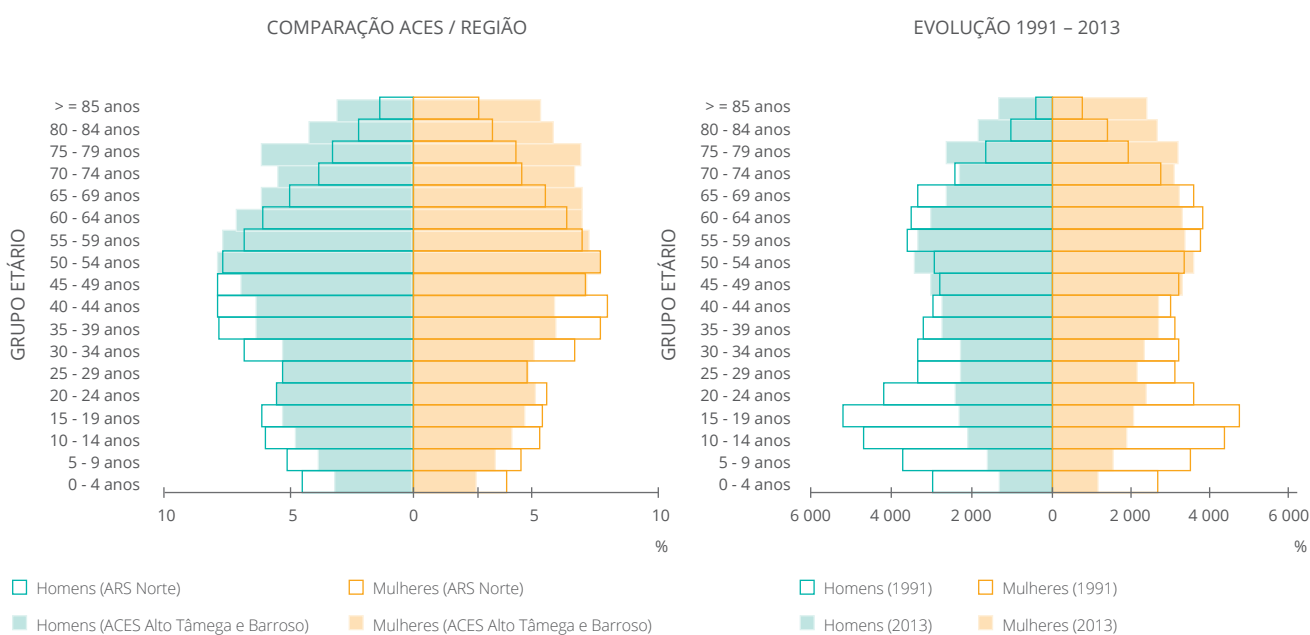
ACES TRÁS-OS-MONTES ALTO TÂMEGA / BARROSO

PERFIL DE SAÚDE - ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO NO ANO DE 2015

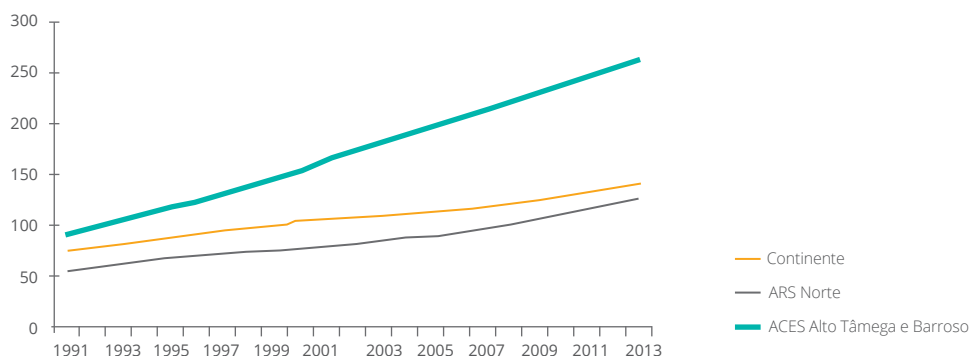
Local de Residência	População Residente			Crescimento Populacional			
	1991	2001	2011	de 1991 a 2001		de 2001 a 2011	
				Número	%	Número	%
Continente	9.375.926	9.869.343	10.047.621	493.417	5,3	178.278	1,8
ARS Norte	3.463.830	3.678.799	3.682.370	214.969	6,2	3.571	0,1
ACeS Alto Tâmega e Barroso	112.511	104.768	94.143	-7.743	-6,9	-10.625	-10,1

População residente (Census)

Pirâmides etárias (estimativas pop 2013)



ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO



TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA < 75A

	Continente		ARS Norte		ACES Alto Tâmega e Barroso	
	09-11	10-12	09-11	10-12	09-11	10-12
Grandes grupos de causas de morte						
Todas as causas	284,1	277,1	274,4	268,8	323,9	324,6
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados	27,7	28,1	31,8	32,4	...	...
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,7	9,9	8,9	8,1	...	...
Tuberculose	0,8	0,8	0,9	0,9	0,7	0,7
VIH / Sida	5,7	5,1	3,9	3,5	2,7	2,7
Tumores malignos	106,1	105,5	104,3	103,6	...	...
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringr	4,7	4,7	4,6	4,5	3,7	5,8
Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu	37,9	37,8	39,4	38,9	...	...
Tumor maligno do esófago	3,3	3,3	3,7	3,6	4,0	4,0
Tumor maligno do estômago	9,8	9,6	12,8	12,5	13,1	..
Tumor maligno do cólon e reto	13,3	13,3	12,1	11,9	...	16,3
Tumor maligno do pâncreas	5,2	5,2	4,7	4,7	3,0	3,6
Tumor maligno do aparelho respiratório	21,8	21,6	23,3	22,7	...	17,5
Tumor maligno da traquei , brônquios e pulmão	19,0	19,0	20,2	19,9	...	...
Tumor maligno dos ossos, pele e mama	10,3	10,3	8,7	8,8	9,3	...
Tumor maligno dos órgãos geniturinários	12,4	12,2	10,7	10,3	...	...
Tumor maligno da bexiga	2,2	2,3	2,1	2,0	1,5	1,6
Tumor maligno de outras localizações e de local não esp	9,6	9,7	9,6	10,0	...	...
Tumor maligno do tecido linfático e órgãos hematopoéticos	8,0	7,9	6,8	7,0	...	...
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11,0	10,9	10,5	10,5	...	...
Diabetes mellitus	8,8	8,6	8,4	8,4	...	8,4
Doenças do aparelho circulatório	51,4	49,0	11,5	42,9	...	...
Doença isquémica do coração	16,8	15,8	11,7	11,1	...	10,0
Doenças cerebrovasculares	20,1	19,1	19,7	19,1	...	...
Doenças do aparelho respiratório	15,1	14,3	16,1	15,4	...	14,3
Pneumonia	5,7	5,5	5,3	5,2	...	...
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	3,7	3,5	4,5	4,3	...	...
Doenças do aparelho digestivo	17,2	16,5	18,7	18,2	...	...
Doença crónica do fígado e cirrose	9,3	8,9	10,8	10,7	30,0	31,4
Causas externas de mortalidade	24,8	23,2	20,2	19,0	...	...
Acidentes de transporte	8,0	7,1	6,0	5,5	8,1	0,7
Acidentes de veículos a motor	7,5	6,7	5,7	5,2	7,9	8,3
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios)	6,9	6,9	4,4	4,5	4,5	4,1

PLANO LOCAL DE SAÚDE – ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO NO ANO DE 2011–2016

Necessidade de saúde identificada	Meta	Estratégia / atividades
Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doença Crónica do Fígado e Cirrose	Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doenças Crónica do Fígado e Cirrose de 22.7 /10 ⁵ para 13.6 /10 ⁵ nos utentes <65 anos	Disponibilizar formação aos profissionais Consulta descentralizada em articulação com o Centro de Respostas Integradas (CRI) Criar /implementar consulta de alcoologia (problemas ligados ao álcool) Programa PASSE Programa PRESSE Programa PELT Vacinação
Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares	Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular, de 13.3/ 10 ⁵ para 6.2/10 ⁵ , nos utentes <65 anos	Avaliação Risco Cardiovascular Avaliação IMC em Todas as Idades Consulta Hipertensão Arterial (HTA) Consulta Diabetes Consulta de Cessação tabágica Promoção de exercício físico regular Programa PASSE Programa PELT
Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno Mama Feminina	Diminuir o Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama em mulheres com idades inferiores a 65 anos, de 18.0/10 ⁵ para 12.0/10 ⁵	Consulta de rastreio oncológico - Mamografia de 2/2 anos (mulheres 50 aos 69 anos) Monitorização das mulheres que não faz o rastreio Promover Aleitamento Materno Reforçar Ensino Auto Exame da Mama
Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Reto	Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Reto, de 11.5/10 ⁵ , para 7.6/10 ⁵ , nos utentes < 65 anos	Consulta de rastreio oncológico - PSOF - entre 50 aos 74 anos de idade, 2/2 anos) ou seguindo os critérios EDB Promoção de Exercício Físico Regular; Programa PASSE;
Diminuir a Taxa de Mortalidade de Tumor Maligno do Estômago	Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago, de 8.1 / 10 ⁵ para 6.0 /10 ⁵ , nos utentes <65 anos	Consulta de Doença Oncológica Consulta de Cessação Tabágica Programa PASSE; Promoção de Exercício Físico Regular; Programa PELT;

Recomendações:

- Promover e investir nos programas de Promoção e Protecção da Saúde
- Criar no ACES pelo menos uma Unidade com consulta de Problemas Ligados ao consumo excessivo de Álcool
- Criar condições para a consulta de cessação tabágica nas Unidades Funcionais
- Promover a implementação de todos os programas Regionais do Departamento Saúde Pública

Resultados apenas disponíveis no final do período do Plano Local de Saúde.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO, E.P.E

PERFIL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO NO ANO DE 2015

Caracterização socio-demográfica

► A **Unidade Local de Saúde Alto Minho** abrange uma **população residente** de 240 134 habitantes, representando cerca de 6,6% da população da Região Norte (RN) (3.637.211 habitantes). Nos últimos Censos (2001 e 2011) a população da ULS Alto Minho decresceu 2,2%, enquanto que a população da região manteve-se praticamente inalterada e, no Continente, observou-se um ligeiro crescimento (1,8%). O **índice de envelhecimento** (183,6) tem aumentado de forma mais acentuada do que na RN (125,0) e no Continente (138,9).

A **Esperança de vida à nascença** (81,2 anos) tem aumentado em ambos os sexos e é ligeiramente superior à da RN e do Continente. A **taxa de natalidade** (6,5 nados vivos por 1 000 habitantes) tem diminuído e apresentando valores inferiores aos da RN e do Continente

Caracterização epidemiológica da população

► A **proporção de nascimentos pré-termo** inverteu a tendência crescente no triénio 2007-2009, apresentando valores inferiores aos da RN e do Continente. A proporção de **crianças com baixo peso à nascença** (7,2%) tem aumentado, contudo tem registado valores inferiores aos da RN (8,4%) e do Continente (8,4%).

A **mortalidade infantil** (1,6/1 000 nados vivos) tem vindo a diminuir com algumas oscilações apresentando, no último triénio (2011-2013), um valor inferior ao da RN (2,9) e Continente (3,1).

Destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos, na **mortalidade proporcional** por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos. Já para a **população com idade inferior a 75 anos** os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão, registando valores ligeiramente inferiores aos da RN e Continente.

Nos triénios 2009-2011 e 2010-2012, a **taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade** (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores superiores aos da RN, sem significância estatística. Destacam-se, pela **negativa**, as doenças do aparelho digestivo, com evidência para a **doença crónica do fígado e cirrose, a doença isquémica do coração** e as causas externas de mortalidade, sobretudo os **acidentes de transportes e os suicídios**, com valores significativamente superiores aos da RN.

Na **morbilidade nos CSP**, medida pela **proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2**, destacam-se a hipertensão (valor superior ao da RN), as alterações do metabolismo dos lípidos, a Diabetes, as perturbações depressivas e a obesidade.

As **taxas de incidência de sida e da infeção VIH** têm mantido um comportamento constante com algumas oscilações, com a primeira a apresentar valores entre os 0,8 e 2,8/100 000 habitantes e a segunda entre os 2,0 e 7,2/100 000 habitantes, de 2000 a 2013.

A **taxa de incidência de tuberculose** (14.9/100 000 habitantes) tem apresentado valores inferiores aos da RN, excepto no de 2008.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO NO ANO DE 2014-2016

Prioridade de saúde identificadas

► Doenças cérebro-cardiovasculares; Tumores malignos; Doença crónica do fígado e cirrose; Diabetes *mellitus*; Perturbações depressivas e suicídio e Doença pulmonar obstrutiva crónica.

Metas/Objetivos a atingir em 2016

► Doenças cérebro-cardiovasculares

Taxa de mortalidade prematura (< 65 anos de idade) por doenças cérebro vasculares não superior a 9,0/100 000 habitantes; Taxa de mortalidade prematura (< 65 anos de idade) por doença isquémica cardíaca não superior a 5,7/100 000 habitantes; Taxa de anos de vida potencialmente perdidos por doenças cérebro vasculares inferior a 115,0/100 000 habitantes.

► Tumores malignos

Taxa de mortalidade prematura (< 65 anos de idade) por tumor maligno de cólon e reto não superior a 5,0/100 000 habitantes; Taxa de mortalidade prematura (< 65 anos de idade) por tumor maligno de estômago não superior a 10,6/100 000 habitantes; Taxa de mortalidade prematura (< 65 anos de idade) por tumor maligno de traqueia, brônquios e pulmão não superior a 14,6/100 000 habitantes; Taxa de anos de vida potencialmente perdidos por tumor maligno de traqueia, brônquios e pulmão inferior a 190,0/100 000 habitantes.

► Doença crónica de fígado e cirrose

Taxa de mortalidade prematura (< 65 anos de idade) por doença crónica de fígado e cirrose não superior a 16,3/100 000 habitantes; Taxa de anos de vida potencialmente perdidos por doença crónica de fígado e cirrose inferior a 270,0/100 000 habitantes.

► Diabetes *mellitus*

Taxa de mortalidade prematura (< 65 anos de idade) por diabetes *mellitus* não superior a 4,5/100 000 habitantes; Taxa de internamento abaixo dos 70 anos de idade por diabetes *mellitus* não superior a 40,9/100 000 habitantes; Taxa de anos de vida potencialmente perdidos por diabetes *mellitus* inferior a 80,0/100 000 habitantes.

► Perturbações depressivas e suicídio

Taxa de mortalidade prematura (< 65 anos de idade) por suicídio não superior a 6,4/100 000 habitantes.

► Doença pulmonar obstrutiva crónica

Taxa de internamento abaixo dos 70 anos de idade por doença pulmonar obstrutiva crónica não superior a 37,1/100 000 habitantes.

Estratégias

► Melhorar a vigilância do IMC na população, nomeadamente nos doentes hipertensos e diabéticos

Proposta de intervenção:

- Promover que 90% dos doentes hipertensos e dos diabéticos tenham pelo menos um registo do IMC nos últimos 12 meses
- Promover que em todas as USF/UCSP 80% dos doentes hipertensos e diabéticos tenham pelo menos um registo do IMC nos últimos doze meses
- Promover que 95% das crianças com 2 e com 14 anos de idade com peso e altura registados nos últimos 12 meses
- Promover que 50% dos doentes com HTA e IMC ≥ 30 , 50% dos doentes diabéticos e 50% das crianças obesas, referenciados pelas USF e UCSP para o SNA, e com acesso sustentado a apoio de nutricionista nos Centros de Saúde, diminuam o seu valor inicial de IMC

► Aumentar a percentagem da população que pratica actividade física

Proposta de intervenção:

- Promover uma campanha de mobilização junto da população, envolvendo todos os serviços públicos e os privados que aceitem colaborar, no sentido de fomentar a prática frequente de actividade física
- Promover uma campanha junto de todas as autarquias no sentido de se monitorizar o número de cidadãos que praticam actividade física nas infra-estruturas disponibilizadas pelas autarquias
- Promover a divulgação dos resultados do projeto de intervenção “ATIVIDADE” desenvolvido em Melgaço
- Promover a divulgação das conclusões do projeto de investigação “Estado de Saúde em Atividade Física da População Idosa” desenvolvido no distrito/Minho Lima, pela ESE/IPVC em parceria com a ULSAM e o CIDESD
- Promover parcerias com as autarquias, escolas, clubes e outras instituições, no sentido de aumentar o número de cidadãos que fazem actividade física, com apoio, orientação e de forma adequada ao seu estado de saúde e, preferencialmente, ao ar livre

► Diminuir a ingestão de sal na alimentação e aumentar o consumo de hortícolas frescas, leguminosas e fruta

Proposta de intervenção:

- Promover o alargamento do programa PODE a um maior número de agrupamentos escolares, garantindo que a sua cobertura atinja 60% da população escolarizada do Alto Minho
- Promover o alargamento do programa PASSE a um maior número de agrupamentos escolares, garantido que a sua cobertura atinja: PASSEzinho/jardins de Infância 60% da população escolarizada do Alto Minho. PASSE/EA1/1º Ciclo 30%; e PASSE/manipuladores de alimentos 20%
- Promover o envolvimento de todos os municípios com o projeto “GARFO Verde”, alargando a adesão dos restaurantes a todos os concelhos
- Incluir no portal da ULSAM, um link com a listagem de restaurantes que aderiram ao programa “Garfo Verde”
- Envolver as Escolas de Hotelaria e Turismo de Viana do Castelo no sentido de promoverem práticas

gastronómicas que contribuam para diminuir o consumo de sal e para um maior consumo de hortícolas frescos, leguminosas e fruta

- Envolver as Escolas de Hotelaria e Turismo do distrito de Viana do Castelo e as associações empresariais que representam os estabelecimentos de restauração, no sentido de se assegurar formação contínua aos profissionais de restauração sobre práticas gastronómicas que contribuam para diminuir o consumo de sal e aumentar o consumo de hortícolas frescos, leguminosas e fruta
- Incluir no portal da ULSAM um link para divulgar os programas PODE e PASSE, bem como as listagens das escolas que aderiram aos mesmos e os resultados obtidos na diminuição da ingestão do sal nas refeições

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS, EPE

PERFIL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS NO ANO DE 2015

► A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) abrange uma população residente de 174 690 habitantes, representando cerca de 4,8% da população da Região Norte (RN). Nos últimos censos (2001 e 2011) a população da ULSM cresceu 5,1%, enquanto que a população da RN se manteve praticamente inalterada e, no Continente (CT), observou-se um ligeiro crescimento (1,8%). O índice de envelhecimento (127,1) tem aumentado de forma mais acentuada do que na RN e Continente e já superou o valor da RN (125,0). A esperança de vida à nascença (80,9 anos) tem aumentado em ambos os sexos e é semelhante à da RN e do CT. A taxa de natalidade (7,8/1 000 hab. em 2013) tem diminuído e apresenta valores superiores aos da RN e semelhantes aos do CT. O número de desempregados inscritos no IEFP diminuiu em 2014, depois da tendência de crescimento exibida após 2008. O nível de escolaridade da população melhorou entre os Censos 2001 e 2011, e é superior ao da RN e do CT. A taxa de analfabetismo (3,2%) é inferior à RN e do CT. A proporção de pensionistas (321,0/1 000 habitantes de 15 e mais anos) tem vindo a aumentar, contrariamente à proporção de beneficiários do RSI (60,6/1 000 habitantes de 15 e mais anos) que tem vindo a diminuir, apesar de apresentar valores superiores aos da RN (44,6) e do CT (38,6). O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem (1119,6€ em 2012) é superior ao da RN (958,1€). O mesmo se verifica com o poder de compra per capita. As infra-estruturas ambientais abrangem toda a população e apresentam valores acima da média da RN: 100% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 100% por sistemas de drenagem de águas residuais e 89% por estações de tratamento de águas residuais.

A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (3,2%), a proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos (28,3%) mostra uma tendência crescente, com valores superiores aos da RN e do CT. Nos determinantes da saúde destaca-se a proporção de inscritos com diagnóstico ativo por abuso do tabaco, seguido pelo excesso de peso, apresentando valores superiores aos da RN e do CT, sendo maior no sexo masculino em relação ao feminino.

A proporção de nascimentos pré-termo inverteu a tendência crescente no triénio 07-09 e, desde o triénio 05-07, apresenta valores semelhantes aos da RN e do CT. A proporção de crianças com baixo peso à nascença (9,0%) tem aumentado e regista valores superiores aos da RN (8,4%) e do CT (8,4%). A mortalidade infantil (3,6/1 000 nados vivos) tem vindo a acompanhar a tendência decrescente da RN e do CT, contudo, nos três últimos triénios, observou-se uma ligeira subida, apresentando em 2011-2013 um valor superior ao da RN (2,6) e do CT (3,1). Destacam-se, pelo seu maior peso relativo e valores superiores face à RN e Continente, os tumores malignos na mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos, seguidos pelas doenças do aparelho circulatório. Na população com idade inferior a 75 anos o peso relativo dos tumores malignos é, ainda, mais acentuado.

No triénio 10-12, a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta valores superiores aos da RN, sem significância estatística. Destacam-se, pela negativa, as doenças infecciosas e parasitárias, com evidência para o VIH/sida, e os tumores malignos, sobretudo o tumor maligno do estômago e tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, com valores significativamente superiores aos da RN. No sexo masculino destaque, ainda, para o tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe, e no sexo feminino para a diabetes *mellitus*, com valores superiores aos da RN, com significância estatística.

Na morbidade nos CSP, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, destacam-se a hipertensão, as alterações do metabolismo dos lípidos, a obesidade, as perturbações depressivas e a Diabetes, todas com valores superiores aos da RN.

As taxas de incidência de sida e da infeção VIH têm diminuído de forma acentuada desde 2000, apesar de continuar a apresentar valores superiores aos da RN. Embora também tenha diminuído de forma acentuada desde 2000, a taxa de incidência de tuberculose (30,3/10⁵ habitantes) ainda ultrapassa os valores da RN e do Continente

PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS NO ANO DE 2011-2016

Problemas de saúde prioritários identificados:

- Mortalidade e morbidade por doenças do aparelho circulatório (doenças cerebrovasculares e doença isquémica do coração), antes dos 65 anos
- Mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos
- Mortalidade por tumor maligno do cólon e recto antes dos 65 anos
- Mortalidade por tumor maligno da mama feminina
- Morbidade por tuberculose
- Morbidade e mortalidade por diabetes *mellitus*

OBJETIVOS DE SAÚDE

- Diminuir a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório de 22,1/100 000 para 10/100 000 na população de ambos os sexos, até aos 65 e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016.
- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral de 8,6/100 000 para 4,5/100 000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016.
- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca de 8,6/100 000 para 2,5/100 000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016.

- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada pelo tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão de 20,5/100 000 para 18/100 000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016

ESTRATÉGIAS

- Intensificar campanhas de informação dirigidas à população geral
- Melhorar o diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial e Dislipidémia
- Prevenir e controlar o Tabagismo
- Reduzir o número de pessoas com Excesso de Peso / Obesidade
- Aumentar a prática regular de Actividade Física
- Identificar portadores de fatores de risco cardiovascular, através da realização do Exame Periódico de Saúde – EPS
- Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária e ao Acidente Vascular

- Prevenção primária, através do combate a fator de risco conhecido: Evitar o consumo de tabaco
- Prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade
- Prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes

OBJETIVOS DE SAÚDE

- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do cólon e recto para menos de 6,3/100 000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016
- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada pelo tumor maligno da mama feminina de 8,1/100 000 para menos de 8,0/100 000 na população do sexo feminino até aos 65 anos, e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016
- Diminuir taxa de mortalidade por diabetes *mellitus* de 3,8/100 000 para menos de 1,7/100 000, em ambos os sexos, na Região Norte, entre 2011 e 2016
- Diminuir taxa de incidência da tuberculose de 30,1/100 000 para menos de 20/100 000 na população de ambos os sexos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016

ESTRATÉGIAS

- Promoção de uma alimentação saudável
- Rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto nas idades e periodicidade recomendada com base na evidência científica conhecida
- Diagnóstico e tratamento precoce de casos
- Prevenção primária, através do combate aos fatores de risco conhecidos
- Prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade.
- Promoção da qualidade dos cuidados de saúde a prestar à pessoa com Diabetes
- Cumprir estratégia DOTS
- Coordenar as atividades de luta contra a tuberculose com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção pelo VIH/sida

Indicadores de monitorização e avaliação

- Taxa de mortalidade padronizada por cancro da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por diabetes *mellitus* antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de incidência de tuberculose (/100 000 habitantes)
- Prevalência de diabéticos (/100 000 habitantes)

- Percentagem de alunos do ensino Pré-Escolar e Ensino básicos que foram alvo de intervenção de projetos de saúde oral
- Percentagem de alunos abrangidos por projetos de promoção da alimentação saudável
- Percentagem de alunos abrangidos por projetos de Educação para o consumo
- Taxa padronizada de AVPP por doença isquémica cardíaca (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de AVPP por AVC (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de AVPP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de AVPP por tumor maligno do cólon recto e ânus (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de APVP por tumor maligno da mama feminina (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de APVP por diabetes *mellitus* antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)

Avaliação

► A avaliação quantitativa do PLS incluiu indicadores de mortalidade, morbilidade e de resultado de projetos/ programas de promoção da saúde.

Quanto aos indicadores quantitativos de mortalidade por causas específicas, verificou-se que a sua atualização ficou limitada ao triénio 2010-2012 devido a limitações de acesso aos dados, impostas pelo INE. Como tal não é possível esperar que os valores dos indicadores reflitam os resultados que este plano se propõe atingir.

Apesar destas limitações podemos verificar que houve uma subtil redução da mortalidade por neoplasia do pulmão de 2008-2010 até 2010-2012, e um aumento da mortalidade por neoplasia da mama e neoplasia colo-rectal, ultrapassando a meta definida para 2016. A mortalidade por doença cardíaca isquémica, doença do aparelho circulatório e doenças cerebrovasculares apresentou uma ligeira redução e estabilização nos anos 2008-2010 a 2010-2012, com valores acima da meta de 2016.

Os indicadores quantitativos de morbilidade, ao contrário dos de mortalidade, apresentaram uma mais ágil atualização, sendo mais representativos dos resultados deste PLS. Com efeito, a taxa de notificação de tuberculose tem vindo a diminuir desde 2011 a 2014, estando a aproximar-se da meta de 2016. A prevalência de diabetes *mellitus* tem vindo a aumentar, o que pode estar aliado ao aumento de acesso aos cuidados de saúde dos utentes de Matosinhos (com aumento da proporção da população vigiada por médico de família), e pelo aumento do registo dos diagnósticos dos utentes, condicionada pela contratualização das unidades funcionais. Poderá também estar aliado ao envelhecimento da população e à manutenção de estilos de vida pouco saudáveis apesar dos programas implementados na comunidade.

Ainda dentro dos indicadores quantitativos, a proporção de alunos envolvidos em programas e projetos de promoção da saúde oral, alimentar e de consumos tem oscilado nos últimos anos, sem apresentar uma tendência clara, crescente ou decrescente. Salienta-se que nos últimos anos as escolas têm sofrido uma redução brusca de tempos letivos habitualmente alocados a atividades de promoção da saúde, o que é um importante entrave na implementação das estratégias de saúde a nível escolar. De salientar que este será o indicador mais paradigmático do curto envolvimento do PLS no desenho e na implementação de projetos/ programas de saúde na comunidade.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORDESTE, EPE

PERFIL DE SAÚDE - ULS NORDESTE NO ANO DE 2015

Caracterização socio-demográfica

► A Unidade Local de Saúde do Nordeste abrange uma população residente de 131.483 habitantes, representando cerca de 3,6% da população da Região Norte (RN) (3.636.211 habitantes). Nos últimos censos (2001 e 2011) a população da ULS do Nordeste decresceu 8,5%. O índice de envelhecimento (271,4) tem aumentado de forma mais acentuada do que na RN (125,0) e no Continente (138,9). A esperança de vida à nascença (81,2 anos) tem aumentado em ambos os sexos. A taxa de natalidade (5,6 nados vivos por 1 000 habitantes) tem diminuído.

O número de desempregados inscritos no IEPF diminuiu em 2014, contrariando a evolução crescente registada desde o segundo semestre de 2011. O sexo feminino apresenta um número ligeiramente maior de desempregados do que o masculino. O nível de escolaridade da população melhorou entre os Censos 2001 e 2011. A taxa de analfabetismo (10,5%) é superior à média regional e do Continente. O setor terciário é o principal setor de atividade (69,3%). A proporção de pensionistas (407,2/1 000 habitantes de 15 e mais anos) tem-se mantido estável e a proporção de beneficiários do RSI é de 24,2/1 000 habitantes de 15 e mais anos. A taxa de criminalidade (33,9/1 000 habitantes) tem vindo a aumentar e apresenta valores superiores aos da RN. O ganho mensal médio dos trabalhadores por conta de outrem, em todos os concelhos exceto em Torre de Moncorvo, é inferior ao da região. O mesmo se verifica com o poder de compra per capita, exceto no concelho de Bragança. As infraestruturas ambientais abrangem quase toda a população: 96% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 91% por sistemas de drenagem de águas residuais e 92% por estações de tratamento de águas residuais.

Caracterização epidemiológica da população

► A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (4,1%) tem diminuído. A evolução da proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos (22,0%) mostra uma tendência crescente. Nos determinantes da saúde, destaca-se a proporção de inscritos com diagnóstico ativo por abuso do tabaco, seguido pelo excesso de peso, apresentando valores inferiores aos da RN.

A proporção de nascimentos pré-termo inverteu a tendência crescente no triénio 2007-2009. A proporção de crianças com baixo peso à nascença (10,2%) tem aumentado e a mortalidade infantil (4,8/1 000 nados vivos) tem vindo a diminuir com algumas oscilações. No triénio 2010-2012, a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores inferiores aos da RN, sem significância estatística. Destacam-se, pela negativa, os acidentes de transporte, com valores significativamente superiores aos da região, para ambos os sexos e no sexo masculino. Na morbilidade nos CSP, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, destacam-se a hipertensão, com valores superiores aos da RN, as alterações do metabolismo dos lípidos, a Diabetes e as perturbações depressivas. As taxas de incidência de sida e da infeção VIH têm mantido um comportamento constante, com algumas oscilações. A taxa de incidência de tuberculose foi de 12,8/10⁵ habitantes.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ULS NORDESTE NO ANO DE 2012 - 2016

Prioridade de saúde identificadas

- Menor Taxa de Mortalidade (TxM) por doenças cérebro-cardiovasculares antes dos 65 anos
- Melhor controlo da diabetes *mellitus* e diminuição da mortalidade por diabetes *mellitus*
- Menor TxM por tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão;
- Menor TxM por tumor maligno do estômago;

Metas/Objetivos

- Diminuição da Taxa bruta de mortalidade (TxBM) por AVC antes dos 65 anos para 9,0 por 100 000 habitantes até 2016;
- Diminuição da TxM por doença cardíaca isquémica antes dos 65 anos para 6,4 por 100 000 habitantes até 2016
- Diminuição da TxM Padronizada por diabetes *mellitus* antes dos 65 anos para 23,5 por 100 000 habitantes até 2016
- Diminuição da TxBM por tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmões <65 por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões antes dos 65 anos para 8 por 100 000 habitantes até 2016
- Diminuição da TxBM por tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmões <65 por tumor maligno do estômago para 6 por 100 000 habitantes até 2016

Estratégias

► Transversais

- Desenvolver a coordenação entre os diversos níveis de cuidados; Combate aos fatores de risco modificáveis conhecidos; Melhorar o diagnóstico precoce.

► Doenças Cérebro-Cardiovasculares

- Melhorar o diagnóstico precoce da hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, e respectivos tratamentos precoces; predição do risco cardiovascular aos 10 anos; implementação/melhoria da Via-verde Coronária e Via Verde do AVC; Garantir cuidados de reabilitação.

► Diabetes *Mellitus*

- Monitorizar a prevalência de Diabetes e suas complicações; Implementar consultas de Diabetes em 80% das instituições de saúde; Consulta de HTA; Promoção da educação da pessoa com Diabetes; Garantir o rastreio sistemático da retinopatia diabética, do pé diabético e da nefropatia diabética; Reabilitação.

► Tumor Maligno da Traqueia, Brônquio e Pulmão e Tumor Maligno do Estômago

- Consulta de doença oncológica (médico de família); Programa de combate às listas de espera para Cirurgia; Reabilitação.

Atividades

- Projeto de Promoção da Alimentação Saudável: PASSE; Heróis da Fruta; CresSer; Outros Projetos
- Projeto de Prevenção de Consumos Nocivos: PELT; Outros Projetos

Indicadores de Impacto

- TxBM por AVC <65 anos
- TxBM por Doença Isquêmica Cardíaca <65 anos
- TxBM por Diabetes <65 anos
- TxBM por Tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmões <65 anos
- TxBM por Tumores malignos do Estômago <65 anos

Indicadores de *Outcome* e Resultados

Indicador	Resultado (2014)
Percentagem de HTA diagnosticados na população inscrita com idade <65 anos	11,6%
Percentagem de HTA vigiados sem complicações	11,7%
Percentagem de HTA vigiados com complicações	0,8%
Percentagem de HTA com compromisso de vigilância com idade <65 anos	10,9%
Número de consultas de cessação tabágica	4
Número de diabetes <i>mellitus</i> na população inscrita (/1 000)	9,1‰
Taxa de prevalência de fumadores	9,4‰
Consumo excessivo de álcool	1,4‰
Percentagem de inscritos com obesidade	4,6‰



Plano Nacional de Saúde

Centro //

Administração Regional de Saúde do Centro

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE CENTRO, IP

ACES COVA DA BEIRA

ACES DÃO LAFÕES

ACES DO BAIXO MONDEGO

ACES DO BAIXO VOUGA

ACES PINHAL INTERIOR NORTE

ACES PINHAL LITORAL

ULS GUARDA, EPE

ULS CASTELO BRANCO, EPE

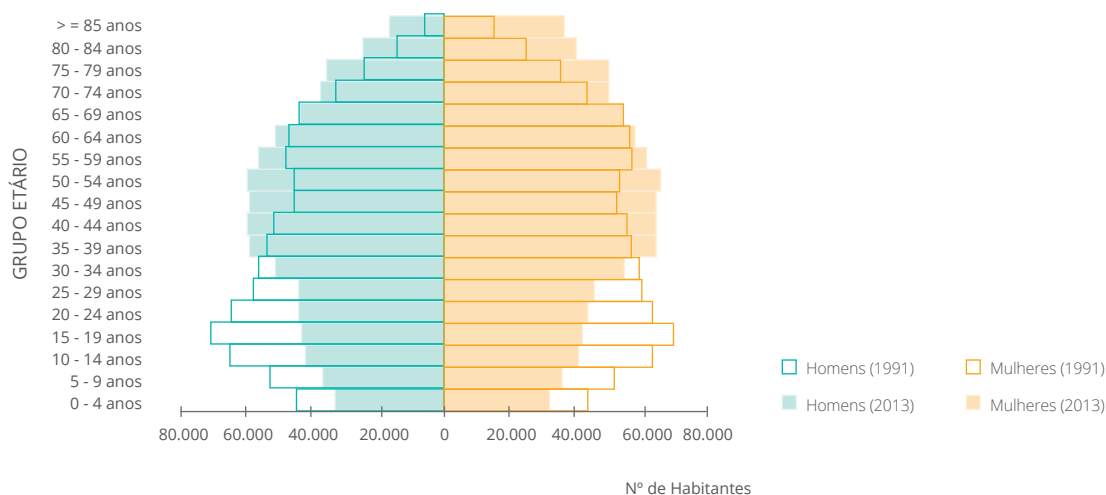


ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE CENTRO, IP

PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO DO CENTRO NO ANO DE 2014

Caracterização socio-demográfica

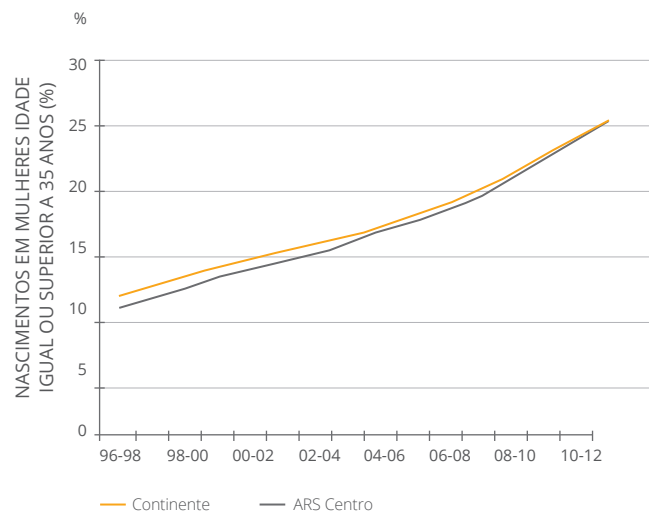
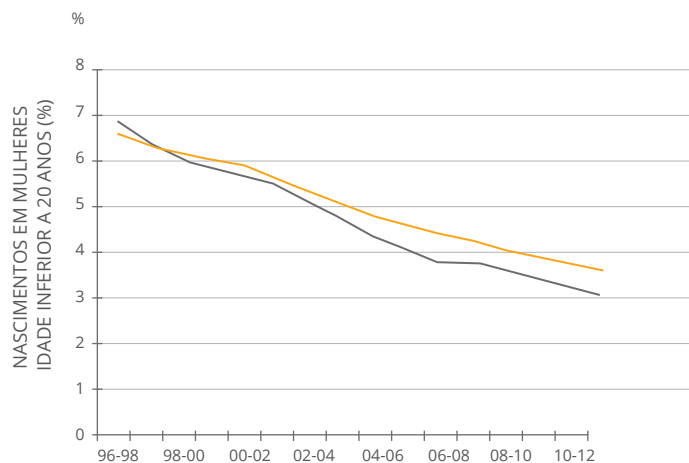
► A **Região de Saúde do Centro tem 1 705 485 habitantes**, que representam 17% da população do Continente (estimativa anual de população para 2013). Os 78 concelhos da região abrangem uma área de 23 671 Km², que corresponde a 27% do território de Portugal Continental.



Entre os censos de 2001 e de 2011, a população da região diminuiu 2,2%. Este facto associado ao decréscimo da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida introduz acentuadas transformações na pirâmide etária, com estreitamento da base e alargamento do topo, refletindo e acompanhando o envelhecimento que caracteriza a população do Continente. A **esperança de vida à nascença** tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo de 81 anos na região no triénio 2011-2013.

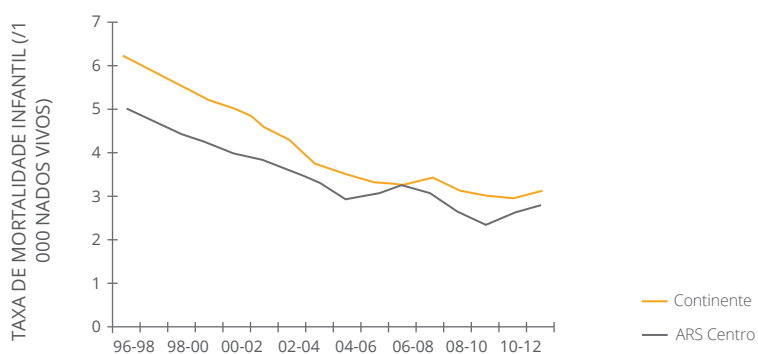
A **taxa bruta de natalidade** tem vindo a decrescer, mantendo-se inferior à do Continente, sendo em 2013 de 6,8 nados vivos por 1 000 habitantes na região.

Os **nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos** têm vindo a diminuir nos últimos anos na região. Já os **nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos** têm vindo a aumentar nos últimos anos, aproximando-se dos valores do Continente, no último triénio (2011-2013).



Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados: INE, IP)

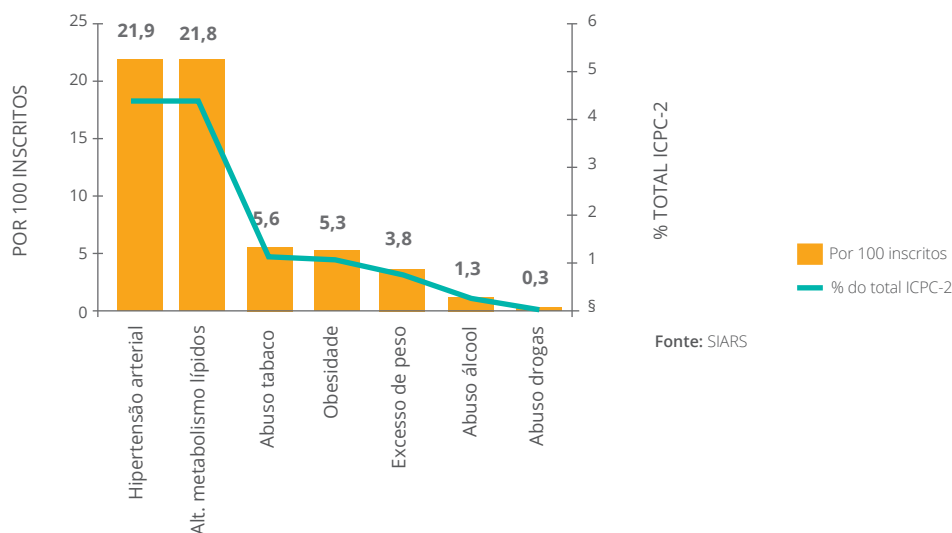
É de assinalar a diminuição progressiva da **taxa de mortalidade infantil** na região, mantendo-se sempre inferior à do Continente. No triénio 2011-2013 a taxa foi de 2,8/1 000 nados vivos na região e de 3,1/1 000 nados vivos no Continente.



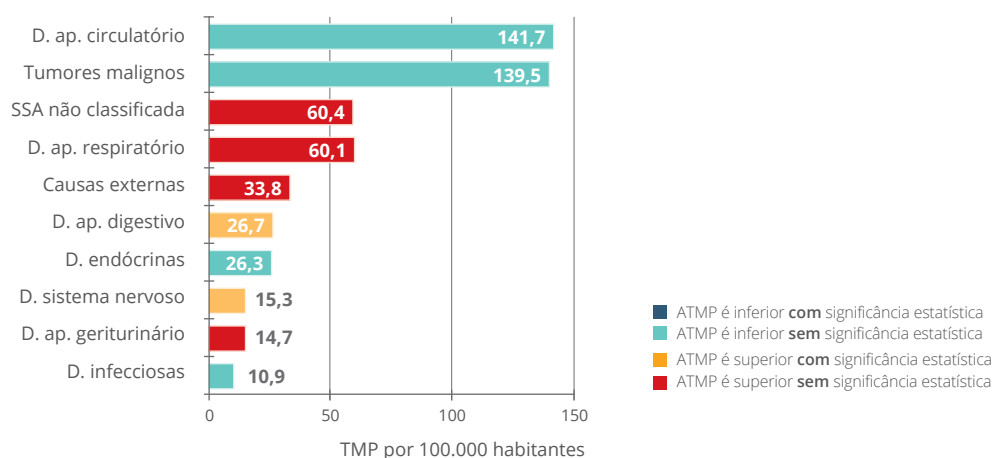
Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados: INE, IP)

Caracterização epidemiológica da população

► De entre os **fatores de risco e determinantes de saúde** registados nos Cuidados de Saúde Primários e obtidos através do sistema de informação das ARS (SIARS), a hipertensão apresenta a maior proporção de inscritos com diagnóstico ativo, logo seguido das alterações ao metabolismo dos lípidos, no ano de 2014.



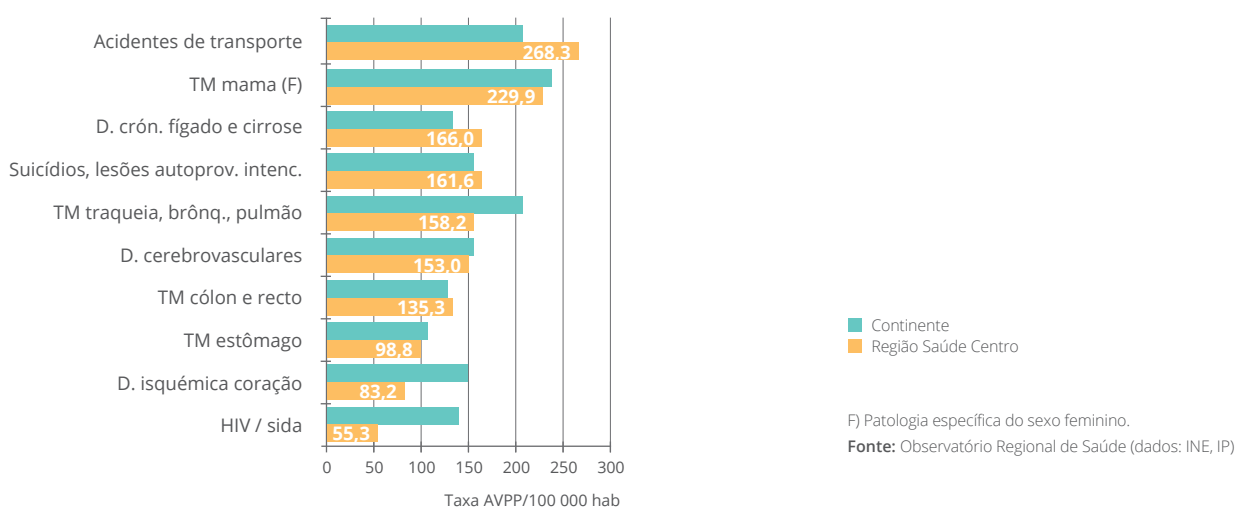
Observando as **taxas de mortalidade padronizadas** pela idade para todas as idades e ambos os sexos, os principais grupos de causas de morte na região são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, com valores inferiores ao do Continente e com significância estatística. São de referir ainda as doenças do aparelho respiratório e as causas externas, com valores acima do Continente e com significância estatística.



A evolução da taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) até aos 70 anos, para ambos os sexos, indica que as nove principais causas específicas de AVPP mantiveram-se nos últimos triénios.

Os acidentes de transporte e o TM da mama feminina são as causas de AVPP com maior dimensão na região.

CAUSAS ESPECÍFICAS, TRIÉNIO 2010-2012



PLANO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO NO ANO DE 2015-2016

Objetivos

DIMINUIR A MORTALIDADE PREMATURA POR:

- Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em ambos os sexos
- Tumor maligno do cólon e recto em ambos os sexos
- Tumor maligno da mama feminina
- Tumor maligno do estômago em ambos os sexos
- Doenças cerebrovasculares em ambos os sexos
- Doença isquémica cardíaca em ambos os sexos
- Doença crónica do fígado e cirrose em ambos os sexos
- Suicídio em ambos os sexos
- Acidentes de transporte em ambos os sexos

PROMOVER O DIAGNÓSTICO DE MORBILIDADE POR:

- Diabetes
- Doenças dos dentes e gengivas
- Asma

INTERVIR NOS FATORES DE RISCO / DETERMINANTES DE SAÚDE:

- Promovendo o diagnóstico de Hipertensão arterial
- Promovendo a quantificação de hábitos tabágicos
- Promovendo o diagnóstico de excesso de peso e obesidade
- Promovendo o diagnóstico de abuso crónico de álcool

Atividades

- Monitorizar, controlar e garantir a qualidade do rastreio do cancro da mama;
- Fomentar o rastreio do cancro do colo do útero, nomeadamente entre as mulheres elegíveis que nunca foram rastreadas;
- Alargar o programa de rastreio do cancro do cólon e reto;
- Dinamizar ações no âmbito do tabagismo, nomeadamente o aumento do n.º de consultas de cessação tabágica;
- Criar condições para que todos os doentes fumadores com sintomas e comorbilidades de DPOC realizem espirometria;
- Vigilância e controlo das doenças cérebro-cardiovasculares e reforço da utilização da via verde, EAM e AVC;
- Dar continuidade ao Programa de Hipocoagulação;
- Prosseguir com as estratégias minorsal.saúde, incluindo os projetos “pão.come e sopa.come”;
- Aprofundar a qualidade dos cuidados de saúde a prestar à pessoa com diabetes, melhorando a oferta da consulta do pé diabético;
- Dar continuidade ao programa de diagnóstico sistemático da retinopatia diabética;
- Continuar a implementar a Rede de Referenciação/articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências.

ESTRATÉGIAS

DOENÇAS DE EVOLUÇÃO PROLONGADA

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO

SAÚDE MENTAL

SAÚDE AMBIENTAL

REDE DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA

ÁREAS DE INTERVENÇÃO

- Prevenção e Controlo da Diabetes
- Prevenção da Doença Oncológica
- Doenças Respiratórias

- Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

- Vigilância e Controlo das Doenças Cardiovasculares

- Unidades de Cuidados Continuados Integrados

- Promoção da Alimentação Saudável
- Promoção da Saúde em Contexto Escolar
- Promoção da Saúde Oral
- Promoção da Saúde Ocupacional
- Dependências (tabaco; álcool)
- Doenças Infeciosas e Transmissíveis
- Prevenção de Acidentes

- Unidades de Saúde Mental na Comunidade
- Observatório para a Violência Familiar/
/Entre Parceiros Íntimos (VPI)
- Projeto +Contigo

- Vigilância da Qualidade da Água
- Gestão da Qualidade do Ar
- Gestão de Resíduos Hospitalares
- Gestão de Riscos em Saúde Ambiental
- Temperaturas Adversas Extremas (Calor; Frio)

- Serviços dos Laboratórios de Saúde Pública com os programas de saúde

Metas – Indicadores e Resultados

Indicadores	Unidade	Sexo	Fonte de dados	Último valor			Projeção 2016	Meta 2016
				Continente	Centro	Ano		
MORTALIDADE								
Taxa padronizada de AVPP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	/100 000 habitantes	Ambos	INE	179,2	121,0	2012	136,4	117,1
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por tumor maligno do cólon e recto	/100 000 habitantes	Ambos	INE	7,3	7,2	2012	7,8	7,2
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por tumor maligno da mama feminina	/100 000 mulheres	Feminino	INE	12,2	17,8	2012	8,0	8,0
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por tumor maligno do estômago	/100 000 habitantes	Ambos	INE	6,2	5,1	2012	5,07	5,07
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por doenças cerebrovasculares	/100 000 habitantes	Ambos	INE	8,4	7,5	2012	4,9	4,9
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por doença isquémica cardíaca	/100 000 habitantes	Ambos	INE	7,8	4,6	2012	2,6	2,6
Taxa padronizada de AVPP por doença crónica do fígado	/100 000 habitantes	Ambos	INE	113,0	119,9	2012	98,2	86,0
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por suicídio	/100 000 habitantes	Ambos	INE	6,1	5,9	2012	9,9	5,9
Taxa padronizada de AVPP por acidentes de transporte	/100 000 habitantes	Ambos	INE	173,0	226,4	2012	154,4	114,1
MORBILIDADE								
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de diabetes (T89 e T90) CSP	/100 inscritos	Ambos	SIARS	6,9	7,6	2014	8,8	8,5
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de doenças dos dentes e gengivas (D82)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	3,1	2014	3,9	3,9
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de asma	/100 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	2,1	2014	2,5	3,0
FATORES DE RISCO / DETERMINANTES DE SAÚDE								
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de hipertensão arterial (K86 e K87)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	19,7	21,9	2014	25,9	23,1
Percentagem de utentes dos CSP com codificação de abuso de tabaco (P17)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	8,0	5,6	2014	7,1	7,1
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de excesso de peso (T83) e obesidade (T82)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	5,3	2014	7,0	7,0
Proporção de utentes dos CSP com codificação de abuso crónico de álcool (P15)	/1 000 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	12,2	2014	15	15

Prioridades de Saúde identificadas

Tumores malignos

Doenças cardiovasculares

Diabetes

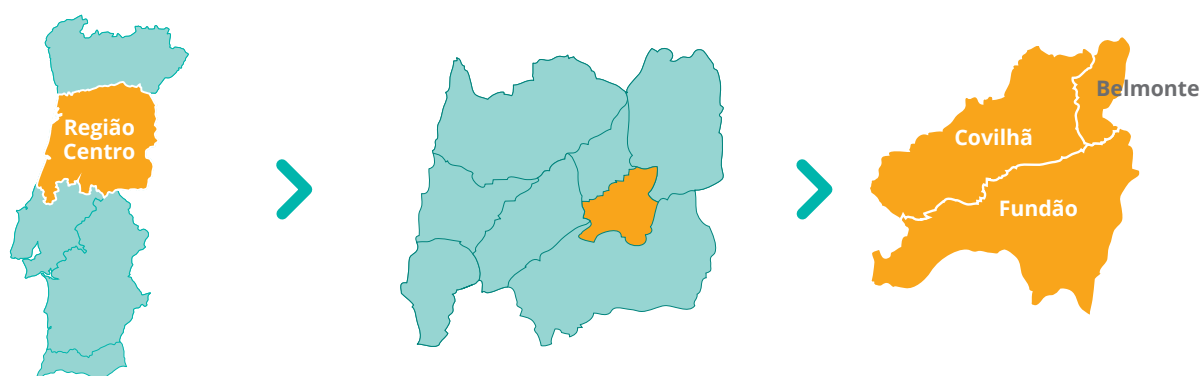
Doença crónica do fígado e cirrose

ACES COVA DA BEIRA

PERFIL DE SAÚDE - ACES COVA DA BEIRA EM JUNHO DE 2014

► O ACES Cova da Beira foi criado pela Portaria 274/2009 de 18 de março. Tem como área geográfica de atuação os concelhos de Belmonte, Covilhã e Fundão pertencentes à Sub-região Estatística da Cova da Beira (NUTs III) da Região Centro, Distrito de Castelo Branco. Iniciou o seu funcionamento em março de 2009 o que implicou a reorganização interna dos Centros de Saúde de Belmonte, Covilhã e Fundão que o constituem.

Mapa 1 – Enquadramento Geográfico



O ACES Cova da Beira abrange uma área geográfica de 1.344,6 Km², com uma população de 84.869 habitantes, segundo os censos de 2011, representando 5% da população da região (1 705.485 habitantes), tendo em janeiro de 2015 87 050 utentes inscritos. Entre os censos (2001 e 2011) o crescimento populacional no ACES foi negativo (-6,1%), mais acentuado que o decréscimo na população da região (-2,2%) e foi inverso ao registado no Continente, cujo crescimento populacional foi positivo (1,8%). O índice de envelhecimento (213,5) tem aumentado e é bastante superior ao da região e do Continente. A esperança de vida à nascença (80,9 anos) aumentou em ambos os sexos e é muito próxima do valor da região e do Continente. A taxa bruta de natalidade (6‰) tem diminuído e regista valores inferiores aos da região e do Continente.

Nos determinantes da saúde analisados, no seu geral, apresentam valores inferiores à região e Continente. Verifica-se também que as proporções são idênticas para cada sexo, exceto nos inscritos com diagnóstico de abuso crónico de álcool, em que a proporção é notoriamente superior no sexo masculino. O diagnóstico ativo que afeta maior proporção de utentes é o abuso de tabaco (4,4% inscritos), com valor inferior à região e Continente.

A proporção de nascimentos pré-termo (9,4%) e as crianças de baixo peso à nascença (10,0%) têm aumentado e nos últimos triénios registaram valores superiores à região e ao Continente. A mortalidade infantil (2,4% nados vivos) tem acompanhado a tendência decrescente da região e do Continente, mas sofreu um ligeiro aumento nos últimos triénios. Desde o triénio 2015-2017 assume valores inferiores à região e ao Continente.

Na mortalidade proporcional por grandes causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos, destaca-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório seguidas dos tumores malignos. Já em termos de mortalidade prematura (<75 anos), em ambos os sexos, os tumores malignos assumem o grupo de doenças com maior expressão, registando valores superiores à região.

No triénio 2010-2012, a taxa de mortalidade prematura (<75 anos) padronizada pela idade apresenta para a maior parte das causas de morte valores inferiores à região e sem significância estatística. Destaca-se, com valores significativamente superiores à região, o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão. Na mortalidade nos CSP, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, destaca-se os problemas hipertensão e alterações do metabolismo dos lípidos, mas com valores inferiores à região. De salientar ainda a Diabetes com valores superiores à região e ao Continente.

As Taxas de incidência da SIDA e da infeção VIH (1,2/100 000 hab.) têm sido inferiores à região e ao Continente (com oscilações). A taxa de incidência de tuberculose (18,2/100 000 hab.) tem mostrado uma tendência de evolução decrescente, com oscilações. Registou um aumento no último ano e mantém-se superior à região e inferior ao Continente.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES COVA DA BEIRA NO ANO DE 2014-2016

INDICADORES	PRIORIDADES EM SAÚDE / ESTRATÉGIAS	METAS			
		HIST.	2014	2015	2016
OBJETIVO: OTIMIZAR A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DA DOENÇA					
1.1.	Promoção da Saúde				
1.1.1.	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável				
1.1.1.1.	Projeto "pão.come"				
	Concelhos do ACES com cadastro das padarias	-	33%	66%	100%
	Padarias cadastradas dos Concelhos do ACES com colheitas de pão	-	60%	70%	75%
1.1.1.2.	Projeto "sopa.come"				
	Concelhos do ACES com colheitas de sopa	-	0%	33%	66%
1.1.1.3.	Projeto "oleovita"				
	Concelhos com pesquisa de compostos polares nos óleos de fritura	-	0%	33%	66%
1.1.2.	Tabagismo				
	Nº de Unidades de Saúde com consulta de tabagismo	1	2	3	3
1.1.3.	Problemas Ligados ao Álcool				
	Nº de Unidades de Saúde com consulta de alcoologia	2	2	3	3
1.1.4.	Promoção da Saúde em Meio Escolar				
	Alunos abrangidos por saúde escolar	32%	38%	44%	50%
	Educadores de Infância e Professores abrangidos por saúde escolar	37%	41%	45%	49%
1.1.4.1.	Projeto "conta, peso e medida"				
	Nº de equipas SE que implementaram o Proj "conta, peso e medida"	0	1	2	3
1.1.4.2.	Saúde Oral				
	Taxa de cheques dentistas emitidos por coortes	-	90%	94%	98%
	Taxa de utilização do 1º cheque dentista emitido a crianças e jovens	33%	42%	48%	54%
	Taxa de Documentos de Referência emitidos a crianças e jovens de H. Oral	74%	76%	78%	80%
1.1.5.	Saúde Ocupacional				
	Polos assistenciais com avaliação das condições de higiene e segurança	-	60%	70%	

INDICADORES	PRIORIDADES EM SAÚDE / ESTRATÉGIAS	METAS			
		HIST.	2014	2015	2016
OBJETIVO: OTIMIZAR A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DA DOENÇA					
1.1.6.	Saúde Ambiental				
1.1.6.1.	Programa de Vigilância Sanitária de Água destinada a Consumo Humano				
	Vigilância sanitária das águas para consumo humano	-	90%	92%	95%
1.1.6.2.	Vigilância e Controlo da Qualidade da Água Mineral nos Estabelecimentos Termais				
	Estabelecimentos termais com avaliação da implementação dos prog. de controlo de qualidade da água mineral natural em cumprimento das orientações da DGS	100%	100%	100%	100%
1.1.6.3.	Programa de Águas Balneares / Programa de Vigilância Sanitária de Piscinas				
	Vigilância Sanitária em Praias Fluviais Classificadas e Piscinas Públicas / Com avaliação de risco (%)	-	90%	95%	97%
1.2.	Prevenção da Doença				
1.2.1.	Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Controlo das Doenças Infeciosas				
	%de Declarações de Doenças Obrigatórias (DDO) comunicadas à Autoridade de Saúde com Inquérito Epidemiológico realizados	-	80%	85%	90%
1.2.1.1.	Plano Regional (programa) de Prevenção e Controlo do VIH/SIDA				
	Nº de Centros de Saúde do ACES / UCSP com teste rápido de VIH	1	3	4	5
	N.º de utentes com Tuberculose Dça/Infecção, em acompanhamento no CDP, com o teste de VIH realizado no final do tratamento	-	80%	85%	90%
1.2.1.2.	Infeção Associada a Cuidados de Saúde				
	UF aderentes à campanha de higienização das mãos	-	-	40%	
1.2.1.3.	Programa Nacional de Vacinação				3
	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido, até ao 2.º aniv.	-	92%	93%	94%
	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido, até ao 7.º aniv.	-	95%	96%	96%
	Proporção de crianças com 14 anos, com PNV totalmente cumprido, até ao 14.º aniv.	-	82%	84%	86%
	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm vacina antitetânica atualizada	-	75%	80%	83%
	Taxa de cobertura da VASPR (2 dose) entre os jovens com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos inclusive	98%	98,2%	98,4%	98,6%
1.2.2.	Programas de Prevenção e Controlo das Doenças de Evolução Prolongada				
1.2.2.1.	Programa de Prevenção e Controlo da Diabetes				
	Nº de UCSP com consulta organizada do Pé Diabético	1	2	3	4
	Percentagem de pessoas com HbA1c >= %6,5 e <=8%, de entre as pessoas com o diagnóstico de diabetes / ano	-	43%	47%	51%
1.2.2.2.	Programa de Prevenção das Doenças Oncológicas				
1.2.2.2.1	Programa de Rasteio do Cancro da Mama				
	Mulheres entre [50,70 anos] com mamografia registada nos últimos 2 anos	35%	40%	45%	50%
1.2.2.2.2	Programa de Rasteio do Cancro do Colo do Útero				
	Proporção de mulheres entre [25-60] anos com colpocitologia nos últimos 3 anos	26%	40%	45%	50%
1.2.2.3.	Programa de Prevenção e Controlo das Doenças Cardio-Cérebro-Vasculares				
	Proporção de utentes com HTA (sem doença cardiovascular nem diabetes) com determinação de risco CV nos últimos 3 anos	3.8%	15%	20%	25%

ACES DÃO LAFÕES

PERFIL DE SAÚDE - ACES DÃO LAFÕES (atualizado abril 2015)

1. Caracterização sociodemográfica

► O ACES Dão-Lafões tem 264.213 de população residente, 15% do total da Região Centro (RC), com decréscimo de 3% entre os censos 2001-2011, 52,6% do sexo feminino, no grupo etário dos 0-14 anos (13,9%) é inferior ao Continente e no grupo ≥ 65 anos de idade (23,2%) é superior à RC e Continente. Tem o índice de envelhecimento a crescer (167,0) e superior ao Continente; o índice de dependência de jovens a diminuir (21,4), mas superior à RC; o índice de dependência de idosos (35,8) superior à ARSC e Continente e o índice de longevidade (51,9) superior ao Continente. Tem aumentado a esperança média de vida à nascença (81 anos, em ambos os sexos). Os saldos migratório e natural são negativos; a taxa bruta de natalidade (7,4) está a diminuir e é inferior ao Continente; o índice sintético de fecundidade é baixo (1,19), está a diminuir e é inferior ao Continente; a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é inferior à RC e País (28,8); a % de nascimentos em mães <20 anos de idade está a decrescer (3,4%); a % de NV de mães ≥ 35 anos de idade está a subir (20,6 %); a % de partos hospitalares é inferior à RC e Continente, sendo em outros locais, fora de estabelecimento hospitalar ou domicílio, superiores à RC e país (0,8% no domicílio e 0,4% em outros locais).

A taxa de atividade da população é inferior à RC e Continente; o setor económico com maior peso é o terciário, mas inferior à RC e Portugal; o setor com menor peso é o primário (4,71%), mas superior ao nacional e RC; desceu o nº de desempregados, mas subiu no sexo feminino; a % de desempregados > 15 anos é superior à ARSC e Continente; a % de beneficiários de RSI é superior à ARSC, mas a % de pensionistas e população com subsídio de desemprego é inferior à ARSC e Continente; o poder de compra per capita é inferior à RC e Continente; a população residente com ensino superior completo é inferior à RC e Continente; a taxa de analfabetismo e população sem qualquer nível de escolaridade completo é superior à RC e Continente; a % de população servida por sistema de esgotos ligados à rede pública é inferior à RC e Continente e a % populacional sem qualquer sistema de esgotos (4,6%) é superior à RC e Continente.

2. Caracterização epidemiológica da população

► **Mortalidade** – A taxa bruta de mortalidade (12,1 ‰) é superior à nacional, mas, as taxas de mortalidade padronizadas por idade são inferiores à RC e Continente. Relativamente às taxas quinquenais de mortalidade: as taxas infantil e neonatal, são superiores à RC; por doenças do aparelho circulatório e tumores malignos são superiores à RC e Continente. A mortalidade proporcional para todas as idades é superior à ARSC por: tumor maligno, doenças dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, causas externas e sinais, sintomas e achados não classificados. Todas as taxas de mortalidade padronizada prematura (<75 anos) são mais elevadas no sexo masculino, sendo superiores à ARSC: nos tumores malignos do pâncreas, órgãos genitourinários e próstata, nas doenças cerebrovasculares, nas doenças do aparelho digestivo e crónica do fígado e cirrose (em ambos os sexos) e no sexo feminino, nos tumores malignos do estômago e da traqueia, brônquios e pulmão e são superiores ao Continente no tumor maligno da próstata, nas doenças do aparelho digestivo e doença crónica do fígado e cirrose. As taxas brutas de mortalidade estão a decrescer nas doenças circulatórias, mas são superiores à RC e Continente e estão a subir nos tumores malignos.

► **Morbilidade** - Na população em geral, a incidência de AVC <65 anos de idade é superior à RC. A incidência de amputações em diabéticos está a aumentar e é superior à RC e Continente. Os casos de SIDA e óbitos relacionados estão a diminuir, mas a incidência de novos casos de infeção VIH subiu, tendo dois concelhos uma taxa superior à RC e um destes, valor superior ao Continente. As DDO estão a aumentar, tendo a tuberculose sido a doença mais notificada, seguindo-se as Infeções Sexualmente Transmissíveis.

Nos inscritos, de acordo com os ICPC preenchidos, as principais morbilidades relacionam-se com estilos de vida: alteração do metabolismo dos lípidos, hipertensão arterial, perturbações depressivas, Diabetes, obesidade, osteoartrose do joelho, abuso do tabaco, excesso de peso e osteoporose. Os determinantes de risco que mais aumentaram foram o uso de tabaco, o excesso de peso e o abuso de álcool; 8,1% têm obesidade/excesso de peso e 21,2 % alteração do metabolismo dos lípidos; 19.8% têm HTA; a prevalência da osteoartrose do joelho é de 4,2 %; as doenças dos dentes e gengivas nas crianças <7 anos de idade diminuíram; as neoplasias com maior incidência e prevalência nos inscritos são do cólon/reto, mama e próstata; 9,2% têm perturbações depressivas; a prevalência da Diabetes tipo 2 é de 6,8%; 4% são fumadores; as taxas de cobertura vacinal são $\geq 95\%$, exceto Td nas coortes dos 25 (87,2 %) e 65 anos (87,5 %); a taxa de cobertura em Planeamento Familiar (30,9%) subiu, estando a aumentar a % de mulheres com pelo menos uma colpocitologia nos últimos 3 anos; melhorou a precocidade das 1^{as} consultas de Saúde Materna (1^o trimestre) e subiram as consultas de revisão de puerpério; aumentou a precocidade da 1^a consulta na vida da criança.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DÃO LAFÕES NO ANO DE 2014-2016

Vectores Estratégicos

► Ganhos em Saúde

- melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos, definindo áreas prioritárias da atuação, orientando a organização para a utilização mais adequada dos recursos humanos;

► Mudança Organizacional

- implementar uma cultura de melhoria contínua, baseada numa atitude de proatividade e adaptação à permanente mutação social, económica e tecnológica. Estabelecer uma nova relação com os cidadãos, capacitando-os e envolvendo-os numa participação mais ativa. A constituição de "novas" equipas de profissionais, com novos modelos organizacionais, vem proporcionar a coesão através do desenvolvimento do trabalho em equipa.

► Contratualização / Sustentabilidade do SNS

- melhorar os canais de comunicação com outros serviços e níveis de cuidados para uma efetiva articulação integrada que beneficie o cidadão através dos cuidados de saúde prestados com maior qualidade e em tempo útil. A contratualização, no contexto das propostas contemporâneas da Gestão Pública, transformou-se num instrumento de gestão que leva a uma maior eficiência dos serviços e, conseqüentemente, vai contribuir para a sustentabilidade do SNS.

Objetivos

- Otimizar a promoção da saúde e prevenção da doença
- Aumentar a satisfação das UF
- Melhorar a eficiência e a efetividade
- Melhorar a qualidade
- Melhorar a acessibilidade
- Implementar as prioridades em saúde

- Fomentar a mudança organizacional
- Assegurar a contratualização
- Melhorar a comunicação
- Estimular o desenvolvimento contínuo das UF
- Contribuir para a sustentabilidade do SNS no ACES

Atividades

- Contratualização, com as diversas UF, dos programas: - de intervenção sobre os determinantes de saúde: Promoção da alimentação saudável, Tabagismo, Problemas ligados ao álcool, Promoção da saúde em meio escolar, Saúde oral, Saúde ocupacional, Saúde ambiental; - de prevenção da doença: vigilância epidemiológica, prevenção e controlo da infeção VIH/SIDA, prevenção da infeção associada a cuidados de saúde, vacinação; de prevenção e controlo das doenças de evolução prolongada: Diabetes, doenças oncológicas, doenças respiratórias e doenças cardiocerebrovasculares
- Realização de inquéritos, com a colaboração do Gabinete do Cidadão, ao grau de satisfação dos profissionais das UF e dos utentes
- Monitorização, periódica, dos indicadores contratualizados com as diversas UF
- Implementar, em cada UF, a carta de qualidade e o manual de boas práticas no atendimento; apoiar a candidatura a certificação da qualidade pelas UF
- Abertura de novas USF e criar condições para novas candidaturas; reorganizar a ECL e melhorar o conhecimento da RNCCI
- Promoção do número de UF com plano de atividades
- Formalização de todas as UCSP no novo modelo organizacional, aumentar o número de UCC
- Contratualização com todas as UF: USF, UCSP, UCC, USP e URAP
- Estabelecimento de parcerias e projetos interinstitucionais; promover uma rede de conhecimento interpessoal através de reuniões; elaboração de manuais de acolhimento por perfil profissional; realização de ações de formação interunidades
- Promoção da apresentação de planos de formação pelas UF; concretizar as ações de formações no ACES;
- Avaliação regular e divulgação da despesa média dos medicamentos e dos MCDT prescrito por utentes, por cada médico

Metas/Indicadores/Resultados

De acordo com o Plano de Desempenho do ACES Dão Lafões publicado.

Prioridades de saúde identificadas

Doenças cárdio-cerebro-vasculares
Doenças oncológicas
Diabetes <i>mellitus</i>
Perturbações da saúde mental
Infeção VIH SIDA
Consumo de tabaco

Excesso de peso / obesidade / promoção alimentação saudável

Gravidez na adolescência

Doenças respiratórias

Doenças atribuíveis ao álcool

Acidentes

Indicador	Meta 2014	Resultos 2014
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	90,0	84,1
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1 000 inscritos	135,8	118,9
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	45,0	41,6
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	35,0	32,6
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	90,0	86,6
Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos	6,21	5,69
Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	33,0	24,76
Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso	4,23	4,01
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo (11; 14) anos e PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário	50,0	45,3
Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com Diabetes, entre utentes residentes	0,80	0,25
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	66,0	65,1
Percentagem de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos	-	-
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	160,00 €	167,66 €
Despesa média de MCDT's faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	49,60 €	55,76 €
Proporção de hipertensos com risco CV (3 A)	18,0	27,9
Proporção de DM com acompanhamento adequado	30,0	31,1
Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	43,0	33,8
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC	2,0	0,95
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	90,0	86,7
Proporção de fumadores com consulta relacionada com o tabaco 1 A	30,6	39,1

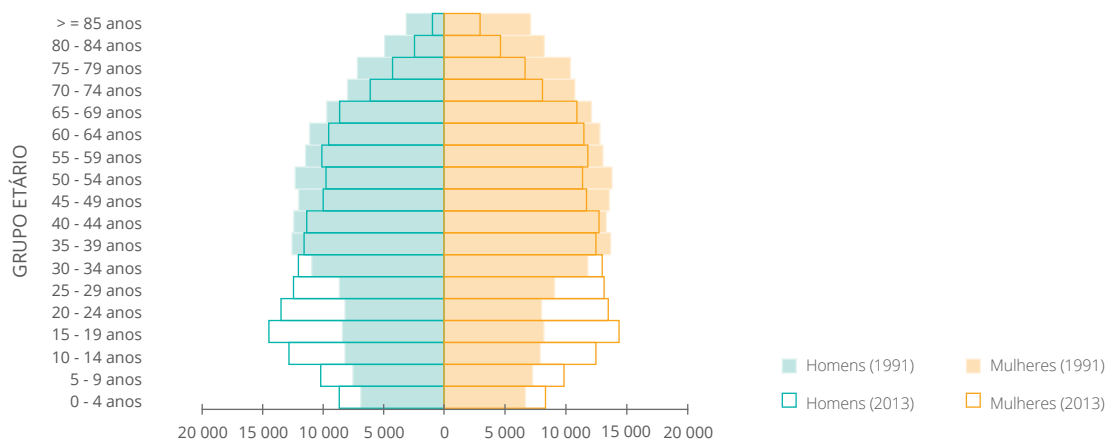
ACES BAIXO MONDEGO

PERFIL DE SAÚDE - ACES BAIXO MONDEGO NO ANO DE 2014

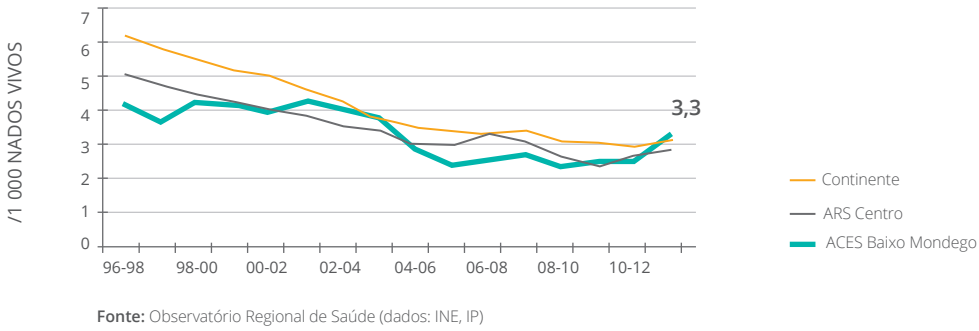
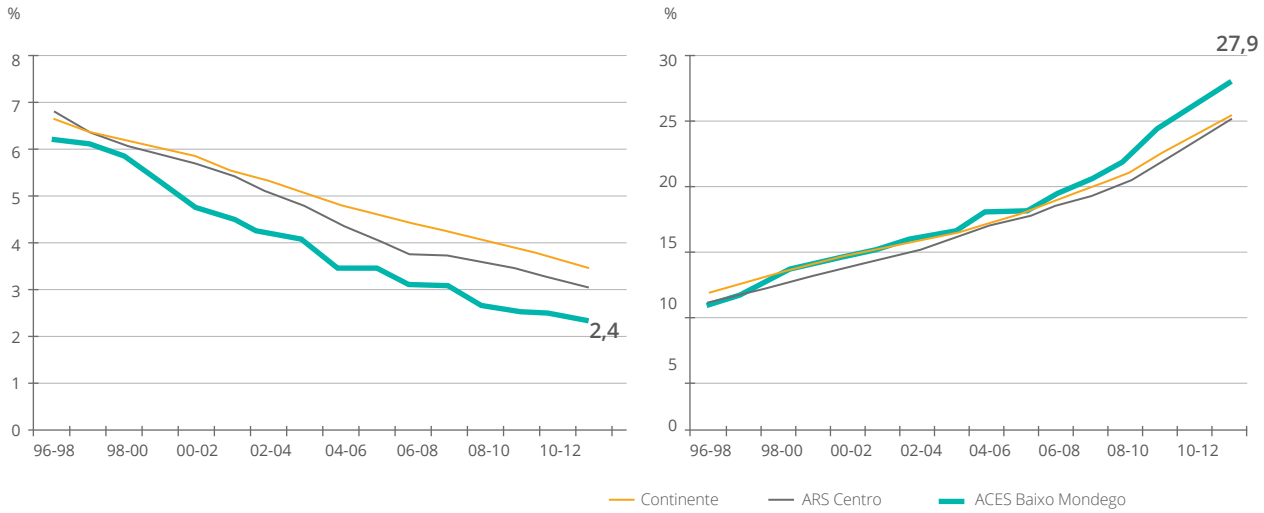
Caracterização socio-demográfica

► O ACES Baixo Mondego abrange uma **população residente** de 352 592 habitantes, representando 21% da população da região (1 705 485 habitantes), com um decréscimo populacional de 2,4% no último censos. Em 2013, o **índice de envelhecimento** (183,9) tem aumentado e é superior ao da região e ao do Continente. A **esperança de vida à nascença** tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo de 81,3 anos em ambos os sexos e é próximo da região e do Continente, no triénio 2011-2013. A **taxa bruta de natalidade** tem vindo a decrescer, mantendo-se próxima da região, sendo em 2013 de 7 nados vivos por 1 000 habitantes no ACES Baixo Mondego.

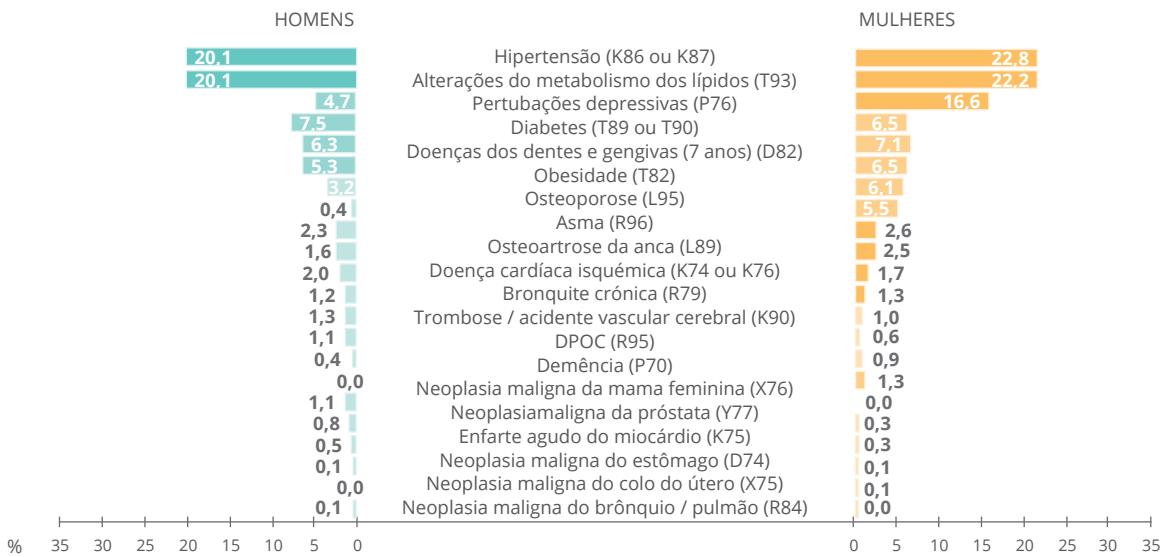
A proporção de **nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos** (2,4%) tem diminuído, assumindo valores inferiores ao da região e do Continente. **Os nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos** têm vindo a aumentar nos últimos anos, com valores superiores aos da Região e aos do Continente, no último triénio disponível (2011-2013).



FONTES: O ACES Baixo Mondego integra 15 Centros de Saúde, com 17 USF, 14 UCSP, 9 UCC, 1 USP e 1 URAP e 92,8% da população tem inscrição ativa no médico de família.

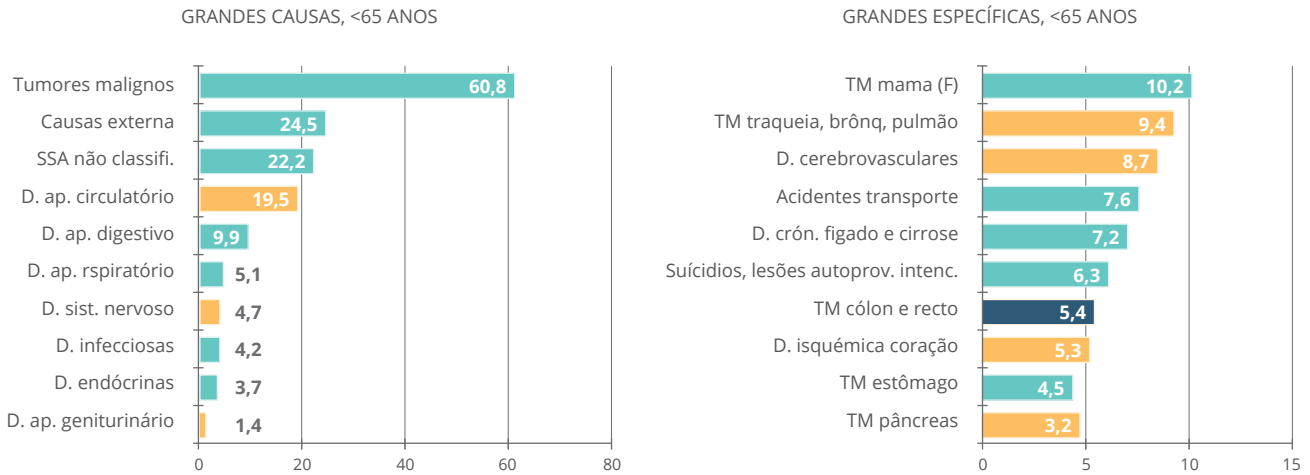


A taxa de mortalidade infantil tem mostrado uma tendência decrescente no ACES Baixo Mondego.



Caracterização epidemiológica da população

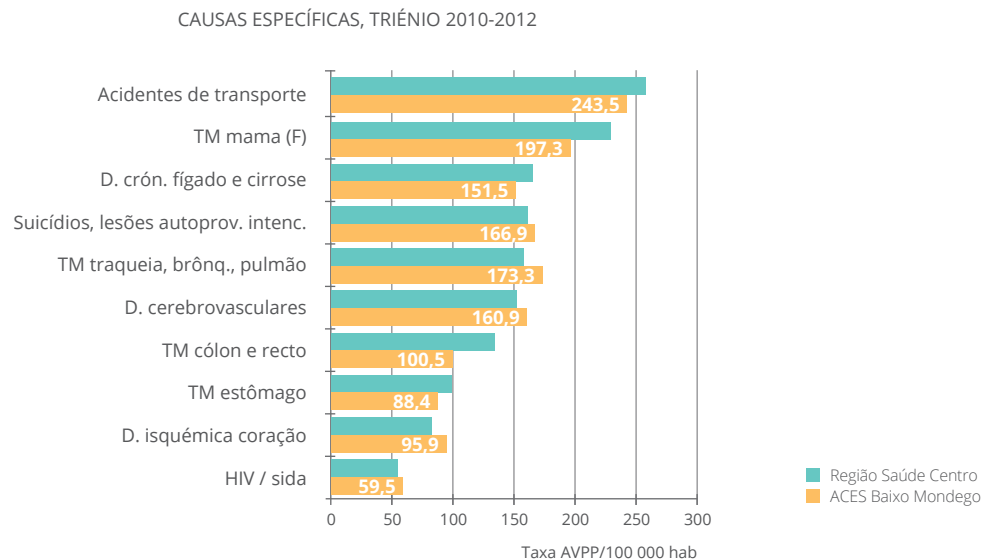
► De entre as **morbilidades** registadas nos Cuidados de Saúde Primários e obtidos através do sistema de informação das ARS (SIARS), a hipertensão apresenta a maior proporção de inscritos com diagnóstico ativo, logo seguido das alterações ao metabolismo dos lípidos, perturbações depressiva e a Diabetes, no ano de 2014.



Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados: INE, IP)

■ ATMP é inferior **com** significância estatística
■ ATMP é inferior **sem** significância estatística

■ ATMP é superior **com** significância estatística
■ ATMP é superior **sem** significância estatística



Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados: INE, IP)

Observando as **taxas de mortalidade padronizadas** pela idade para as idades inferiores a 65 anos e ambos os sexos, os principais grupos de causas de morte no ACES são os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório, sem diferença estatisticamente significativa, em comparação com a Região Centr

A evolução dos **anos de vida potenciais perdidos (AVPP)** até aos 70 anos, para ambos os sexos, indica que os tumores malignos da traqueia brônquios e pulmão, suicídios, doenças cerebrovasculares, Doença Isquémica do Coração e HIV/sida são as causas de AVPP com maior dimensão no ACES e com valores superiores aos da Região.

(F) Patologia específica do sexo feminino.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES BAIXO MONDEGO NO ANO DE 2015

► O Plano de Ação do ACES do BM, num horizonte trienal, perspetiva as intervenções organizacionais, de promoção e prevenção da saúde e de prestação de cuidados por forma a desempenhar cabalmente a sua missão.

► **A nível organizacional**, são compromissos do ACES do Baixo Mondego:

a) Reorganizar as unidades de prestação de cuidados de saúde às populações, promovendo a acessibilidade e a qualidade assistencial, através de, entre outras:

- Concluir a formalização das UCSP's, abertura de 1 USF, 1 UCC e dinamizar a URAP
- Reduzir significativamente os utentes sem médico de família atribuído reorganizando as listas de utentes
- Incentivar e potenciar a programação de consultas
- Incrementar o apoio ao cidadão e desenvolvimento de um processo de articulação eficaz entre serviços

b) Promover a segurança dos utentes e dos profissionais:

- Definir uma política e uma programa de gestão de risco clínico e não clínico
- Desenvolver o programa de controlo de infeção no ACES do Baixo Mondego

c) Desenvolver uma cultura de Formação, Qualidade e Boas Práticas através de:

- Definir, implementar e acompanhar um plano de formação dirigido aos profissionais
- Promover a análise organizacional e divulgação de informação pertinente às Unidades Funcionais
- Elaborar, divulgar e implementar Manuais de Boas Práticas
- Envolver a comissão de Medicina Geral e Familiar e Direção de Enfermagem, na elaboração de planos operacionais de implementação das Normas Técnicas nas Unidades Funcionais
- Monitorizar e implementar medidas corretivas sobre boas práticas de prescrição
- Promover a articulação interna e externa no ACES do BM e nos serviços, pela
- Implementar protocolos de referência interna e externa
- Otimizar os recursos da URAP
- Estabelecer parcerias internas e externas visando a eficiência de atuação
- Apoiar o Desenvolvimento Organizacional e Assistencial das Unidades Funcionais
- Promover a elaboração de Planos de Atividades das Unidades em alinhamento com os dos níveis Local, Regional e Nacional
- Estabelecer contratualização interna com as USF's, UCSP's, UCC's, USP e URAP, criando condições para a progressiva co-responsabilização e autonomia das unidades

► **A nível de Promoção e Prevenção**, procuraremos desenvolver os programas e projetos que permitam um conhecimento aprofundado dos problemas de saúde e seus determinantes de modo a planear intervenções efetivas nas áreas de:

a) Gestão da Informação em Saúde:

- Implantar o Observatório Local de Saúde

- Atualizar o Diagnóstico de Situação em Saúde
- Vigilar o Estado da Saúde das populações
- Monitorizar os programas de saúde
- Avaliar o Impacto das Intervenções
- Propor programas prioritários dirigidos às necessidades das populações
- Promover a articulação com outros níveis de Prestação de Cuidados

b) Vigilância Epidemiológica e Proteção de Saúde:

- Apoiar a Vigilância Sanitária Ambiental
- Promover o Plano Nacional de Vacinação
- Incrementar uma política de Gestão de Risco
- Promover o Sistema de DDO com aposta em gestão “on line”
- Promover a vigilância de grupos específicos com especial enfoque na população escolarizada
- Desenvolver programa de Promoção da Saúde Ocupacional e de Higiene e Segurança no Trabalho
- Desenvolver programa de Promoção de Prevenção e Controle de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

► A nível de **Prestação de Cuidados** propomo-nos:

a) Organizar cuidados dirigidos ao Ciclo de Vida:

- Implementar os Programas prioritários que permitem a prevenção primária, secundária e terciária dos principais problemas de saúde: Doenças Cardiovasculares, Diabetes, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, VIH/Sida e Doenças Mentais
- Promover o Novo Programa Nacional em Saúde Infantil e Juvenil
- Monitorizar a atividade das UCF de Saúde Materna e Neonatal e de UCF da Criança e do Adolescente
- Aumentar a acessibilidade à população jovem em Cuidados de Saúde Primários
- Reforçar os programas de promoção de comportamentos saudáveis com especial ênfase na alimentação saudável, exercício físico, adição de álcool e tabaco
- Implementar e Dinamizar as Unidades Coordenadoras Funcionais de Diabetes
- Melhorar a organização dos serviços dirigidos à saúde do idoso quer na prevenção e promoção da saúde quer sobretudo assistencial e de continuidade de cuidados

b) Implementar a Comissão da Qualidade e Segurança no ACES.

► **Projetos específicos** (prioritários no ACES para o triénio):

- Projeto PREVID (Projeto de Prevenção e Vigilância da Diabetes)
- Dinamização da UCF Diabetes
- Projeto Rede de Frio, Medicamentos e Produtos Farmacêuticos
- Projeto de Gestão de Risco Clínico e não Clínico
- Qualidade e Segurança em Cuidados de Saúde
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

ACES BAIXO VOUGA

PERFIL DE SAÚDE - ACES BAIXO VOUGA NO ANO DE 2015

► O ACES Baixo Vouga (ACES BV), situado na Região Centro, integra **11 concelhos**: Albergaria-a-Velha, Águeda, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos. Com uma área total de **1.692 Km²** e uma **população residente de 366.086 habitantes** (INE, 2013), representa 21,5% da população da região (1.705.485 habitantes). Em 31/12/2013, estavam **inscritos** no ACES **381.930 utentes** (mais 15.844 utentes, face à população residente).

Entre os censos de 2001 e 2011 a **população do ACES cresceu** 1,5%: decresceu nos grupos etários dos 0 aos 14 anos (de 16,57% para 14,71%), e no dos 15 aos 24 anos (de 14,44%, para 10,93%); cresceu nos grupos etários dos 25 aos 64 anos (de 53,58% para 55,69%) e dos 65 e mais anos (de 15,41% para 18,67%).

Em 2013, o **índice de envelhecimento** (137,2) foi inferior ao da região (176,7) e próximo do Continente (138,9). A **esperança de vida à nascença** tem aumentado em ambos os sexos e no triénio 2011-2013 (80,8 anos) esteve próxima do valor da região (81,0) e do Continente (80,8). Apresenta uma **taxa de fecundidade** geral de 31,6‰. A **taxa de natalidade** (7,6‰) tem acompanhado a tendência decrescente da região e do Continente, embora continue a registar valores superiores aos da região (6,8‰) e próximos do Continente (7,9‰). O **índice de dependência de jovens** em 2011 foi 22,1%; o **índice de dependência de idosos** foi de 29,0% e o **índice de dependência total** de 50,1%. Uma **evolução da dimensão média das famílias** de 3,8 elementos, em 1960, para 2,7 elementos, em 2011. Uma **evolução crescente do número de famílias unipessoais** (9.711 em 1981), (17.924 em 2001) e (27.210 em 2011).

Entre os censos de 2001 e 2011, o **nível de escolaridade** da população **aumentou**, aproximando-se da região e do Continente. A **taxa de analfabetismo** (4,2%) diminuiu, sendo inferior à da região (6,5%) e do Continente (6,5%). O **setor terciário** é a principal fonte de emprego (59,4%), mas com valores inferiores aos da região (65,7%) e Continente (70,2%). O setor primário e o setor secundário empregam, respetivamente 2,6% e 38,0%. A proporção de pensionistas (331,6‰ hab. ≥15 anos) e a proporção de beneficiários do RSI (27,9‰ hab. ≥15 anos) apresentam valores inferiores à região (377,0‰ hab. ≥15 anos; 29,4‰) e ao Continente (343,1‰ hab. ≥15 anos; 38,6‰). Em 2012, o **ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem** foi superior à região (985,80€ e 941,52€, respetivamente).

Nos **determinantes de saúde**, os diagnósticos ativos (dezembro 2014) que afetaram uma maior proporção de utentes foram o **abuso de tabaco** (P17) (7,7% inscritos) e o **excesso de peso** (T83)(4,2% inscritos), seguidos do **abuso crónico de álcool** (P15)(1,2% inscritos) e **abuso de drogas** (P19)(0,4% inscritos). As proporções foram superiores no sexo masculino, em particular nos inscritos com diagnóstico de abuso de tabaco e abuso crónico de álcool.

Nos triénios 2005-2007, 2008-2010, 2011-2013, a **proporção de nascimentos pré-termo** (7,6%, 2011-2013) diminuiu, contrariamente à proporção de **crianças com baixo peso à nascença** (8,4%, 2011-2013). No último triénio, ambos os indicadores registaram valores próximos à região (7,9%; 8,2%) e ao Continente (7,7%; 8,4%). A **mortalidade infantil** (2,7‰ nados vivos, 2011-2013) diminuiu, apresentando valores inferiores à região (2,8‰ nados vivos) e ao Continente (3,1‰ nados vivos).

Na **mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte**, para todas as idades e ambos os sexos, no triénio 2010-2012, destacaram-se, pelo seu maior peso relativo, as **doenças do aparelho circulatório** (30,1%) e os **tumores malignos** (23,1%). Na população com menos de 75 anos, a ordem inverte-se: os tumores malignos (37,9%) assumiram o grupo com maior peso relativo e as doenças do aparelho circulatório (17,1%), o segundo maior.

No que se refere aos tumores malignos regista-se, por ordem decrescente: o **tumor do aparelho digestivo e peritoneu** (38,8‰); o **tumor do aparelho respiratório** (16,1‰); **tumor dos órgãos genito-urinários** (10,2‰); o **tumor dos ossos, pele e mama** (9,9‰); **tecidos linfáticos e órgãos hematopoiéticos** (8,9‰); **tumores de outras localizações** (8,8‰); **tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe** (5,4‰).

Na **morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários**, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo (dezembro 2014), destacaram-se por ordem decrescente: **alterações do metabolismo dos lípidos** (T93)(24,2%), **hipertensão** (K86 ou K87)(21,6%), **perturbações depressivas** (P76)(10,9%, maior proporção nas mulheres: 16,5%) e **Diabetes** (T89 ou T09)(7,7%). Os valores do ACES para estes problemas foram próximos dos da região e ligeiramente superiores ao do Continente.

A taxa de incidência da infeção VIH (9,8‰, 2013) tem sido superior à região e inferior ao Continente, mas em 2012 e 2013 superou também a do Continente. Quanto à **taxa de incidência da tuberculose** (19,6‰, 2013), esta mantém-se superior à da região (13,0‰) e inferior ao do Continente (22,2‰).

PLANO LOCAL DE SAÚDE – ACES BAIXO VOUGA NO ANO DE 2016–2020

► O Plano Local de Saúde (PLS) do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga (ACES BV) é um **documento estratégico** cujas orientações visam a melhoria do estado de saúde da população. Pretende ser um **documento de apoio à gestão e à tomada de decisão dos líderes de saúde locais**: Conselho Executivo (CE), Conselho Clínico e de Saúde (CCS) e líderes da comunidade. O PLS integra e facilita a **coordenação e colaboração das múltiplas entidades locais de saúde**.

A **coordenação técnica** para a elaboração do PLS é da Unidade de Saúde Pública (USP), dada a sua função de **Observatório Local de Saúde** (OLS) e das competências técnicas específicas na área do planeamento em saúde. Contudo, sendo o PLS um compromisso, é fundamental envolver todas as partes interessadas (internas e externas) para que tenham maior influência nas decisões que afectam as diversas áreas da vida da população do ACES:

- Diretor Executivo do ACES (DE)
- Conselho Clínico e de Saúde do ACES
- Unidades Funcionais do ACES
- Outros estabelecimentos de saúde da área de abrangência do ACES
- Conselho da Comunidade, ou na sua ausência, os seus representantes

Para promover a participação de todas as partes interessadas, de uma forma eficiente e tecnicamente exequível de acordo com a realidade local, a USP propôs uma metodologia de priorização dos problemas de saúde.

Os problemas de saúde identificados pelo OLS, aquando da realização do documento – Perfil de Saúde do ACES Baixo Vouga, foram os seguintes:

- Doenças do aparelho circulatório
- Tumores malignos (tumor do aparelho digestivo e peritoneu; o tumor do aparelho; tumor dos órgãos genito-urinário; tumor dos ossos, pele e mama; tecidos linfáticos e órgãos hematopoiéticos; tumores de outras localizações; tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe)
- Doenças do aparelho respiratório
- Alterações do metabolismo dos lípidos
- Hipertensão
- Perturbações depressivas
- Diabetes
- Obesidade e excesso de peso
- Acidentes
- Alcoolismo

A **metodologia multimétodos** definida, para a **priorização** dos problemas identificados, foi o **CENDES/OPS** e a Frequência. Posteriormente a mesma foi apresentada aos órgãos de Gestão do ACES, aos Coordenadores das várias Unidades Funcionais (UF) e a todos os profissionais de Saúde da Unidade de Saúde Pública (USP).

O processo de dinamização, com vista à priorização dos problemas, junto de todos os profissionais dos centros de saúde (unidades USF, UCSP e UCC) cabe aos profissionais da USP, através de cada Unidade Local de Saúde Pública. Ao Observatório Local de Saúde cabe operacionalizar a priorização junto da USP, URAP e UAG. Finalmente, ao Diretor Executivo em colaboração com o Observatório Local de Saúde, compete operacionalizar a priorização junto dos representantes da comunidade.

Para a efetivação deste processo, está agendado um Workshop no mês de setembro, destinado aos profissionais de saúde da USP, no sentido de treinar as metodologias de priorização.

Posteriormente pretende-se dar continuidade, adaptar ou mesmo criar programas e projetos de intervenção que sejam transversais a todo o ACES, de forma a uniformizar e universalizar a intervenção à população da área da abrangência do ACES, dando assim resposta aos principais problemas de saúde.

Futuramente serão definidos os objetivos, as estratégias, as atividades, as metas e os indicadores para dar resposta a cada problema ou grupo de problemas priorizados.

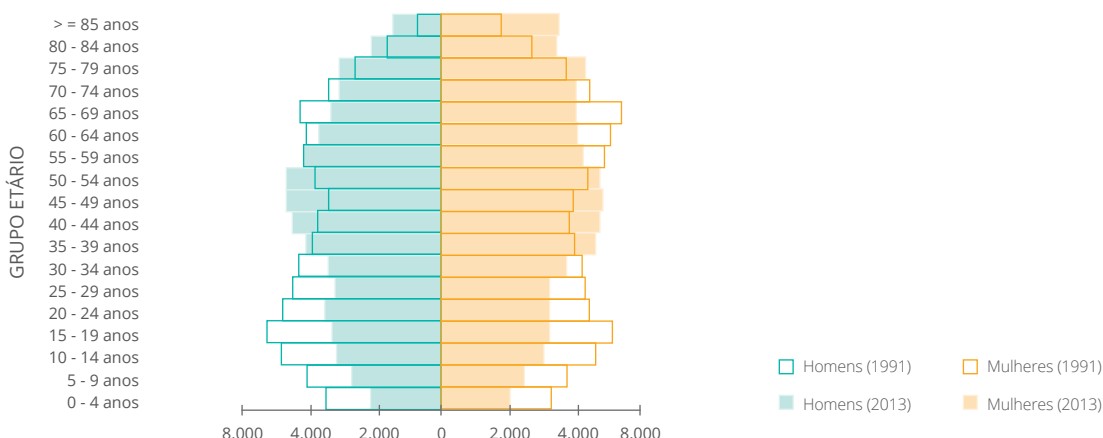
ACES PINHAL INTERIOR NORTE

PERFIL DE SAÚDE - ACES PINHAL INTERIOR NORTE NO ANO DE 2013

Caracterização socio-demográfica

► O ACES Pinhal Interior Norte tem 127 731 habitantes, que representam 7,5 % da população da Região Centro. O território do ACES é constituído por 14 concelhos que abrangem uma área de 2 617,68 Km², a que corresponde uma densidade populacional de 48,79 hab/Km².

Entre os censos de 2001 e de 2011 a população do ACES diminuiu 5,1%, decréscimo mais acentuado do que na região. Este aspeto conjugado com a diminuição da taxa de natalidade, o elevado índice de envelhecimento que é superior ao da região e do Continente, determinam uma pirâmide etária com estreitamento da base e alargamento do topo. A esperança de vida à nascença (80,3 anos) tem aumentado, sendo muito semelhante à da região e do Continente.



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE,IP)

De acordo com as estatísticas do IEFP tem-se registado um aumento do número de desempregados inscritos, cuja taxa em 2011 (INE) era de 10,88.

No que concerne à população ativa o setor terciário constitui a principal fonte de emprego (63,9%).

A taxa de analfabetismo (7,7%), mais associada à população idosa tem vindo a registar uma evolução decrescente, mas globalmente superior à verificada no Continente.

Relativamente ao poder de compra per capita e ao ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem estes apresentam valores inferiores aos da região centro e ao Continente.

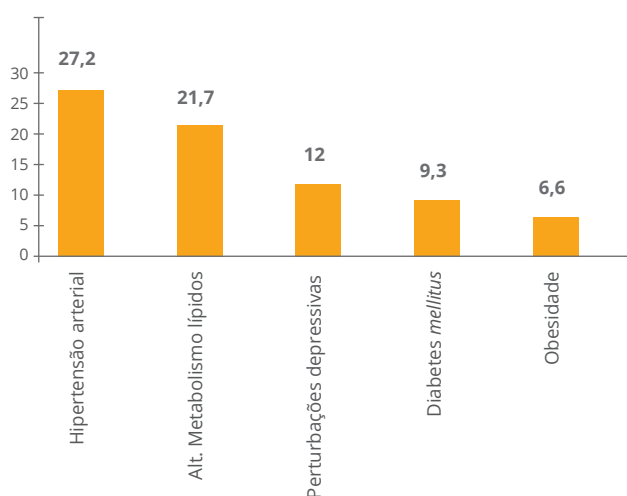
No que se refere a indicadores ambientais 91% da população dispõe de sistemas públicos de abastecimento de água. Já no que se refere à população servida por infraestruturas de saneamento básico os índices (60%) são inferiores aos da região e Continente.

Caracterização epidemiológica da população

► No ACES do Pinhal Interior Norte as morbilidades com o maior número de registo de consultas foram a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos, as perturbações depressivas e a obesidade, como se se pode verificar no gráfico abaixo reproduzido.

No que concerne à mortalidade, observando o gráfico abaixo reproduzido, verifica-se que a maior percentagem de óbitos correspondia às doenças do aparelho circulatório, seguindo-se-lhe os tumores malignos e as doenças do aparelho respiratório, observando-se neste caso valores superiores aos da região, o mesmo acontecendo em relação às causas externas.

PROPORÇÃO DE INSCRITOS COM DIAGNÓSTICO ICPC-2 (DOENÇA E DETERMINANTES DE SAÚDE)



Fonte: SIARS

No que concerne à mortalidade, observando o gráfico abaixo reproduzido, verifica-se que a maior percentagem de óbitos correspondia às doenças do aparelho circulatório, seguindo-se-lhe os tumores malignos e as doenças do aparelho respiratório, observando-se neste caso valores superiores aos da região, o mesmo acontecendo em relação às causas externas.

CAUSAS DE MORTE	ACES		REGIÃO CENTRO	
	Nº	%	Nº	%
Óbitos Totais	1 788		26 356	
Doenças do aparelho circulatório	522	29,2	8 035	30,5
Tumores malignos	387	21,6	6 065	23
Acidentes, lesões, evenenamentos e suicídios	83	4,6	1 069	4,1
Diabetes	57	3,2	1 128	4,3
Doenças do aparelho respiratório	282	15,8	3 341	12,7
Doenças do aparelho digestivo	101	5,6	1 165	4,4
Outras	356	19,9	5 553	21,1

Fonte: INE - DGS/MS, PORDATA

ZONA GEOGRÁFICA	ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS	
	Nr. Absoluto	Taxa
ACES Pinhal Interior Norte	4350	4113
Centro	56208	3873,2
Continente	332606	3848

Relativamente à taxa de anos de vida potenciais perdidos até aos 70 anos encontrámos valores no ACES superiores aos da Região Centro e ao Continente.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DO PINHAL INTERIOR NORTE NO ANO DE 2015 - 2016

Objetivos assistenciais do ACES

- Manter a acessibilidade aos cuidados de saúde
- Aumentar a assistência domiciliária
- Manter a proporção de prescrição de genéricos
- Melhorar os cuidados ao doente com Risco cardiovascular
- Aumentar a cobertura em Planeamento Familiar
- Manter a qualidade dos cuidados pré-natais
- Melhorar o cumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil
- Melhorar os cuidados à pessoa com diabetes
- Melhorar os cuidados à pessoa com patologia respiratória
- Melhorar os cuidados aos idosos
- Promover a eficiência na área da prescrição de medicamentos e de MCT
- Melhorar as taxas de cobertura dos rastreios previstos no PNPCDO
- Melhorar o registo e codificação nas consultas médicas

Estratégias

► Tendo em conta as necessidades normativas e identificadas de saúde dos utentes, enquadradas pelos princípios da acessibilidade, equidade e proximidade dos cuidados, as grandes linhas estratégicas que Norteiam o ACES PIN são a integração e continuidade dos cuidados, a melhoria contínua da qualidade, a sustentabilidade, a prestação de contas e a participação dos utentes, segundo os seguintes eixos:

- Promoção da acessibilidade
- Reorganização dos serviços
- Melhoria contínua da qualidade
- Eficiência

Atividades

- Promover a organização dos horários de funcionamento das UF de acordo com as necessidades da população
- Promover as boas práticas na área do risco cardiovascular
- Incentivar a convocatória de MIF que não são acompanhadas em consulta de PR
- Promover as boas práticas nos cuidados de saúde à MIF e à grávida, incentivando a aplicação do protocolo de vigilância, em articulação com os CCS, no âmbito das UCF
- Promover o cumprimento do PNSIJ e do PNV
- Criação / divulgação do Manual de Boas Práticas em diabetes e promoção da sua implementação nas UF;
- Monitorização dos indicadores de processo e de resultado na área da DPOC e introdução de medidas corretoras dos desvios
- Divulgar e implementar as NOC na área da saúde mental
- Identificar assimetrias de prescrição passíveis de introdução de medidas corretoras
- Promover a melhoria da taxa de cobertura dos rastreios oncológicos
- Promover a melhoria dos registos clínicos e codificação

Metas – Indicadores e Resultados

INDICADORES			VALOR 2014	META 2015	META 2016	
EIXO	ID	DESIGNAÇÃO				
NACIONAL	6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	91,2	92	92,2	
	4	Taxa de domicílios enfermagem por 1 000 inscritos	113,9	120	125	
	66	Proporção medicamentos faturados, que são genéricos	42,2	43	43	
	47	Proporção de utentes >14 A, com regulares hábitos tabágicos	23,9	29,3	30,3	
	74	Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	92,7	93	93,2	
	87	Taxa internamento DCV, entre residentes < 65 anos	7,4	5,7	5,6	
	52	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	22,1	27	28	
	86	Proporção RN de termo, de baixo peso	2,5	2,6	2,5	
	64	Proporção jovens 14A, com consulta médica vig. e PNV	49,3	49,5	50,1	
	85	Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes	0,4	0,2	0,2	
	56	Proporção idosos, sem ansiolíticos/sedativos/hipnót.	62,1	63	142,9	
	68	Despesas medicamentos faturados, por utilizador SNS (p. conv)	143	143	41,9	
	69	Despesa a MCDT's faturados, por utilizador SNS (p. conv)	42,1	42	41,9	
	REGIONAL	23	Proporção hipertensos com risco CV (3A)	16,4	18	23
		43	Proporção DM com acompanhamento adequado	10,8	13,5	15,5
45		Proporção mulheres (25; 60 anos) com colpoc (3 anos)	27,6	36	36,9	
78		Proporção de utentes com diagnóstico DPOC	1	2	2,9	
LOCAL	3	Taxa de domicílios médicos por 1 000 inscritos	11,2	11,7	11,7	
	38	Proporção DM com 1 HgbA1c por semestre	26,1	49,5	51,3	

Prioridades de Saúde Identificadas

Risco cardiovascular

Rastreio oncológico

Diabetes

Determinantes de saúde: obesidade; hábitos tabágicos

ACES PINHAL LITORAL

PERFIL DE SAÚDE - ACES PINHAL LITORAL NO ANO DE 2014

► O ACES Pinhal Litoral (ACES PL) engloba uma população residente de 260.942 indivíduos (Censos, 2011), representando 15% da população da região Centro (1.705.485 habitantes). A densidade populacional na área de abrangência é de 149,7 hab./Km². Integra os centros de saúde dos concelhos de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós e respetivas unidades de saúde, num total de 4 Unidades de Saúde Familiar, 9 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 4 Unidades de Cuidados na Comunidade, 1 Unidade de Saúde Pública e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Relativamente aos recursos humanos, dispõe de 508 profissionais (dotação de 693), dos quais 138 são Médicos de Família, 150 Enfermeiros e 128 Assistentes Técnicos. O ratio utentes/médico é 1.962 e utentes/enfermeiro 1.806. O ratio enfermeiro/médico é de 1,1.

O ACES PL tem 270.861 utentes inscritos frequentadores (31 dez 2014). Sendo que 42.228 (15,6%) não tinham médico de família atribuído. A taxa de utilização dos serviços do ACES PL, no ano de 2014, foi de 65,49%.

Relativamente aos índices de dependência (IdD), verificamos que o IdD total (51,9), em 2013, é inferior ao do Continente (53,0) e da região (56,1), assim como o IdD de idosos. Quanto ao IdD de jovens apresenta um valor inferior ao do Continente.

Foi elevado o decréscimo de nascimentos entre 2008 e 2013 (538), no entanto, a taxa bruta de natalidade (7,5‰) mantém-se superior à da região centro, embora inferior à do Continente.

Relativamente aos determinantes em saúde constatou-se que o abuso de tabaco e o excesso de peso são os diagnósticos que mais afetam a população inscrita nas unidades de saúde, tendo valores superiores no sexo masculino.

A taxa bruta de mortalidade em 2013 (9,5/1 000 hab) foi inferior à da região e do Continente. A mortalidade infantil (1,6‰ nados vivos, em 2013) apresenta uma tendência de evolução decrescente, com exceção do ano 2012, sendo também inferior à da região (2,1) e à do Continente (2,9).

Em termos de mortalidade proporcional por grandes grupos de causa de morte, para todas as idades e ambos os sexos, destacam-se pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório (26,8%), seguindo-se os tumores malignos (23,2%). A situação inverte-se quando consideramos a população com idade < 75 anos, em ambos os sexos, sendo os tumores malignos o grupo com maior expressão (36,5%). Em termos comparativos, o ACES apresenta valores inferiores à região, relativamente a tumores malignos, doenças do aparelho circulatório e doenças crónicas do fígado.

Em termos de morbilidade, quando considerados os diagnósticos ICPC2, destaca-se a hipertensão arterial (20,1%) e do metabolismo dos lípidos (20,0%), com valores inferiores à região e ao Continente.

O número de doenças de declaração obrigatória, declaradas, tem aumentado progressivamente sendo de

71 em 2014 (29,1%000 hab), no entanto, este número reflete uma subnotificação considerável. A taxa de incidência de tuberculose (8,5%000 hab) é inferior à da região e do Continente e mantem-se em decréscimo, com exceção de 2014, com 19 casos notificados.

Os principais problemas de saúde identificados são as doenças cardiovasculares (com os seus fatores de risco, nomeadamente o excesso de peso, o consumo de tabaco e a hipertensão arterial) e os tumores malignos. O baixo peso à nascença (8,3%) considera-se um foco de atenção, sobretudo devido à tendência crescente, embora semelhante à região.

A escassez de recursos humanos representa um fator de constrangimento não negligenciável.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES PINHAL LITORAL NO ANO DE 2014-2016

► O ACES Pinhal Litoral pretende maximizar os ganhos em saúde da população da sua área de influência, com enfoque no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania, de acordo com o previsto no Plano Nacional de Saúde 2012-16.

Tem como objetivos:

- Cumprimento das metas dos programas prioritários de forma a promover uma modificação positiva no nível de saúde da população nas diferentes fases do ciclo de vida
- Capacitar os profissionais e os serviços para a inovação, utilizando os instrumentos adequados, de modo a valorizar as relações interpessoais e a utilização das novas tecnologias de informação e comunicação.
- Estreitar as relações com a sociedade, estimulando a participação dos cidadãos através do Conselho da Comunidade, e promover uma maior articulação com o Gabinete do Cidadão, de forma a aproveitar as reclamações e sugestões dos utentes, como incentivo à melhoria dos serviços
- Valorizar as notificações de eventos adversos, através da plataforma Notific@, de modo a prestar cuidados de saúde de melhor qualidade e segurança, promovendo um desempenho de excelência

De uma forma global, o ACES Pinhal Litoral tem como estratégia, para que o seu plano seja efetivo, a motivação dos profissionais, a utilização das novas tecnologias, a segurança e a qualidade dos cuidados, sustentando-se em mecanismos de monitorização e atualização, promovendo o diálogo intersectorial.

Indicador	Meta 2014	Result 2014
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	90,0	84,1
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1 000 inscritos	135,8	118,9
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	45,0	41,6
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	35,0	32,6
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	90,0	86,6
Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos	6,21	5,69
Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	33,0	24,76
Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso	4,23	4,01
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário	50,0	45,3
Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com Diabetes, entre utentes residentes	0,80	0,25
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	66,0	65,1
Percentagem de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos	-	-
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	160,00 €	167,66 €
Despesa média de MCDT´s faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	49,60 €	55,76 €
Proporção de hipertensos com risco CV (3 A)	18,0	27,9
Proporção de DM com acompanhamento adequado	30,0	31,1
Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	43,0	33,8
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC	2,0	0,95
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	90,0	86,7
Proporção de fumadores com consulta relacionada com o tabaco 1 A	30,6	39,1

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GUARDA, EPE

PERFIL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GUARDA NO ANO DE 2014

Caraterização sócio-demográfica

Caraterização sócio-demográfica dos concelhos da área de abrangência da ULSG

	POPULAÇÃO RESIDENTE (Nº)		VARIAÇÃO POPULACIONAL	DENSIDADE POPULACIONAL (HAB./KM ²)	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	
	2004	2014	2004-2014	2014	2004	2014
Almeida	8058	6465	-19,8%	12,5	315	536,3
Celorico da Beira	8435	7321	-13,2%	29,6	209	259,2
Figueira de Castelo Rodrigo	6860	5993	-12,6%	11,8	275,1	285,2
Fornos de Algodres	5391	4821	-10,6%	36,7	207,4	279,3
Gouveia	15 373	13 269	-13,7%	44,1	248,2	340,3
Guarda	43 597	40 574	-6,9%	57,0	128,3	168,6
Manteigas	3889	3239	-16,7%	26,6	187,6	312
Mêda	5853	4868	-16,8%	17,0	278,3	377,8
Pinhel	10 514	9086	-13,6%	18,8	244,9	322,6
Sabugal	14 095	11 687	-17,1%	14,2	419,1	513,2
Seia	26 925	23 508	-12,7%	54,0	175,7	255,7
Trancoso	10 528	9410	-10,6%	26,0	212,8	315,7
Vila Nova de Foz Côa	8059	6903	-14,3%	17,3	236,1	322,3

Notas: Índice de envelhecimento – quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expresso por 100 000 pessoas dos 0 aos 14 anos)

Fonte: INE

Em todos os concelhos da área de abrangência da ULSG podemos constatar um decréscimo da população residente que é acompanhado por valores preocupantes do Índice de envelhecimento.

Caraterização epidemiológica da população

Mortalidade proporcional (%) por grandes grupos de causas de morte no triénio 2009-2011

	TODAS AS IDADES			IDADES INFERIORES A 75 ANOS		
	Continente	ARS Centro	ULS Guarda	Continente	ARS Centro	ULS Guarda
Tumores malignos	24,0	21,7	20,8	37,7	35,5	35,5
Doenças ap. circulatório	31,5	30,8	31,3	19,4	18,1	18,5

Fonte: ARSC

Taxa de mortalidade padronizada pela idade na ULS da Guarda 2009-2011, < 75 anos

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE	HM	Homens	Mulheres
Tumores malignos	98,8	126,4	74,8
Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu	39,3	55,1	25,2
Tumor maligno do aparelho respiratório	12,9	23,1	4,1
Doenças do aparelho circulatório	45,5	66,6	27,8
Doença isquémica do coração	11,2	18,9	4,8
Doenças cerebrovasculares	19	26,4	12,7

Fonte: ARSC

Prioridades de saúde identificadas

Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos na população da ULSG.

Reduzir a mortalidade prematura até aos 75 anos na população da ULSG.

Promoção da adoção de estilos de vida saudáveis na população da ULSG.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA

O Plano Local de Saúde da ULS Guarda encontra-se em fase de elaboração.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE CASTELO BRANCO, EPE

PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE CASTELO BRANCO

Caracterização socio-demográfica

► A área geográfica de influência da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco abrange as NUTS III da Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul. O Agrupamento de Centros de Saúde da Beira Interior Sul abrange os concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Rodão e o ACES Pinhal Interior Sul abrange os concelhos de Oleiros, Proença-a-Nova, Sertã e Vila de Rei.

De acordo com o censo de 2011, na área de influência da ULS de Castelo Branco residem 108.395 indivíduos de ambos os sexos, dos quais 75.028 indivíduos na NUTS da Beira Interior Sul e 33.367 na NUTS do Pinhal Interior Sul. Com uma superfície de 5.245 Km², a ULS de Castelo Branco apresenta uma densidade populacional de 20,6 habitantes/Km².

No período inter-censitário 2001-2011, observou-se um decréscimo populacional em ambas as NUTS, traduzida em “taxas” de crescimento populacional negativas (Pinhal Interior Sul: -8,2%; Beira Interior Sul: -4,0%).

A prevalência de idosos na área geo-demográfica (28,7%) é superior à da Região Centro/NUTS 99 (20,4%) e à do Continente (17,5%), observando-se o fenómeno inverso no que diz respeito à prevalência de jovens dos 0 aos 14 anos.

Na análise da variação inter-censitária por concelhos, verificou-se o fenómeno do “duplo envelhecimento” (de topo e de base) em todos os concelhos desta área de influência. Entre os concelhos em que se observou uma diminuição do número de efetivos no grupo etário dos 0 aos 14 anos (envelhecimento de base) mais acentuada temos Oleiros (- 47,3%) e Vila Velha de Ródão (- 43%).

Relativamente ao “envelhecimento de topo” este foi observado ao nível desta área de influência, nas NUTS III em questão (ainda que mais acentuado na NUTS da Beira Interior Sul) e a nível concelhio (à excepção do concelho de Idanha-a-Nova).

O índice de envelhecimento “combinado” dos 8 concelhos que integram a área de influência da ULS de Castelo Branco, resultante do quociente entre o número de idosos(65 e mais anos) e o número de jovens (0-14 anos) é de 265,7%, sendo que no BIS é de 249,6 e no PIS 305,1%.

A taxa bruta de natalidade tem vindo a decrescer quer no BIS (6,66 por mil nascimentos) quer no PIS (4,71), valores de 2013 no Continente 7,86/1 000.

A taxa de mortalidade infantil tem registado uma diminuição (BIS 4,07 e PIS 0,0), no Continente 2,9.

A esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo de 81 anos.

Caracterização epidemiológica da população

► As principais causas de morte são as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos e das doenças respiratórias. A taxa de Mortalidade padronizada segundo o grupo etário e sexo, situa-se nos 608,0/100 000 no Pinhal interior Sul e nos 609,4/100 000 na Beira Interior Sul, valores superiores á região centro 573,9/100 000, e ao Continente 561,5/100 000.

Com base na Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC), foram identificados os principais problemas de saúde. Do total de casos identificados a Hipertensão regista o maior número de casos, seguido das Alterações do Metabolismo dos Lípidos, Diabetes, Perturbações Depressivas e Obesidade.

O número médio de Anos potenciais de vida perdidos é de 13,5 no BIS, 13,6 no PIS, valor inferior à região centro 14,0 e ao Continente 14,1.

Projeto “Viver Melhor” – Obesidade na adolescência Ano lectivo 2013-2014

Objetivos:

► Avaliar a prevalência de excesso de peso ponderal e obesidade em alunos do 3ºciclo das escolas da cidade de Castelo Branco

Encaminhar/acompanhar os adolescentes com excesso de peso nas consultas:

- Consulta de obesidade no centro de saúde São Tiago
- Consulta de aconselhamento dietético: Consulta externa do Hospital Amato Lusitano
- Consulta de Enfermagem

Estratégias:

Âmbito do estudo: Promoção da saúde na adolescência

Local de Intervenção: Meio escolar da cidade de Castelo Branco/ULSCB EPE

Público-alvo: 3º ciclo (12 aos 18 anos)

Pedido de autorização formal aos encarregados de educação para o rastreio e questionário

Atividades:

- Rastreio nas escolas a todos os alunos do 3º ciclo com avaliação do IMC (índice massa corporal), perímetro abdominal, tensão arterial, glicemia capilar e avaliação dos hábitos alimentares e os seus conhecimentos
- Educação para a saúde sobre estilos de vida saudável
- Encaminhamento do adolescente/família com o IMC> 85 para a consulta de aconselhamento dietético com entrega de folheto e com IMC> 95 para a consulta médica

Metas:

- Adesão das escolas do 3º ciclo = 60%
- Adesão dos alunos ao rastreio = 40%
- Encaminhamento dos adolescentes com excesso de peso para a consulta de obesidade/ aconselhamento dietético e consulta médica = 20%

Indicadores atingidos em 2014:

- Taxa de prevalência de obesidade - 6,3% sendo 7% meninos e 5,5% meninas
- Taxa de prevalência de excesso de peso - 20,5% sendo 19,5% meninos e 22% meninas
- Taxa de adesão á consulta de obesidade e excesso de peso - 84% aderiram á consulta

Resultados

► Após o início do projeto em 2011 e tendo em conta as metas propostas, verificou-se que a adesão das escolas da cidade foi de 100%. A adesão dos alunos ao rastreio foi de 80,2% em que 41,3% são meninos e 38,9% são meninas.

Os alunos encaminhados para a consulta, verificou-se que 22,8% normalizou o seu IMC e 41,9% reduziu o IMC > 85. No entanto 22,8% dos alunos aumentaram o seu IMC e 12,5% mantiveram o IMC inicial.

No início do ano lectivo 2014-2015, pelo facto de as coordenadoras do projeto serem deslocadas para outros serviços dentro da própria instituição (urgência e Obstetrícia), foi feita a reformulação do projeto.

Esta baseou-se nos 3 pilares críticos para o desenvolvimento da obesidade promovidos pela OMS (nascimento, 5-7 anos e 12 anos), mantiveram-se as deslocações aos estabelecimentos escolares e as avaliações estatoponderais com os mesmos objetivos e atividades e deu-se início ao levantamento do IMC nas faixas etárias referidas, que tenham nascido na nossa maternidade e às crianças que recorreram ao serviço de urgência Pediátrica, completando os dados da população infantil da cidade de Castelo Branco.

Após aprovação do Conselho de Administração, vai ser dado início à certificação do projeto, para a sua implementação na nossa ULS (NUTS Beira Interior Sul e NUTS Pinhal Interior Sul) procurando com as boas práticas levar à melhoria da qualidade dos cuidados e conseqüentemente aos ganhos em saúde.

Prioridades de Saúde identificadas:

Doenças cerebrovasculares
Doença oncológica
Diabetes
Tabagismo / Alcologia



Plano Nacional de Saúde

LVT //

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA
E VALE DO TEJO, IP (EM CURSO)

ACES ALMADA / SEIXAL

ACES AMADORA

ACES ARCO RIBEIRINHO

ACES ARRÁBIDA

ACES CASCAIS

ACES ESTUÁRIO TEJO

ACES LEZÍRIA

ACES LISBOA NORTE

ACES LISBOA CENTRAL

ACES LISBOA OCIDENTAL/OEIRAS

ACES LOURES / ODIVELAS

ACES MÉDIO TEJO

ACES OESTE NORTE

ACES OESTE SUL (EM CURSO)

ACES SINTRA



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP

Encontra-se em fase de elaboração.

ACES ALMADA / SEIXAL

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES ALMADA / SEIXAL

► O **ACES Almada-Seixal** é um dos 15 Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Em 31 de dezembro de 2014, a **população residencial estimada** da sua área de abrangência era de 333 876 habitantes, distribuídos pelos concelhos de Almada (170 139 habitantes) e do Seixal (163 737 habitantes). O concelho de Almada apresenta uma das mais elevadas **densidades populacionais** da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT) (2 478,8 habitantes por Km², em 2011), indicador também relevante no concelho do Seixal (1 657,3 habitantes por Km², em 2011).

Do ponto de vista demográfico, Almada é um dos concelhos mais envelhecidos do País (**índice de envelhecimento** (IE) de 143,6 por 100, em 2014), embora revele algum esforço de rejuvenescimento à custa da população estrangeira. Pelo contrário, no concelho do Seixal a população é mais jovem (IE de 108,4 por 100, em 2014), mas parece estar a envelhecer aceleradamente. A proporção de estrangeiros é relevante nos dois concelhos. Almada apresenta uma elevada proporção de alojamentos de residência secundária (20,4%, em 2011). Em Almada, a **taxa bruta de natalidade** tem vindo a reduzir, sendo de 8,8 por 1 000 em 2013. A **taxa bruta de mortalidade** foi de 10,5 por 1 000, em 2013. O saldo migratório negativou a partir de 2008. A redução do saldo natural e do saldo migratório traduz-se por uma taxa de crescimento efetivo negativa nos últimos anos (-0,85%, em 2013). No concelho do Seixal, tem-se verificado, também, uma redução da natalidade, tendo a respectiva taxa bruta alcançado o valor de 9,6 por 1 000, em 2013. A **taxa bruta de mortalidade** foi de 7,1 por 1 000, em 2013. A taxa de crescimento migratório mantém-se positiva. Em 2013, a **taxa de crescimento efetivo** foi de 0,67%. O índice sintético de fecundidade evidencia a incapacidade de renovação das gerações nos dois concelhos. A **esperança de vida à nascença** dos homens residentes no concelho de Almada tem-se mantido inferior à observada no do Seixal, ao contrário do observado no sexo feminino. Os concelhos de Almada e Seixal apresentam das mais baixas taxas de **mortalidade infantil** e respetivos componentes, no País. No quinquénio 2008-2012, a taxa de mortalidade infantil foi de 2,2 por 1 000 em Almada e 2,5 por 1 000 no Seixal, e a de mortalidade neonatal de 1,3 por 1 000 em Almada e de 2,0 por 1 000 no Seixal. O grupo das doenças do aparelho circulatório foi a **causa de morte mais frequente** nos dois concelhos (35% dos óbitos, no triénio 2009-2011), seguido pelos tumores malignos (cerca de 26%) e pelas doenças do aparelho respiratório (cerca de 10%). No período 2004-2012, as **taxas de mortalidade específicas** por doenças do aparelho circulatório variaram entre 3,5 e 4,1 por 1 000 no concelho de Almada, e 2,1 e 2,4 por 1 000 no do Seixal. As taxas padronizadas de mortalidade específica evidenciam a superioridade do risco de morrer por esta causa no concelho de Almada.

Os tumores malignos são a principal causa de mortalidade prematura (abaixo dos 75 anos) no conjunto dos dois concelhos, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório e as causas externas de morte. O risco de morte prematura por doença isquémica cardíaca foi, no sexo masculino, significativamente superior ao risco médio estimado para a RSLVT, seguindo-se o risco de morrer por doenças cerebrovasculares, tumor maligno do cólon e reto, SIDA e doença crónica do fígado e cirrose. No sexo feminino, as doenças cerebrovasculares constituíram a primeira causa de morte, seguindo-se o tumor maligno da mama, o tumor maligno do cólon e reto, a doença isquémica cardíaca, o tumor maligno do tecido linfático e órgãos hematopoéticos e a diabetes *mellitus*. Pese embora a redução sustentada da **incidência cumulativa da tuberculose** observada em

Almada e no Seixal nos últimos anos, o risco estimado da doença mantém-se relevante nos dois concelhos (29,4 por 100 000 em Almada e 22,5 por 100 000 no Seixal, em 2012). O **risco de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana** e de adoecer com SIDA mantém-se superior ao risco médio nacional e um dos mais elevados da RSLVT.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES ALMADA / SEIXAL NO ANO DE 2013-2016

► Na **identificação e priorização das necessidades de saúde** foi seguida uma abordagem multi-metodológica. A doença isquémica cardíaca (DIC) foi priorizada como o principal problema de saúde, seguindo-se as doenças cerebrovasculares (DCV), as patologias do foro mental e do comportamento, a diabetes *mellitus* (DM), o tumor maligno da mama feminina (TMMF), a SIDA/infecção pelo vírus de imunodeficiência humana, a tuberculose, a pneumonia, o tumor maligno do cólon e reto (TMCR), e o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (TMTBP).

Como **determinantes prioritários** para a intervenção, foram selecionados a hipertensão arterial, a obesidade, o consumo de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas, a inactividade física, o uso/abuso de internet e a reduzida acessibilidade à prestação de cuidados de saúde em alguns sectores. Foram selecionadas necessidades de serviço adequadas à manutenção do baixo risco de morte e de doença decorrente das patologias associadas à gravidez, parto e puerpério; afeções no período perinatal; doenças evitáveis pela vacinação; toxi-infecções alimentares e doenças de transmissão hídrica. A população masculina residente no concelho de Almada; a população infantil, adolescente e jovem institucionalizada em lares; a população idosa, e as comunidades de exclusão social foram seleccionadas como **grupos populacionais de maior risco**. Como **necessidades de investigação em saúde**, foram priorizados o estudo do risco de morte prematura e evitável, e o estudo dos determinantes das doenças cardiovasculares ao nível local.

Dos **objetivos de saúde fixados** para alcançar até 2016 destacam-se: a) Reduzir em 40% a taxa bruta de mortalidade por DIC na população de idade inferior a 65 anos; b) Reduzir em 50% a taxa bruta de mortalidade por DCV na população de idade inferior a 65 anos; c) Reduzir em 60% a taxa bruta de anos de vida potenciais perdidos por DM na população de idade inferior a 70 anos; d) Reduzir em 35% a taxa bruta de mortalidade por TMMF na população de idade inferior a 65 anos; e) Reduzir em 15% a taxa bruta de mortalidade por TMCR na população de idade inferior a 65 anos; f) Reduzir em 5% a taxa bruta de anos de vida potenciais perdidos por TMTBP na população de idade inferior a 70 anos; g) Reduzir em 50% a taxa bruta de mortalidade por SIDA na população de idade inferior a 65 anos; h) Reduzir em 40% a taxa bruta de anos de vida potenciais perdidos por pneumonia na população de idade inferior a 70 anos; i) Reduzir em 10% a taxa bruta de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool na população de idade inferior a 65 anos.

Para os problemas de saúde priorizados, foi prevista a implementação local de **estratégias de saúde** de prevenção primária, secundária e terciária, designadamente as de: promoção da saúde (aumento da literacia em saúde, com vista à capacitação para a adopção de comportamentos protectores da saúde e evicção de comportamentos de risco; informação e educação para a saúde em grupos populacionais específicos e intervenções multidisciplinares e integradas dirigidas a comunidades específicas); protecção da saúde (vacinação; vigilância epidemiológica e intervenção atempada na prevenção e controlo dos riscos ambientais; vigilância, investigação epidemiológica e intervenção atempada na prevenção e controlo das doenças transmissíveis); diagnóstico e tratamento precoces (rastreamento e consultas de vigilância de saúde em todas as fases do ciclo da vida familiar); e prevenção e controlo da doença e suas complicações, da incapacidade e do sofrimento (prestação de cuidados de saúde multidisciplinares e integrados; referência atempada e célere entre níveis de prestação de cuidados; prestação de cuidados de saúde no domicílio; cuidados continuados e cuidados paliativos). Tratando-se de um documento estratégico, a **implementação deste**

Plano depende da sua utilização enquanto instrumento que apoie e justifique o planeamento tático e operativo. Recomenda-se, portanto, que seja usado como suporte da elaboração e avaliação do impacto dos planos de actividade do ACES Almada-Seixal e unidades funcionais, dos respectivos programas de saúde, e da contratualização interna e externa. A implementação do Plano passa pela acção concertada de todos os parceiros, coerente com a missão específica de cada um mas fundamentada nas estratégias de saúde seleccionadas, apoiada em parcerias reforçadas e orientada para resultados. No Plano Local de Saúde de Almada-Seixal 2013-2016 encontra-se disponível o **plano de monitorização do respectivo processo de implementação**, e o plano de monitorização e avaliação dos resultados a alcançar.

ACES AMADORA

PERFIL DE SAÚDE - ACES AMADORA NO ANO DE 2013

► A Amadora é o concelho do país com maior densidade populacional em Portugal, com uma pirâmide etária e índices demográficos semelhantes ao nível regional e nacional.

A nível social a Amadora destaca-se pela elevada proporção de migrantes (6,3%), oriundos de países do Continente africano, com uma taxa de desemprego (1,8% superior à média nacional) e de dependência do agregado familiar superior à média nacional.

Em termos de saúde materno-infantil a Amadora tem uma proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, superior à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT); tem taxas de mortalidade infantil (4,7‰) e de recém-nascidos com baixo peso (6,5%), também superiores à regional e nacional. A prevalência de excesso de peso e obesidade em 2011 em crianças dos 10-18 anos foi de 13,0% e 3,1%, respetivamente (*Anexo I*). Os indicadores de morbilidade da Amadora permitem realçar, que em relação à Tuberculose existe uma taxa de incidência muito superior à RSLVT (45,4/100 000 ha.). O VIH/SIDA também constitui um problema de saúde importante na comunidade, com uma prevalência superior à regional e nacional e com uma elevada proporção de diagnósticos tardios (57% de *late-presenters*). Em relação à diabetes verifica-se um subdiagnóstico.

A taxa de mortalidade por todas as causas na Amadora é semelhante à taxa nacional, mas a Amadora tem um maior número de anos de vida potencialmente perdidos (5119 AVP/100 000 ha.). Por afetarem mulheres em idades ainda jovens, o cancro da mama e o cancro do colo do útero, são problemas de saúde com muita expressão nos anos de vida perdidos na Amadora. No concelho da Amadora a oferta de serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde é assegurada principalmente pelo Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca e pelo Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora. Em complemento existem alguns prestadores privados (Clínica de Santo António, Centro Clínico da Amadora do Hospital da Luz) e ONG's (O Vigilante, AJPAS). A capilaridade dos cuidados primários de saúde não é de todo o ideal, dado o elevado número de inscritos sem médico de família, traduzindo-se numa barreira de acesso aos cuidados de saúde.

Problemas Prioritários

► Os 18 parceiros (Instituições de Saúde, Autarquia, ONG's, etc...) que elaboraram o PLS identificaram 11 problemas de saúde na Amadora (Os Cancros da mama, do Colo do Útero, do Cólon e Recto; Diabetes *mellitus*; Tuberculose; VIH/SIDA; Doenças Cérebro Cardiovasculares, Saúde da Criança; Saúde Mental e Cobertura/Qualidade dos Serviços de Saúde), após a priorização (técnica de grupo nominal) destes problemas foram definidos como problemas prioritários para o PLS: "VIH/SIDA", "Tuberculose", "Cancro", "Diabetes *mellitus*".

Documento completo disponível online em:

► <http://www.cm-amadora.pt/noticias-saudavel/1107-plano-local-de-saude-da-amadora-2014-2016>

Perfil de mortalidade e morbidade da Amadora e comparação com valores nacionais

Mortalidade							
Indicadores	Sexo	Período	Unidade	Amadora	Continente	Menor valor	Maior valor
TMP por todas as causas	HM	2009	/100 000 ha	557	568	428,1	735,7
Anos de vida potencialmente perdidos	HM	2009	/100 000 ha	5119	4354	3239	6606
TM por cancro mama antes dos 65 anos	M	2009	/100 000 ha	48,6	15,3	3	48,6
TM por cancro do colo do útero antes dos 65 anos	M	2009	/100 000 ha	20,4	3,4	0	20,8
TM por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos	HM	2009	/100 000 ha	9,2	8,5	3,1	16
TM por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos	HM	2009	/100 000 ha	15,6	10,7	0	34,2
TM por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos	HM	2009	/100 000 ha	17,7	11	1,4	23,9
TM por VIH/SIDA antes dos 65 anos	HM	2009	/100 000 ha	21,3	7	0	26,6
TM por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos	HM	2009	/100 000 ha	14,2	14,7	4,6	34,7
TM por suicídio antes dos 65 anos	HM	2009	/100 000 ha	5,7	6,6	0,8	33

Morbidade							
Indicadores	Sexo	Período	Unidade	Amadora	Continente	Menor valor	Maior valor
Prevalência de diabetes	HM	2009	%	5,3	7,2	NA	NA
Incidência de amputações em diabéticos	HM	2009	/100 000 ha.a	0,7	0,9	0	3,9
Incidência de acidente vascular cerebral	HM	2009	/100 000 ha.a	33	31,4	16,5	56,4
Incidência de acidente vascular cerebral antes dos 65 anos	HM	2009	/100 000 ha.a	13,9	9,4	4,9	18,5
Incidência de doença cardíaca antes dos 65 anos	HM	2009	/100 000 ha	18	16,1	7	36,5
Recém nascido de termo com baixo peso	HM	2009	XXXXXX	6,5	2,9	0,2	9
Nascimentos pré termo	HM	2009	XXXXXX	7,9	8,8	6,3	10,4
Taxa mortalidade infantil quinquenal	HM	2004 - 2009	/1 000	4,7	3,4	1,4	5,9



Fonte: Dados retirados dos mapas interactivos do ex-Alto Comissariado da Saúde, Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde e Instituto Nacional de Estatística. Abreviaturas – NA – Não aplicável; TMP – Taxa de Mortalidade Padronizada por idade; TM- Taxa bruta de Mortalidade (não padronizada por idade); HM – Homem e mulheres; M – Mulheres; ha – Habitantes; há.a – Habitante/ano, VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida ** - Esperança média de vida calculada tendo por base valores de NUTS II (valores de regiões)

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES AMADORA NO ANO DE 2014-2016

Objetivos do Plano Local de Saúde para 2016:

▶ VIH/SIDA - OBJETIVOS:

- 1 Reduzir o número de novas infeções por VIH para 18,2/100 000 habitantes
- 2 Diminuir para 35% os diagnósticos tardios de infeção pelo VIH
- 3 Diminuir a taxa bruta de mortalidade por VIH, antes dos 65 anos para 6,4/100 000 habitantes
- 4 Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora

▶ Tuberculose - OBJETIVOS:

- 1 Agir sobre os grupos mais vulneráveis (migrantes, sem abrigo, imunodeprimidos, etc...) para melhorar a sua literacia em saúde e hábitos de vida saudável
- 2 Reduzir no Concelho da Amadora o número de novos casos de tuberculose para 35 por 100.000 habitantes
- 3 Diminuir a janela temporal entre o início dos sintomas até ao diagnóstico para menos de 40 dias

▶ Cancro da Mama - OBJETIVOS:

- 1 Aumentar a proporção de mulheres rastreadas (com indicação) até pelo menos aos 60%
- 2 Aumentar a literacia em saúde da mulher de grupos-alvo na Amadora
- 3 Diminuir a mortalidade por cancro da mama antes dos 65 anos para 30,1/100 000 habitantes

► **Cancro do colo do Útero – OBJETIVOS:**

1 Aumentar a cobertura vacinal (vacina do HPV) recomendada para 85%;

2 Aumentar rastreio de mulheres em idade fértil recomendado para 60%;

3 Diminuir a mortalidade por cancro do colo do útero antes dos 65 anos para 11,4/100 000 habitantes

4 Aumentar a literacia em saúde da mulher de grupos-alvo na Amadora

► **Cancro do Cólon e Recto – OBJETIVOS:**

1 Aumentar o rastreio a partir dos 50 anos em pessoas de risco

2 Aumentar a taxa de referência aos Cuidados de Saúde Secundários e referência para rastreio genético (para os indivíduos de alto risco)

3 Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora

4 Esclarecer os profissionais de saúde acerca das estratégias de rastreio

5 Diminuir a taxa de mortalidade por CCR, antes dos 65 anos para 7,25/100 000 habitantes

► **Diabetes – OBJETIVOS:**

1 Aumentar o número de casos diagnosticados até atingir uma prevalência de 8%

2 Aumentar a taxa de referência aos Cuidados de Saúde Secundários e referência para rastreio de retinopatia diabética

3 Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora

Monitorização e avaliação

► A avaliação do PLS será realizada após o término do seu período de vigência, sendo expectável a apresentação da avaliação até ao fim do primeiro semestre de 2017. A avaliação final deve focar-se nos indicadores de resultados constantes como objetivos para os problemas prioritários. O seu cumprimento avaliará a efetividade das intervenções realizadas. Está neste momento em curso uma avaliação intermédia, com vista a avaliar os progressos já atingidos.

Anexo I - Plano Local de Saúde Foco Obesidade Infantil

Vigilância do Índice da Massa Corporal de crianças dos 10 aos 18 anos nas escolas da Amadora - Portugal

► Introdução

Portugal é dos países europeus com maior prevalência de obesidade infantil. O estudo EpiTeen no Porto reportou uma prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças de 17 anos de 13% e 6%, com valores ainda superiores aos 13 anos. A adolescência é um período crítico de intervenção para minimizar o risco de obesidade na idade adulta. Nesse sentido, para adequar as estratégias de intervenção para o problema, na Amadora, procedemos à vigilância do Índice de Massa Corporal (IMC) de crianças do 2º e 3º ciclo.

► Métodos

Realizamos um estudo transversal, nas escolas do 2º e 3º ciclo da Amadora (15 escolas), durante os anos lectivos 2010-11 e 2014-15. Foram incluídas as crianças entre os 10 e 18 anos, das turmas aderentes. A adesão das turmas foi voluntária e baseada na participação dos professores, que foram responsáveis pelas medições antropométricas (peso e altura). Foram avaliadas as variáveis de idade, peso, altura e sexo. A classificação do IMC ajustado para a idade foi baseada nas curvas de percentis do CDC (2000), utilizou-se o programa "Zanthro" do STATA 13 para proceder à classificação do IMC ajustado para a idade e sexo.

► Resultados

No total, durante os dois anos, participaram 10.078 crianças (51% do total da população em 2011 e 69,3% em 2014), foram eliminados 398 registos (3.7%) devido a erros no sexo, idade ou medições antropométricas. Observou-se uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 13,0% e 3,1% respetivamente em 2010 e de 20,7% e 7% em 2014. Houve um aumento do excesso de peso e obesidade de 2010 para 2014 ($p < 0.01$), e em 2014 o sexo feminino apresentou maior prevalência de excesso de peso e obesidade ($p < 0.01$) em comparação com o sexo masculino.

► Conclusão

Constatámos um aumento significativo da prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças da Amadora de 2010 a 2014, sendo o aumento mais pronunciado no sexo feminino. A Amadora parece apresentar prevalências de excesso de peso e obesidade superiores às dos estudos de referência nacionais.

Classificação das crianças dos 10 aos 18 anos, nas escolas da Amadora, segundo o IMC ajustado para a idade.

	Masculino		Feminino		Total	
	2010 N= 2148	2014 N= 2747	2010 N= 2179	2014 N= 2606	2010 N= 4327	2014 N= 5353
Normal (%)	84,5	72,3	83,2	70,2	83,9	72,3
Excesso e peso (%)	12,2	19,1	13,9	22,4	13,0	20,7
Obesidade (%)	3,3	6,6	2,9	7,4	3,1	7,0

Nota: Classificação do IMC para a idade baseada nas curvas de percentis do CDC (2000)

Agradecimento A todos os professores das escolas do 2º e 3º ciclo da Amadora pela sua colaboração na vigilância do IMC das crianças da Amadora.

Integração com o Plano Local de Saúde - Amadora

► A obesidade infantil foi apresentada como um problema de saúde enquadrado na saúde da criança, em sede de discussão das prioridades de saúde para a Amadora. A saúde da criança não foi seleccionada como um problema prioritário. Não obstante, a Unidade de Saúde Pública continua a agir junto das escolas para mitigar o problema da obesidade infantil.

ACES ARCO RIBEIRINHO

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ARNALDO SAMPAIO

PERFIL DE SAÚDE - ACES ARCO RIBEIRINHO NO ANO DE 2014

► O ACES Arco Ribeirinho abrange um território de 559,98 Km², que no ano de 2014 tinha uma população residente de 215.321 habitantes, distribuída por 4 concelhos: Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo. A estrutura etária da população é no global envelhecida, contudo existem diferenças significativas entre os 4 concelhos, com Alcochete e o Montijo a apresentarem uma estrutura bastante mais jovem do que o Barreiro e a Moita. São também de realçar as grande variedade da população em termos socio-económicos salientando-se, neste particular, a existência de uma significativo número emigrantes e minoria étnicas.

O perfil epidemiológico acompanha as tendências nacionais, com as doenças cardiovasculares e os tumores malignos como principais causas de morte situando-se as doenças respiratórias na terceira posição. É ainda relevante o facto de a mortalidade por causas externas ser a principal causa dos 5 aos 44 anos. Quanto à morbilidade os registos dos cuidados primários apontam as doenças cardiovasculares, as doenças do foro mental e a diabetes como as mais prevalentes.

O PLSAR tem como fundamento contribuir para a melhoria do estado de saúde global da comunidade, através de uma abordagem marcadamente salutogénica pelo que as prioridades de saúde identificadas passam pela intervenção sobre os fatores protectores de saúde (Situação económica equilibrada, dieta equilibrada, vida afetiva equilibrada, ambiente, literacia em saúde, exercício físico, empoderamento e vida sexual satisfatória) e sobre os fatores de risco (Pobreza, alimentação desequilibrada, obesidade, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo) priorizados consoante as diferentes fases do ciclo de vida.

Apesar da abordagem salutogénica é também considerada como prioritária, quer pela sua dimensão epidemiológica no ACES, quer pelos impactos nos serviços de saúde e nos cidadãos, a intervenção nas patologias associadas com as neoplasias (em particular, cancro de mama e cancro do colo do útero), nas doenças cardiovasculares, na diabetes e nas doenças do aparelho respiratório.

Sabendo-se que a melhoria da saúde na população só é possível através do envolvimento da mesma (cidadãos, agentes comunitários e serviços de saúde) o PLSAR foi concebido de modo a assegurar um processo dinâmico e de todos. Desta forma, na sua génese e construção aplicaram-se os seguintes orientações estratégicas:

1. Atuar de forma pró-ativa e organizada sobre os fatores protetores da saúde e sobre os fatores de risco, sem deixar de ter em consideração a sua relação e impacto em patologias específicas.
2. Dotar os cidadãos, os profissionais e a comunidade de competências que lhes permitam potenciar os fatores protetores da saúde e minimizar os fatores de risco, gerir a saúde e as doenças de forma informada e eficaz e influenciar o estado de saúde da comunidade.
3. Responder às necessidades de saúde atuais e futuras dos cidadãos e da comunidade, através da mobilização dos agentes da comunidade, tendo em vista a utilização mais racional e eficiente dos recursos existentes e o estímulo à criação de novos recursos.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES ARCO RIBEIRINHO NO ANO DE 2015-2017

► Como referido anteriormente a estratégia de intervenção deste PLS assenta no modelo salutogénico onde o centro da atuação é a saúde e não a doença. Como tal, e tendo em conta que a saúde é um processo dinâmico que depende de múltiplos fatores, encontrou-se um modelo de intervenção em que se englobaram os contributos dos parceiros e profissionais de saúde – O átomo da saúde.

Sabendo que não é possível eliminar totalmente o surgimento da doença é necessário, concomitantemente, que a comunidade se proteja de fatores de risco e promova os fatores protetores e que os serviços de prestação de cuidados de saúde tenham na sua programação atividades e medidas concretas no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária, dirigidas aos problemas prioritários identificados. Esta atuação dirigida aos problemas de saúde prioritários tem como pilares a vigilância epidemiológica e a participação dos profissionais de saúde e dos parceiros comunitários. Este novo modelo de atuação tem a “alimentação” dos fatores protetores como motor da operacionalização do PLS e, tal como a saúde, é igualmente dinâmico.

A sua estrutura assemelha-se a um átomo enquanto unidade básica (essencial) de matéria que consiste num núcleo central de carga energética, o potencial de saúde, envolto por uma nuvem de eletrões - no caso, espaços de proteção a que chamaremos territórios. Tal como os eletrões nas suas órbitas, os territórios influenciam o núcleo, assumindo papel mais ou menos relevante de acordo com a situação. Os territórios de saúde, que resultaram da análise dos fatores protetores e de risco identificados na fase do diagnóstico e do seu cruzamento com as dinâmicas comunitárias existentes, não diferem entre si na prioridade, embora, desempenhem papéis mais ou menos relevantes de acordo com a situação.

O átomo de saúde será usado por todos – Câmaras Municipais, associações sem fins lucrativos, associações empresariais, instituições de solidariedade social, serviços de saúde do ACES AR, etc. em que cada um vai definir as formas de investimento para os 5 territórios - Cidadania, Afetos, Alimentação, Ambiente e Movimento.

Com esta matriz dinâmica serão desenhadas e construídas várias estratégias, programas, projetos, atividades, etc., pelos serviços de saúde do AR e pelos cidadãos através dos diferentes agentes comunitários. No final, cada um terá o seu átomo com os respetivos territórios de investimento mas, na realidade será apenas um único onde todos contribuem para gerar saúde.

Como se compreende o desenvolvimento do PLS deixa assim de ser propriedade do ACES AR, constituindo um desafio capaz de gerar e mobilizar toda a comunidade dos 4 Concelhos, com o envolvimento direto, de organizações formais e não formais existentes na nossa comunidade, no sentido de todos terem responsabilidade nos ganhos em saúde, (serviços de saúde do SNS, parceiros comunitários e os cidadãos).

Sendo um plano que ainda está em fase de elaboração (será apresentado em outubro de 2015) não estão ainda definidos de forma definitiva as atividades, metas, indicadores e resultados.

ACES ARRÁBIDA

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES ARRÁBIDA - SETÚBAL / SESIMBRA / PALMELA NO ANO DE 2013

Caracterização sócio-demográfica

► A área geodemográfica do Agrupamento de Centros de Saúde Arrábida (ACES da Arrábida) abrange os municípios de Palmela, Sesimbra e Setúbal. Estes concelhos, no total com uma área de 829,78 Km², integram a área metropolitana de Lisboa e pertencem ao Distrito de Setúbal. Os concelhos de Palmela, Sesimbra e Setúbal têm, segundo os dados do Censos de 2011, divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), uma população residente de 233 516 habitantes. Uma densidade populacional de 281,42 habitantes/Km²

O Índice de dependência de jovens, 25, na área de influência do ACES, segundo o Censos 2011, aumenta ligeiramente desde 2001 e é superior ao registado no Continente e na RLVT. O índice de dependência de idosos, 26, na área de influência do ACES, segundo o Censos 2011, aumenta desde 2001 e é inferior ao registado no Continente. O Índice de Dependência Total foi em Portugal Continental de 51,3 no ano de 2011, um pouco acima das áreas geográficas de influência da ARSLVT e do ACES da Arrábida. No ACES da Arrábida este índice é mais elevado em Palmela e mais baixo no concelho de Sesimbra. O índice de dependência total apresenta-se ligeiramente superior para os concelhos de Palmela e de Setúbal em comparação à ARLVT e Continente.

O índice de envelhecimento da população do ACES é inferior ao registado no Continente. Aumentou acentuadamente na última década, o que significa que a população está numa fase de transição demográfica de uma população jovem para uma população mais idosa, acompanhando a situação do País e da Região. A Taxa Bruta de Natalidade (10.7) apresenta uma diminuição ao longo dos anos desde 2001 a 2011. O nº de utentes inscritos no ACES da Arrábida, a 31 de janeiro de 2014, pelo Registo Nacional de Utentes (RNU) é de 250 195 utentes.

Caracterização epidemiológica da população

► A esperança de vida à nascença e aos 65 anos de idade na área geográfica do ACES da Arrábida é inferior à do Continente e da RSLVT, 79,04 e 18,19 respetivamente. As doenças do sistema cardiovascular continuam a ser a 1.ª causa de morte não só no Continente, como na área geográfica da ARS LVT e do ACES da Arrábida. As taxas específicas de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e por doença isquémica cardíaca, em pessoas com menos de 65 anos de idade, na área geográfica do ACES da Arrábida, têm valores superiores ao Continente. O mesmo se verifica no valor da taxa de incidência de doença cardíaca em pessoas com menos de 65 anos. No entanto a taxa de incidência de AVC e a taxa de incidência de AVC em pessoas com idade inferior a 65 anos apresentam valores inferiores à ARSLVT e ao Continente.

A proporção de utentes registados no SIARS com diabetes, no ACES da Arrábida em 2013, é 6%, valor inferior ao estimado para a população portuguesa (12,9%). Convém ainda referir que de acordo com o SIARS, 3,7% dos utentes com DM2 faz terapêutica com insulina, valor acima da ARS LVT. De acordo com o INE, em 2009, a incidência de amputações dos membros inferiores (major e minor,) por motivo de diabetes, nos residentes na área geográfica do ACES da Arrábida é superior à incidência da ARS LVT e de Portugal.

Em Portugal, ao contrário do verificado para a morte por doenças cardiovasculares, tem-se verificado nos últimos anos um aumento da mortalidade por doenças do aparelho respiratório, mantendo-se esta como a terceira principal causa de morte.

A percentagem de mortes por tumores malignos na RLVT e nos concelhos do ACES da Arrábida se mantém ligeiramente superior à média do Continente (27,8% frente a 25%). Em 2012, nos concelhos do ACES da Arrábida, os três tipos de neoplasia com a maior incidência registada foram, respetivamente, a neoplasia da próstata (172 casos), do cólon e reto (155 casos) e da mama (150 casos), segundo o Registo Oncológico Regional Sul (ROR Sul) Dados do SIARS referentes a 2013, mostram que a incidência registada de “neoplasia maligna” no ACES da Arrábida foi inferior à registada na ARS LVT.

A Taxa Bruta de Mortalidade apresenta-se decrescente, desde 2001 a 2011. A Taxa Bruta de Mortalidade manteve-se praticamente estável com pequenas oscilações ao longo da década 2001-2011 (com valores entre 8,8 e 9).

Em 2013, na área geográfica do ACES Arrábida foram notificados 71 casos de doenças de declaração obrigatória, 45 dos quais eram casos de Tuberculose Pulmonar.

A Unidade de Saúde Pública do ACES Arrábida tem sofrido nos últimos três anos grande instabilidade e défice de pessoal médico, neste período tem tido três coordenadores diferentes e longos períodos com pessoal médico insuficiente para as tarefas diárias, foi possível desenvolver o Perfil de Saúde do ACES Arrábida, mas não foi possível até o momento o desenvolvimento do Plano Local de Saúde, que ainda está numa fase incipiente que resumimos a continuação.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES ARRÁBIDA - SETÚBAL / SESIMBRA / PALMELA NO ANO DE 2016-2018

Enquadramento:

- ▶ **O que é?** Um documento estratégico concretizado com a contribuição e participação de todos para a prossecução de um objetivo comum – a obtenção de ganhos em saúde.
- ▶ **Que enquadramento?** Como instrumento de gestão e mudança, apoia as tomadas de decisão, facilitando a coordenação, intervindo nas causas dos problemas, com apoio dos recursos existentes, evitando intervenções isoladas e promovendo abordagens integradas e dinâmicas que potenciam a concretização do objetivo comum.
- ▶ **Em que pilares assenta?** O PLS assenta nos principais problemas de saúde, na identificação e priorização das necessidades de saúde, na definição de objetivos e na seleção de estratégias, visando a mudança do estado de saúde da população local.

Recursos e Parceiros:

- ▶ Unidades Funcionais do ACES da Arrábida:

- 14 UCSP
- 5 USF
- 3 UCC
- 1 USP
- 1 URAP

- ▶ **Parceiros:** 3 Câmaras Municipais (Setúbal, Palmela, Sesimbra); 5 Juntas de Freguesia de Setúbal; 4 Juntas de Freguesia de Palmela; 4 Juntas de Freguesia de Sesimbra; Instituto da Segurança Social Distrital; Agrupamentos de Escolas; Proteção Civil de Setúbal, Palmela e Sesimbra; Polícia de Segurança Pública; Guarda Nacional Republicana; Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares e Direção de Serviços de Lisboa e Vale do Tejo; Santa Casa da Misericórdia; Centro Hospitalar de Setúbal; Unidades Privadas de Saúde, entre outros.

4. Etapas do Plano Local de Saúde

1. Diagnóstico da Situação
2. Definição de Prioridades
3. Fixação de Objetivos
4. Selecção de Estratégias
5. Elaboração de Programas e Projetos
6. Preparação da Execução
7. Execução
8. Avaliação

ACES CASCAIS

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - CASCAIS NO ANO DE 2014

Caracterização sócio-demográfica

► O concelho de Cascais tem uma área de 99,07 Km² e 206 429 habitantes, com uma densidade populacional de 2124,5 hab./Km². Integra as freguesias de Alcabideche, São Domingos de Rana, união de freguesias de Cascais-Estoril e união de freguesias de Carcavelos-Parede.

O concelho de Cascais é limitado a Norte pelo concelho de Sintra, a Leste pelo concelho de Oeiras e a Sul e a Oeste pelo Oceano Atlântico.

A população ativa representa 65% da população total, com um índice de dependência de jovens de 25,7, um índice de dependência de idosos de 27,7 e um índice de envelhecimento de 108,2. Existiam no concelho de Cascais no ano de 2011, 22 320 indivíduos de nacionalidade estrangeira.

Nasceram no ano de 2012, 2186 crianças, sendo a taxa Bruta de Natalidade de 10,5/1 000; A esperança de vida à nascença para o triénio 2010/2012 foi de 80,7 anos; a proporção de nascimentos pré-termo no mesmo triénio foi de 7,3%.

Em 2012 registaram-se 1849 óbitos, com uma taxa bruta de mortalidade de 8,9/1 000, mantendo uma tendência decrescente. A taxa de mortalidade infantil para o triénio 2010/2012 foi de 2,4/1 000, com uma taxa de mortalidade neonatal de 2,2/1 000 e uma taxa de mortalidade perinatal de 3,7/1 000.

Caracterização epidemiológica da população

► A proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo apresenta 6,8% de utentes com excesso de peso, 3,9% com abuso de tabaco, 0,7% com abuso crónico de álcool e 0,3% com abuso de drogas.

A mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2009-2011 revelou as doenças do aparelho circulatório como principal causa (33,7%), seguido dos tumores malignos (29%), das doenças do aparelho respiratório (10,9%), das doenças endócrinas (4,7%) e das doenças do aparelho digestivo (4,1%).

A proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo ICPC2 revelou, em dezembro de 2013, 19,2% de hipertensos, 12,3% com alterações do metabolismo dos lípidos, 6,7% com perturbações depressivas, 5,5% com obesidade, 4,9% com diabetes e 3,3% com doenças dos dentes e gengivas.

A taxa de notificação de tuberculose, em 2012, foi de 26,9/100 000, com uma taxa de incidência de 24/100 000, mantendo uma tendência decrescente.

A taxa de incidência da infeção VIH (CRS+PA+SIDA), em 2012, foi de 4,8/100 000, enquanto a de SIDA foi de 1/100 000, mantendo ambas uma tendência decrescente.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - CASCAIS NO ANO DE 2014-2016

► O Plano Local de Saúde de Cascais encontra-se em fase de desenvolvimento, e teve como ponto de partida o Perfil de Saúde, que faz transparecer características específicas da comunidade observada. O Plano Local pretende, estimando o risco de ocorrência de fenómenos em saúde, uma visão integradora e multidisciplinar dos recursos e expectativas dessa mesma comunidade e aponta a direcção mais assertiva na resolução eficiente e efectiva dessas ocorrências.

Assim entendido, tem como objetivo estabelecer prioridades em saúde da população do ACES, apontar a direcção e as mudanças necessárias para a obtenção duma melhoria do estado de saúde da população, através da construção de estratégias seleccionadas.

Neste contexto, o Plano Local de Saúde é um documento que pretende fornecer uma orientação estratégica à gestão do ACES visando a obtenção de ganhos em Saúde.

A priorização foi realizada com a participação de parceiros internos e externos da comunidade, sendo os 5 principais problemas identificados a saúde mental, as doenças cérebro-cardiovasculares, as doenças oncológicas, a diabetes e, em 5º lugar, a obesidade.

A fixação de objetivos e estratégias pode ser realizada para cada problema priorizado de forma individualizada, havendo objetivos e estratégias comuns a vários problemas, como por exemplo a literacia em saúde, promoção de estilos de vida saudáveis a grupos específicos da população, conducentes a alterações de comportamento e a ganhos em saúde (Fórum Municipal para a Promoção da Saúde - ACES Cascais, Câmara Municipal de Cascais).

► Saúde Mental - OBJETIVOS:

1ª Identificar a população com patologia mental através dos registos tanto em cuidados de saúde primários como hospitalares

2ª Melhorar a articulação e resposta de cuidados

3ª Criar sinergias com os parceiros da comunidade visando a melhoria da saúde mental da população

► Doenças Cérebro-Cardiovasculares - OBJETIVOS:

1ª Aumentar o diagnóstico de HTA na população

2ª Diminuir a morbimortalidade por doenças cérebro-cardiovasculares

► **Doenças Oncológicas – OBJETIVOS:**

1ª Integrar os programas de rastreio do cancro da mama, cólon e reto e colo do útero, de acordo com as orientações nacionais

2ª Aumentar a cobertura vacinal com a vacina contra o HPV (cancro do colo do útero)

3ª Referenciação aos cuidados de saúde secundários

► **Diabetes – OBJETIVOS:**

1ª Unidade Funcional da Diabetes

2ª Reduzir a incidência de complicações micro e macrovasculares da diabetes *mellitus*

3ª Diminuir a morbimortalidade por diabetes

► **Obesidade – OBJETIVOS:**

1ª Promover e participar em programas de intervenção na comunidade de promoção da alimentação saudável, em contexto de parcerias;

2ª Melhorar o registo dos dados biométricos dos utentes

3ª Aumentar a participação da população em programas de base comunitária em exercício físico

ACES ESTUÁRIO DO TEJO

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES ESTUÁRIO DO TEJO NO ANO DE 2014

Caracterização sócio-demográfica

► O ACES do Estuário do Tejo abrange a área geográfica de cinco Concelhos: Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, ocupa uma superfície de 1482,7 Km², e de acordo com os censos de 2011 tem uma população residente de 244 377 habitantes, a que corresponde uma densidade populacional de 165 habitantes/Km² com grandes diferenças entre concelhos (de 56 a 430 hab./ Km²).

Situação Demográfica 2011 (INE, Censos 2011)

Grandes Grupos Etários	Alenquer	Arruda dos Vinhos	Vila Franca de Xira	Azambuja	Benavente	Total ACES	Continente
0-14 anos	16,5%	18,4%	17,2%	14,7%	17,7%	17,0%	14,8%
15-24 anos	10,2%	9,2%	10,4%	9,0%	10,8%	10,2%	10,7%
25-64 anos	55,8%	55,2%	58,9%	56,2%	55,4%	57,5%	55,2%
65-74 anos	9,3%	9,3%	7,8%	10,9%	9,2%	8,6%	10,0%
≥75 anos	8,2%	7,9%	5,7%	9,3%	6,8%	6,7%	9,2%
TOTAL	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

► A proporção da população por grandes grupos etários do ACES é semelhante à do Continente, (o grupo dos 25 aos 64 anos é o que tem maior representação, quadro 1).

Ao nível social:

- A população estrangeira representa 5,5 % da população do ACES – maior % Brasil;
- Apresentam-se no quadro 2, outros indicadores socio demográficos que caracterizam a população do ACES, por concelho.

Situação Socio Demográfica 2011(INE, Censos 2011)

	Índices Demográficos				Famílias			Suporte Social		
	Dependência Total	Dependência de jovens	Dependência de idosos	Índice de Envelhecimento	Famílias monoparentais	Famílias Unipessoais	Famílias Unipessoais \geq 65 anos	Nº e % Beneficiários do RSI	Nº e % pensionistas	Taxa de desemprego (20-64 anos)
Alenquer	52%	25%	27%	107%	9,3%	20,4%	9,7%	24,5%0	38,4%	10,9%
Arruda dos Vinhos	56%	29%	27%	94%	8,7%	19,2%	9,3%	11,5%0	32,2%	7,7%
Vila Franca de Xira	45%	25%	20%	79%	11,6%	19,8%	7,2%	31,6%0	24,4%	11,3%
Azambuja	54%	23%	31%	138%	10,3%	21,1%	11,3%	34,5%0	39,2%	11,5%
Benavente	51%	27%	24%	91%	10,8%	19,4%	8,2%	45,3%0	30,2%	13,6%
ACES	48%	25%	22%	90%	10,9%	20,0%	8,3%	31,1%0	29,3%	11,3%
Continente	52%	22%	30%	131%	12,4%	21,6%	10,2%	48,5%0	33,4%	13,2%

Caracterização epidemiológica da população

► Através do estudo das estatísticas da mortalidade e morbilidade existentes para a área de influência do ACES, identificou-se os principais problemas de saúde da população. Nos indicadores de mortalidade destacam-se as doenças do aparelho circulatório (doença isquémica cardíaca e doenças cerebrovasculares), os tumores malignos (mama, pulmão, próstata cólon/aparelho digestivo), e diabetes *mellitus*.

Os indicadores de morbilidade, compulsado o SIARS (2012), assinalaram a hipertensão arterial como a causa mais prevalente, seguida das dislipidémias, diabetes *mellitus*, obesidade, perturbações depressivas e neoplasias malignas, entre outras.

Com a apresentação do Perfil de Saúde do ACES aos parceiros internos e externos, emergiram problemas de saúde que na sua maioria coincidiram com os indicadores apontados pelo estudo estatístico efectuado.

Foram, ainda, identificados determinantes que influenciam este padrão epidemiológico, sendo a alimentação e a prática de exercício físico os mais relevantes.

Sendo a idade pediátrica crucial para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e atendendo a que no ACES no âmbito da consulta de saúde infantil e juvenil, foram identificados na coorte de 2008, 20% de crianças com excesso e 10% obesas (crianças que realizaram o exame de saúde global nas Unidades Funcionais).

Partindo dos problemas identificados o grupo de trabalho aplicou os critérios da magnitude transcendência, e vulnerabilidade para delinear os problemas prioritários para a execução do Plano Local de Saúde 2014-2016, tendo subjacente os ganhos potenciais em saúde.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES ESTUÁRIO DO TEJO NO ANO DE 2014-2016

Prioridades de saúde identificadas:

Doenças do Aparelho Circulatório

Tumores Malignos

Diabetes *Mellitus*

Objetivo Geral:

Reduzir a mortalidade e a morbilidade relacionadas com as prioridades de saúde identificadas

ESTRATÉGIAS TRANSVERSAIS

Intervenção nos

determinantes de risco:

- Alimentação inadequada
- Tabagismo
- TA elevada
- Dislipidémia
- Excesso de Peso/Obesidade
- Sedentarismo
- Stress
- Diabetes *mellitus*

Prevenção / Promoção /

Deteção precoce

Mobilização de recursos da comunidade

ATIVIDADES TRANSVERSAIS

- Intensificação de campanhas de informação dirigidas à população
- Desenvolvimento de projetos estruturados sobre determinantes de saúde no setting escola
- Incentivo ao desenvolvimento de projetos de prática de exercício físico em todas as idades
- Prevenção e controlo do tabagismo
- Redução do nº de pessoas com excesso de peso e obesidade
- Mobilização de parceiros e do cidadão para a promoção de estilos de vida saudáveis
- Capacitação dos profissionais de saúde e da comunidade para os problemas prioritários identificados
- Promoção da literacia em saúde
- Promoção de consultas de vigilância de saúde

Metas:

Reduzir a incidência do EAM <65 anos

Reduzir a incidência do AVC <65 anos

Aumentar a deteção e o tratamento precoce da HTA

OBJETIVOS OPERACIONAIS:

- Identificação precoce de portadores de fatores de risco cérebro cardiovasculares
- Efetuar a vigilância de hipertensos identificados, inscritos no ACES
- Sensibilizar a população para o reconhecimento dos sinais de alerta precocemente
- Melhorar o diagnóstico e o tratamento da dislipidémia

Doenças do Aparelho Circulatório

Reduzir a mortalidade por tumores malignos da mama, cólon-rectal e colo do útero

Aumentar a deteção precoce

OBJETIVOS OPERACIONAIS:

- Rastreamentos oportunistas
- Sensibilizar a população para a auto-vigilância
- Aumentar as taxas de cobertura vacinal por HPV, de acordo com o esquema recomendado

Tumores Malignos

Reduzir o número de complicações por DM

Aumentar a deteção e tratamento precoce da DM

OBJETIVOS OPERACIONAIS:

- Identificação precoce de fatores de risco para DM
- Efetuar a vigilância adequada dos diabéticos identificados, inscritos no ACES
- Promoção da auto-vigilância e educação terapêutica aos diabéticos
- Aumentar a articulação entre os cuidados primários e os cuidados secundários

Diabetes *Mellitus*

ACES LEZÍRIA

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES LEZÍRIA NO ANO DE 2013

Caracterização sócio-demográfica

▶ A área de **abrangência** do ACES Lezíria compreende a Região da Lezíria do Tejo, (exceptuando os concelhos de Benavente e de Azambuja) e inclui os concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém.



▶ A área de **influência** do ACES Lezíria abrange uma população residente de 195 582 habitantes. A densidade populacional é de 56,3 habitantes/Km².

▶ A **estrutura etária** da população aproxima-se do verificado para Portugal, excepto no que respeita à população de 65 ou mais anos, a qual se revela em número superior ao da população do mesmo grupo etário em Portugal.

▶ O índice de **dependência dos idosos** é de 35,1, valor superior ao da RLVT (27,8) e Continente (28,8). O índice de envelhecimento é de 172,5 revelando-se próximo do da RLVT mas superior ao do Continente (127,6).

▶ A taxa de **analfabetismo** é de 8,5%, valor superior ao do Continente (5,20%) e da RLVT (3,23%).

▶ Quanto à **escolarização**, 21,6% da população residente no ACES Lezíria não tem nenhum nível de escolaridade, 55,7% tem o ensino básico, 12,6% o ensino secundário, 0,8% o pós-secundário e 9,3% o ensino superior.

▶ A percentagem de população servida por sistemas de **abastecimento público de água** é de 96,4% e por **sistemas públicos de águas residuais** é de 71,6%.

Caracterização epidemiológica da população

- ▶ Verifica-se o cumprimento eficaz do PNV, atendendo à taxa de cobertura vacinal aos 2, 7 e 14 anos, em 2013, respectivamente de 96,6%, 97,3% e 97%.
- ▶ A prevalência do **consumo do tabaco** nos jovens escolarizados (inquiridos no ensino secundário), aumentou de 38% em 2006 para 50% em 2011, valores superiores aos da RLVT, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar realizado pelo Instituto da Droga e das Toxicodependências (IDT). Verifica-se que 40% de inquiridos referem ocorrência recente de **embriaguez** em 2006 e 34% em 2011, valores superiores aos da RLVT. Verifica-se que 18% dos jovens inquiridos referem consumo recente de **cannabis** em 2006 aumentando para 22% em 2011, valor este inferior ao da RLVT.
- ▶ Dados do Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB) indicam uma incidência da **Tuberculose**, em 2012, de 22,88 por 100 000 habitantes, próxima da verificada no Continente.
- ▶ Relativamente à taxa de **mortalidade padronizada** na população, para todas as idades, por causas de morte específicas em ambos os sexos, verifica-se que as causas de morte com valores superiores aos da RLVT e aos do Continente são: doenças cérebro vasculares, pneumonia, tumor maligno do cólon e recto, diabetes *mellitus*, acidentes de transporte e lesões auto provocadas intencionalmente.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES LEZÍRIA NO ANO DE 2014-2016

Prioridades de saúde identificadas:

- Consumo de álcool/substâncias psicoactivas
- Doenças cerebrovasculares
- Envelhecimento e dependência
- Neoplasias do aparelho respiratório
- Neoplasias do cólon e recto

Metas/Objetivos

- Intervir nos fatores de risco e determinantes da saúde
- Promover a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis

Estratégias

- Criar um modelo de prevenção integrada das doenças não transmissíveis que partilham fatores de risco comuns
- Sensibilizar a população dos vários grupos etários para a problemática da promoção da saúde e prevenção das doenças:
 - Transmissíveis e/ou evitáveis pela vacinação
 - Não transmissíveis (neoplasias e outras)
 - Determinantes da saúde (alimentação, exercício físico, tabagismo, ...)
- Promover a intervenção em consultas de saúde infantil e saúde do adulto no âmbito dos estilos de vida saudáveis
- Garantir a Escola como Promotora da saúde
- Reforçar os fatores de protecção relacionados com os estilos de vida

- Promover a literacia em saúde
- Articular intervenções, metodologias e estratégias de promoção da saúde

Recomendações/Atividades

- Envolver as Autarquias e Unidades de Saúde em atividades de promoção da alimentação saudável/ dieta mediterrânica
- Envolver a Equipa de Prevenção do Centro de Respostas Integradas (CRI) do Ribatejo, em atividades de formação aos profissionais no âmbito da prevenção do consumo do álcool/substâncias psicoativas
- Envolver a Rede Social em atividades de referênciação e acompanhamento dos mais velhos, no âmbito da promoção da Saúde Mental

Indicadores

- Implementação de acções de promoção da dieta mediterrânica em Unidades de Saúde
- Implementação de projetos no âmbito da prevenção dos comportamentos aditivos e dependências em estabelecimentos de ensino (álcool, tabaco, cannabis)
- Implementação de projeto de promoção da Saúde Mental nos mais velhos, que vivem sós

Resultados

- Aumento do consumo diário de frutos e legumes
- Aumento do número de indivíduos com hábitos regulares de exercício físico
- Redução do número de jovens escolarizados a iniciar o consumo de tabaco/ substâncias psicoativas
- Redução do número de jovens escolarizados a iniciar o consumo excessivo de álcool (embriaguez)
- Aumento do número de pessoas mais velhas em acompanhamento no âmbito da Rede Social

ACES LISBOA CENTRAL

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES DE LISBOA CENTRAL NO ANO DE 2013

Caracterização sócio-demográfica

► A população do ACES Lisboa Central apresenta globalmente um índice de envelhecimento (196) superior ao da cidade de Lisboa (186). Existem no seu território grandes assimetrias demográficas e sociais a que é necessário atender pelas suas implicações no planeamento de saúde e de cuidados de saúde, sendo fragilidades desta população, o grande número de idosos (24% da população), e o contexto migratório, com um peso significativo de estrangeiros. Em simultâneo, nas freguesias mais jovens e populosas (Olivais e Marvila que comportam mais de 34% da população do ACES), onde predomina a baixa escolaridade, há a considerar o grande número de mulheres em idade fértil.

Caracterização epidemiológica da população

► A falta de dados validados de mortalidade e morbilidade por freguesia, limitam a capacidade de análise epidemiológica ao nível do território do ACES enquanto subterritório do Concelho de Lisboa. Carecemos também de informação específica relativa aos estilos de vida da população, havendo contudo estudos a nível concelhio que apontam para o aumento dos consumos nocivos (tabaco, álcool e outras drogas), sobretudo nas populações mais jovens. São também preocupantes os comportamentos (hábitos de consumo alimentar e sedentarismo) associados ao excesso de peso que se verifica na população.

As principais causas de morte identificadas no Concelho de Lisboa abaixo dos 65 anos são, na seguinte ordem, os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho digestivo, doenças endócrinas, e doenças do aparelho respiratório. Para todas as idades, as 2 primeiras causas invertem-se e as doenças respiratórias passam para 3º lugar. A carga de doença expressa em mortalidade e dias de internamento por complicações da diabetes e doenças do aparelho circulatório é relevante no Concelho de Lisboa, havendo também indícios no ACES do aumento das infeções sexualmente transmissíveis e da tuberculose.

Linhas orientadoras para o Diagnóstico de Saúde:

► Compete aos CSP incidir na prevenção e na deteção precoce dos problemas de saúde, dando atenção à distribuição destes problemas e dos seus determinantes, nos domínios territoriais e sociais (freguesias, grupos sociais) e nas diferentes fases do ciclo da vida...

Do levantamento de informação realizado no âmbito do Perfil de Saúde identificam-se as seguintes necessidades para o planeamento de saúde:

- Realizar estudos específicos para colmatar “gaps” na informação quer populacional quer dos sistemas de informação
- Proceder ao cruzamento dos determinantes demográficos, sociais, de saúde, e de acessibilidade aos cuidados
- Promover a equidade em saúde

- Atender às necessidades de cuidados antecipatórios na vertente materno-infantil
- Promover intervenções concertadas da medicina familiar e da saúde pública quer na produção de informação para o planeamento quer na vertente da vigilância e promoção da saúde no âmbito dos problemas que venham a ser identificados como prioritários

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DE LISBOA CENTRAL NO ANO DE 2015-2020

► Na medida em que um Plano de Saúde deve ser um instrumento construído de forma participada, iniciou-se em 2013 em simultâneo com a elaboração do Perfil, no âmbito do grupo de trabalho que procedeu à sua elaboração, um trabalho de reflexão sobre este processo, de que resultou a necessidade de que a construção do Plano de Saúde do ACES Central se integrasse num Plano de Saúde para a Cidade de Lisboa, construído conjuntamente com a Equipa responsável pelo Plano do ACES Lisboa Norte, em articulação com o Plano de Saúde e Qualidade de Vida da Cidade de Lisboa da CML. Resultou ainda desta reflexão, a necessidade de serem ouvidos nesta construção, não apenas os profissionais dos ACES, mas os parceiros dos Conselhos da Comunidade, e designadamente os responsáveis pela prestação de cuidados de saúde secundários no conjunto do território da cidade de Lisboa. Foram dados apenas os primeiros passos deste processo, com a constituição de uma Equipa conjunta dos ACES Norte e Central, dado que o ACES responsável pela prestação de saúde às freguesias da zona ocidental de Lisboa desenvolveu já o seu Plano Local autónomo face à especificidade da maior parte do seu território, constituída pelo concelho de Oeiras.

O PLS do Concelho de Lisboa pretende-se coerente com a evidência científica, e as orientações técnico-normativas e estratégias regionais, nacionais e internacionais, adotando desde já os valores, os eixos estratégicos e a visão do PNS - Maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de toda a comunidade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania.

Encontra-se na fase de elaboração do Diagnóstico de Saúde (identificação de problemas e necessidades), e operacionalização da metodologia para uma consulta alargada que nos permita definir prioridades e traçar objetivos de forma participada.



ACES LISBOA NORTE

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES LISBOA NORTE NO ANO DE 2014

Caracterização sócio-demográfica

► O ACES Lisboa Norte engloba na sua área de intervenção as freguesias de Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Santa Clara e São Domingos de Benfica, correspondendo a uma população residente de cerca de 225 000 habitantes. No conjunto das freguesias da área de intervenção do ACES Lisboa Norte, realçam-se várias assimetrias, que necessariamente devem ser consideradas no planeamento em saúde. As freguesias com maior índice de envelhecimento são Benfica e Alvalade, sendo Santa Clara a freguesia com menor índice de envelhecimento. Contudo, é Santa Clara a freguesia onde se regista maior taxa de analfabetismo, maior taxa de abandono escolar e menor proporção de população com ensino superior completo. Lumiar e Avenidas Novas são as freguesias com maior proporção de população residente com ensino superior completo e onde se registam as menores taxas de abandono escolar da área de Lisboa Norte. Finalmente, é na freguesia de Santa Clara que se registava, à data do Censos 2011, maior taxa de desemprego e maior proporção de famílias com pelo menos um elemento desempregado. Por outro lado, é em Santa Clara que se regista a maior proporção de mulheres em idade fértil da área de Lisboa Norte. As vulnerabilidades da população residente na área de intervenção do ACES Lisboa Norte incluem o crescente número de idosos que vivem sozinhos. É nas freguesias com maior índice de envelhecimento que se regista a maior proporção de famílias unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos. O envelhecimento da população e as situações de insuficiência económica constituem um desafio a ser enfrentado pelo ACES Lisboa Norte no sentido de garantir o acesso e qualidade dos cuidados de saúde a uma população heterogénea e com necessidades distintas. Importa garantir a equidade em saúde, assegurando serviços de saúde não só à população mais idosa, onde o isolamento é cada vez maior, mas também à população activa socialmente mais vulnerável e com nível de escolaridade mais baixo.

Caracterização epidemiológica da população

► O conhecimento sobre os estilos de vida assim como da morbilidade e da mortalidade da população servida pelo ACES Lisboa Norte é fundamental para planear não só a oferta de serviços mas também futuras intervenções na população. Infelizmente, a informação relativa a estilos de vida da população é muito escassa e constitui uma lacuna que deve ser colmatada. Relativamente à morbilidade, os diagnósticos activos com maior proporção de registos no ACES Lisboa Norte incluem alguns dos principais fatores de risco cardiovascular, incluindo a hipertensão arterial e a alteração do metabolismo dos lípidos. Relativamente aos problemas de saúde mental, as perturbações depressivas são o problema com maior expressão nos utentes das unidades do ACES Lisboa Norte, sobretudo em mulheres. Entre as DDO, a tuberculose é a doença infecciosa com maior incidência na população do ACES Lisboa Norte. Porém, as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção por VIH, devem ser igualmente tidas em conta em futuras intervenções na comunidade. Não havendo dados detalhados sobre as causas de morte da população residente na área de intervenção do ACES Lisboa Norte, fez-se uso dos dados disponíveis para a região de Lisboa e Vale do Tejo, onde o ACES se inclui. As principais causas de morte na região de Lisboa e Vale do Tejo são os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório. Entre os tumores malignos, o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão é o mais mortal, seguido do tumor maligno da mama feminina, do tumor maligno do cólon e recto, e do tumor maligno da próstata.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES LISBOA NORTE NO ANO DE 2015-2020

► Na medida em que um Plano de Saúde deve ser um instrumento construído de forma participada, iniciou-se em 2013 em simultâneo com a elaboração do Perfil de Saúde um trabalho de reflexão sobre este processo, de que resultou a necessidade de que a construção do Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Central se integrasse num Plano de Saúde para a Cidade de Lisboa, construído conjuntamente com a equipa responsável pelo Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Norte, em articulação com o Plano de Saúde e Qualidade de Vida da Cidade de Lisboa da CML. Resultou ainda desta reflexão, a necessidade de serem ouvidos nesta construção, não apenas os profissionais dos dois ACES, mas também os parceiros dos Conselhos da Comunidade, e designadamente os responsáveis pela prestação de cuidados de saúde secundários no conjunto do território da Cidade de Lisboa.

Foram dados apenas os primeiros passos neste processo, com a constituição de uma Equipa conjunta dos ACES Lisboa Norte e Lisboa Central, dado que o ACES responsável pela prestação de saúde às freguesias da zona Ocidental de Lisboa desenvolveu já o seu Plano Local autónomo face à especificidade de a maior parte da sua área de intervenção ser constituída pelo concelho de Oeiras.

O PLS da Cidade de Lisboa pretende-se coerente com a evidência científica, e as orientações técnico-normativas e estratégias regionais, nacionais e internacionais, adoptando os valores, os eixos estratégicos e a visão do Plano Nacional de Saúde: maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de toda a comunidade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania.

O PLS encontra-se na fase de elaboração do Diagnóstico de Saúde (identificação de problemas e necessidades), e operacionalização da metodologia para uma consulta alargada que permita definir prioridades e traçar objetivos de forma participada.



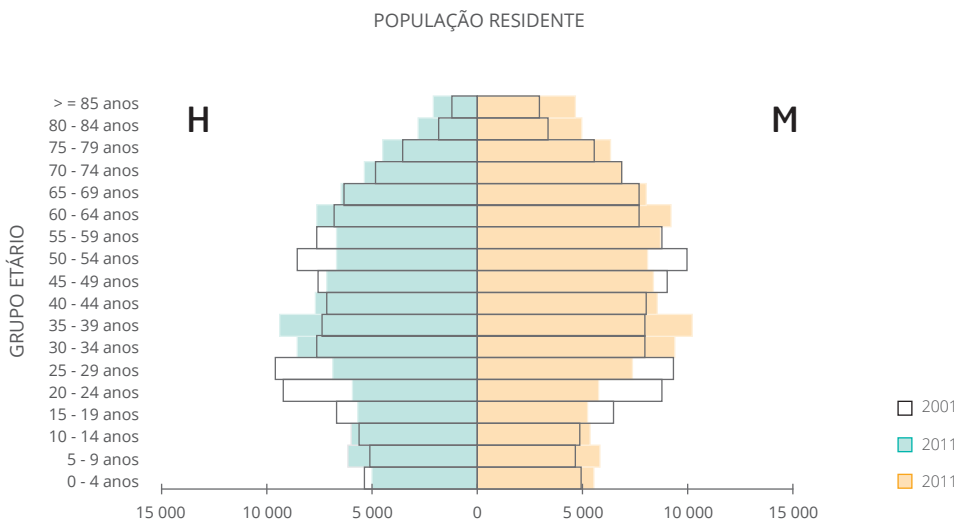
ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS NO ANO DE 2015

Caracterização sócio-demográfica

► O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras abrange 233.465 habitantes (Censos 2011) e uma densidade populacional de 3800 hab/km². Predomina o sexo feminino (54%), representando o grupo dos ≤14 anos 14,7% e o grupo dos ≥65 anos 21,5%, dos quais 65% vivem sós ou acompanhados por parceiro(a) de igual idade. A esperança média de vida situa-se nos 82,4 anos (Homens- 78,9; Mulheres- 85,4).



A pirâmide etária evidencia um achatamento das bases, traduzido numa baixa natalidade, e o predomínio da população em idade ativa. A população estrangeira representa 5,3%. Os Índices de dependência de jovens e idosos situam-me nos 24,3% e 31,0%, respectivamente, com um Índice de envelhecimento de 127,7, um Índice de longevidade de 50,6% e um Índice de sustentabilidade potencial de 3,0%.

Duplicou, na última década, o nº de nados-vivos nascidos de mães com ≥35anos, passando dos 17,7% para os 35,1%. A população apresenta um nível de escolaridade elevado (31,3% com ensino superior). A taxa de desemprego é de 10,95%.

Caracterização epidemiológica da população

► Dados do inquérito nacional em meio escolar de 2011 revelam que 68% dos alunos do 3º ciclo do ensino básico já experimentaram bebidas alcoólicas, 33% o tabaco e 14% substâncias ilícitas, subindo, no ensino secundário para 94%, 66% e 40%, respectivamente.

Das patologias diagnosticadas no nosso ACES, prevalecem em 2013 a hipertensão arterial, as doenças do foro endocrinológico e alimentar, e as doenças do foro psíquico e comportamental.

	N.º Problemas Registados	Taxa de Incidência (%)
Hipertensão sem complicações	39 809	17,0
Alterações do metabolismo dos lípidos	33 022	14,1
Abuso do tabaco	18 958	8,1
Perturbações depressivas	14 785	6,3
Diabetes não insulino dependente	12 831	5,5
Obesidade	10 641	4,5
Excesso de peso	9 104	3,9
Rinite alérgica	8 212	3,5
Distúrbio ansioso / Estado de ansiedade	7 519	3,2
Hipertensão com complicações	6 149	2,6

A taxa bruta de natalidade é de 10,4‰ e a da mortalidade de 8,6‰, sendo a taxa de mortalidade infantil de 3,9‰, correspondendo 3,4‰ à mortalidade neonatal (Censos de 2011). Comparativamente ao Continente é notória a mais elevada taxa de mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos.

Indicadores (por 100.000 habitantes)	Continente	RLVT	Grande Lisboa (Oeiras)	Grande Lisboa (Norte, Central e Oriental)
Anos de vida potencialmente perdidos	4 354,2	4 481,4	3 945,8	6 041,5
TM padronizada por todas as causas	568,1	565,3	464,9	709,2
TM cancro da mama antes dos 65 anos	15,3	19,8	9,4	24,8
TM cancro do colo de útero antes dos 65 anos	3,4	3,8	2,2	5,3
TM cancro do cólon/recto antes dos 65 anos	8,5	9,3	5,7	11,4
TM doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos	10,7	14,6	12,1	26,7
TM acidente vascular cerebral antes dos 65 anos	11	11,7	10,6	15,5
TM VIH/SIDA antes dos 65 anos	7,0	11,8	7,1	25,3
TM doenças atribuídas ao álcool antes dos 65 anos	14,7	12,5	9,2	20,4
TM suicídio dos 65 anos	6,6	7,3	5,0	10,9

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS NO ANO DE 2014-2016

Prioridade de saúde identificadas

► O Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras resultou da participação ativa dos parceiros da comunidade e dos profissionais de saúde locais. Após auscultação foi elaborada conjuntamente uma proposta com 10 problemas de saúde elencados. De seguida foram realizadas várias reuniões com a participação dos peritos convidados, visando nova priorização com recurso à Técnica de Grupo Nominal e de acordo com os critérios da magnitude, da transcendência (social e económica) e da vulnerabilidade.

Dessa hierarquização foram definidos como problemas de saúde prioritários:

1ª Doenças cardiovasculares e Hipertensão arterial

2ª Diabetes *mellitus*

3ª Tabagismo

OBJETIVOS – ESTRATÉGIAS – INDICADORES – METAS

Problemas Prioritários	Objetivos	Estratégias	Indicadores/Metas	2015	2016
Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial (HTA)	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a proporção de população inscrita com diagnóstico de HTA, AVC e doença isquêmica cardíaca Reduzir a mortalidade por doença isquêmica cardíaca e doença cerebrovascular na população <75 anos residente 	<ul style="list-style-type: none"> Intensificar campanhas de informação dirigidas à população geral Aumentar a prática regular de atividade física e de uma alimentação saudável Melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia Reduzir o número de pessoas com excesso de peso/ obesidade Identificar portadores de fatores de risco cardiovascular, através da realização do Exame Periódico de Saúde – EPS Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária e do Acidente Vascular Cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de inscritos (%) com o diagnóstico ativo de HTA 	19,0	18,0
			<ul style="list-style-type: none"> Proporção de inscritos (%) com o diagnóstico ativo de Doença Isquêmica Cardíaca 	1,5	1,3
			<ul style="list-style-type: none"> Proporção de inscritos (%) com o diagnóstico ativo de AVC 	1,0	0,9
			<ul style="list-style-type: none"> Taxa de Mortalidade Padronizada (por 100 000 hab.) por Doença Cerebrovascular na pop. < 75 anos 	15,0	15,0
			<ul style="list-style-type: none"> Taxa de Mortalidade Padronizada (por 100 000 hab.) por Doença Isquêmica Cardíaca na pop. < 75 anos 	21,0	21,0
Diabetes Mellitus (DM)	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a proporção de população inscrita com diagnóstico de DM Reduzir a incidência das amputações major da DM na população inscrita Reduzir a mortalidade por DM na população residente <75 anos 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a prática regular de atividade física e de uma alimentação saudável Combater os fatores de risco conhecidos Melhorar o diagnóstico, tratamento precoce e adesão à terapêutica Otimizar a articulação e referenciação entre os cuidados de saúde primários e secundários 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de inscritos (%) com o Diagnóstico Ativo de DM 	6,5	7,0
			<ul style="list-style-type: none"> Incidência de Amputação na população inscrita com DM (‰) 	0,7	0,5
			<ul style="list-style-type: none"> Taxa de Mortalidade Padronizada (por 100 000 hab.) por DM na pop. < 75 anos 	5,5	5,5
Tabagismo	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a prevalência do consumo do tabaco (diário ou ocasional), nos jovens dos estabelecimentos do ensino EB3 Reduzir a prevalência do consumo do tabaco (diário ou ocasional), nos jovens dos estabelecimentos do ensino secundário Diminuir a proporção de inscritos com o diagnóstico ativo de Abuso de Tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> Campanhas informativas e educativas dirigidas à população, em geral e à população escolar dos ensinos EB3 e secundário, em particular Investimento pedagógico no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar e do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral Informar, sensibilizar e promover o cumprimento da Lei n.º 37/2007 de 14 de agosto, nos perímetros escolares Intervenções de apoio à cessação tabágica no âmbito das consultas médicas e de enfermagem Divulgação da Consulta de Cessação Tabágica 	<ul style="list-style-type: none"> Prevalência do Consumo do Tabaco nos últimos 12 meses dos jovens nos estabelecimentos do ensino EB3 (%) 	23,0	22,0
			<ul style="list-style-type: none"> Prevalência do Consumo do Tabaco nos últimos 12 meses dos jovens nos estabelecimentos do ensino Secundário (%) 	50,0	49,0
			<ul style="list-style-type: none"> Proporção de inscritos com o diagnóstico activo de Abuso de Tabaco (%) 	8,1	8,0

ACES LOURES / ODIVELAS

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES LOURES / ODIVELAS NO ANO DE 2014

QUEM SOMOS?	Sexo	Período	Unidade	ACES (L-O)	ARSLVT
População residente	HM	2012	Nº	356.833	3.651.394
Índice de envelhecimento	HM	2012	/100	115,6	128,1
Taxa bruta de natalidade	HM	2012	‰	11,1	9,8
Índice sintético de fecundidade	M	2012	Nº	1,56	1,46
Esperança de vida à nascença	H	10-12	Nº	77,4	77,1
	M			84,2	83,6
COMO VIVEMOS?	Sexo	Período	Unidade	ACES (L-O)	ARSLVT
Desempregados inscritos no IEFP por 1 000 habitantes em idade ativa (15+ anos)	H	Dez-13	‰	73,2	71,4
	M			57,0	62,0
Beneficiários do subsídio de desemprego da SS por 1 000 habitantes em idade ativa (15+ anos)	HM	2012	‰	36,1	36,6
Taxa de criminalidade	HM	2012	‰	32,4	43,3
População residente sem nível de escolaridade completo	HM	2011	%	17,2	17,6
População servida por sistemas públicos de abastecimento de água	HM	2009	%	100,0	98,7
QUE ESCOLHAS FAZEMOS?	Sexo	Período	Unidade	ACES (L-O)	ARSLVT
Nascimentos em mulheres com idade < 20 anos	M	10-12	%	7,3	3,9
Nascimentos em mulheres com idade ≥ 35 anos	M	10-12	%	34,3	25,5
Proporção de inscritos (%) com diagnóstico ativo (Determinantes de Saúde-registo nos Cuidados de Saúde Primários)					
Abuso do tabaco (P17)	HM	Dez-13	%	14,2	5,6
Excesso de peso (T83)	HM	Dez-13	%	8,6	3,6
Abuso crónico do álcool (P15)	HM	Dez-13	%	2,5	0,6
QUE SAÚDE TEMOS?	Sexo	Período	Unidade	ACES (L-O)	ARSLVT
Crianças com baixo peso à nascença	HM	10-12	%	9,0	8,5
Taxa bruta de mortalidade	HM	2012	‰	7,9	10,0
Taxa de mortalidade infantil	HM	10-12	‰	3,8	3,3
Taxa de mortalidade neonatal	HM	10-12	‰	2,4	2,3
Taxa de mortalidade perinatal	HM	10-12	‰	3,6	4,1
Taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP) prematura (<75 anos)					
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	H	09-11	/100 000 hab	32,7	35,0
	M			5,7	7,7
Tumor maligno do estômago	H	09-11	/100 000 hab	13,1	11,9
	M			4,5	5,0
Tumor maligno da mama (feminina)	M	09-11	/100 000 hab	19,6	18,4
Doença isquémica do coração	H	09-11	/100 000 hab	36,9	35,3
	M			10,8	10,8

QUE SAÚDE TEMOS?	Sexo	Período	Unidade	ACES (L-O)	ARSLVT
Doenças cerebrovasculares	H	09-11	/100 000 hab	25,4	27,1
	M			14,6	14,7
Doença crónica do fígado e cirrose	H	09-11	/100 000 hab	11,8	13,3
	M			1,4	2,0
Acidentes de transporte	H	09-11	/100 000 hab	6,8	12,1
	M			1,7	3,1
Proporção de inscritos (%) com diagnóstico ativo (Morbilidade - registo nos Cuidados de Saúde Primários)					
Hipertensão (K86 ou K87)	HM	Dez-13	%	16,7	18,0
Alteração no metabolismo dos lípidos (T93)	HM	Dez-13	%	12,5	13,4
Perturbações depressivas (P76)	HM	Dez-13	%	5,7	6,3
Diabetes (T89 ou T90)	HM	Dez-13	%	5,9	6,2
Obesidade (T82)	HM	Dez-13	%	4,4	4,4
Taxa de incidência de sida	HM	2012	/100 000 hab	7,0	3,4
Taxa de incidência da infeção VIH	HM	2012	/100 000 hab	13,5	10,6
Taxa de incidência de tuberculose	HM	2012	/100 000 hab	28,1	27,4

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES LOURES / ODIVELAS NO ANO DE 2013-2016

Problemas Priorizados (cinco + por ordem decrescente do total de votos)

1ª Diabetes	861
2ª Doenças Cardio Vasculares	853
3ª Tumor da Mama Feminina	824
4ª Obesidade	800
5ª Tumores do Aparelho Digestivo	791
6ª Saúde Mental	777

Estratégia para resolução dos Problemas Prioritários de Saúde

Grupo de Acompanhamento (GA)	Função
▶ O grupo técnico para o PLS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Elaboração, monitorização e avaliação do PLS ▶ Articulação e discussão dos problemas inter-parceiros ▶ Supervisão da implementação do Plano
Gestores de Problema Prioritário (GPP)	Função
▶ Elementos apontados pelo GC (um representante dos CSP, um representante do Hospital e um representante da Comunidade) a quem compete a implementação das estratégias por problema prioritário estabelecido	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Coordenar e implementar o PLS após validação dos Objectivos Estratégicos ▶ Escolher os representantes dos grupos de gestores de problemas prioritários

Grupo Coordenador (GC)

► Constituído pelo Presidente do Conselho Clínico do ACES, Director Clínico do Hospital e um Membro da Sociedade Civil (escolhido em reunião do Conselho da Comunidade)

Função

- Articular com as estruturas existentes no terreno evitando duplicação de oferta de cuidados, através de visão comunitária e abordagem populacional dos problemas
- Articulação e discussão dos problemas inter-parceiros; Supervisão da implementação do Plano

► Objetivos Estratégicos

Diabetes

- Adoptar as orientações programáticas do programa nacional da diabetes. Diminuir o nº de novos casos
- Aumentar o número de casos diagnosticados até prevalência de 8% (em 2013 no ACeS 5,79%)
- Melhorar para 20% a referência para rastreio da retinopatia diabética (em 2013, 15,70%)
- Integrar o Plano da Unidade Coordenadora Funcional de Diabetes ACES's Loures/Odivelas, Oeste Sul e Hospital Beatriz Ângelo
- Melhorar a capacitação em saúde dos grupos alvo

Doenças Cardiovasculares

- Adoptar as orientações programáticas do programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares.
- Diminuir a mortalidade precoce (<75anos) por doença cardio vascular para 55/100.000 hab. (ACES 2013, 57,5/100 000 hab.)
- Aumentar em 10% o compromisso de vigilância de hipertensos com medição de Pressão arterial nos 2 semestres. De 45,12% para 50%
- Promover a reabilitação cardíaca em articulação ACES – Hospital
- Melhorar a capacitação em saúde dos grupos alvo

Tumor da Mama (feminina)

- Diminuir a mortalidade precoce (mulheres com idade inferior a 75 anos) para 18/100.000 hab. (ACES em 2013 19,6/100 000 hab.)
- Aumentar o número de rastreios (mulheres 50-70 anos com indicação) de 45,06% para 51,5%
- Melhorar a capacitação em saúde dos grupos alvo

Obesidade

- Adoptar as orientações programáticas do programa nacional para a promoção da alimentação saudável
- Aumentar de 58,6% para 60% a proporção da consulta de vigilância de Obesidade (obesos >=14anos com duas consultas no ano – indicador de contratualização 2013.034.01FX)
- Cumprir o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)
- Melhorar a capacitação de grupos alvos, sobre fatores de risco comportamentais e psico-sociais ligados à obesidade

Tumores do Aparelho Digestivo

- Adotar as orientações programáticas do programa nacional para as doenças oncológicas
- Diminuir o número de mortes precoces, <75 anos, de 39,9/100.000 hab. para 37/100 000 hab
- Aumentar o número de rastreios colo-retais, de 22,7% para 32,6%, indicador de contratualização 2013.046.FX
- Esclarecer os profissionais das estratégias de rastreio em articulação com Hospital
- Melhorar a capacitação de grupos alvo, sobre fatores de risco dos tumores do aparelho digestivo

ACES MÉDIO TEJO

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES MÉDIO TEJO NO ANO DE 2014

► O Perfil de Saúde do Médio Tejo foi elaborado sob coordenação da USP e teve 2 fases de construção. Primeiro procedeu-se a uma recolha de dados com a colaboração da Direção Executiva, Conselho Clínico, Unidades Funcionais do ACES e Conselho da Comunidade. Num segundo momento, foram recolhidos contributos de parceiros externos, nomeadamente dos municípios, serviços de educação, forças de segurança, bombeiros e alguns serviços regionais, como os da educação e da saúde.

Os conteúdos do documento Perfil de Saúde do Médio Tejo foram então discutidos em 3 sessões de trabalho participadas por 90 profissionais dos serviços de saúde e parceiros externos, em representação das unidades funcionais da saúde e instituições do Médio Tejo que contribuem, ou podem contribuir, para o bem-estar das populações. Dos resultados analisados, selecionam-se os seguintes:

O Médio Tejo tem nas assimetrias demográficas uma das suas principais características. Com 2.706 Km², engloba 11 concelhos com áreas muito diferentes (entre 14 e 715 Km²), tem 230 mil habitantes (populações concelhias de 3.500 a 46.000 hab.), zonas rurais de grande dispersão e urbanas de grande concentração populacional (densidades concelhias entre 17 e 1.642hab/Km²), com zonas de atração e zonas de desertificação (variações intercensitárias entre +9% e -16%).

A pirâmide etária está muito estreitada na base e alargada no topo. A Taxa Bruta de Natalidade e o Índice Sintético de Fecundidade são muito baixos e com tendência decrescente. O Índice de Envelhecimento é muito elevado, com tendência para crescer. A idade da mãe ao nascimento do primeiro filho é superior a 29,5 anos e tem vindo a crescer, com valores semelhantes aos nacionais.

A esperança de vida é elevada, com valores superiores aos nacionais, sendo à nascença de >80 anos e aos 65 anos de 19,1. No Médio Tejo, a mortalidade infantil apresenta valores muito baixos, semelhantes aos do país, com tendência decrescente.

A observação conjunta das Taxas de Mortalidade Padronizadas pela idade, para <65 anos e os Anos Potenciais de Vida Perdidos, por 100 000hab, permite constatar que os Tumores Malignos exercem, de forma muito destacada, enorme impacto negativo sobre as populações (ver tabela). Convicção reforçada pela estatística das causas de incapacidade em sede de Junta Médica, uma vez que a Doença Oncológica representa 44% do total das situações analisadas.

Causa de Morte	Taxa de Mortalidade	T. Mortalidade Prematura	Anos Potenciais de Vida Perdidos
Doenças do Aparelho Circulatório	144	18,3	341
Tumores Malignos	140	66,4	1.195
Causas Mal Definidas	73	30,5	696
Doenças do Aparelho Respiratório	49	8,6	178
Causas Externas	32	22,7	644

No ACES Médio Tejo a percentagem de utentes inscritos nos Centros de Saúde com diagnóstico de hipertensão arterial, depressão e diabetes é de, respetivamente, 21,5%, 9,3% e 7,2%.

Nos últimos anos, houve um acentuado aumento do consumo de substâncias psicoativas entre os jovens do ensino secundário. Nos 12 meses anteriores à aplicação de questionário de avaliação, 35% dos jovens referem ter-se embriagado, 54% consumiram tabaco e 28% consumiram *cannabis*.

A avaliação do estado nutricional das crianças do Médio Tejo foi efetuada em 2014, através de investigação COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*). O respetivo questionário foi aplicado em amostra representativa dos alunos de 6 a 8 anos, constatando-se que 29,3% dos alunos têm excesso de peso (percentil IMC \geq 85), 14,1% obesidade e 1,4% baixo peso (percentil <3). Foi obtida informação sobre hábitos alimentares e outros comportamentos da vida diária e efetuadas recomendações a integrar nas atividades a desenvolver no âmbito do Plano Local de Saúde.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES MÉDIO TEJO NO ANO DE 2014-2016

► A ampla divulgação do Perfil de Saúde foi associada à iniciativa de elaboração do Plano Local de Saúde do Médio Tejo, naturalmente construído segundo a metodologia do Planeamento em Saúde.

Nesse processo participaram todas as unidades funcionais do ACES (DE, CCS, UCC, USF/UCSP,URAP) o Conselho da Comunidade, o Centro Hospitalar Médio Tejo, assim como inúmeros representantes dos parceiros externos (Comunidade Intermunicipal - Municípios, Delegação Regional de Educação - Agrupamentos de Escolas, Forças de Segurança, Centro de Respostas Integradas do Ribatejo), num total de 189 cidadãos participantes.

Em reuniões de trabalho, que contaram sempre com a participação de parceiros, foram listados 25 problemas de saúde e classificados por ordem decrescente da sua relevância. Procedeu-se à sua inclusão em grandes grupos de patologias e constatou-se que daqueles, 16 faziam parte de 3 grupos das doenças, as metabólicas, as mentais e as oncológicas. Foi então efetuado um exercício para a identificação de fatores determinantes comuns, de que resultou a fixação de 3 grandes eixos de intervenção, no âmbito do PLS do Médio Tejo:

- A promoção de comportamentos favorecedores da saúde
- O combate às adições
- A prevenção da doença oncológica

As grandes áreas de intervenção identificadas, no âmbito desses 3 grandes eixos, são as seguintes:

PROMOVER COMPORTAMENTOS FAVORECEDORES DA SAÚDE

- Promover a alimentação saudável
- Combater o sedentarismo
- Combater o stress
- Promover a auto-estima
- Promover a literacia (em saúde)

COMBATER AS ADIÇÕES

- Intervir nos problemas ligados ao álcool e tabaco
- Reduzir o uso e abuso de substâncias ilícitas
- Promover o consumo criterioso de fármacos

PREVENIR A DOENÇA ONCOLÓGICA

- Combater o tabagismo
- Divulgar informação sobre alimentos cancerígenos e anti-cancerígenos
- Identificar e intervir em indivíduos com predisposição genética
- Combater a infeção crónica associada ao cancro
- Combater os riscos ambientais associados ao cancro

► Foi então elaborado, em workshop, um *tableau de bord* para a operacionalização das atividades identificadas por cada uma das instituições parceiras e assumidas responsabilidades institucionais, tendo em vista a sua implementação. Os indicadores e metas definidas foram os seguintes:

- Taxa de concretização das parcerias (representatividade) = $n.º$ de parceiros subscritores do PLS / $n.º$ de possíveis parceiros inicialmente identificados (início 2014) X 100

Meta = 70%

Resultado = 82%

- Taxa de participação efetiva no diagnóstico de situação alargado = $n.º$ de parceiros com contributos para o diagnóstico de situação / $n.º$ de parceiros convidados a darem contributos X 100

Meta = 70%

Resultado = 75%

- Taxa de participação nas tomadas de decisão = $n.º$ de parceiros presentes nas reuniões plenárias / $n.º$ de possíveis parceiros inicialmente identificados (início 2014) X 100

Meta = 50%

Resultado = 86%

- Taxa de execução (por instituição) = $n.º$ de tarefas efetivamente realizadas (>80%) / $n.º$ de tarefas a desenvolver na operacionalização dos projetos X 100

Meta = 80%

Resultado ⇒ A determinar no final de 2016

ACES OESTE NORTE

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES OESTE NORTE NO ANO DE 2013

Breve caracterização da região do ACES Oeste Norte

► O Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte, um dos 15 serviços de saúde com autonomia administrativa da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, integra seis concelhos da Região Litoral Oeste de Portugal. No seu conjunto, os concelhos da Nazaré, Alcobaça, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche e Bombarral, ocupam uma área de 1.056,7 Km². A população residente era de 176 596 (INE, Portugal, 2008), com uma densidade populacional (163,9 Hab/Km²) acima da média do país (115,3 Hab/Km²).

A Região Oeste Norte em números – um resumo:

- A esperança média de vida à nascença para esta região não é conhecida. A esperança média de vida à nascença na região Oeste é de aproximadamente 79 anos
- A taxa de natalidade é mais baixa e a taxa de mortalidade geral é mais elevada do que a nacional;
- A taxa de analfabetismo é superior à nacional, e o ganho médio mensal é inferior
- O consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco parece seguir uma tendência de aumento, de acordo com registos dos cuidados primários de saúde
- A mortalidade por suicídios na região é mais elevada que a nacional (apesar de se tratar de dados não padronizados) e os indicadores de saúde mental disponíveis apontam para um problema importante;
- A prevalência de HIV e SIDA na região é inferior à do País, com exceção do concelho de Peniche, que mantém, há longos anos, uma taxa muito acima do valor médio nacional
- A mortalidade por diabetes e por doenças cerebrovasculares é, há vários anos, mais elevada que a média nacional
- A mortalidade por outras causas é desconhecida por falta de disponibilidade de dados

PLANO LOCAL DE SAÚDE NO ANO DE 2014-2016

► As prioridades do Plano Local de Saúde da Região Oeste Norte 2014-2016 foram selecionadas com base num grupo de peritos/as da comunidade, utilizando o método de "*multi-criteria decision analysis*". As prioridades identificadas, que constituem os programas deste plano, foram as seguintes:

- **VIH e SIDA**
 - Unidades de rastreio/teste rápido de VIH
 - Intervenção junto de populações vulneráveis
- **Saúde mental:** Equipas multidisciplinares de intervenção precoce

- **Estilos de vida**

- Sensibilização e formação dos profissionais de saúde e utentes com diabetes *mellitus*
- Identificação precoce de fatores de risco para diabetes *mellitus* e doenças cérebro-cardiovasculares

4. Educação para a saúde em meio escolar: Movimento escola/cidade dos afetos.

Estes programas foram elaborados e estão a ser geridos por profissionais de saúde e outros atores da comunidade. Cada programa e projeto tem atividades, metas e objetivos próprios.

ACES OESTE SUL

Encontra-se em fase de elaboração.

ACES SINTRA

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES SINTRA NO ANO DE 2013

Caracterização sócio-demográfica

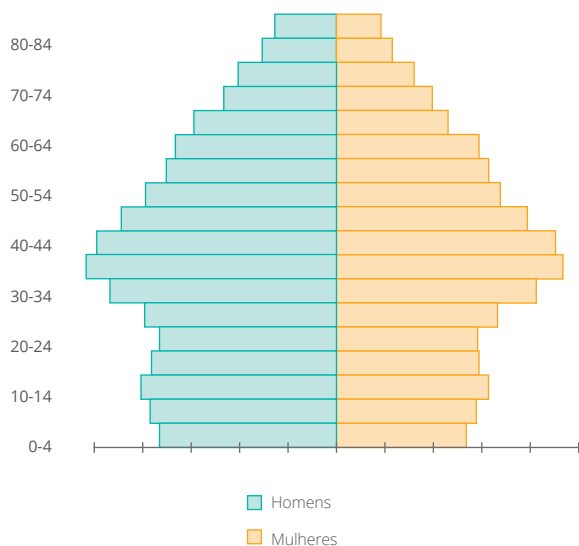
► O ACES Sintra está situado na orla ocidental do País e integrado na periferia da Área Metropolitana de Lisboa. A mancha geográfica do ACES SINTRA delimita uma área total de cerca de **319 Km²**, integrando as onze freguesias do concelho de Sintra.

Caraterização do concelho por áreas de atividade:

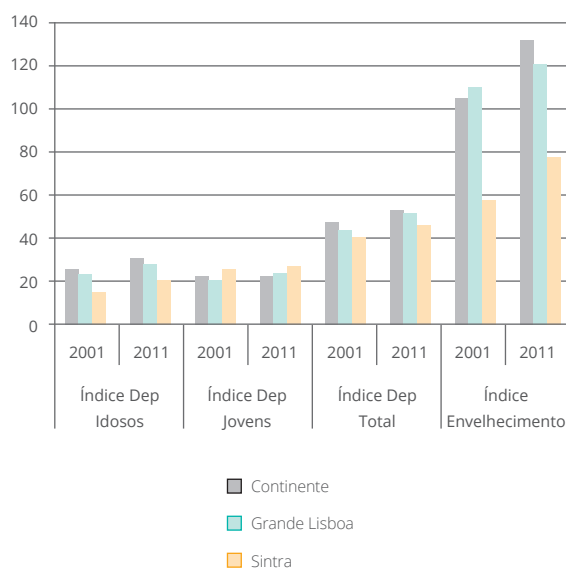
- Santa Maria e São Miguel, São Pedro de Penaferrim, São Martinho, Colares, São João das Lampas, Terrugem, Almargem do Bispo - apresenta áreas reservadas para a atividade agrícola
- Montelavar e Pêro Pinheiro - atividade predominante extração e transformação de mármore, sendo a extração realizada em pedreiras a céu aberto
- Cacém, Algueirão, Belas, Queluz, Rio de Mouro, Casal de Cambra, Massamá e Monte Abraão - predominam a atividade industrial e serviços

A população total residente no concelho de Sintra, segundo censos de 2011, é de **377 835** habitantes

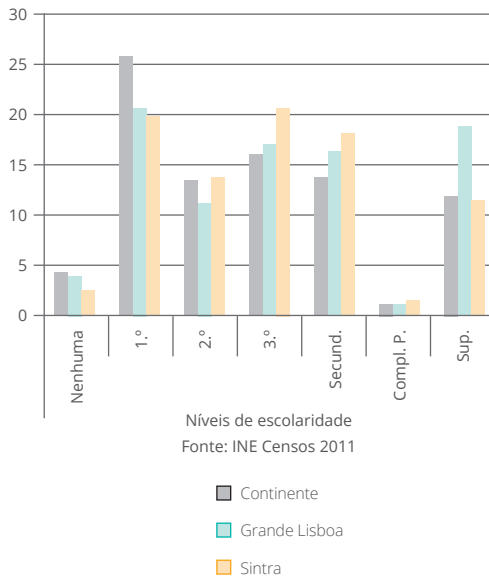
PIRÂMIDE ETÁRIA CENSOS 2011



ANÁLISE DEMOGRÁFICA



ANÁLISE DEMOGRÁFICA



CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO

Principais problemas de saúde que foram identificados

Doenças cérebro-cardiovasculares

Doenças oncológicas

Doenças respiratórias

Perturbações depressivas

Diabetes

Obesidade

Tuberculose

Mortalidade infantil

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES SINTRA NO ANO DE 2014-2017

Problemas de saúde priorizados

Doenças cérebro-cardiovasculares

Diabetes

Perturbações depressivas

Tuberculose

Mortalidade infantil*

Necessidades de saúde identificadas

MORTALIDADE

Menor mortalidade por doenças cardio-cerebrovasculares

Menor mortalidade por tumor maligno da mama

Menor mortalidade por tumor maligno da próstata

Menor mortalidade por tumor maligno da colon e reto

Menor mortalidade por tumor na traqueia, brônquios e pulmão

Menor mortalidade infantil

MORBILIDADE

Menor morbilidade por diabetes *mellitus*

Menor morbilidade por tumor maligno da pele

Menor morbilidade por perturbações depressivas

Menor morbilidade por doenças respiratórias

Menor morbilidade por tuberculose

DETERMINANTES

Menos hipertensos

Menos obesos

Menos inatividade física

Menor frequência de alterações do metabolismo dos lípidos

Maior consumo de frutas e legumes

Menos consumo do álcool

Mais medidas de higienização das mãos e de etiqueta respiratória

Acesso aos cuidados de saúde para todos aos cidadãos de Sintra

Desemprego

*A taxa de mortalidade infantil no Concelho de Sintra é superior à da Grande Lisboa e de Portugal para os anos estudados de 2009, 2010, 2011 e 2012, pelo que se decidiu estudar e caracterizar o fenómeno.

Estratégias gerais

1. Aumentar a literacia em saúde com vista à capacitação da população para a adoção de estilos de vida saudáveis
2. Garantir as boas práticas profissionais em prol de uma efetiva qualidade clínica e organizacional
3. Assegurar a formação contínua dos profissionais
4. Reforçar a articulação entre os vários níveis de prestação de cuidados
5. Realizar rastreios na comunidade e encaminhar os casos identificados
6. Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde
7. Assegurar a continuidade dos cuidados prestados a doentes com indicação para reabilitação
8. Identificar as instituições que trabalham na comunidade e organizar uma rede de apoio social para os doentes mais vulneráveis

Indicadores de saúde e metas		Sintra 2014	Meta 2017
Doenças Cerebro-cardiovascular	Que até ao final de 2017, se aumente para 25% a proporção de hipertensos com avaliação do risco cardiovascular (3 anos).	18,40%	25%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 25% a proporção de hipertensos com GRT (gestão de regime terapêutico).	7,79%	25%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 50% a proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos com PA < 150/90 mmHg.	37,86%	50%
Diabetes	Que até ao final de 2017, se aumente para 60% a proporção de utentes com diabetes <i>mellitus</i> (DM) com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes, no último ano	54,76%	60%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 35% a proporção de utentes com DM com pelo menos uma referência ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano	32,68%	35%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 45% a proporção de utentes com diabetes <i>mellitus</i> com o último registo de HgbA1c ≤ 8,0% no último ano	44,33%	45%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 4,5% a proporção de diabetes tipo 2 (DM2) em terapêutica com insulina.	3,24%	4,50%
Perturbações depressivas	Que até final de 2017, se garanta que 100% das UF do ACES Sintra utilizem plenamente os sistemas de informação definidos pela ACSS, com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC-2 e referenciem através do Sistema Consulta Tempo e Horas (CTH).	73,90%	100%
	Que até final de 2017, se implementem pelo menos 2 projetos, dirigidos a grupos de risco, para formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão.	Desc.	2
	Que até final de 2017, se aprovelem pelo menos 2 protocolos de articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando formação, referência e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico.	Desc.	2
Tuberculose	Que até final de 2017, se reduza para valores inferiores a 1,10% os óbitos por suicídio.	1,10% *	< 1,10%
	Que até ao final de 2017, se diminua a taxa de incidência da TB para um valor < a 22/100 000 habitantes.	26,5/100 000 hab **	22/100 000 hab
	Que até ao final de 2017, se diminua para um número inferior 70 dias, o tempo de demora desde o início de sintomas até ao diagnóstico.	86 dias	70 dias
	Que até ao final de 2017, se aumente para 84% a taxa de sucesso terapêutico.	74,8% **	84%
Mortalidade Infantil	Que até ao final de 2017, se aumente para 60% a proporção de doentes com TP bacilífera a fazerem TOD, pelo menos nos dois primeiros meses de tratamento.	48% **	60%
	Que até ao final de 2017 se apresente um estudo sobre as causas da mortalidade infantil no concelho de Sintra.		1

* Dados de 2012

**Dados de 2013



Plano Nacional de Saúde

Alentejo // **Administração** **Regional de Saúde** **do Alentejo**

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP
(EM CURSO)

ACES ALENTEJO CENTRAL

ULS BAIXO ALENTEJO, EPE

ULS LITORAL ALENTEJANO, EPE (EM CURSO)

ULS NORTE ALENTEJANO, EPE



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP

Encontra-se em fase de elaboração.

ACES ALENTEJO CENTRAL

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DE SAÚDE - ACES DO ALENTEJO CENTRAL NO ANO DE 2014

Caracterização sócio-demográfica:

► O Agrupamento de Saúde do Alentejo Central (ACES AC) abrange uma população residente de 163 980 habitantes (2012), distribuída por 14 concelhos que correspondem ao território geográfico do distrito de Évora. Com uma densidade populacional baixa e um crescimento populacional negativo (-5.43%) deparamo-nos com uma população envelhecida.

Indicadores sociodemográficos gerais						
Designação	ACES AC - 2012	2012 ARS Alentejo, IP - 2012	Continente - 2012	Unidade Medida		
Dados Demográficos						
Densidade populacional	22,2	18,4	112,0	Nº/Km ²		
Taxa bruta de natalidade	7,8	7,8	8,5	‰		
Taxa bruta de mortalidade	13,3	14,9	10,3	‰		
Esperança média de vida à nascença	80,7	79,5	80,6	anos		
Índices	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Índice de envelhecimento	162,8	186,9	175,1	190,8	104,8	134,0
Índice de dependência de Jovens	22,1	20,9	21,7	20,9	23,7	22,4
Índice de dependência de Idosos	35,9	39,0	38,0	39,8	24,8	30,0

Educação				
Local de Residência	Taxa de abandono escolar (%)		Taxa de escolaridade (%)	
	2,7	2011	2011	
			Ensino Secundário	Ensino Superior
ARS Alentejo	22,2	1,6		
ACES Alentejo Central		1,7	13,4	8,7
Densidade Populacional		1,2	14,1	9,8

O nível de escolaridade ACES AC melhorou de 2001 a 2011, apresentando para os ensinos secundário e superior valores mais elevados do que a ARSA.

Fonte: Perfil Local de Saúde, 2014 e INE, 2012

Situação Perante o Emprego			
Local de Residência	Dez-11	Dez-12	Dez-13
Desempregados inscritos no IEFP / 1 000 habitantes (15+ anos)			
Continente	67,4	79,4	76,9
ARS Alentejo	58,6	72,3	68,6
ACES Alentejo Central	54,7	71,6	67,1

Local de Residência	Aces Alentejo Central		
	Sector Primário	Sector Secundário	Sector Terciário
2001	11,9	27,9	60,1
2011	9,3	21,3	69,4

Na ARSA e no Continente verificamos igualmente um reforço do sector terciário com diminuição nos sectores primário e secundário.

Morbilidade			
Incidência de patologias nos inscritos (dez/2013)	ANO 2013		Unidade Medida
	ACES	ARS Alentejo, IP	
Hipertensão	26,2	25,3	%
Alteração no metabolismo dos lípidos	19,4	19,2	%
Excesso de peso / Obesidade	9,3	8,7	%
Perturbações depressivas	8,5	9,0	%
Abuso tabaco	7,4	7,0	%
Distúrbio ansioso / Estado ansiedade	6,3	6,7	%
Diabetes	8,1	8,5	%

Nos determinantes da saúde consideramos preocupantes patologias com resultados superiores à Região Alentejo tais como o excesso de peso e o abuso do tabaco.

Morbilidade				
Evolução da proporção (%) de crianças com Baixo Peso à Nascimento (Média anual por triénios)				
Local de Residência	01-03	04-06	07-09	10-12
Continente	7,3	7,6	7,9	8,4
ARS Alentejo	7,4	8,2	8,4	8,7
ACES Alentejo Central	8,0	8,8	8,7	9,3

Verificamos no ACES AC a tendência de aumento do número de crianças com baixo peso à nascença que encontramos na ARSA e Continente. Este fenómeno estará provavelmente relacionado com alterações no estilo de vida, algumas delas relacionadas com o aumento de gravidezes em mulheres acima dos 35 anos que é sabido ser um fator influenciador de baixo peso à nascença.

Taxa de Mortalidade Padronizada pela idade (TMP), <75 anos

Grandes grupos de causas de morte	Continente			ARS Alentejo			ACES Alentejo Central		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Todas as causas	284,1	402,9	179,7	313,9	439,2	200,7	282,0	371,3	204,7
Tumores malignos	106,1	143,6	73,8	105,8	142,6	74,0	...	...	...
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11,0	13,3	9,0	15,4	16,7	14,4	...	...	...
Diabetes <i>mellitus</i>	8,8	11,0	6,9	12,9	14,4	11,7	...	...	...
Doenças do aparelho circulatório	51,4	73,6	32,3	70,4	103,2	41,0	63,4	84,9	44,9
Doença isquémica do coração	16,8	26,8	8,1	28,2	44,4	13,7	27,0	38,9	16,6
Doenças cerebrovasculares	20,1	27,0	14,2	23,2	32,6	14,8	...	...	...
Causas externas de mortalidade	24,8	39,9	10,8	40,4	63,1	18,1	...	...	...
Lesões auto provocadas intencionalmente (suicídios)	6,9	11,0	3,1	15,4	24,7	6,5	12,0	19,5	4,9

A mortalidade por tuberculose e VIH / SIDA apresentam valores ligeiramente inferiores aos valores da Região Alentejo e do Continente.

Propomos a intervenção prioritária nas seguintes áreas:

1. Doenças do aparelho circulatório

2. Diabetes

3. Saúde mental

4. Baixo peso à nascença

PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DO ALENTEJO CENTRAL

Doenças cérebro-cardiovasculares

► Objetivos:

- Aumentar o registo de doentes hipertensos <65 A, com tensão arterial <150/90
- Aumentar o número de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com registo de hábitos tabágicos
- Aumentar o nº de doentes hipertensos com avaliação de risco cardiovascular (3 anos)

► Estratégia/Atividade:

- Identificação dos utentes com fatores de risco associados (tabaco, obesidade, sedentarismo, diabetes e dislipidémias) e determinação do risco cardiovascular.

ID	Indicadores	Realizado 2013	Realizado 2014	Meta ACES AC 2014	Meta ACES AC 2015	Tipo de Indicador
20FX	Proporção hipertensos < 65 anos, c/ PA < 150/90 mmHg	53,67	58,38	60	61	Des. Assistencial
47FX	Proporção utentes >= 14 anos, c/ registo hábitos tabágicos	29,65	45,35	40	50	Des. Assistencial
23FX	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	7,06	43,32	20	50	Des. Assistencial

Diabetes

► Objetivos

- Aumentar o número de diabéticos com última HgbA1c ≤ 8,0%
- Contribuir para diminuir a incidência de amputações major dos membros inferiores (DM), em residentes

► Estratégia/Atividade

- Implementar a consulta autónoma de diabetes nos Centros de Saúde

ID	Indicadores	Realizado 2013	Realizado 2014	Meta ACES AC 2014	Meta ACES AC 2015	Tipo de Indicador
39FX	Proporção DM com última HgbA1c ≤ 8,0%	52,91	57,26	-	-	Des. Assistencial
85	Incidência amputações major dos membros inferiores (DM), em residentes	1,08	0,48	1	0,78	Des. Assistencial

Saúde mental

► Objetivo:

- Melhorar o registo de depressão nos CSP

► Estratégia/Atividade:

- Otimização da articulação com o departamento de psiquiatria e saúde mental do HESE, EPE
- Envolvimento de profissionais não médicos em programas terapêuticos e de prevenção da doença mental

ID	Indicadores	Realizado 2013	Realizado 2014	Meta ACES AC 2014	Meta ACES AC 2015	Tipo de Indicador
55FX	Proporção de adultos c/ depressão, c/ terapêutica antidepressiva	35,04	36,28	-	-	Des. Assistencial

Saúde materno-fetal/Vigilância da gravidez

► Objetivos:

- Aumentar o índice de grávidas, com acompanhamento adequado
- Diminuir o risco de recém-nascidos de baixo peso, de termo
- Diminuir o número de grávidas adolescentes e de grávidas com mais de 35 anos

► Estratégia/Atividade:

- Calendarização das consultas de saúde materna e de vigilância das grávidas de acordo com as orientações técnicas preconizadas pela DGS
- Orientação das grávidas para atividades da preparação para a parentalidade

ID	Indicadores	Realizado 2013	Realizado 2014	Meta ACES AC 2014	Meta ACES AC 2015	Tipo de Indicador
270FX	Índice de acompanhamento adequado em saúde materna	-	-	-	-	Des. Assistencial
86	Proporção de RN de termo, de baixo peso	1,03	1,52	1,3	1,46	Des. Assistencial
	Nº de grávidas adolescentes	14	37	-	-	-
	Nº de grávidas > 35 anos	715	1185	-	-	-

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORTE ALENTEJANO, EPE

PERFIL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORTE ALENTEJANO, EPE, NO ANO DE 2014

Caracterização sócio-demográfica/Caracterização epidemiológica da população

► A Unidade Local de Saúde Norte Alentejano está localizada no distrito de Portalegre e é composta por 2 hospitais nas cidades de Portalegre e Elvas e por um Agrupamento de Centros de Saúde, o ACES S. Mamede, composto por 16 Centros de Saúde organizados em unidades funcionais (13 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 5 Unidades de Saúde Familiares e 15 Unidades de Cuidados na Comunidade, bem como 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e 1 Unidade de Saúde Pública) e localizados nos 15 concelhos que compõem o distrito.

A área de influência da ULSNA tem 115.663 residentes, 47,8% do sexo masculino (55.340) e 52,2% do sexo feminino (60.323), população esta que tem vindo a diminuir entre os Recenseamentos efetuados.

Índices Demográficos: Índice de Envelhecimento (211,0); Índice de Dependência de Jovens (20,6) e Índice de Dependência de Idosos (43,5). Os valores apresentados para os Índices demográficos, com exceção do IDJovens que está alinhado com os valores da ARS Alentejo, são superiores aos valores da ARS Alentejo e Continente.

A taxa Bruta de natalidade (7,0‰) e o Índice sintético de fecundidade (1,24) apresentam valores inferiores à ARSA e ao Continente. A Esperança de vida à nascença (79,5; H-76,9 e M-82,1) é idêntica à da ARSA e ligeiramente inferior ao Continente.

Em 2013 encontravam-se inscritos no IEFP 66,7‰ desempregados (15 e + anos).

Da população empregada em 2012 pertencem 72,3% ao setor terciário, 18,5% ao setor secundário e 9,2% ao setor primário. Relativamente aos indicadores de suporte social para o mesmo ano, estavam registados, 7.144 beneficiários de Rendimento Social de Inserção, 47.883 pensionistas da Segurança Social e 3.106 beneficiários de Subsídio de Desemprego da Segurança Social.

A taxa de Criminalidade era em 2012 30,3‰ inferior aos valores da ARSA e Continente. A taxa de abandono escolar (1,8%) e a taxa de analfabetismo (11,0%) têm diminuído entre Censos.

No que diz respeito ao saneamento básico, todos os concelhos são servidos por água canalizada que provem de duas redes de água superficial, uma que abastece o norte e a outra o sul do distrito. São efetuadas análises de vigilância em todos os pontos finais da rede e nas ETAS, sendo que estas se encontram usualmente de boa qualidade.

Os nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos tem diminuído (5,8%) em detrimento dos nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos que tem aumentado (19,3%). Nos inscritos por diagnóstico ativo, 6,2% tem registo de Abuso de Tabaco (P17), 2,1% tem registo de Excesso de Peso (T83), 0,7% tem registo de Abuso Crónico de Álcool (P15) e 2,2% tem registo de Abuso de Drogas (P19).

A Taxa Global de Vacinação é de 97,2% aos 2 anos, 98,1% aos 7 anos e 98,5% aos 14 anos.

Os Nascimentos Pré-Termo correspondem a 6,9% e 8,1% das crianças apresentam baixo peso à nascença.

A Taxa Bruta de Mortalidade é de 16,6‰, valor superior à ARSA e Continente.

Relativamente à Morbilidade nos CSP apresentam-se os 10 diagnósticos mais registados: Hipertensão (25,4%), Alteração do Metabolismo dos Lípidos (18,1%), Perturbações Depressivas (10,2%), Diabetes (8,7%), Obesidade (4,8%), Osteoartrose do Joelho (3,9%), Doenças dos Dentes e das Gengivas (3,4%), Doença Cardíaca Isquémica (2,5%), Osteoporose (2,2%) e Asma (1,8%). Os diagnósticos registados estão de acordo com o padrão demográfico da população.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORTE ALENTEJANO, EPE, NO ANO DE 2014-2016

Objetivos-estratégias-atividades-metas-indicadores e resultados

Prioridade de saúde identificadas

► A ULSNA está incorporada no SNS e tem por objeto a prestação de cuidados de saúde integrados aos cidadãos, maximizando a relação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, mantendo o respeito absoluto pelas autonomias técnicas de cada um dos níveis de cuidados envolvidos.

O Planeamento Estratégico 2014-2016 teve como metodologia de desenvolvimento em primeiro lugar, o diagnóstico das nossas forças e fraquezas o que possibilitou delinear as estratégias de intervenção. Tornou-se claro que os vetores desta intervenção se condensaram em dois pontos, um relacionado com o alinhamento funcional que se impõe numa filosofia de rentabilização das estruturas e dos recursos e outro na criação de valor que conduza a uma melhoria contínua da oferta de cuidados. Do exercício obtido dessa avaliação foram selecionados seis eixos estratégicos de intervenção da ULSNA, materializados no plano de ação 2014-2016:

- **Eixo 1**

Reforma Hospitalar: Tendo em atenção o contexto do país e de acordo com as orientações transmitidas pelo Ministério da Saúde foram definidos para a ULSNA, EPE a respetiva carteira de serviços com reflexo na estrutura de funcionamento

- **Eixo 2**

Optimização dos recursos existentes: Com a criação da ULSNA, EPE, foi preconizada a reestruturação dos diversos serviços de apoio. Este eixo pretende dar continuidade a essa tarefa à semelhança do que tinha sido estabelecido no triénio anterior

- **Eixo 3**

Política de qualidade e sustentabilidade ambiental: A aposta em ações que promovam políticas com vista à melhoria da qualidade dos serviços sempre constituiu um objetivo estratégico a atingir através da certificação e acreditação sectorial tendo como finalidade a certificação global da ULSNA, EPE

- **Eixo 4**

Complementaridade e articulação de cuidados de saúde no âmbito de referência da ULS: As ações a desenvolver nesta área pretende obter uma perspetiva integrada da oferta de serviços a prestar aos clientes da ULSNA, EPE

- **Eixo 5**

Sistemas de informação de apoio à prática clínica e gestão: Com a estruturação prevista pelo Ministério

da Saúde ao nível dos sistemas de informação e atendendo que vão ser desenvolvidas e atualizadas novas aplicações impulsionadas pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, torna-se necessário prever o investimento a realizar

• **Eixo 6**

Imagem estrutural de referência: Na unidade local, ainda existem algumas estruturas desatualizadas e degradadas com custos de manutenção altíssimos, que têm contribuído para o agravamento das condições de trabalho com influência na prestação de cuidados

Como Programas Prioritários podemos identificar alguns dos que tem sido alvo de maior investimento: Diabetes, Hipertensão, Vacinação, Controlo de Infeção, Obesidade, Vigilância das Temperaturas Extremas Adversas, Saúde Escolar, Saúde Oral, Programa Tuberculose, Rastreamentos Oncológicos (Cancro da Mama, Cancro do Colo do Útero), Saúde Materna, Saúde Infantil. Os Programas prioritários Identificados são também na sua grande maioria os Programas Prioritários a nível Regional e Nacional, pelo que se refletem no Indicadores de Contratualização, nos seus diferentes eixos, nacional, regional e local:

- Taxa de domicílios enfermagem por 1 000 inscritos (Resultado 2014: 439,90; Meta 2015: 400)
- Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos (Resultado 2014: 89,04; Meta 2015: 90)
- Proporção utentes >= 14 A, c/ hábitos tabágicos (Resultado 2014: 36,43; Meta 2015: 45)
- Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót. (Resultado 2014: 58,44; Meta 2015: 63)
- Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV (Resultado 2014: 57,89; Meta 2015: 62)
- Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP) (Resultado 2014: 186,41€; Meta 2015: 165,00€)
- Despesa MCDTs prescritos, por utiliz. (p. conv.) (Resultado 2014: 34,29€; Meta 2015: 36,00€)
- Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2 (Resultado 2014: 74,63; Meta 2015: 80)
- Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes (Resultado 2014: 0,25; Meta 2015: 0,20)
- Proporção de RN de termo, de baixo peso (Resultado 2014: 1,03; Meta 2015: 1,5)
- Taxa internam. DCV, entre residentes < 65 A (Resultado 2014: 8,93; Meta 2015: 6)
- Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF (Resultado 2014: - ; Meta 2015: 0,6)
- Proporção medicam. prescritos, que são genéricos (Resultado 2014: 50,35; Meta 2015: 53,00)
- Proporção hipertensos com risco CV (3 A) (Resultado 2014: 30,34; Meta 2015: 40)
- Proporção obesos > 14A, c/ cons. vigil. obesid. 2 anos (Resultado 2014: 36,71; Meta 2015: 45)
- Proporção mulheres [25; 60] A, c/ colpoc. (3 anos) (Resultado 2014: 50,84; Meta 2015: 55)
- Proporção de novos DM2 em terap. c/metformina (Resultado 2014: - ; Meta 2015: 72)
- Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim. (Resultado 2014: 87,53; Meta 2015: 82)
- Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano (Resultado 2014: 76,59; Meta 2015: 84)

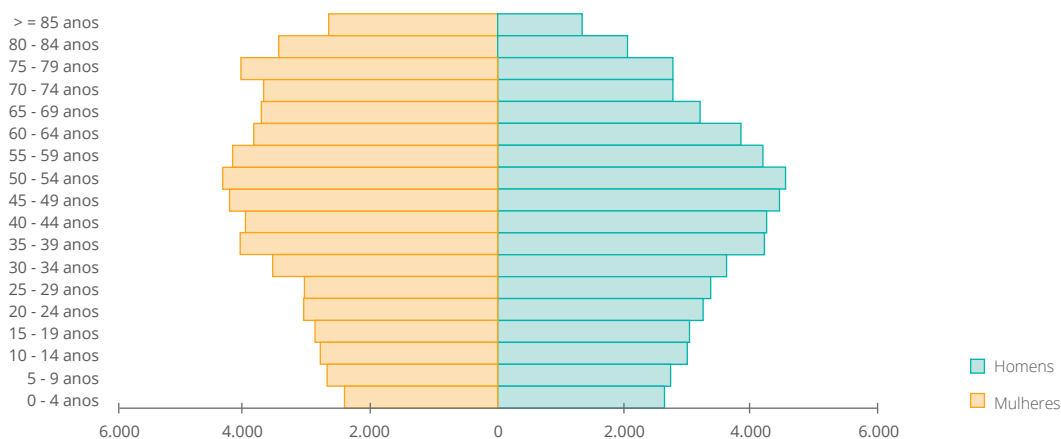
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE

PERFIL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO, EPE

► A área de influência da Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, EPE coincide geograficamente com o Baixo Alentejo, com uma superfície de 8 542,7 Km², correspondente a cerca de 9,3% do território nacional, abrangendo 13 Concelhos e 62 Freguesias, dando cobertura assistencial a uma população estimada de cerca de 121 859 habitantes, em 2014, e apresentando uma densidade populacional de 14,3 habitantes/Km².

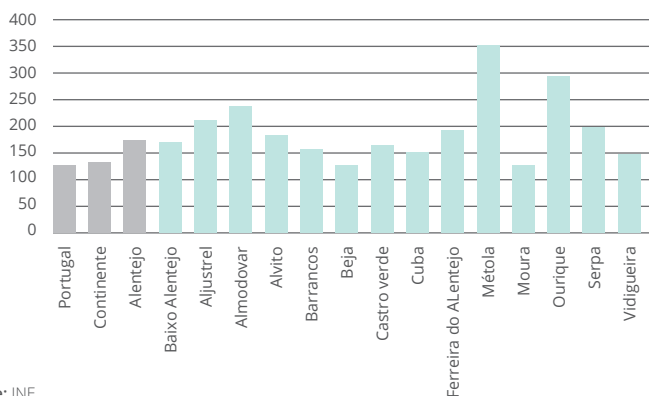
O Baixo Alentejo tem, desde há longos anos, vindo a sofrer um processo de depressão demográfica, aliado a um duplo envelhecimento da população, aumento da população idosa e redução da população jovem, com os indivíduos de 65 e mais anos a representarem quase 25% do total da mesma, enquanto a nível nacional este grupo etário representa cerca de 20%. O Índice de Envelhecimento da região apresenta uma tendência crescente, refletindo quer a diminuição da natalidade, com uma Taxa de Natalidade abaixo da nacional, quer o aumento da longevidade. Paralelamente, apresenta elevados níveis de dependência de idosos.

PIRÂMIDE ETÁRIA DOS RESIDENTES NO BA - 2014



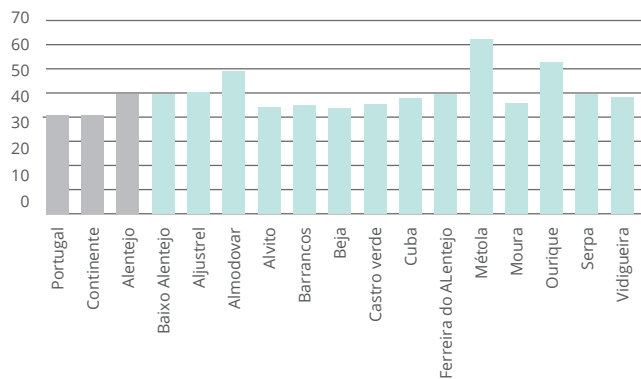
Fonte: INE

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO - 2014



Fonte: INE

ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS - 2014



Fonte: INE

► Adicionalmente tem a maior Taxa de Gravidez na Adolescência, com uma Taxa de Fecundidade na Adolescência a ser, em 2014, de 24,6‰, bastante acima dos valores registados quer na região Alentejo (13,1‰), quer a nível nacional (9,3‰).

A região apresenta como principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares, os tumores malignos nomeadamente do aparelho respiratório. A mortalidade infantil e as suas componentes apresentam, ao longo dos anos, um comportamento decrescente, embora em níveis superiores aos observados a nível nacional.

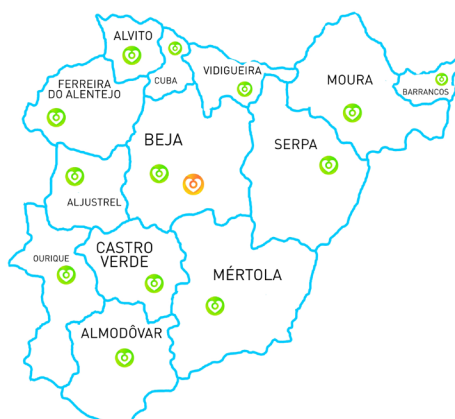
Em termos económicos, o Baixo Alentejo debate-se com uma elevada Taxa de Desemprego (14,5%), com uma parte significativa da população a viver do Rendimento Social de Inserção e pensões de reforma cujo valor médio anual, 3.897€, se encontra significativamente abaixo do observado a nível nacional (4.698€).

Estas realidades com reflexos de âmbito socioeconómico e impacto no desenho das políticas de saúde, sociais e de sustentabilidade, estão igualmente patentes na população de utentes inscritos da região (cerca de 125 500 utentes ativos) na qual pontuam os problemas de saúde crónicos, verificando-se que, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, as proporções mais elevadas de utentes inscritos com diagnósticos ativos foram a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos, as perturbações depressivas, o abuso do tabaco, a obesidade/excesso de peso e diabetes *mellitus*.

Em suma, trata-se de uma população envelhecida, que vive dispersa, e muitas vezes isolada, social e economicamente frágil, com baixos níveis de literacia e na qual pontuam os problemas de saúde crónicos.

PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO, EPE NO ANO DE 2013-2015

► A ULSBA, EPE tem por Missão a prestação de Cuidados de Saúde Primários, Diferenciados e Continuados à população residente na sua área de influência, bem como assegurar as atividades de Saúde Pública e os meios necessários ao exercício das competências da Autoridade de Saúde. A par das atividades assistenciais, são desenvolvidas as funções de formação, treino e investigação consideradas necessárias ao desenvolvimento técnico-profissional dos trabalhadores e colaboradores da ULSBA, EPE.



A ULSBA, EPE integra o Hospital José Joaquim Fernandes de Beja (Hospital Nível I com Urgência Médico-Cirúrgica e 2 Serviços de Urgência Básica) e o ACES do Baixo Alentejo (constituído por 13 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 Unidade de Saúde Familiar, 66 Extensões de Saúde, 5 Unidades de Cuidados na Comunidade, 1 Unidade de Saúde Pública, 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Centro de Aconselhamento e Deteção), contando com cerca de 1600 profissionais empenhados para a persecução dos seus objetivos.

De acordo com o Perfil de Saúde da região, os principais problemas de saúde estão intimamente ligados quer ao envelhecimento populacional existente quer a hábitos e estilos de vida desaconselhados – sedentarismo, má higiene alimentar, tabagismo, consumo excessivo de álcool, ... – que são passíveis de terem o seu curso natural alterado positivamente com a modificação dos mesmos, pelo que a ULSBA, EPE definiu como uma das linhas de ação prioritárias o combate aqueles, através de ações de promoção da saúde e prevenção da doença, traduzida numa forte aposta na Educação para a Saúde, em consonância com o preconizado pelos Planos Nacional e Regional de Saúde.

Assim, a ULSBA, EPE definiu como principais objetivos para o triénio 2013-2015:

- Promover a integração/articulação dos cuidados de saúde, desde a prevenção à reabilitação
- Promover o acesso aos Cuidados de Saúde Primários, garantindo Médico de Família a todos os utentes inscritos
- Desenvolver medidas de promoção de acesso às Consultas Hospitalares e combate às listas de espera para cirurgia
- Promover a qualidade e continuidade dos Programas de Saúde (Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infanto-Juvenil, Saúde de Adultos, Vacinação, Saúde Escolar, ...)
- Assegurar a continuidade de cuidados na comunidade e de proximidade (Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos)
- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis

- Promover a autogestão da doença
- Uniformizar as práticas profissionais em prol de uma efetiva qualidade clínica, organizacional e satisfação dos profissionais e utentes

Como forma de dar resposta a estes objetivos e, para além da atividade clínica assistencial corrente, a ULSBA, EPE tem em execução vários projetos, no âmbito de:

- Alimentação Saudável/Projeto Lancheira Sorriso em Movimento
- Saúde Infantil / Projeto Nascer e Bem Crescer
- Preparação para a Parentalidade
- Estimulação da Amamentação/Projeto Cantinho do Aleitamento
- Saúde Sexual e Reprodutiva
- Envelhecimento Ativo / Projeto Prevenção de Quedas
- Prevenção das Doenças Cardiovasculares
- Prevenção dos tumores rastreáveis
- Gestão Integrada da Doença (diabetes *mellitus*, e outras a definir)
- Educação Terapêutica no Âmbito das Doenças Crónicas
- Preparação para o Luto / Prevenção do Luto Patológico
- Cuidados Continuados e Paliativos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LITORAL ALENTEJANO, EPE

Encontra-se em fase de elaboração.



Plano Nacional de Saúde

Algarve //

Administração Regional de Saúde do Algarve


ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP
ACES ALGARVE I - CENTRAL
ACES ALGARVE II - BARLAVENTO
ACES ALGARVE III - SOTAVENTO



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP

PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO DO ALGARVE (PeLS) SÍNTESE NO ANO DE 2015

► A presente síntese do Perfil Regional de Saúde, baseada nos Perfis de Saúde construídos pelos Observatórios Regionais de Saúde dos Departamentos de Saúde Pública das ARS, proporciona um olhar rápido e integrador, sobre a saúde da população da área geográfica de influência da ARS Algarve.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA			
Descritores	Valor	Período de referência	Observações
Localização			Localizada no extremo ocidental da Europa, constituindo a região situada mais a sul do Continente, sendo a única região de saúde do Continente coincidente com uma única NUTS de nível 3. Integra um total de 16 concelhos
Área (Km ²)	4.996,8	-	Corresponde a 5,6% do território nacional
Habitantes (N ^o)	442.358	2013	Corresponde a 4,3% da população nacional
Densidade Populacional (hab./Km ²)	88,5	2013	Evidencia litoralização representada por faixa com elevada densidade populacional >100 hab./Km ² versus zona interior de serra e barrocal, abrangendo uma superfície superior a 70% do território, com baixa densidade <100 hab./Km ²
Crescimento Populacional (%)	14	2001/2011	Destaca-se pelo dinamismo demográfico (devendo-se sobretudo à imigração interna e externa), tendo registado nos últimos censos um aumento na população significativamente superior ao crescimento registado no Continente (1,8 %)
Índice de envelhecimento	131,8	2013	Assume valor inferior ao Continente (138,9). A Região apresenta, no entanto, concelhos muito envelhecidos, como é o caso de Alcoutim que apresenta um índice de envelhecimento igual a 625,8
Taxa de Natalidade (/1 000nv)	8,4	2013	Embora superior ao Continente (7,9), destaca-se o acentuado decréscimo da natalidade (-22% de nados-vivos) no último quinquénio, quando comparado com o registado no Continente (-17%). O ano de 2013 apresenta o mais baixo n.º de nados-vivos registados na região do Algarve desde 1997
Esperança de Vida à Nascimento (anos)	80,3	2013	A esperança de vida à nascença tem aumentado, em ambos os sexos, apresentando no ano 2013 valor de 80,3, valor muito próximo do Continente (80,8)
Turismo - Capacidade de Alojamento (%)	35,4	2013	O Turismo surge como a principal atividade económica da região, cuja forte sazonalidade, concentrada nos meses de verão, coloca desafios específicos ao nível das necessidades de saúde e da oferta de serviços de saúde. Constitui a região com a maior capacidade de alojamento (+100.000 camas) do País

Fonte: INE (calculado por Observatórios Regionais de Saúde das ARS)

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA						
	Indicador	Ano	Fonte	Valores		
				Algarve	Continente	
Mortalidade (antes 75 anos)	Taxa de Mortalidade Infantil 1 (\1 000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	2,7	2,9	😊
	Taxa de Mortalidade Neonatal (\1 000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	2,1	2,2	😊
	Taxa de Mortalidade Perinatal (\1 000 fetos mortos ≥28sem e nados-vivos)	2013	INE (ORS)	2,9	3,4	😊
	TMP (Taxa de Mortalidade Padronizada) por Tumores malignos (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	113,8	105,5	😞
	TMP por Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	35,9	37,8	😊
	TMP por Tumor maligno do estômago (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	8,0	9,6	😊
	TMP por Tumor maligno do cólon e reto (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	13,7	13,3	😞
	TMP por Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	23,3	19,0	😞
	TMP por Tumor maligno da mama (feminina) (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	19,7	15,2	😞
	TMP por Tumor maligno do colo do útero (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	4,9	2,6	😞
	TMP por Tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	6,3	7,9	😊
	TMP por Diabetes <i>mellitus</i> (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	5,5	8,6	😊
	TMP por D. Isquémica Cardíaca (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	22,9	15,8	😞
	TMP por D. Cerebrovasculares (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	18,1	19,1	😊
	TMP por Pneumonia (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	6,8	5,5	😞
	TMP por Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	2,7	3,5	😊
	TMP por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	10,5	6,7	😞
TMP por Suicídio (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	9,3	6,9	😞	
Morbilidade	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Diabetes (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	5,7	6,9	---
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Perturbações Depressivas (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	5,6	8,2	---
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de D. dos Dentes e Gengivas (7 anos) (\100 inscritos aos 7 anos)	2014	SIARS (ORS)	5,2	5,4	---
	Taxa de incidência de Tuberculose (100 000 indivíduos)	2013	INSA (ORS)	17,6	22,2	😊
	Taxa de incidência da Infecção VIH (100 000 indivíduos)	2013	DGS (ORS)	12,0	10,5	😞
Determinantes da Saúde	Proporção de Nascimento Pré-Termo (\100 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	8,2	7,9	😞
	Proporção de Crianças c/ Baixo Peso à Nascimento (\100 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	9,1	8,3	😞
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Hipertensão (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	16,4	19,7	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso do Tabaco (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	4,2	8,0	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso crónico do Álcool (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	0,5	1,1	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de Excesso de Peso (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	2,2	4,5	---

Fonte: INE (Instituto Nacional de Estatística); ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS); SIARS (Sistema de Informação das ARS); INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); DGS (Direção-Geral da Saúde) **Legenda:** 🟡 Acima do valor de referência 🟢 Abaixo do valor do referência 🟡 Coincidente com o valor de referência ND - Não disponível ao abrigo do segredo estatístico do INE --- Não são efetuadas comparações

Nota: O sombreado reporta a valores superiores/inferiores em que se verifica significância estatística.

Valor de referência: Continente

PLANO REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO ALGARVE (PRS) NO ANO DE 2015-2016

► A presente síntese do PRS engloba a análise e a priorização das necessidades de saúde da Região de Saúde do Algarve, baseada numa pré-avaliação prognóstica das mesmas, identificando as principais linhas de atuação estratégicas no âmbito da política de saúde regional que permitam adequar o sistema de saúde às necessidades identificadas.

NECESSIDADES DE SAÚDE		
Mortalidade	Morbilidade	Determinantes da saúde
Reduzir a mortalidade por:	Reduzir a morbilidade por:	Reduzir:
<ul style="list-style-type: none"> • Tumores malignos • Doença Isquémica Cardíaca • Doenças Cerebrovasculares • Acidentes de trânsito c/ veículos a motor • Suicídios 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Perturbações Depressivas • Tuberculose e DPOC • SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Nascimento Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento - Hipertensão • Consumo de Tabaco e de Álcool • Excesso de Peso e Obesidade • Inatividade Física/Sedentarismo

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE	SERVIÇOS E PROGRAMAS / PROJETOS DE SAÚDE
Promoção da Saúde e Prevenção da Doença	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas/Programas de Base (Saúde Escolar; Saúde Oral; Saúde Materna e Infantil; Vacinação; D. Transmissíveis; Luta contra a Tuberculose; Saúde Ambiental e Ocupacional;...) • Programas Prioritários (Tabagismo; Alimentação Saudável; VIH/sida; S. Mental; Oncológicas;...) • Grupos de Trabalho/Apoio (Saúde Mental Infantil, Violência ao longo do Ciclo de Vida); Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco • Outros Programas/Projetos (Janela Aberta à Família; Intervenção em Meio Prisional; Intervenção local - DICAD; Troca de Seringas;...) • Consultas e Serviços (Vigilância da Saúde a grupos específicos; Apoio Psicossocial em Adolescentes/Jovens - DICADependências; Cuidados Continuados Integrados)
Diagnóstico e Tratamento Precoces	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços (Vias Verdes - Coronária e AVC; Núcleo de Rastreios - C. Mama Feminina; C. Colo do Útero, Retinopatia Diabética, previsto: C. Cólon e Recto) • Consultas (CDP-Tuberculose; CAD Precoce - Infecção VIH/SIDA; DICADependências; Consultas de Vigilância da Saúde - Cessação Tabágica; Nutrição; Dependências e grupos específicos)

PARCERIAS / STAKEHOLDERS
<p>Saúde (Centro Hospitalar do Algarve; Centro Hospitalar de Lisboa Central, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, restantes ARS,...); Administração Local (Autarquias, Juntas de Freguesia,...); Educação e Ciência (Dir. Geral dos Estabelecimentos Escolares, Agrupamentos Escolares; Universidade do Algarve); Turismo (Região de Turismo do Algarve); Desporto (Instituto Português do Desporto e Juventude); Ambiente (Agência Portuguesa do Ambiente); Economia (Autoridade de Segurança Alimentar e Económica); Administração Interna (Polícia de Segurança Pública); Justiça (Direção Geral dos Serviços Prisionais); Solidariedade, Emprego e Segurança Social (Segurança Social; Instituto de Emprego e Formação Profissional); Org. Não Governamentais, Instituições e Associações (Comunidade Intermunicipal do Algarve; Associação de Saúde Mental do Algarve, Cruz Vermelha Portuguesa; Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar;...)</p>

	OBJETIVOS	INDICADORES	ÚLTIMO VALOR	META 2016
Mortalidade (antes dos 65 anos)	Diminuir a mortalidade por Tumores malignos	AVPP Tumor maligno Traqueia, Brônquios e Pulmão ¹ (100 000 indivíduos)	2012 241,9 ☹️	245-250*
		TMP Tumor maligno Mama Feminina ¹ (100 000 indivíduos)	2012 17,1 ☹️	12-12,5
		TMP Tumor maligno Cólon e Reto ¹ (100 000 indivíduos)	2012 5,7 ☹️	7-7,5*
		TMP Tumor maligno Colo do Útero antes 65 anos ¹ (100 000 indivíduos)	2012 2,3 ☹️	3-3,5*
	Diminuir a mortalidade por D. Isquémica Cardíaca	Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) D. Isquémica Cardíaca ¹ (100 000 indivíduos)	2012 14 ☹️	7,5-8
	Diminuir a mortalidade por D. Cerebrovasculares	TMP D. Cerebrovasculares ¹ (100 000 indivíduos)	2012 9,7 😊	5,7-6
	Diminuir a mortalidade por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor	TMP Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor ¹ (100 000 indivíduos)	2012 9,8 ☹️	5,5-6
Manter ou diminuir a mortalidade por Suicídio	TMP Suicídio ¹ (100 000 indivíduos)	2012 7,4 ☹️	7-7,4	
Morbilidade	Aumentar o diagnóstico de Diabetes nos ACES	Proporção de inscritos com diagnóstico de Diabetes ² (\100 inscritos)	2014 5,7	5,7-13
	Melhorar o diagnóstico da Depressão	Proporção de inscritos com diagnóstico de Perturbações Depressivas ² (\100 inscritos)	2014 5,6	5,6-7
	Manter a incidência de Tuberculose	Taxa de incidência de Tuberculose ³ (100 000 indivíduos)	2013 17,6 😊	<20
	Diminuir a incidência de da infeção VIH	Taxa de incidência da Infeção VIH ⁴ (100 000 indivíduos)	2013 12 ☹️	11-12
Determinantes da saúde	Diminuir os Nascimentos Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascença	Proporção de Nascimentos Pré-Termo ⁵ (\100 nados-vivos)	2013 8,2 ☹️	<8,2
		Proporção de Crianças com Baixo Peso à Nascença ⁵ (\100 nados-vivos)	2013 9,1 ☹️	<9,1
	Aumentar o diagnóstico de Hipertensão nos ACES	Proporção de inscritos com diagnóstico de Hipertensão ² (\100 inscritos)	2014 16,4	25-35
	Diminuir a prevalência do consumo de Tabaco	Prevalência do consumo de Tabaco no último mês, 15 aos 64 anos ⁶ (%)	2012 29,6 ☹️	27,6
		Prevalência do consumo de tabaco em meio escolar (3.º ciclo), P30d (consumo atual) ⁷ (%)	2011 14M-19F	13M-18F
	Diminuir a prevalência do consumo de Álcool	Prevalência do consumo de Álcool no último mês, 15 aos 64 anos ⁶ (%)	2012 43,4 😊	---
	Diminuir a ocorrência recente de Embriaguez	Ocorrência recente de embriaguez em meio escolar (3.º ciclo), P12M ⁷ (%)	2011 7 😊	6-6,5
	Manter ou diminuir a prevalência de Obesidade e Excesso de Peso	Prevalência de excesso de peso em crianças dos 6-8 anos (incluindo obesidade) CDC ⁸ (%)	2010 19,5 😊	≤19,5
		Prevalência da obesidade em crianças dos 6-8 anos CDC ⁸ (%)	2010 10,1 😊	≤10,1
	Aumentar a prática de Atividade Física	Atividade física em adolescentes escolarizados do 6.º, 8.º e 10.º anos, 3 ou mais vezes por semana ⁹ (%)	2014 55,1 😊	56-58

Fonte: 1INE-PNS - Indicadores_e_Metas_em_Saúde_ed.2012 e PNS_Em_Números_ed.2014 (Mortalidade); 2SIARS - Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde [Nº de utentes com diagnóstico ativo na lista de problemas, de acordo com a classificação ICPC-2]; 3DGS - SVIG-TB; Sistema de Informação Intrínseco do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose - Observatórios Regionais de Saúde; 4DGS - INSA; Departamento de Doenças Infecciosas - Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica - Observatórios Regionais de Saúde; 5INE - Observatórios Regionais de Saúde; 6III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA /SICAD, 2014; 7Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, (3.º ciclo e Secundário). Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada- Síntese de resultados. SICAD; 8Cosi Portugal, European Childhood Obesity Surveillance Initiative - Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil; 9HSBC - Health Behaviour in School - Aged Children

Legenda: do campo "Último Valor": ☹️ Acima do valor de referência 😊 Abaixo do valor do referência ☺️ Coincidente com o valor de referência

Nota: O sombreado reporta a valores superiores/inferiores em que se verifica significância estatística.


Valor de referência: Continente ou Portugal

*De acordo com as projecções da DGS é expectável um aumento para estas causas 1

ACES DO ALGARVE I CENTRAL

PERFIL LOCAL DE SAÚDE (PeLS) - ACES ALGARVE I CENTRAL - SÍNTESE NO ANO DE 2015

► A presente síntese do Perfil Local de Saúde, baseada nos Perfis de Saúde construídos pelos Observatórios Regionais de Saúde dos Departamentos de Saúde Pública das ARS, proporciona um olhar rápido e integrador, sobre a saúde da população da área geográfica de influência do ACES Central da região de Saúde do Algarve.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA			
Descritores	Valor	Período de referência	Observações
Localização			Localizado na zona central da região do Algarve, confrontado a Sul pelo Oceano Atlântico, a Norte pela região do Alentejo, a Este pelo ACES Barlavento e Oeste pelo ACES Sotavento. Integra um total de 5 concelhos: Faro (sede do ACES), Albufeira, Loulé, Olhão e S. Brás de Alportel
Área (Km ²)	1.391	-	Corresponde a 27,8% do território da região
Habitantes (N ^o)	226.727	2013	Corresponde a 51% da população da região
Densidade Populacional (hab/Km ²)	163,0	2013	Evidencia litoralização representada por faixa com elevada densidade populacional >200 hab./Km ² (Albufeira, Faro, Olhão e Sul de Loulé) versus zona interior de serra e barrocal com baixa densidade <100 hab./Km ² (Norte de Loulé e S. Brás de Alportel)
Crescimento Populacional (%)	16,3	2001/2011	Revela dinamismo demográfico (devendo-se sobretudo à imigração interna e externa) tendo registado nos últimos censos um aumento na população superior ao crescimento registado na região (14 %)
Índice de Envelhecimento	118,3	2013	Assume valor inferior à região (131,8). O ACES apresenta o Concelho da região menos envelhecido (90,4 – Albufeira)
Taxa de Natalidade (/1 000nv)	8,8	2013	Embora superior à região (8,4), destaca-se o acentuado decréscimo da natalidade (-23%) de nados-vivos) no último quinquénio, próximo do registado para a região (-22%). O ano de 2013 apresenta o mais baixo n.º de nados-vivos registados desde 1997
Esperança de Vida à Nascimento (anos)	80,4	2013	A esperança de vida à nascença tem aumentado, em ambos os sexos, apresentando no ano 2013 (80,4) um valor muito próximo da região (80,3)
Turismo - Capacidade de Alojamento (%)	55,5	2013	O Turismo surge como a principal atividade económica do ACES, cuja forte sazonalidade, concentrada nos meses de verão, coloca desafios específicos ao nível das necessidades de saúde e da oferta de serviços de saúde. Constitui o ACES com a maior capacidade de alojamento (+61 000 camas) da Região

Fonte: INE (calculado por Observatórios Regionais de Saúde das ARS)

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

	Indicador	Ano	Fonte	Valores		
				ACES	Região	
	Taxa de Mortalidade Infantil 1 (\1 000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	1,5	2,7	😊
	Taxa de Mortalidade Neonatal (\1 000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	2,1	2,1	😊
	Taxa de Mortalidade Perinatal (\1 000 fetos mortos ≥28sem e nados-vivos)	2013	INE (ORS)	3,0	2,9	😞
Mortalidade (antes 75 anos)	TMP (Taxa de Mortalidade Padronizada) por Tumores malignos (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	111,7	113,8	😊
	TMP por Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	33,3	35,9	😊
	TMP por Tumor maligno do estômago (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	6,8	8,0	😊
	TMP por Tumor maligno do cólon e reto (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	12,2	13,7	😊
	TMP por Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	23,6	23,3	😞
	TMP por Tumor maligno da mama (feminina) (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	20,6	19,7	😞
	TMP por Tumor maligno do colo do útero (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	5,3	4,9	😞
	TMP por Tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	6,4	6,3	😞
	TMP por Diabetes <i>mellitus</i> (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	5,9	5,5	😞
	TMP por D. Isquémica Cardíaca (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	23,4	22,9	😞
	TMP por D. Cerebrovasculares (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	18,4	18,1	😞
	TMP por Pneumonia (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	6,4	6,8	😊
	TMP por Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	2,9	2,7	😞
	TMP por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	9,1	10,5	😊
	TMP por Suicídio (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	9,6	9,3	😞
	Morbilidade	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Diabetes (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	4,9	5,7
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Perturbações Depressivas (\100 inscritos)		2014	SIARS (ORS)	4,9	5,6	---
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de D. dos Dentes e Gengivas (7 anos) (\100 inscritos aos 7 anos)		2014	SIARS (ORS)	5,2	5,2	---
Taxa de incidência de Tuberculose (100 000 indivíduos)		2013	INSA (ORS)	19,3	17,6	😞
Taxa de incidência da Infecção VIH (100 000 indivíduos)		2013	DGS (ORS)	16,7	12,0	😞
Determinantes da Saúde	Proporção de Nascimentos Pré-Termo (\100 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	8,9	8,2	😞
	Proporção de Crianças c/ Baixo Peso à Nascimento (\100 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	9,8	9,1	😞
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Hipertensão (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	14,2	16,4	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso do Tabaco (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	4,5	4,2	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso crónico do Álcool (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	0,4	0,5	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de Excesso de Peso (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	2,3	2,2	---

Fonte: INE (Instituto Nacional de Estatística); ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS); SIARS (Sistema de Informação das ARS); INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); DGS (Direção-Geral da Saúde) **Legenda:** 🟡 Acima do valor de referência 🟢 Abaixo do valor do referência 🟡 Coincidente com o valor de referência ND - Não disponível ao abrigo do segredo estatístico do INE --- Não são efetuadas comparações

Valor de referência: Região

PLANO LOCAL DE SAÚDE (PLS) – ACES ALGARVE I CENTRAL NO ANO DE 2015-2016

► O Plano Local de Saúde do ACES Central identifica as principais linhas de atuação no âmbito de quatro eixos estratégicos.

EIXOS ESTRATÉGICOS

- Eixo I - Optimizar o funcionamento da estrutura orgânica e funcional
- Eixo II - Promover o acesso, a qualidade e efectividade dos cuidados de saúde prestados
- Eixo III - Consolidar a contratualização interna como via para melhorar o desempenho
- Eixo IV - Reforçar a presença do ACES na comunidade

PRIORIDADES

Mortalidade	Morbilidade	Determinantes da saúde
Reduzir a mortalidade por:	Reduzir a morbilidade por:	Reduzir:
<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasias malignas • Causas externas (Acidentes c/ veículos a motor e Suicídios) • Doenças do Aparelho Circulatório • Doenças do Aparelho Digestivo • Doenças do Aparelho Respiratório 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Perturbações Depressivas • Tuberculose e DPOC • SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão • Consumo de Tabaco e de Álcool • Excesso de Peso e Obesidade • Inatividade Física/Sedentarismo • Nascimento Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento

PRIORIDADES


PRIORIDADES	PRIORIDADES
<p>Promoção da Saúde e Prevenção da Doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas/Programas de Base (Saúde Escolar; Saúde Oral; Saúde Materna e Infantil; Vacinação; D. Transmissíveis; Luta contra a Tuberculose; Saúde Ambiental e Ocupacional;...) • Programas Prioritários (Doenças cerebro cardiovasculares; Tabagismo; Alimentação Saudável; VIH/SIDA; S. Mental; D. Oncológicas;...) • Outros Programas/Projetos (Intervenção em Meio Prisional; Intervenção local – DICAD; Troca de Seringas;...) • Consultas e Serviços (Vigilância da Saúde a grupos específicos; Apoio Psicossocial em Adolescentes/Jovens – DICADependências; Cuidados Continuados Integrados)
<p>Diagnóstico e Tratamento Precoces</p> <p>Articulação entre Serviços de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços (Vias Verdes (Coronária e AVC); Núcleo de Rastreamentos (C. Mama Feminina; C. Colo do Útero, Retinopatia Diabética, previsto: C. Cólon e Recto) • Consultas (CDP-Tuberculose; CAD Precoce - Infecção VIH/SIDA; DICADependências Consultas de Vigilância da Saúde (Cessação Tabágica, Nutrição; Dependências e grupos específicos) • Melhorar a referenciação dos utentes e articulação entre unidades funcionais do ACES

PROGRAMA DE SAÚDE	OBJETIVOS	INDICADORES-CHAVE	ÚLTIMO VALOR	META
Programa de Prevenção das Doenças Oncológicas	Assegurar o atendimento de mulheres em rastreio organizado(incluindo as utentes sem médico de família)	Proporção de mulheres entre [25; 60] anos, com citologia nos últimos 3 anos	27,5 %	40%
		Proporção de mulheres entre [50; 70] anos, com mamografia nos últimos 2 anos	29,4 %	60%
Programa para as Doenças Cérebro-cardiovasculares	Aumentar o diagnóstico de Hipertensão no ACES	Proporção de inscritos com registo de diagnóstico de Hipertensão (\100 inscritos)	2014 14,2 %	25-35%
	Reduzir a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos	Proporção de utentes com idade ≥15 anos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo no último ano	4,1%	20,0%
	Combater o sedentarismo, incentivar o equilíbrio da dieta e o combate à obesidade em meio escolar	Prevalência de excesso de peso em crianças dos 6-8 anos (incluindo obesidade) CDC	2010 19,5% 😊	≤19,5%
	Aumentar a prática de Atividade Física	Atividade física em adolescentes escolarizados do 6º, 8º e 10º anos, 3 ou mais vezes por semana	2014 55,1% 😊	56-58%
	Redução global da mortalidade por causas do aparelho circulatório	Taxa de internamentos por DCV, entre residentes <65 anos	7,2/ 10.000	6,1/ 10.000
Programa para a Diabetes	Aumentar o diagnóstico de diabetes no ACES	Proporção de inscritos com diagnóstico de diabetes registado (\100 inscritos)	2014 4,9 %	5,7-13%
		Proporção de utentes com DM, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	37,5%	50,0%
	Reduzir a incidência de complicações micro e macro-vasculares (Rastreio sistemático da retinopatia diabética, do pé diabético e da nefropatia diabética da ARS Algarve).	Proporção de utentes com DM, com o último registo de HgbA1c ≤ 8%	46,1%	55,0%
		Incidência de amputações major de membro inferior (DM), em utentes inscritos	1,5/ 10.000	1,2/ 10.000
		Proporção de utentes com DM, c/ microalbuminúria último ano	38,4%	50,0%
Programa para as Doenças Respiratórias	Contribuir para a precocidade no diagnóstico, nomeadamente, aumentar a acessibilidade às espirometrias nos Cuidados de Saúde Primários	Proporção de utentes com diagnóstico de asma	1,3%	3,0%
		Proporção de utentes com diagnóstico de DPOC	0,4%	1,3%
Programa da Luta contra a Tuberculose	Manter a incidência de Tuberculose	Taxa de incidência de Tuberculose (100 000 indivíduos)	2013 19,3 😊	<20
Programa para a Infecção VIH/SIDA	Diminuir a incidência da infeção por VIH	Taxa de incidência da Infeção VIH (100 000 indivíduos)	2013 16,7 😞	11-12
Programa para a Saúde Mental	Diminuir a prevalência do consumo de Álcool	Prevalência do consumo de Álcool no último mês, 15 aos 64 anos 6 (%)	2012 43,4% 😊	---
	Melhorar o diagnóstico da Depressão	Proporção de inscritos com diagnóstico de Perturbações Depressivas 2(\100 inscritos)	2014 4,9 %	5,6-7 %
Saúde Reprodutiva (Saúde Materna e Planeamento Familiar)	Garantir a acessibilidade das mulheres em idade fértil, às consultas de Planeamento Familiar (PF), incluindo as utentes sem médico de família atribuído	Proporção de mulheres em idade fértil, com acesso às consultas de PF, incluindo as utentes sem médico de família atribuído	34,3 %	40,0%
		Proporção de grávidas com acompanhamento adequado (Precocidade da primeira consulta de saúde materna (1ª consulta até às 8 semanas e 6 consultas de vigilância)	16,2 %	20%
	Diminuir os Nascimentos Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento	Proporção de Nascimentos Pré-Termo 5 (\100 nados-vivos)	2011 13 8,5 😞	<8,1
		Proporção de Crianças com Baixo Peso à Nascimento 5 (\100 nados-vivos)	2011 13 9,6 😞	<9

ACES DO ALGARVE II BARLAVENTO

PERFIL LOCAL DE SAÚDE (PeLS)- ACES ALGARVE II BARLAVENTO – SÍNTESE NO ANO DE 2015

► A presente síntese do Perfil Local de Saúde, baseada nos Perfis de Saúde construídos pelos Observatórios Regionais de Saúde dos Departamentos de Saúde Pública das ARS, proporciona um olhar rápido e integrador, sobre a saúde da população da área geográfica de influência do ACES Barlavento da região de Saúde do Algarve.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA			
Descritores	Valor	Período de referência	Observações
Localização			Localizado na zona Oeste da região do Algarve, confrontado a Oeste e a Sul Oceano Atlântico, a Norte pela região do Alentejo e a Este pelo ACES Central. Integra um total de 7 concelhos: Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão (sede do ACES), Silves e Vila do Bispo.
Área (Km²)	2.061	-	Corresponde a 41,3% do território da região
Habitantes (Nº)	161.779	2013	Corresponde a 36,6% da população da região
Densidade Populacional (hab./Km²)	78,5	2013	Evidência litoralização representada por faixa com elevada densidade populacional >140 hab./Km² (Lagoa, Lagos, Portimão) versus zona interior de serra e barrocal com baixa densidade <60 hab./Km² (Aljezur, Monchique, Silves e Vila do Bispo)
Crescimento Populacional (%)	15,2	2001/2011	Revela dinamismo demográfico (devendo-se sobretudo à imigração interna e externa) tendo registado nos últimos censos um aumento na população superior ao crescimento registado na região (14 %)
Índice de envelhecimento	137,1	2013	Assume valor superior à região (131,8). O ACES apresenta o 2.º Concelho da região mais envelhecido (377,2 – Monchique).
Taxa de Natalidade (/1 000nv)	8,2	2013	Apresenta valor próximo à região (8,4), destacando-se também o acentuado decréscimo da natalidade (-21% de nados-vivos) no último quinquénio, próximo do registado para a região (-22%). O ano de 2013 apresenta o mais baixo n.º de nados-vivos registados desde 1997
Esperança de Vida à Nascimento (anos)	80,3	2013	A esperança de vida à nascença tem aumentado, em ambos os sexos, apresentando no ano 2013 valor coincidente com a região
Turismo - Capacidade de Alojamento (%)	34	2013	O Turismo surge como a principal atividade económica do ACES, cuja forte sazonalidade, concentrada nos meses de verão, coloca desafios ao nível das necessidades de saúde e da oferta de serviços de saúde. Constitui o 2.º ACES com a maior capacidade de alojamento (cerca de 37.000 camas) da Região

Fonte: INE (calculado por Observatórios Regionais de Saúde das ARS)

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA						
	Indicador	Ano	Fonte	Valores		
				ACES	Região	
	Taxa de Mortalidade Infantil 1 (\1 000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	4,5	2,7	☹️
	Taxa de Mortalidade Neonatal (\1 000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	2,2	2,1	☹️
	Taxa de Mortalidade Perinatal (\1 000 fetos mortos ≥28sem e nados-vivos)	2013	INE (ORS)	3,0	2,9	☹️
Mortalidade (antes 75 anos)	TMP (Taxa de Mortalidade Padronizada) por Tumores malignos (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	113,8	
	TMP por Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	35,9	
	TMP por Tumor maligno do estômago (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	8,9	8,0	☹️
	TMP por Tumor maligno do cólon e reto (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	13,7	
	TMP por Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	23,3	
	TMP por Tumor maligno da mama (feminina) (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	19,3	19,7	😊
	TMP por Tumor maligno do colo do útero (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	4,0	4,9	😊
	TMP por Tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	5,2	6,3	😊
	TMP por Diabetes <i>mellitus</i> (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	5,5	
	TMP por D. Isquémica cardíaca (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	22,9	
	TMP por D. Cerebrovasculares (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	18,1	18,1	😊
	TMP por Pneumonia (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	7,6	6,8	☹️
	TMP por Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	3,0	2,7	☹️
	TMP por Acidentes de trânsito c/ veículos a motor (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	11,6	10,5	☹️
	TMP por Suicídio (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	7,3	9,3	😊
	Morbilidade	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Diabetes (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	6,2	5,7
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Perturbações Depressivas (\100 inscritos)		2014	SIARS (ORS)	5,8	5,6	---
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de D. dos Dentes e Gengivas (7 anos) (\100 inscritos aos 7 anos)		2014	SIARS (ORS)	4,8	5,2	---
Taxa de incidência de Tuberculose (100 000 indivíduos)		2013	INSA (ORS)	15,4	17,6	😊
Taxa de incidência da Infecção VIH (100 000 indivíduos)		2013	DGS (ORS)	8,0	12,0	😊
Determinantes da Saúde	Proporção de Nascimento Pré-Termo (\100 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	7,1	8,2	😊
	Proporção de Crianças c/ Baixo Peso à Nascimento (\100 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	8,8	9,1	😊
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Hipertensão (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	17,4	16,4	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso do Tabaco (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	3,4	4,2	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso crónico do Álcool (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	0,5	0,5	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de Excesso de Peso (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	1,1	2,2	---

Fonte: INE (Instituto Nacional de Estatística); ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS); SIARS (Sistema de Informação das ARS); INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); DGS (Direção-Geral da Saúde)

Legenda: ☹️ Acima do valor de referência ☺️ Abaixo do valor de referência ☺️ Coincidente com o valor de referência ND - Não disponível ao abrigo do segredo estatístico do INE

--- Não são efetuadas comparações

Valor de referência: Região



PLANO LOCAL DE SAÚDE (PLS) – ACES ALGARVE II BARLAVENTO NO ANO DE 2015–2016

► De acordo com os objetivos estratégicos da ARS Algarve elaborou-se o Plano cuja estratégia e linha de ação assentam no desenvolvimento de 4 eixos:

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

1. Melhorar o acesso, a qualidade e efectividade dos serviços
2. Consolidar a implementação dos programas prioritários do Plano Nacional de Saúde
3. Garantir uma gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis
4. Consolidar a estrutura interna do ACES, as suas ligações à comunidade e às instituições

NECESSIDADES TÉCNICAS DE SAÚDE

Mortalidade	Morbilidade	Determinantes da saúde
Reduzir a mortalidade por:	Reduzir a morbilidade por:	Reduzir:
<ul style="list-style-type: none"> • Tumores malignos • Doença Isquémica Cardíaca • Doenças Cerebrovasculares • Acidentes de trânsito c/ veículos a motor • Suicídios 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Perturbações Depressivas • Tuberculose e DPOC • Sida 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão • Consumo de Tabaco e de Álcool • Nascimentos Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento

SERVIÇOS E PROGRAMAS / PROJETOS DE SAÚDE

- **Áreas/Programas de Base** (Saúde Escolar; Saúde Oral; Saúde Materna e Infantil; Vacinação; D. Transmissíveis; Luta contra a Tuberculose; Saúde Ambiental e Ocupacional;...);
- **Programas Prioritários** (Tabagismo; Alimentação Saudável; VIH/SIDA; S. Mental; D. Oncológicas;...);
- **Grupos de Trabalho/Apoio** (Saúde Mental Infantil, Violência ao longo do Ciclo de Vida); Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;
- **Outros Programas/Projetos** (Intervenção local – CCI; Intervenção em meio prisional/Tuberculose;...)
- **Consultas e Serviços** UCSP, UCC; URAP, CDP, Paliativos, consultas de recurso. Vigilância da Saúde a grupos específicos; Apoio Psicossocial em Adolescentes/Jovens; DICADependências/Metadona; Cuidados Continuados Integrados; Sanidade Internacional; Consulta do Viajante


	OBJETIVOS	INDICADORES	ÚLTIMO VALOR	META 2016
Melhorar o acesso, a qualidade e efectividade dos serviços	Melhorar a vigilância em saúde materna	% de grávidas com consulta médica de vigilância no 1º Trimestre	83	95
	Prevenir a ocorrência de casos de RN de termo com baixo peso	% RN de termo de baixo peso	8,4	8,1
	Minorar os efeitos de polimedicação nos idosos	% Idosos sem ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos	77,63	79,00
	Assegurar que todos os utentes inscritos no ACES Barlavento tenham médico de família	% Utentes sem médico de família sem ser por opção de utente	35,00	28,00
		% de MIF com acompanhamento adequado em PF	7,81	12,00
		% de crianças com 1 ano com acompanhamento adequado	21,51	24,00
Programas Prioritários do PNS	Manter a dinâmica do Nucleo de Diabetes do Barlavento como instrumento de gestão clínica integrada da Diabetes no ACES	Periodicidade de reuniões do núcleo da diabetes efetuadas e respectivas/planeadas	Semanal	Semanal
		% DM com exame pés ultimo ano	20,61	40,50
	Contribuir para o controle e detecção precoce das infeções por VIH/SIDA	Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes	1.8 /10 000	1.2 /10 000
		Nº de teste rápidos de VIH/SIDA realizados a utentes com idade superior a 18 anos	292	600
		% Alunos abrangidos por atividades de sensibilização para a detecção precoce /prevenção do VIH/SIDA	53	60
	Promover a realização de intervenções breves a utentes fumadores	% Enfermeiros com formação de VIH/SIDA atualizada	40	65
		% Utentes com 14 ou + anos com registo de hábitos tabágicos	13,79	23,00
	Colaborar na realização dos rastreios organizados pelo Núcleo de Rastreios da ARS	% Utentes entre os 50 e os 74 anos com rastreio do cancro colorretal com pesquisa de sangue oculto nas fezes	9,31	18,50
		% Mulheres entre os 25 e os 60 anos com rastreio de cancro do colo do útero por citologia cervico-vaginal nos últimos 3 anos	12,12	25,00
	Contribuir para a diminuição da ocorrência de AVC como primeira causa de morte	% Utentes com HTA e sem DM com prescrição de ARA II	12,96	10,50
	Dar cumprimento ao Programa Nacional de Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos	Elaboração de Guia de Consulta Rápida sobre Antibioterapia	Sim	Atualização
		Formação dos Profissionais sobre Higiene das Mãos e a Antibioterapia	Sim	Continuação
		Realização de Auditorias	2	2
		Realização de reuniões com os Elos de Ligação	3	3
Gestão eficiente dos recursos	Promover a melhoria continua na prestação de cuidados	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	80,40	90,0
		Taxa de domicílios de enfermagem por 1 000 inscritos	60,47	110,00
	Manter a redução dos gastos de medicação e meios complementares de diagnóstico e medicina física e reabilitação	Despesa medicamentos prescritos, por utilizador (PVP)	114€	113€
		Despesa MCDT prescritas, por utilizador SNS (P/consulta)	42,20€	39,00€
Consolidar estrutura interna e ligações à comunidade e região	Promover a articulação entre as unidade funcionais do ACES	Reuniões entre os Coordenadores das unidades e o Conselho Clínico e da Saúde	4	4
	Dinamizar a articulação com o Conselho da Comunidade do Barlavento	Reuniões com a presença do Conselho Clínico e da Saúde no Conselho da Comunidade	0	1

Fonte: INE-PNS Indicadores_e_Metas_em_Saúde_ed.2012 e PNS_Em_Números_ed.2014 (Mortalidade);SIARS - Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde [Nº de utentes com diagnóstico ativo na lista de problemas, de acordo com a classificação ICPC-2; DGS - SVIG-TB; Sistema de Informação Intrínseco do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose - Observatórios Regionais de Saúde; DGS - INSA; Departamento de Doenças Infecciosas - Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica - Observatórios Regionais de Saúde; INE - Observatórios Regionais de Saúde.

ACES DO ALGARVE III - SOTAVENTO

PERFIL LOCAL DE SAÚDE (PeLS) - ACES ALGARVE III SOTAVENTO - SÍNTESE NO ANO DE 2015

► A presente síntese do Perfil Local de Saúde, baseada nos Perfis de Saúde construídos pelos Observatórios Regionais de Saúde dos Departamentos de Saúde Pública das ARS, proporciona um olhar rápido e integrador, sobre a saúde da população da área geográfica de influência do ACES Sotavento da região de Saúde do Algarve.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA			
Descritores	Valor	Período de referência	Observações
Localização			Localizado na zona Este da região do Algarve, confrontado a Sul pelo Oceano Atlântico, a Norte pela região do Alentejo, a Este pelo Rio-Guadiana/Espanha e a Oeste pelo ACES Central. Integra um total de 4 concelhos: Tavira (sede do ACES), Alcoutim, Castro Marim e Vila Real de St.º António
Área (Km²)	1.544	-	Corresponde a 30,9% do território da região
Habitantes (Nº)	53.852	2013	Corresponde a 12% da população da região
Densidade Populacional (hab/Km²)	35	2013	Evidencia litoralização representada por faixa com elevada densidade populacional >100 hab./Km² (Sul Tavira e Vila Real de St.º António) versus zona interior de serra e barrocal com baixa densidade <50 hab./Km² (Alcoutim, Castro Marim e Norte de Tavira)
Crescimento Populacional (%)	12	2001/2011	Revela dinamismo demográfico (devendo-se sobretudo à imigração interna e externa) tendo registado no entanto, nos últimos censos, valor inferior ao crescimento registado na região (14 %)
Índice de envelhecimento	179,6	2013	Assume notoriamente valor superior à região (138,9). O ACES apresenta o 1.º Concelho da região mais envelhecido (625,8 - Alcoutim), sendo dos mais envelhecidos do país
Taxa de Natalidade (/1 000nv)	7,3	2013	Apresenta valor inferior à região (8,4), destacando-se também o acentuado decréscimo da natalidade (-21%) de nados-vivos no último quinquénio, próximo do registado para a região (-22%). O ano de 2013 apresenta o mais baixo n.º de nados-vivos registados desde 1997
Esperança de Vida à Nascimento (anos)	80,3	2013	A esperança de vida à nascença tem aumentado, em ambos os sexos, apresentando no ano 2013 valor coincidente com a região
Turismo - Capacidade de Alojamento (%)	10,5	2013	O Turismo surge de forma menos acentuada como atividade económica neste ACES, que apresenta a menor capacidade de alojamento (cerca de 11 000 camas) da Região. A sazonalidade coloca desafios ao nível das necessidades de saúde e da oferta de serviços de saúde.

Fonte: INE (calculado por Observatórios Regionais de Saúde das ARS)

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA						
	Indicador	Ano	Fonte	Valores		
				ACES	Região	
	Taxa de Mortalidade Infantil 1 (\1 000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	2,6	2,7	😊
	Taxa de Mortalidade Neonatal (\1 000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	1,5	2,1	😊
	Taxa de Mortalidade Perinatal (\1 000 fetos mortos ≥28sem e nados-vivos)	2013	INE (ORS)	2,5	2,9	😊
Mortalidade (antes 75 anos)	TMP (Taxa de Mortalidade Padronizada) por Tumores malignos (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	113,8	
	TMP por Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	35,9	
	TMP por Tumor maligno do estômago (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	9,8	8,0	😞
	TMP por Tumor maligno do cólon e reto (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	13,7	
	TMP por Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	23,3	
	TMP por Tumor maligno da mama (feminina) (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	17,4	19,7	😊
	TMP por Tumor maligno do colo do útero (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	5,8	4,9	😞
	TMP por Tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	8,8	6,3	😞
	TMP por Diabetes <i>mellitus</i> (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	5,5	
	TMP por D. Isquémica Cardíaca (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	22,9	
	TMP por D. Cerebrovasculares (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	17,1	18,1	😊
	TMP por Pneumonia (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	5,9	6,8	😊
	TMP por Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	1,4	2,7	😊
	TMP por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	14,3	10,5	😞
	TMP por Suicídio (100 000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	13,6	9,3	😞
	Morbilidade	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Diabetes (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	7,7	5,7
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Perturbações Depressivas (\100 inscritos)		2014	SIARS (ORS)	7,7	5,6	---
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de D. dos Dentes e Gengivas (7 anos) (\100 inscritos aos 7 anos)		2014	SIARS (ORS)	6,3	5,2	---
Taxa de incidência de Tuberculose (100 000 indivíduos)		2013	INSA (ORS)	16,7	17,6	😊
Taxa de incidência da Infecção VIH (100 000 indivíduos)		2013	DGS (ORS)	3,7	12,0	😊
Determinantes da Saúde	Proporção de Nascimentos Pré-Termo (\100 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	8,7	8,2	😞
	Proporção de Crianças c/ Baixo Peso à Nascimento (\100 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	7,1	9,1	😊
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Hipertensão (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	22,9	16,4	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso do Tabaco (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	5,8	4,2	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso crónico do Álcool (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	0,6	0,5	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de Excesso de Peso (\100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	4,9	2,2	---

Fonte: INE (Instituto Nacional de Estatística); ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS); SIARS (Sistema de Informação das ARS); INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); DGS (Direção-Geral da Saúde) **Legenda:** 😞 Acima do valor de referência 😊 Abaixo do valor de referência ☺ Coincidente com o valor de referência ND - Não disponível ao abrigo do segredo estatístico do INE --- Não são efetuadas comparações

Valor de referência: Região

PLANO LOCAL DE SAÚDE (PLS) - ACES ALGARVE III SOTAVENTO NO ANO DE 2015-2016

► Numa perspectiva de alinhamento com os objetivos estratégicos da ARS Algarve elaborou-se o plano cuja estratégia assenta no desenvolvimento de quatro eixos.

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

1. Melhorar o acesso, a qualidade e efectividade dos serviços
2. Consolidar a implementação dos programas prioritários do Plano Nacional de Saúde
3. Garantir uma gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis
4. Consolidar a estrutura interna do ACES, as suas ligações à comunidade e às instituições

NECESSIDADES TÉCNICAS DE SAÚDE

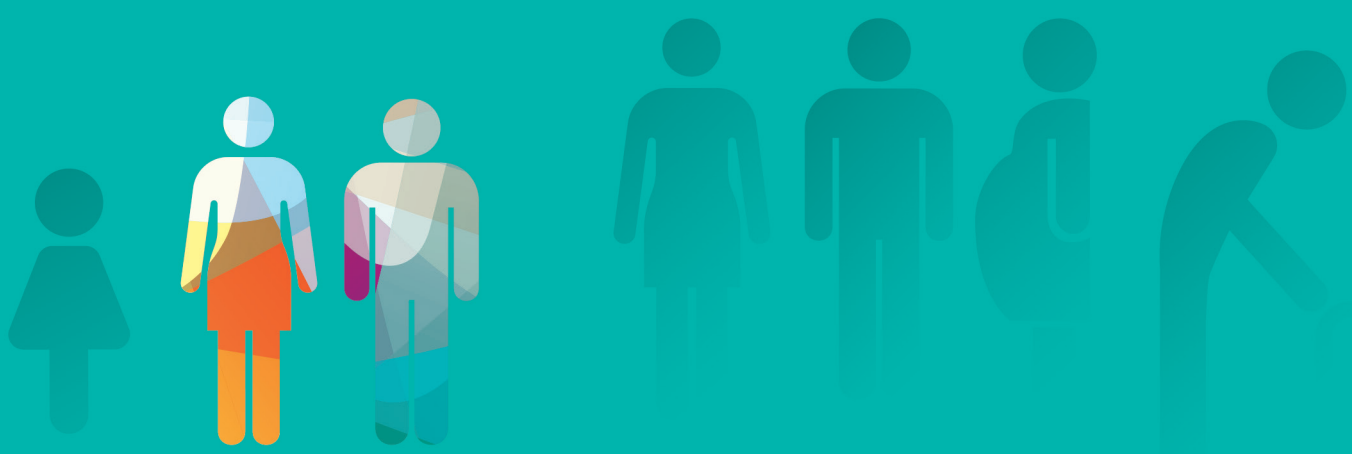
Mortalidade	Morbilidade	Determinantes da saúde
Reduzir a mortalidade por:	Reduzir a morbilidade por:	Reduzir:
<ul style="list-style-type: none"> • Tumores malignos • Doença Isquémica Cardíaca • Doenças Cerebrovasculares • Acidentes de trânsito c/ veículos a motor • Suicídios 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Perturbações Depressivas • Tuberculose e DPOC • SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão • Consumo de Tabaco e de Álcool • Obesidade, Sedentarismo • Nascimento Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento

SERVIÇOS E PROGRAMAS / PROJETOS DE SAÚDE

- **Áreas/Programas de Base** (Saúde Escolar; Saúde Oral; Saúde Materna e Infantil; Vacinação; D. Transmissíveis; Luta contra a Tuberculose; Saúde Ambiental e Ocupacional;...);
- **Programas Prioritários** (Tabagismo; Alimentação Saudável; VIH/SIDA; S. Mental; D. Oncológicas;...);
- **Grupos de Trabalho/Apoio** (Saúde Mental Infantil, Violência ao longo do Ciclo de Vida); Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;
- **Outros Programas/Projetos** (Intervenção local – DICAD; Troca de Seringas;...);
- **Consultas e Serviços** USF, UCSP, UCC; URAP, CDP, Paliativos, consultas de recurso. Vigilância da Saúde a grupos específicos; Apoio Psicossocial em Adolescentes/Jovens; DICADependências/Metadona; Cuidados Continuados Integrados

	OBJETIVOS	INDICADORES	ÚLTIMO VALOR	META 2016
Melhorar o acesso, a qualidade e efectividade dos serviços	Aumentar o acompanhamento adequado na saúde materna	Índice de acompanhamento adequado em saúde materna	0.55	0.58
	Prevenir a ocorrência de casos de RN de termo com baixo peso	% RN de termo de baixo peso	²⁰¹⁴ 0.84	0.84
	Minorar os efeitos de polimedicação nos idosos	% Idosos sem ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos	44.2	72.0
	Assegurar que todos os utentes inscritos no ACES Sotavento tenham médico de família	% Uteses sem médico de família sem ser por opção de utente	5.8	2.5
		Índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar	0.42	0.5
		% Jovens com 14 A com consulta de vigilância e com PNV atualizado	44.24	46.6
Programas Prioritários do PNS	Manter a dinâmica do Núcleo de Diabetes do Sotavento como instrumento de gestão clínica integrada da diabetes no ACES	Nº de reuniões do Núcleo da diabetes efetuadas e respetivas atas/ planeadas	1	2
		% DM com exame pés ultimo ano	49	57
		Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes	1.27	1.11
	Contribuir para o controle e deteção precoce das infeções por VIH/SIDA	Nº de teste rápidos de VIH/SIDA realizados a utentes com idade superior a 18 anos	181	400
		% Alunos abrangidos por atividades de sensibilização para a deteção precoce /prevenção do VIH/SIDA	95	97
		% Enfermeiros com formação de VIH/SIDA atualizada	80	95
	Promover a realização de intervenções breves a utentes fumadores	% Uteses com 14ou + anos com registo de hábitos tabágicos	29.58	38.7
	Colaborar na realização dos rastreios organizados pelo Nucleo de Rastreios da ARS	% Uteses entre os 50 e os 74 anos com rastreio do cancro colorretal com pesquisa de sangue oculto nas fezes	21.15	25.3
		% Mulheres entre os 25 e os 60 anos com rastreio de cancro do colo do útero por citologia cervico-vaginal nos últimos 3 anos	32.66	39.3
	Monitorizar os métodos de intervenção e articulação dos profissionais e estruturas que lidam com o fenómeno da obesidade	% Uteses em seguimento pela dietista e com actividade física ao abrigo do Protocolo de Compromisso para a Actividade Física com as autarquias do ACES Sotavento	sem histórico	10
	Contribuir para a diminuição da ocorrência de AVC como primeira causa de morte	% Uteses com HTA e sem DM com prescrição de ARA II	26	21.4
	Dar cumprimento ao Programa Nacional de Controle de Infeção e Resistencia aos Antimicrobianos	Atividades desenvolvidas pelo PPCIRA de acordo com o respetivo plano de atividades	2	3
Melhorar a precrição crónica a utentes com idade igual ou superior a 75 anos com menos de 5 fármacos	% Uteses com idade igual ou superior a 75 anos com menos de 5 fármacos prescritos	57.89	59.1	
Gestão eficiente dos recursos	Promover a melhoria continua na prestação de cuidados: Rede de Cuidados Continuados Integrados, Cuidados Paliativos e Equipas de Saúde	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	88.28	91
		% de utentes em seguimento na consulta de paliativos/ Nº de utentes que solicitaram consulta	78.9	90
	Manter a redução dos gastos de medicação e meios complementares de diagnóstico e medicina física e reabilitação	Despesa medicamentos faturados, por utilizador (PVP)	157€	153.08€
		Despesa MCDT faturados, por utilizador SNS (P/ consulta.)	48.56€	46€
Consolidar estrutura interna e ligações à comunidade e região	Promover a articulação entre as unidade funcionais do ACES	Reuniões entre os Coordenadores das unidades e o Conselho Clinico e da Saúde	2	2
	Dinamizar a articulação com o Conselho da Comunidade do Sotavento	Reuniões com a presença do Conselho Clinico e da Saúde no Conselho da Comunidade	1	1

Fonte: INE-PNS Indicadores_e_Metas_em_Saúde_ed.2012 e PNS_Em_Números_ed.2014 (Mortalidade);SIARS - Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde [Nº de utentes com diagnóstico ativo na lista de problemas, de acordo com a classificação ICPC-2; DGS - SVIG-TB; Sistema de Informação Intrínseco do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose - Observatórios Regionais de Saúde; DGS - INSA; Departamento de Doenças Infecciosas - Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica - Observatórios Regionais de Saúde; INE - Observatórios Regionais de Saúde.



Alameda Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa -Portugal
Tel: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
email: geral@dgs.pt

www.dgs.pt