

# Plano Local de Saúde

## ACeS Grande Porto IV

Póvoa de Varzim e Vila do Conde

**2013 - 2016**

## Índice

<b>ÍNDICE .....</b>	<b>1</b>
<b>1. O PLANO LOCAL DE SAÚDE .....</b>	<b>3</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO .....</b>	<b>4</b>
2.1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, OCUPACIONAL E SOCIAL DO ACES .....	4
2.1.1. <i>Caracterização demográfica</i> .....	4
2.1.1.1. População residente .....	4
2.1.1.2. Nível de Escolaridade .....	4
2.1.2. <i>Caracterização da situação ocupacional e social</i> .....	5
2.1.2.1. Sectores de Actividade .....	5
2.1.2.2. Emprego / Desemprego .....	5
2.1.2.3. Índice de dependência de Jovens e de Idosos e Geral .....	6
2.1.3. <i>Apoio social</i> .....	6
2.1.3.1. Idosos .....	6
2.1.3.2. Pessoas ou Grupos Vulneráveis .....	6
2.2. POPULAÇÃO INSCRITA NO ACES .....	7
<b>3. DESEMPENHO DAS UNIDADES FUNCIONAIS DO ACES .....</b>	<b>9</b>
3.1. ACESSO .....	9
3.2. DESEMPENHO ASSISTENCIAL .....	10
<b>4. UTENTES EM PROGRAMA DE SAÚDE POR UNIDADE FUNCIONAL .....</b>	<b>11</b>
<b>5. CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE – MORTALIDADE DO ACES .....</b>	<b>12</b>
5.1. MORTALIDADE .....	12
5.1.1. MORTALIDADE INFANTIL .....	14
5.2. CAUSAS DE MORTE, PROBLEMAS DE SAÚDE E PROJEÇÕES .....	15
5.3. SÍNTESE DAS NECESSIDADES DE SAÚDE NO ÂMBITO DA MORTALIDADE .....	16
5.4. DISTRIBUIÇÃO DAS TAXAS BRUTAS DE MORTALIDADE NA REGIÃO NORTE E ACES E OBJECTIVOS PARA 2016 .....	16
<b>6. MORBILIDADE DO ACES .....</b>	<b>17</b>
6.1. MORBILIDADE POR DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA NO ACES .....	17
6.2. MORBILIDADE POR MOTIVOS DE CONSULTA DO ACES .....	17
6.3. MORBILIDADE HOSPITALAR .....	19
6.3.1. <i>Morbilidade por Motivos de Internamento</i> .....	19
<b>7. PROBLEMAS DE SAÚDE .....</b>	<b>21</b>
<b>8. OBJECTIVOS GERAIS .....</b>	<b>21</b>
8.1. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS .....	22

### PLANO LOCAL DE SAÚDE – O. L. S. 2012

Endereço: Largo do Mosteiro nº 100 – Vairão 4485-667 Vila do Conde | Tel. 252 662 650 Fax: 252 662 475  
Endereço electrónico: [aspvvc@csvconde.min-saude.pt](mailto:aspvvc@csvconde.min-saude.pt) | [enfspub@csvconde.min-saude.pt](mailto:enfspub@csvconde.min-saude.pt)

<b>10. PROGRAMAS DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>24</b>
10.1. PROGRAMA LOCAL PARA AS DOENÇAS CEREbroVASCULARES E CARDÍACAS .....	26
1 - Enquadramento .....	26
2 - OBJETIVOS .....	26
10.2. PROGRAMA LOCAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL .....	28
1 - ENQUADRAMENTO .....	28
Linhas Programáticas .....	28
3 - ESTRATÉGIAS .....	29
4 - MONITORIZAÇÃO .....	30
10.3. PROGRAMA LOCAL PARA A DIABETES .....	31
2- OBJETIVOS GERAIS .....	31
2.1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	32
3 - ESTRATÉGIAS .....	32
4. MONITORIZAÇÃO - INDICADORES .....	33
A) PREVALÊNCIA DA DIABETES; .....	33
<b>10.4. PROGRAMA LOCAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS .....</b>	<b>34</b>
3 - ESTRATÉGIAS .....	35
4 - MONITORIZAÇÃO .....	35
<b>10.5. PROGRAMA LOCAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS .....</b>	<b>36</b>
2 - OBJECTIVOS GERAIS .....	37
2.1- OBJECTIVOS ESPECÍFICOS .....	37
3 - ESTRATÉGIAS .....	38
4 - MONITORIZAÇÃO .....	39
<b>10.6. PROGRAMA LOCAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO .....</b>	<b>39</b>
1- ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS .....	39
ENQUADRAMENTO .....	39
2- OBJECTIVOS .....	42
2.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	42
3 - ESTRATÉGIAS .....	43
4 - MONITORIZAÇÃO .....	45
<b>10.7. PROGRAMA LOCAL PARA A SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>46</b>
1 - ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS .....	46
ENQUADRAMENTO .....	47
2- OBJECTIVOS .....	47
3. ESTRATÉGIAS .....	48
<b>11. INDICADORES .....</b>	<b>49</b>
<b>12. AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>50</b>

## 1. O Plano Local de Saúde

O Plano Local de Saúde do ACeS Grande Porto IV PV/ VC pretende ser um instrumento e um compromisso que deverá traduzir as sensibilidades técnicas dos profissionais que integram as Unidades Funcionais que o constituem, as estratégias definidas pela Direcção Executiva do ACeS e deverá ter como objectivos encontrar e disponibilizar as respostas mais eficientes e equitativas dirigidas às necessidades de saúde dos utentes inscritos e residentes nos Concelhos da Póvoa de Varzim e Vila do Conde.

O mais completo conhecimento das necessidades e dos determinantes de saúde desta comunidade será o elemento facilitador de uma maior integração e intervenção dos profissionais de saúde do ACeS e dos parceiros e dinamizadores sociais cujas sinergias poderão dar resultados mais duradouros e mais abrangentes em ganhos de saúde da comunidade destes dois Concelhos e indirectamente da Região de Saúde.

A auscultação e o conhecimento de opiniões e o envolvimento das forças dinamizadoras da comunidade poderão dar corpo à explicitação de prioridades e prossecução de estratégias mais próximas da comunidade e assim mais mobilizadoras de vontades porque mais participadas e envolvidas.

O planeamento participado da actividade de todas as Unidades Funcionais do ACeS com os órgãos de gestão e que implicam um compromisso assistencial com a comunidade onde está inserido o ACeS, terá também como referências as prioridades regionais e nacionais apresentadas nos Planos Regional e Nacional de Saúde.

O PLS é uma proposta a 3 anos a apresentar à Directora Executiva e ao Concelho da Comunidade e que permite dar resposta às necessidades identificadas e aos determinantes de saúde da população.

A prestação generalizada de cuidados, a investigação epidemiológica e a promoção da saúde complementados por uma envolvente ambiental também promotora de comportamentos mais saudáveis são estratégias que nos propomos seguir e que poderão favorecer equidades e assim diminuir as diferenças que as oportunidades e os tempos difíceis em que vivemos originaram.

## 2. Enquadramento

### 2.1. Caracterização demográfica, ocupacional e social do ACES

#### 2.1.1. Caracterização demográfica

##### 2.1.1.1. População residente

De acordo com a informação recolhida do Censo de 2011 (INE) a população de residentes nos dois concelhos, Póvoa de Varzim e Vila do Conde, totaliza 142 941 habitantes.

**População residente por sexo, nº de famílias e alojamentos / 2011**

	População	Homens	Mulheres	Nº de Famílias	Alojamentos	Alojamentos colectivos
	Residente HM					
Norte	3 689 682	1 766 260	1 923 422			
P. Varzim	63 408	29 958	33 450	21 669	34 881	9
V. Conde	79 533	38 469	41 064	27 210	37 729	25
ACeS PV VC	142941	68 427	74 514	48 879	72 610	34

Fonte: INE.2011

O município de Vila do Conde representa 56% da totalidade dos habitantes do ACeS, e o município da Póvoa de Varzim contribui com 44%. A população residente de Vila do Conde é maior em número de habitantes do que a da Póvoa de Varzim, cerca de 15 000 habitantes. Na distribuição por sexos pode constatar-se que as mulheres são em maior número que os homens nos dois Concelhos.

O número de famílias é também mais elevado em Vila do Conde do que na Póvoa de Varzim, tendo também maior número de alojamentos.

##### 2.1.1.2. Nível de Escolaridade

Os valores da distribuição do nível de escolaridade atingido em 2011 pelos residentes nos Concelhos da Póvoa e Vila do Conde mostram que quase metade (45º %) teve aproveitamento no

2ª Ciclo. Por outro lado até 2011 concluíram o 3º ciclo cerca de 16% e cerca de 15% o secundário. Também existiam em 2011 em Vila do Conde e na Póvoa de Varzim, 18657 (cerca de 13 %) que tinham obtido a licenciatura.

Com analfabetismo existiam 5288 habitantes (3,7%) e 10497 (7,3%), que nunca frequentaram qualquer estabelecimento com aproveitamento o que totaliza um número de habitantes sem qualquer escolaridade de 15785 residentes nos dois concelhos.

#### População residente sem Escolaridade / 2011

Nenhum Nível de Ensino	10 497
Analfabetismo	5 288
Total	15 715 (10,1%)

Fonte: INE.2011

### 2.1.2. Caracterização da situação ocupacional e social

#### 2.1.2.1. Sectores de Actividade

Pela análise da distribuição da população activa por Sectores de Actividade pode constatar-se que o **Sector III** reúne a actividade de cerca de 60% dos trabalhadores que residem nestes dois concelhos.

Neste Sector III a maior parte da actividade é exercida na área económica com cerca de 61%. Parece também importante realçar a pequena percentagem de trabalhadores com actividade realizada no **Sector I** Agricultura, havendo nos dois concelhos uma extensa área de produção agrícola embora mais direccionada para a agropecuária com produção de leite e derivados.

#### 2.1.2.2. Emprego / Desemprego

Em termos da distribuição do Emprego nos dois Concelhos já em 2011 o desemprego afectou cerca de 14,5% da população activa da região norte e nestes dois concelhos afectou **10 065 trabalhadores (14,5%)** com maior percentagem no sexo feminino com 16,3 % o que correspondia a 5 646 mulheres.

Pode constatar-se que o desemprego (11 474 pessoas) atingiu o valor de 16,7% com cerca de **4451 (44,3%)** na Póvoa de Varzim e de cerca de **5628 ( 56,7%)** em Vila do Conde nos últimos meses de

**2012. O desemprego tem afectado todos os escalões etários mas mais intensamente os escalões entre os 35-54 anos e acima dos 55 anos com 64% nestes dois grupos etários.**

### 2.1.2.3. Índice de dependência de Jovens e de Idosos e Geral

**Índice de dependência de Jovens no ACeS PVVC = 20,3%**

**Índice de dependência de Idosos no ACeS = 20,5%**

**Índice de dependência Geral = 43,1%**

População 0 - 14 = 25 356   População 15 - 64 = 99 869   População 65+ = 17 716   Total = 142 941

### 2.1.3. Apoio social

#### 2.1.3.1. Idosos

Nos dois concelhos existem instituições de índole social IPSS que dão apoio a pessoas idosas e crianças em regime de internamento e em regime de centro de dia. Para apoio a idosos existem em Vila do Conde 6 Lares de 3ª idade e centros de dia que atendem cerca de 1281 idosos nas instalações da Instituição ou em regime de apoio domiciliário. Na Póvoa de Varzim existem também diversas instituições para apoio à 3ª idade e centros de dia também com apoio domiciliário frequentados por cerca de 750 utentes.

#### 2.1.3.2. Pessoas ou Grupos Vulneráveis

**Consideramos as pessoas que apresentam uma ou várias dificuldades de ordem sensorial, motora ou psíquica (cerca de 20 500 pessoas - Census 2011), entre as quais estarão 742 + 620 deficientes e a população com 65 e + anos 17 716 das quais 1049 estão em Lares, Centros de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário...**

- **Destes 1362 deficientes, 396 (29,1 %) estão institucionalizadas e 214 recebem apoio diário de tipo centro de dia.**
- **Idosos que vivem isoladas e Idosos em Lares (2028) 1049 em Vila do Conde e 979 na Póvoa de Varzim**
- **Cerca de 20 500 apresentam dificuldades sensoriais, motoras ou psíquicas**  
De ordem visual 10 200 (323 cegas)

De ordem auditiva 5 600 (306 surdas)  
Dificuldade em subir escadas 11 200 (64% mulheres)  
Dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinhas 5 600  
Perturbação da memória 7500 pessoas (62% mulheres)  
Perturbação da comunicação 4900 pessoas (62% mulheres)

### Distribuição da população residente com pelo menos uma dificuldade, com 5 e + anos por sexos

Zona geográfica	Total pessoas c/ pelo menos uma dificuldade	Dificuldade em ver		Dificuldade em ouvir		Dificuldade em andar ou subir degraus		Dificuldade de memória ou concentração		Dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho		Dificuldade compreender os outros ou fazer-se compreender	
Número de dificuldades / Sexo		Tem muita dificuldade em efectuar a acção	Não consegue efectuar a acção	Tem muita dificuldade em efectuar a acção	Não consegue efectuar a acção	Tem muita dificuldade em efectuar a acção	Não consegue efectuar a acção	Tem muita dificuldade em efectuar a acção	Não consegue efectuar a acção	Tem muita dificuldade em efectuar a acção	Não consegue efectuar a acção	Tem muita dificuldade em efectuar a acção	Não consegue efectuar a acção
Pvz/VC HM	20502	9895	323	5235	306	9869	1359	6304	1245	3705	1927	4030	879
H	8130	3600	136	2201	130	3246	500	2303	497	1325	762	1714	365
Pessoas c/ 1 dificuldade HM	15912	5913	51	1156	40	2754	31	1064	162	168	49	270	34
H	6485	2479	33	644	21	897	18	473	76	87	26	162	22
Pessoas c/ 2-3 dificuldades HM	10426	3501	95	1861	102	1982	414	2596	268	1752	585	581	172
H	2614	1184	44	822	48	1380	174	945	139	633	268	281	93
Pessoas c/ 4-6 dificuldades HM	6906	2433	148	2218	129	4207	606	2644	551	1843	859	2345	673
H	2030	859	59	735	61	909	308	885	282	612	468	823	250

Fonte: INE.2011

## 2.2. População Inscrita no ACeS

De acordo com a informação recolhida do Census de 2011 (INE) a população de residentes nos dois concelhos, Póvoa de Varzim e Vila do Conde, totaliza 142 941 habitantes, porém a população inscrita no ACeS em 31 de Dezembro de 2011 era de 154.725 utentes (SIARS, 2012).

A distribuição destes 154 725 utentes por Unidade Funcional do ACeS permitiu constatar que as Unidades Funcionais do Concelho da Póvoa de Varzim apresentavam um maior número de utentes



inscritos, correspondendo a 52,2% (80.753 utentes) e as Unidades Funcionais de Vila do Conde garantiam os cuidados de saúde a 73 972 utentes (47,8 %) da população inscrita no ACeS.

Este gráfico demonstra ainda que a maioria dos inscritos no ACeS tinham médico de família (98,9%), os utentes sem médico de família eram uma situação residual (0.5%), bem como os utentes sem médico de família por opção (0.1%).

A informação sobre a distribuição dos utentes inscritos após a criação da USF de Caminhos de Santiago e com o encerramento da Unidade de Saúde de Aver-o-Mar com a deslocalização para a UCSP de Amorim permite constatar não haver utentes a descoberto sem médico de família.

Comparando o número de inscritos, por faixas etárias e por área geográfica verificamos que a maior quantidade de inscritos se situava entre os 35 e os 39 anos.

A população inscrita nas Unidades Funcionais da Póvoa de Varzim era predominantemente masculina até à faixa etária dos 35-39 anos, ao passo que acima dos 39 anos tinha maior quantidade a população feminina.

A população inscrita em Vila do Conde tinha predominância de população masculina até à faixa etária dos 30-34 anos, a partir dos 34 anos era a população feminina.

Pode pois constatar-se que existe um predomínio das mulheres na população inscrita, à medida que a idade avança, nas UF da Póvoa de Varzim e também em Vila do Conde e Modivas mas com a inversão a ser realizada em idades mais jovens.

### 3. Desempenho das Unidades Funcionais do ACeS

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), está em curso a reorganização da prestação em Agrupamento de Centros de Saúde ACeS pretende abordar as necessidades específicas das populações e desenvolver as respostas locais mais adequadas mediante a contratualização da prestação. Um aperfeiçoamento da estratégia nacional para a implementação do processo de contratualização com os prestadores, permite uma gestão rigorosa e equilibrada, orientada para o conhecimento das necessidades das populações visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde e assim, alcançar maiores ganhos em saúde dos utentes.

Os indicadores criados na actual reforma dos CSP para monitorização e avaliação das actividades dos prestadores foram agrupados em quatro grandes dimensões:

1. Acesso;
2. Desempenho económico.
3. Qualidade percebida;
4. Desempenho assistencial;

Cada prestador deverá contratualizar 15 indicadores conforme a distribuição na tabela seguinte.

**Distribuição (n.º) dos indicadores base e a seleccionar pelas Unidades de Saúde Familiares**  
**Distribuição (n.º) dos indicadores base por dimensão**

Dimensões	Nº de Indicadores contratualizados
Acesso	4
Desempenho Assistencial	8
Qualidade Percebida	1
Desempenho Económico	2

Fonte: ACSS, 2012

#### 3.1. Acesso

Distribuição dos indicadores de desempenho do ACeS Grande Porto IV (Póvoa de Varzim / Vila do Conde) relativa ao ano de 2011 para a dimensão do **acesso**.

Verifica-se através dos indicadores de acesso que o ACeS teve em 2011, uma taxa de utilização global de consultas de 66,5 % com 80,4% efetuadas pelos próprios médicos de família dos utilizadores.

A taxa de visitas médicas por 1000 utilizadores foi de 25 visitas em cada 1000 inscritos (24,6‰). A taxa de visitas dos enfermeiros de família por 1000 inscritos foi consideravelmente maior do que a dos médicos de família, 179 visitas em cada 1000 inscritos (178,5‰).

### 3.2. Desempenho assistencial

Distribuição da dimensão **desempenho assistencial** pelo ACeS Grande Porto IV (PV/ VC) relativa ao ano de 2011 **com** indicadores de **desempenho assistencial** que são relativos aos Programas de:

- em **Saúde Infantil** 96,5 % das crianças nascidas e inscritas no ACeS tiveram a primeira consulta antes dos 28 dias;
- a **Saúde Materna** 84,6 % das grávidas com vigilância nas Unidades Funcionais do ACeS, realizaram a primeira consulta antes do 1º trimestre de gravidez.;
- o **Rastreio Oncológico/Planeamento Familiar** 63,8 % das mulheres inscritas na faixa etária dos 50-69 anos realizaram mamografia nos últimos dois anos e 52,3 % de mulheres inscritas entre 25-64 anos efectuaram colpocitologia (uma em 3 anos);
- o Programa da **Diabetes** foi seleccionado o indicador - % *diabéticos com registo  $\geq 2HgA1C158$  nos últimos 12 meses*. Este indicador permite monitorizar o acompanhamento dos utentes diabéticos em vigilância. No ACeS este valor atingiu os 75,73%;
- o Programa da **Hipertensão Arterial** a situação é semelhante, tendo o indicador % *de hipertensos com registo de tensão arterial nos últimos 6 meses* atingido os 84,4%.

### 3.3. Eficiência

Distribuição dos indicadores desempenho do ACeS para a dimensão eficiência relativa ao ano de 2011 mostra um custo médio em medicamentos prescritos por utilizador de 194,3 € (PVP), e um custo médio por utilizador em medicamentos prescritos (PVP) de 145,9€ facturado no ACeS no ano 2011.

Um custo médio dos MCDT prescritos por utilizador estimados para todo o ACeS no ano 2011 é de 56,9 €, enquanto o custo médio dos MCDT facturado é de 76,1 €.

#### 4. Utentes em Programa de Saúde por Unidade Funcional

Frequentaram consultas, no âmbito dos vários Programas Verticais de Saúde da DGS, no ACeS Grande Porto IV durante o ano de 2011, 107.946<sup>1</sup> utentes ou doentes.

O Programa de Doença e **rastreio oncológico** era o programa de saúde com maior nº de utentes vigiados 37.739 (35%) do total de utentes vigiados.

O **planeamento familiar** era o segundo programa de saúde com maior vigilância 24.034 utentes (22%).

O Programa de Saúde Materna era o programa de saúde com menor número de utentes vigiadas no ACeS, 1.883 utentes (2%).

Considerando os programas de saúde por Unidade Funcional por ordem decrescente de número de utentes vigiados (SAM), foi possível contabilizar os utentes vigiados na USF Eça de Queirós (14.514), na USF Stª Clara (13.529) e na USF Casa dos Pescadores (11.963). As Unidades de Funcionais números mais reduzidos de utentes foram a UCSP Amorim (1.687), a USF Cruz de Malta (1.508) e a UCSP de Vairão (39).

## 5. Caracterização de Saúde – Mortalidade do ACeS

### - Análise da informação da mortalidade

recolha de informação de mortalidade a nível local e estudos de caracterização e distribuição da mortalidade nos dois concelhos do ACeS (5 principais causas de morte)

### - Análise da informação da morbilidade

recolha de informação da distribuição das principais doenças e problemas de saúde N. Mama, D. Isquémica Cardíaca, N. do cólon e recto, N. do colo útero antes 65 anos, AVC, doença mental e doença respiratória obstrutiva crónica para caracterização da doença no ACeS e identificação e quantificação dos factores de risco das principais patologias

### 5.1. Mortalidade

Da análise da mortalidade observada ao longo dos anos no ACeS e em **número de óbitos** pode constatar-se que as doenças cerebrovasculares e as doenças cardíacas foram as causas de morte mais frequentes. Seguidamente aparece a pneumonia como 2ª causa de morte e em 3ª aparecem os tumores digestivos com maior frequência o Tumor do estômago que tem afectado ambos os sexos. A Diabetes Mellitus e os Tumores Malignos da Traqueia Brônquios e Pulmões surgem também como causa frequente de morte.

Analisando a distribuição das causas de morte por número de óbitos e por sexos podemos constatar que nos homens ocorreram mais óbitos por tumores malignos, nomeadamente do Esófago, estômago, cólon e Recto e tumores malignos da traqueia brônquios e pulmões. Relativamente às doenças cerebrovasculares e cardíacas e por pneumonia houve um certo equilíbrio e os óbitos por diabetes mellitus. O tumor da próstata teve um ligeiro aumento nos últimos triénios e por outro lado o mas Tumor da Mama na mulher tem vindo a diminuir em número de óbitos mas a aumentar em idades mais jovens.

Relativamente aos óbitos ocorridos em idades abaixo dos 65 anos os homens morreram mais por tumores do esófago e por tumor do estômago. Por outro lado os óbitos por tumor maligno do colon e recto afectaram de igual modo homens e mulheres. Abaixo dos 65 anos morreram mais homens por doenças cérebro vasculares e isquémica cardíaca e também por diabetes mellitus. Por acidentes

por veículos a motor morreram também mais homens. O Tumor da mama teve um ligeiro aumento no número de óbitos nos dois últimos triénios nas mulheres com menos de 65 anos.

Analisando a distribuição das **Taxas Brutas de Mortalidade** as doenças cerebrovasculares e cardíacas foram de longe a 1ª causa de morte em ambos os sexos e em todas as idades. Os tumores malignos do aparelho digestivo, em conjunto, foram a segunda causa de morte relevando a pneumonia para 3ª causa com 95,8 ‰. A diabetes mellitus foi a 4ª causa de morte com cerca de 2,1 por 10000 habitantes.

Na distribuição das TBM por sexos as doenças cerebrovasculares e cardíacas foram a primeira causa de morte nos homens e o Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão teve uma taxa de 53,5 ‰.

Nas mulheres as doenças cerebrovasculares e cardíacas estiveram em 1º lugar com 141,8 ‰. As TBM por pneumonia e por diabetes mellitus foram mais altas nas mulheres. O tumor maligno da Mama tem mantido taxas de 21 ‰.

As TBM antes dos 65 anos mostraram valores mais elevados nos tumores malignos do aparelho digestivo (estômago, cólon e recto, do esófago e do pâncreas) (TBM =30,2‰ habitantes) e nos tumores da traqueia, brônquios e pulmão com TBM =16,8 ‰. As doenças cerebrovasculares têm tido Taxas Brutas de Mortalidade que têm vindo a baixar e em idades também mais baixas.

As Taxas Brutas de Mortalidade nos homens em idades prematuras dos tumores da traqueia brônquios e pulmão e do tumor maligno do Estômago foram a 1ª e a 2ª causa.

Nas mulheres o tumor maligno da mama foi a 1ª causa de morte antes dos 65 anos. As doenças cerebrovasculares e cardíacas tiveram maior expressão do que nos homens

**Taxa de Mortalidade Proporcional** pudemos constatar que os tumores malignos foram a 1ª causa de morte (26,4 %) nos homens e foram mais atingidos (31,4% contra 21,1%) do que as mulheres também nas idades mais baixas.

As doenças do aparelho circulatório 2ª causa (26,2%) as mulheres foram as mais atingidas (31,8 % contra 20,8%); Na Mortalidade Proporcional por grupos etários os tumores malignos foram mais frequentes nas idades (entre os 25 e os 74 anos) e as doenças do aparelho circulatório mais frequentes acima dos 75 anos (34,8 %), bem como as doenças do aparelho respiratório no grupo (75 e + anos) (16,7%);

**Taxa de Mortalidade Padronizada** para todas as idades, ambos os sexos, por triénio foi superior à verificada na região norte, com significância estatística nas mortes por Tumores malignos do

estômago, Tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão (até ao triénio de 2006-2008) Tumores malignos da bexiga (nos últimos seis triénios) e Pneumonia (nos dois últimos triénios).

Conforme se pode ver na distribuição das TMP para todas as idades e por sexo, mostrou que nos homens do ACeS PV / VC foi superior, com significância estatística, à dos homens da região norte nas seguintes causas de morte: -Tumores malignos do estômago (em todos os triénios); -Tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão (até ao triénio de 2006-2008); -Tumores malignos da bexiga (nos últimos seis triénios) e Pneumonia (nos dois últimos triénios);

Também a T M P nas mulheres do ACeS Grande Porto IV foi superior, com significância estatística, à das mulheres da região norte, nos Tumores malignos do estômago, - Tumores malignos da Mama e Tumores malignos do colo do útero.

Nas idades inferiores a 65 anos a Taxa de Mortalidade Padronizada foi superior, com significância estatística, à região norte, nas causas de morte por: -Tumores malignos do estômago;-Tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão (nos três primeiros triénios); -Tumor maligno da bexiga (nos últimos seis triénios);- Diabetes *mellitus* (triénio 2001/2003); - Doença isquémica do coração (triénio 2002/2004)e Pneumonia (em dois triénios consecutivos, 2005/2007 e 2006/2008);Doença crónica do fígado e cirrose

A TMP nos homens com menos de 65 anos foi superior, com significância estatística, região norte, nas causas de morte: -Tumores malignos do estômago (2001-1009) e T. Malignos do pâncreas (2006/2008);-Tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão (2001 a 2005) e no triénio 2006/2008); Doença Isquémica do Coração (2002/2004 e 2003/2005); e pneumonia (em dois triénios consecutivos, 2005/2007 e 2006/2008).

### 5.1.1. Mortalidade Infantil

A diminuição verificada nas Taxas de Mortalidade Infantil bem como nas Taxas que a compõem revela uma evolução dos níveis de vida e de saúde nos últimos anos do estudo 2005 a 2010 que é de salientar e que coloca o ACeS no ranking dos países mais desenvolvidos a nível mundial.

A globalização da vigilância da gravidez as condições do parto e a melhoria dos padrões de higiene salubridade e da alimentação bem como as coberturas vacinais não serão com certeza alheios a esta melhoria que esperamos se mantenha nos concelhos deste ACeS e da Região.

A análise da mortalidade ocorrida nos residentes nos concelhos abrangidos pelo ACeS PVVC nos triénios anos de 2001 a 2010 publicada nos estudos elaborados pelo Departamento de Saúde Pública da ARS Norte permitiu conhecer as causas de morte mais frequentes e a evolução ao longo dos anos em estudo que afectaram os homens e as mulheres destes dois concelhos.

A consulta da distribuição do número de óbitos ocorridos, das taxas de mortalidade por causa de morte, por sexos e por idades e das taxas de mortalidade padronizadas também por sexo e por grupos etários permitiu identificar as causas de morte, que pela maior magnitude ou dimensão e com valores de taxas de mortalidade padronizadas por causa de morte superiores às verificadas na Região Norte, e identificar problemas de saúde com relevância e expressão na população utente do ACeS.

## 5.2. Causas de Morte, Problemas de saúde e Projecções

Partindo da distribuição das taxas de mortalidade padronizadas por causas de morte com maior magnitude na área do ACeS PVVC e das respectivas projecções do ACeS e da região norte, por regressão exponencial, para o triénio de 2014 -2016, podemos constatar que as causas de mortalidade mais frequentes no ACeS foram as provocadas pelas doenças cerebrovasculares e cardíacas cuja tendência será para uma redução até 78,1 ‰.

As causas de morte com maiores Taxas Brutas de Mortalidade foram, no ACeS e na Região Norte as seguintes (Quadro) e que constituem problemas de saúde, bem como as respectivas projecções para o triénio 2014-2016 no ACeS e na Região Norte.

MORTALIDADE (TBM)	Região Norte 2007-2009	ACeS 2007-2009	Projecções 2014-2016 Norte	Projecções 2014-2016 ACeS
<b>D. Cerebrovasculares e Cardíacas</b>	171,8	130,1	116,6	78,1
D. Cerebrovascular	127,1	96,9	86,6	66,6
D. Cardíaca	44,7	33,2	30,1	14,6
<b>T. M. Digestivo (Pâncreas Estômago Colon e Recto e Esófago)</b>	60	71,4	60,6	67,2
T. maligno do Esófago	5,5	6,5	5,0	5,6
T. maligno do Estômago	26,8	33,4	24,8	27,7
T. maligno do Pâncreas	9,3	8,8	11,4	11,7
T. maligno Colon e Recto	9,3	8,8	11,4	11,7
<b>Pneumonia</b>	36,4	37,3	-0,9	52,5
<b>T. M. Brônquios, Traqueia e Pulmão</b>	31,4	32,9	35,3	31,9
T. maligno da Bexiga	6,1	7	6,9	10,6
T Maligno Mama (fem)	22,1	21,1	22,3	9,5
<b>Diabetes mellitus</b>	34,2	28,1	32,0	20,1



### 5.3. Síntese das necessidades de saúde no âmbito da mortalidade

Estão representadas no Quadro seguinte as necessidades de saúde da população do ACeS relacionadas com a mortalidade devida às causas com maior dimensão ou magnitude:

<ul style="list-style-type: none"> <li>MENOR MORTALIDADE POR intervenção prioritária:</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Doenças cerebrovasculares e cardíacas</li> <li>Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão</li> <li>Tumor maligno do aparelho digestivo</li> <li>Tumor maligno da mama (mulher)</li> <li>Tumor maligno da bexiga</li> <li>Pneumonia</li> </ul>

### 5.4. Distribuição das Taxas Brutas de Mortalidade na Região Norte e ACeS e Objectivos para 2016

<b>MORTALIDADE (TBM)</b>	<b>Região Norte 2007-2009</b>	<b>ACeS 2007-2009</b>	<b>Projeções 2014-2016 Norte</b>	<b>Projeções 2014-2016 ACeS</b>	<b>Objetivos 2016</b>
<b>D. Cerebrovasculares e Cardíacas</b>	171,8	130,1	116,6	78,1	<b>73,1</b>
D. Cerebrovascular	127,1	96,9	86,6	66,6	<b>60,0</b>
D. Cardíaca	44,7	33,2	30,1	14,6	<b>13,1</b>
<b>T. M. Digestivo (Pâncreas Estômago Colon e Recto Esófago)</b>	60	71,4	60,6	67,2	<b>60,5</b>
T. maligno do Esófago	5,5	6,5	5,0	5,6	<b>5,0</b>
T, maligno do Estômago	26,8	33,4	24,8	27,7	<b>25,0</b>
T. maligno do Pâncreas	9,3	8,8	11,4	11,7	<b>10,5</b>
T. maligno Colon e Recto	9,3	8,8	11,4	11,7	<b>10,5</b>
<b>Pneumonia</b>	36,4	37,3	-0,9	52,5	<b>47,2</b>
<b>T. maligno Brônquios, Traqueia e Pulmão</b>	31,4	32,9	35,3	31,9	<b>28,7</b>
<b>T. maligno da Bexiga</b>	6,1	7	6,9	10,6	<b>9,5</b>
<b>T Maligno Mama (fem)</b>	22,1	21,1	22,3	9,5	<b>8,6</b>
<b>Diabetes mellitus</b>	34,2	28,1	32,0	20,1	<b>18,0</b>

## 6. Morbilidade do ACeS

### 6.1. Morbilidade por Doenças de Declaração Obrigatória no ACeS

Na distribuição das doenças de declaração obrigatória (DDO) em valores absolutos e por incidência, ocorridas nos últimos 5 anos nos ACeS PVVC, pode-se constatar:

A tuberculose nas diferentes formas com predomínio da tuberculose pulmonar e pleural foi a doença notificada que corresponde a cerca de 90% das notificações efectuadas.

A tuberculose tem sido ao longo dos anos apresentados a doença transmissível mais notificada e com uma incidência que tem vindo a baixar.

As doenças transmissíveis que têm o ocupado a 2ª doença com maior frequência em termos de incidência são as Salmoneloses e Febres Tifoide e ParaTifoide.

### 6.2. Morbilidade por Motivos de Consulta do ACeS

Durante os últimos anos após a consolidação e concretização da recente reforma organizacional com a constituição do ACeS Póvoa de Varzim / Vila do Conde houve a preocupação e o esforço em tornar extensível a cobertura de médicos de família a toda a população que reside nos concelhos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde.

Com a criação de novos suportes de informação e de novas plataformas como o SIARS pôde concretizar-se e ser mais célere o acesso e análise para tratamento da informação sobre os utentes que frequentaram as várias Unidades Funcionais do ACeS e através do contacto com os serviços e com os diferentes profissionais, procuraram a resolução dos problemas de saúde que constituíram os motivos de consulta durante os anos de 2011 e de 2012.

Os motivos de consulta mais frequentes registados no SAM nas várias Unidades Funcionais do ACeS por consulta no SIARS durante os anos de 2008 e 2011 foram:

- A **hipertensão sem e com complicações** (148,5 %) foi o motivo de consulta mais frequente seguido da alteração do metabolismo dos lipídios em 2º lugar com 120,1 %, sendo também o ano de 2011 o do valor mais elevado, seguido da obesidade e o excesso de peso (94,7%) em terceiro lugar.
- Por outro lado o **abuso do tabaco** com, 60 % e também com valor mais elevado no ano de 2011 foi outro motivo frequente de consultas;
- A **diabetes** de tipo 1 e do tipo 2 chegou ao 4º lugar com cerca de 57%.
- De realçar também a frequência de motivos de consulta relacionados com sintomatologia do foro mental com quadros de **depressão**, de **demência** com 47,6 %.

Podemos também constatar pela análise da distribuição de motivos de consulta que se associarmos as situações com diagnóstico de **isquemia cerebral transitória** e o **AVC** com **trombose** ou **hemorragia cerebral** (9,4% + 9,4% + **dislipidemia** 120,2% + **hipertensão** 148,5%) perfaz uma Taxa de 287,5% - que corresponde a cerca de metade das consultas (43587) realizadas no ano de 2011.

Analizando agora as taxas de motivos de consulta em 2011 e 1º semestre de 2012 (SIARS) foi possível constatar:

- A **hipertensão sem ou com complicações** no ano de 2011 e no 1º semestre de 2012 com cerca de 160 % ; - as **alterações do metabolismo dos lipídeos** com valores de 120 % em 2011 e 146% no 1º semestre de 2012 aparecem em segundo lugar.
- A **obesidade** e de **excesso de peso** que em conjunto atingiram valores de cerca de 100% como motivos de consulta e parece estarem também a crescer.
- A **diabetes mellitus de tipo 2** (50,7% e 55,3 %) e a **Diabetes insulínica** com 6,3% e 6,4% teve um pequeno aumento e é o quarto motivo de consultas.
- Os motivos de consulta relacionados com sintomatologia ou **doença psíquica** foram registados em cerca de 47,1 e 55,3 % das consultas.
- O **Abuso de tabaco** foi também registado como motivo frequente de consulta e também aparentemente com tendência crescente.

## 6.3. Morbidade Hospitalar

### 6.3.1. Morbidade por Motivos de Internamento

Foram causas e **motivos de internamento** no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, nos Hospitais de Pedro Hispano e S. João no Porto (GDH) as seguintes situações e doenças com destaque para a Pneumonia, os Acidentes Vasculares Cerebrais, a patologia oncológica nomeadamente a doença oncológica mamária na mulher e os tumores digestivos (estômago, colon e recto, pâncreas e esófago) e da próstata no homem.

A **pneumonia** aparece com uma Taxa Bruta de 295,1 (1º motivo de internamento) quer em 2007 quer em 2008 com 28,1 ‰ nos homens e 23,9 ‰ nas mulheres.

Doentes com **doenças cerebrovasculares** estiveram internados em 276 episódios Taxa Bruta: 193‰ (2º motivo de internamento);

Por outro lado, devido ao terceiro diagnóstico mais prevalente estiveram internados por **doença isquémica do coração** 247 doentes o que corresponde a uma Taxa Bruta: 172,7‰;

O **tempo de internamento** foi maior nos doentes com **tumor maligno do estômago** com uma demora média no internamento cerca de 18 dias;

Também os doentes com **tuberculose, tumor maligno do tec. Linfático e Hematopoietico e a Doença Crónica do Fígado e Cirrose** estiveram internados cerca de duas semanas, a segunda maior demora média de internamento;

Quanto à **letalidade** no internamento os doentes com **tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão** tiveram a maior taxa de letalidade intra-hospitalar (23 %), seguidos de Tumor Maligno do Estômago e HIV/SIDA com cerca de 21,7% e 21%;

Menor letalidade no internamento tiveram a Diabetes com 1,7% e a Tuberculose e a Fractura do Colo do Fémur com cerca de 3%.

### Por Ciclos de Vida

- A **pneumonia** foi a causa mais frequente de internamento e em todos os ciclos de vida desde o 1º ano até aos idosos com mais de 75 anos de idade
- As **doenças cerebrovasculares e cardíacas** com 688,9‰ e 632,3‰ e 702,9 ‰ e 1457‰ foram os segundos motivos de internamento mais frequentes e significativos quando comparados com a região norte, nos grupos etários mais avançados.

- A **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica** 4º motivo de internamento e as **neoplasias da Mama** e da **Próstata** e a **diabetes** foram motivos frequentes de internamento nas idades mais avançadas a partir dos 45 anos e com valores mais elevados do que os verificados pelos mesmos motivos na região norte.

Durante 2008 constituíram motivos de internamento:

- as **pneumonias** com T. Bruta de 210,0‰, as **doenças cerebrovasculares** com 152,0 ‰ e o **tumor maligno da Mama** com 82,7‰ foram os motivos de internamento mais frequentes nas mulheres.
- nos homens a **Fractura do Colo do Fémur** com 52,4 ‰ e o **Tumor Maligno do Estômago** com uma taxa de 75,9 ‰ constituíram motivos de internamento.
- o **Tumor do Pâncreas** nos homens e nas mulheres, com 24,4 ‰ e 13,6‰ e o **Tumor Maligno do Esófago** com 12,0‰ foram bastantes superiores, com significância estatística, ao verificado nos motivos de internamento em outros hospitais da Região norte.

#### 6.4. Síntese das necessidades e determinantes de saúde no âmbito da morbilidade

Apresentam-se de seguida as necessidades de saúde, bem como alguns determinantes de saúde equacionados no âmbito da morbilidade deste ACeS tendo como critério a magnitude dos problemas de saúde registados como motivos de consulta e motivos de internamento:

• Intervenção para redução da magnitude:

- **Abuso de tabaco;**
- **Alteração do metabolismo dos lípidos;**
- **Hipertensão;**
- **Obesidade e excesso de peso**
- **Perturbação depressiva;**
- **Pneumonia;**
- **Doença cerebrovascular e cardíaca;**
- **Doença pulmonar obstrutiva crónica;**
- **Diabetes *mellitus*;**
- **Tumor maligno da mama (feminina);**
- **Tuberculose;**

## 7. Problemas de Saúde

A priorização dos problemas de saúde identificados em resultado da análise das causas de morte através da magnitude ou dimensão, o peso dessas causas de morte relativamente à Região norte e a expressão da mortalidade precoce (idade inferior a 65 anos) permitiram ordenar os seguintes problemas de saúde:

- 1- Doenças cerebrovasculares e cardíacas
- 2- Pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crónica
- 3- Neoplasias do aparelho digestivo
- 4- Neoplasia dos brônquios e pulmão
- 5- Doença Oncológica da Mama
- 6- Doença mental

## 8. Objectivos Gerais

- A - Redução da Taxa de mortalidade por Doenças CérebroVasculares e Cardíacas para um valor inferior a 114,8 ‰ em 2016;
- B - Redução da Taxa de mortalidade por pneumonia para um valor inferior a 47,2 ‰ em 2016;
- C - Redução da Taxa de mortalidade por Doença Oncológica do aparelho digestivo para um valor inferior a 66,9 ‰ em 2016;
- D - Redução da Taxa de mortalidade por Doença oncológica da Mama para um valor inferior a 8,5 ‰ em 2016;
- E – Redução da morbilidade por Doença Mental para um valor inferior a 4,6 ‰ em 2016;

## 8.1. Objectivos específicos

- A1 - Redução da Taxa de prevalência de Diabetes Mellitus para um valor inferior a 57,2 %**00** em 2016
- A2 - Redução da Taxa de prevalência de doença hipertensiva para um valor inferior a 148,5 %**00** em 2016
- A3 - Redução da Taxa de prevalência de dislipidemia para um valor inferior a 120,2 %**00** em 2016
- A4 - Identificação de casos de interrupção ou abandono de tratamentos por insuficiência económica
- A5 - Redução de 10% do número de doentes obesos ou com excesso de peso por alterações de estilo de vida;
- 
- B1- Aumento da cobertura vacinal por vacina antigripe para mais de 60 % dos grupos alvo
- B2 - Redução de cerca de 10 % dos casos de descompensação da doença respiratória crónica
- B3 - Redução do consumo de tabaco por diminuição do número de fumadores
- B4 - Aumento de 10% no número de infecções respiratórias como complicação de síndromes gripais detectadas.
- 
- C1 - Aumento de 10% do número de diagnósticos por rastreio de doença por *H. pylori* nos doentes com risco familiar;
- C2 - Aumento de 10% no número de casos de gastrites detectados em doentes com ingestão de bebidas alcoólicas e consumo de tabaco;
- C3 - Aumento de 10% do número de doentes identificados com sintomatologia de dispepsia com ingestão de antiácidos;
- C4 - Aumento de 10 % do número de endoscopias a doentes com risco familiar e factores de risco alimentares;
- C5 - Aumento de 10% de doentes rastreados através da pesquisa de sangue oculto nas fezes
- C6 - Aumento de 10% de utentes rastreados por colonoscopia;
- 
- D1 - Encaminhamento para tratamento cirúrgico de todos os casos de tumores detectados por autopalpação e mamografia;
- D2 - Aumento de cerca de 10% do número de mulheres que realizem a autopalpação da mama;
- D3 - Detecção precoce por mamografia de rastreio a cerca de mais 10% das mulheres com risco familiar;

- E1 – Aumento do número de pessoas com avaliação de risco de doença mental com 65 ou mais anos de idade;
- E2 – Identificar 70 % das situações referenciadas com pelo menos uma tentativa de suicídio;
- E3 – Caracterizar em termos psicológicos os utentes a quem ocorreram “life events “ recentes;

## 9. Estratégias

- Actuar na Mortalidade e Morbilidade diminuindo a prevalência e a incidência dos problemas de saúde e dos factores determinantes;
- Implementar o desenvolvimento de atividades tendo como orientação os Planos Nacionais de Saúde Prioritários (DGS) que foram adaptados à realidade do ACeS;
- Actuar privilegiando os diferentes níveis de prevenção com ênfase na prevenção primária, na secundária e na reabilitação individual e familiar dos doentes e a sua integração social.

Os profissionais do ACeS nas USFs, URAP e UCCs, USP deverão:

- 1 - Sensibilizar os utentes (Prevenção Primária) para alterar e corrigir hábitos e comportamentos; - alimentação saudável com menos sal e mais diversificada; - redução da ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo; - exercício físico em todas as idades mais nas idades mais avançadas; - implementação do PNV e da vacina da gripe sazonal; - diminuição das descompensações de doenças crónicas por patologia respiratória infecciosa ou digestiva aguda
- 2 - A actuação nos determinantes da saúde (USFs, URAP, UCCs, USP) a) - para conhecimento e monitorização das vulnerabilidades individuais, familiares e sociais e b) - para alterar comportamentos e implementar mudanças.
- 3- Medidas de prevenção secundária (USFs e URAP ) a)- obtenção precoce de diagnósticos; b)- conhecimento e intervenção no controle dos factores de risco para actuar na diabetes, na hipertensão e na dislipidemia; c)- identificação e rastreio de sinais de doença oncológica; d)- controlo, diminuição e abandono do tabagismo para diminuir a incidência de problemas oncológicos do pulmão, estômago, aparelho urinário, deterioração da saúde mental; e) a redução da ingestão de bebidas alcoólicas; f) - abandono ou redução da utilização drogas para diminuição e controlo de doenças transmissíveis e doenças mentais; g) - diversificação de alimentação para diminuir a patologia digestiva, obesidade, dislipidemia, diabetes.
- 4 - Promovendo a reabilitação (UCCs, URAP, USFs, USP) através de: a)- maior acompanhamento dos doentes nos AVCs, Pneumonias, D. oncológicas e descompensações mentais; b)- tornar mais precoce o ingresso em U. de Cuidados Continuados; c)- mobilização precoce, cinesiterapia respiratória, alimentação adequada, d)- facilitar a recuperação e a retoma de uma vida mais ativa,



e) - diminuição do impacto das doenças nas famílias e no equilíbrio familiar f)- actuando sobre a organização familiar e redução dos custos da doença pela redução das taxas moderadoras; g)- atenuar carências económicas, pelo desemprego e pelo agravamento da precariedade económica dos reformados.

## 10. Programas de Actividades

a implementar pelos profissionais das várias Unidades Funcionais do ACeS PV VC:

Para atingir os objectivos de redução da magnitude dos problemas de saúde que têm afectado a qualidade de vida e o estado de saúde da população do ACeS e de acordo com as estratégias preconizadas para as Unidades Funcionais do ACeS pensamos ser importante dirigir a nossa intervenção aos factores de risco e aos determinantes da saúde dos utentes e residentes nestes dois concelhos.

A implementação de Programas elaborados como prioritários pela Direcção Geral da Saúde dirigidos a doenças como as doenças cerebrovasculares e cardíacas, as doenças oncológicas, a diabetes, as doenças respiratórias e a doença mental juntamente com programas também prioritários com o Programa de promoção de alimentação saudável e de alteração de estilos de vida como o Programa de prevenção e controlo do tabagismo e de consumos de substâncias ilícitas, permitirá atingir os objectivos definidos neste PLS no final de 2016.

### Programas Nacionais

Os **programas de saúde prioritários** definidos pela DGS são os seguintes:

- **Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares e Cardíacas;**
- **Programa Nacional para a Diabetes**
- **Programa Nacional para as Doenças Oncológicas**
- **Programa Nacional para as Doenças Respiratórias**
- **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo;**
- **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável**
- **Programa Nacional de Saúde Mental**

Tendo como orientação estes Programas Nacionais elaborados pela Direcção Geral da Saúde procurámos realizar Programas Locais, adaptando-os para o nível e realidade do ACeS, por pensarmos que poderão constituir a mais eficiente e efectiva resposta aos problemas de saúde, identificados na população abrangida por este ACeS do Grande Porto IV e que são considerados prioritários.

Cada um destes Programas Locais deverá ser implementado e monitorizado por uma Equipa pluridisciplinar nomeada pela Sra. Directora Executiva do ACeS do Grande Porto IV.

## **Programas Locais**

- 1 - Programa Local para as Doenças Cerebrovasculares e Cardíacas**
- 2 - Programa Local para a Promoção da Alimentação Saudável**
- 3 - Programa Local para a Diabetes**
- 4 - Programa Local para as Doenças Oncológicas**
- 5 - Programa Local para as Doenças Respiratórias**
- 6 - Programa Local para a Prevenção e Controlo do Tabagismo;**
- 7 - Programa Local para a Saúde Mental**

## 10.1. Programa Local para as Doenças Cerebrovasculares e Cardíacas

### 1 - Enquadramento

As doenças cerebrovasculares e cardíacas são a principal causa de mortalidade na população portuguesa e também da população do ACeS e têm um impacto económico grande pela incapacidade e crescentes custos de tratamento e reabilitação.

O progresso verificado nos diferentes indicadores resulta dos seguintes factores, como a eficácia das medidas genéricas de prevenção, com ênfase na adopção de estilos de vida saudáveis, a correcção de factores de risco modificáveis e o avanço significativo na terapêutica das formas de apresentação mais grave.

A estratégia de prevenção das doenças cérebro-cardiovasculares deverá passar por:

- adopção de estilos de vida saudáveis - comportamentos de risco, tabagismo, o exercício físico, sedentarismo, o desequilíbrio da dieta e o combate á obesidade;
- correcção dos fatores de risco modificáveis - hipertensão arterial, a dislipidemia ou a diabetes;
- encaminhamento urgente através do INEM dos episódios agudos coronários e do acidente vascular cerebral;
- utilização de desfibriladores automáticos externos.

### 2 - Objetivos

#### **A - Redução da Taxa de mortalidade por Doenças Cerebrovasculares e Cardíacas para um valor inferior a 114,8 ‰ em 2016**

- 1 - Redução da Taxa de prevalência de Diabetes Mellitus para um valor inferior a 57,2 ‰ em 2016
- 2 - Redução da Taxa de prevalência de doença hipertensiva para um valor inferior a 148,5 ‰ em 2016
- 3 - Redução da Taxa de prevalência de dislipidemia para um valor inferior a 120,2 ‰ em 2016
- 4 - Identificação de casos de interrupção ou abandono de tratamentos por insuficiência económica

---

#### **PLANO LOCAL DE SAÚDE – O. L. S. 2012**

Endereço: Largo do Mosteiro nº 100 – Vairão 4485-667 Vila do Conde | Tel. 252 662 650 Fax: 252 662 475  
Endereço electrónico: [aspvvc@csvconde.min-saude.pt](mailto:aspvvc@csvconde.min-saude.pt) | [enfspub@csvconde.min-saude.pt](mailto:enfspub@csvconde.min-saude.pt)

- 5 - Redução de 10% do número de doentes obesos ou com excesso de peso por alterações de estilo de vida;
- 6 - Redução da mortalidade por causas do aparelho circulatório em 10% em 2016;
- 7 - Redução em 10% da mortalidade por enfarte agudo do miocárdio em 2016;
- 8 - Redução em 10% da mortalidade por AVC em 2016.

## **2.1 - Objectivos específicos**

- a)- Incremento do nº de admissões hospitalares através do INEM por enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral em 10% até 2016
- b)- Redução da Incidência (‰) de acidentes vasculares cerebrais na população residente
- c)- Incremento do número global de doentes submetidos a terapêutica fibrinolítica no acidente vascular cerebral em 30% até 2016.
- d)- Aumentar a percentagem de utentes hipocoagulados em programa de controlo no ACeS (utentes ativos em TAO no ACeS)
- e)- Aumentar a percentagem de utentes em Programa de Visitação Domiciliária referenciados para a RNCCI

## 10.2. Programa Local para a Promoção da Alimentação Saudável

### 1 - Enquadramento

#### Linhas Programáticas

- Garantir e incentivar o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos tendo como objectivo a melhoria do estado nutricional e saúde da sua população.
- Através da promoção da saúde (Declaração de Adelaide (1988) preconizando metas essenciais para a melhoria da qualidade de vida, -a eliminação da fome, a má nutrição e os problemas relacionados com a pré-obesidade/obesidade).
- A alimentação inadequada constitui um dos quatro principais factores de risco para as doenças crónicas. (60% das mortes prematuras sejam provocadas por estas doenças).
- A promoção de uma alimentação saudável, com a redução do consumo de gordura saturada, e tipo *trans*, a redução do consumo de sal e de açúcar e o aumento do consumo de fruta e hortícolas.
- Um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade...

### 2- Objectivos gerais:

- A1 - Redução da Taxa de prevalência de Diabetes Mellitus para um valor inferior a 57,2 ‰ em 2016
- A2 - Redução da Taxa de prevalência de doença hipertensiva para um valor inferior a 148,5 ‰ em 2016
- A3 - Redução da Taxa de prevalência de dislipidemia para um valor inferior a 120,2 ‰ em 2016

A4 - Redução de 10% do número de doentes obesos ou com excesso de peso por alterações de estilo de vida

- 5) Aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população do ACeS, seus determinantes e consequências.
- 6) Sensibilizar para modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos.
- 7) Informar e capacitar para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis na população em geral em especial aos grupos mais desfavorecidos.
- 8) Identificar e promover acções transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros setores públicos e privados, nomeadamente nas áreas da educação, autarquias agricultura, desporto, ambiente e segurança social.

### 2.1- Objectivos específicos

- a) Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2016.
- b) Aumentar em 5 % o nº de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas.
- c) Aumentar em 5 % o nº de crianças em idade escolar que consome diariamente um pequeno almoço adequado.
- d) Aumentar em 10 % o número de utentes que reduzam o consumo de sal
- e) Sensibilizar produtores de alimentos para a redução do teor de sal do pão e da alimentação nos restaurantes

## 3 - Estratégias

Para atingir os objetivos gerais, no PLPAS propõe-se um conjunto de atividades distribuídas nas seguintes áreas:

- a) A agregação e recolha sistemática de indicadores do estado nutricional, do consumo alimentar e seus determinantes ao longo do ciclo de vida, a avaliação das situações de insegurança alimentar e, a avaliação, monitorização e divulgação de boas práticas com o objectivo de promover consumos alimentares saudáveis ou protectores face à doença a nível local.

- b) A modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho e incentivando a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos.
- c) A identificação e promoção de acções transversais com outros sectores da sociedade, nomeadamente da educação, autarquias, agricultura, desporto, ambiente e segurança social deverão permitir, entre outros, promover a adoção de um padrão alimentar mediterrânico, suscetível de incentivar o consumo de alimentos de origem vegetal, sazonais, locais e desenvolver ferramentas electrónicas que permitam o planeamento de menus saudáveis, de fácil utilização e economicamente acessíveis com informação dos preços para indivíduos e famílias e, desenvolver uma rede a nível autárquico de monitorização de boas práticas e projectos na área da promoção da alimentação saudável para os municípios.
- d) A melhoria da formação, qualificação e modo de actuação de diferentes profissionais que podem influenciar consumos alimentares de qualidade, nomeadamente ao nível da saúde, escolar, autárquico, na área do turismo e restauração ou da segurança social.

#### 4 – Monitorização

O PLPAS deve monitorizar e avaliar as estratégias implementadas, para a promoção de uma alimentação saudável através de:

- Indicadores dos impactes das estratégias propostas:

- a) Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2016.
- b) Aumentar em 5 % o nº de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas.
- c) Aumentar em 5 % o nº de crianças em idade escolar que consome diariamente um pequeno almoço adequado.
- d) Aumentar em 5% o nº de consumidores que utiliza a rotulagem nutricional antes de adquirir produtos alimentares.

## 10.3. Programa Local para a Diabetes

### 1. Enquadramento

O Programa Local para a Diabetes é dirigido:

- população em geral
- população alvo:
  - as pessoas com diabetes,
  - D. com e sem complicações da doença,
  - mulheres grávidas ,
  - população com risco acrescido de desenvolvimento de diabetes.

Risco acrescido de desenvolvimento de diabetes as pessoas com:

- a) Excesso de peso ( $IMC \geq 25$ ) e Obesidade ( $IMC \geq 30$ );
- b) Obesidade central ou visceral,  $H \geq 94$  cm e  $M \geq 80$  cm de perímetro abdominal;
- c) Idade  $\geq 45$  anos se europeus e  $\geq 35$  anos se de outra origem/região do mundo;
- d) Vida sedentária, definida (prática de atividade física em menos de 30 minutos / dia);
- e) História familiar de diabetes, em 1º grau;
- f) Diabetes gestacional prévia;
- g) Existência de outras condições habitualmente associadas à diabetes tipo 2 como a hipertensão arterial ou a dislipidemia;
- h) História de doença cardiovascular prévia: doença cardíaca isquémica, doença cerebrovascular e doença arterial periférica;
- i) Anomalia da glicemia em jejum e tolerância diminuída à glicose, prévias;
- j) Consumo de fármacos que predisponha à diabetes.

## 2- Objetivos Gerais

- A1 - Redução da Taxa de prevalência de Diabetes Mellitus para um valor inferior a 57,2 ‰ em 2016
- A2 - Redução de 10% do número de doentes obesos ou com excesso de peso por alterações de estilo de vida
- 3) Reduzir em 10% a incidência da diabetes;
- 4) Reduzir em 10 % a incidência das complicações micro e macro-vasculares da diabetes;



5) Reduzir a mortalidade por diabetes em 10%.

## 2.1- Objetivos Específicos

- a) Monitorizar a prevalência da diabetes e das suas complicações e a respectiva evolução
- b) Diagnosticar precocemente as pessoas com diabetes definindo o grau de risco de diabetes em 30% dos utentes do ACeS;
- c) Implementar a criação de uma Unidade Coordenadora Funcional em diabetes;
- d) Garantir a meta de 70% de rastreios da retinopatia diabética, do pé diabético e da nefropatia diabética nas pessoas com diabetes;
- e) Reduzir de 10% o número de episódios de internamento hospitalar diretamente relacionados com a descompensação da diabetes;

## 3 - Estratégias

As estratégias de intervenção de acordo com os seguintes princípios orientadores:

- a) Prevenção primária, através do combate aos factores de risco conhecidos e modificáveis da etiologia da diabetes;
- b) Prevenção secundária, através do diagnóstico precoce da diabetes e do seu tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade;
- c) Prevenção terciária, através do diagnóstico precoce das complicações da diabetes, da reabilitação e reinserção social das pessoas com diabetes;
- d) Promoção da qualidade dos cuidados de saúde a prestar à pessoa com diabetes;

As estratégias de intervenção a desenvolver devem assentar numa sólida infraestrutura de saúde, que garanta:

- a) Profissionais de saúde com a formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar;
- b) A disponibilidade de tecnologias de informação, que facilitem o acesso atempado a informação indispensável à gestão do Programa;
- c) Implementar programas de intervenção comunitária, destinados à população em geral, visando a prevenção primária de diabetes em colaboração, nomeadamente, com as autarquias, as escolas e a sociedade em geral;

- d) Divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e os seus fatores de risco;
- e) Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, através da aplicação da “Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2”, que deverá ser aplicada progressivamente a todos os utentes do ACeS;
- f) Rastrear pessoas com diabetes entre os grupos de risco acrescido de desenvolvimento da doença;
- g) Participar na definição das metas subjacentes à contratualização nos diferentes níveis de prestação de cuidados;
- h) Promover, junto das escolas, ações sobre cuidados a prestar a crianças e jovens com diabetes tipo 1 ou tipo 2, com vista a estimular a sua plena integração na comunidade escolar, a assistência imediata adequada promovendo a solidariedade e a educação em atitudes de não estigmatização e de responsabilização social;
- i) Promover a divulgação periódica, às pessoas com diabetes, das consultas hospitalares de diabetes, os tempos de espera para consultas de diabetes e das complicações como o pé diabético, alto risco obstétrico para a diabetes e oftalmologia/diabetes ocular, e dos tempos de espera para realização de retinografia, fotocoagulação, cirurgia às cataratas e vitrectomia;

A promoção da educação da pessoa com diabetes, visando torná-la autónoma, sabendo gerir a doença no dia a dia, incentivando o controlo metabólico com base nas características pessoais e culturais de cada pessoa e garantindo a avaliação do processo educativo e a integração da aprendizagem nas práticas quotidianas de cada pessoa.

Elaborar e divulgar materiais de informação dirigidos à pessoa com diabetes e sua família, sobre:

- I. Incidência e prevalência da diabetes;
- II. Factores de risco de diabetes;
- III. Sinais e sintomas de diabetes;
- Adequação do estilo de vida à diabetes.

#### 4. Monitorização - indicadores

- a) Prevalência da diabetes;
- b) Incidência da diabetes;
- c) Prevalência da diabetes gestacional;
- d) N.º de pessoas com diabetes registadas no ACeS;
- e) % de pessoas com diabetes com HbA1c  $\leq 6,5$  e % com HbA1c  $\geq 8,0$ ;
- f) % de pessoas com diabetes com pressão arterial  $<130/80$ ;
- g) % de pessoas com diabetes com índice de massa corporal  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ,  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  e  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ ;
- h) % de pessoas com diabetes com microalbuminúria  $>30 \text{ mg/gr}$  creatinúria;

- i) % de pessoas com diabetes com observação do pé;
- j) Nº de pessoas com diabetes sujeitas a rastreio da retinopatia;
- k) Nº de pessoas com diabetes fumadoras;
- l) Nº de internamentos por diabetes;
- m) Nº de dias de internamento por diabetes
- n) Nº amputações dos membros inferiores por motivo de diabetes (major e minor);
- o) Incidência de amputações em diabéticos
- p) Nº de doentes em diálise por motivo de diabetes;
- q) Nº de cegos e amblíopes por motivo de diabetes;
- r) Mortalidade por diabetes.

## 10.4. Programa Local para as Doenças Oncológicas

### 1.Orientações Programáticas Enquadramento

O cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade (isto é, a principal causa de morte prematura). Ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares.

Medidas de prevenção primária como a diminuição à exposição ao tabagismo e a promoção de alimentação saudável; A prevenção secundária através do diagnóstico precoce no seguimento de rastreios como o rastreio do cancro da mama, o rastreio do cancro do colo do útero e o rastreio do cancro do cólon e reto através da pesquisa de sangue oculto nas fezes e exames endoscópicos necessários.

### 2.– Objectivos

**C - Redução da Taxa de mortalidade por Doença Oncológica do aparelho digestivo para um valor inferior a 66, ‰ em 2016**

- C1 - Aumento de cerca de 10% do número de diagnósticos por rastreio de doença por H. pylori nos doentes com risco familiar
- C2 - Aumento de 10% no número de casos de gastrites detectados em doentes com ingestão de bebidas alcoólicas e consumo de tabaco
- C3 - Aumento de cerca de 10% do número de doentes identificados com sintomatologia de dispepsia com ingestão de antiácidos

- C4 - Aumento de cerca de 10 % do número de endoscopias a doentes com risco familiar e factores de risco alimentares
- C5 - Aumento de cerca de 10% de doentes rastreados através da pesquisa de sangue oculto nas fezes
- C6 - Aumento de cerca de 10% de utentes rastreados por colonoscopia

**D - Redução da Taxa de mortalidade por Doença oncológica da Mama para um valor inferior a 8,5 ‰ em 2016**

- D1 - Encaminhamento para tratamento cirúrgico de todos os casos de tumores detectados por mamografia e por autopalpação
- D2 - Aumento de cerca de 10% do nº de mulheres que realizem a autopalpação da mama
- D3 - Detecção precoce por mamografia de rastreio a cerca de mais 10 % das mulheres com risco familiar

## 2.1- Objectivos específicos

- a) Realizar rastreio do cancro do colo do útero por citologia cervico-vaginal em mais 10% das mulheres com idade entre os 30 e os 60 anos de idade;
- b) Realizar rastreio do cancro da mama com mamografias a cada 2 anos nas mulheres entre os 50 e os 69 anos de idade;
- c) Realizar o rastreio do cancro colo retal com pesquisa de sangue oculto nas fezes a mais 10 % da população do ACeS entre os 50 e os 74 anos de idade;

## 3 - Estratégias

- a) Criação de suporte para monitorização dos programas de rastreio.
- b) Fazer a compilação e divulgação das Normas da DGS para os rastreios do cancro da mama, colo do útero e colorectal e adopção de boas práticas em oncologia;
- c) Incentivar a realização de rastreios de base populacional no ACeS;

## 4 – Monitorização

Relativamente aos rastreios, deverão ser monitorizados:

- a) - A taxa de cobertura;

- b) - A qualidade, através do cálculo do número de cancros de intervalo, estágio à data do diagnóstico e mortalidade específica;
- c) - A % de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos);
- d) - A % de mulheres entre os 50 e 69 anos c/ mamografia registada nos últimos 2 anos;
- e) - A % de utentes entre 50-74 anos com rastreio de cancro de colo-rectal efectuado.

## 5 - Desempenho Assistencial

- a)- % de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
- b)- % de mulheres entre os 50 e 69 anos c/ mamografia registada nos últimos 2 anos

## 10.5. Programa Local para as Doenças Respiratórias

### 1- Enquadramento

As doenças respiratórias são doenças das vias aéreas e outras estruturas dos pulmões sendo as mais frequentes a Pneumonia; a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC); a *Asma* e a Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP);

As doenças respiratórias são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência para o aumento da sua prevalência dado que a crise económica é promotor do aumento doenças respiratórias crónicas uma vez que as pessoas mais pobres tem maior risco de desenvolver doenças respiratórias crónicas.

As doenças respiratórias crónicas afectam 40% da população portuguesa, dos quais cerca de 10% (600 000) apresentam asma.

As pessoas com asma distribuem-se por cerca 11,0% da população dos 6-7 anos, 11,8% dos 13-14 anos e 5,2% dos 20-44 anos,

Também de etiologia relacionável com alergias a rinite afecta cerca de 25% da população.

Por outro lado cerca de 14,2% com mais de 40 anos apresentam DPOC, com cerca de 2% dos 40 aos 49 anos, 10,2% dos 50 aos 59 anos e 30,8% acima dos 70 anos. Na população masculina acima de 70 anos esta proporção atinge os 47,2%.

Em relação à mortalidade, em 2009 faleceram por doença respiratória cerca de 11,6%, dos quais cerca de 56,8% (6.936) dos óbitos por Doenças Respiratórias Não Transmissíveis.

Analisando a evolução da mortalidade entre 2005 e 2009 parece haver uma tendência para a diminuição dos óbitos por Asma e DPOC, e um aumento da mortalidade por pneumonia e por cancro do aparelho respiratório. Constata-se também um aumento do número de internamentos por Fibrose Pulmonar.

## 2 – Objectivos Gerais

### **B- Redução da Taxa de mortalidade por pneumonia para um valor inferior a 47,2 ‰ em 2016**

- B1- Aumento da cobertura vacinal por vacina antigripe para mais de 60 % dos grupos alvo
- B2 - Redução de cerca de 10 % dos casos de descompensação da doença respiratória crónica
- B3 - Redução dos consumos de tabaco por diminuição do número de fumadores
- B4 - Aumento de 10% no número de infecções respiratórias como complicação de síndromes gripais detectadas.

### 2.1- Objectivos Específicos

- a) - Promover a prevenção secundária e terciária, nomeadamente, mediante a elaboração de planos de terapia específicos nas Unidades Funcionais do ACeS;
- b) - Melhorar a acessibilidade dos Doentes Respiratórios à prestação de cuidados de saúde;
- c) - Contribuir para a precocidade no diagnóstico, aumentando em 30% acessibilidade às espirometrias;
- d) - Optimizar a terapêutica reduzindo em 30% a prescrição de aerossolterapia;
- e) - Melhorar a eficiência do sistema de prescrição, alargando em 50% a prescrição por via electrónica, de cuidados respiratórios domiciliários;
- f) - Reduzir em 10% a taxa de internamentos por DRC;

g) - Reduzir em 2% a morbilidade e a mortalidade, por doença respiratória.

### 3 - Estratégias

As áreas de intervenção dirigem-se preferencialmente à Asma, a DPOC e a outras de menor prevalência, mas que requerem uma abordagem diferenciada, nomeadamente a HAP, as Doenças do Interstício Pulmonar e a F. Quística.

As patologias prioritárias de intervenção são:

- a) Asma;
- b) Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- c) *Pneumonia*;
- d) Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP);
- e) Doenças do Interstício Pulmonar;
- f) Fibrose Quística (FQ).

As áreas chave de intervenção transversal ao PLDR são:

- a) As Alergias, onde se inclui a Rinite, e Infecções Respiratórias;
- b) A patologia respiratória Pediátrica;
- c) Equipamento e Cuidados Respiratórios no Domicílio;
- d) Ambiente;
- e) Promoção de boas práticas da qualidade e segurança no âmbito do PLDR;
- f) Vigilância epidemiológica, monitorização e análise de indicadores.

São intervenções estratégicas no âmbito do PLDR:

- a) Estimular a adoção de estilos de vida saudáveis, em nutrição e atividade física;
- b) colaborar na organização local dos Dia Mundial da DPOC, Dia Mundial da Asma, Dia Mundial da Alergia, Dia Mundial da Voz, Dia Mundial da Espirometria e explorar a criação do Dia Mundial das Doenças Respiratórias;
- c) Identificação dos factores determinantes e de custo/efetividade, da doença respiratória
- d) Definição de caso das principais DRC, factores de risco, critérios de diagnóstico e exames complementares de diagnóstico com a melhor indicação;
- e) Definição dos objectivos a atingir para a Qualidade de Vida dos Doentes com Doenças Respiratórias Crónicas;
- f) Definição das competências profissionais, formação e treino necessários, para as intervenções na prestação de cuidados de saúde aos Doentes com doenças respiratórias;

- g) Concertação de acções com organizações do ambiente, para disponibilização de recomendações de saúde com base nos indicadores IQAR (Índice da Qualidade do AR);
- h) Concretização de iniciativas na área da prevenção (evicção do tabaco, redução da poluição em espaços interiores, redução da exposição ocupacional)
- i) Recolher e divulgar Normas e orientações técnicas da DGS de fácil consulta, para Profissionais, em particular do ACeS;

#### **4 - Monitorização**

- a) Existência de um plano de ação bienal, contemplando iniciativas para a prevenção e controlo das DRC;
- b) Número de documentos escritos e divulgados, dirigidos a Profissionais, no âmbito da qualidade e segurança das doenças respiratórias;
- c) Avaliação de indicadores de processo e de impacto

## **10.6. Programa Local para a Prevenção e Controlo do Tabagismo**

### **1- Orientações Programáticas Enquadramento**

Devido à multiplicidade e gravidade das doenças que provoca e à elevada proporção de pessoas expostas, o consumo de tabaco constitui, presentemente, a primeira causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial.

Fumar afeta todos os órgãos e sistemas, sendo causa ou factor de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, das doenças respiratórias, das doenças cardiovasculares e da diabetes, bem como de outros efeitos nocivos, em particular a nível da saúde sexual e reprodutiva e da saúde ocular.

Dada a composição química do fumo do tabaco, rico em nicotina, substância psicoativa geradora de dependência, e em substâncias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas, não existe um limiar seguro de



exposição para o ser humano, o que obriga à adoção de medidas preventivas e de proteção da saúde baseadas na prova científica, custo-efetivas, continuadas e universais.

Segundo a OMS morrem anualmente, em todo o mundo, cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras ou ex-fumadoras, das quais 650 000 na União Europeia. Estima-se que a exposição ao fumo ambiental do tabaco contribua para a morte adicional de cerca de 600 000 pessoas não fumadoras, por ano, em todo o mundo, 19 000 das quais na União Europeia.

Estimativas de 2004, o consumo de tabaco foi responsável, em Portugal, por cerca de 10% do total de mortes, por diversas patologias, na população com mais de 30 anos. Esta percentagem foi mais elevada no sexo masculino (17%) e no grupo etário dos 45 aos 59 anos: 23% do total de mortes, em ambos os sexos; 32% nos homens e 6% nas mulheres. No último Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2005/2006) na população de Portugal, com 15 ou mais anos, revelaram uma prevalência de fumadores, diários e ocasionais de 20,9%, 30,9% no sexo masculino e 11,8% no sexo feminino. Os ex-fumadores corresponderam a 16,1% da mesma população.

A iniciação do consumo de tabaco tem lugar, habitualmente, durante a adolescência ou no início da idade adulta. Se os adolescentes atingirem a idade adulta sem nunca terem fumado, provavelmente nunca virão a fumar. A prevenção da iniciação do consumo de tabaco entre os adolescentes e jovens é, portanto, uma abordagem crucial para se poder vir a controlar a “epidemia tabágica” nas próximas gerações.

Dos fatores sócio-ambientais com maior influência na iniciação do consumo, destacam-se o comportamento de fumar dos pares, dos pais e de outras pessoas significativas para os adolescentes e jovens, a facilidade de acesso ao tabaco, em particular o preço acessível, a aceitação social do consumo e a visibilidade social dos produtos de tabaco.

Em 2012, (Eurobarómetro-Portugal), dos inquiridos fumadores ou ex-fumadores, 22% disseram ter começado a fumar regularmente com menos de 15 anos. Apenas 6% referiram ter começado a fumar regularmente depois dos 25 anos.

Segundo dados referentes ao ano de 2011, recolhidos pelo Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT), no âmbito do Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas/European School Survey on Alcohol and other Drugs (ECATD/ESPAD Portugal), realizado numa amostra representativa de alunos do ensino público, 64,6% dos rapazes e 64,9% das raparigas, com 18 anos, responderam já ter consumido tabaco.

A menos que os atuais fumadores parem de fumar, o número de mortes relacionadas com o consumo de tabaco continuará a aumentar nos próximos anos, dado o tempo de latência entre o início do consumo de tabaco e as doenças com ele associadas. Assim, embora o investimento na prevenção do consumo de tabaco nos jovens deva continuar a merecer um forte investimento, há

necessidade, em simultâneo, de reforçar as estratégias de promoção da cessação tabágica, como via para reduzir a prevalência de fumadores na população.

Parar de fumar tem sempre benefícios, imediatos e a longo prazo, em ambos os sexos, em todas as idades, em pessoas com ou sem doenças relacionadas com o consumo de tabaco. Embora deixar de fumar seja benéfico em qualquer idade, os ganhos são tanto maiores quanto mais precocemente tiver lugar a abstinência definitiva.

A promoção da cessação tabágica contribui para diminuir a visibilidade social do acto de fumar, o que constitui uma importante estratégia para prevenir a iniciação do consumo, por parte das crianças e jovens, e para evitar a exposição ao fumo ambiental do tabaco.

Esta exposição é comprovadamente prejudicial para todas as pessoas expostas, em especial para as crianças, as mulheres grávidas, os doentes crónicos e os trabalhadores obrigados a permanecer em locais fechados onde se fume. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem efeitos adversos imediatos sobre o sistema cardiovascular, podendo desencadear a exacerbação de sintomas respiratórios, em particular em doentes com asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). As pessoas não fumadoras repetidamente expostas ao fumo ambiental do tabaco apresentam uma maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares.

Devido a uma combinação única de fatores biológicos, fisiológicos, comportamentais, sociais e ambientais, as crianças são particularmente vulneráveis à exposição ao fumo ambiental de tabaco. Para além dos graves efeitos adversos na saúde, a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e em locais públicos contribui para que as crianças aprendam a considerar o tabagismo como um comportamento normal dos adultos, o que aumenta a probabilidade de, mais tarde, elas próprias se tornarem fumadoras.

Em Portugal, a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, veio dar execução ao disposto na referida Convenção, aprovando normas tendentes à prevenção do tabagismo, à proteção da exposição ao fumo do tabaco, à redução da procura e à cessação do consumo.

A nível local deverão ser envolvidos todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e Unidades Locais de Saúde (ULS), em particular os Conselhos clínicos e respetivas unidades funcionais. As Unidades de Saúde Pública (USP) deverão apoiar a execução do Programa, em especial no que se refere às abordagens de âmbito populacional e ao processo de avaliação e monitorização.

## 2.- Objectivos

- A) - Redução da Taxa de mortalidade por Doenças CerebroVasculares e Cardíacas para um valor inferior a 114,8 ‰ em 2016
- 1) - Redução de cerca de 10 % dos casos de descompensação da doença respiratória crónica
  - 2) - Redução do consumo de tabaco por diminuição do número de fumadores
  - 3) - Aumento de 10% no número de infecções respiratórias como complicação de síndromes gripais detectadas.
- 4) - Redução da Taxa de mortalidade por Doença Oncológica do aparelho digestivo para um valor inferior a 66,9 ‰ em 2016;**
- 5) - Aumento de 10% no número de casos de gastrites detectados em doentes com ingestão de bebidas alcoólicas e consumo de tabaco;
  - 6) Reduzir a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos em pelo menos 2%, até 2016.
  - 7) Eliminar a exposição ao fumo ambiental do tabaco.

### 2.1 - Objectivos específicos

- a) Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens.
- i) - Diminuir a % de jovens escolarizados de 15 anos que refere já ter fumado alguma vez para <40%.
  - ii) - Diminuir a % de jovens escolarizados de 15 anos que refere ter fumado nos últimos 30 dias para < 25%. (Valor de referência 29%; ESPAD 2011)
  - iii) - Diminuir a % de jovens escolarizados de 15 anos que refere ter fumado diariamente nos últimos 30 dias para < 12%. (Valor de referência 15%; ESPAD 2011)
  - iv) - Reduzir a % de consumidores diários do sexo masculino, dos 15 – 24 anos, para <27 %. (Valor de referência: 31,5%, INS 05/06)
  - v) - Reduzir a % de consumidores diários do sexo feminino, dos 15 – 24 anos, para <14 %. (Valor de referência: 16,0%, INS 05/06)
- b) Promover e apoiar a cessação tabágica.
- i) - Aumentar a % de ex-fumadores na população com ≥ 15 anos, para >18%. (Valores de referência: 16,1%, INS 05/06; 15% Eurobarómetro 2012)

- ii) - Aumentar a % de fumadores com  $\geq 15$  anos que refere ter feito uma tentativa para parar de fumar nos últimos doze meses para  $> 30\%$ . (Valor de referência: 14%, Eurobarómetro 2012)
  - iii) - Aumentar a % de mulheres fumadoras que referem, no momento da consulta de revisão do puerpério, ter parado de fumar devido à gravidez para  $> 70\%$ . (Valor de referência: 35% (2003) estudo no H. Santa Maria, Correia *et al.*, 2007)
- c) Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco.
- i) - Aumentar a % de trabalhadores nunca ou raramente expostos ao fumo ambiental do tabaco no seu local de trabalho para  $> 98\%$ . (82%; Eurobarometer, 2012.)
  - ii) - Aumentar a % de pessoas que concorda com legislação de prevenção e controlo do tabagismo mais restritiva em bares e *pubs* para  $> 70\%$  (Valor de referência 47,3% (Infotabac, 2011).
- d) Monitorizar, avaliar e promover a formação profissional, a investigação e o conhecimento.
- i) - Caracterizar epidemiologicamente o tabagismo e a exposição ao fumo ambiental, até 2016.
  - ii) - Caracterizar o consumo de tabaco nas mulheres grávidas até 2016.
  - iii) - Caracterizar a exposição das crianças e das mulheres grávidas ao fumo ambiental do tabaco, até 2016.
  - iv) - Promover acções de formação sobre prevenção do tabagismo e intervenção breve, para todos os profissionais dos ACeS.
  - v) - Promover a realização de acções de formação de modo a garantir que os profissionais que prestam cuidados nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica possuam pelo menos 35 horas de formação específica nesta área, até final de 2014.
  - vi) - Caracterizar e monitorizar anualmente a oferta e a procura das consultas de apoio à cessação tabágica no âmbito do SNS.
  - vii) - Apoiar a investigação epidemiológica no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo.

### 3 – Estratégias

A prevenção e o controlo do tabagismo requerem uma estratégia integrada, assente em múltiplas abordagens desenvolvidas com continuidade e culturalmente adaptadas aos diferentes níveis e contextos de intervenção.

Nesse sentido, o delineamento estratégico do presente Programa tem, como referência, as abordagens de maior efetividade, preconizadas pela OMS, para prevenir e controlar o consumo de

tabaco nos próximos anos:-aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco; -proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco; -oferecer ajuda na cessação tabágica; -avisar, informar e educar sobre os riscos associados ao consumo de tabaco; -monitorizar o consumo de tabaco e as suas repercussões na saúde.

Os profissionais de saúde os educadores e os professores detêm funções educativas e terapêuticas na luta contra o tabagismo, constituindo um exemplo importante para os seus utentes e para a população em geral e constituem figuras de referência para os seus alunos, pelo que, devem ser incentivados e apoiados a parar de fumar.

Em simultâneo, devem ser disponibilizadas consultas de apoio intensivo, para seguimento das situações mais complexas, segundo linhas orientadoras preconizadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

A promoção da cessação tabágica na mulher grávida e nos jovens pais permitirá reduzir os graves efeitos adversos na saúde do feto, do recém-nascido e das crianças de tenra idade, sendo um eixo de intervenção que carece de grande investimento nos próximos anos. A promoção da cessação tabágica entre os adolescentes e jovens adultos deverá também ser valorizada e reforçada.

A prevenção do consumo de tabaco em meio escolar carece de um investimento consistente e continuado, devendo contar com o apoio do Programa de Saúde Escolar, em articulação com a Medicina Geral e Familiar e restantes unidades funcionais do ACES.

Tendo em vista melhorar a eficiência e a efetividade das respostas em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo, no âmbito do ACeS, será efetuado o mapeamento das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.

Metas operacionais:

- a) - Estabelecer em saúde escolar parcerias no sentido da realização anual de pelo menos um projeto ou iniciativa nacional de prevenção do tabagismo dirigido às escolas do ensino básico e secundário.
- b) - *Recolher e compilar as* orientações normativas da DGS, até final de 2013.
- c) - Mapear as consultas de apoio intensivo à cessação tabágica e definir uma rede de referência, até final de 2014
- d) - Garantir a oferta de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica em 100% das USFs do ACES até ao final de 2013
- e) - Delinear uma estratégia de formação para os profissionais do ACeS, em articulação com as ARS, até 2014.
- f) - Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, pelo menos 50% dos utentes do ACeS fumadores observados no último ano.

- g) - Produzir e difundir conteúdos informativos e materiais pedagógicos, em diversos suportes, e promover campanhas informativas sobre os riscos associados ao consumo e à exposição ao fumo ambiental do tabaco destinadas, em particular:
- i) - às crianças, adolescentes e jovens;
  - ii) - às mulheres grávidas e aos pais fumadores;
  - iii) - aos trabalhadores fumadores;
  - iv) - aos profissionais de saúde e aos professores;
  - v) - à população em geral.

#### 4 – Monitorização

A monitorização epidemiológica do consumo e da exposição ao fumo ambiental do tabaco e do seu impacto na saúde é fundamental para o adequado planeamento das estratégias e atividades a desenvolver no âmbito do Programa e para a introdução das medidas corretivas julgadas oportunas.

Torna-se necessário identificar indicadores para avaliação e monitorização do presente Programa, com identificação das respetivas fontes de informação.

Complementarmente, será necessário garantir que os sistemas de registo de informação disponíveis nos serviços de saúde incentivam as intervenções dos profissionais neste domínio e possibilitam a monitorização dos indicadores de avaliação e/ou contratualização selecionados.

No âmbito da monitorização do presente Programa, será recolhida e analisada informação para caracterizar epidemiologicamente o consumo de tabaco, a exposição ao fumo ambiental e as suas repercussões na saúde.

A nível local, dos ACES/USP o Observatório Local de Saúde.

## 10.7. Programa Local para a Saúde Mental

### 1 – Orientações Programáticas

Com base nos dados epidemiológicos recolhidos na última década, as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados.

No estudo “The Global Burden of Disease” constatou-se que na Europa as perturbações psiquiátricas eram responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade, destacando-se claramente entre as 10 principais causas gerais de incapacidade (a depressão, o alcoolismo, a esquizofrenia e a doença bipolar).

Também em 2010, as perturbações depressivas eram já a 3ª causa de carga global de doença (1ª nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a 1ª causa a nível mundial em 2030, com agravamento plausível das taxas correlatas de suicídio e para-suicídio. No “1º Estudo Epidemiológico Nacional” sobre prevalências de perturbações psiquiátricas apontam para 22.9% de prevalência anual, registando-se 6.3% de situações graves.

Entre as perturbações mentais graves, as esquizofrénicas são as que causam maior incapacidade – com taxa de prevalência média variável entre 0,5% e 1,5%, (cerca de 1/3 das pessoas afectadas apresentam um comprometimento acentuado das suas capacidades psicossociais).

Verifica-se que as pessoas com incapacidades mentais e psicossociais vivenciam violações dos seus direitos, incluindo estigma e discriminação.

Para além da participação específica e directa na carga global das doenças, as perturbações psiquiátricas têm também um efeito indirecto no aumento desta carga, mediado pela existência de uma interação complexa com outras situações clínicas e de estilos de vida disfuncionais, tais como as doenças cardiovasculares, as doenças metabólicas, os consumos de substâncias, os acidentes de viação e os acidentes laborais.

A magnitude deste impacto resulta da prevalência das perturbações psiquiátricas, mas também, do facto de, os indivíduos iniciarem tarde o tratamento, ou não terem acesso a cuidados adequados às suas necessidades.

Sabe-se hoje que os custos directos e indirectos associados às perturbações psiquiátricas, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade (desemprego, absentismo, baixas por



doença, apoio a familiar doente), têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde.

Tendo como orientação o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) aprovado em 24 de janeiro de 2008, pela RCM n.º 49/2008, elaboramos este Programa para actuação a nível do ACeS PVVC.

## Enquadramento

No Plano Nacional de saúde Mental é referido:

- a) Em Portugal existe uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa;
- b) Uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental;
- c) Muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial) hoje considerados essenciais.
- d) É plausível a ocorrência de um aumento da prevalência de algumas doenças mentais, assim como o aumento da taxa de suicídio em alguns setores da população.
- e) A atual crise financeira tem ainda outras repercussões importantes a nível da saúde mental, que obrigam a encarar com rigor acrescido a premência de definir prioridades e de as ligar às situações associadas às necessidades dos mais vulneráveis, bem como as estratégias mais custo-efetivas;
- f) O investimento no desenvolvimento dos serviços comunitários para doentes mentais graves já era uma prioridade antes da crise, é agora ainda mais.

## 2- Objectivos

- 1 assegurar o acesso a serviços de saúde mental de qualidade;
- 2 promover e proteger os direitos dos doentes; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- 3 promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir um melhor acesso e a participação das comunidades, utentes e famílias;
- 4 promover a integração dos cuidados de saúde mental (cuidados primários, hospitais e cuidados continuados) de molde a diminuir a institucionalização dos doentes;
- 5 promover programas de prevenção da depressão e do suicídio e o desenvolvimento da capacidade de intervenção em crise;



- 6 melhorar a articulação e a colaboração com os psicólogos e psiquiatras para melhorar a detecção de sinais de alarme, sinais de depressão e de suicídio, e tornar mais célere a intervenção;
- 7 adoptar guidelines para a prescrição mais racional de psicofármacos e o envolvimento de profissionais não- médicos em novas abordagens terapêuticas complementares;
- 8 implementar o Programa Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) a nível do ACeS;
- 9 implementar o Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, em particular no sector relativo às perturbações demenciais a nível do ACeS.

### 3. Estratégias

- a) O modelo de funcionamento dos serviços de saúde mental assenta numa continuidade de cuidados entre os seus vários níveis, através da articulação do ACeS com os serviços comunitários de saúde mental, com uma majoração das intervenções na comunidade, a garantia de cuidados de internamento nas situações agudas que dele careçam, preferencialmente em hospitais gerais, e uma monitorização das diferentes unidades de cuidados continuados de saúde mental.
- b) Instituição de programas de intervenção domiciliária que garantam uma resposta adequada às diferentes necessidades de cuidados das populações, essencial ao acompanhamento dos utentes e à prevenção de recaídas e consequentes reinternamentos;
- c) Articulação com os Cuidados de Saúde Mental, incentivando intervenções conjuntas e privilegiando a sua prestação nos próprios ACeS ou em espaços sediados na comunidade;
- d) Articulação com o sector social, autarquias e organizações não governamentais, em particular no âmbito da reabilitação psicossocial e da prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves;
- e) Desenvolvimento, isoladamente e/ou em articulação com os Cuidados de Saúde Mental, de programas de promoção da saúde mental e de prevenção da doença mental.

## 11. Indicadores

Os indicadores para monitorização e avaliação deste Plano de Actividades do ACeS são os definidos em cada um dos Programas Locais dirigidos à redução da magnitude dos principais Problemas de Saúde e os indicadores que estão ou venham a ser contratualizados com as várias Unidades Funcionais do ACeS Grande Porto IV.

## 12. Avaliação e Monitorização

Para Avaliação e Monitorização do Plano Local de Saúde do ACeS serão nomeados os Profissionais para integrarem uma Equipa com elementos dinamizadores da implementação dos Programas Locais de Saúde que procederão à monitorização semestral e anual do Plano Local de Saúde.

## Bibliografia

- . Administração Regional de Saúde do Norte (2011). "Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2009". mort@lidades.infantil: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/MI\\_9609](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/MI_9609)
- . Administração Regional de Saúde do Norte (2009). "Mortalidade Geral e Específica, Região Norte, 2001-2005". mort@lidades.geres: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/AM\\_0105](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/AM_0105)
- . Administração Regional de Saúde do Norte (2009). "Mortalidade Proporcional, Região Norte, 2001-2005". mort@lidades.prop: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/MP\\_0105](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/MP_0105)
- . Administração Regional de Saúde do Norte (2009). "Mortalidade Evitável: Uma Análise na Região Norte no Período 2001-2005". mort@lidades.evita: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/ME\\_0105](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/ME_0105)
- . Branco, B. ; Cadinha, C. ; Moniz, C. (2012) - Relatório 004/2012: "Monitorização do Risco de Doença - Avaliação das Notícias de Nascimento"
- . Cadinha, C; Fonseca, E; Loureiro, L.; Gomes, M.; Mendes, M. e Pinto, A. (1998). "Diagnóstico da situação da saúde da população abrangida pelo centro de saúde de Vila do Conde. Escola Superior de Enfermagem São João".
- . Cardoso, S.; Lourenço, G; Marques, A. ; Serdoura, P.; Tato, A. ; Vieira de Sousa, C. (2012) – "Diagnóstico de Situação de Saúde do ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa – 2011"
- . Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt/>
- . Direcção Geral da Saúde (2011). "Natalidade, Mortalidade infantil, fetal e perinatal, 2006/2010". Felício M.M., Teixeira C., Machado V. (2009). Perfil de Saúde da Região Norte. Administração Regional de Saúde do Norte, Edição 2008 e 2009.
- . Direcção Geral da Saúde (2012). "Programas de Saúde Nacionais Prioritários" in [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- . Imperatori, E. e Giraldes, M<sup>a</sup> R. (1996). "Metodologia do planeamento da saúde" -.2<sup>a</sup> Edição. Lisboa.
- . Mendes, G. (2006). "Caracterização Global da Área Geográfica de Intervenção do Serviço de Saúde Pública".
- . Machado V (2010). "Análise dos Internamentos Hospitalares na Região Norte, 2007". Administração Regional de Saúde do Norte IP, Julho de 2010, Porto. morbilid@des.hospitalar: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/MorbHosp\\_2007.htm](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/MorbHosp_2007.htm)

- . Pereira, M. (s.d.). “Epidemiologia, teoria e prática”. Guanabara Koogan.
- . Tavares, A. “Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (1992)”. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e aperfeiçoamento profissional.
- . Moniz, C. (2012) - Relatório 001/2012: “Acessibilidade organizacional – utentes excluídos do PNV”
- . Moniz, C. (2012) - Relatório 002/2012: “Relatório da gripe sazonal 2011/2012”
- . Moniz, C. (2012) - Relatório 003/2012: “Registo de utentes esporádicos por motivo de vacinação”
- . Washington State Department of Health (2002). “Guidelines for Using Confidence Intervals for Public Health Assessment”. [http://www.doh.wa.gov/data/guidelines/WordDocs/CI\\_guidelines.pdf](http://www.doh.wa.gov/data/guidelines/WordDocs/CI_guidelines.pdf)