

1. INTRODUÇÃO

A criação recente da Unidade Local de Saúde do Nordeste vai levar a uma reorganização e integração entre os cuidados de Saúde primários secundários e continuados.

O Plano Local de Saúde 2012-2017 da ULS Nordeste é um documento estratégico que tem por objectivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população e que obriga a uma relação forte entre os serviços de saúde e a comunidade que serve.

Identifica os problemas, prioriza as necessidades, determina a tendência dos problemas, define estratégias, traça objectivos, avalia os resultados. É um instrumento de apoio à gestão das actividades dos serviços de saúde e da comunidade orientando e integrando as diferentes tomadas de decisão que têm impacto na saúde da população.

A coordenação técnica da elaboração do PLS da ULS Nordeste está dentro das competências da Unidade de Saúde Pública (USP) de acordo com os DL nº 81/2009 e 28/2008. Contudo sem o envolvimento dos restantes profissionais de saúde e órgãos de decisão da ULSN a sua elaboração seria impossível.

Os problemas de saúde duma comunidade só podem ser resolvidos se forem visíveis. Daí ser importante desenvolver e manter, adequados sistemas de informação que permitam em tempo útil, integrar, medir e monitorizar a evolução dos problemas e seus determinantes. Durante a elaboração do presente plano, fomos confrontados com dados menos actualizados, em especial de morbilidade e a ausência de indicadores locais fiáveis ao nível dos determinantes de saúde. Estas dificuldades foram encaradas como uma oportunidade de melhoria dos sistemas de informação locais.

O horizonte do PLS estende-se pelo período de 2012 a 2016, em que o ano de 2012 representará o ano zero, de preparação do PLS. Possui avaliações intercalares de periodicidade anual, que irão permitir validar e/ou corrigir as estratégias escolhidas para alcançar os objectivos de saúde para a comunidade.

2. METODOLOGIA

O PLS é composto por uma análise da situação de saúde da população da ULS Nordeste que com base na informação disponível, identificou os problemas de saúde.

Para este PLS recorreu-se à base de evidência científica disponível, particularmente os documentos elaborados pela ARS Norte: Perfil Regional de Saúde da Região Norte, Mortalidades, Morbilidades, Plano de Saúde da Região Norte 2009-2010 e Avaliação do Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010. Foram ainda consultadas outras fontes de informação: INE, IEPF, ACS, ACSS, OMS, SIARS, etc.

As fases clássicas do Planeamento em Saúde são o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a fixação de objectivos, a selecção de estratégias, a elaboração de programas e projectos, a preparação da execução, a execução e a avaliação. A Unidade de Saúde Pública (USP), na qualidade de Observatório Local de Saúde, criou um grupo de trabalho para elaborar o PLS tendo seguido para na sua execução as diversas fases do planeamento clássico.

No diagnóstico de situação da população da ULS Nordeste identificou e quantificou os recursos quer de saúde quer comunitários, importantes para todo o processo de intervenção futura e identificou os problemas de saúde da comunidade com base nos indicadores disponíveis.

Não sendo possível a elaboração de programas para a resolução de todos os problemas de saúde, foi necessário priorizar as principais necessidades verificadas. O grupo de trabalho procedeu à priorização de dez problemas de saúde com base na informação disponibilizada e utilizando os critérios de magnitude (afecção em termos de impacto nos indicadores de morbi-mortalidade), transcendência (mede o nível de afectação social em termos de grupos populacionais e ou sócio económicos) e vulnerabilidade (mede o grau de aplicabilidade / dificuldade de resolução de um problema de saúde).

Em reunião com o Conselho de Administração da ULS foi apresentado o Diagnóstico de Situação da ULS Nordeste e divulgados os problemas de saúde priorizadas pelo grupo de trabalho. Solicitou-se aos diferentes profissionais que validassem os problemas de saúde propostos e/ou identificassem novos.

Numa reunião posterior com os mesmos elementos presentes procedeu-se à priorização das 5 principais Necessidades de Saúde.

O grupo de trabalho formulou objectivos e estratégias que com base nas necessidades identificadas. Posteriormente foram seleccionados quais os indicadores de saúde que melhor se apropriavam ao plano de monitorização e avaliação. Com estes indicadores pretende-se que, de

uma forma sistemática e objectiva, se verifique a relevância, a eficácia e o impacto das intervenções planeadas à luz dos objectivos previamente definidos.

Estas estratégias e os indicadores de saúde serão posteriormente validadas com os órgãos directivos da ULS.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO DA ULS NORDESTE

3.1. CARACTERIZAÇÃO GEO-DEMOGRÁFICA

A ULS do Nordeste pertence à Região Norte e integra treze concelhos: Alfândega da Fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso, Vinhais e Vila Nova de Foz Côa.



Figura 1. Concelhos da área geodeografica da ULSN

POPULAÇÃO RESIDENTE

Na ULS do Nordeste, a população residente segundo os Censos de 2011 é de 145 512 habitantes, o que representa um decréscimo de 2,27% face aos Censos de 2001.

A população da ULS do Nordeste não acompanhou a variação positiva verificada no Continente e

na Região Norte, 1,75 e 0,07 respectivamente. Todos os concelhos da ULS do Nordeste apresentam decréscimos populacionais (quadro 1).

Quadro 1. População residente (Nº), por sexo - 2001 e 2011

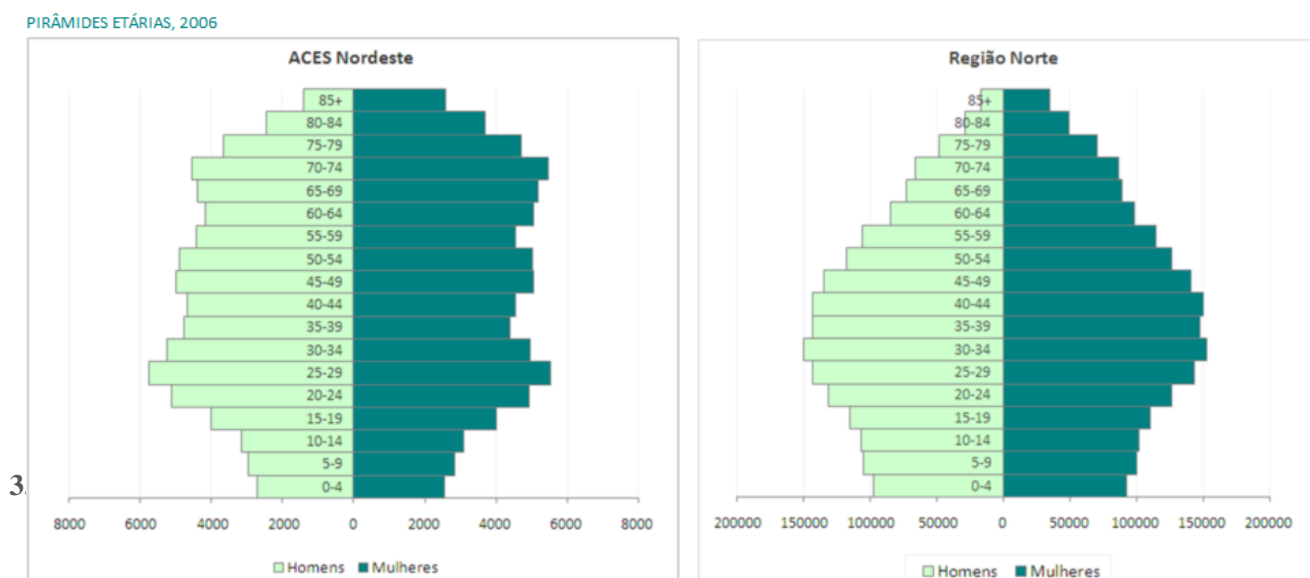
Local de Residência	2001			2011		
	HM	H	M	HM	H	M
Continente	9 869 343	4 765 444	5 103 899	10 143 600	4 907 502	5 236 098
Região Norte	3 687 293	1 782 931	1 904 362	3 741 092	1 807 738	1 933 354
ULS do Nordeste	148 883	72 353	76 530	145 512	70 293	75 219
Alfândega da Fé	5 963	2 908	3 055	5 199	2 608	2 591
Bragança	34 750	16 768	17 982	34 081	16 468	17 613
Carraceda de Ansiães	7 642	3 693	3 949	6 476	3 054	3 422
Freixo de Espada à Cinta	4 184	2 016	2 168	3 734	1 824	1 910
Macedo de Cavaleiros	17 449	8 431	9 018	16 455	7 736	8 719
Miranda do Douro	8 048	3 957	4 091	7 029	3 476	3 553
Mirandela	25 819	12 537	13 282	25 218	12 218	13 000
Mogadouro	11 235	5 573	5 662	10 049	4 972	5 077
Torre de Moncorvo	9 919	4 775	5 144	8 544	4 038	4 506
Vila Flor	7 913	3 844	4 069	7 275	3 567	3 708
Vimioso	5 315	2 606	2 709	4 730	2 316	2 414
Vinhais	10 646	5 245	5 401	9 019	4 384	4 635
Vila Nova de Foz Côa				7 703	3 632	4 071

A densidade populacional da ULS do Nordeste é inferior à da Região Norte e à do Continente.

Quadro 2. Densidade populacional - 2011

Local de Residência	Superfície do território (km ²)	Densidade populacional (N.º hab/km ²)
Continente	89084	112,7
Região Norte	21284	173,4
ULS do Nordeste	6 996,9	19,8
Alfândega da Fé	322,0	16,1
Bragança	1 173,6	29,0
Carrazeda de Ansiães	279,2	23,2
Freixo de Espada à Cinta	244,1	15,3
Macedo de Cavaleiros	699,1	23,5
Miranda do Douro	487,2	14,4
Mirandela	659,0	38,3
Mogadouro	760,7	13,2
Torre de Moncorvo	531,6	16,1
Vila Flor	265,8	27,4
Vimioso	481,6	9,8
Vinhais	694,8	13,0
Vila Nova de Foz Côa	398,2	19,3

A estrutura etária é um dos aspectos mais importantes na análise de uma população. Verifica-se na figura 2 que a população residente na área do ACES Nordeste em 2006 (que corresponde à área da ULS Nordeste) se apresenta envelhecida em relação à Região Norte.


Figura 2. Estrutura etária da população do ACES Nordeste- 2006

ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA

Os índices de dependência da ULS do Nordeste apresentam valores superiores aos da Região Norte.

Quadro 3. Índices de dependência da população – 2001/2010

Local de residência	Período de referência dos dados	Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Anual	Índice de dependência total (N.º) por Local de residência; Anual	Índice de dependência de jovens (N.º) por Local de residência; Anual
		N.º	N.º	N.º
Continente	2010	27,7	50,2	22,5
	2001	24,7	47,9	23,2
Norte	2010	23,4	45,4	22,0
	2001	20,7	45,9	25,2
Carrazeda de Ansiães	2010	46,8	63,6	16,9
	2001	44,5	65,1	20,6
Freixo de Espada à Cinta	2010	55,5	74,6	19,1
	2001	53,1	72,6	19,4
Torre de Moncorvo	2010	51,5	66,1	14,5
	2001	48,8	69,2	20,3
Vila Flor	2010	38,7	55,0	16,2
	2001	35,7	55,2	19,5
Vila Nova de Foz Côa	2010	48,1	64,5	16,4
	2001	46,1	66,4	20,3
Alfândega da Fé	2010	45,7	61,6	15,9
	2001	44,0	64,1	20,1
Bragança	2010	32,5	51,5	19,0
	2001	29,6	50,0	20,4
Macedo de Cavaleiros	2010	38,6	55,6	17,1
	2001	34,5	56,2	21,7
Miranda do Douro	2010	50,8	66,9	16,1
	2001	43,2	60,8	17,6
Mirandela	2010	34,7	52,4	17,7
	2001	31,1	53,9	22,8
Mogadouro	2010	47,3	62,8	15,5
	2001	41,7	61,1	19,5
Vimioso	2010	58,7	74,5	15,8
	2001	52,2	70,0	17,8
Vinhais	2010	58,7	72,5	13,9
	2001	49,6	66,4	16,9

Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Índice de dependência total (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Índice de dependência de jovens (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente



Figura 3. Índice de envelhecimento por local de residência

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

Constata-se que na área geográfica da ULS Nordeste o número de desempregados registado no Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) de Janeiro de 2004 a Abril de 2009 é superior para as mulheres, (quase duplicando os seus valores face aos homens).

Situação Perante o Emprego

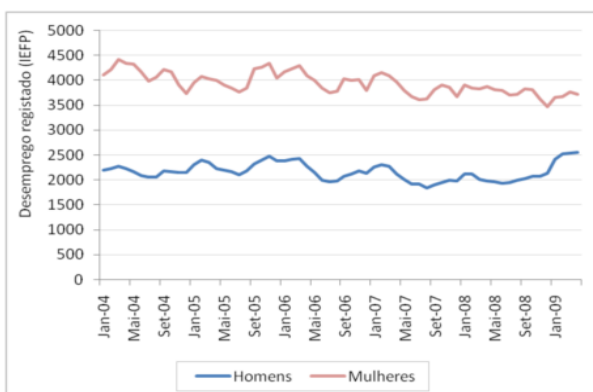


Figura 4. Evolução mensal do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) na ULS do Nordeste, por género (JAN-04 a ABR-09).

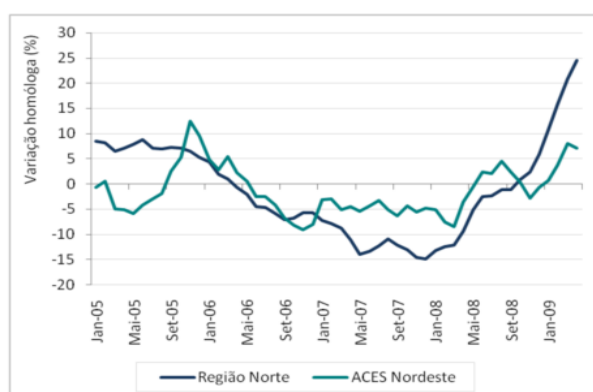


Figura 5. Variação homóloga do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) na ULS do Nordeste.

SECTORES DE ACTIVIDADE ECONÓMICA

A distribuição da população activa empregada por sector de actividade económica (primário, secundário e terciário) indica que, à semelhança do Continente e da Região Norte, a população empregada se encontra maioritariamente no sector terciário (actividades relacionadas com comércio e serviços). Contudo verifica-se que o Sector Primário ainda é bastante importante.

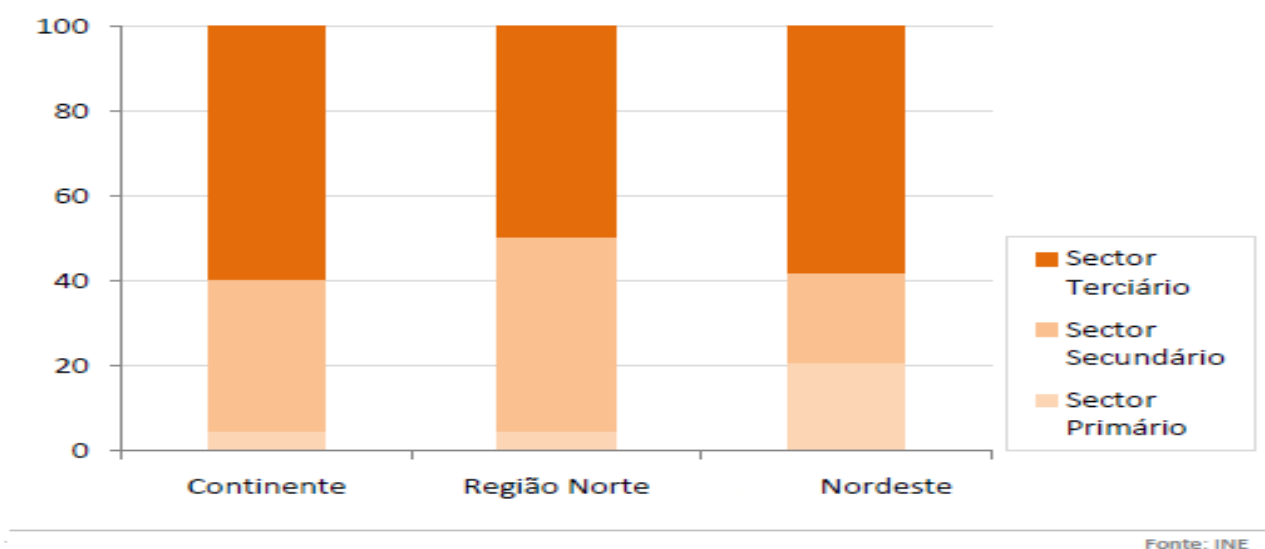


Figura 6. Distribuição (%) da população empregada por sector de actividade económica (CENSO 2001).

NÍVEL DE INSTRUÇÃO

Quanto ao nível de instrução da população verifica-se que a proporção da população “não sabe ler nem escrever” é superior em relação à Região Norte e ao Continente, facto que também se verifica na população que “sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade”.

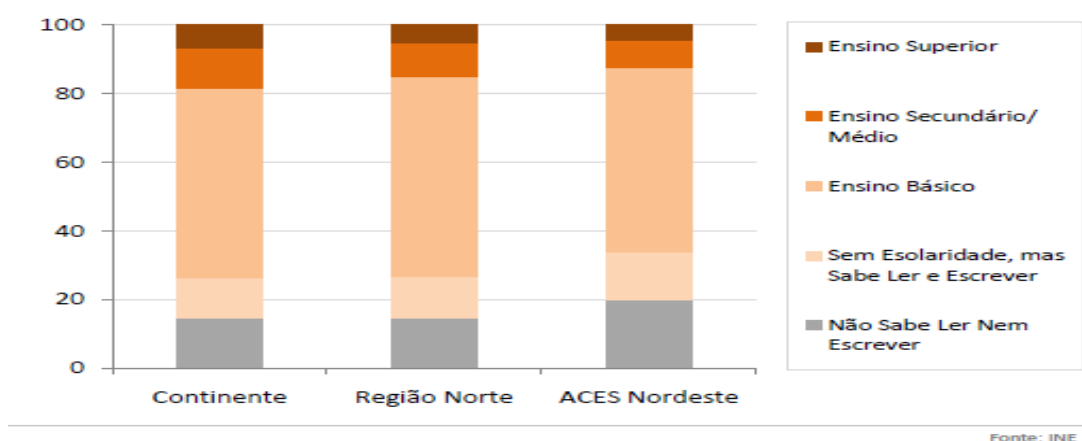


Figura 7. Distribuição (%) da população residente por nível de instrução (CENSO 2001).

ESCOLARIZAÇÃO

À semelhança do verificado no Continente e na Região Norte, em todos os concelhos da ULS do Nordeste verificou-se uma melhoria nos valores da taxa de retenção e desistência e da taxa bruta de escolarização no ensino básico entre os anos lectivos 2004/2005 e 2007/2008 (vêr quadro 4 e figura 8).

Quadro 4. Índice de escolarização

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados	Taxa bruta de pré-escolarização (%) por Localização geográfica; Anual	Taxa bruta de escolarização no ensino básico (%) por Localização geográfica; Anual	Taxa bruta de escolarização no ensino secundário (%) por Localização geográfica; Anual
		%	%	%
Continente	2007 / 2008	79,5	121,3	101,2
Norte	2007 / 2008	79,3	118,8	93,2
Carraceda de Ansiães	2007 / 2008	89,8	123,3	118,4
Freixo de Espada à Cinta	2007 / 2008	78,5	125,1	28,8
Torre de Moncorvo	2007 / 2008	110,1	119,3	78,5
Vila Flor	2007 / 2008	95,4	117,0	58,4
Vila Nova de Foz Côa	2007 / 2008	115,4	131,6	60,0
Alfândega da Fé	2007 / 2008	93,3	121,3	67,3
Bragança	2007 / 2008	95,5	156,3	169,6
Macedo de Cavaleiros	2007 / 2008	84,8	117,3	80,1
Miranda do Douro	2007 / 2008	91,8	144,6	103,2
Mirandela	2007 / 2008	102,2	132,3	116,5
Mogadouro	2007 / 2008	87,0	107,6	83,9
Vimioso	2007 / 2008	120,8	104,6	-
Vinhais	2007 / 2008	97,3	108,2	90,3

Taxa bruta de pré-escolarização (%) por Localização geográfica; Anual - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação
 Taxa bruta de escolarização no ensino básico (%) por Localização geográfica; Anual - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação
 Taxa bruta de escolarização no ensino secundário (%) por Localização geográfica; Anual - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação



Figura 8. Taxa de retenção e desistência no ensino básico regular (%) por localização geográfica.

CRIMINALIDADE

Quadro 5. Crimes registados e taxa de criminalidade

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados (1)	Crimes registados (N.º) pelas autoridades policiais por Localização geográfica e Categoria de crime; Anual	Taxa de criminalidade (‰) por Localização geográfica e Categoria de crime; Anual (2)
		Categoria de crime	Categoria de crime
		Total	Total
		N.º	‰
Continente	2010	388 006	38,3
Norte	2010	126 629	33,8
Carrazeda de Ansiães	2010	235	36,3
Freixo de Espada à Cinta	2010	99	26,5
Torre de Moncorvo	2010	405	47,4
Vila Flor	2010	276	37,9
Vila Nova de Foz Côa	2010	201	26,1
Alfândega da Fé	2010	147	28,3
Bragança	2010	1 217	35,7
Macedo de Cavaleiros	2010	468	28,4
Miranda do Douro	2010	250	35,6
Mirandela	2010	845	33,5
Vimioso	2010	193	40,8
Vinhais	2010	212	23,5

Crimes registados (N.º) pelas autoridades policiais por Localização geográfica e Categoria de crime; Anual - Direcção-Geral da Política de Justiça

Taxa de criminalidade (‰) por Localização geográfica e Categoria de crime; Anual - Direcção-Geral da Política de Justiça

Nota(s):

(1) Foram rectificadados alguns valores desde 1999

(2) Alguns valores de 2010 foram actualizados

Última actualização destes dados: 18 de outubro de 2011

INFRAESTRUTURAS / AMBIENTE

Quadro 6. Infraestruturas / ambiente

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados	População servida por sistemas de abastecimento de água (%) por Localização geográfica; Anual (1)	População servida por sistemas de drenagem de águas residuais (%) por Localização geográfica; Anual (1)	População servida por estações de tratamento de águas residuais (%) por Localização geográfica; Anual (1)
		‰	‰	‰
Continente	2008	94	81	74
	2006	90	77	71
Norte	2008	90	72	65
	2006	83	67	64
Carrazeda de Ansiães	2008	100	x	x
	2006	100	98	94
Freixo de Espada à Cinta	2008	100	100	100
	2006	100	100	100
Torre de Moncorvo	2008	100	100	95
	2006	100	99	95
Vila Flor	2008	100	100	100
	2006	100	100	98
Vila Nova de Foz Côa	2008	x	x	x
	2006	100	100	100
Alfândega da Fé	2008	x	x	x
	2006	93	93	99
Bragança	2008	x	x	x
	2006	88	80	84
Macedo de Cavaleiros	2008	100	98	92
	2006	100	95	78
Miranda do Douro	2008	x	x	x
	2006	100	100	100
Mirandela	2008	100	97	98
	2006	100	93	100
Mogadouro	2008	100	100	100
	2006	98	83	83
Vimioso	2008	x	x	x
	2006	100	100	89
Vinhais	2008	x	x	x
	2006	97	70	69

3.1. RECURSOS DA COMUNIDADE

3.2.1. RECURSOS DE SAÚDE

3.2.1.1 UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

As actividades da USP abrangem a população que reside, trabalha ou estuda na área geo-demográfica abrangida pela ULS Nordeste. Para além das funções associadas ao exercício da Autoridade de Saúde, actuação da USP nos seus programas e funções está descrita no quadro 7.

Quadro 7. Unidade de Saúde Pública da ULS Nordeste: áreas e níveis de intervenção

ÁREA DE INTERVENÇÃO	NÍVEIS
Programa Nacional de Saúde Escolar <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde dos Estabelecimentos de Educação e Ensino - Monitorização dos acidentes escolares - Monitorização do PNV e Exames Globais de Saúde - Cumprimento da evicção escolar - Promoção da implementação dos Planos Individuais de saúde - Desenvolvimento/acompanhamento do PASSE, PRESSE e PELT - Apoio à implementação de projectos locais de prevenção universal, selectiva e indicada em ambiente escolar 	Gestão/operacionalização, monitorização, apoio técnico e avaliação das quatro áreas de intervenção: saúde individual e colectiva, inclusão, ambiente escolar e estilos de vida
Programa Nacional de Saúde Oral <ul style="list-style-type: none"> - Escovagem em ambiente escolar/educação para a saúde - Bochecho fluoretado/educação para a saúde - Cheque-dentista nas coortes 7, 10 e 13 anos - Cheque-dentista nas grávidas, idosos, doentes com HIV e idades intermédias 	Gestão/operacionalização, monitorização, apoio técnico e avaliação das duas áreas de intervenção (promoção da saúde oral prevenção da doença e intervenção médico-dentária:
Programa Nacional de Vacinação <ul style="list-style-type: none"> - Utentes inscritos <ul style="list-style-type: none"> - Utentes institucionalizados, - Profissionais das instituições Particulares e solidariedade social com prestação de cuidados de saúde - Profissionais dos serviços de saúde (ULS NORDESTE) 	Gestão, monitorização, apoio técnico e avaliação da operacionalização e das coberturas
Saúde Ocupacional	Gestão, monitorização e apoio técnico e avaliação
Rede de Observatórios de saúde da Região Norte (ROSNorte)	Gestão, operacionalização, monitorização e avaliação local

3.2.1.2 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)

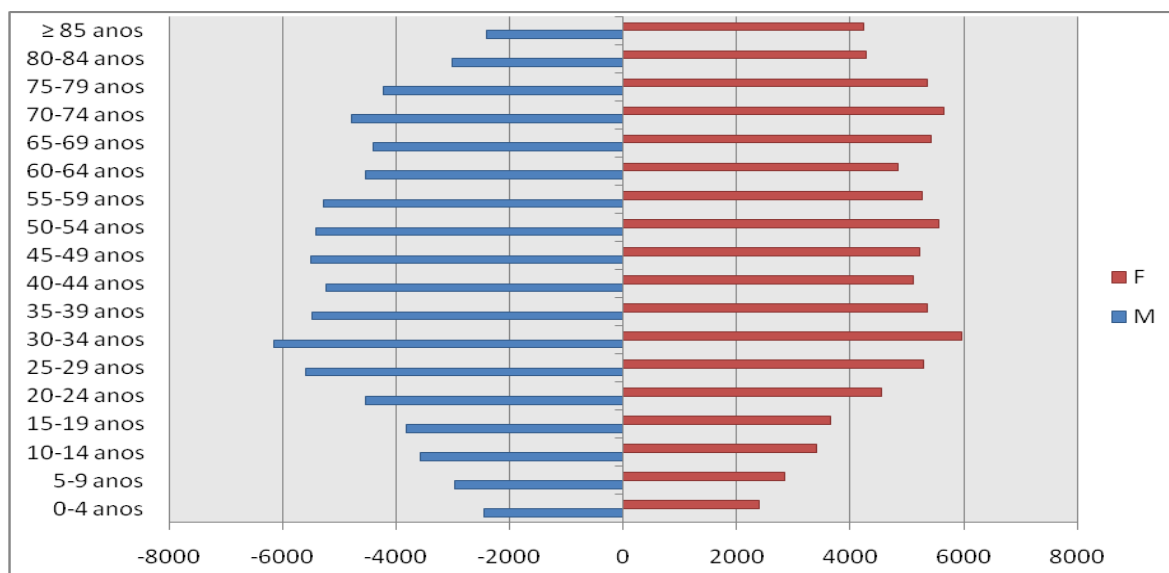
A unidade física nuclear básica dos CSP é o Centro de saúde. No quadro seguinte encontram-se indicados os Centros de Saúde existentes.

Quadro 8. Centros de Saúde e extensões e localização geográfica

Localização geográfica	Período de referência dos dados	Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica e Tipo de serviço; Anual		Extensões (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica; Anual	
		Tipo de serviço			
		Total	N.º	Total	N.º
Continente	2010		346		1 087
Norte	2010		108		190
Carrizada de Ansiães	2010		1		0
Freixo de Espada à Cinta	2010		1		3
Torre de Moncorvo	2010		1		4
Vila Flor	2010		1		0
Vila Nova de Foz Côa	2010		1		5
Alfândega da Fé	2010		1		1
Bragança	2010		1		13
Macedo de Cavaleiros	2010		1		4
Miranda do Douro	2010		1		3
Mirandela	2010		1		2
Mogadouro	2010		1		4
Vimioso	2010		1		7
Vinhais	2010		1		5

Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica e Tipo de serviço; Anual - INE, Inquérito aos Centros de Saúde
Extensões (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica; Anual - INE, Inquérito aos Centros de Saúde

A distribuição etária dos utentes inscritos nos Centros de Saúde incluídos na ULS Nordeste encontra-se representada na figura 9.


Figura 9. Pirâmide Etária da população inscrita - 2011

As Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) intervêm junto da população nas áreas geográficas definidas no quadro seguinte.

Quadro 9. Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados existentes na área da ULS Nordeste e utentes inscritos.

Tipo de unidade funcional	Localização	Número de utentes inscritos		
		Total	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Unidade de saúde familiar (USF)	Torre Dona Chama	2 587	1 217	1 370
Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP)	Bragança Sé	16098	7743	8355
	Bragança Santa Maria	25652	12259	13394
	Mirandela 1	27 984	13 370	14 614
	Mirandela 2	12 255	5 826	6 429
	Macedo de Cavaleiros	17 052	8 304	8 748
	Mogadouro	10 161	5 081	5 080
	Vinhais	9 011	4 483	4 528
	Torre de Moncorvo	8 076	3 855	4 221
	Miranda do Douro	7 664	3 786	3 878
	Vila Flor	7 307	3 589	3 718
	Carraceda de Ansiães	6 805	3 286	3 519
	Vila Nova de Foz Côa	5 146	2 497	2 649
	Vimioso	4 575	2 230	2 345
	Freixo de Espada à Cinta	3 987	1 943	2 044

As áreas de intervenção das UCSP encontram-se referidas no quadro seguinte.

Quadro 10. Áreas de intervenção das UCSP

CONTEXTO DA INTERVENÇÃO	ÁREA DE INTERVENÇÃO
Consulta aberta Consulta programada Visita domiciliária	Saúde Materna Saúde Infantil Saúde Juvenil Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar Puerpério Saúde do Adulto Saúde do Idoso Grupo de Risco: Hipertensão Grupo de Risco: Cardiovascular Grupo de Risco: Diabetes Grupo de Risco: Obesidade Tratamento Feridas / Úlceras Podologia Hipocoagulados Ostomizados Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose

Fonte: Plano de acção 2011/2012 do ACES Nordeste

Em cada um dos concelhos da ULS do Nordeste está criada, e com intervenção na população, uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que tem como missão prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, acessíveis e de qualidade, em rede com outros parceiros (ver quadro seguinte).

Quadro 11. Áreas e níveis de intervenção da UCC da ULS Nordeste

ÁREA DE INTERVENÇÃO	NÍVEL DE INTERVENÇÃO
Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	Participação Operacionalização
Comissão de Protecção de Crianças e Jovens	Participação Encaminhamento
Intervenção Precoce	Referenciação Operacionalização
Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil	Operacionalização
Comissão Local de Acção Social	Cooperação
Rendimento Social de Inserção	Participação Operacionalização
Preparação para a parentalidade e psicoprofiláctico	Gestão, operacionalização, monitorização e avaliação
Cantinho da amamentação	
Reabilitação de utentes com AVC	
Reabilitação respiratória	
Envelhecer Activo	
Cuidados Continuados Integrados	Operacionalização
Saúde Oral	Operacionalização
Saúde Escolar	Operacionalização
Formação -Famílias de acolhimento de adultos	Gestão, operacionalização, monitorização e avaliação
Formação -Cuidadores formais e informais	
Apoio a cuidadores informais	
Formação cuidadores formais de crianças (amas e creches)	

Fonte: Carteira de serviços contratualizados para 2012 da UCC de Bragança

A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) assegura à população inscrita um conjunto de respostas descritas no quadro seguinte. Esta unidade presta ainda algumas intervenções de âmbito comunitário nomeadamente na área da psicologia e nutrição.

Quadro 12. Áreas e níveis de intervenção da URAP da ULS Nordeste

ÁREA DE INTERVENÇÃO	NÍVEL DE INTERVENÇÃO
Cardiopneumologia	Meios de diagnóstico e sua avaliação
	Desenvolvimento de acções terapêuticas específicas
Fisioterapia	Tratamentos fisioterapêuticos
	Tratamentos fisioterapêuticos ao domicílio
Medicina Dentária	Consulta Individual
	Rastreios da Cárie Dentária
Nutrição	Consulta Individual
	Consulta de Grupo
	Consultadoria Nutricional em escolas, lares e centros de dia
Psicologia Clínica	Avaliação e Diagnóstico psicológico
	Consulta Individual / Consulta de Grupo
	Formação e Humanização dos Serviços
	Intervenção em crise
Podologia	Consulta de Podologia para Diabéticos
	Realização de Tratamentos Ortopodológicos
	Laboratório de Ortopodologia(Sediado no Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros)
Radiologia	Exames de Radiologia Convencional
Serviço Social	Apoio Psicossocial
	Atendimento Individual/Familiar, Orientação e Informação
	Atendimento de Emergência Social
	Visitação Domiciliária
	Mediação e Encaminhamento para Redes Sociais de Apoio
	Informação dos Direitos e Deveres dos Utentes : Gabinete do Cidadão
Terapia da Fala	Consulta de Intervenção Directa
	Avaliações
	Rastreios
	Aconselhamento e Orientação a Pais/Educadores e Comunidade

Os recursos humanos existentes nos Centros de Saúde e Serviços de Urgência Básica podem ser consultados no anexo II, quadro II.4.

3.2.1.3 CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

Os cuidados de saúde hospitalares são prestados em 3 Unidades Hospitalares: Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela. Todas as unidades possuem urgência, internamento e ambulatório. As actividades de produção destas 3 unidades estão agrupadas nos departamentos de Cirurgia, Medicina e departamento da Mulher e da Criança.

3.2.2 OUTROS RECURSOS COMUNITÁRIOS

Identificaram-se outros recursos de Saúde e Sociais na área geo-demográfica da ULS do Nordeste (Ver anexo II).

3.3. MORTALIDADE

A mortalidade é considerada uma medida directa das necessidades em Cuidados de Saúde, reflectindo a carga global de doença na população, não só em termos da incidência da doença, como da capacidade de a tratar. É uma estimativa da proporção de pessoas (de um país, região, localidade, comunidade) que falece no decurso de um período especificado de tempo. As estatísticas de mortalidade são originadas com base na informação constante dos certificados de óbito.

3.3. 1 TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (TBM)

A taxa bruta de mortalidade calcula-se através da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa bruta de mortalidade} = \frac{\text{Número de óbitos ocorridos durante um determinado período}}{\text{Número de pessoas em risco de morrer no mesmo período}} \times 10^n$$

Verifica-se que o risco de morrer na área que corresponde ULS Nordeste, para ambos os géneros, decresceu entre 2001 e 2009 (Fig.10). A taxa bruta de mortalidade é maior nos homens em relação às mulheres.

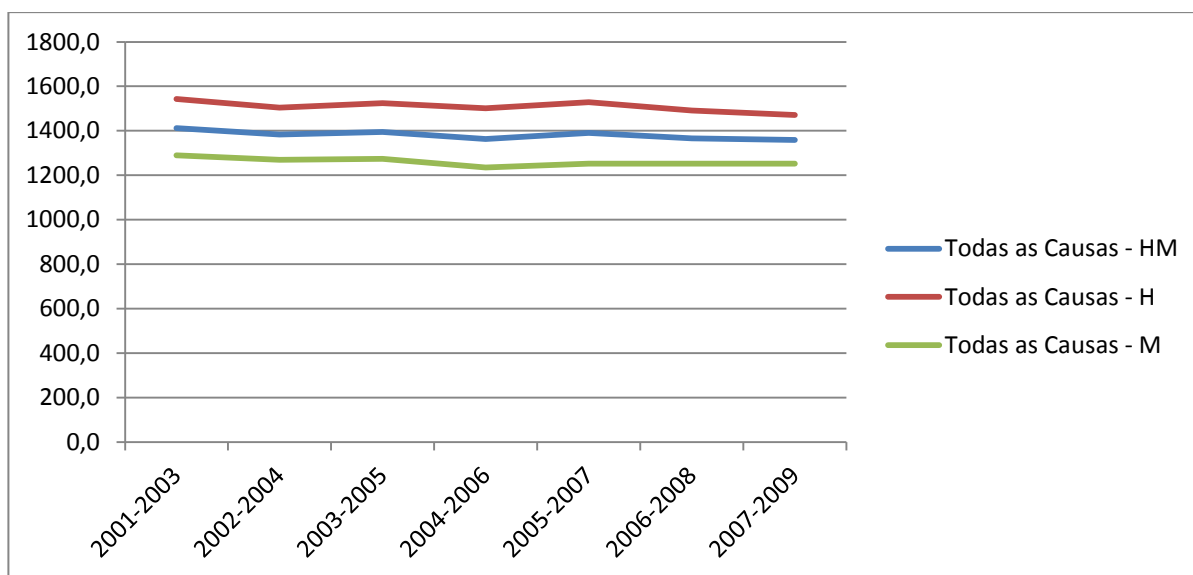
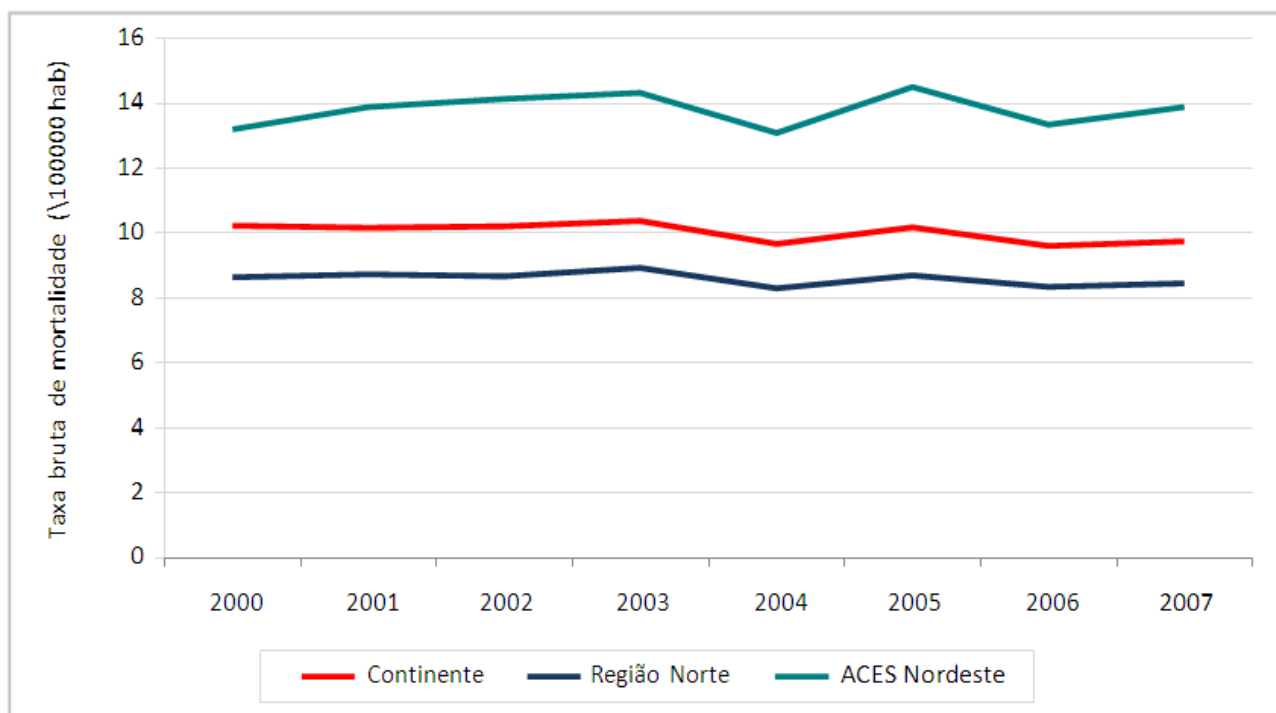


Figura 10. Evolução da taxa bruta de mortalidade por género e por 100000 habitantes na ULS Nordeste

Como podemos verificar no Quadro 13 e Figura 11, a taxa de mortalidade bruta na área da ULS Nordeste tem-se mantido sempre maior que no Continente e na região Norte. Essa diferença ainda aumentou entre 2000 e 2007.

Quadro 13 Evolução da taxa bruta de mortalidade (/1000 habitantes), 2000-2007

Local de Residência	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Continente	10,2	10,2	10,2	10,4	9,7	10,2	9,6	9,8
Região Norte	8,6	8,7	8,7	8,9	8,3	8,7	8,3	8,4
ACES Nordeste	13,2	13,9	14,1	14,3	13,1	14,5	13,3	13,9



Fonte: INE

Figura 11. Evolução da taxa bruta de mortalidade por gênero e por 100000 habitantes no ACES Nordeste, Região Norte e Continente no período de 2000 a 2007

3.3.2. MORTALIDADE PROPORCIONAL

A mortalidade proporcional é o número de óbitos por uma determinada causa por 100 ou 1000 óbitos totais no mesmo período.

As proporções de mortes atribuídas às doenças do aparelho circulatório e tumores malignos representam cerca de metade do total dos óbitos verificados no triênio 2007/2009.

Nos indivíduos com idades inferiores a 65 anos, e para ambos os gêneros, os tumores malignos representam 32,2 % do total de óbitos nestas idades. Nas mulheres a percentagem é de 40,9%.

Quadro 14

Mortalidade Proporcional (todas as idades e idade prematura)

MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) PARA OS GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE NO TRIÊNIO 2007-2009, PARA TODAS AS IDADES E IDADE PREMATURA (<65 ANOS), POR SEXO

Grandes Grupos de Causa de Morte	Todas as Idades			Idade Prematura (<65 anos)		
	HM	H	M	HM	H	M
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	1,8	2,0	1,6	2,9	2,9	2,9
Tumores Malignos	19,6	22,1	16,9	32,2	28,9	40,9
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	5,7	4,7	6,8	3,3	2,4	5,8
Doenças do Aparelho Circulatório	30,6	28,6	32,9	13,9	13,9	13,9
Doenças do Aparelho Respiratório	11,7	11,5	11,9	4,1	4,2	3,8
Doenças do Aparelho Digestivo	4,6	5,5	3,7	8,5	9,6	5,8
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	15,1	13,5	16,8	12,1	13,9	7,2
Causas Externas de Mortalidade	4,1	5,6	2,5	16,0	18,6	9,1
Outras Causas de Morte	6,7	6,6	6,7	7,0	5,6	10,6

Fonte: INE

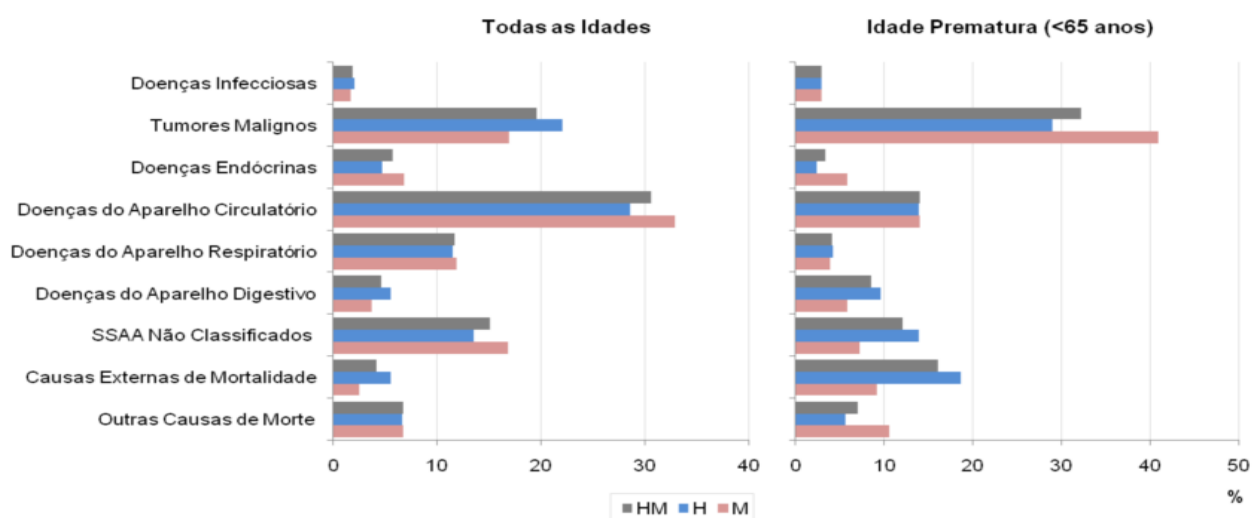


Figura 12. Mortalidade proporcional por grandes grupos de doença e por sexo

Nas idades mais jovens, dos 5 aos 24 anos, são as causas externas de mortalidade e as causas mal definidas que contribuem com um número mais significativo para os óbitos verificados

No grupo dos jovens adultos (25-44 anos) os tumores malignos (23,8%), as causas externas de mortalidade (27.6%) e as causas não classificadas (18.1%) representam cerca de dois terços do total dos óbitos verificados.

Nos indivíduos acima dos 45 anos os tumores malignos (35.5%) e as doenças do aparelho circulatório (16.1%) representam aproximadamente metade do total de óbitos deste grupo.

Quadro 15

Mortalidade Proporcional por Fase do Ciclo de Vida

MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) NO TRIÊNIO 2007-2009, POR CICLO DE VIDA PARA OS GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE, AMBOS OS SEXOS

Grandes Grupos de Causa de Morte	5-24 anos	25-44 anos	45-64 anos	65-74 anos	75+ anos
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	5,6	4,8	2,5	1,9	1,6
Tumores Malignos	8,3	23,8	35,5	30,5	15,0
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	0,0	1,9	3,8	7,1	5,8
Doenças do Aparelho Circulatório	2,8	6,7	16,1	25,9	34,6
Doenças do Aparelho Respiratório	2,8	4,8	3,9	7,6	13,9
Doenças do Aparelho Digestivo	2,8	6,7	9,4	6,7	3,5
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	11,1	18,1	11,2	8,9	17,0
Causas Externas de Mortalidade	50,0	27,6	12,3	4,8	1,9
Outras Causas de Morte	16,7	5,7	5,3	6,6	6,6

Fonte: INE

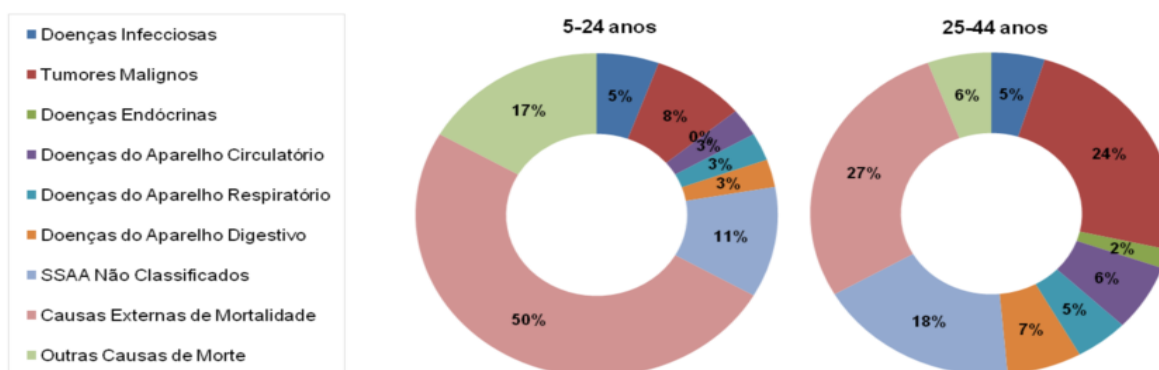
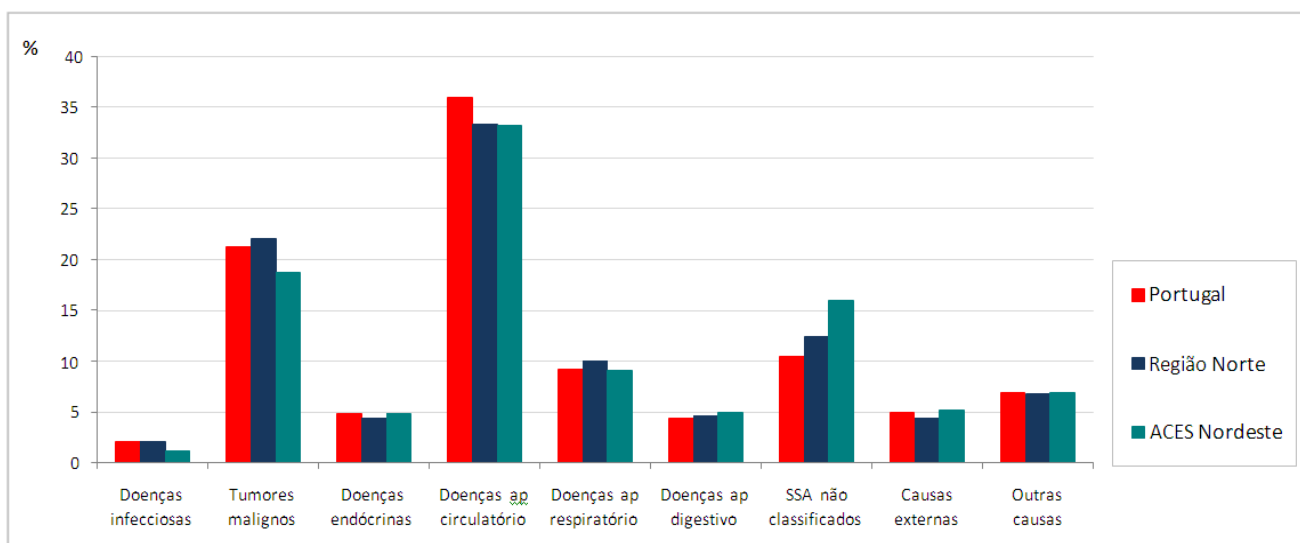


Figura 12. Mortalidade proporcional por grandes grupos de doença e por grupos de idade

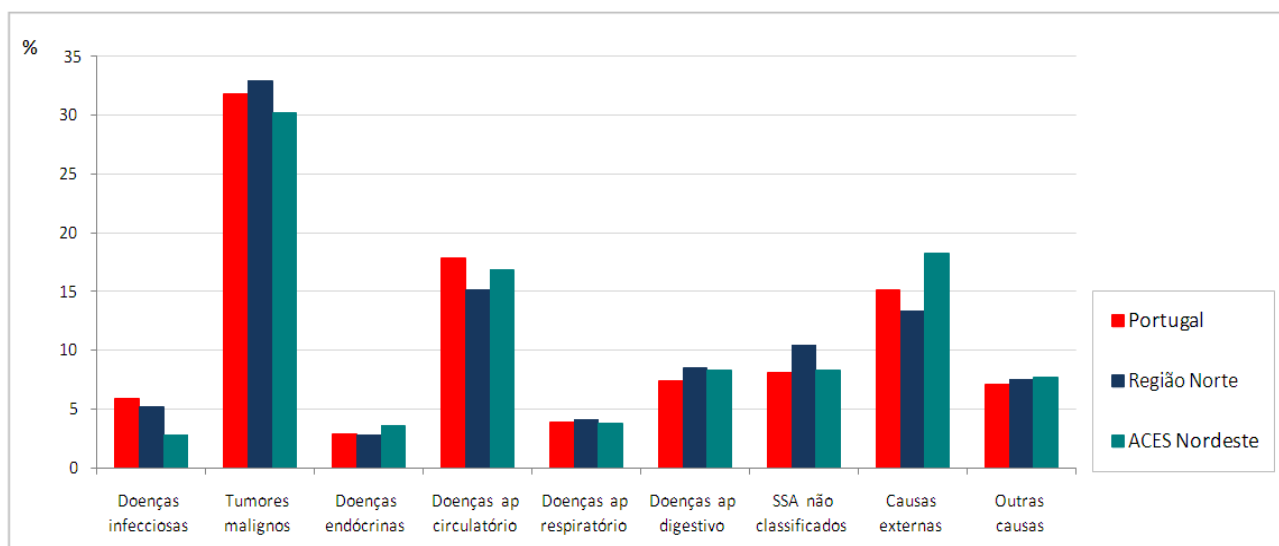
As doenças do aparelho circulatório representam também a principal causa de morte no Continente e na região Norte (vêr figura seguinte).



Fonte: DGS

Figura 14. Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2003-2005, para todas as idades e ambos os sexos

Nas idades abaixo dos 65 anos os tumores malignos são a causa de morte mais representativa na área da ULS Nordeste, Região Norte e Continente (vêr figura seguinte). As causas externas são uma causa mais importante de morte na ULS Nordeste que na Região Norte ou Continente.



Fonte: DGS

Figura 15. Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2003-2005, para as idades inferiores a 65 anos e ambos os sexos

3.3.3. TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (TMP)

A probabilidade de morrer aumenta fortemente com a idade, pelo que se usa a taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP) para retirar (ou atenuar) esse efeito e obter um valor único que permita a comparação de diferentes populações com estruturas etárias distintas.

As doenças do aparelho circulatório, com 416,2/100000, foram a principal causa de morte, no triénio de 2007/2009, sendo as doenças cérebro-vasculares, com 211/1000000 habitantes a contribuir com a maior fatia neste grupo de causas, seguida das doenças cardíacas isquémicas com 70,6/100000. As mortes por doenças do aparelho circulatório e as causas externas de mortalidade mostraram tendência de aumento no período considerado.

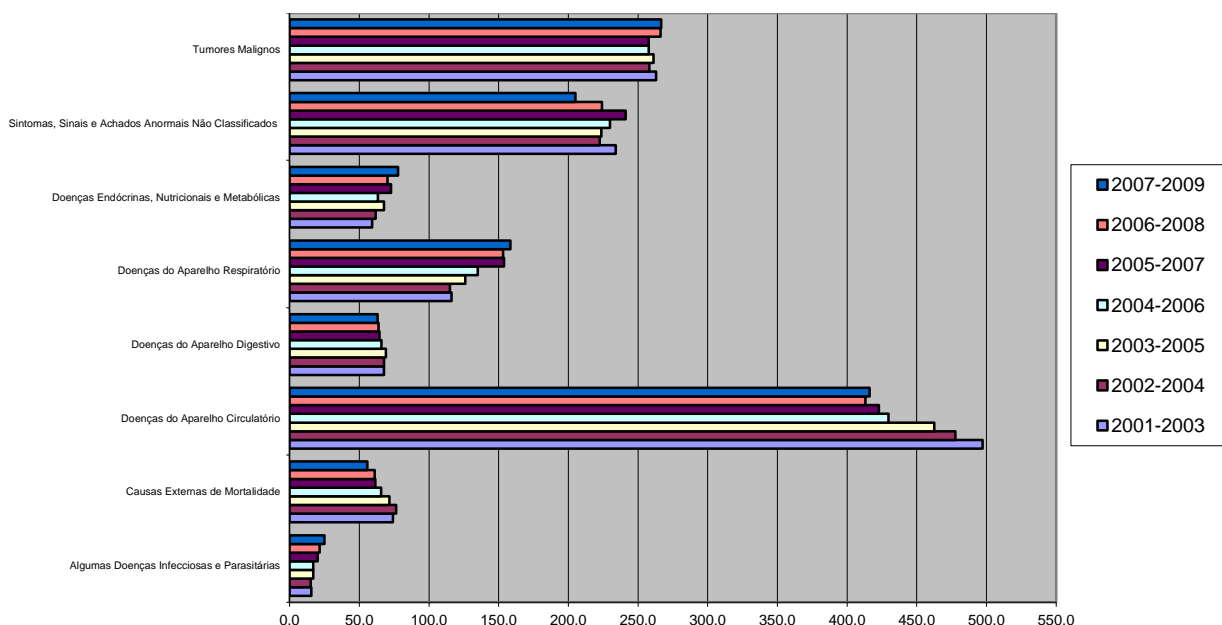


Figura 16. Evolução das taxas de mortalidade padronizadas pelas principais causas no ACES Nordeste

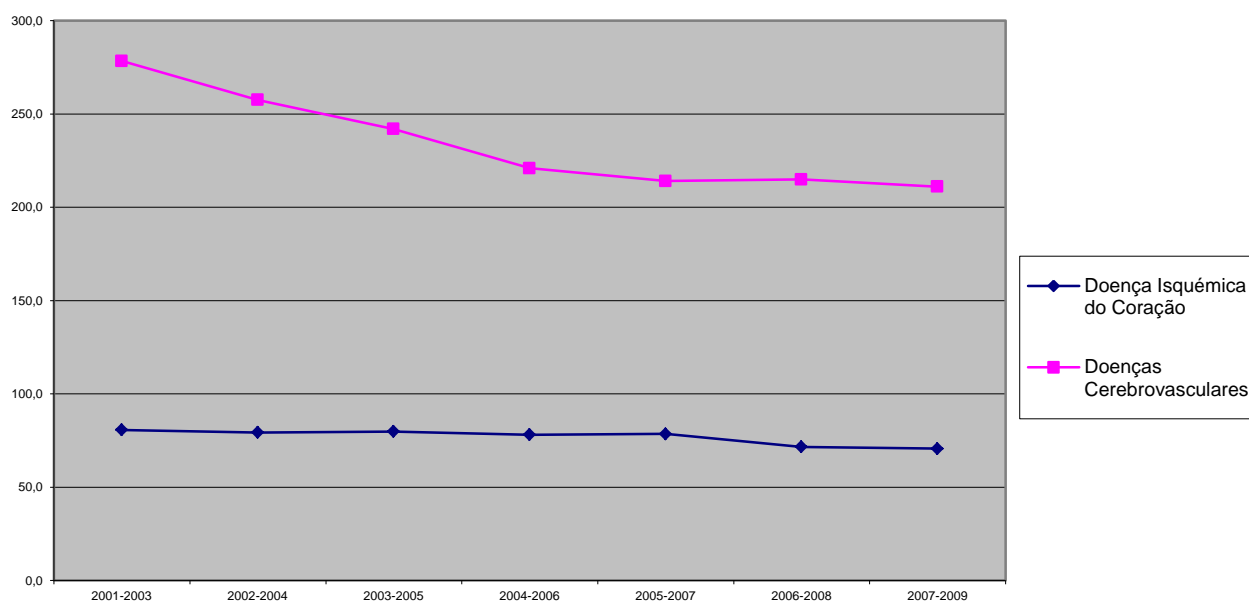


Figura 17. Evolução da TMP por doenças do aparelho circulatório no ACES Nordeste

No grupo das Doenças Cérebro Vasculares (DCV) as mulheres representam a maior parte, com 217/100000 e contraposto ao verificado na Doença Isquêmica Cardíaca (DIC) em que os homens contribuem em maior número com 83,6 óbitos por 100000.

De notar o decréscimo sustentado ao longo do decénio quer das DCV, quer da DIC.

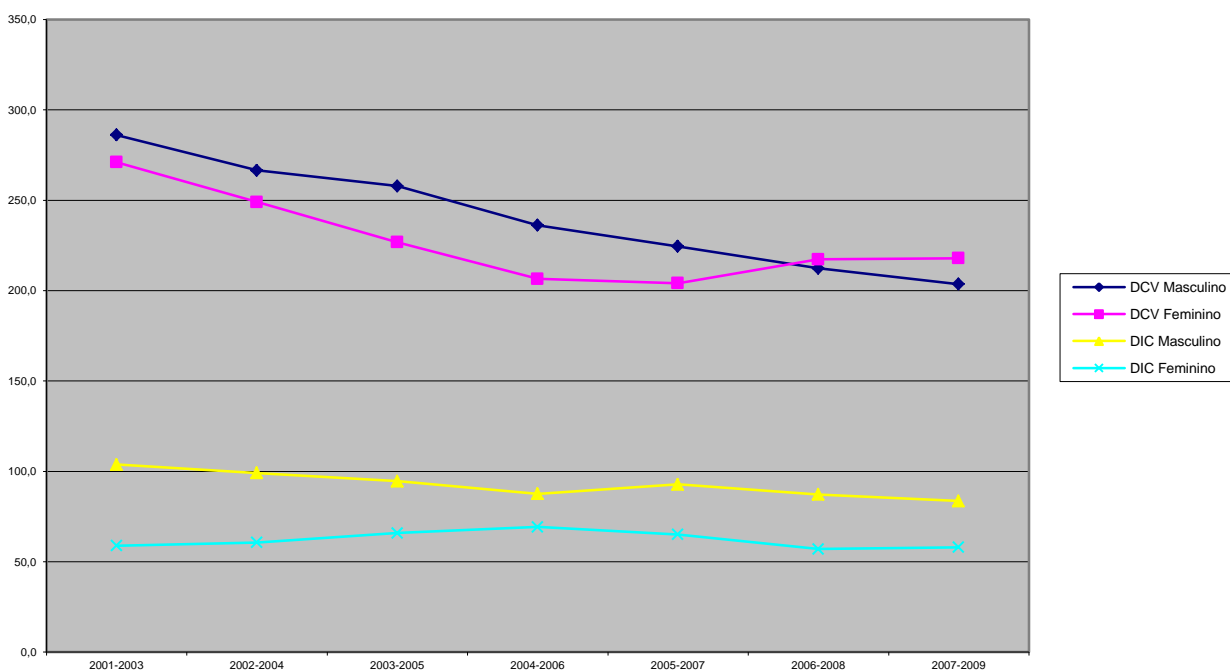


Figura 18. Evolução da TMP por doenças do aparelho circulatório segundo o género no ACES Nordeste

Os tumores malignos constituíram no conjunto da população da ULS Nordeste a segunda causa de morte.

O género masculino foi o mais atingido com uma taxa de 324,5% superior ao das doenças do aparelho circulatório.

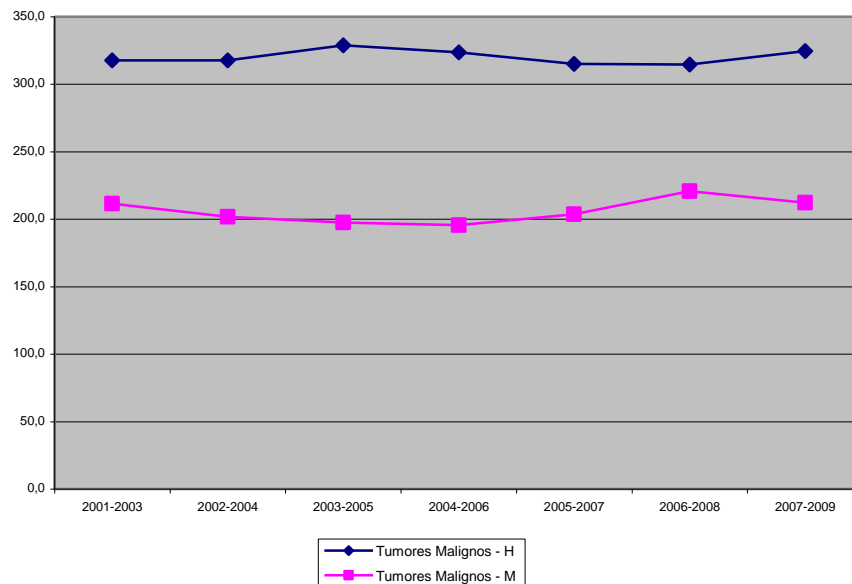


Figura 19. Evolução das TMP por tumores malignos por género no ACES Nordeste

Nas mulheres a taxa de mortalidade por tumores malignos foi de 212,3, bastante inferior à verificada nos homens. Nos homens as causas de mortalidade por tumores malignos mais frequentes foram os tumores do cólon e do recto (53,5) os tumores da próstata (46,2) e tumores do

estômago

(38,7).

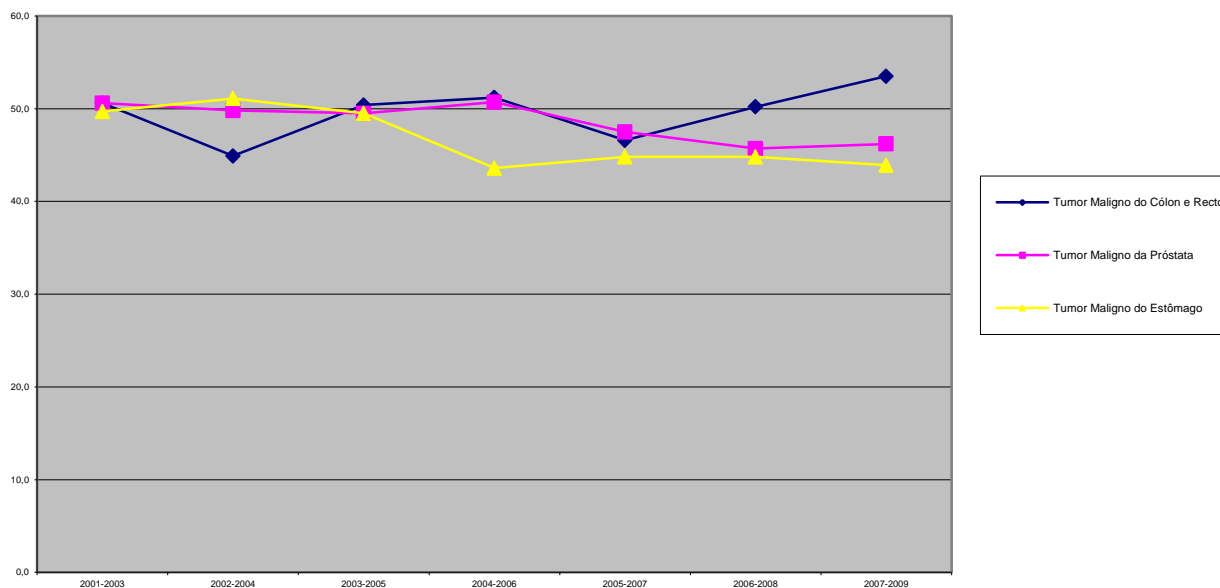


Figura 20. Evolução das TMP nos homens por causas principais no ACES Nordeste

O tumor maligno da mama é nas mulheres a terceira causa de morte (28.1) suplantada pelos tumores do cólon e do recto (33.7) e do estômago (29.8).

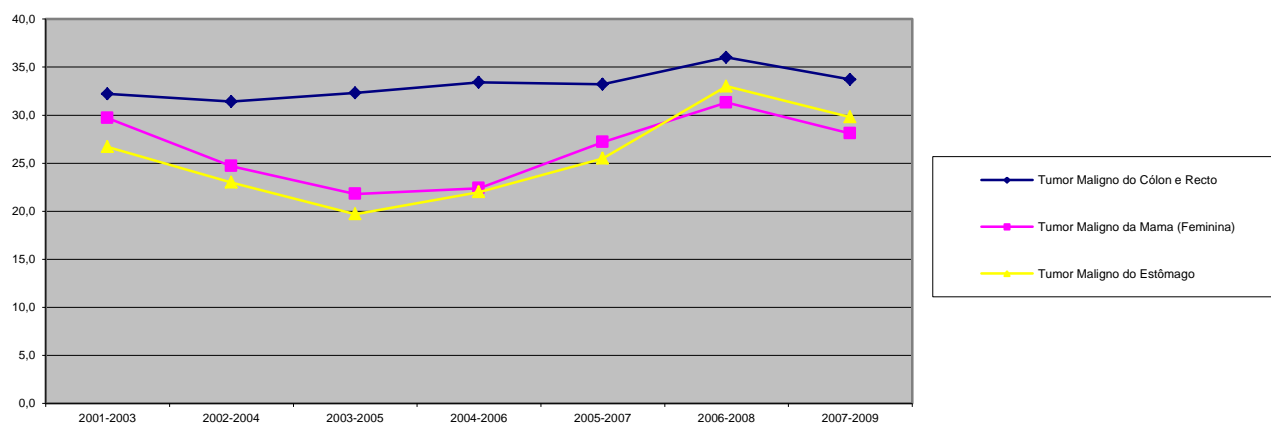


Figura 21. Evolução das TMP por principais causas nas mulheres no ACES Nordeste

As doenças do aparelho respiratório são a 4ª causa de morte (158.5) tendo vindo a crescer significativamente nos últimos triénios, e sendo a pneumonia (83.7) a entidade nosológica mais importante seguida da bronquite crónica, enfisema e asma com 7.8%.

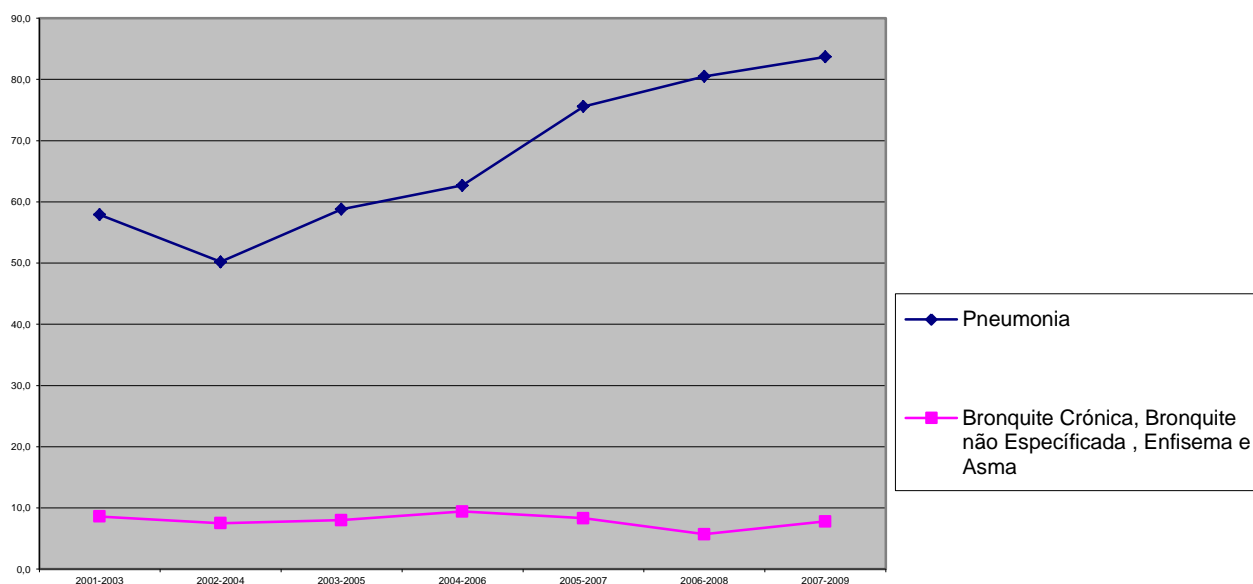


Figura 22. TMP por doenças respiratórias no ACES Nordeste

A mortalidades por pneumonia tem sido mais importante nos homens, contudo a situação praticamente ficou igual para os dois sexos no período 2007-2009.

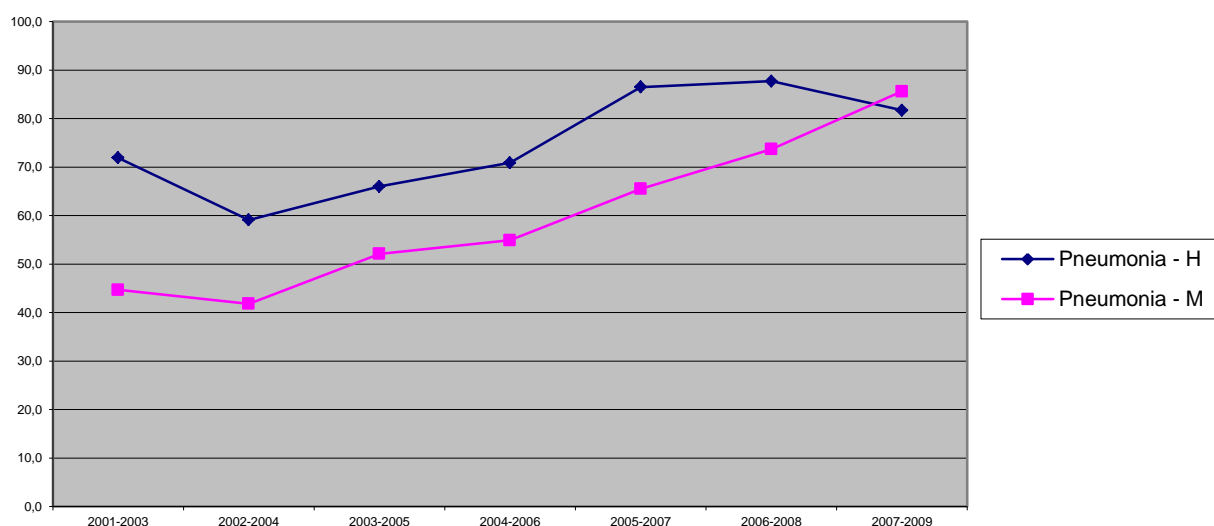


Figura 23. TMP por pneumonia por género no ACES Nordeste

As doenças pulmonares obstrutivas crónicas que eram mais expressivas nas mulheres, no início do último decénio, são no último triénio mais expressivas nos homens.

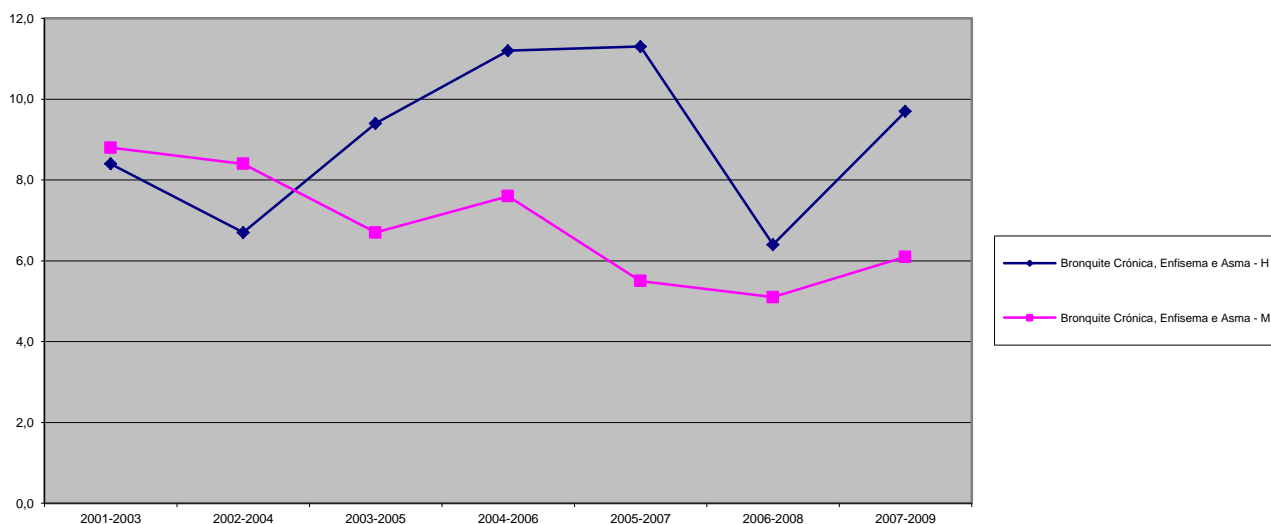


Figura 24. TMP por bronquite crónica, enfisema e asma por género no ACES Nordeste

As doenças metabólicas foram a 5ª causa de morte. Verificou-se um aumento constante e relevante ao longo do tempo. O género feminino é o que mais contribui para este grupo de causas de morte.

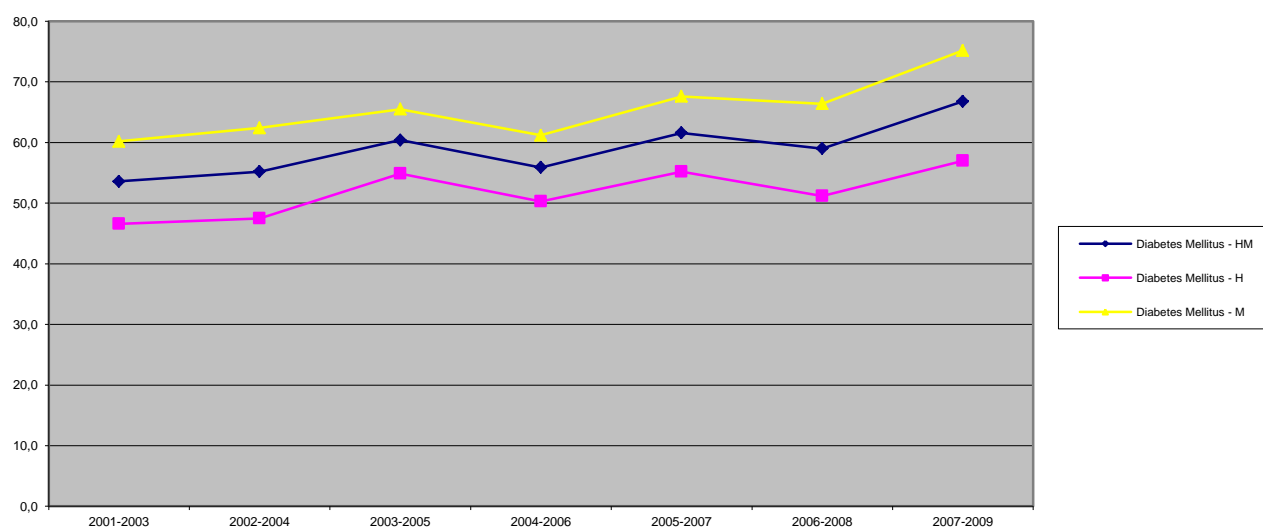


Figura 25. TMP por Diabetes Mellitus por género no ACES Nordeste

A TMP por Tuberculose tem diminuído nos últimos anos contudo a Sida/HIV mostra algum aumento.

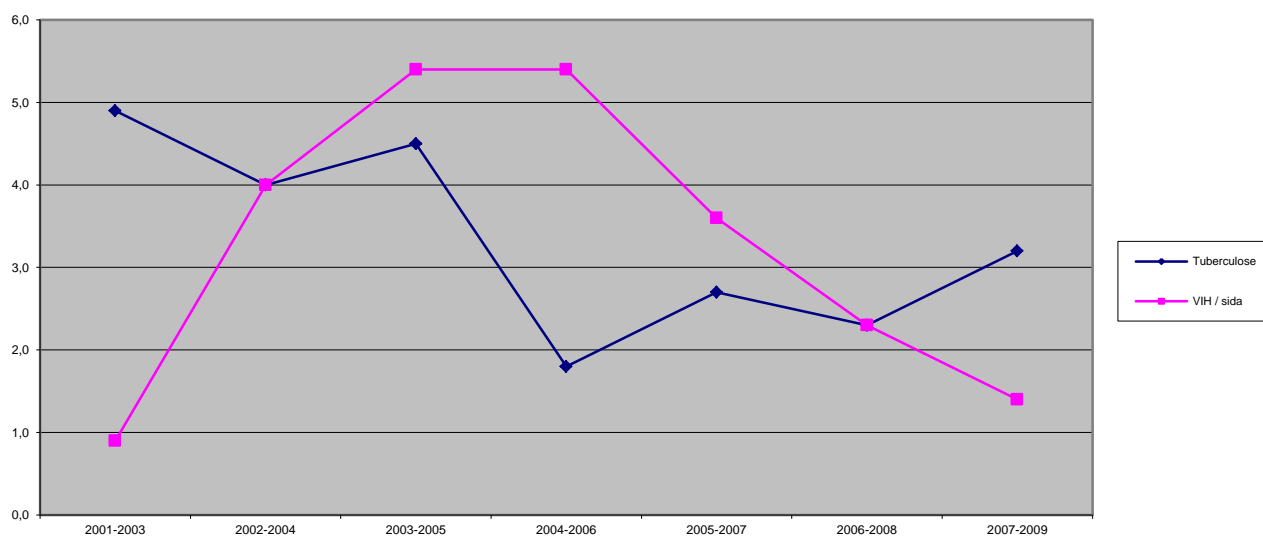


Figura 26. TMP por Tuberculose e Sida/HIV no ACES Nordeste

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PREMATURA (0-64 ANOS)

Verificou-se que a mortalidade prematura na população residente na área da ULS Nordeste, no triénio 2007/2009 foi de 228,2 por 100000, tendo vindo a decrescer ao longo da última década. O risco de morrer prematuramente foi superior no género masculino.

Quadro 16. Mortalidade prematura por géneros no ACES Nordeste

	2001- 2003	2002- 2004	2003- 2005	2004- 2006	2005- 2007	2006- 2008	2007- 2009
Todas as Causas - HM	266,6	250,7	255,2	248,5	250,8	245,1	228,2
Todas as Causas - H	374,6	347,0	352,2	346,4	354,0	354,0	330,4
Todas as Causas - M	158,9	154,5	158,1	150,3	147,2	135,4	125,2

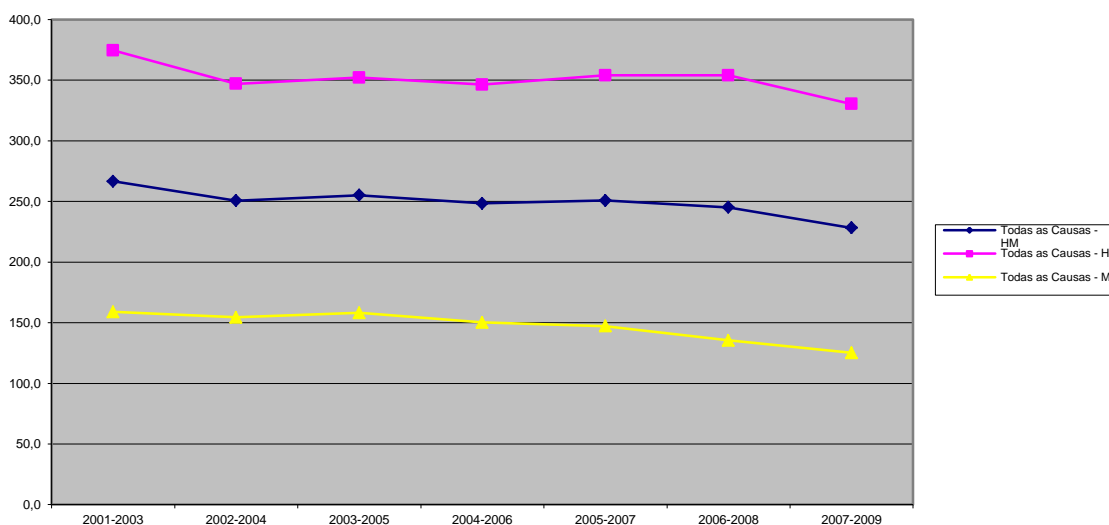


Figura 27. Evolução da mortalidade prematura por gêneros no ACES Nordeste

Os tumores malignos foram a principal causa de morte prematura.

O grupo das causas externas de mortalidade é a segunda causa de morte prematura. Merecendo destaque neste grupo os acidentes com veículos a motor (10.8 /100000) e os suicídios (9.9 / 100000).

Seguem-se as doenças do aparelho circulatório.

O grupo das causas não classificadas aparece em 4º lugar com, seguido do grupo das doenças do aparelho digestivo (destacando-se nestas a Doença crônica do fígado e cirrose com 12.3 /100000).

De salientar ainda que as causas externas de mortalidades e as doenças do aparelho circulatório têm vindo a diminuir ao longo do período.

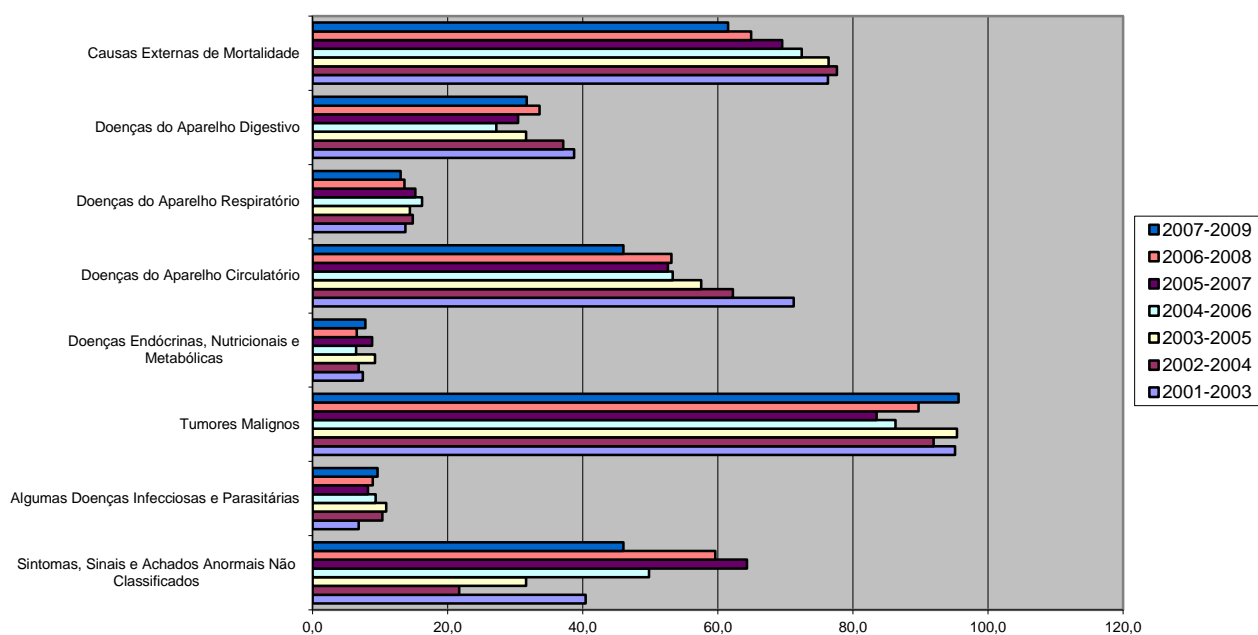


Figura 28. Evolução as taxas de mortalidade prematura pelas principais causas no ACES Nordeste

A taxa de mortalidade prematura por tumor maligno nos homens foi superior à das mulheres em todo o período, e a diferença aumentou nos últimos anos.

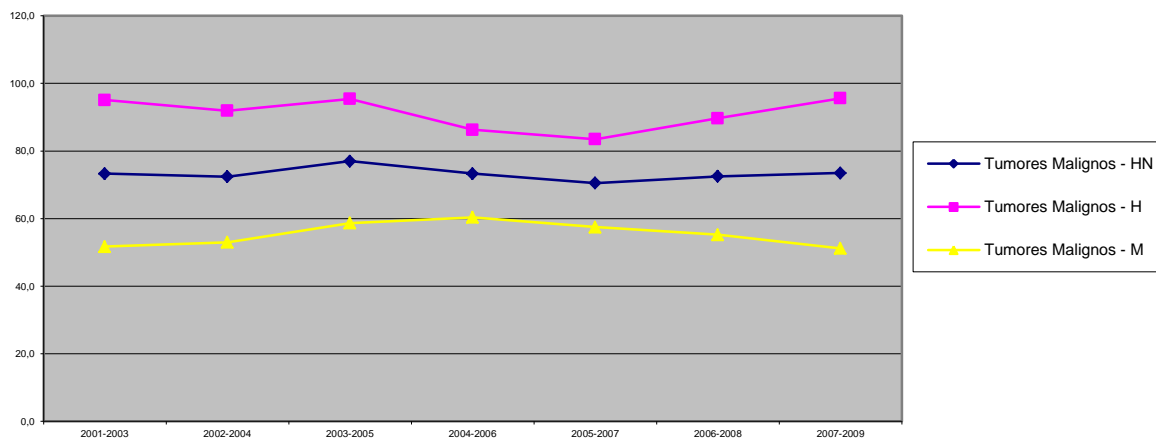


Figura 29. Taxas de mortalidade prematura por tumor maligno por géneros no ACES Nordeste

As principais causas de morte prematura por tumor maligno foram nos homens os tumores da traqueia, brônquios e pulmão seguidos do tumor maligno do cólon e recto e tumor maligno da cavidade bucal e faringe.

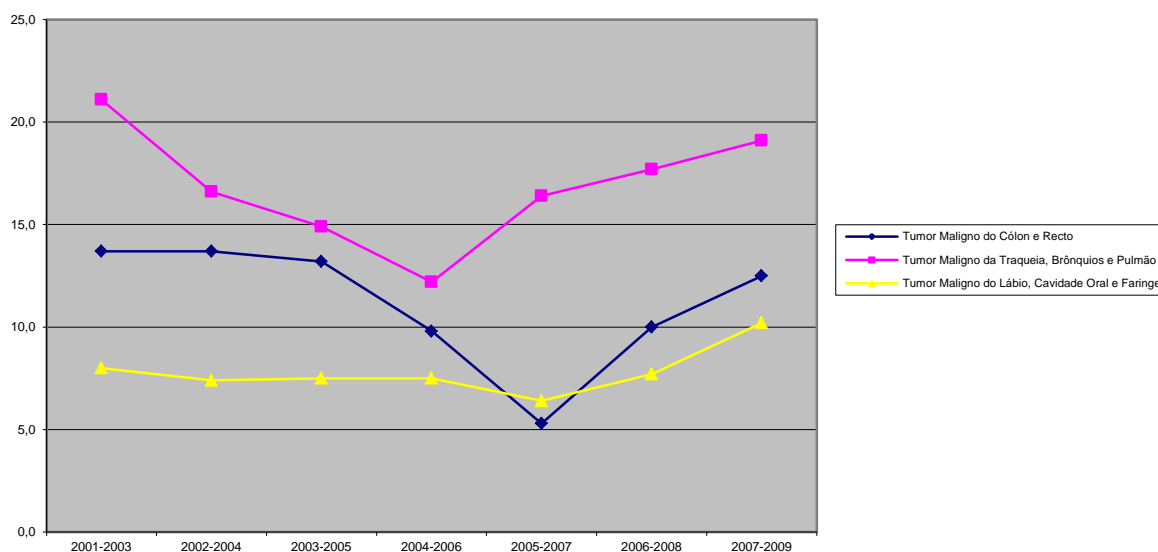


Figura 30. Taxas de mortalidade prematura por tumores malignos – Homens no ACES Nordeste

Nas mulheres o tumor maligno da mama foi a primeira causa de morte seguida dos tumores do cólon e recto e do tumor maligno do estômago.

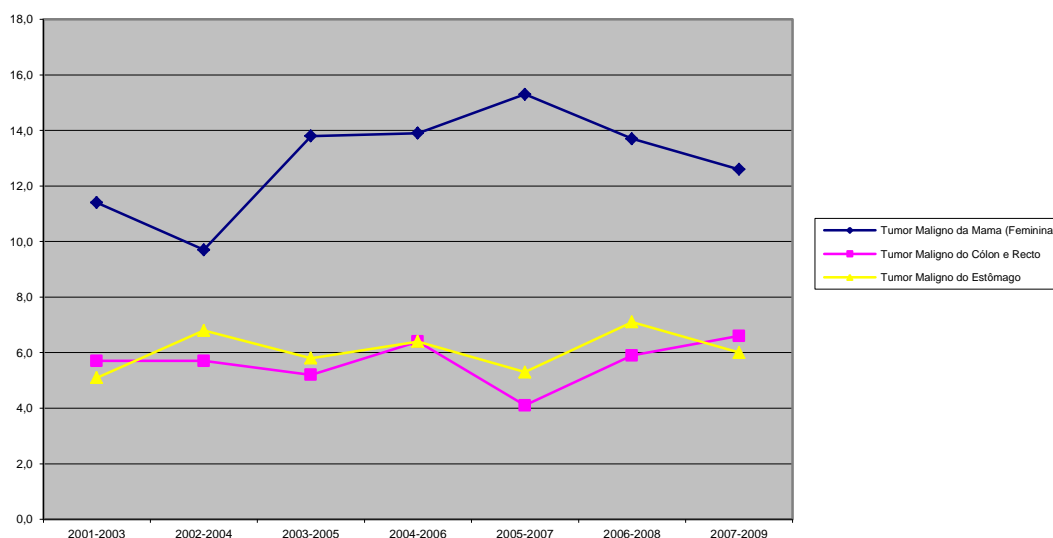


Figura 31. Taxas de mortalidade Prematura por Tumor maligno mulheres no ACES Nordeste

A Taxa de Mortalidade Prematura por Doenças do Aparelho Circulatório é superior nos homens em relação às mulheres em todo o período analisado.

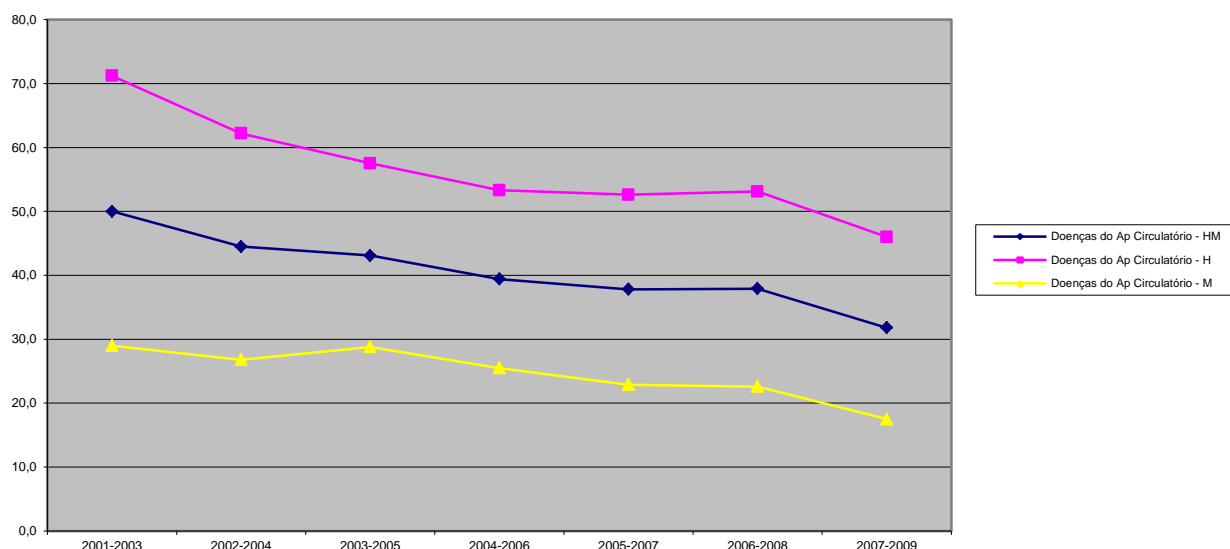


Figura 32. Taxas de Mortalidade Prematura por Doenças do Aparelho circulatório no ACES Nordeste

Os valores das TMP de Portugal foram comparados com os da região Norte; e os valores das TMP da região Norte foram comparados com os dos ACES/ULS. Para a visualização e identificação mais rápida das diferenças testadas foi utilizado o seguinte código:

	A TMP é inferior com significância estatística
	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	A TMP é superior com significância estatística

Quando se compara a área da ULS Nordeste com a região Norte, para os grandes grupos de causas de morte, com idade, abaixo dos 65 anos, verifica-se que só as causas externas de mortalidade são superiores com significância estatística na ULS. As TMP para as doenças infecciosas e parasitárias são significativamente inferiores.

A taxa de mortalidade padronizada na região norte teve, no período analisado, um decréscimo em todos os grandes grupos de causas de morte, contrariamente na área da ULS Nordeste verificou-se um aumento da taxa de mortalidade tendo por causa as doenças infecciosas e parasitárias, tumores malignos e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Quadro 17. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes), na população com idade inferior a 65 anos, por grandes grupos de causas de morte, para ambos os sexos

Grandes grupos de causas de morte	Portugal			Região Norte			ACES Nordeste		
	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05
Todas as causas	240,1	231,7	223,9	226,4	218,0	211,6	236,6	223,6	227,4
Doenças infecciosas e parasitárias	14,0	13,4	12,7	11,2	10,7	10,2	5,3	6,1	6,4
Tumores malignos	72,8	71,9	70,7	70,2	69,6	70,1	62,1	61,4	64,6
Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	6,6	6,5	6,3	6,7	6,4	6,0	6,3	6,2	7,1
Doenças do aparelho circulatório	44,8	43,7	39,6	37,5	37,3	32,3	40,7	36,9	36,2
Doenças do aparelho respiratório	9,9	9,1	8,7	10,7	9,9	8,8	9,8	9,6	8,7
Doenças do aparelho digestivo	17,0	17,0	16,3	18,3	18,8	17,6	22,3	21,7	18,9
Sintomas, sinais e achados não classificados	18,4	13,3	18,0	21,5	14,1	21,7	23,0	13,5	18,9
Causas externas de mortalidade	37,4	37,3	33,5	30,5	31,6	26,9	44,1	46,0	44,1

TMP região Norte vs TMP Portugal ; TMP ACES/ULS vs TMP região Norte

Fonte: DGS

A TMP em indivíduos do sexo masculino teve na área da ULS contrariamente à região norte um aumento da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e causas externas.

Quadro 18. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes), na população com idade inferior a 65 anos, por grandes grupos de causas de morte, para o sexo masculino

Grandes grupos de causas de morte	Portugal			Região Norte			ACES Nordeste		
	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05
Todas as causas	338,9	327,5	317,2	318,2	306,1	298,0	342,3	315,7	320,2
Doenças infecciosas e parasitárias	22,4	21,2	20,0	18,6	17,7	16,6	6,2	9,3	10,0
Tumores malignos	92,1	91,7	90,9	91,5	91,6	92,8	83,0	80,7	83,1
Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	7,7	7,4	7,2	7,2	6,9	6,7	6,1	5,7	7,6
Doenças do aparelho circulatório	65,1	64,4	58,5	54,4	54,3	47,5	60,9	53,7	50,2
Doenças do aparelho respiratório	14,9	13,6	13,0	15,9	14,4	13,3	12,5	14,0	13,3
Doenças do aparelho digestivo	26,0	26,0	24,8	26,0	26,6	24,4	35,9	34,3	28,7
Sintomas, sinais e achados não classificados	28,3	20,2	27,7	33,5	21,7	33,4	36,7	19,2	28,2
Causas externas de mortalidade	60,6	60,5	54,4	48,9	50,1	42,9	69,6	71,1	70,4

TMP região Norte vs TMP Portugal ; TMP ACES/ULS vs TMP região Norte

Fonte: DGS

No sexo feminino a TMP para as causas externas de mortalidade foi significativamente mais importante na população correspondente à ULS Nordeste quando comparada com a região norte e com o continente, mas muito inferior à do sexo Masculino.

Quadro 19. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes), na população com idade inferior a 65 anos, por grandes grupos de causas de morte, para o sexo feminino

Grandes grupos de causas de morte	Portugal			Região Norte			ACES Nordeste		
	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05
Todas as causas	147,9	142,4	136,7	141,3	136,5	131,3	136,4	135,7	138,0
Doenças infecciosas e parasitárias	6,0	5,8	5,7	4,3	4,1	4,0	4,5	2,9	2,8
Tumores malignos	55,3	54,0	52,4	51,0	49,8	49,4	42,8	43,4	47,3
Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	5,6	5,7	5,5	6,3	6,1	5,5	6,6	6,6	6,7
Doenças do aparelho circulatório	26,2	24,9	22,2	22,2	21,9	18,6	22,5	21,8	23,4
Doenças do aparelho respiratório	5,3	5,0	4,8	6,0	5,7	4,7	7,3	5,4	4,3
Doenças do aparelho digestivo	8,8	8,8	8,4	11,2	11,6	11,3	9,4	9,6	9,4
Síntomas, sinais e achados não classificados	9,1	6,8	9,0	10,4	7,1	10,7	10,0	8,2	10,1
Causas externas de mortalidade	14,8	14,8	13,2	12,9	13,8	11,5	18,7	21,0	17,9

TMP região Norte vs. TMP Portugal ; TMP ACES/ULS vs. TMP região Norte

Fonte: DGS

No último triénio, na área da ULS Nordeste, a mortalidade por pneumonia foi significativamente mais elevada quando comparada com a região norte e com o continente.

As doenças crónicas do fígado e cirrose apresentam valores muito elevados quer na região norte quer na área da ULS Nordeste embora tendo diminuído no triénio 2003/2005.

A TMP por acidentes de transporte apresenta-se significativamente mais elevada na área da ULS Nordeste quando comparado com a região norte e com o continente.

Na área da ULS ocorreu um aumento da mortalidade tendo como causa HIV/sida, tumor maligno do estômago, tumor maligno do cólon, tumor maligno do tecido linfático e órgãos. hematopoiéticos, diabetes mellitus e pneumonia. Na região norte a TMP diminuiu em todos os grupos e a nível nacional apenas aumentou nos tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmões e nos suicídios e lesões autoprovocadas intencionalmente.

Quadro 20. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes), na população com idade inferior a 65 anos, por causas de morte específicas, para ambos os sexos

Grandes grupos de causas de morte	Portugal			Região Norte			ACES Nordeste		
	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05
HIV / sida	9,8	9,3	8,7	7,2	6,7	6,2	0,5	2,3	2,8
T. maligno da traqueia, brônquios e pulmão	12,0	12,2	12,2	13,2	13,0	13,0	10,0	8,7	8,1
T. maligno do estômago	7,4	7,1	7,1	9,5	9,1	9,3	7,1	8,4	8,0
T. maligno do cólon	5,4	5,4	5,3	4,7	4,7	4,7	5,0	5,8	5,5
T. malignos do lábio, cavidade oral e faringe	3,8	3,7	3,6	3,1	3,0	3,0	3,9	3,5	3,1
T. maligno do recto				2,0	2,0	2,0	3,1	2,2	1,9
T. malignos do tecido linfático e org. hematop.	6,1	5,9	5,7	5,3	4,8	4,9	5,0	4,3	5,3
Diabetes Mellitus	5,2	5,1	5,0	4,9	4,8	4,6	4,9	4,5	5,8
Doença isquémica do coração	17,0	17,1	15,5	12,6	13,0	11,0	13,3	12,4	10,6
Doenças cerebrovasculares	16,2	14,9	13,5	14,8	14,2	12,6	18,4	14,5	15,5
Pneumonia	3,9	3,4	3,4	3,8	3,4	3,1	3,9	4,5	5,3
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	3,0	2,8	2,5	3,8	3,5	2,9	2,9	2,7	1,2
Doença crónica do fígado e cirrose	11,1	10,5	9,9	12,4	12,1	11,1	17,7	16,2	13,4
Acidentes de transporte	17,0	16,5	14,2	13,1	13,2	10,8	20,0	20,7	18,7
Suicídios e lesões autoprovocadas intencionalmente	6,8	7,7	6,9	5,3	6,2	4,8	5,0	5,1	4,6

TMP região Norte vs. TMP Portugal ; TMP ACES/ULS vs. TMP região Norte

Fonte: DGS

No sexo masculino, na área da ULS Nordeste, as doenças do fígado e cirrose e os acidentes de transporte são muito elevados quando comparados com o continente e a região norte. No entanto no triénio 2003/2005 as doenças do fígado e cirrose decresceram acentuadamente.

As TMP por tumor maligno do estômago e DPOC foram na região norte significativamente superiores quando comparadas com o Continente e com a área da ULS Nordeste.

De salientar a elevada subida da TMP por HIV/sida, Diabetes Millitus e Pneumoniana região da ULS Nordeste.

Quadro 21. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes), na população com idade inferior a 65 anos, por causas de morte específicas, para o sexo masculino

Grandes grupos de causas de morte	Portugal			Região Norte			ACES Nordeste		
	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05
HIV / sida	16,3	15,3	14,1	12,6	11,6	10,7	1,0	4,6	5,7
T. maligno da traqueia, brônquios e pulmão	21,1	21,2	21,3	23,5	22,9	22,8	18,3	14,4	13,1
T. maligno do estômago	10,3	10,0	10,0	12,9	12,8	13,2	10,2	11,3	11,3
T. maligno do cólon	6,5	6,6	6,5	5,8	5,9	5,9	6,9	8,0	8,5
T. maligno da próstata	2,2	2,3	2,0	1,7	2,1	2,0	2,3	2,0	2,1
T. malignos do lábio, cavidade oral e faringe	7,2	7,0	6,8	5,8	5,7	5,9	7,3	6,9	6,5
T. maligno do recto				2,7	2,5	2,5	5,0	3,5	2,6
T. malignos do tecido linfático e org. hematop.	7,4	7,0	6,9	6,2	5,6	5,8	6,9	6,0	7,7
Diabetes Mellitus	6,2	6,1	6,0	5,4	5,4	5,2	5,0	4,7	7,1
Doença isquémica do coração	27,9	28,5	25,8	21,0	21,9	18,7	21,3	20,2	16,7
Doenças cerebrovasculares	21,8	20,3	18,6	20,0	19,0	17,2	26,6	21,0	21,4
Pneumonia	5,9	5,0	5,0	5,4	4,6	4,6	3,3	4,4	7,7
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	4,7	4,5	3,9	5,8	5,4	4,4	5,4	5,6	2,6
Doença crónica do fígado e cirrose	17,0	16,1	15,2	17,4	16,7	15,2	29,0	25,7	20,5
Acidentes de transporte	27,5	26,8	23,1	21,0	20,9	17,2	28,8	29,7	28,9
Suicídios e lesões autoprovocadas intencionalmente	10,8	12,2	10,8	8,1	9,2	7,1	9,1	8,1	8,4

TMP região Norte vs TMP Portugal ; TMP ACES/ULS vs TMP região Norte

Fonte: DGS

No sexo feminino, na área da ULS Nordeste, os acidentes de transporte foram os que apresentaram maior relevância quando comparados com a região norte e com o continente. Tal como com os homens, na região norte, a TMP por DPOC apresentou-se significativamente superior quando comparada quer com a área da ULS Nordeste quer com o Continente.

Na área da ULS Nordeste, o aumento da taxa de mortalidade no sexo feminino que ocorreu deveu-se principalmente ao aumento das doenças neoplásicas.

Quadro 22. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes), na população com idade inferior a 65 anos, por causas de morte específicas, para o sexo feminino

Grandes grupos de causas de morte	Portugal			Região Norte			ACES Nordeste		
	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05
HIV / sida	3,4	3,5	3,4	1,9	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0
T. maligno da traqueia, brônquios e pulmão	3,7	4,0	4,0	4,0	4,2	4,2	2,3	3,2	3,4
T. maligno do estômago	4,8	4,5	4,4	6,5	5,8	5,6	4,3	5,8	5,0
T. maligno do cólon	4,3	4,3	4,2	3,7	3,6	3,5	3,2	3,8	2,9
T. maligno da mama (feminina)	14,1	13,5	12,9	11,4	10,9	10,9	10,1	8,3	10,9
T. maligno do colo do útero	2,9	2,4	2,4	2,4	2,2	2,4	0,5	0,0	0,5
T. malignos do lábio, cavidade oral e faringe	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,7	0,4	0,0
T. maligno do recto				1,4	1,7	1,5	1,4	0,9	1,3
T. malignos do tecido linfático e org. hematop.	4,8	4,8	4,6	4,5	4,1	4,1	3,1	2,7	3,1
Diabetes Mellitus	4,3	4,2	4,0	4,4	4,3	4,0	4,9	4,4	4,6
Doença Isquémica do coração	7,1	6,8	6,1	5,0	4,9	4,0	6,2	5,4	4,9
Doenças cerebrovasculares	11,0	10,0	8,8	10,2	9,9	8,5	11,0	8,6	10,2
Pneumonia	2,1	2,0	1,9	2,3	2,4	1,7	4,4	4,6	3,1
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	1,5	1,3	1,2	2,0	1,8	1,4	0,6	0,0	0,0
Doença crónica do fígado e cirrose	5,6	5,3	4,9	7,8	7,8	7,4	7,0	7,0	6,5
Acidentes de transporte	6,8	6,4	5,4	5,4	5,6	4,5	10,8	11,5	8,5
Suicídios e lesões autoprovocadas intencionalmente	3,0	3,5	3,1	2,7	3,3	2,5	1,0	1,9	0,9

TMP região Norte vs TMP Portugal ; TMP ACES/ULS vs TMP região Norte

Fonte: DGS

3.3.4. MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil é frequentemente utilizada como indicador do nível de saúde de uma comunidade. Mede a mortalidade em crianças, durante o primeiro ano de vida, e o denominador é constituído pelo número de nados-vivos no mesmo ano.

Como podemos verificar a taxa de mortalidade infantil na área da ULS é superior, à da região norte e à do Continente e tem vindo a baixar ao longo do período.

A meta estabelecida no plano Nacional de Saúde para a mortalidade infantil para o ano de 2010 foi fixada nos 2,6/1000. O valor registado na ULS Nordeste no período de 2007/2009 foi de 2,4/1000.

Quadro 23. Evolução do número de óbitos com menos de 1 ano por triénios, 1996-2007

Local de Residência	96-98	97-99	98-00	99-01	00-02	01-03	02-04	03-05	04-06	05-07
Continente	1971	1880	1813	1703	1645	1480	1354	1173	1067	1008
Região Norte	925	873	824	792	729	638	545	465	407	375
ACES Nordeste	35	28	23	24	20	24	20	19	16	16

Quadro 24. Evolução da taxa de mortalidade infantil (/1000 nados vivos), média anual nos triênios de 1996-2007

Local de Residência	96-98	97-99	98-00	99-01	00-02	01-03	02-04	03-05	04-06	05-07
Continente	6,2	5,8	5,5	5,2	5,0	4,6	4,3	3,7	3,5	3,4
Região Norte	7,1	6,7	6,3	6,1	5,7	5,2	4,6	4,0	3,7	3,5
ACES Nordeste	8,9	7,3	6,1	6,7	5,7	7,0	6,0	5,9	5,2	5,4

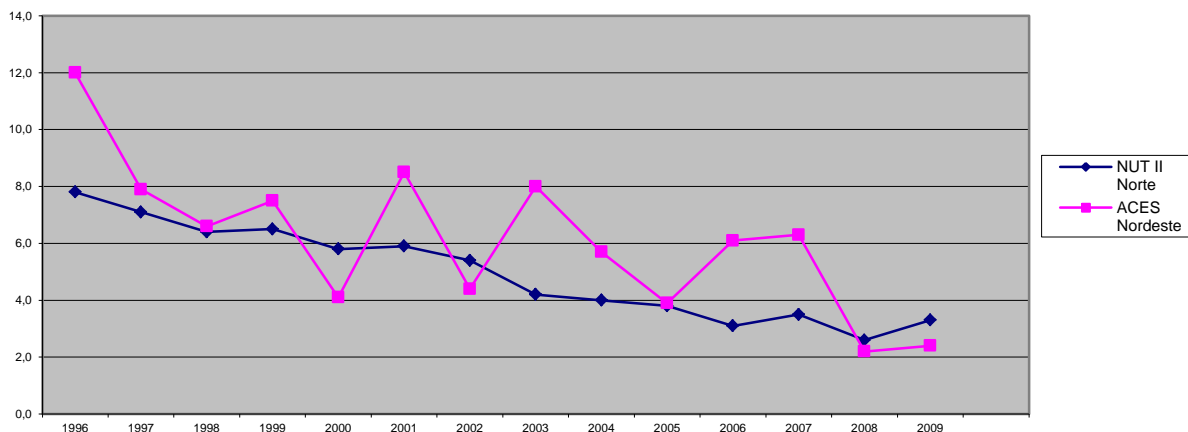


Figura 33. Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (1996-2009)

Decompondo a Taxa de Mortalidade Infantil, nos seus componentes, taxa de mortalidade neonatal (mortes com menos de 28 dias) e pós neonatal (mortes entre os 28 dias e 1 ano) podemos verificar que os óbitos em nados vivos com menos de 1 ano são sobretudo à custa da componente neonatal. Verificamos também que foi na primeira semana de vida (óbitos neonatais precoces) que se concentraram a maior parte dos óbitos neonatais.

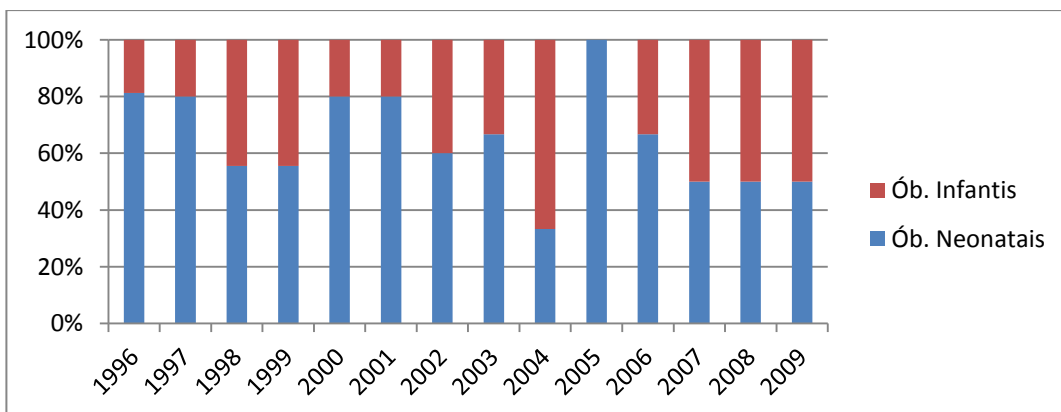


Figura 34. Proporção de óbitos infantis e neonatais

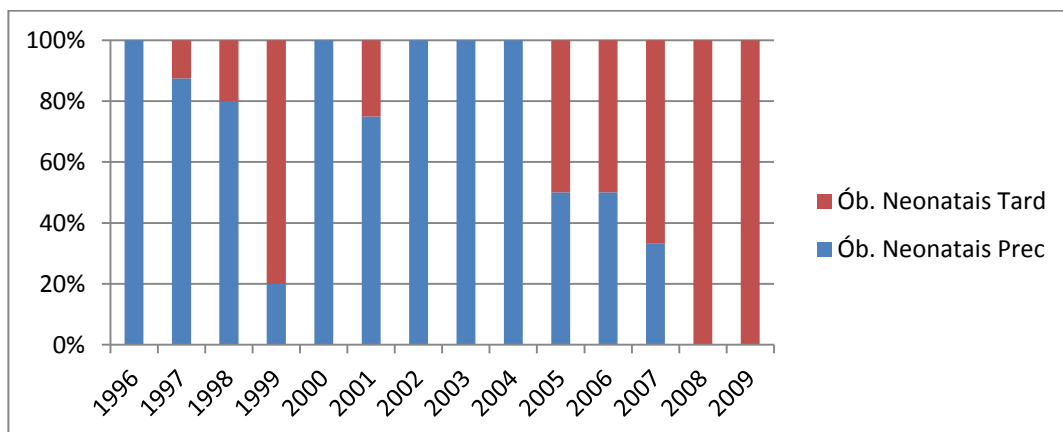


Figura 35. Proporção de de óbitos neonatais precoces e tardios no ACES Nordeste

A Taxa de Mortalidade Perinatal (TMP) é calculada a partir das mortes fetais com 28 ou mais semanas de gestação e das mortes de nados vivos com menos de 7 dias de vida. Pela figura seguinte podemos verificar que a TMP tem vindo a diminuir ao longo do período analisado. Devido ao pequeno número de casos ocorridos no período é difícil comparar a TMP da Região Norte com a ocorrida no ACES Nordeste.

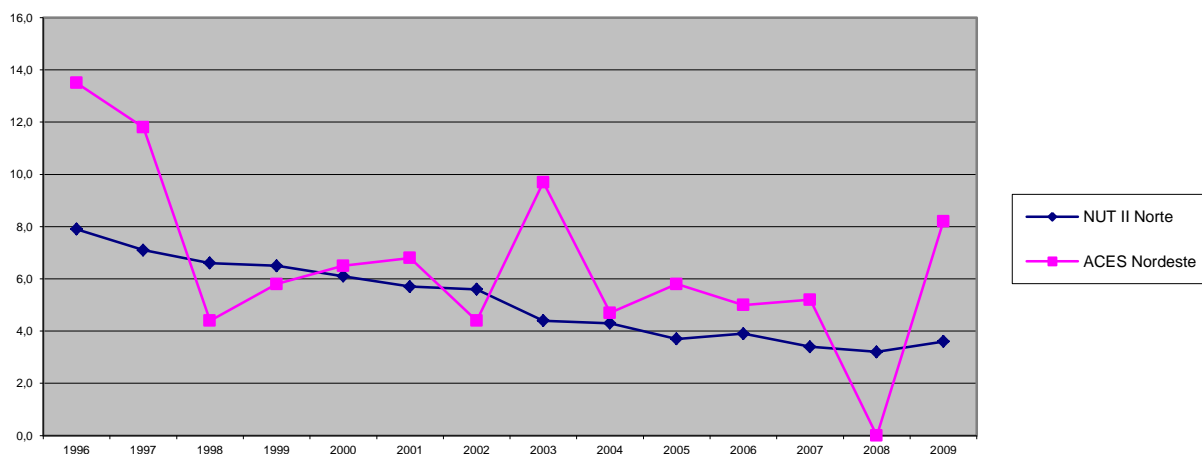


Figura 36. Evolução da Taxa de Mortalidade Perinatal

Pela figura seguinte podemos verificar que a TMP tem sido reduzida principalmente à custa da componente Neonatal.

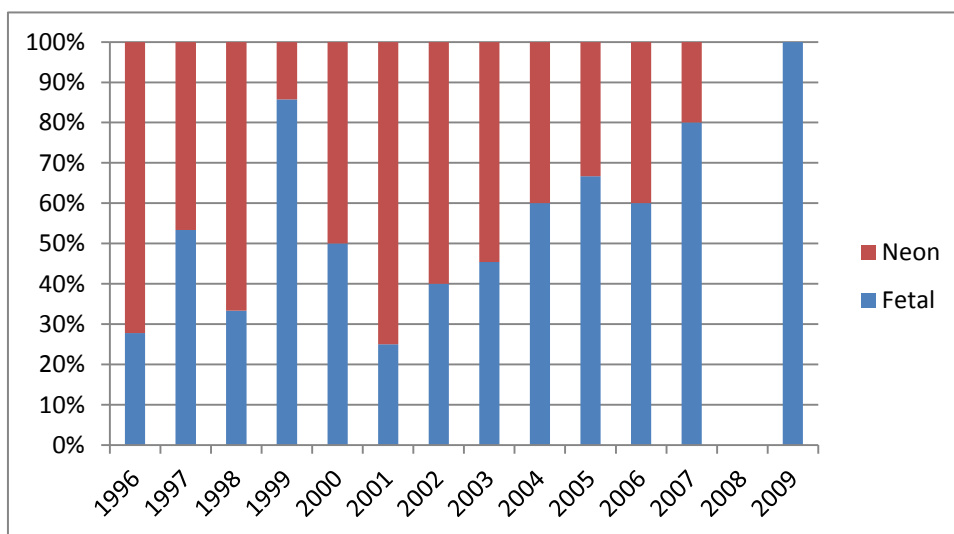


Figura 37. Distribuição percentual dos Óbitos Perinatais no ACES Nordeste

3.4. MORBILIDADE

As taxas de mortalidade são particularmente úteis na investigação das doenças com letalidade elevada. Nos casos de doenças com letalidade baixa os dados de frequência de doença (morbilidade) são mais úteis que as taxas de mortalidade.

As causas de internamento hospitalar são consideradas medidas indirectas importantes do peso da doença na comunidade. São influenciadas por outros factores não relacionados com a morbilidade da população, entre as quais se incluem a disponibilidade de camas, as políticas de internamento e diversos factores sociais. Esta informação possibilita a vigilância/monitorização de determinadas doenças ou condições específicas suficientemente graves para exigirem internamento. Contudo, estes dados apenas referem os episódios de doença que requerem internamento, ficando de fora todas as situações que são acompanhados em ambulatório.

Em muitos países, como é o caso de Portugal, colhem-se alguns dados de morbilidade para preencher exigências legais, como acontece com as doenças de declaração obrigatória.

Para além dos dados sobre internamentos hospitalares e doenças de declaração obrigatória não estão disponíveis outros sobre morbilidade na ULS Nordeste.

Os dados referentes aos episódios de internamento nos hospitais públicos obtidos no ano de 2007, foram tratados pela ARS Norte. A partir de (morbilidades@hospitalar: Análise dos internamentos hospitalares na Região Norte). A partir desta fonte secundária foi colectada a informação referente ao ACES Nordeste.

3.4.1. TAXA DE INTERNAMENTO BRUTA POR CAUSAS ESPECÍFICAS

No ano de 2007 ocorreram 17997 internamentos correspondentes à população do ACES Nordeste. Entre os grandes grupos de causas de internamento as maiores causas foram as doenças do aparelho digestivo, as doenças do aparelho circulatório doenças do aparelho respiratório e as lesões e envenenamentos.

Quadro 25. Taxas de Internamento bruto, episódios de internamento, demora média, taxa de letalidade intra-hospitalar por grandes causas de internamento no ano de 2007

ACES Nordeste	Episódios de internamento			Taxa de internamento bruta			Demora média			Taxa de letalidade intra-hospitalar		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Grandes Grupos de Causas de Internamento												
Todas as causas	17997	8456	9541	11883,7	11530,8	12215,0	7,3	8,0	6,8	4,5	5,4	3,7
Doenças infecciosas e parasitárias	414	228	186	273,4	310,9	238,1	8,3	9,1	7,2	5,6	7,5	3,2
Tumores malignos	841	467	374	555,3	636,8	478,8	11,0	10,7	11,4	15,8	18,2	12,8
Neoplasias benignas ou desconhecidas	301	87	214	198,8	118,6	274,0	5,1	5,3	5,1	0,3	1,1	0,0
Doenças do sangue e dos órgãos hemat.	154	73	81	101,7	99,5	103,7	7,9	5,9	9,8	3,2	1,4	4,9
Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	671	276	395	443,1	376,4	505,7	7,7	9,1	6,7	4,3	4,7	4,1
Transtornos mentais e comportamentais	533	241	292	351,9	328,6	373,8	15,8	17,0	14,7	0,4	0,0	0,7
Doenças do sistema nervoso	408	149	259	269,4	203,2	331,6	5,7	6,5	5,3	1,7	2,7	1,2
Doenças do olho e anexos	753	334	419	497,2	455,5	536,4	1,9	1,9	1,8	0,0	0,0	0,0
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	219	96	123	144,6	130,9	157,5	4,5	4,8	4,2	0,0	0,0	0,0
Doenças do aparelho circulatório	2495	1336	1159	1647,5	1821,8	1483,8	9,1	9,5	8,6	8,7	8,5	9,0
Doenças do aparelho respiratório	2432	1323	1109	1605,9	1804,1	1419,8	9,1	9,3	8,9	8,6	8,8	8,6
Doenças do aparelho digestivo	2554	1419	1135	1686,4	1935,0	1453,1	6,6	6,5	6,6	3,1	3,5	2,5
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	209	115	94	138,0	156,8	120,3	7,5	6,3	8,9	3,3	2,6	4,3
Doenças do sistema osteomuscular	1079	501	578	712,5	683,2	740,0	6,4	6,0	6,8	0,4	0,4	0,3
Doenças do aparelho geniturinário	1245	524	721	822,1	714,5	923,1	5,8	6,9	5,0	2,1	3,1	1,4
Gravidez, parto e puerpério	—	—	1245	—	—	1593,9	—	—	3,1	—	—	0,0
Afecções originadas no período perinatal	28	15	13	18,5	20,5	16,6	7,2	3,7	11,2	0,0	0,0	0,0
Malformações congénitas	81	39	42	53,5	53,2	53,8	6,3	8,9	3,9	0,0	0,0	0,0
Sintomas, sinais e achados não classificados	304	160	144	200,7	218,2	184,4	5,8	6,3	5,2	4,9	5,6	4,2
Lesões e envenenamentos	2028	1071	957	1339,1	1460,4	1225,2	7,2	7,2	7,2	2,5	2,6	2,3

Entre as causas de internamento específicas destacam-se a pneumonia, diabetes *Mellitus* e doenças cerebrovasculares.

Quadro 26. Taxas de Internamento bruto, episódios de internamento, demora média, taxa de letalidade intra-hospitalar por causas de internamento específicas no ano de 2007

ACES Nordeste	Episódios de internamento			Taxa de internamento bruta			Demora média			Taxa de letalidade intra-hospitalar		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Causas de Internamento Específicas												
Tuberculose	24	19	5	15,8	25,9	6,4	27,1	30,5	14,4	4,2	5,3	0,0
VIH / sida	13	8	5	8,6	10,9	6,4	16,2	18,5	12,6	15,4	12,5	20,0
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	55	42	13	36,3	57,3	16,6	12,3	12,8	10,7	25,5	26,2	23,1
Tumor maligno do estômago	114	52	62	75,3	70,9	79,4	11,7	11,3	12,0	19,3	23,1	16,1
Tumor maligno do cólon	71	41	30	46,9	55,9	38,4	13,4	13,8	12,9	12,7	14,6	10,0
Tumor maligno da próstata	—	30	—	—	40,9	—	—	10,7	—	—	23,3	—
Tumor maligno da mama (feminina)	—	—	24	—	—	30,7	—	—	5,8	—	—	16,7
Tumor maligno do colo do útero	—	—	10	—	—	12,8	—	—	9,4	—	—	0,0
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	25	22	3	16,5	30,0	3,8	6,3	6,0	8,7	8,0	9,1	0,0
Tumor maligno do recto e ânus	88	54	34	58,1	73,6	43,5	13,1	14,3	11,2	8,0	9,3	5,9
Tumor maligno do tecido linfático e org. hematop.	68	34	34	44,9	46,4	43,5	13,9	11,6	16,3	23,5	29,4	17,6
Diabetes <i>Mellitus</i>	433	187	246	285,9	255,0	314,9	7,8	9,2	6,7	2,8	3,7	2,0
Doença isquêmica do coração	410	287	123	270,7	391,4	157,5	7,9	7,7	8,5	5,1	5,2	4,9
Doenças cerebrovasculares	693	373	320	457,6	508,6	409,7	10,9	11,5	10,2	14,4	14,7	14,1
Pneumonia	997	548	449	658,3	747,3	574,8	11,3	11,5	11,0	15,3	15,1	15,6
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	299	149	150	197,4	203,2	192,0	10,0	10,4	9,7	5,7	6,0	5,3
Doença crônica do fígado e cirrose	148	112	36	97,7	152,7	46,1	12,3	12,9	10,3	14,2	12,5	19,4
Fratura do colo do fêmur	283	82	201	186,9	111,8	257,3	10,0	10,7	9,7	5,3	7,3	4,5
Causas Externas												
Todas as causas externas	2279	1180	1099	1504,9	1609,1	1407,0	7,9	7,8	7,9	2,6	2,7	2,5
Acidentes de transporte	171	124	47	112,9	169,1	60,2	7,9	8,3	6,8	2,3	2,4	2,1
Suicídios	45	15	30	29,7	20,5	38,4	10,6	11,7	10,0	11,1	20,0	6,7

A taxa de internamento bruta por grandes causas de internamento nas diferentes classes etárias encontra-se representada no quadro 27.

Quadro 27. Taxa de Internamento bruta por grandes grupos de causas de internamento em 2007

ACES Nordeste	Taxa de internamento bruta						
	< 1 ano	1-4 anos	5-24 anos	25-44 anos	45-64 anos	65-74 anos	> = 75 anos
Grandes Grupos de Causas de Internamento							
Todas as causas	24621,6	11144,9	5253,0	7145,4	9797,9	18075,9	30085,2
Doenças infecciosas e parasitárias	4137,2	1685,8	229,1	105,4	149,6	250,3	453,2
Tumores malignos	706,4	46,8	26,6	87,8	564,3	1205,7	1823,7
Neoplasias benignas ou desconhecidas	100,9	23,4	66,4	160,6	315,0	265,7	232,0
Doenças do sangue e dos órgãos hemat.	201,8	23,4	86,3	30,1	52,5	137,9	356,1
Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	302,7	327,8	136,1	115,4	278,2	940,1	1494,6
Transtornos mentais e comportamentais	100,9	0,0	116,2	451,6	464,6	311,7	426,2
Doenças do sistema nervoso	100,9	93,7	126,2	190,7	391,1	316,8	420,8
Doenças do olho e anexos	302,7	234,1	39,8	62,7	280,8	1328,4	1812,9
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	302,7	304,4	132,8	60,2	173,2	209,5	172,7
Doenças do aparelho circulatório	0,0	46,8	69,7	308,6	1199,5	3239,2	6787,5
Doenças do aparelho respiratório	9384,5	4401,8	790,3	504,3	803,1	2053,8	5417,1
Doenças do aparelho digestivo	2421,8	1287,8	601,0	702,5	1706,0	3060,3	4127,5
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	100,9	140,5	176,0	117,9	99,7	158,4	178,1
Doenças do sistema osteomuscular	0,0	140,5	245,7	531,9	1023,6	1333,5	733,8
Doenças do aparelho geniturinário	706,4	772,7	332,0	509,3	989,5	1134,2	1634,8
Gravidez, parto e puerpério *	0,0	0,0	2022,7	4846,5	15,3	0,0	0,0
Afecções originadas no período perinatal	2724,5	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	0,0
Malformações congénitas	1513,6	304,4	93,0	40,1	13,1	10,2	10,8
Sintomas, sinais e achados não classificados	1110,0	538,5	182,6	67,7	123,4	255,5	491,0
Lesões e envenenamentos	403,6	772,7	803,6	737,6	1157,5	1859,7	3507,1

A taxa de internamento bruta por causas de internamento específicas nas diferentes classes etárias encontra-se representada no quadro 28.

Quadro 28. Causas de internamento específicas no ano de 2007

Causas de Internamento Específicas							
Tuberculose	0,0	0,0	19,9	17,6	15,7	5,1	21,6
VIH / sida	0,0	0,0	6,6	17,6	10,5	0,0	0,0
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	0,0	0,0	0,0	7,5	44,6	81,7	102,5
Tumor maligno do estômago	0,0	0,0	0,0	5,0	52,5	148,2	339,9
Tumor maligno do cólon	0,0	0,0	0,0	0,0	28,9	107,3	210,4
Tumor maligno da próstata **	0,0	0,0	0,0	0,0	37,9	55,9	238,0
Tumor maligno da mama (feminina) *	0,0	0,0	0,0	30,9	30,5	56,4	54,7
Tumor maligno do colo do útero *	0,0	0,0	0,0	5,2	20,4	9,4	36,5
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	0,0	0,0	0,0	7,5	36,7	25,5	16,2
Tumor maligno do recto e ânus	0,0	0,0	0,0	5,0	60,4	117,5	215,8
Tumor maligno do tecido linfático e org. hematop.	504,5	46,8	13,3	0,0	55,1	102,2	86,3
Diabetes Mellitus	0,0	23,4	49,8	50,2	196,9	776,6	917,2
Doença isquémica do coração	0,0	0,0	0,0	42,7	304,5	592,7	868,7
Doenças cerebrovasculares	0,0	23,4	10,0	25,1	186,4	914,5	2314,7
Pneumonia	2724,5	1545,3	235,8	145,5	288,7	935,0	2600,6
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	0,0	140,5	13,3	22,6	115,5	429,2	820,1
Doença crónica do fígado e cirrose	0,0	0,0	6,6	32,6	168,0	209,5	151,1
Fractura do colo do fémur	0,0	0,0	0,0	2,5	26,2	214,6	1241,0
Causas Externas							
Todas as causas externas	706,4	819,5	876,6	865,6	1351,7	2176,5	3706,7
Acidentes de transporte	0,0	23,4	169,3	122,9	105,0	117,5	37,8
Suicídios	0,0	0,0	13,3	47,7	39,4	25,5	10,8

* TIB aplicada ao sexo feminino | ** TIB aplicada ao sexo masculino

3.4.2. TAXA DE INTERNAMENTO PADRONIZADA (TIP) POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Na tabela seguinte, os valores da TIP da região Norte, são comparados com os da TIP do Continente e os valores da TIP dos ACES são comparados com os da TIP da região Norte para os grandes grupos de causas de internamento. É preciso ter em atenção na análise das taxas de internamento padronizadas pela idade (TIP) por patologia, que para as diferenças eventualmente encontradas, poderão contribuir não apenas a diferente distribuição geográfica da carga de doença na região, como também a oferta de camas hospitalares bem como a proximidade e acessibilidade dos hospitais em relação aos residentes de uma determinada área.

De entre os grandes grupos de causas de internamento destacam-se as TIP das doenças do aparelho respiratório, as doenças do aparelho digestivo e as lesões e envenenamentos.

A diferença em proporção da TIP do ACES Nordeste para Região Norte de Portugal e também para Portugal continental, para os grandes grupos de causas de internamento é maior para as doenças dos olhos e anexos, transtornos mentais e comportamentais, doenças dos ouvidos e apófises mastóides, lesões e envenenamentos.

Quadro 29. Distribuição geográfica da TIP na região Norte em 2007 para os grandes grupos de causas de internamento no ano de 2007

Grandes grupos de causas de Internamento	Ambos os sexos			Proporção da Diferença da TIP do ACES Nordeste para o Continente ou para o Norte			
				%		Ordem	
	Continente	Norte	ACES Nord	Continente	Norte	Continente	Norte
Todas as causas	7073,6	7063,4	9481,4	25,39%	25,50%		
Gravidez, parto e puerpério	2013,5	1858,2	1774,3	-13,48%	-4,73%		
Doenças do aparelho respiratório	838,7	929,8	1383,1	39,36%	32,77%	7º	8º
Doenças do aparelho digestivo	931,9	953,2	1304,5	28,56%	26,93%	9º	
Lesões e envenenamentos	585,8	584,6	1058,3	44,65%	44,76%	4º	4º
Doenças do aparelho circulatório	882,8	816,9	897,3	1,62%	8,96%		
Doenças do aparelho geniturinário	522,1	535,4	687,9	24,10%	22,17%		
Doenças do sistema osteomuscular	363	440,2	602,2	39,72%	26,90%		
Doenças infecciosas e parasitárias	231,2	239,5	348,5	33,66%	31,28%	8º	10º
Tumores malignos	435,6	358,1	339,7	-28,23%	-5,42%		
Transtornos mentais e comportamentais	159,3	156,8	316,5	49,67%	50,46%	3º	2º
Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	201,7	196,2	288,5	30,09%	31,99%		9º
Doenças do olho e anexos	135,9	128,5	278	51,12%	53,78%	1º	1º
Doenças do sistema nervoso	135,7	148,8	235,9	42,48%	36,92%	6º	7º
Sintomas, sinais e achados não classificados	112,4	114,3	201,3	44,16%	43,22%	5º	5º
Neoplasias benignas ou desconhecidas	172,9	172	176	1,76%	2,27%		
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	74,8	75,6	150,9	50,43%	49,90%	2º	3º
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	99,4	91,9	133,4	25,49%	31,11%	10º	
Malformações congénitas	93,5	97	89,6	-4,35%	-8,26%		
Doenças do sangue e dos órgãos hemat.	61,9	44,5	77,7	20,33%	42,73%		6º
Afecções originadas no período perinatal	36,5	51,5	44	17,05%	-17,05%		

Pelo quadro seguinte podemos verificar que de entre as causas de internamento específicas destacam-se as TIP da Pneumonia, Doenças cerebrovasculares, Diabetes *Mellitus*, Doença isquémica do coração e Acidentes de transporte.

A diferença em proporção da TIP da população do ACES Nordeste para a Região Norte de Portugal é maior para Diabetes *Mellitus*, Pneumonia, tumor maligno do recto e ânus, tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe, e suicídios. A diferença em proporção da TIP em relação a Portugal continental, é maior para as Diabetes *Mellitus*, Pneumonia, Acidentes de transporte, Tumor maligno do recto e ânus, Tumor maligno do estômago.

Quadro 30. Distribuição geográfica da TIP na região Norte em 2007 para causas de internamento específicas

Causas de Internamento Específicas	Ambos os sexos			Proporção da Diferença da TIP do ACES Nordeste para o Continente ou para o Norte			
				%		Ordem	
	Continente	Norte	ACES Norte	Continente	Norte	Continente	Norte
Todas as causas externas	864	786	1201,4	28,08%	34,58%	5°	5°
Pneumonia	288,7	293,4	501,9	42,48%	41,54%	2°	2°
Doenças cerebrovasculares	214,6	209,3	210,8	-1,80%	0,71%		
Diabetes Mellitus	90,7	82,6	165,9	45,33%	50,21%	1°	1°
Doença isquémica do coração	185,7	158,7	162,9	-14,00%	2,58%		
Acidentes de transporte	84,3	81,4	121,1	30,39%	32,78%	3°	7°
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	99,3	107,3	108,4	8,39%	1,01%	10°	
Doença crónica do fígado e cirrose	58,9	60,7	76,2	22,70%	20,34%	7°	10°
Fractura do colo do fémur	59,3	55,2	71,4	16,95%	22,69%	8°	9°
Tumor maligno do tecido linfático e org. hematop.	36,6	27,4	38,1	3,94%	28,08%		8°
Tumor maligno do estômago	27,9	32,4	36,6	23,77%	11,48%	6°	
Tumor maligno do recto e ânus	24,4	20,5	34	28,24%	39,71%	4°	3
Suicídios	24,4	19,5	29,1	16,15%	32,99%	9°	6°
Tumor maligno do cólon	35,8	27,8	24	-49,17%	-15,83%		
Tumor maligno da mama (feminina)	82,1	55,3	23,5	-249,36%	-135,32%		
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	35,3	31,2	23,2	-52,16%	-34,48%		
Tumor maligno da próstata	46,2	35,4	21,9	-110,96%	-61,64%		
Tuberculose	15,1	15,4	14,8	-2,03%	-4,05%		
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	12,9	8,2	13,3	3,01%	38,35%		4°
VIH / sida	31,7	26,2	9	-252,22%	-191,11%		
Tumor maligno do colo do útero	12	9,4	8,6	-39,53%	-9,30%		

Para os grandes grupos de causas de internamento, verifica-se que nos homens as TIP para Doenças infecciosas e parasitárias, Tumores malignos, Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, Doenças do aparelho circulatório, Doenças do aparelho respiratório e Doenças do aparelho digestivo são bastante superiores às das mulheres. Nas mulheres as TIP por Neoplasias benignas ou desconhecidas, Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, Transtornos mentais e comportamentais, Doenças do sistema nervoso, Doenças do aparelho genitourinário e Sintomas, sinais e achados não classificados são bastante superiores às dos homens.

Quadro 31. TIP por grandes grupos de causas de internamento e sexo no ano de 2007

ACES Nordeste *	Ambos os sexos			Sexo Masculino			Sexo Feminino		
	Contin.	R. Norte	+	Contin.	R. Norte	+	Contin.	R. Norte	+
Grandes Grupos de Causas de Internamento									
Todas as causas	7073,6	7063,4	9481,4	6638,3	6662,8	9425,4	7629,4	7569,9	9669,0
Doenças infecciosas e parasitárias	231,2	239,5	348,5	270,7	279,5	398,7	193,7	202,6	297,9
Tumores malignos	435,6	358,1	339,7	524,6	447,7	404,1	368,0	289,4	289,5
Neoplasias benignas ou desconhecidas	172,9	172,0	176,0	81,3	87,1	94,8	261,5	253,4	257,4
Doenças do sangue e dos órgãos hemat.	61,9	44,5	77,7	60,5	45,2	101,3	63,4	43,9	52,6
Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	201,7	196,2	288,5	161,8	144,1	260,5	240,1	245,4	316,2
Transtornos mentais e comportamentais	159,3	156,8	316,5	161,2	160,4	288,6	157,4	153,9	344,9
Doenças do sistema nervoso	135,7	148,8	235,9	107,0	103,7	181,4	163,2	190,8	288,3
Doenças do olho e anexos	135,9	128,5	278,0	135,0	126,9	281,2	135,8	129,2	273,9
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	74,8	75,6	150,9	73,6	74,5	151,6	75,6	76,1	148,9
Doenças do aparelho circulatório	882,8	816,9	897,3	1078,5	975,4	1094,6	722,9	690,5	734,4
Doenças do aparelho respiratório	838,7	929,8	1383,1	1027,5	1150,1	1603,0	683,8	748,8	1188,8
Doenças do aparelho digestivo	931,9	953,2	1304,5	1116,5	1141,8	1574,9	771,7	791,4	1055,6
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	99,4	91,9	133,4	113,5	101,0	148,7	85,2	82,6	118,7
Doenças do sistema osteomuscular	363,0	440,2	602,2	326,6	393,1	585,5	395,0	480,9	620,7
Doenças do aparelho genitourinário	522,1	535,4	687,9	427,8	435,3	585,1	620,7	639,5	799,9
Gravidez, parto e puerpério							2013,5	1858,2	1774,3
Afeções originadas no período perinatal	36,5	51,5	44,0	41,6	61,0	45,3	31,1	41,7	42,8
Malformações congénitas	93,5	97,0	89,6	105,7	108,0	90,1	80,4	85,2	88,8
Sintomas, sinais e achados não classificados	112,4	114,3	201,3	123,0	122,5	214,3	103,4	107,2	191,0
Lesões e envenenamentos	585,8	584,6	1058,3	702,0	705,4	1319,3	462,9	459,2	784,3

Para as causas de internamento, verifica-se que nos homens as TIP para Tuberculose, VIH/sida, Tumor maligno da traqueia brônquios e pulmão, Tumor maligno do cólon, Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe, Tumor maligno do recto e ânus, Doença isquémica do coração, doenças cerebrovasculares, Doença crónica do fígado e cirrose, Todas as causas externas e Acidentes de transporte são bastante superiores às das mulheres. Nas mulheres as TIP por Tumor maligno do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos, Fractura do colo do fémur e Suicídios são bastante superiores às dos homens.

Quadro 32. TIP por causas de internamento específicas e sexo no ano de 2007

ACES Nordeste *	Ambos os sexos			Sexo Masculino			Sexo Feminino		
	Contin.	R. Norte	*	Contin.	R. Norte	*	Contin.	R. Norte	*
Causas de Internamento Específicas									
Tuberculose	15,1	15,4	14,8	22,7	23,1	24,2	8,2	8,3	5,4
VIH / sida	31,7	26,2	9,0	47,2	40,6	11,3	16,8	12,5	6,8
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	35,3	31,2	23,2	60,8	56,3	40,6	14,2	10,5	8,1
Tumor maligno do estômago	27,9	32,4	36,6	39,1	45,6	38,3	18,8	21,8	35,0
Tumor maligno do cólon	35,8	27,8	24,0	46,1	36,5	33,0	27,8	21,0	16,6
Tumor maligno da próstata				46,2	35,4	21,9			
Tumor maligno da mama (feminina)							82,1	55,3	23,5
Tumor maligno do colo do útero							12,0	9,4	8,6
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	12,9	8,2	13,3	23,1	14,7	24,9	3,8	2,6	2,4
Tumor maligno do recto e ânus	24,4	20,5	34,0	33,3	26,3	49,5	17,5	16,0	20,9
Tumor maligno do tecido linfático e org. hematop.	36,6	27,4	38,1	41,5	29,8	32,6	32,5	25,3	44,9
Diabetes Mellitus	90,7	82,6	165,9	98,4	87,8	167,3	83,8	77,8	162,9
Doença isquémica do coração	185,7	158,7	162,9	287,0	250,2	263,0	98,7	81,1	73,8
Doenças cerebrovasculares	214,6	209,3	210,8	265,1	255,4	273,3	173,0	171,5	159,5
Pneumonia	288,7	293,4	501,9	366,1	375,6	582,2	231,2	231,9	439,1
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	99,3	107,3	108,4	132,6	144,6	122,4	73,5	79,2	97,6
Doença crónica do fígado e cirrose	58,9	60,7	76,2	91,7	88,4	121,7	29,8	36,5	34,1
Fractura do colo do fémur	59,3	55,2	71,4	40,2	37,2	52,6	70,1	65,0	84,0
Causas Externas									
Todas as causas externas	864,0	786,0	1201,4	993,9	914,1	1441,8	735,7	660,2	950,0
Acidentes de transporte	84,3	81,4	121,1	129,3	127,5	179,6	40,4	37,1	63,1
Suicídios	24,4	19,5	29,1	16,5	13,2	18,5	32,4	25,8	39,4

Os valores da TIP da região Norte são comparados com os da TIP do Continente e os valores da TIP dos ACES são comparados com os da TIP da região Norte.

Interpretação da sinalética:

A TIP é inferior com significância estatística

Não existem diferenças estatisticamente significativas

A TIP é superior com significância estatística

Pelo quadro seguinte podemos verificar que o ACES Nordeste apresenta a pior situação no que toca às TIP por diabetes na Região Norte.

Quadro 33. Taxa de Internamento padronizada por Diabetes

Diabetes				
Cód.	Local de residência	HM	H	M
1	Continente	90,7	98,4	83,8
11	Região Norte	82,6	87,8	77,8
1901	ACES Alto Minho	71,5	90,4	55,8
1902	ACES Gerês/Cabreira	48,8	36,0	59,3
1903	ACES Barcelos/Esposende	63,7	56,8	68,7
1904	ACES Braga	44,3	52,2	36,4
1905	ACES Terras Basto	63,1	52,0	70,1
1906	ACES Guimarães/Vizela	68,9	54,0	76,9
1907	ACES Santo Tirso/Trofa	85,1	104,2	71,8
1908	ACES Famalicão	61,0	64,2	59,7
1909	ACES Póvoa/Conde	82,5	82,6	82,9
1910	ACES Maia	79,4	81,6	75,4
1911	ACES Matosinhos	91,6	85,4	98,9
1912	ACES Porto Ocidental e Oriental	109,2	128,5	93,2
1914	ACES Gaia e Espinho/Gaia	65,2	64,4	67,0
1916	ACES Gondomar	95,8	86,5	105,1
1917	ACES Valongo	92,6	122,5	67,2
1918	ACES Vale Sousa Norte	82,8	84,9	80,6
1919	ACES Vale Sousa Sul	82,8	99,5	66,9
1920	ACES Feira/Arouca	68,0	70,9	64,7
1921	ACES Aveiro Norte	90,3	116,4	69,2
1922	ACES Baixo Tâmega	89,8	92,0	86,4
1923	ACES Douro Sul	86,7	102,5	73,2
1924	ACES Marão e Douro Norte	65,5	81,0	53,3
1925	ACES Alto Tâmega e Barroso	95,6	115,0	79,6
1926	ACES Nordeste	165,9	167,3	162,9

O ACES Nordeste apresenta para o ano de 2007 o valor mais elevado da TIP por pneumonia da Região Norte.

Quadro 34. Taxa de Internamento padronizada por Pneumonia

Pneumonia				
Cód.	Local de residência	HM	H	M
1	Continente	288,7	366,1	231,2
11	Região Norte	293,4	375,6	231,9
1901	ACES Alto Minho	261,5	303,8	230,5
1902	ACES Gerês/Cabreira	326,9	427,1	248,9
1903	ACES Barcelos/Esposende	246,8	329,8	183,2
1904	ACES Braga	286,4	342,1	250,0
1905	ACES Terras Basto	321,2	396,1	259,9
1906	ACES Guimarães/Vizela	405,9	496,8	335,7
1907	ACES Santo Tirso/Trofa	327,5	461,2	219,1
1908	ACES Famalicão	310,0	419,5	229,7
1909	ACES Póvoa/Conde	278,0	368,3	215,5
1910	ACES Maia	235,1	314,5	181,4
1911	ACES Matosinhos	294,5	398,8	215,6
1912	ACES Porto Ocidental e Oriental	265,9	376,4	197,2
1914	ACES Gaia e Espinho/Gaia	249,0	323,8	190,3
1916	ACES Gondomar	289,7	362,5	239,4
1917	ACES Valongo	273,8	334,6	222,5
1918	ACES Vale Sousa Norte	317,1	420,6	239,2
1919	ACES Vale Sousa Sul	279,7	395,6	201,8
1920	ACES Feira/Arouca	219,2	301,4	153,6
1921	ACES Aveiro Norte	201,2	234,6	170,6
1922	ACES Baixo Tâmega	285,5	365,4	224,1
1923	ACES Douro Sul	497,9	572,4	444,8
1924	ACES Marão e Douro Norte	305,0	374,1	253,1
1925	ACES Alto Tâmega e Barroso	416,8	534,4	316,2
1926	ACES Nordeste	501,9	582,2	439,1

O valor da TIP para doença crónica do fígado e cirrose para o ACES Nordeste é elevado, sendo para os homens cerca de 4 vezes superior ao das mulheres.

Quadro 35. Taxa de Internamento padronizada por doenças do Fígado e Cirrose

Doença crónica do fígado e cirrose				
Cód.	Local de residência	HM	H	M
1	Continente	58,9	91,7	29,8
11	Região Norte	60,7	88,4	36,5
1901	ACES Alto Minho	77,5	100,4	59,4
1902	ACES Gerês/Cabreira	81,1	102,8	63,3
1903	ACES Barcelos/Esposende	44,0	54,1	34,5
1904	ACES Braga	45,6	65,0	27,0
1905	ACES Terras Basto	124,7	206,8	56,9
1906	ACES Guimarães/Vizela	54,7	93,5	20,7
1907	ACES Santo Tirso/Trofa	36,7	46,5	27,6
1908	ACES Famalicão	20,9	36,8	6,7
1909	ACES Póvoa/Conde	41,8	59,0	26,1
1910	ACES Maia	52,4	59,6	46,5
1911	ACES Matosinhos	50,7	69,0	35,6
1912	ACES Porto Ocidental e Oriental	58,8	100,6	26,0
1914	ACES Gaia e Espinho/Gaia	58,2	84,9	35,4
1916	ACES Gondomar	56,7	90,0	27,6
1917	ACES Valongo	58,6	99,8	20,1
1918	ACES Vale Sousa Norte	62,2	89,6	38,5
1919	ACES Vale Sousa Sul	72,3	92,4	56,5
1920	ACES Feira/Arouca	35,3	55,5	17,1
1921	ACES Aveiro Norte	24,4	41,8	9,0
1922	ACES Baixo Tâmega	79,7	103,0	58,2
1923	ACES Douro Sul	121,9	185,8	65,3
1924	ACES Marão e Douro Norte	75,0	100,8	52,8
1925	ACES Alto Tâmega e Barroso	109,7	170,9	54,6
1926	ACES Nordeste	76,2	121,7	34,1

O valor da TIP para lesões e envenenamentos para o ACES Nordeste é o maior da Região Norte, ocorrendo uma diferença assinalável (cerca de 50%) para a segunda TIP da Região Norte.

Quadro 36. Taxa de Internamento padronizada por Lesões de envenenamentos

Lesões de envenenamentos				
Cód.	Local de residência	HM	H	M
1	Continente	585,8	702,0	462,9
11	Região Norte	584,6	705,4	459,2
1901	ACES Alto Minho	544,5	678,9	412,0
1902	ACES Gerês/Cabreira	572,2	680,6	457,8
1903	ACES Barcelos/Esposende	522,6	636,1	407,3
1904	ACES Braga	493,4	577,0	406,9
1905	ACES Terras Basto	626,2	803,7	442,6
1906	ACES Guimarães/Vizela	575,8	663,2	477,5
1907	ACES Santo Tirso/Trofa	545,9	681,4	408,7
1908	ACES Famalicão	577,1	688,1	453,2
1909	ACES Póvoa/Conde	469,3	612,9	328,8
1910	ACES Maia	485,5	528,7	437,5
1911	ACES Matosinhos	517,1	565,1	455,3
1912	ACES Porto Ocidental e Oriental	629,2	715,7	539,4
1914	ACES Gaia e Espinho/Gaia	478,2	558,0	392,0
1916	ACES Gondomar	587,3	712,2	460,7
1917	ACES Valongo	562,2	709,0	422,2
1918	ACES Vale Sousa Norte	548,2	693,0	402,1
1919	ACES Vale Sousa Sul	573,1	681,4	453,7
1920	ACES Feira/Arouca	656,2	825,6	485,4
1921	ACES Aveiro Norte	632,5	754,1	499,5
1922	ACES Baixo Tâmega	634,9	807,7	459,7
1923	ACES Douro Sul	714,2	924,5	506,9
1924	ACES Marão e Douro Norte	648,4	797,5	495,3
1925	ACES Alto Tâmega e Barroso	626,5	770,2	478,3
1926	ACES Nordeste	1058,3	1319,3	784,3

O valor da TIP para acidentes de transporte é o maior da Região Norte.

Quadro 37. Taxa de Internamento padronizada por Acidentes de Transporte

Acidentes de transporte				
Cód.	Local de residência	HM	H	M
1	Continente	84,3	129,3	40,4
11	Região Norte	81,4	127,5	37,1
1901	ACES Alto Minho	82,8	133,9	35,6
1902	ACES Gerês/Cabreira	91,9	151,2	34,1
1903	ACES Barcelos/Esposende	84,2	121,8	47,8
1904	ACES Braga	63,4	101,0	28,7
1905	ACES Terras Basto	91,3	151,5	32,5
1906	ACES Guimarães/Vizela	89,4	126,9	53,3
1907	ACES Santo Tirso/Trofa	92,5	145,3	40,7
1908	ACES Famalicão	92,2	132,5	51,0
1909	ACES Póvoa/Conde	72,6	116,6	29,7
1910	ACES Maia	54,7	68,0	42,0
1911	ACES Matosinhos	47,2	65,8	29,2
1912	ACES Porto Ocidental e Oriental	59,2	84,4	35,5
1914	ACES Gaia e Espinho/Gaia	54,0	80,4	29,3
1916	ACES Gondomar	68,8	115,8	22,3
1917	ACES Valongo	54,5	87,5	23,2
1918	ACES Vale Sousa Norte	93,2	149,5	37,4
1919	ACES Vale Sousa Sul	97,7	167,6	29,6
1920	ACES Feira/Arouca	99,0	162,6	37,2
1921	ACES Aveiro Norte	115,7	180,9	52,1
1922	ACES Baixo Tâmega	104,9	168,4	42,8
1923	ACES Douro Sul	94,2	152,6	39,7
1924	ACES Marão e Douro Norte	88,9	154,7	25,6
1925	ACES Alto Tâmega e Barroso	105,7	167,5	45,4
1926	ACES Nordeste	121,1	179,6	63,1

O ACES Nordeste apresenta a 3ª TIP da região Norte para lesões autoprovocadas intencionalmente.

Quadro 38. Taxa de Internamento padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente

Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios)				
Cód.	Local de residência	HM	H	M
1	Continente	24,4	16,5	32,4
11	Região Norte	19,5	13,2	25,8
1901	ACES Alto Minho	24,5	11,2	37,2
1902	ACES Gerês/Cabreira	13,3	8,5	18,4
1903	ACES Barcelos/Esposende	13,0	8,6	17,2
1904	ACES Braga	13,1	8,3	17,5
1905	ACES Terras Basto	17,4	14,3	22,1
1906	ACES Guimarães/Vizela	34,6	18,5	50,2
1907	ACES Santo Tirso/Trofa	10,1	8,2	12,7
1908	ACES Famalicão	10,8	7,7	13,6
1909	ACES Póvoa/Conde	7,4	2,6	12,0
1910	ACES Maia	26,2	11,5	40,0
1911	ACES Matosinhos	28,6	22,0	34,0
1912	ACES Porto Ocidental e Oriental	19,1	19,0	18,8
1914	ACES Gaia e Espinho/Gaia	17,7	8,3	27,0
1916	ACES Gondomar	17,8	22,5	13,7
1917	ACES Valongo	9,9	14,3	5,7
1918	ACES Vale Sousa Norte	20,3	13,5	27,3
1919	ACES Vale Sousa Sul	23,3	13,2	33,1
1920	ACES Feira/Arouca	34,4	17,9	51,2
1921	ACES Aveiro Norte	11,5	7,7	15,5
1922	ACES Baixo Tâmega	23,3	16,0	30,5
1923	ACES Douro Sul	18,8	11,7	26,9
1924	ACES Marão e Douro Norte	9,0	18,1	0,8
1925	ACES Alto Tâmega e Barroso	12,4	11,4	13,2
1926	ACES Nordeste	29,1	18,5	39,4

3.5. DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

No âmbito da Vigilância Epidemiológica e Controlo das Doenças Transmissíveis de Declaração Obrigatória, e segundo dados da USP da ULS Nordeste, no ano de 2011 no ACES Nordeste ocorreram 32 notificações de Doenças de Declaração Obrigatória. Os concelhos que notificaram mais casos foram os concelhos Bragança (10) e Macedo de Cavaleiros (4). Mirandela e Alfandega da Fé não reportaram nenhum caso.

Quadro 39. Notificações de Doenças de Declaração Obrigatória por Concelho no ano de 2011

Concelho	Tubercul.	Brucelose	Escaro-nodular	Leptospirose	Hepatite B	Hepatite C	Salmomelose	Parotidite	Legionelose	Total
Alf. da Fé										0
Bragança	6		1	1					2	10
C. de Ansiães	1	1								2
F. E. à Cinta			2							2
M. de Caval.	1		1		1	1				4
M. do Douro	1		1				1			3
Mirandela										0
Mogadouro									1	2
T. de Monc.	2									2
Vila flor		1	1							2
V. N. Foz Côa	1									1
Vimioso	1	1	1							2
Vinhais	1								1	1
Total	14	3	6	1	1	1	1	1	4	32

Nos últimos 3 anos não tem ocorrido grande variação no número de casos notificados. Verificaram-se em 2011, menos 5 notificações do que no ano 2010.

Quadro 40. Doenças de Declaração obrigatória no Distrito de Bragança (2009, 2010 e 2011)

Ano Doença	2009	2010	2011
Tuberculose	8	17	14
Brucelose	6	3	3
Escaranodular	11	9	6
Lepropirose	1	1	1
Hepatite B	1	1	1
Hepatite C	2	1	1
Salmonelose	2	2	1
Parotidite	3	3	1
Legionela	2	1	4
Total DDO	36	37	32

A figura seguinte mostra a redução acentuada que ocorreu nas notificações de brucelose no Distrito de Bragança no período de 1996 a 2011.

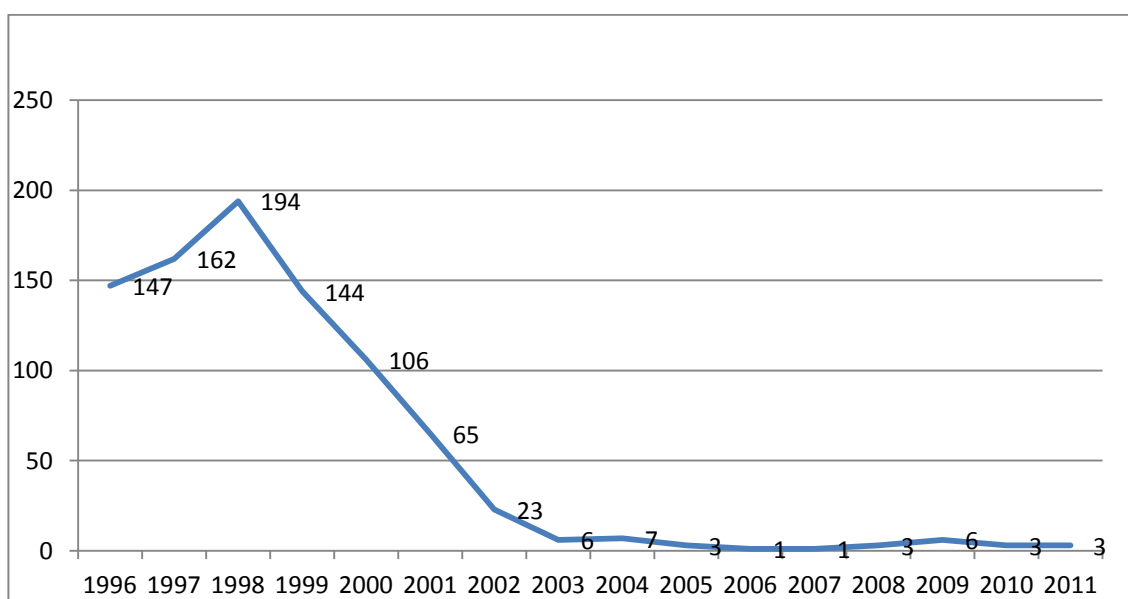


Figura 38. Evolução do nº de casos de Brucelose no Distrito de Bragança desde 2006 até 2011

Tuberculose

Segundo dados da USP da ULS Nordeste, foram notificados em 2011, 14 casos de tuberculose, tendo o Concelho de Bragança só por si contribuído com 6 notificações.

A região correspondente à ULS Nordeste tem apresentado uma Taxa de Incidência de Tuberculose inferior à Região Norte como pode ser verificado no quadro seguinte.

Quadro 41.

TAXA DE INCIDÊNCIA (/100000 HABITANTES) DE TUBERCULOSE EM PORTUGAL, NA EX-REGIÃO NORTE E NOS DISTRITOS DO NORTE, 2007

	Taxa de Incidência
Portugal	27,0
Ex-região Norte	33,7
Braga	21,5
Bragança	21,7
Porto	46,2
Viana do Castelo	29,0
Vila Real	30,7

Fonte: SVIG-TB

VIH/SIDA

De acordo com os dados mais recentes da Vigilância Epidemiológica da infecção pelo VIH/SIDA disponibilizados pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, verificou-se o aparecimento de 2 novos casos de VIH/SIDA nos primeiros 6 meses de 2011, quando comparado com a situação em 31-12-2010. De notar que no ano de 2005 tinham sido notificados 111 casos de VIH/SIDA.

A Taxa de Prevalência de VIH/SIDA, no Distrito de Bragança em 2010 foi inferior a 20 ‰, o que é um valor muito inferior ao da Região Norte (53.9 ‰) e de Portugal (72.9 ‰).

Quadro 42. Casos notificados de VIH/SIDA em residentes no Distrito de Bragança

	Data	
	31-12-2010	30-06-2011
Complexo Relacionado com SIDA (CRS)	17	17
Portador Assintomático (PA)	78	78
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA)	64	66
Total	159	161

Fonte: DDI-URVE (30-6-2011)

3.6. CUMPRIMENTO DO PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO (PNV)

Quanto ao Programa Nacional de Vacinação (PNV), segundo dados da USP, nos anos de 2011, 2010 e 2009, para todos os coortes excepto o de 65 anos, foram sempre obtidas coberturas vacinais superiores aos 97% no esquema de vacinação cumprido. Estes valores, por serem superiores a 95 %, asseguram a imunidade de grupo.

Quadro 43. Avaliação 2011: PNV cumprido, dados referentes a 31 de Dezembro de 2011 no ACES Nordeste

Coorte	Vacina	Total de fichas de vacinação	Total de pessoas vacinadas	%
2009		872		
	BCG		868	99,5
	VHB		871	99,9
	DTPa		861	98,7
	Hib		861	98,7
	MenC		866	99,3
2004		1026		
	BCG		1025	99,9
	VHB		1022	99,6
	DTPa		1019	99,3
	VIP		1019	99,3
	VASPR		1020	99,4
	MenC		1021	99,5
1997		1187		
	BCG		1182	99,6
	VHB		1174	98,9
	VASPR		1182	99,6
	VIP		1183	99,7
	MenC		1134	95,5
	Td		1175	99,0
1946		1776		
	Td		1391	78,3

Fonte: SINUS

Para 2011 o cumprimento do PNV recomendado teve para todos os coortes uma cobertura vacinal superior a 98%.

Quadro 44. Avaliação 2011 PNV recomendado, dados referentes a 31 de Dezembro de 2011 no ACES Nordeste

Coorte	Vacina / Dose	Total de fichas de vacinação	Total de pessoas vacinadas	%
2011		833		
	BCG		830	99,6
	VHB 1		831	99,8
2010		883		
	BCG		880	99,7
	VHB 3		878	99,4
	DTPa 3		878	99,4
	Hib 3		878	99,4
	VIP 3		878	99,4
	MenC 2		877	99,3
2009		872		
	DTPa 4		859	98,5
	Hib 4		859	98,5
	VASPR 1		866	99,3
	MenC 3		861	98,7
2004		1026		
	DTPa 5		1018	99,2
	VAP/VIP 4		1018	99,2
	VASPR 2		1018	99,2
1997		1187		
	VHB 3		1170	98,6
	VASPR 2		1182	99,6

Fonte: SINUS

No cumprimento do esquema de vacinação VASPR recomendado pelo PNV obtiveram-se coberturas superiores a 77% para todos os coortes.

Quadro 45. Avaliação 2011: VASPR dados referentes a 31 de Dezembro de 2011 no ACES Nordeste

Coorte 2009	Total de fichas de vacinação	Total de crianças vacinadas	%	Nº susceptíveis em cada idade	Atraso
16 meses	872	727	83,4	145	☺
17 meses		813	93,2	59	1 mês
18 meses		836	95,9	36	2 meses
19 meses		854	97,9	18	3 meses
20 meses		860	98,6	12	4 meses
21 meses		862	98,9	10	5 meses
22 meses		865	99,2	7	6 meses
23 meses		865	99,2	7	7 meses
24 meses		865	99,2	7	8 meses
Coorte 2008	Total de fichas de vacinação	Total de crianças vacinadas	%	Nº susceptíveis em cada idade	Atraso
16 meses	948	737	77,7	211	☺
17 meses		848	89,5	100	1 mês
18 meses		891	94,0	57	2 meses
19 meses		911	96,1	37	3 meses
20 meses		920	97,0	28	4 meses
21 meses		926	97,7	22	5 meses
22 meses		930	98,1	18	6 meses
23 meses		932	98,3	16	7 meses
24 meses		933	98,4	15	8 meses
Coorte 2007	Total de fichas de vacinação	Total de crianças vacinadas	%	Nº susceptíveis em cada idade	Atraso
16 meses	974	790	81,1	184	☺
17 meses		909	93,3	65	1 mês
18 meses		934	95,9	40	2 meses
19 meses		953	97,8	21	3 meses
20 meses		957	98,3	17	4 meses
21 meses		960	98,6	14	5 meses
22 meses		962	98,8	12	6 meses
23 meses		962	98,8	12	7 meses
24 meses		965	99,1	9	8 meses

Fonte: SINUS

Os dados referentes à avaliação da Gripe Sazonal estão referidos no quadro seguinte. Podemos verificar que apenas foram conseguidas coberturas vacinais de menos de 20% da população com mais de 65 anos.

Quadro 46. Vacina gripe por época vacinal de 1 de Setembro a 30 de Março no ACES Nordeste

	Utentes com mais de 65 anos	Utentes vacinados	%
2011/2012	43278	5563	12,9
2010/2011	43278	6732	15,6
2009/2010	43278	7496	17,3
2008/2009	43278	8003	18,5

Fonte: SINUS

Menos de 5% dos utentes com mais de 65 anos foram vacinados com Pneumo 23.

Quadro 47. Utentes vacinados com pneumo 23 no ACES Nordeste

	Utentes com mais de 65 anos	Utentes vacinados	Utentes vacinados (%)
2011	43278	173	4,00
2010	43278	193	4,46
2009	43278	498	1,15
2008	43278	180	0,416

Fonte: SINUS

Em relação à vacina HPV verificaram-se coberturas vacinais superiores a 73% para todos os coortes (Vêr quadro seguinte).

Quadro 48. Dados referentes a 31 de Dezembro de 2011 vacina HPV (PNV e campanha) no ACES Nordeste

Coorte	Vacina / Dose	Total de fichas de vacinação (só raparigas)	Total de jovens vacinadas	%
1998		625		
	HPV 1		593	94,9
	HPV 2		574	91,8
	HPV 3		460	73,6
1997		592		
	HPV 1		581	98,1
	HPV 2		573	96,8
	HPV 3		564	95,3
1996		666		
	HPV 1		644	96,7
	HPV 2		641	96,2
	HPV 3		634	95,2
1995		618		
	HPV 1		604	97,7
	HPV 2		602	97,4
	HPV 3		596	96,4
1994 (Campanha)		621		
	HPV 1		578	93,1
	HPV 2		557	89,7
	HPV 3		497	80,0
1993 (Campanha)		673		
	HPV 1		648	96,3
	HPV 2		634	94,2
	HPV 3		619	92,0
1992 (Campanha)		713		
	HPV 1		692	97,1
	HPV 2		682	95,7
	HPV 3		673	94,4

Fonte: SINUS

3.7. DETERMINANTES E PROGRAMAS DE SAÚDE

As doenças crónicas não transmissíveis constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São também estas doenças as principais responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento. Têm como etiologia comum, um conjunto de factores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais.

Os factores de risco como o consumo excessivo de álcool, de tabaco, a obesidade, os erros alimentares, a inactividade física e a má gestão de stress, são reconhecidas como sendo dos principais factores implicados na origem das doenças crónicas não transmissíveis.

A informação acerca dos principais determinantes da saúde, não se encontra anualmente disponível no Perfil Local do ACES Nordeste. A informação disponibilizada pelo Inquérito Nacional de Saúde (INS) ou do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas não tem representatividade a nível de ACES.

Foi consultado o Sistema de Informação da ARS (SIARS) sobre os determinantes de saúde. a informação exposta não é de base populacional e não se reporta a qualquer dado relativo a prevalências da população em estudo, uma vez que reflecte apenas os registos efectuados nos sistemas de informação relativos aos utentes inscritos no ACES.

A informação colectada encontra-se agrupada no quadro seguinte. Verifica-se que os valores apresentados são muito baixos o que aponta para um sub-registo dos problemas referidos por parte dos médicos de família.

Quadro 49. Factores de risco presentes na população do ACES Nordeste no ano de 2011

Códigos ICPC (2)		ULS Nordeste		
		Casos na população	Nº Utentes Inscritos	Casos por 1000 inscritos
P15	Abuso crónico do álcool	1.159	161.760	7,16
P17	Abuso do tabaco	4.672	161.760	28,88
T83	Excesso de peso	3202	161.760	19,79
T82	Obesidade	4.792	161.760	29,62

Fonte: SIARS, 2011

Quadro 50. Presença de Hipertensão e Diabetes *Mellitus*, 1º Semestre de 2011, ACES Nordeste

	2008	2009	2010	2011
nºde utentes inscritos com diagnóstico de hipertensão	20.180 (12,3%)	25.119 (15,7%)	30.973 (19,28%)	34.436 (22,4%)
nºde utentes inscritos com diagnóstico de diabetes	8.266 (5,0%)	9.825 (6,1%)	11.554 (7,2%)	12.016 (7,8%)

Quadro 51. Desempenho dos Serviços de Saúde (cuidados de Saúde Primários) como determinantes de Saúde

	2008	2009	2010	2011
Nº utentes inscritos	168.757	165.172	163.844	161.760
S/ Méd. Fam.	2.897	3.473	1.964	7.972
S/ por opção	1.258	1.287	383	319
C/ Med Fam	164.602	160.412	161.497	153.469
Tx utiliz. global de consultas		68,75	68,91	68,14
total de utentes hipertensos vigiados e não vigiados		34.556	34.556	34.556
% de hipertensos com compromisso de vigilância		85,82591	86	85,82591
total de utentes diabéticos vigiados e não vigiados		12.294	12.294	12.294
% de diabéticos com compromisso de vigilância		86,115	86,11518	86,11518
% mulh 50-69 mamog. reg ult. 2 a		13,46	47,23	46,46
% inscr 50-74 PSOF/COLON. reg ult. 2 a		8,53	12,77	18,37
% crianças c/PNV actlz aos 2a			94,05	93,27
% crianças c/PNV actlz aos 7a			95,98	96,56
% crianças c/PNV actlz aos 14a			91,32	91,48
% de indivíduos com mais de 65 anos com vacinação da gripe				3,02
% de indivíduos com mais de 65 anos com vacinação anti-pneumocócica				0,26

Tendo presente que os factores determinantes da saúde decorrem de factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e de factores ambientais, económicos, sociais e culturais, têm sido implementados programas focalizados em ambientes específicos, com particular destaque para as escolas, e predominantemente orientados para a capacitação das pessoas para a adopção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde.

Um exemplo disto na população do ACES Nordeste foi o Programa de Saúde Oral.

Os dados referentes à promoção da Saúde Oral foram obtidos a partir do relatório de avaliação do programa Nacional de Saúde Escolar e estão referidos no quadro seguinte.

Quadro 52. Avaliação do Programa nacional de promoção da saúde oral em contexto escolar no ACES Nordeste, ano lectivo de 2010-2011

PREVENÇÃO PRIMÁRIA				
	J. de Infância	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nº de Alunos Abrangidos por Acções de Educação	1531	3606	1433	1126
Nº de Alunos a Fazer Comprimidos de Flúor (0,25mg)	0			
Nº de Alunos a Fazer Bochechos c/ Fluoreto de Sódio		2663	0	0
Nº de Alunos a Realizar Escovagem na Escola	601	139	0	0
CHEQUE-DENTISTA (2)				
	7 anos	10 anos	13 anos	
Nº de Alunos (Escolas da Rede Oficial e IPSS)	127	168	157	
Nº de Alunos com Triagem (locais com Higienista Oral)	0	0	0	
Nº de Cheques Emitidos	253	295	327	
Nº de 1º Cheques Utilizados	0	0	0	
Nº de 2º e 3º Cheques Utilizados	0	0	0	
Dentição Permanente	Nº de Dentes Extraídos(Exodontias)	0	0	0
	Nº de Dentes Tratados	0	0	0
	Nº de Dentes Selados	0	0	0
REFERENCIAÇÃO PARA HIGIENISTA ORAL (2)				
	7 anos	10 anos	13 anos	
Nº de Documentos de Referenciação Emitidos	0	0	0	
Nº de Documentos de Referenciação Utilizados	0	0	0	
Nº de Selantes Aplicados	59	87	136	
Nº de Aplicações Tópicas de Flúor	42	34	14	

3.8. IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA ULS NORDESTE

A Unidade de Saúde Pública, na qualidade de Observatório Local de Saúde, criou um grupo de trabalho para coordenar e elaborar o PLS tendo seguido para na sua execução as diversas fases do planeamento e identificou os problemas de saúde da comunidade com base nos indicadores disponíveis.

Um problema de saúde é toda a situação de doença ou risco de doença mensurável nos indivíduos.

O envelhecimento progressivo das populações, e a grande dispersão geográfica caracterizam a ULSN e condicionam de uma forma muito importante a atuação dos profissionais de saúde. Também certamente implicará um aumento do peso das doenças crónicas particularmente a doença cardiovascular, cancro, diabetes e doença mental

Neste Plano Local de Saúde, para a identificação dos problemas de saúde da população, foi dada especial relevância à mortalidade e morbilidade. Particular importância foi dada aos indicadores taxa de internamento padronizada e taxa de mortalidade prematura.

A mortalidade é uma estimativa da proporção de pessoas de uma determinada região ou comunidade que falece no decurso de um período especificado de tempo. É considerada uma medida direta das necessidades em cuidados de saúde, refletindo a carga da doença na população, e a capacidade de a tratar. Particularmente importante para a avaliação do potencial de intervenção dos serviços de saúde é a mortalidade evitável; este indicador permite-nos identificar causas e priorizar necessidades que de outra forma não seriam identificáveis.

As taxas de internamento hospitalar são consideradas medidas indirectas importantes do peso da doença na comunidade (morbilidade). Esta informação possibilita a vigilância / monitorização de determinadas doenças ou condições específicas suficientemente graves para exigirem internamento.

Na priorização dos problemas de saúde da ULS Nordeste, foram tomados em consideração os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

A magnitude dá-nos indicação sobre a dimensão do problema utilizando indicadores de mortalidade e morbilidade. Foram analisadas as taxas de mortalidade por triénios, desde o ano 2001 até dados referentes ao ano 2009. Foi também analisado a sua tendência evolutiva ao longo dos anos referidos; Utilizaram-se ainda como referências as metas 2010 do Plano Nacional de Saúde e do Plano Regional de Saúde da Região Norte.

A transcendência corresponde a uma ponderação por grupos etários, de maneira a valorizar as mortes por determinada causa nos diferentes grupos.

A vulnerabilidade é a possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na área, dá-nos uma medida da possibilidade de prevenção.

Após a análise da informação disponível foram identificados os 10 Principais Problemas de Saúde na população da ULS Nordeste:

1. Doença cerebrovascular
2. Doença isquêmica do coração
3. Diabetes mellitus
4. Doença mental
5. Acidentes de transporte
6. Tumor maligno da traqueia brônquio e pulmão
7. Doença crônica do fígado e cirrose
8. Pneumonia
9. Tumor maligno do estômago
10. Fratura do colo do fémur

Nos quadros que se seguem são apresentados os problemas de saúde considerados mais importantes. A ordem por que são apresentados refere a priorização efetuada. É apresentada uma análise sucinta da justificação dessa priorização.

Quadro 53. Doença cerebrovascular (1º problema)

Magnitude

Mortalidade

Mortalidade proporcional

As doenças do aparelho circulatório representaram no triénio 2007-2009 a maior causa de mortalidade proporcional (30,6%).

Taxa de mortalidade padronizada

As doenças do aparelho circulatório foram as maiores responsáveis pela mortalidade padronizada ocorrida para todas as idades no último triénio (2007-2009) com 156,9 óbitos por 100000 habitantes.

Neste grupo de causas as doenças cerebrovasculares foram a maior causa de morte com 78,2 óbitos por 100000 habitantes.

***Metas 2010 PNS** (mortalidade por doença cerebrovascular antes dos 65 anos): 12,0/100000*

***Metas 2009-2010 PRSRN** (mortalidade por doença cerebrovascular antes dos 65 anos): 9,0/100000*

No último triénio 2007-2009, as doenças cerebrovasculares em indivíduos com idades inferiores aos 65 anos, apresentaram uma taxa de mortalidade de 11/100000 no ACeS Nordeste.

Evolução entre 2001-2009

Tendência evolutiva decrescente.

Comparação com continente e região norte de Portugal

Valores mais elevados da TMP na população com idade inferior a 65 anos, mas sem significado estatístico.

Morbilidade

TIP 210,8 (terceira causa de internamento hospitalar).

Transcendência

É a 2ª causa específica de morte prematura no triénio 2007-2009.

Vulnerabilidade

As doenças cerebrovasculares são das principais doenças crónicas preveníveis e estão atualmente classificadas como uma das causas de morte evitável sensível aos cuidados médicos / promoção da saúde.

Quadro 54. Doença isquémica do coração (2º problema)

Magnitude

Mortalidade

Taxa de mortalidade padronizada

29,6 óbitos por 100000 habitantes no último triénio (2007-2009).

Metas 2010 PNS (mortalidade por doença isquémica do coração antes dos 65 anos): 11,0/100000.

No último triénio 2007-2009, a doença isquémica do coração em indivíduos com idades inferiores aos 65 anos, apresentaram uma taxa de mortalidade de 8,0/100000 no ACeS Nordeste.

Evolução entre 2001-2009

Tendência evolutiva decrescente.

Comparação com continente e região norte de Portugal

Valores mais baixos da TMP na população com idade inferior a 65 anos, mas sem significado estatístico.

Morbilidade

TIP 162,9 (quinta causa de internamento hospitalar)

Transcendência

É a 7ª causa específica de morte prematura no triénio 2007-2009.

Vulnerabilidade

As doenças cerebrovasculares são das principais doenças crónicas preveníveis e estão atualmente classificadas como uma das causas de morte evitável sensível aos cuidados médicos / promoção da saúde.

Quadro 55. Diabetes mellitus (3º problema)

Magnitude

Mortalidade

Mortalidade proporcional

As “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” representaram no triénio 2007-2009 a quinta causa de mortalidade proporcional (5,7%).

Taxa de mortalidade padronizada

Taxa de mortalidade no triénio (2007-2009): 26,1/100000 habitantes.

Evolução entre 2001-2009

Elevada subida da TMP por diabetes *mellitus*.

Comparação com região norte de Portugal

Valores mais elevados da TMP na população para o triénio 2007-2009 com significado estatístico.

Morbilidade

TIP 165,9 (quarta causa de internamento hospitalar. 45% acima da média do continente e 50% acima da média da região norte)

Transcendência

É a 10ª causa específica de morte prematura no triénio 2007-2009.

Vulnerabilidade

A Diabetes *mellitus* é uma doença crónica controlável, sendo sensível aos cuidados médicos / promoção da saúde nomeadamente aos constantes do “Programa nacional de controlo da diabetes”.

Quadro 56. Doença mental (4º problema)

<u>Magnitude</u>
<u>Mortalidade</u>
Mortalidade proporcional
As “Causas externas de mortalidade” representaram no triénio 2007-2009 a oitava causa de mortalidade proporcional (4,1%).
Taxa de mortalidade padronizada
Mortalidade atribuível à doença mental
No triénio 2007-2009 os suicídios representaram 8,8 óbitos /100000 habitantes.
<i>Metas 2010 PNS (mortalidade por suicídio antes dos 65 anos): 2,5/100000.</i>
<i>No último triénio 2007-2009, o suicídio em indivíduos com idades inferiores aos 65 anos, apresentaram uma taxa de mortalidade de 8,1/100000 no ACeS Nordeste.</i>
Evolução entre 2001-2009
Tendencia evolutiva dos suicídios para um aumento no período 2005-2009.
Comparação com a região norte de Portugal
Os dados mais recentes (2005-2009) apontam para valores mais elevados da TMP na população em geral e abaixo de 65 anos do ACES Nordeste, com significado estatístico.
<u>Morbilidade</u>
TIP para “Transtornos mentais e comportamentais” 316,5 (50% acima da média do continente e da região norte)
<u>Transcendência</u>
O suicídio é a 6ª causa específica de morte prematura no triénio 2007-2009.
<u>Vulnerabilidade</u>
A doença mental é controlável, sendo sensível aos cuidados médicos / promoção da saúde nomeadamente aos constantes no “Programa Nacional de luta contra a depressão”, “Programa Nacional para a Perturbação de Stress Pós-Traumático”, “Programa Nacional de prevenção dos Problemas ligados ao Álcool”, “Programa Nacional para a Prevenção do Consumo de Drogas ilícitas”.

Quadro 57. Acidentes de transporte (5º problema)

Magnitude

Mortalidade

Taxa de mortalidade padronizada

Os acidentes de transporte foram responsáveis por 12,7 óbitos por 100000 habitantes.

Metas 2010 PNS (mortalidade por acidentes de viação antes dos 65 anos): 8,0/100000

No último triénio 2007-2009. As causas externas de mortalidade são a segunda causa de morte prematura, os acidentes de transporte em indivíduos com idades inferiores aos 65 anos, apresentaram uma taxa de mortalidade de 9,8/100000 no ACeS Nordeste.

Evolução entre 2001-2009

Tendência evolutiva indefinida

Comparação com continente e região norte de Portugal

Valores mais elevados da TMP na população em geral e com idade inferior a 65 anos, quer para o continente quer para o norte de Portugal com significado estatístico.

Morbilidade

TIP 121,1 (sexta causa de internamento específica. 30% acima da média do continente e 33% acima da região norte)

Transcendência

São a 1ª causa específica de morte prematura no triénio 2007-2009.

Vulnerabilidade

Os acidentes de transporte são preveníveis sendo nomeadamente sensíveis às estratégias contidas no “Programa Nacional de Prevenção de Acidentes”.

Quadro 58. Doença crónica do fígado e cirrose (6º problema)

Magnitude

Mortalidade

Mortalidade proporcional

As “Doenças do aparelho digestivo” representaram no triénio 2007-2009 a sétima causa de mortalidade proporcional (4,6%).

Taxa de mortalidade padronizada

No triénio 2007-2009 a doença crónica do fígado e cirrose foi responsável por 14,5 óbitos por 100000 habitantes.

Metas 2009-2010 PRSRN (*mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose antes dos 65 anos*): 8,0/100000.

No último triénio 2007-2009, a doença crónica do fígado e cirrose antes dos 65 anos, causou uma taxa de mortalidade de 10,2/100000 no ACeS Nordeste.

Evolução entre 2001-2009

Tendência evolutiva indefinida

Comparação com continente e região norte de Portugal

Valores mais elevados da TMP na população em geral e para a idade inferior a 65 anos.

No sexo masculino a taxa de mortalidade padronizada por doenças do fígado e cirrose é significativamente mais elevada quando comparada com significado estatístico.

Morbilidade

TIP 76,2 (oitava causa de internamento. 23% acima da média do continente e 20% acima da média da região norte)

Transcendência

É a 3ª causa específica de morte prematura no triénio 2007-2009.

Vulnerabilidade

A cirrose do fígado está atualmente classificada como uma causa de morte evitável sensível à promoção da saúde.

Quadro 59. Tumor maligno da traqueia brônquio e pulmão (7º problema)

Magnitude

Mortalidade

Mortalidade proporcional

Os “Tumores malignos” representaram no triénio 2007-2009 a segunda causa de mortalidade proporcional (19,6%).

Taxa de mortalidade padronizada

Os tumores malignos representaram no período 2007-2009 14,8 óbitos por 100000 habitantes.

***Metas 2009-2010 PRSRN** (Mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos): 12,8/100000.*

No último triénio 2007-2009, o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos, causou uma taxa de mortalidade de 8,2/100000 no ACeS Nordeste.

Evolução entre 2001-2009

Os tumores malignos mostraram tendência de aumento no período 2003-2005 contrariando a tendência da região norte de Portugal.

Comparação com continente e região norte de Portugal

Valores mais baixos da TMP na população em geral e na idade inferior a 65 anos, com significado estatístico.

Morbilidade

TIP 23,2 (52% abaixo da média do continente e 34% abaixo da média da região norte)

Transcendência

Os tumores malignos foram a principal causa de morte prematura. No homem a principal causa de morte prematura por tumor maligno foi o tumor da traqueia, brônquio e pulmão.

O tumor maligno da traqueia brônquio e pulmão foi para o conjunto dos dois sexos a 5ª causa específica de morte prematura no triénio 2007-2009.

Vulnerabilidade

Está classificado como uma das causas de morte evitável sensível à promoção da saúde.

Quadro 60. Pneumonia (8º problema)

<p style="text-align: center;"><u>Magnitude</u></p> <p><u>Mortalidade</u></p> <p>Mortalidade proporcional</p> <p>As “Doenças do aparelho respiratório” representaram no triénio 2007-2009 a quarta causa de mortalidade proporcional (11,7%).</p> <p>Taxa de mortalidade padronizada</p> <p>No triénio 2007-2009 a pneumonia foi responsável por 30,5 óbitos por 100000 habitantes.</p> <p>Metas 2009-2010 PRSRN (<i>mortalidade por pneumonia antes dos 65 anos</i>): 2,3/100000</p> <p><i>No último triénio 2007-2009, a pneumonia antes dos 65 anos, causou uma taxa de mortalidade de 4,4/100000 no ACeS Nordeste.</i></p> <p>Comparação com continente e região norte de Portugal</p> <p>Valores mais elevados da TMP na população em geral e com idade inferior a 65 anos, com significado estatístico.</p> <p>Evolução entre 2001-2009</p> <p>Elevada subida da TMP por pneumonia</p> <p><u>Morbilidade</u></p> <p>TIP 501,9 (segunda causa de internamento; 40% acima da média do continente e da região norte.</p> <p style="text-align: center;"><u>Transcendência</u></p> <p>Foi a 11ª causa específica de morte prematura no triénio 2007-2009.</p> <p style="text-align: center;"><u>Vulnerabilidade</u></p> <p>A pneumonia é em parte prevenível e tratável. É uma das causas de morte sensível aos cuidados médicos / promoção da saúde nomeadamente às estratégias definidas no “Programa Nacional de prevenção das infeções Nosocomiais” e “Programa Nacional de Resistência aos antimicrobianos”.</p>

Quadro 61. Tumor maligno do estômago (9º problema)

Magnitude

Mortalidade

Taxa de mortalidade padronizada

No triénio 2007-2009 o tumor maligno do estômago foi responsável por 16,7 óbitos por 100000 habitantes.

Metas 2009-2010 PRSRN (*mortalidade por tumor maligno do estômago antes dos 65 anos*): 8,0/100000.

No último triénio 2007-2009, o tumor maligno do estômago antes dos 65 anos, causou uma taxa de mortalidade de 6,4/100000 no ACeS Nordeste.

Evolução entre 2001-2009

Aumento da TMP por tumor maligno do estômago.

Comparação com continente e região norte de Portugal

As TMP por tumor maligno do estômago foram inferiores em relação ao à região norte mas sem significado estatístico.

Morbilidade

TIP 36,6 (24% acima da média nacional e 11% acima da média da região norte)

Transcendência

Foi a 9ª causa específica de morte prematura no triénio 2007-2009.

Vulnerabilidade

O tumor maligno do estômago é em parte prevenível e tratável. Estão definidas várias estratégias para o seu combate nomeadamente as constantes no “Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças oncológicas”.

Quadro 62. Fratura do colo do fêmur (10º problema)

Magnitude

Mortalidade

A mortalidade associada às complicações da fratura do colo do fêmur poderá ser importante mas é desconhecida.

Morbilidade

TIP 71,4 (17% acima da média nacional e 23% acima da média da região norte)

Vulnerabilidade

Embora pouco abordada, a fratura do colo do fêmur poderá ser em parte prevenida, bem como as suas complicações.

4. DEFINIÇÃO DOS 5 PROBLEMAS PRIORITÁRIOS DA POPULAÇÃO DA ÁREA GEO-DEMOGRÁFICA DA ULS NORDESTE

No capítulo da Metodologia foi descrito o processo de identificação e priorização dos problemas de saúde da área geo-demográfica da ULS Nordeste.

A informação recolhida no diagnóstico da situação foi apresentada ao Concelho de Administração da ULS Nordeste. Foram também analisadas as prioridades e as metas definidas **no Plano Nacional de Saúde 2012-2016**.

A Administração foi convidada a pontuar segundo os critérios de transcendência, magnitude e vulnerabilidade os 10 problemas de saúde seleccionados pela equipa de trabalho.

Pelo método de consenso foram seleccionados os 5 problemas de saúde prioritários:

- **Doenças Cérebro-Cardiovasculares** (incluindo a Doença cerebrovascular e doença isquémica do coração);
- **Diabetes Mellitus**;
- **Tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão**;
- **Tumor maligno do estômago**;
- **Doença mental**.

As Doença cerebrovascular e as doenças isquémicas do coração partilham factores de risco e protecção comuns. As Doenças Cérebro-Cardiovasculares são objecto de um programa nacional englobado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (*Programa Nacional para as doenças Cérebro Cardiovasculares*).

A Diabetes Mellitus Doenças é objecto de um programa nacional englobado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (*Programa Nacional para a Diabetes*)

O Plano Nacional de Saúde contempla o *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Na área geo-demográfica da ULS Nordeste foram considerados prioritários os *Tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão* e o *Tumor maligno do estômago*.

As doenças mentais são objecto de um programa nacional englobado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Programa Nacional para a Saúde Mental). A ULS Nordeste arrancou em início de 2012 com um projecto-piloto a decorrer no Município de Macedo de Cavaleiros. A experiência adquirida com a implementação deste projecto contribuiu para a proposta de intervenção apresentada no presente PLS.

5. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE PRIORITÁRIAS DA POPULAÇÃO DA ÁREA GEO-DEMOGRÁFICA DA ULS NORDESTE

As necessidades de saúde, podem-se definir como a diferença entre aquilo que existe e aquilo que deveria existir em termos de saúde.

As necessidades de saúde hierarquizadas na ULS Nordeste estão associadas à redução da morbi - mortalidade de doenças crónicas não transmissíveis que têm na sua génese um conjunto de factores de risco comuns. Muitos destes factores de risco estão fortemente associados aos estilos de vida.

Foram consideradas as seguintes Necessidades Técnicas de Saúde da ULS Nordeste:

- Menor Taxa de Mortalidade por **Doenças Cérebro-Cardiovasculares** antes dos 65 anos;
- Melhor controlo da **Diabetes Mellitus** e diminuição da mortalidade por *Diabetes Mellitus*;
- Menor taxa de mortalidade por **Tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão**;
- Menor taxa de mortalidade por **Tumor maligno do estômago**;
- Melhor controlo da **doença mental** e diminuição da mortalidade por suicídio.

6. DETERMINANTES DE SAÚDE ASSOCIADOS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE NA POPULAÇÃO DA ULS NORDESTE

A evolução do conhecimento científico mostrou que nas sociedades desenvolvidas, a morte ocorrida em idades precoces deve-se em grande parte a doenças causadas ou agravadas pela ignorância dos factores que as causam. A taxa de mortalidade pode ser reduzida diminuindo a exposição da população a factores de risco e encorajando os estilos de vida saudáveis, aumentando a precocidade do diagnóstico da doença e melhorando a efectividade do seu tratamento.

Com base na evidência científica disponível, foram identificados os principais determinantes da saúde associados aos problemas de saúde priorizados para a população da ULS Nordeste. Os resultados estão compilados nos quadros seguintes.

Quadro 63. Determinantes da Saúde associados às Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Determinantes da Saúde		
Factores de Risco		Factores de Protecção
Factores Modificáveis Major	Factores Não modificáveis	
Hipertensão	Idade	Alimentação saudável
Tabagismo	Factores hereditários ou História Familiar	Prática regular de exercício físico
Obesidade	Género (risco de doença coronária maior nos homens)	Avaliação regular da glicemia, colesterol sérico e Tensão arterial
Dietas alimentares desequilibradas (Excesso de sal, gorduras saturadas, álcool, açúcares de absorção rápida, baixo consumo de frutos e vegetais)	Etnicidade ou raça	Consulta de vigilância precoce para indivíduos com história familiar de doença cardiovascular precoce ou morte súbita.
Dislipidémia		Exames periódicos de saúde a uma determinada idade (50 anos para as mulheres e 40 anos para os homens)
Diabetes Mellitus		Literacia em saúde
Sedentarismo		
Factores de risco para cardiopatia embolígena (Estenose carotídea, Fibrilhação auricular)		
Factores modificáveis Minor: Baixo nível sócio económico, doença mental, Stress, Abuso de álcool, Fármacos (corticoides, psicotrópicos)		

Quadro 64. Determinantes da Saúde associados a Diabetes *Mellitus*

Determinantes da Saúde		
Factores de Risco		Factores de Protecção
Factores Modificáveis	Factores Não modificáveis	
Excesso de peso e Obesidade	Idade	Alimentação saudável
Obesidade central ou visceral	História Familiar	Prática regular de exercício físico
Dietas alimentares desequilibradas (Excesso calórico, gorduras saturadas, álcool, açúcares de absorção rápida, baixo consumo de frutos e vegetais)	Factores genéticos	Teste de glicemia capilar
Sedentarismo	Diabetes gestacional prévia	Literacia em saúde
Stress	Género (risco maior nos homens)	
Hipertensão arterial		
Dislipidémia		
Consumo de fármacos que predisponham a diabetes		

Quadro 65. Determinantes da Saúde associados a Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões

Determinantes da Saúde		
Factores de Risco		Factores de Protecção
Modificáveis	Não modificáveis	
Tabagismo (responsável por 90% dos casos de cancro)	Sexo (mais frequente no sexo masculino)	Alimentação saudável (rica em fruta, vegetais e fibras)
Exposição a amianto, asbestos fontes de radiação ou poluição atmosférica (inclui fumo passivo)	Idade	Literacia em saúde
	História Familiar	
	Factores genéticos	

Quadro 66. Determinante da Saúde associados a Tumor maligno do estômago

Determinantes da Saúde		
Factores de Risco		Factores de Protecção
Modificáveis	Não modificáveis	
Tabagismo	Sexo (mais frequente no sexo masculino)	Alimentação saudável (rica em fibras)
Consumo de álcool	Idade (6ª década de vida)	Prática regular de exercício físico
Excesso de peso e obesidade		Literacia em saúde
Dietas alimentares desequilibradas (Dieta rica em alimentos salgados, alimentos fumados, carne vermelha, alimentos processados)		
Infeção <i>Helicobacter pylori</i>		

Quadro 67. Determinantes da Saúde associados a Doença Mental

Determinantes da Saúde		
Factores de Risco		Factores de Protecção
Modificáveis	Não modificáveis	
Abandono da medicação	Genética	Família, amigos
Perturbação do ambiente familiar, abandono, isolamento, trauma	Idade	Exercício físico
Exposição a substâncias psicoactivas	Sexo	Participação em actividades lúdicas
Infeções		Cultura (capacitar para enfrentar a vida)
Baixo nível económico		
Dietas alimentares desequilibradas		

7. RECOMENDAÇÕES

A equipa de trabalho, com base na informação referida anteriormente, na evidência científica disponível e nas linhas programáticas do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 elaborou um conjunto de recomendações.

As recomendações contidas neste capítulo englobam:

- Os **Objectivos** do Plano Local de Saúde (7.1);
- A **Seleccção das estratégias** para atingir os objectivos de saúde (7.2)
- Os **Recursos necessários** (7.3);
- O **Plano de Monitorização e avaliação do PLS** (7.4);

7.1. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS DE SAÚDE

Os objectivos de saúde permitem saber onde se pretende chegar, o que é preciso fazer para lá chegar, como e em quanto tempo.

Na ausência de séries temporais que permitam a realização de projecções, a quantificação das metas foi feita por consenso entre os profissionais da equipa de trabalho, tendo sido avaliada nomeadamente a informação contida no Quadro 68.

Quadro 68. Quantificação de Objectivos do PLS 2012-2016

Indicadores: Taxa bruta de mortalidade (TBM); Taxa de mortalidade padronizada (TMP)	ULS Nordeste 2007-2009	Meta PNS 2010	Meta PRSN 2009-2010	ULS Nordeste 2011	Projeção 2016 (PNS 2012-2016)	Meta ULS 2016
TBM Dç. Cérebro-Vascular (<65a.)	11	12	9	?	5,2	9,0
TBM Dç. Isquémica Cardíaca (<65a.)	8	11	-	?	6,0	6,4
TMP Diabetes Mellitus	26,1	-	-	?	-	23,5
TBM Tumor maligno da traqueia brônquio e pulmões(<65a.)	8,2	-	12,8	?	-	8,0
TBM Tumor maligno do estômago (<65a.)	6,4	-	8,0	?	-	6,0
TBM Suicídio	8,8	-	-	9,9*		9,5

*Valor calculado a partir dos dados do Instituto Nacional de Medicina Legal (Gabinetes Médico-Legais de Bragança e Mirandela)

Objectivos do PLS 2012-2016 da ULS Nordeste:

O.1- Diminuição da Taxa bruta de mortalidade por AVC antes dos 65 anos para 9,0 por 100000 habitantes até 2016;

O.2- Diminuição da Taxa de mortalidade por Doença Cardíaca isquémica antes dos 65 anos para 6,4 por 100000 habitantes até 2016;

O.3- Diminuição da Taxa de Mortalidade Padronizada por Diabetes *Mellitus* antes dos 65 anos para 23,5 por 100000 habitantes até 2016;

O.4- Diminuição da taxa bruta de mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões antes dos 65 anos para 8 por 100000 habitantes até 2016;

O.5- Diminuição da taxa bruta de mortalidade por tumor maligno do estômago para 6 por 100000 habitantes até 2016;

O.6- Diminuição da taxa bruta de suicídio para 9,5 por 100000 habitantes até 2016.

7.2. SELECÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

Pretende-se nesta etapa do planeamento propor novas formas de actuação, através de um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de serem atingidos os objectivos de saúde fixados.

Podemos constatar que existem muitos factores de risco e de protecção comuns aos vários problemas de saúde considerados prioritários na área geodemográfica da ULS Nordeste, o que aconselha uma intervenção conjunta e coordenada através de **Estratégias Globais** (Cap. 7.2.1.). Os factores de risco identificados vão ao encontro dos principais factores de risco eleitos pela OMS-Europa: hipertensão arterial, o tabaco, o álcool, a hipercolesterolemia (excesso de colesterol no sangue), o excesso de peso, o baixo consumo de fruta e vegetais e a inactividade física. Na selecção das **Estratégias Globais** foram tidos também em conta os seguintes *Programas Nacionais Prioritários* do PNS 2012-2016:

- O *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*;
- O *Programa Nacional Para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*;
- O *Programa Nacional Para as Doenças Respiratórias*.

Posteriormente no Cap. 7.2.2. foram seleccionadas as estratégias de saúde dirigidas às necessidades de saúde definidas como prioritárias.

7.2.1. ESTRATÉGIAS GLOBAIS

7.2.1.1. COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL

C1. Actuar numa lógica de coordenação e complementaridade entre os vários programas. Fortalecer a cooperação intersectorial como método de trabalho na interligação das diferentes actividades a desenvolver, para alcançarmos os objectivos do Plano Local de Saúde.

C2. Estabelecimento de parcerias com instituições públicas e privadas (autarquias, escolas, sociedade em geral). Desenvolvimento de programas intersectoriais / de intervenção comunitária nas actividades de promoção da saúde tendo como objectivo a adopção de estilos de vida saudáveis e correcção dos factores de risco modificáveis.

Mobilizar os recursos comunitários no sentido de contribuírem através dos respectivos planos de Actividades, para a diminuição dos problemas de saúde priorizados.

Estabelecer parcerias com associações de doentes já criadas ou a criar (Associação dos diabéticos, Doentes bipolares, etc.).

Estabelecimento de redes efectivas de comunicação entre parceiros locais com divulgação de informação relevante.

C3. Elaborar plano de formação global para a ULS baseada nos princípios de formação contínua e de motivação individual incidindo particularmente sobre:

- Integração entre os vários níveis de cuidados de Saúde.

- PLS 2012-2016.

- Capacitação dos profissionais de saúde (plano de formação contínua nas áreas de promoção da Saúde, diagnóstico e tratamento);

- Reforço de Boas Práticas Clínicas com adopção das Normas de Orientação Clínica;

7.2.1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

P1. Definição de uma estratégia integrada tomando iniciativas comuns aos vários programas no sentido de **Adopção de estilos de vida saudáveis, Prevenção/Correcção de factores de risco modificáveis** e encaminhamento se necessário para o profissional de saúde.

Poderão ser elaborados conteúdos que permitam elaborar guias de aconselhamento e instrumentos de transmissão de conhecimentos em diversas plataformas multimédia, destinados à população em geral e a subgrupos específicos de maior risco.

Na promoção da Saúde deverão estar envolvidos todos os níveis de cuidados de Saúde.

- Promoção de **Exercício Físico Regular**;

Avisar, informar, educar sobre os benefícios associados à prática de actividade física adequada aos diferentes grupos etários.

Estabelecer parcerias com instituições Universitárias da área desportiva de forma a delinear abordagens apelativas (marketing do desporto).

- Promoção da **Alimentação Saudável** (diminuição do consumo de sal, gordura saturada, de gordura tipo *trans* e de açúcar. Aumento da ingestão de frutos e vegetais. Nomeadamente através de:

- Modificação da disponibilidade de certos alimentos, em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos.

- Informação e capacitação para a compra, confecção e armazenamento de alimentos saudáveis na população em geral.

- Implementação do Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;

- Combate à **Obesidade**;

Avisar, informar, educar sobre os riscos associados;

Avaliação do IMC todas as idades;

- Combate à **Dislipidémia**;

Avisar, informar, educar sobre os riscos associados;

- Combate à **Diabetes mellitus**.

Avisar, informar, educar sobre os riscos associados;

Promover junto das escolas acções sobre cuidados a prestar a crianças e jovens com diabetes;

Consulta Diabetes (segundo normas de orientação clínica DGS).

- Prevenção e tratamento da **Hipertensão**

Avisar, informar, educar sobre os riscos associados;

Modificação do estilo de vida

Rastreio e acompanhamento / tratamento dos casos detectados;

Consulta de HTA (segundo normas de orientação clínica DGS)

- Prevenção e tratamento do **Tabagismo**.

Avisar, informar, educar sobre os riscos associados;

Programa de Escolas Livres de Tabaco – PELT;

Disponibilizar consulta de cessação tabágica.

- Redução do **Consumo de Álcool**.

Criar e promover na ULS Nordeste respostas mais eficientes para os utentes com problemas ligados ao Álcool;

Prevenção

Diagnóstico precoce

Tratamento da dependência alcoólica

7.2.1.3. ADEQUAR OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA PERMITIR A AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

- I1.** Promover a nível local o acesso a base de dados demográficos, de mortalidade e morbilidade.
- I2.** Melhorar o registo clínico a nível da ULS Nordeste dos problemas de saúde e determinantes.
- I3.** Assegurar sistema de vigilância e monitorização do PLS pela USP de forma a disponibilizar e monitorizar indicadores que permitam seleccionar estratégias fundamentadas, avaliando em profundidade o impacto das medidas implementadas.
- I4.** Adequar sistema de informação em saúde à monitorização atempada do PLS, possibilitando o acesso à informação indispensável à gestão dos diversos programas, através nomeadamente do aumento da interoperabilidade entre os diferentes sistemas de Informação
- I5.** Promover a investigação na ULS Nordeste orientada para a prevalência de factores de risco e incidência dos problemas de saúde prioritizados.

7.2.2. ESTRATÉGIAS DIRECCIONADAS PARA AS NECESSIDADES DE SAÚDE PRIORIZADAS

As estratégias de saúde definidas para as necessidades de saúde prioritizadas encontram-se definidas nos quadros seguintes.

Em termos de estratégias a no que toca à **Doença Cérebro-Cardiovascular** a Organização Mundial de Saúde aponta para três vertentes fundamentais:

- Monitorização precisa da realidade;
- Estratégias de prevenção realistas;
- Defesa da acessibilidade aos cuidados, particularmente os de maior diferenciação.

Quadro 69. Doença Cérebro-Cardiovascular: Estratégias de saúde e recursos necessários

Estratégias de saúde	Recursos
Desenvolver a coordenação entre os diversos níveis de cuidados (ver Cap. 7.2.1.1.)	DSP/ULS
Prevenção primária: -Combate aos factores de risco modificáveis conhecidos (ver Cap. 7.2.1.2.). -Melhorar o diagnóstico precoce da hipertensão arterial, diabetes <i>mellitus</i> , e respectivos tratamentos precoces. -Predição do risco cardiovascular aos 10 anos;	DSP/ULS/ Escolas /Municípios/Sociedade em geral ULS (médico família) ULS (médico/Enf.º)
Prevenção secundária: Implementação/ melhoria das Via verde Coronária e Via Verde do AVC	ULS
Prevenção terciária: Cuidados de reabilitação	ULS

Quadro 71. Tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão: Estratégias de saúde e recursos necessários

Estratégia de saúde	Recursos
Desenvolver a coordenação entre os diversos níveis de cuidados (ver Cap. 7.2.1.1.)	DSP/ULS
Prevenção primária: Combate aos factores de risco modificáveis conhecidos com especial ênfase no Tabagismo (ver Cap. 7.2.1.2.).	DSP/ULS/ Escolas /Municípios/Sociedade em geral
Prevenção secundária: Diagnóstico precoce Consulta de doença oncológica (médico de família);	ULS (médico/Enf.º)
Programa de combate às listas de espera para Cirurgia	ULS
Prevenção terciária: Reabilitação	ULS

Quadro 72. Tumor maligno do estômago: Estratégias de saúde e recursos necessários

Estratégia de saúde	Recursos
Desenvolver a coordenação entre os diversos níveis de cuidados (ver Cap. 7.2.1.1.)	DSP/ULS
Prevenção primária: Combate aos factores de risco modificáveis conhecidos com especial ênfase na Alimentação saudável (ver Cap. 7.2.1.2.).	DSP/ULS/ Escolas /Municípios/Sociedade em geral
Prevenção secundária: Diagnóstico precoce; Consulta de doença oncológica (médico de família);	ULS (médico/Enf.º)
Programa de combate às listas de espera para Cirurgia;	ULS
Prevenção terciária: Reabilitação;	ULS

Quadro 73. Doença mental: Estratégias de saúde e recursos necessários

Estratégia de saúde	Recursos
Desenvolver a coordenação entre os diversos níveis de cuidados (ver Cap. 7.2.1.1.)	DSP/ULS
Prevenção primária: -Actuar em grupos de risco <ul style="list-style-type: none"> • Sem abrigo • Violência doméstica -Incentivar os cuidados na comunidade <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de novos serviços e programas na comunidade 	DSP/ULS/ Escolas /Municípios/Sociedade em geral ULS
Prevenção secundária: -Estratégias de articulação com os CSP <ul style="list-style-type: none"> • Lançamento ou alargamento de experiências-piloto em áreas estratégicas (e.g. Programas integrados na comunidade para doenças mentais graves; programas de prevenção do suicídio); -Identificação e quantificação dos cuidados de proximidade a serem prestados; <ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento de profissionais não médicos em programas terapêuticos; • Articulação com os CSP, incentivando intervenções conjuntas e privilegiando a sua prestação nos próprios CS. • Instituição e quantificação 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; 	ULS ULS
Prevenção terciária: -Cuidados continuados de saúde mental <ul style="list-style-type: none"> • Aprofundamento destes cuidados; • Desenvolvimento de serviços comunitários para doentes mentais graves • 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; 	ULS/IPSS

7.3.RECURSOS NECESSÁRIOS

Integrado no processo de priorização das necessidades de saúde da ULS Nordeste foram identificados os recursos comunitários (de saúde e outros), para a satisfação das necessidades de saúde identificadas.

Administração

Compromisso da Gestão para com o Plano Local de Saúde (PLS): Modelar a sua actuação por princípios que possibilitem uma resposta organizativa em consonância com as estratégias e prioridades do PLS.

Hospitales

Melhoria da articulação entre Médicos de Família e Médicos das diferentes especialidades hospitalares através também de consultoria a prestar aos Cuidados de saúde Primários em áreas como Saúde Mental, Cardiologia, Pediatria, oncologia, etc.

Circuitos especializados de atendimento no serviço de urgência: via verde para EAM e via verde para AVC.

Criação de Serviços de referência (nomeadamente os associados às necessidades de Saúde consideradas prioritárias).

Cuidados de Saúde Primários

Dotar os CSP das competências necessárias para a execução das funções que lhes são atribuídas, nomeadamente tratamento, diagnóstico precoce e promoção da Saúde.

Unidade de Saúde Pública (USP)

Dotar a USP dos meios organizacionais/ humanos que permitam responder de forma cabal às necessidades de saúde nomeadamente constantes deste PLS:

- Observatório de Saúde;
- Monitorização e avaliação;
- Investigação epidemiológica;
- Planeamento em Saúde / Gestão de programas e projectos particularmente às abordagens de âmbito populacional.

Educação

Creches, jardins-de-infância e escolas: Promoção da saúde (intervenção através dos programas já em execução e a implementar, nomeadamente o “Programa da Saúde Escolar”).

Meios de comunicação

Promover junto das instituições competentes e comunidade em geral a divulgação:

- Do Plano Local de Saúde;
- Localização e horários das consultas;
- Tempos de espera;
- Resultados das avaliações efectuadas.

Divulgação/ colaboração com os meios de comunicação social existentes, nomeadamente jornais publicados na área geográfica da ULS Nordeste de informação relevante sobre Saúde.

7.4. PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (1981), a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente.

Os objectivos de saúde do PLS são medidos através de indicadores de saúde.

Em diversas fases do processo de planeamento, os indicadores surgem como instrumentos de medida das variáveis em estudo. Os dois tipos de indicadores mais usados na avaliação (4) são:

- Os que medem o estado de Saúde (impacte, resultado);
- Os que medem a prestação de cuidados de Saúde (actividade, execução).

Será a USP, e a área funcional **Observatório de Saúde / Planeamento em Saúde** a efectuar o processo de monitorização e avaliação. Este processo deverá ser partilhado com a Administração da ULS, elemento essencial para a implementação de medidas correctivas eventualmente necessárias no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados à população.

A monitorização do PLS deverá ser feita anualmente.

Para o presente PLS, decidiu-se ter os seguintes momentos de avaliação:

- 2012 (momento de partida)
- 2014,2015 (avaliações intercalares)
- 2016 (avaliação final)

Os quadros seguintes apresentam os indicadores propostos para a monitorização e avaliação de acordo com as necessidades de saúde identificadas no presente PLS.

Quadro 74. Cooperação intersectorial: Indicadores para a monitorização e avaliação do PLS da ULS Nordeste

<i>Cooperação intersectorial</i>		
Indicadores de resultado/ execução:	Metas	Fonte dos dados
Elaborar e execução de plano de formação anual para os colaboradores da ULS incluindo no mínimo os seguintes conteúdos: -Integração de cuidados. -Desenvolvimento de competências necessárias para os Serviços. -Actividades a desenvolver para a execução do PLS 2012-2016.	Elaboração e implementação do plano anualmente.	ULS

Quadro 75. Promoção da Saúde: Indicadores para a monitorização e avaliação do PLS da ULS Nordeste

<i>Promoção da Saúde</i>		
Indicadores de resultado/ execução:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Nº de utentes inscritos com registo de prática de exercício	Aumentar em 10%	SIARS
Nº de utentes inscritos com registo de excesso de peso e obesidade	Reduzir em 5% o número de indivíduos inscritos com excesso de peso, na população	SIARS
Número de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e legumes	Aumentar em 5%	INE
% de utentes inscritos com registo de peso e altura nos últimos 12 meses	Aumentar em 100% o registo de peso e altura nos utentes inscritos	SIARS
% Diabéticos com pelo menos 3 HbA1C registadas nos últimos 12 meses;	Aumentar em 100% a proporção de utentes diabéticos inscritos com registo de 3 HbA1C no último ano	SIARS
% Hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos 6 meses;	aumentar em 100% a proporção de utentes hipertensos inscritos com registo de pressão arterial	SIARS
Taxa de prevalência de hipertensão na população inscrita	Reduzir em 5%	SIARS
Nº de utentes com registo de risco cardiovascular por grupo etário	Aumentar em 50% o número de utentes com registo de risco cardiovascular	SIARS
% de de inscritos com diagnóstico de dislipidémia que realizaram o doseamento do perfil lipídico pelo menos 1 vez por ano	Aumentar em 10%	SIARS
Nº de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco	Reduzir em 5% o número de indivíduos inscritos com abuso de tabaco	SIARS
Nº de utentes inscritos com registo de consumo abusivo de álcool	Reduzir em 10% o número de indivíduos inscritos com consumo abusivo de álcool	SIARS

Quadro 76. Sistemas de informação: Indicadores para a monitorização e avaliação do PLS da ULS Nordeste

<i>Adequar os sistemas de informação de forma a permitir a avaliação do estado de Saúde da população</i>		
Indicadores de resultado/ execução:	Metas em 2013	Fonte dos dados
Melhoria dos sistemas de informação / Disponibilização dos dados de Saúde de forma a se poder monitorizar / avaliar o estado de saúde da população da área geodemográfica da ULS Nordeste.	Realização	ULS

Quadro 77. Doenças Cérebro-Cardiovasculares: Indicadores para a monitorização e avaliação do PLS da ULS Nordeste

Indicadores de Impacte:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Taxa bruta de mortalidade por AVC antes dos 65 anos	9,0 /100000	INE, DSP
Taxa de mortalidade por Doença Cardíaca Isquémica antes dos 65 anos Taxa de Mortalidade na população até 65 anos, por Doenças Cerebrovasculares	6,4 / 100000	
Indicadores de resultado/ execução:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Mortalidade intra hospitalar global por enfarte agudo do miocárdio	Reduzir em 5%	ACSS
Nº de admissões através da via verde coronário	Incrementar em 10%	ACSS
Nº de admissões através da via verde do AVC	Incrementar em 10%	ACSS

Quadro 78. Diabetes Mellitus: Indicadores para a monitorização e avaliação do PLS da ULS Nordeste

Indicadores de Impacte:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Taxa de Mortalidade Padronizada por Diabetes Mellitus antes dos 65 anos	23,5 por 100000	INE
Indicadores de resultado/ execução:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Número de internamentos hospitalares directamente relacionados com a descompensação da diabetes	Redução de 10%	ACSS
Letalidade intra hospitalar por diabetes	Redução de 10%	ACSSS
Nº de diabéticos amputados/ população diabética inscrita	Redução de 10%	ACSS
Nº de doentes diabéticos com retinopatia/ população diabética inscrita	Redução de 10%	ACSS

Quadro 79. Tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão: Indicadores para a monitorização e avaliação do PLS da ULS Nordeste

Indicadores de Impacte:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões antes dos 65 anos	8 por 100000	INE, DSP
Indicadores de resultado/ execução:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Nº de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco	Reduzir em 5% o número de indivíduos inscritos com abuso de tabaco	SIARS
Nº de consultas de cessação tabágica realizadas	Aumentar em 100%	SIARS
Tempo de espera para cirurgia	Diminuir 5%	ACSS

Quadro 80. Tumor maligno do estômago: Indicadores para a monitorização e avaliação do PLS da ULS Nordeste

Indicadores de Impacte:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno do estômago;	6 por 100000	INE, DSP
Indicadores de resultado/ execução:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Tempo de espera para cirurgia	Diminuir 5%	ACSS

Quadro 81. Doença mental: Indicadores para a monitorização e avaliação do PLS da ULS Nordeste

Indicadores de Impacte:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Taxa bruta de suicídio	9,5 por 100000	IINML (Gabinetes Médico-Legais de Mirandela e Bragança)
Indicadores de resultado/ execução:	Metas em 2016	Fonte dos dados
Taxa de internamentos (episódios de internamentos) por transtornos mentais e comportamentais no Serviço de Psiquiatria da Unidade hospitalar de Bragança	220/100000	ACSS
(Número de mandados de condução emitidos num dado ano na área geodemográfica da ULS Nordeste / População residente nesse ano) × 100000	6,2	Departamento de Saúde Mental da ULS Nordeste

8. COMENTÁRIO FINAL

O Departamento de Saúde Pública da ARS Norte lançou a semente para a realização dos Planos Locais de Saúde nas diversas ACES/ULS da região Norte.

Desse desafio nasceu este documento, que é o primeiro Plano Local de Saúde da ULS Nordeste.

Através do Plano Local de Saúde 2012-2016 a equipa de trabalho, com base na informação disponível, em conjugação com os órgãos directivos da ULS e muitas outras contribuições elaborou o diagnóstico da situação de Saúde da área geo-demográfica da ULS e um conjunto de recomendações que constituem este Plano.

Este documento pretende contribuir para a construção da visão estratégica da ULS e assim orientar o planeamento em saúde, ajudando a fazer escolhas mais eficazes, oportunas e efectivas. Pode permitir ainda aos diversos serviços de saúde e restantes instituições da comunidade coordenarem os seus esforços e acções de forma a minorarem as principais necessidades de saúde da população.

A equipa de trabalho agradece a todos os contributos e opiniões que ajudaram a elaborar o PLS.

ANEXO I. Bibliografia

1. Abramson JH, Abramson ZH. Survey methods in community medicine. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
2. Aguiar P. Guia Prático Climepsi de estatística em investigação epidemiológica: SPSS. 1^a ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2007.
3. Imperatori EG, Rosário M. Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1982.
4. Serrano P. Redacção e apresentação de trabalhos científicos: fundamentos técnicos e noções práticas sobre como estruturar, escrever e apresentar trabalhos científicos e técnicos. 2^aed. Lisboa: Relógio D'Água Editores; 2004.
5. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.. Mortalidades.ACeS: Região de Saúde do Norte , Análise dos triénios 2001-2009 [online]. [acesso 21 Fev. 2011]. Disponível no portal da ARS Norte, I.P. (<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/>)
6. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.. Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes: Região de Saúde do Norte , 1996-2009 [online]. [acesso 21 Fev. 2011]. Disponível no portal da ARS Norte, I.P. (<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/>)
7. Administração Regional de Saúde do Norte , I.P. Mortalidade geral e específica: Região Norte 2001-2005 [online]. [acesso 21 Fev. 2011]. Disponível no portal da ARS Norte, I.P. (<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/>)
8. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. morbilid@des.hospitalar: Análise dos Internamentos Hospitalares na Região Norte, 2007 [online]. [acesso 21 Fev 2011]. Disponível no portal da ARS Norte, I.P. (<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/>)
9. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Perfil de Saúde da Região Norte: Edição 2009 [online]. [acesso 25 Fev 2011]. Disponível no portal da ARS Norte, I.P. (<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/>)

ANEXO II. Recursos da comunidade na área da ULS Nordeste E.P.E.

QUADRO II.1. Recursos de Saúde (2012)

		CONCELHOS												
	Total	Alfândega	Bragança	Carrazeda	Freixo	Macedo	Miranda	Mirandela	Mogadouro	T. Moncorvo	Vila Flor	Vimioso	Vinhais	V.N.Foz Côa
SAÚDE: Instituições de saúde														
Centro de saúde	15	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1
Hospital	3		1			1		1						
Unidade de Cuidados Continuados					1		1			1	1			
Instituições de Saúde Particulares														
Lab. De Análises Clínicas			3	1				1		1				
Unidade de Hemodiálise			1					1						
Unidade de Medicina Física e Reabilitação			2			1		3	2					
Unidade de Radio-diagnóstico e Radioterapia			1					1						
Unidade de Tratamento e Reabilitação de Toxicodependentes			1											
Clínica/consultório de Medicina Dentária		2	26	1	1	6		8	5	5	3	3		
Farmácia	44	2	8	2	1	4	2	7	3	3	2	3	3	4

QUADRO II.2. Educação e Acção Social

		CONCELHOS												
	Total	Alfândega	Bragança	Carrazeda	Freixo	Macedo	Miranda	Mirandela	Mogadouro	T. Moncorvo	Vila Flor	Vimioso	Vinhais	V.N.Foz Côa
Educação														
Educação Pré-Escolar - Jardim de Infância	86	7	11	4	3	9	4	12	5	9	10	2	9	7
Educação Escolar - Ensino Básico 1º, 2º e 3º ciclo	54													
Educação Escolar - Ensino Secundário	13													
Acção Social														
Lar 3ª Idade	70	5	16	4	2	4	7	8	3	5	5	7	1	3
Associação de Apoio/ Solidariedade Social	72	2	18	5	4	3		6	5	9	9	6	5	
Acolhimento de Crianças de Jovens	3		2							1				
Apoio a Crianças e Pessoas com Deficiência	3		3											
Cruz Vermelha	2		1					1						

QUADROII.3. Desporto, Religião, Poder Local, Forças de Segurança / Corporações, Transportes, Comunicações

		CONCELHOS												
	Total	Alfândega	Bragança	Carrazeda	Freixo	Macedo	Miranda	Mirandela	Mogadouro	T. Moncorvo	Vila Flor	Vimioso	Vinhais	V.N.Foz Côa
Religião														
Paróquias	343	22	54	21	6	38	16	44	34	21	19	14	37	17
Seminários	2		1											1
Poder Local														
Autarquia	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Forças de Segurança / Corporações														
Polícia de Segurança Pública	2		1					1						
Guarda Nacional Republicana	24	1	6	1	1	2	3	3	1	1	1	1	2	
Bombeiros Voluntários	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Transportes														
Ferrovíários (Linha do Douro: Pocinho e Tua)				1										1
Rodoviários														
Aéreo (suspenso)	1		1											
Comunicações														
CTT	12	1	2	1	1		1		1	1	1	1	1	1
Comunicação Social - Jornais	5		3					2						
Comunicação Social - Emissão Rádio	11	1	2	1		1	1	1	1	1		1	1	
Comunicação Social - Emissão Televisão	1		1											

QUADRO II.4. Número de Profissionais por Centro de Saúde e Serviço de Urgência Básica (2012)

Unidade	Pop. Censos 2011	Assist. Téc.	Assist. Op.	Motoristas	Médicos MGF	Médicos S.P	Enfermeiros	Psicólogos	Nutricionistas	T.S. Social	M. Dentistas	Fisioterapeutas	Saúde Amb.	T.Fala	Téc. Radiologia	Cardiopneumologia	Podologia	A. Clínicas	Farmácia	Eng. Sanitária	Informática	T. Sup. RG
Alfândega da Fé	5.095	10	19	1	4		10				1	1	1		1							
Bragança - Sé	35.319	13	10	3	11		14			1				1		1						
Bragança - St.ª Maria		19	6	3	25		32	1		1	2	3										
Carrazeda de Ansiães	6.322	7	5		5		11			1		1	1									
Freixo de Espada à Cinta	3.798	5	5		3		7			1		1	1									
Macedo de Cavaleiros	15.844	20	9	2	12	2	27	1	1	1			2	1			1					
SUB Macedo de Cavaleiros		4	9				6															
Miranda do Douro	7.462	9	9		8		14		1	1		1										
Mirandela I	23.913	8	5	1	13	1	16			1		1	1									
Mirandela II		7	5	1	13		15	1	1	1	1		1			1						
USF T. Chama		2	1		2		2															
Mogadouro	9.587	9	8		5		19	1	1		1	1			3							
SUB Mogadouro		4	3		2		4								2			1				
Torre de Moncorvo	8.583	12	5	1	4		12	1		1		1	1		1							
Vila Flor	6.690	8	7		5		9			1		1	1									
Vila Nova de Foz Côa	7.318	4	12		7		12			1		1	1		5							
SUB Vila Nova de Foz Côa		5	4				4															
Vimioso	4.680	7	7		3		11	1		1		1	1									
Vinhais	9.166	11	11	1	6		16		1	1		2	1		1							
Unidade S. Pública Brag.		3				2	3	1					4									
Sede		27	7	2				1										5	1	1	3	15
Total	143.777	194	140	13	128	3	244	6	5	13	5	15	16	2	13	2	1	1	1	1	3	15

