



ACES ATB
Agrupamento de Centros de Saúde
Alto Tâmega e Barroso

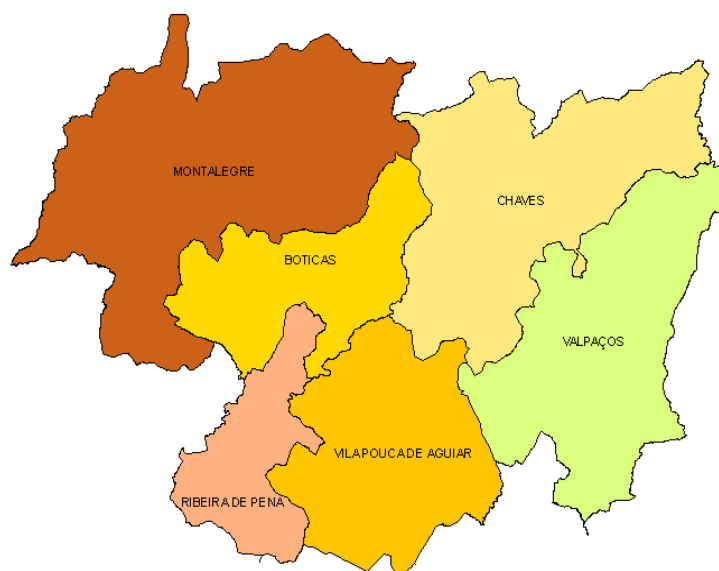


MINISTÉRIO
DA SAÚDE



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

PLANO LOCAL SAÚDE



ACeS
Alto Tâmega e Barroso

2011-2016

FICHA TÉCNICA:

Este documento foi elaborado pelo sector de Planeamento em Saúde da Unidade de Saúde Pública, com a colaboração do Concelho Clínico do ACeS Alto Tâmega e Barroso:

[Gestores da área do planeamento](#)

Coordenador USP: Dr. António Gomes coordenadorusp.aces-atb@srsvreal.min-saude.pt

Enfermeiro E. S.C. da USP: Enf.º Paulo Costa pcostausp.aces-atb@srsvreal.min-saude.pt

[Contributos do Concelho Clínico](#)

Director Executivo Dr. Nuno Vaz

Enfermeira Supervisora, Enf.ª Laurentina Santa

Dezembro de 2011

AGRADECIMENTOS:

Agradecemos ao Departamento de Saúde Pública ARSNorte, da área do planeamento em saúde Dr.^a Manuela Felicio e Dr.^a Carolina Teixeira e Dr. Vasco Machado, por todo o apoio técnico com evidência científica prestada, sem o qual este documento teria sido muito difícil de produzir.

A todos os membros do Concelho Clínico, Concelho da Comunidade, a todos os Coordenadores das Unidades Funcionais e a todos os profissionais da Unidade Saúde Pública.

Chave de Siglas e Abreviaturas

ACeS	- Agrupamento de Centros de Saúde
ARSN	- Administração Regional de Saúde Norte I.P.
CHTMAD	- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
DDO	- Doenças de Declaração Obrigatória
DGS	- Direcção Geral Saúde
ECCI	- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
NUT III	- Nomenclatura da Unidade Territorial
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PLS	- Plano Local de Saúde
RN	- Região Norte
RNCCI	- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SIARS	- Sistema de Informação da ARS
TMB	- Taxa Bruta de Mortalidade
UAG	- Unidade Apoio a Gestão
UCC	- Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	- Unidade de Cuidados Saúde Personalizados
URAP	- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	- Unidade Saúde Familiar
USP	- Unidade Saúde Pública

NOTA PRÉVIA DO DIRECTOR EXECUTIVO

AGUARDA-SE RESPOSTA AO PEDIDO DA NOTA.

ÍNDICE

0 - BREVE INTRODUÇÃO.....	8
1 - METODOLOGIA.....	10
2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO.....	12
<i>Caracterização da População: Quem Somos?</i>	12
<i>Caracterização da População: Como vivemos?</i>	14
<i>Mortalidade: De que morremos?</i>	14
<i>Morbilidade e suas consequências: De que adoecemos?</i>	17
3 - DETERMINANTES DA SAÚDE: QUE ESCOLHAS FAZEMOS?	19
4 - IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	23
5 - DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO.....	26
6 - ESTRATEGIAS DE SAÚDE.....	30
7 - OBJECTIVOS DE SAÚDE 2011-2016.....	32
8 - RECOMENDAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO.....	34
9 - PLANO DE M&A DO PLS DO ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO.....	35
10 - COMENTÁRIOS FINAIS.....	42
11 - BIBLIOGRAFIA.....	44
12 - ANEXOS.....	45
Anexo I – Gráfico Pirâmides Etárias 2001/2010.....	46
Anexo II – Mortalidades ACeS / ATB.....	48
Anexo III – Morbilidades ACeS / ATB.....	55

Índice Quadro

Quadro nº1 – Problemas de Saúde 2010 – SIARS	20
Quadro nº2 – Identificação das Necessidades e Justificação	25
Quadro nº3 - Determinante da Saúde - Doença Crónica do Fígado e Cirrose.....	27
Quadro nº4 - Determinante da Saúde - Doenças Cerebrovasculares	27
Quadro nº5 - Determinante da Saúde - Tumor Maligno da Mama Feminino	28
Quadro nº6 - Determinante da Saúde - Tumor Maligno do Cólon e Recto	28
Quadro nº7 - Determinante da Saúde - Tumor Maligno do Estômago.....	28
Quadro nº8 – Necessidade de Saúde – Estratégia de Saúde.....	31

Índice Figuras

Figura nº1 - Agrupamento de Centros de Saúde – ACeS Alto Tâmega e Barroso	12
--	-----------

0 - BREVE INTRODUÇÃO

O Plano Local de Saúde é um documento estratégico com orientações para as instituições de saúde, outros organismos públicos ou privados, outros sectores de actividade, possam contribuir para a promoção e prevenção da saúde, obtendo ganhos em saúde de toda a população da região do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso.

O planeamento em saúde segue no sentido da intervenção para a mudança, que desejavelmente deverão ocorrer, em termos de melhoria do estado de saúde da população, contribuir para a construção da visão estratégica, facilitar as melhores escolhas em termos de eficácia e eficiência e oportunidade de gerar conhecimento, prevendo a actuação em direcção aos objectivos, identificando as acções que se esperam que conduzam à sua concretização e fazer recomendações para a intervenção.

O **Planeamento em Saúde** consiste na "...racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos..."¹.

E porquê planear? Essencialmente, por seis tipos de razões:

- Porque os recursos são cada vez mais escassos e é necessário utilizá-los da maneira mais eficaz e mais eficiente;
- Porque é necessário intervir nas causas dos problemas;
- Porque é necessário basear, cada vez mais, as decisões de intervenção e as diversas intervenções projectadas, na evidência que, a cada momento, for possível recolher;
- Porque é necessário ter instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção;
- Porque é necessário evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
- Porque é necessário utilizar e adequar os serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempadamente e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificadas.

O Plano Local de Saúde (PLS) parte do Plano Regional de Saúde e direcciona-se especificamente para a população residente no ACeS. Compete à Unidade de Saúde Pública do ACeS proteger e elevar o estado de saúde de toda a população residente na área geográfica do ACeS. Uma das competências da Unidade Saúde Pública (USP) prende-se com

¹ Imperatori e Giraldes. Metodologia do Planeamento em Saúde. Lisboa, 1993.

a elaboração das propostas dos Planos Locais de Saúde e respectivas estratégias para o ACeS, o que deve pressupor a participação de todos os profissionais de saúde do ACeS, bem como a comunidade e parceiros chave.²

O presente PLS do ACeS Alto Tâmega e Barroso assenta:

- No Plano de Saúde da Região Norte 2009-2010 e na sua avaliação, pelo documento Avaliação do Plano Regional de Saúde da ARS Norte, 2009-2010;
- No Perfil Local de Saúde ACeS Alto Tâmega e Barroso, (2009);
- Nas principais necessidades de saúde da população do ACeS Alto Tâmega e Barroso, identificadas no diagnóstico de situação de saúde do ACeS.

O que pretende o Planeamento Local Saúde do ACeS Alto Tâmega e Barroso?

- Para definir quais as principais necessidades de saúde do ACeS Alto Tâmega e Barroso;
- Para definir quais as mudanças que, desejavelmente, deverão ocorrer, em termos de melhoria do estado de saúde da população do ACeS;
- Para ajudar as unidades de saúde do ACeS a orientar o planeamento da sua intervenção;
- Para facilitar a definição conjunta do papel dos cidadãos e dos diversos sectores da comunidade, e da sua co-participação no processo de mudança;
- Para ajudar a fazer as melhores escolhas (ou seja, não só as que são mais eficazes e eficientes, como também as que são mais oportunas e efectivas).

Na elaboração das principais necessidades de saúde obtivemos a participação de todos os profissionais da Unidade Saúde Pública e Interlocutores das várias unidades funcionais, dos coordenadores de todas as unidades funcionais (médicos e enfermeiros da UCSP) e do Conselho da Comunidade.

O Plano Local de Saúde (PLS) integra e facilita a coordenação e colaboração de todos os sectores da saúde, na sua riqueza interdisciplinar, e na co-participação da comunidade.

² Art.12º Decreto- Lei 28/2008 22/02 e art.3º, DL nº81/2009 02/04

1 – METODOLOGIA

Planeamento em Saúde, na primeira fase parte-se do diagnóstico de situação da população, do ACeS Alto Tâmega e Barroso, seguida da identificação das principais necessidades de saúde e dos problemas de saúde e considerados mais prioritários.

O Diagnóstico de Situação de Saúde, documento este que se encontra a ser trabalhado em simultâneo com o Plano Local de Saúde, especificamente nos recursos disponíveis na comunidade e nos múltiplos indicadores socioeconómicos e de saúde relativos ao ACeS Alto Tâmega e Barroso. É não só um documento de trabalho para o quotidiano dos profissionais da Unidade Saúde Pública como também, se tornou num documento de partida para a realização do presente PLS.

Recorreu-se à base de evidência científica disponível, concretamente ao Perfil Regional de Saúde da Região Norte, ao Perfil Local de Saúde 2009 referente ao ACeS Alto Tâmega e Barroso, ao documento Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes Região Norte 1996-2009, e posteriormente à análise por triénios das mortalidades do ACES disponibilizados pela ARS Norte em Agosto do corrente ano. Foi também objecto de consulta e análise o Plano de Saúde da Região Norte 2009-2010 e o documento relativo à sua avaliação, Avaliação do Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010. Todos estes documentos foram basilares para a construção do actual documento.

Após trabalho de pesquisa e análise da informação disponibilizada, a USP pela equipa técnica de planeamento em saúde, identificou os principais problemas de saúde.

Realizaram-se duas reuniões com o Concelho da Comunidade para a priorização dos principais problemas de saúde da população, seguindo a metodologia preconizada pelo Departamento de Saúde Pública, com contributo específico do Director Executivo e vogal Concelho Clínico e restantes membros.

Também foram realizadas duas reuniões, com a mesma metodologia, a primeira para a priorização dos principais os problemas de saúde com os coordenadores das unidades (UCSP, URAP, UCC; USF) e com os interlocutores para USP, designados pelo Director Executivo, e em simultâneo com todos os profissionais saúde a desempenhar funções na USP, para a identificação e priorização dos principais problemas de saúde da população. A segunda reunião foi realizada com os coordenadores para a clarificação e identificação dos Recursos e Estratégias. (Anexo II)

Os profissionais da USP com base nos documentos acima mencionados priorizaram os principais problemas de saúde da população e identificaram os recursos necessários face às necessidades técnicas de saúde da população deste ACeS.

Analisaram-se também as estratégias consideradas adequadas face à evidência científica disponível de forma e poderemos atingir o nível de saúde desejável que se definiu posteriormente nos objectivos de saúde para o ACeS.

Nos objectivos de saúde, recorremos a uma ferramenta disponibilizada pelo DSP, em Excell, para a projecção e foi considerada a projecção da Região Norte para o Quinquénio 2011/2016.

No seguimento da metodologia, a equipa técnica da USP elaborou posteriormente recomendações partindo da evidência disponibilizada pelo diagnóstico de situação de saúde da população, dos resultados do processo de identificação e priorização dos problemas e necessidades de saúde bem como dos recursos, não esquecendo as estratégias de saúde que foram sendo definidas ao longo do processo de construção do PLS, atendendo à efectividade dos cuidados de saúde recomendados, face às necessidades de saúde identificadas.

A monitorização e avaliação deste PLS, baseada no Sistema de Informação ARS Norte (SIARS) de forma a determinar, quanto possível, quer sistemática e objectiva a sua relevância, a eficácia e o impacte das intervenções planeadas, ou outras actividades, dos seus objectivos previamente definidos na construção deste PLS.

2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO

O Agrupamento de Centros de Saúde de Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso, situa-se no distrito de Vila Real, na região do Alto Tâmega e Barroso, integrando-se na classificação de NUT III (Nomenclatura da Unidade Territorial), sendo integrado por seis concelhos de Boticas, Chaves, Montalegre, Ribeira de Pena, Valpaços e Vila Pouca de Aguiar, com um total de 158 Freguesias, compreende sete Centros de Saúde, dois em Chaves, e um por cada um dos demais cinco concelhos, abrangendo uma área de 2.923 km², correspondente a cerca de 13,7% do total da superfície da Zona Norte, onde residem 100.786 mil pessoas (estimativa INE, 2009), o que corresponde a densidade populacional (Hab/Km²) de 34,8.³

Figura nº1 - Agrupamento de Centros de Saúde – ACeS Alto Tâmega e Barroso



Caracterização da População: *Quem Somos?*

No ano de 2010 o ACeS Alto Tâmega e Barroso tem uma população residente de 99789 habitantes, do sexo feminino (51579 mulheres) e do sexo masculino (48210 homens).

A maior fatia da população residente encontra-se atribuída aos indivíduos com idades entre os 15-64 anos, (65172); faixa etária mais idosa (65 + anos) apresenta 23926 indivíduos, os indivíduos mais jovens, entre os 0-14 anos, ocupam a menor porção da população com apenas 10691 indivíduos. (INE, 2011, dados preliminares). (Anexo I)

Nos últimos dados dos censos entre 2001 e os dados disponibilizados de 2010 a população residente no ACeS Alto Tâmega e Barroso tem vindo a diminuir observando-se um decréscimo de 3787 habitantes. A diminuição da população foi observada em todos os concelhos do ACeS.

³ Plano de Desempenho 2011 ACeS Alto Tâmega e Barroso

Esta diminuição da população reflectiu-se na **Densidade Populacional**, que no mesmo período de tempo, parece afasta-se do valor apontado quer para o Continente, 114 hab/Km², quer para a Região Norte, 176 hab/Km², onde se observa um ligeiro aumento da densidade populacional. Da análise relativa aos concelhos abrangidos pelo ACeS atb, cuja área total se situa nos 2.923 Km², e com a uma densidade populacional de 34,8 hab/Km², os valores apontam para realidades demográficas concelhias bastante diferentes. Por exemplo o concelho de Ribeira de Pena, com 223 Km², apresenta a densidade populacional de 31,2 hab/Km², já o concelho de Montalegre, com a área de 800 Km², tem a menor densidade populacional do ACeS, 14,02 hab/Km², sendo o concelho de Chaves o que tem maior densidade populacional de 73,2 hab/Km².

O ACeS Alto Tâmega e Barroso acompanha a realidade nacional no que respeita ao envelhecimento da população. Em 2010 o **Índice de Envelhecimento** assume um valor de 223,8 que é expressivamente superior ao valor registado na Região Norte (106.6) e no Continente (122.9).

O **Índice de Dependência Total** assume também no ACeS Alto Tâmega e Barroso em 2009 um valor (53.0) superior à região Norte (45.2) e ao Continente (49.7). Montalegre é o concelho do ACeS com maior valor índice de dependência total (60.0), e os concelhos Chaves e Vila Pouca Aguiar com menor índice de dependência total (50.3).

O reflexo do progressivo envelhecimento da população residente é notório na observação das pirâmides etárias – 2001/2010, sendo claro o estreitamento da base e o alargamento do topo.

A diminuição do número de nados vivos ao longo da última década reflecte uma **Taxa Bruta de Natalidade** sempre menor quando comparada com a Região Norte ou com o Continente. No ano 2009 o ACeS apresentava uma Taxa Bruta de Natalidade de 5.7%, a Região Norte 8,7% e o Continente 9.3%.

Índice Sintético de Fecundidade (ISF), comparativamente com a região Norte e Continente, sempre foram inferiores, mas tem vindo a decrescer comparativamente. No ano 2009, no ACeS o índice Sintético de Fecundidade é de 0,82%, na região Norte 1,2% e no Continente de 1,33%.

Analisando a proporção **de Nascimentos em Mulheres com Idade Inferior a 20 anos**, nos triénios referentes aos anos desde 1996 a 2009, verifica-se que esta proporção tem vindo a diminuir mas tem aumentado no último triénio, com o ultimo valor de 2009 é de 6,1%, mantendo-se no entanto superior, à Região Norte 4.2% e ao Continente 4,2%.

Por outro lado, a proporção **de Nascimentos em Mulheres com Idade Igual ou Superior a 35 anos**, tem aumentado quando analisamos o mesmo período de tempo, apesar de ter diminuído no ultimo ano, apresenta ainda assim menor proporção de nascimentos 16,6% quando comparado com a Região Norte 19,6% e com o Continente 20,6.

A proporção de **Nascimentos Pré-termo** (duração da gravidez inferior a 37 semanas) tem apresentado uma tendência para aumentar, no último ano (2009) encontrando-se o valor do ACeS Alto Tâmega e Barroso 11,2% superior ao valor da Região Norte 8,9% e do Continente 8,8%.

A **Esperança de Vida à Nascimento** no ACeS Alto Tâmega e Barroso (78.2 anos de vida) é ligeiramente inferior à da Região Norte (79 anos de vida) e à do Continente (78.9 anos de vida), se analisarmos o triénio 2005-2007. No mesmo período de tempo, a **Esperança de Vida aos 65 Anos**, é de mais 18.3 anos no ACeS Alto Tâmega e Barroso,

Nos últimos cinco anos (2006-2010), a **Taxa de Crescimento Natural** nos diferentes concelhos do ACeS Alto Tâmega e Barroso tem vindo a diminuir, assumindo, ao longo do tempo em análise, valores cada vez mais negativos.

Caracterização da População: Como vivemos?

A população activa e empregada por **Sector de Actividade Económica** esta integrada 45% no sector Primário, 17% no sector Secundário e 37% no sector Terciário. No sector Empresarial a maior percentagem insere-se nas empresas de comércio 41,5%, 12,7% em empresas de actividades financeiras, imobiliárias e de serviços e as empresas de indústrias transformadoras representam 11,1%, na sua maioria concentradas no concelho de Chaves.

A taxa de desemprego no ano de 2001 foi de 10,0%, mas dentro desta taxa no sexo feminino rondava os 16,4%.

O valor mensal de remuneração no ano de 2006 por sector de actividade e por género, comparativamente com a região Norte e Continente é muito inferior quer em ambos os sexos quer na sua globalidade.

A Taxa de Analfabetismo no ACeS Alto Tâmega e Barroso tem vindo a diminuir, sendo de 18,7%, em 2001, que em comparação com 1991, diminuiu 2,2%. Deve-se ter em consideração que contribui para o valor desta taxa o elevado número de idosos sem habilitações literárias e o maior predomínio no sexo feminino. A população que sabe ler e escrever aumentou 4,7%, de 1991 a 2001. Ao nível dos concelhos, verificou-se o mesmo comportamento, para todos eles. Chaves e Vila Pouca, apontam para indicadores mais positivos, no global, em relação aos demais Concelhos, e os indicadores menos positivos são para os concelhos de Boticas e Ribeira de Pena.

Em 2001 a proporção da população com ensino Superior completo no ACeS é de 16,2% e com o 3º Ciclo completo 17,5%

Mortalidade: De que morremos?

A mortalidade é considerada uma medida directa das necessidades em cuidados de saúde, reflectindo a carga global da doença na população, não só em termos da incidência da doença,

como da capacidade de a tratar. Daí a importância dos indicadores de mortalidade no processo de planeamento da saúde e dos serviços de saúde. A taxa de mortalidade pode ser melhorada reduzindo o risco da população (actuando nos factores de risco, encorajando estilos de vida saudáveis), aumentando a precocidade do diagnóstico da (s) doença (s) e melhorando a efectividade do seu tratamento⁴.

Verifica-se quanto à evolução **Taxa Bruta de Mortalidade** (TMB) entre os anos de 2001 a 2009, relativamente às grandes **Causas de Morte**, em Todas as Idades e ambos os sexos, que esta tem vindo a aumentar em todas elas, apresentando algumas oscilações, nomeadamente, **Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas** [(aumenta no triénio 2002-2004, (50,7), seguido de uma descida no triénio seguinte 42,3, retomando o valor inicial no triénio 2004-2006, (47,2), apresentando no último triénio (66,3)], **Doenças do Aparelho Respiratório** (ligeira diminuição no triénio 2006-2008, 128,8, seguida de uma subida significativa no último triénio para 138,9). Relativamente às **Doenças do Aparelho Circulatório**, apesar de ter vindo a diminuir em relação ao triénio inicial (2001-2003, 454,2 – 2007-2009, 422,6), é de realçar a subida que se tem verificado nos três últimos triénios (395,4; 398,1 e 422,6). (Anexo II)

No que respeita à **TBM Prematura** a sua evolução, quando comparada entre os triénios iniciais e último, apresenta uma descida acentuada em todas as causas de morte, por grandes grupos (com destaque para as **Causas Externas de Mortalidade**), com excepção para os tumores malignos que sofrem aumento significativo a partir do triénio de 2005-2007 (com destaque para o **Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu**).

Assim, a causa principal em **todas as idades** e em **ambos os sexos** são as **Doenças do Aparelho Circulatório**, assumindo um valor de 31.8%, seguido dos **Tumores Malignos** 21.2%. Quando comparados por **sexo** verifica-se que nas **Doenças do Aparelho Circulatório**, o **sexo feminino** é o mais afectado (35,8%) e nos **Tumores Malignos** é o **sexo Masculino** (24,2%).

Em idades **prematuros**, os **Tumores Malignos** (35,2%) são a causa principal de mortalidade, o qual no **sexo Feminino** atinge 42,7%. A segunda causa, as **Doenças do Aparelho Circulatório** com 12.3%, com semelhantes resultados em ambos sexos.

A terceira causa de morte em **todas as idades**, são as **Doenças Respiratórias** (10,4%) e nas **idades prematuras**, são as **Doenças do Aparelho Digestivo** (11,3%).

Mortalidade Proporcional por ciclo de vida os **Grandes Grupos de Causas de Morte em Ambos os Sexos**, permite-nos inferir que nas idades mais precoces (5-44 anos), as **Causas Externas**, nomeadamente os **Acidentes**, são as que matam mais crianças e jovens (46,2%) e adultos jovens (20,6%). Os **Tumores Malignos** são os responsáveis pelo maior número de mortes nas idades entre os 45-74 anos, com destaque no grupo dos 45-64 anos (41,4%). A

⁴ Plano de saúde da região Norte 2009 – 2010

partir dos 75 anos são as **Doenças Circulatórias** que assumem a dianteira com grande destaque (37,5%).

No ciclo de vida **5-24 anos** a principal causa esta relacionada com **Causas Externas de Mortalidade**, cuja expressão maior está relacionado com os acidentes de transporte e acidentes de veículos a motor, a seguir com **Outras Causas de Mortalidade** e com as **Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas**, com relevância para a diabetes.

No ciclo de vida **25-44 anos** a principal causa de morte continuam a ser **Causas Externas de Mortalidade**, seguidas de **Outras Causas de Mortalidade**. Destaca-se, com o mesmo valor, o aparecimento de causas como **Tumores Malignos, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Digestivo**.

Entre os **45-64 anos** a principal são os **Tumores Malignos** com 41% da população afectada, mantendo-se ainda a percentagem nas **Doenças do Aparelho Circulatório e Digestivo**, idênticas ao ciclo de vida anterior diminuindo nas **Causas Externas de Mortalidade e Outras Causas de Mortalidade**.

Entre os **65-74 anos** a principal causa continua a ser os **Tumores malignos (33%)** e as **Doenças do Aparelho Circulatório (26%)**, salientando-se já com valores mais aproximados entre elas e assumindo valores percentuais mais elevadas em relação às outras causas.

Depois dos **75 anos**, a principal causa de morte são as **Doenças do Aparelho Circulatório (38%)**, seguidas dos **Tumores malignos (15%)** e o aparecimento das **Doenças do Aparelho Respiratório (13%)**.

Para poder comparar o peso dos problemas de saúde entre as diferentes unidades territoriais é necessário utilizar a **Taxa de Mortalidade Padronizada pela idade (TMP)**. Para tal, foi utilizado o método directo de padronização que consiste na aplicação das taxas específicas de mortalidade por idade a uma população padrão (escolheu-se a população padrão europeia). Com recurso à significância estatística testaram-se diferenças entre a TMP do ACeS ATB e a TMP da Região Norte no triénio 2007-2009.

A TMP, quer em **Todas as Idades**, quer em **Idade Prematura** em ambos os sexos mostra-nos, que **Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias e Doenças do Aparelho Respiratório**, são as únicas causas em que temos valores inferiores à Região Norte. Em todas as restantes estamos com valores mais elevados quando comparados com a Região Norte, em que para **Todas as Idades** se destacam com maior expressão as **Doenças do Aparelho Circulatório** seguidas dos **Tumores Malignos** e na **Idade Prematura** inverte-se a posição em que são os **Tumores Malignos** a assumir o valor mais elevado seguidos das **Doenças do Aparelho Circulatório**.

Na mortalidade prematura a sua transcendência é superior que a mortalidade por todas as idades, já que as suas repercussões socioeconómicas são maiores quanto menos idade tem a pessoa que morre, optamos por analisar a TMP Prematura (<65 anos).

Morbilidade e suas consequências: De que adoecemos ?

O conceito de morbilidade não é tão preciso como seria desejável. Na verdade, trata-se de um conceito imbuído de alguma subjectividade, pois uma pessoa pode sentir-se mais doente e incapacitada para o trabalho do que outra que apresenta, exactamente, os mesmos sinais objetivos. Contudo, e utilizando expressões mais comuns, a doença e a incapacidade constituem, cada vez mais, um facto incontornável da vida. (ARS Norte, 2009 – 2010).

No Perfil Local de Saúde, 2009, ACeS Alto Tâmega e Barroso, sobre **Morbilidade Hospital**, referente aos dados disponibilizados em 2007, houve 9989 episódios de internamentos, nos grandes grupos de causas e 871 episódios de internamentos em causas suplementares. A taxa de Letalidade intra-hospitalar, referente ao mesmo ano foi de 5,5, superior quando comparado com a região norte 4,2 e continente 5,0.

A morbilidade hospitalar proporcional por grandes grupos de causas de internamento com valores mais elevados foi as doenças do aparelho Respiratório, as doenças do aparelho Circulatório e as doenças do aparelho Digestivo, com significância estatística e são as que apresentam maior magnitude

A Taxa de Internamento padronizada para algumas causas de internamento específicas, destacam-se: Pneumonia, Doenças Cerebrovasculares, Doença Isquémica do Coração, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Doença Crónica do Fígado e Cirrose e Diabetes Mellitus.

No Perfil Local de Saúde 2009, no caso de notificações entre os anos 2000 e 2008, os dados sobre **VIH/ Sida**, a Taxa de Incidência Média Anual de Sida, é de 0,5%, muito inferior aos 7.4% da região Norte e aos 7.7% de Portugal. A Taxa de Prevalência de Sida, foi de 3.9%. Neste mesmo período de tempo foram notificados 5 casos. Em relação aos casos por Infecção VIH (CRS+PA+sida), foram notificados 24 casos. A Taxa de Incidência Média Anual de foi de 2,6% e a Taxa de Prevalência por Infecção VIH foi de 29,4%, resultados inferiores aos obtidos pela Região Norte e Portugal.

Relativamente aos dados disponibilizados no Perfil Local de Saúde 2009, sobre morbilidade relativos à **Tuberculose**, os dados foram sempre inferiores aos da Região Norte. A Taxa de Incidência de Tuberculose no ano de 2008 foi de 16,7% e na região Norte foi de 32,5%.

No programa nacional, sobre **Vigilância Epidemiológica e Controlo das Doenças Transmissíveis de Declaração Obrigatória**, (DDO) referente aos dados recolhidos e tratados pela Unidade Saúde Pública, nos anos de 2009 a 2010, houve 108 casos de notificações de Doenças de Declaração Obrigatória, 50 casos notificados no ano 2009 e 58 casos notificados no ano de 2010. De realçar que este aumento deveu-se em grande parte as notificações de

Brucelose, que no ano de 2010 foram detectados 20 casos, dos quais 12 no concelho de Valpaços e 8 no concelho de Chaves. No caso da **Tuberculose**, nos dois anos foram notificados 51 casos, dos quais 21 em 2010, e o concelho de Chaves abrangeu 11 casos. Referente a uma (1) notificação de **Malária** no ano de 2010, após inquérito epidemiológico, verificou-se que doente é imigrante trabalhador assalariado por empresa portuguesa sediada em Angola. (Anexo III)

O aumento número de casos de notificações DDO deveu-se principalmente a acção coordenada pela USP e principalmente no “empenhamento” do coordenador na estratégia de sensibilização dos clínicos quer nos cuidados saúde primários como cuidados de saúde diferenciados ou hospitalares para a notificação de DDO.

Na avaliação da **Gripe Sazonal** no ACeS Alto Tâmega e Barroso 2010/2011, os dados foram tratados pela USP e enviados para DSP em Janeiro de 2011. Foram vacinados 53,0% dos profissionais de saúde. Na RNCCI foram vacinados 94,1% dos doentes internados, 97,7% doentes em cuidados domiciliários. Os profissionais das unidades vacinaram-se 4,5%, enquanto os profissionais nas ECCI vacinaram-se 69,7%. Em instituições com acesso à gratuitidade da vacina da gripe sazonal, abrangidos pela orientação nº 2/2010 de 22/09/2010, 75,7% dos idosos foram vacinados, 13,5% de profissionais. Em instituições lucrativas foram vacinados 100% dos idosos, 52,6% de profissionais. (Anexo III)

Programa Nacional de Promoção Saúde Oral (PNPSO) na área da prevenção de morbilidades a **Saúde Oral**, através do sistema de informação SISO, permite obter dados respeitantes ao **Índice CPOD**. Este índice indica a prevalência de cárie dentária na população estudada e é calculado a partir da quantidade de dentes cariados (C), perdidos (P) e de dentes obturados (O). A OMS traçou a meta para 2020, de que o índice CPOD, aos 12 anos de idade, não deveria ser maior que 1,5. A DGS projectou para o ano 2010 uma meta de 1.90 para Portugal. No ACeS Alto Tâmega e Barroso, no intervalo 2010/2011 em Saúde Oral nas Crianças e Jovens o índice de CPOD, aos 7 anos é de 0.53, 10 anos 2.09 e aos 13 anos é de 2.67. (Anexo III)

Quanto ao **Programa Nacional de Vacinação** (PNV), no ano 2010, segundo dados da USP, todas as coortes das crianças até aos dois anos e 7 anos, obtiveram, nos dois anos em avaliação, sempre **Coberturas Vacinais** superiores aos 97.0% no esquema recomendado pela DGS. Estas taxas de cobertura atingiram valores superiores a 98% quando avaliamos todas as coortes com o esquema cumprido de PNV, ou seja, quando avaliamos todas as crianças que foram vacinadas mesmo depois da data recomendada pela DGS. Estes valores, por serem superiores a 95 %, asseguram a imunidade de grupo. (Anexo III)

3 - DETERMINANTES DA SAÚDE: QUE ESCOLHAS FAZEMOS?

Segundo as características dos problemas de saúde existe uma causalidade comum com os estilos de vida saudável.

Estudos epidemiológicos revelam que uma grande parte dos problemas de saúde causadores de morte e morbidade estão relacionados com o estilo de vida pouco saudável, no qual se incluem os comportamentos de saúde. Se o estado de saúde está directamente relacionado com os comportamentos das pessoas, devemos procurar as vias mais adequadas para promover a adopção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais. Para isso, é necessário compreender os factores **determinantes** dos estilos de vida das pessoas e a necessidade de actuar globalmente, em todos os sistemas e subsistemas da vida humana, para se obterem mudanças de comportamento efectivas, sustentáveis e duradouras.

As doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental, como a depressão) constituem, hoje, a principal causa de morbidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São também estas doenças as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, 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, segundo o **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**.

Têm, como etiologia comum, um conjunto de factores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais. A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que se pode entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fundamental na génese da saúde individual e colectiva.

O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física, e a má gestão de stress, estão hoje, claramente identificados como sendo os principais factores implicados na origem destas doenças. Intervir sobre os determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas, e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados.

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, os locais de trabalho, cidades, 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.

A informação acerca dos principais determinantes da saúde e factores de risco, não se encontra actualmente disponível no Perfil Local de Saúde do ACeS Alto Tâmega e Barroso.

No entanto, no sentido de obter informações que de alguma forma caracterizassem alguns determinantes da saúde, a USP ATB, através do **Sistema de Informação da ARS (SIARS)**, disponível fins de Outubro, obteve valores de problemas de saúde 2010, mediante os utentes que utilizaram os serviços de saúde, calculada a taxa por mil inscritos, tais como:

Quadro nº 1 – Problemas de Saúde 2010 - SIARS

PROBLEMAS DE SAÚDE 2010 SIARS	2010		2010		2010		Total	
	Nº Problemas		Nº Utentes Inscritos		Problemas por 1000 inscritos %		Nº Utentes Inscritos	Problemas por 1000 inscritos %
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
Abuso do Tabaco	1284	1047	48597	52033	26,42	20,12	100630	23,16
Obesidade	763	1338	48597	52033	15,70	25,71	100630	20,88
Abuso Crónico do Álcool	1033	193	48597	52033	21,26	3,71	100630	12,18
Excesso de Peso	330	495	48597	52033	6,79	9,51	100630	8,20

- Abuso de Tabaco – mais acentuado no sexo masculino 26,42% do que no sexo feminino de 20,12%.
- Abusos de Álcool – a grande percentagem de problemas estão relacionados no sexo masculino 21,26% e no sexo feminino de 3,71%, o que acaba por contribuir na percentagem global.
- Obesidade – o maior numero de problemas no sexo feminino de 25,71%, o que contribui para a percentagem total e 15,70% no sexo masculino.
- Excesso de Peso – aumentada no sexo feminino de 9,51%, não muita diferenciada no sexo masculino 6,79%.

Recursos da Comunidade

No que concerne aos recursos da comunidade é imperioso identificar indivíduos, instituições, organizações de cidadãos, agências governamentais, recursos físicos e naturais, culturais e de lazer da comunidade, descrever e avaliar os recursos disponíveis que possam ser úteis à população. Todo este conhecimento gera um processo de continuidade e articulação com as diversas organizações, dando resposta às necessidades de saúde expressas pelos utentes.

A estrutura orgânica do ACeS ATB respeita o definido no Decreto-Lei 28/2008 pelo que inclui, além dos órgãos de gestão (Director Executivo e Conselho Executivo), do órgão de apoio técnico (Conselho Clínico) e do órgão consultivo (Conselho da Comunidade), 9 são Unidade de Cuidados Saúde personalizados (UCSP), 7 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade Saúde Familiar (USF), 1 Unidade Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a que se juntam dois serviços de apoio, Gabinete do Cidadão (GC) e Unidade de Apoio à Gestão (UAG).⁵

De acordo com a Portaria n.º 273/2009 de 18 de Março, que criou o ACES de Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso, os recursos humanos, identificados por grupo profissional, são os seguintes: 1 Director Executivo; 67 médicos Medicina Geral Familiar, 3 médicos de Saúde Pública, 124 Enfermeiros (11 para o SUB de Montalegre), 25 Técnicos de Diagnostico e Terapêutica, 16 Técnicos Superiores, 111 Assistentes Técnicos (5 para SUB de Montalegre), 88 Assistentes Operacionais.⁵

A unidade hospitalar de referência encontra-se em Chaves integrado no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD). A Unidade Hospitalar de Chaves dispõe: Serviço de Urgência, Consulta Externa, Bloco Operatório, Hemodiálise, Fisioterapia, Serviços de Internamento de Medicina e Cirurgia, Ortopedia, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Pediatria. Dispõe ainda de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório e uma Equipa de Apoio Domiciliário.

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na área geográfica do ACeS ATB existem 3 Unidades num total de 70 camas. No concelho de Chaves uma unidade de tipologia Média e Longa Duração com 30 camas. No concelho de Ribeira de Pena uma Unidade de Tipologia Longa Duração com 17 camas e no Concelho de Vila Pouca de Aguiar uma Unidade em articulação com CHTMAD que tem a tipologia de Paliativos 7 camas e de Convalescença 16 camas. Os Centros de Saúde dispõem de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados num total de 7. A Equipa Coordenadora Local de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados esta sediada Centro de Saúde Valpaços.

No ACeS ATB existem 22 Lares com acordos IPSS com 963 utentes internados e 17 Centros de Dia/Apoio Domiciliário com 285 utentes a frequentar. De salientar que existem 5 Lares com fins lucrativos, 3 no concelho de Chaves e 1 no concelho de Montalegre e outro no concelho de Valpaços.

Associação de apoio Deficientes do Alto Tâmega, sediada no concelho de Boticas, que tem duas valências. Lar com um total de internamento de 28 camas e Centro de Dia frequentado por 42 utentes.

O ACeS Alto Tâmega e Barroso, na avaliação de 2010/2011, o parque escolar é composto por 10 Agrupamentos Escolares, referentes à rede de ensino público. Uma comunidade escolar

⁵ Plano de Desempenho 2011 do ACeS Alto Tâmega e Barroso

com um total de 11.897 Alunos, 1.454 Professores, 610 Auxiliares de Acção Educativa. As equipas de saúde escolar são formadas por profissionais Enfermagem das Unidade Cuidados na Comunidade (UCC). Estas equipas desenvolvem programas e projectos atribuídos para as actividades do âmbito do Programa Nacional Saúde Escolar, em articulação e colaboração com a Unidade Saúde Pública.

4 - IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Um problema de saúde consiste num "...estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, o profissional de saúde ou a comunidade..."⁶

Na priorização das necessidades em saúde da região, foram tomados em consideração os seguintes critérios:

- Critérios de **magnitude**
(dimensão do problema utilizando com recurso a indicadores de mortalidade)
- Critério de **transcendência**
(trata-se de uma simples ponderação por grupos, neste caso, grupos etários, de maneira a valorizar as mortes por determinada causa nesses diferentes grupos)
- Critério de **vulnerabilidade**
(baseados numa perspectiva de avaliação do potencial de ou possibilidade de prevenção)

Critérios baseados numa perspectiva de benchmarking (as prioridades e as metas definidas no Plano Nacional de Saúde e as prioridades regionais/Carta de Missão do Presidente do Conselho Directivo da ARSN). Os critérios relacionados com as perspectivas social (nomeadamente, iniquidades, minorias, custo social) e económica (custos indirectos e benefícios para a economia, entre outros), ainda não foi possível utilizar, neste primeiro PLS.

- Mortalidade por Tumor Maligno da Mama Feminino
- Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares
- Doença Crónica Fígado e Cirrose
- Tumor Maligno do Cólon e Recto
- Tumor do Estômago
- Aparelho Digestivo Peritoneu
- Acidentes Transporte
- Tumor Maligno do Esófago
- Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão
- Taxa de incidência de Tuberculose
- Pneumonia

Para uma melhor compreensão do modo como, neste processo de decisão, foram utilizados os critérios atrás enunciados, passamos a expor, de um modo mais detalhado, alguns dos aspectos que poderão suscitar uma leitura ou interpretação mais difícil, nomeadamente:

⁶ pineault Pineault e Daveluy. La planification de la Santé. Concepts, méthodes et stratégiés. Montréal, 1989.

- O primeiro critério utilizado foi o da magnitude analisando-se, para tal, as taxas de mortalidade por triénios, desde o ano 2001 até dados referentes ao ano 2009 e a sua tendência evolutiva ao longo dos anos acima referidos;
- Utilizaram-se ainda como referências as metas 2010 do Plano Nacional de Saúde e do Plano Regional de Saúde da Região Norte. Foi analisado valor do ACeS e a distância para as referidas metas.

Foi também analisado o contributo, em termos percentuais, de cada causa de morte para a mortalidade prematura (geral e por sexo), bem como para a mortalidade evitável sensível aos cuidados médicos e sensível à promoção da saúde

O envelhecimento progressivo das populações como acontece marcadamente no ACeS, torna a mortalidade prematura cada vez mais importante, em termos da avaliação de potencial ganhos em saúde. A mortalidade evitável é também importante para a avaliação do potencial de intervenção dos serviços de saúde para a obtenção de ganhos em saúde. Esta análise permite-nos identificar causas e priorizar necessidades que de outra forma não seriam identificáveis.

A mortalidade é considerada uma medida directa das necessidades em cuidados de saúde, reflectindo a carga global da doença na população, não só em termos da incidência da doença, como da capacidade de a tratar. Daí a importância dos indicadores de mortalidade no processo de planeamento da saúde e dos serviços de saúde.

Na taxa de mortalidade para todas as idades e sexo, analisando apenas o último triénio, 2007-2009, a doença Cerebrovascular, incluída no grande grupo de causa das doenças do aparelho circulatório representa uma elevada magnitude, doença Isquémica do Coração, Diabetes Mellitus, tumor maligno do Cólon e Recto, tumor maligno do Estômago, doença Crónica do Fígado e Cirrose, são as causas de morte que apresentem maior magnitude no ACeS.

Na mortalidade prematura analisando apenas o último triénio, 2007-2009, a doença crónica do fígado e cirrose, tumor maligno da mama feminina, Doenças Cerebrovasculares, tumor maligno do Cólon e Recto, tumor maligno do Esófago. Tumor maligno do Estômago e Doença Isquémica do Coração são as que representam a maior magnitude.

O ACeS apresenta diferenças estatisticamente superiores quando comparado com a Região Norte nas doenças crónicas do fígado e cirrose e no tumor maligno do esófago, nos indivíduos do sexo masculino antes dos 65 anos. As mesmas patologias surgem nas taxas padronizadas para todas as idades e sexos, surgindo também a pneumonia.

Quadro nº2 – Identificação das Necessidades e Justificação

Identificar necessidades	Justificação
Menor mortalidade:	
Doença crónica Fígado e Cirrose (K70 e K73-74)	No triénio 2007-2009 as doenças do aparelho digestivo foram, no seu conjunto, responsáveis por mortalidade proporcional 6,4% em todas as idades e por 11,3% em idades prematuras (antes dos 64 anos de idade) ocorridas nesse período de tempo. • No mesmo triénio 2007-2009, a doença crónica do fígado e cirrose foi responsável por 19,6% (33,0% no sexo masculino) ocorridas em idades prematuras atribuíveis às doenças do aparelho digestivo, comparativamente com a RN 9,3%. • A cirrose do fígado está actualmente classificada como uma das causas de morte evitável sensíveis à promoção da saúde. O seu “peso relativo” na região Norte, no quinquénio 2001-2005 e em relação à totalidade das mortes evitáveis sensíveis à promoção da saúde era de 26,8%, ascendendo aos 36,3% para o sexo feminino.
Doenças Cerebrovasculares (I 60-169)	No quinquénio 2001-2005 e na região Norte as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 34,4% de todas as mortes e por 15,6% das mortes prematuras (antes dos 64 anos de idade) ocorridas nesse período de tempo. No mesmo quinquénio, as doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 52,2% (53,9% no sexo feminino) da mortalidade atribuível às doenças do aparelho circulatório . As doenças do aparelho circulatório são, na Europa, as principais doenças crónicas. Estas, no seu conjunto, são responsáveis por 60% das mortes ocorridas em todo o mundo (Organização Mundial da Saúde, 2008), bem como por 50,7% das mortes ocorridas na região Norte de Portugal e 51,9% das ocorridas no Continente, no período 2001-2005. As doenças cerebrovasculares são das principais doenças crónicas preveníveis e estão actualmente classificadas como uma das causas de morte evitável sensível aos cuidados médicos. O seu “peso” relativo na região Norte, no quinquénio 2001-2005 e na totalidade das mortes evitáveis sensíveis aos cuidados médicos, foi de 44,7%.
Tumor maligno da Mama Feminino (C50)	No quinquénio 2001-2005 registou-se uma evolução favorável da TMP por tumor maligno da mama feminina, face ao Continente. • Contudo, no mesmo período, o TMMF foi responsável por 8,4% de todas as mortes prematuras ocorridas em mulheres e por 22,2% das mortes prematuras atribuíveis aos tumores malignos nas mulheres constituindo, assim e nesse período, a principal causa específica de mortalidade prematura por tumores malignos nas mulheres. O TMMF é, actualmente, considerado como uma das causas de morte evitáveis sensíveis aos cuidados médicos. No período de tempo considerado, o seu “peso” relativo na região Norte e em relação à totalidade das mortes evitáveis sensíveis aos cuidados médicos ocorridas nas mulheres era de 36,7% e no conjunto de todas as mortes evitáveis nas mulheres era de 20% constituindo, assim e nesse período, a principal causa de morte evitável nas mulheres.
Tumor Maligno do Cólon e Recto (C18-C20)	Esta causa de morte TM do Cólon e Recto, apresenta a taxa bruta de mortalidade no último triénio 2007-2009 de 52,6% e no sexo masculino de 61,4%. Taxa bruta de mortalidade prematura 11,5%, superior a 3% da região norte. Mais evidente no sexo masculino com 13,6%.
Tumor Maligno do Estômago (C16)	O tumor maligno do estômago foi responsável por 13,5% (14,2% no sexo masculino) das mortes prematuras atribuíveis aos tumores malignos. No quinquénio 2001-2005 os valores da TMP foram estatisticamente superiores aos do Continente. Na taxa bruta de mortalidade no triénio 2007-2009 no ACeS é de 32,7%. No sexo masculino atinge 41,8%. Na taxa bruta de mortalidade prematura 8,1%, mas superior no sexo masculino com 9,4%.

5 - DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO

A noção de necessidade, no contexto de planeamento, pode-se expressar como "...a diferença entre aquilo que existe e aquilo que deveria existir⁷...", o que implica a definição de "...aquilo que deveria existir"..., através do recurso a quadros de referência (ou benchmarks) que, no caso específico do Plano Local Saúde, são as metas e prioridades definidas pelo Plano Regional de Saúde do Norte.

As necessidades requeridas para reduzir os problemas de saúde de uma população podem ser subdivididas em necessidades de saúde, necessidades de serviços e necessidades de recursos materiais e humanos

Após a identificação e priorização dos problemas de saúde, enumera-se as principais **Necessidades Técnicas de Saúde** da região ACeS Alto Tâmega e Barroso:

- 1) Diminuição Taxa de Mortalidade por Doença Crónica do Fígado e da Cirrose, antes dos 65 anos;
- 2) Diminuição Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular, antes dos 65 anos;
- 3) Diminuição Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama Feminino, antes dos 65 anos;
- 4) Diminuição Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Recto antes dos 65 anos;
- 5) Diminuição Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago, antes dos 65 anos;

As cinco **Necessidades Técnicas de Saúde** acima elencadas, foram obtidas após duas reuniões, (com a mesma metodologia, identificação e priorização dos principais problemas de saúde da população e, identificação dos Recursos e Estratégias) com os Coordenadores das Unidades (UCSP, URAP, UCC; USF) e com os interlocutores para USP, designados pelo Director Executivo, e em simultâneo com todos os profissionais saúde a desempenhar funções na Unidade Saúde Pública. (Anexo II)

É na diminuição da mortalidade e sobretudo no modelo de mortalidade por idades que se encontra a causa explicativa do envelhecimento no topo da pirâmide por idades. De facto os ganhos alcançados tornaram possível a sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas.

A taxa de mortalidade pode ser melhorada reduzindo o risco da população (por exemplo e conforme os problemas de saúde em causa, encorajando a prática de estilos de vida mais saudáveis, a diminuição da exposição ao fumo do tabaco e a diminuição ou cessação de

⁷ Pineault e Daveluy. La planification de la Santé. Concepts, méthodes et stratédigs. Montréal, 1989.

comportamentos de risco, entre outros), aumentando a precocidade do diagnóstico da(s) doença(s) e melhorando a efectividade do seu tratamento. (ARS Norte, 2009 – 2010).

Entende-se por determinantes da saúde os factores que alteram a probabilidade de ocorrência de doença ou morte evitável ou prematura. Podem ser classificados em sócio-demográficos, biológicos ou endógenos, ambientais, estilos de vida e sistemas de cuidados de saúde.

No processo da identificação e priorização dos problemas de saúde da região, identificaram-se os principais determinantes da saúde associados aos problemas de saúde identificados:

Quadro nº3 - Determinante da Saúde - Doença Crónica do Fígado e Cirrose

Problema de Saúde	Determinantes da Saúde	
	Factores Risco	Factores de Protecção
Doença Crónica do Fígado e Cirrose (K70 e K73-74)	Genéticos Sexo Ambiente sócio-cultural Alcoolismo crónico Comportamentos sexuais de risco Causas infecciosas (virais) Consumo de drogas e medicamentos Início consumo de álcool em idades jovens	Alimentação saudável Vacinação Consulta Alcoologia

Quadro nº4 - Determinante da Saúde - Doenças Cerebrovasculares

Problema de Saúde	Determinantes da Saúde	
	Factores Risco	Factores de Protecção
Doenças Cerebrovasculares (I60-169)	História familiar/ Factores genéticos Idade Stress Tabagismo Alcoolismo Obesidade abdominal Diabetes Mellitus Maus Hábitos Alimentares(excesso de sal, gorduras, açúcar) Hipertensão Arterial Hipercolesterolemia Inactividade física/ Sedentarismo Factores genéticos	Alimentação saudável Actividade física Consulta de vigilância precoce de HTA Exames de rotina em idades jovens Via Verde Controlo das Dislipidemias Literacia em saúde Controlo factores ambientais adversos.

Quadro nº5 - Determinante da Saúde - Tumor Maligno da Mama Feminino

Problema de Saúde	Determinantes da Saúde	
	Factores Risco	Factores de Protecção
Tumor Maligno da Mama Feminino (C50)	História familiar / Genético Idade Menarca (menarca precoce antes 12 anos) Menopausa (menopausa tardia, após 55 anos) Doenças benignas mamárias Idade da 1ª gestação de termo Nuliparidade Consumo de bebidas alcoólicas Inactividade física Excesso de peso e obesidade	Aleitamento materno Alimentação saudável Actividade física

Quadro nº6 - Determinante da Saúde - Tumor Maligno do Cólon e Recto

Problema de Saúde	Determinantes da Saúde	
	Factores Risco	Factores de Protecção
Tumor Maligno do Cólon e Recto (C18-C20)	Sexo Genéticos Tabagismo Consumo de álcool Maus hábitos alimentares (gorduras, salgados, carnes vermelhas) Pobre em cálcio e fibras. Infecção Helicobacter pylori Obesidade Doença de Crohn ou colite ulcerosa	Actividade física Alimentação saudável – rica em: fibras, vegetais e fruta

Quadro nº7 - Determinante da Saúde - Tumor Maligno do Estômago

Problema de Saúde	Determinantes da Saúde	
	Factores Risco	Factores de Protecção
Tumor Maligno do Estômago (C16)	Sexo Idade Tabagismo Consumo de álcool Alimentação deficitária Infecção Helicobacter Pylori Obesidade Baixo nível socioeconómico	Alimentação saudável – rica em fibras, frutas cítricas, vegetais crus Actividade física regular

Para a OMS-Europa, a doença coronária, a doença cerebrovascular, a diabetes, o cancro, doenças infecciosas (VIH/sida, Infecções Sexualmente Transmissíveis) e as dependências (álcool e drogas), são as principais doenças preveníveis, susceptíveis aos cuidados de saúde.

Os principais factores de risco agora identificados, vão ao encontro dos principais factores de risco identificados da OMS-Europa, que por ordem decrescente são a hipertensão arterial, o

tabaco, o álcool, a hipercolesterolemia, o excesso de peso, o baixo consumo de fruta e vegetais e a inactividade física.

Usufruímos da necessidade de diminuir a probabilidade de ocorrência de doença e morte das diferentes necessidades de saúde anteriormente identificadas e priorizados pretende-se no ACeS promover a, diminuir o consumo excessivo de álcool, diminuir o consumo de tabaco, diminuir o excesso de peso e obesidade, promover a alimentação saudável, aumento do consumo de frutas e legumes, aumentar os hábitos de prática regular de exercício físico, promover o aleitamento materno, e aumentar a precocidade na identificação da doença.

A pesquisa dos determinantes da saúde, dos problemas de saúde identificados e priorizados, baseada na evidência científica disponível podemos constatar que existem factores de risco e de protecção comuns aos vários problemas de saúde. Com o desenvolvimento das ciências da saúde, vem provar que a morte ocorrida em idades precoce, deve-se essencialmente em grande parte a doenças causadas ou agravadas pela ignorância dos factores que as causam.

A maior parte das doenças resultam de um estilo de vida inapropriado e de factores de risco modificáveis.

6 - ESTRATEGIAS DE SAÚDE

A selecção das estratégias de saúde adoptadas face às necessidades de saúde prioritizadas pretende identificar os processos e as técnicas mais adequadas para reduzir os problemas de saúde, satisfazendo desse modo as necessidades de saúde prioritárias da população.

Pretende-se propor novas formas de actuação que permitam alcançar os objectivos fixados e inverter a tendência de evolução natural dos problemas de saúde.

- Quais os processos/técnicas mais adequados para reduzir os problemas de saúde/satisfazer as necessidades de saúde prioritárias da população?

A estratégia de saúde pode não ser uma estratégia respeitante ao domínio exclusivo dos serviços de saúde, pode requerer a colaboração dos municípios, das escolas, etc. Mas embora a execução da estratégia possa não pertencer exclusivamente ao sector da saúde, cabe a este, a proposta da estratégia bem como a função de dinamizar a sua implementação.

Apresentam-se no quadro seguinte, as estratégias de saúde propostas para ir ao encontro das necessidades de saúde identificadas e prioritizadas:

Quadro nº8 – Necessidade Saúde – Estratégia de Saúde

Necessidade Saúde	Estratégia de Saúde	Quem disponibiliza Recursos
Menor mortalidade em:		
Doença crónica Fígado e Cirrose	Disponibilizar Formação aos Profissionais	ARSN/ACeS/IDT
	Consulta descentralizada em articulação com o Centro de Respostas Integradas (CRI)	ARSN/ACeS/IDT
	Criar /implementar Consulta de Alcoologia (problemas ligados ao álcool)	ARSN/ACeS
	Programa de Alimentação Saudável nas Escolas - PASSE	DSP/ACeS/Escolas/Autarquia
	Programa de Educação Sexual nas Escolas - PRESSE	DSP/ACeS/Escolas
	Programa Escolas livres de Tabaco - PELT	DSP/ACeS/Escolas
	Vacinação	ACeS
Doenças Cerebrovasculares	Avaliação Risco Cardiovascular	ACeS
	Avaliação IMC em Todas as Idades	ACeS
	Consulta Hipertensão Arterial (HTA)	ARSN/ACeS
	Consulta Diabetes	ARSN/ACeS
	Consulta de Cessação tabágica	ARSN/ACeS
	Programa de Promoção de Exercício Físico Regular	ACeS/Escolas/Autarquia
	Programa de Alimentação Saudável nas Escolas - PASSE	DSP/ACeS/Escolas
	Programa Escolas livres de Tabaco – PELT	DSP/ACeS/Escolas
Tumor Maligno da Mama Feminino	Consulta de rastreio oncológico (medico MGF/ enfº família)	ACeS
	Rastreio seguindo as normas da DGS - Mamografia de 2/2 anos (mulheres 50 aos 69	ARSN/ACeS/LPLCC
	Monitorização das mulheres que não faz o Rastreio;	ACeS
	Promover Aleitamento Materno;	ACeS (Médico/Enfermeiro)
	Reforçar Ensino Auto Exame da Mama;	ACeS (Médico/Enfermeiro)
Tumor Maligno do Cólon e Recto	Consulta de Doença Oncológica	ARSN/ACeS
	Diagnostico Precoce da doença:	
	Ø Rastreio (PSOF - entre 50 aos 74 anos de idade, 2/2 anos)	ACeS
	Ø Seguindo os critérios EDB (para a doença oncológica)	
	Programa de Promoção de Exercício Físico Regular;	DSP/ACeS/Escolas/Autarquia
	Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;	DSP/ACeS/Escolas/Autarquia
Tumor Maligno do Estômago	Consulta de Doença Oncológica	ARSN/ACeS
	Consulta de Cessação Tabágica	ACeS
	Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;	DSP/ACeS/Escolas/Autarquia
	Programa de Promoção de Exercício Físico Regular;	ACeS/Escolas/Autarquia
	Programa Escolas livres de Tabaco – PELT;	DSP/ACeS/Escolas/Autarquia

7 - OBJECTIVOS DE SAÚDE 2011-2016

No processo de construção dos Planos Locais de Saúde temos sentido que existem dificuldades ao nível da **projectão de indicadores**, passo essencial para apoiar a quantificação dos objectivos de saúde para 2016 (metas). Neste sentido, o Departamento Saúde Pública disponibilizou uma ferramenta em Excel, elaborada pela USP da ULS de Matosinhos, que permite a projecção de indicadores de mortalidade de acordo com a metodologia proposta nos documentos e também divulgados no microsite do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS).

O ficheiro foi desenvolvido a pensar nos indicadores de mortalidade, podendo, contudo, ser adaptado a outros indicadores.

Uma vez que a responsabilidade pela elaboração do PNS foi transferida do ex-Alto Comissariado da Saúde para a Direcção Geral da Saúde, esta metodologia poderá, eventualmente, vir a sofrer alterações no futuro.

Por último, gostaríamos de chamar a atenção para algumas considerações de natureza metodológica, nomeadamente:

A projecção é uma estimativa de valores futuros baseada em dados observados. Tendo em conta que alguns indicadores são, já por si, estimações com algum erro, a projecção acarreta um grau de incerteza ainda maior.

- Idealmente deveriam ser aplicadas diferentes técnicas de projecção e não apenas a regressão exponencial, de acordo com as diferentes séries de dados dos indicadores. Contudo, no contexto actual, tal seria difícil implementar a nível local e a curto prazo;
- Apesar das limitações existentes, essencialmente porque a projecção é aplicada a séries históricas curtas, a metodologia utilizada na previsão é, sem dúvida, **mais um importante instrumento** (não o único!) para a quantificação dos objectivos de saúde (*metas*);
- As projecções devem ser monitorizadas e revistas sempre que necessário.

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

Os objectivos de saúde do ACeS Alto Tâmega e Barroso 2011/2016, são objectivos de saúde que se traduzem em objectivos de resultado ou impacto.

- Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doenças Crónica do Fígado e Cirrose de 22.7 /10⁵ para 13.6 /10⁵ nos utentes <65 anos em ambos os sexos, no ACeS Alto Tâmega e Barroso, no período de 2011 a 2016.
- Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular, de 13.3/ 10⁵ para 6.2/10⁵ nos utentes <65 anos em ambos os sexos, no ACeS Alto Tâmega e Barroso, no período de 2011 a 2016.
- Diminuir o Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama Feminina, de 18.0 /10⁵ para 12.0 /10⁵, em mulheres <65 anos, no ACeS Alto Tâmega e Barroso, no período de 2011 a 2016.⁸
- Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Recto, de 11.5 /10⁵ para 7.6/ 10⁵, nos utentes <65 anos em ambos os sexos, no ACeS Alto Tâmega e Barroso, no período de 2011 a 2016.
- Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago, de 8.1 / 10⁵ para 6.0 /10⁵, nos utentes <65 anos em ambos os sexos, no ACeS Alto Tâmega e Barroso, no período de 2011 a 2016.

⁸ Projecção baseada para Região Norte. Os valores que obtêm para o TMMF não se ajustam à realidade e, neste caso, a regressão exponencial **não** é o melhor modelo para ajustar os dados. No que diz respeito à projecção efectuada com recurso à regressão exponencial foram feitas algumas considerações de natureza metodológica, nomeadamente que “idealmente deveriam ser aplicadas diferentes técnicas de projecção e não apenas a regressão exponencial, de acordo com as diferentes séries de dados dos indicadores” e que “apesar das limitações, essencialmente porque a projecção é aplicada a séries históricas curtas, a metodologia utilizada na previsão é **mais** uma importante ferramenta”, mas não a única (nem deve ser usada de forma “cega”). Consultamos a base anual dos óbitos e percebemos que no ano de 2007 observaram-se quase o dobro dos óbitos dos anos adjacentes, o que levou a um aumento dos óbitos (e respectivas taxas) para os últimos 3 triénios. O que sugerimos que possa ser feito é: uma vez que para os 4 primeiros triénios os valores do ACeS são próximos dos valores regionais e que apenas nos últimos 3 triénios esses valores diferiram, em virtude dos óbitos observados em 2007 (é provável que não havendo um excesso de óbitos em 2010 os valores das taxas de mortalidade para o triénio de 2008-2010 possam voltar para próximo dos valores dos 4 primeiros triénios), Podem considerar a região Norte como referência para a quantificação do respectivo objectivo de saúde. Nas considerações de natureza metodológica também referimos que “as projecções devem ser monitorizadas e revistas sempre que necessário”.

Dr.^a Carolina Teixeira, Dr.^a Manuela Felício, Dr. Vasco Machado, Departamento Saúde Pública, ARSNorte

8 - RECOMENDAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO

As recomendações que agora se apresentam resultam da evidência disponibilizada pelo Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, em vários documentos já anteriormente referidos, e também da análise do Diagnóstico de Situação de Saúde do ACeS Alto Tâmega e Barroso. Daqui se partiu para a identificação e necessidades de saúde e dos recursos da comunidade.

Efectuou-se a avaliação prognóstica dos problemas de saúde priorizados e definiram-se as estratégias face às necessidades de saúde identificadas.

Assim a USP, entende serem importantes as seguintes recomendações:

- ✓ Promover e investir nos programas de Promoção e Protecção da Saúde;
- ✓ Manter as actividades recomendadas pelo Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas;
- ✓ Monitorizar as mulheres que não fazem rastreio, mama, reforçando as convocatórias, identificando quais as dificuldades e minimizar se possível os obstáculos que condicionam a realização do rastreio;
- ✓ Criar no ACeS pelo menos uma Unidade com consulta de Problemas Ligados ao consumo excessivo de Álcool;
- ✓ Providenciar formação aos profissionais de saúde no âmbito dos problemas ligados ao consumo álcool;
- ✓ Reforçar a área de intervenção da prevenção e tratamento da dependência alcoólica em colaboração com o CRI/Chaves, para uma consulta descentralizada em pelo menos um concelho;
- ✓ Criar condições para a consulta de cessação tabágica nas Unidades Funcionais;
- ✓ Promover a implementação de todos os programas Regionais do Departamento Saúde Pública, em todos os estabelecimentos de ensino público;

9 - PLANO DE M&A DO PLS DO ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO

A monitorização e avaliação (M&A) do PLS deve ser uma parte integrante da gestão, de contribuição de gerir os programas com maior efectividade e aumentar a qualidade da gestão. Os resultados obtidos são informações valiosas para as futuras fases do PLS e ao longo destes anos devem ser analisados, avaliados e melhorados, consoante as intervenções planeadas vão aumentando.

Segundo a metodologia do planeamento da saúde, "... avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objectivo e o objectivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão."⁹

Para o presente Plano Local de saúde, os momentos de avaliação, as datas propostas, são as seguintes:

- 2011 (INICIO)
- 2013 (AVALIAÇÃO INTERCALAR)
- 2016 (AVALIAÇÃO FINAL)

A monitorização será feita anualmente e na avaliação serão utilizados os indicadores – chaves seleccionados, que vão medir os objectivos de saúde fixados.

Pela área funcional, será a Unidade Saúde Pública e o gestor do planeamento em saúde, a realizar o processo de monitorização e avaliação nas datas acima referidas, o qual deverá ser partilhado com o Concelho Clínico, para a implementação de medidas eventualmente necessárias.

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

⁹ Imperatori e Giraldes. Metodologia do Planeamento em Saúde. Lisboa, 1993.

Mortalidade por Doença Crónica do Fígado e Cirrose

Necessidade de Saúde	Objectivos de Impacto	Indicadores de Impacto	Objectivos de Outcome	Indicadores de Outcome	Fonte dos Dados
Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doença Crónica do Fígado e Cirrose	Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doenças Crónicas do Fígado e Cirrose de 22.7 /10 ⁵ para 13.6 /10 ⁵ nos utentes <65 anos em ambos os sexos, no ACeS Alto Tâmega e Barroso, no período de 2011 a 2016	Taxa de Mortalidade na população < 65 anos, por Doença Crónica do Fígado e Cirrose	Reduzir em 15%, no ano 2016, o número de indivíduos inscritos com problemas consumo de álcool, na população < 65 anos	Nº de utentes inscritos < 65 anos com Problemas consumo de álcool/Nº total da população < 65 anos *100	SIARS
				Nº de utentes inscritos < 65 anos com Problemas consumo de álcool, por sexo /Nº total da população < 65 anos por sexo*100	SIARS
			Aumentar as taxas de cobertura vacinal para 99%, no ano 2016, nas coortes até aos dois anos e sete anos	% de Crianças com PNV actualizado (esquema recomendado) aos 2 e aos 7 anos de idade	SINUS

Doenças Cerebrovasculares

Necessidade de Saúde	Objectivos de Impacto	Indicadores de Impacto	Objectivos de Outcome	Indicadores de Outcome	Fonte dos Dados
Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares	Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular, de 13.3/10 ⁵ para 6.2/10 ⁵ , nos utentes <65 anos em ambos os sexos, no ACeS Alto Tâmega e Barroso, no período de 2011 a 2016	Taxa de Mortalidade na população < 65 anos, por Doenças Cerebrovasculares	Aumentar 60%, até ao ano 2016, nº de utentes < 65 anos, HTA inscritos com registo de pressão arterial e IMC.	% Hipertensos < 65 anos, com registo de pressão arterial nos últimos 6 meses;	SIARS
				% de Hipertensos < 65 anos com registo de IMC nos últimos 12 meses	SIARS
			Aumentar em 60%, até ao ano 2016, o registo de IMC nos utentes inscritos < 65 anos	% nº utentes < 65 anos inscritos com registo IMC nos últimos 12 meses	SIARS
			Aumentar em 60%, até ao ano 2016, nº de utentes Diabéticos inscritos com registo de 3 HbA1C no último ano	% nº utentes < 65 anos inscritos por Diabéticos, com pelo menos 3 HbA1C registadas no último ano;	SIARS
			Aumentar em 80%, até ao ano 2016, o registo de risco cardiovascular nos utentes inscritos < 65 anos	Nº de utentes com registo de risco cardiovascular por grupo etário	SIARS
			Aumentar em 20%, até ao ano 2016, o nº de utentes inscritos < 65 anos, inscritos em programa de exercício físico	Nº de utentes inscritos < 65 anos, inscritos em programa de exercício físico	SIARS
			Reduzir em 15%, até ao ano 2016, o nº de utentes inscritos < 65 anos, com consumo	Nº de utentes inscritos com registo de consumo abusivo de álcool	SIARS
			Reduzir em 10%, até ao ano 2016, o nº de utentes inscritos < 65 anos, com consumo de	Nº de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco	SIARS
			Reduzir em 30%, até ao ano 2016, o nº de utentes inscritos < 65 anos, Obesidade	Nº de utentes inscritos com registo de obesidade	SIARS
			Reduzir em 30%, até ao ano 2016, o nº de utentes inscritos < 65 anos, Excesso de peso	Nº de utentes inscritos com registo de excesso de peso	SIARS

Tumor Maligno Mama Feminina

Necessidade de Saúde	Objectivos de Impacto	Indicadores de Impacto	Objectivos de Outcome	Indicadores de Outcome	Fonte dos Dados
Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno Mama Feminina	Diminuir o Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama em mulheres com idades inferiores a 65 anos, de 18.0/10 ⁵ para 12.0/100 000, no ACeS Alto Tâmega Barroso, entre 2011 e 2016	Taxa de Mortalidade na população < 65 anos, por TM mama feminina	Aumentar em 60% até ao ano 2016, a proporção de mulheres com idade entre os 45 e os 69 anos, rastreadas para o cancro da mama	N.º de mulheres com idade entre os 45 e os 69 anos, rastreadas para o cancro da mama/N.º de mulheres inscritas com idades entre ao 45 e os 69 anos*100.	SIARS
				N.º de mulheres com idade entre o 45 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos /n.º de Mulheres com > 45 e <69 anos*100.	SIARS
			Aumentar em 80%, até ao ano 2016, o n.º de mulheres na avaliação Auto exame da mama	N.º de mulheres com registo de ensino Auto exame da Mama nos últimos 2 anos /n.º de Mulheres inscritas em idade ferti *100.	SIARS SAPE

Tumor Maligno Cólon e Recto

Necessidade de Saúde	Objectivos de Impacto	Indicadores de Impacto	Objectivos de Outcome	Indicadores de Outcome	Fonte dos Dados
Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Recto	Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Recto, de 11.5/10 ⁵ , para 7.6/10 ⁵ , nos utentes < 65 anos em ambos os sexos, no ACeS Alto Tâmega Barroso, entre 2011 e 2016.	Taxa de Mortalidade na população < 65 anos, por TM Cólon e Recto	Aumentar em 20%, no ano 2016, nº utentes com idades entre 50 e os 65 anos, rastreados para doenças Oncologicas TMCR	Nº utentes com registo de PSOF, nas idades > 50 < 65 anos/n.º de utentes nas idades > 50 < 65 anos *100	SIARS
				Nº utentes com registo de Colonoscopia nos últimos 5 anos, entre > 50 < 65 anos/n.º Total de utentes com idade compreendidas > 50 < 65 anos *100	SIARS
				Nº de utentes inscritos < 65 anos com Problemas consumo de álcool/Nº total da população < 65 anos *100	SIARS
				Nº de utentes inscritos < 65 anos com Problemas consumo de Tabaco/Nº total da população < 65 anos *100	SIARS
				Nº de utentes inscritos < 65 anos com Problemas Excesso de Peso/Nº total da população < 65 anos *100	SIARS
				Nº de utentes inscritos < 65 anos com Problemas Obesidade/Nº total da população < 65 anos *100	SIARS

Tumor Maligno Estômago

Necessidade de Saúde	Objectivos de Impacto	Indicadores de Impacto	Objectivos de Outcome	Indicadores de Outcome	Fonte dos Dados
Diminuir a Taxa de Mortalidade de Tumor Maligno do Estômago	Diminuir a Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago, de 8.1 / 10 ⁵ para 6.0 /10 ⁵ , nos utentes <65 anos em ambos os sexos, no ACeS Alto Tâmega e Barroso, no período de 2011 a 2016	Taxa de Mortalidade na população < 65 anos, Por TM Estômago	Reduzir em 30%, até ao ano 2016, o número de indivíduos inscritos com excesso de peso, na população	Nº de utentes inscritos com registo de excesso de peso	SIARS
			Reduzir em 20%, até ao ano 2016, o número de indivíduos inscritos com Obesidade, na população	Nº de utentes inscritos com registo de obesidade	SIARS
			Reduzir em 10%, até 2016, o número de indivíduos inscritos com abuso de tabaco, na população.	Nº de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco	SIARS
			Reduzir em 20%, até ao ano 2016, o número de indivíduos inscritos com problemas consumo de álcool, na população.	Nº de utentes inscritos com registo problemas consumo de álcool	SIARS

10 - COMENTÁRIOS FINAIS

Assiste-se em Portugal, a um crescimento contínuo da população, tendo o ritmo acelerado a partir do final dos anos noventa, para se tornar mais lento em 2004. Esta evolução resulta dos fortes fluxos de entrada no País, quer na forma de imigrantes com nacionalidade estrangeira quer na forma de regresso de portugueses. Desde 1994, que o saldo migratório excede largamente o saldo natural. Há mais de vinte anos que a fecundidade é baixa, com um nível inferior ao exigido para substituir as presentes gerações de pais, ou seja, cerca de 2,1 crianças por mulher. A esperança de vida conhece ganhos significativos, sobretudo entre os homens, diminuindo a diferença da vida média entre homens e mulheres. As grandes mudanças na fecundidade e na mortalidade durante a segunda metade do século passado, aceleraram o processo de envelhecimento da população residente em Portugal. Desde 2000 que a proporção de pessoas idosas excede a de população jovem. Dentro da população idosa, maioritariamente feminina, o ritmo de crescimento é mais forte na mais idosa.

As projecções disponíveis no INE apontam para a diminuição da população e para a progressão do fenómeno do envelhecimento, mesmo na hipótese de os níveis de fecundidade aumentarem e os saldos migratórios continuarem positivos. O envelhecimento demográfico e a imigração são os grandes desafios que a sociedade portuguesa enfrenta e para os quais se tem que encontrar respostas de modo a garantir uma sociedade inclusiva para todos.

Os sistemas de informação do Serviço Nacional de saúde, tem vindo a ser melhorados na recolha de dados, que procuram informação sobre as patologias que com maior frequência afectam a população inscrita. Estamos no caminho da informatização que se torna cada vez mais importante, não só para facilitar a recolha de dados e avaliação do trabalho das equipas nucleares de saúde.

Pretende-se assim, desenvolver esforços para a aplicação de medidas ou acções de âmbito multisectorial, dirigidas às populações consideradas de risco, no domínio da promoção da saúde, prevenção da doença e no acesso aos cuidados de saúde, abarcando, designadamente, doenças resultantes do consumo excessivo de tabaco e de álcool, bem como a criação de mecanismos especiais para populações em situação de exclusão social em que se verifica uma maior vulnerabilidade à doença e seus factores determinantes.

Sendo este o primeiro Plano Local de Saúde elaborado por esta equipa de Saúde Pública, em colaboração com os representantes da Comunidade, coordenadores das unidades funcionais, interlocutores da Saúde Pública, trouxe uma experiencia muito valiosa, pois procurou assentar na identificação das principais necessidades de saúde da região. Não só definiu e quantificou a mudança desejada, centrando-se no planeamento das necessidades de saúde e nos ganhos em saúde.

Este documento integra e facilita a coordenação e colaboração de todos os sectores da saúde, na sua riqueza interdisciplinar, na co-participação da comunidade, e está sempre em actualização permanente. É um documento que pretende contribuir para a construção da visão estratégica do ACeS Alto Tâmega e Barroso e assim orientar para o planeamento em saúde no plano de actividades e plano de desempenho, assim como das respectivas unidades funcionais.

A seguinte etapa será efectuada na apresentação do PLS aos profissionais e parceiros da comunidade.

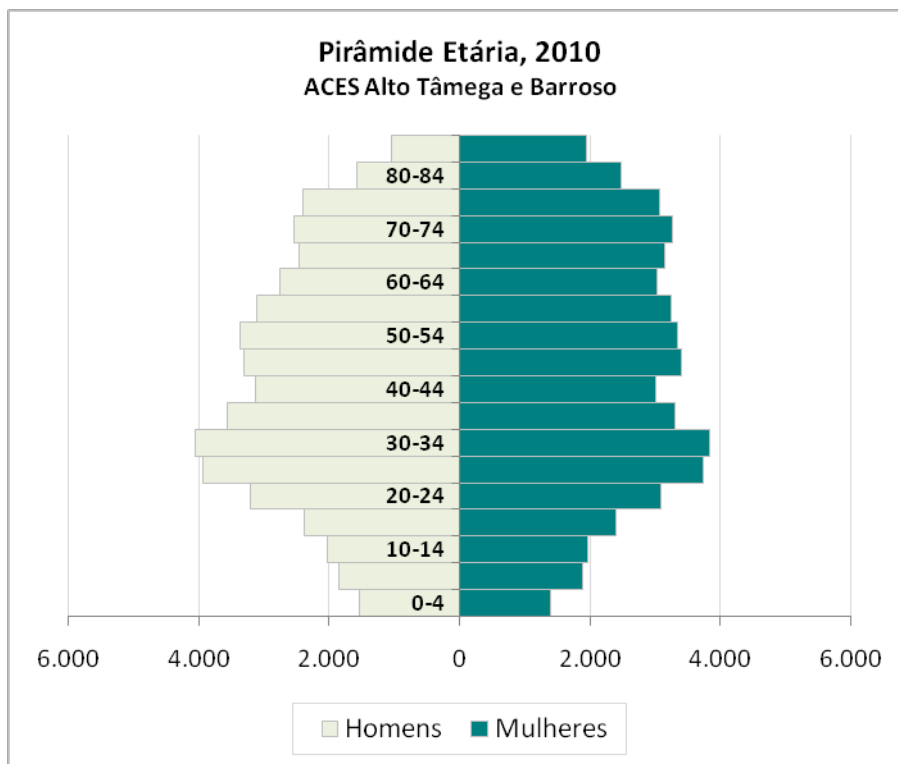
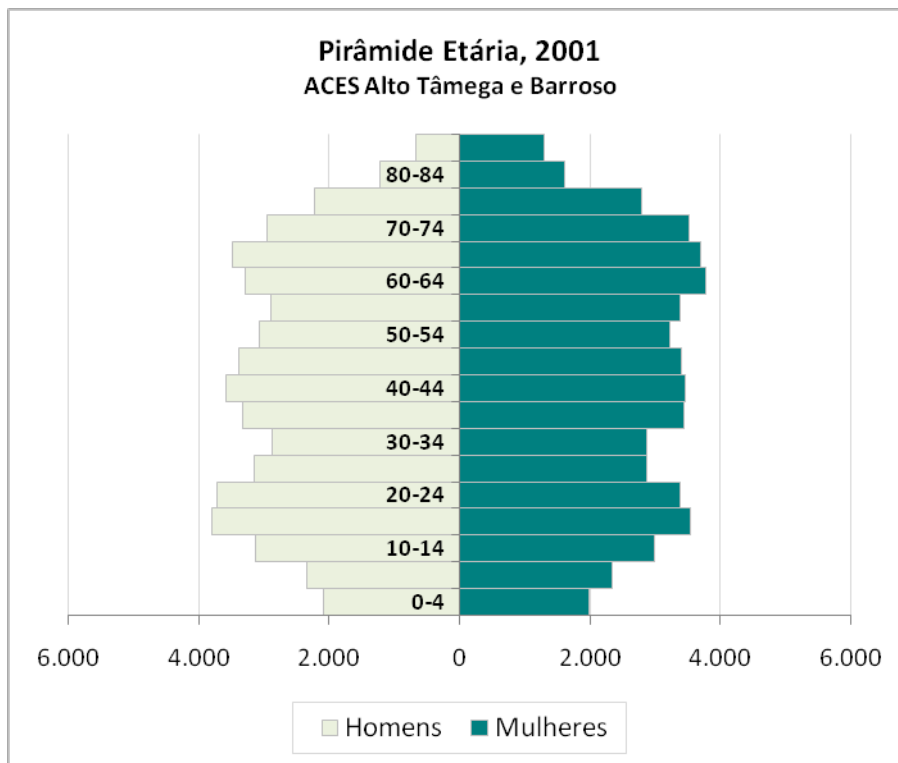
11 - BIBLIOGRAFIA

- ACeS Alto Trás-os-Montes, Alto Tâmega e Barroso, Plano de Desempenho, 2011.
- Alto-Comissário da Saúde – Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/2010. Ministério da Saúde. Julho 2009. Pag.1-23.
- Alto-Comissário da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Estratégias para a Saúde, V. Cadernos do PNS, 3) Indicadores e Metas em Saúde. Versão discussão. Abril 2011, pág. 2-47.
- ARS Norte - Departamento da Saúde Pública – Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010.
- ARS Norte, Ministério da Saúde – Perfis de Saúde da Região Norte, Perfil Local de Saúde de 2009- ACES Alto Tâmega e Barroso.
- DECRETO-LEI nº 28/2008. D.R. I Série. 38(22/02/2008) – Cria os agrupamentos Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabelece o regime de organização e funcionamento, pág. 1182/1189.
- DECRETO-LEI nº 81/2009. D.R. I Série. 65(02/04/2009) – Estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, pág. 2058/2062.
- DGS – Programa Nacional Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde/Rel. com estilos de vida- http://static.publico.pt/docs/pescemediia_2003.pdf.
- Garcia, Ana Cristina - Estratégias de acção e planeamento em Saúde - Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, Unidade de Planeamento em Saúde. Porto, 26 de Maio de 2011 (Informação de suporte para a elaboração do PLS).
- Imperatori E, Giraldes MR. Metodologia do Planeamento da Saúde – manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição. Lisboa ENSP, 1993.
- Machado Vasco, Lima Graça, Teixeira Carolina e Felicio Manuela Mendonça - Carga Global da Doença na Região Norte de Portugal. Administração Regional de Saúde do Norte, Ministério da Saúde. Abril 2011. Porto.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.pag.1-13.
- PINEAULT R. e DEVELUY C. - La planification de la santé. Concepts, méthodes et .stratédigs. Montréal, Agence d'arc, 1989.

12 - ANEXOS

Anexo I - Pirâmides Etárias 2001/2010

2001/2010



Anexo II - MORTALIDADES

Taxa Bruta Mortalidade em todas as idades e ambos os sexos

Todas as Idades, Ambos os Sexos							
TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (/100000 HABITANTES)							
	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	1329,8	1300,1	1280,4	1260,7	1307,0	1293,9	1329,5
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	210,1	198,0	192,7	193,7	199,7	188,5	163,4
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	18,6	14,4	15,7	14,1	19,0	20,4	21,9
Tuberculose	4,2	2,6	2,6	2,2	3,2	3,6	2,9
VIH / sida	2,2	1,9	1,6	0,6	1,6	1,6	2,0
Tumores Malignos	262,4	253,5	258,4	252,1	266,1	269,6	282,0
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	6,4	5,5	4,2	5,5	5,8	6,5	5,2
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	117,9	109,4	115,4	112,1	118,4	116,8	128,4
Tumor Maligno do Esófago	6,1	5,8	7,1	7,7	9,0	9,1	9,5
Tumor Maligno do Estômago	36,9	32,4	35,3	36,3	35,5	30,8	32,7
Tumor Maligno do Cólon e Recto	47,2	42,0	42,0	40,5	43,9	46,7	52,6
Tumor Maligno do Pâncreas	10,9	11,9	11,2	10,6	11,0	11,0	12,4
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	31,2	30,5	26,0	29,6	32,6	31,8	31,7
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	27,0	26,6	22,8	26,3	28,1	26,3	23,5
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	15,1	15,1	15,7	15,7	19,0	23,0	21,6
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários	53,3	49,1	48,7	46,6	48,1	51,3	48,0
Tumor Maligno da Bexiga	8,0	6,7	8,0	8,7	8,7	10,1	8,5
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.	19,9	21,5	23,7	21,2	22,9	19,5	22,2
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoéticos	17,0	19,6	20,5	17,3	15,2	17,2	21,6
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	47,2	50,4	42,3	47,2	52,3	58,1	66,3
Diabetes Mellitus	41,4	44,0	37,5	40,5	43,9	48,3	52,9
Doenças do Aparelho Circulatório	454,2	426,4	401,4	384,2	395,4	398,1	422,6
Doença Isquémica do Coração	83,2	78,9	78,2	74,2	67,4	60,7	56,5
Doenças Cerebrovasculares	226,4	210,2	185,6	176,3	179,7	187,2	203,3
Doenças do Aparelho Respiratório	114,7	120,6	127,9	127,2	132,2	128,8	138,9
Pneumonia	44,6	45,6	48,1	49,5	51,3	53,5	53,9
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada, Enfisema e Asma	8,7	9,9	10,9	11,2	14,8	14,6	16,3
Doenças do Aparelho Digestivo	83,2	82,5	82,1	81,6	85,8	83,4	85,0
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	44,0	37,9	36,2	32,4	37,4	38,9	39,9
Causas Externas de Mortalidade	56,9	61,0	60,3	58,5	58,4	59,4	60,1
Acidentes de Transporte	19,3	20,2	17,3	14,8	14,2	12,7	12,1
Acidentes de Veículos a Motor	19,0	19,6	16,0	13,2	11,9	10,4	9,8
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	5,8	5,8	6,1	5,5	4,8	4,9	6,9

Fonte: INE

Taxa Bruta Mortalidade < 65 anos em ambos os sexos

Prematura (< 65 anos), Ambos os Sexos

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (/100000 HABITANTES)

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	311,3	276,7	265,0	246,6	256,9	260,0	259,9
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	28,2	19,5	22,5	30,1	38,7	41,5	38,0
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	10,4	7,5	4,6	2,1	4,6	6,4	6,8
Tuberculose	3,3	1,7	0,8	0,0	1,7	1,7	2,1
VIH / sida	2,9	2,5	1,7	0,4	1,7	1,7	2,1
Tumores Malignos	78,8	72,2	71,5	70,6	76,1	80,5	91,5
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	3,3	2,9	1,7	4,6	3,8	4,7	2,6
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	32,3	27,8	27,9	26,3	29,4	30,5	37,2
Tumor Maligno do Esôfago	4,1	4,6	4,6	4,6	4,6	4,7	5,1
Tumor Maligno do Estômago	9,9	8,3	10,0	8,8	9,7	6,8	8,1
Tumor Maligno do Cólon e Recto	11,6	9,1	7,5	7,1	6,7	9,3	11,5
Tumor Maligno do Pâncreas	3,3	3,3	2,9	3,3	3,4	3,0	3,8
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	12,4	12,4	9,6	7,5	9,7	11,0	16,7
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	9,9	10,0	7,9	5,9	7,6	7,2	10,7
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	7,9	5,8	5,4	7,1	10,9	12,7	10,7
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários	7,5	6,2	6,7	5,0	3,8	4,7	6,8
Tumor Maligno da Bexiga	0,4	0,8	1,2	1,3	0,4	0,8	1,7
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.	7,9	8,3	10,8	11,7	13,0	11,0	10,3
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoéticos	7,0	7,9	8,3	7,1	4,6	5,5	6,4
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	7,5	5,8	4,2	5,9	6,7	7,6	6,8
Diabetes Mellitus	7,0	5,8	4,2	5,9	5,0	5,9	3,8
Doenças do Aparelho Circulatório	56,4	49,4	47,8	34,7	31,1	30,9	32,1
Doença Isquémica do Coração	17,8	15,8	16,2	10,0	8,0	6,8	8,1
Doenças Cerebrovasculares	20,3	21,2	21,2	17,1	13,9	13,6	13,3
Doenças do Aparelho Respiratório	16,6	14,9	13,3	14,2	10,9	9,3	6,4
Pneumonia	8,3	6,6	5,0	4,6	3,4	4,7	3,0
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada, Enfisema e Asma	1,2	1,2	1,7	1,3	1,3	0,4	0,4
Doenças do Aparelho Digestivo	41,5	36,1	34,1	30,9	31,1	30,9	29,5
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	30,7	27,0	25,4	20,9	21,9	20,7	22,7
Causas Externas de Mortalidade	43,1	41,9	42,4	38,4	36,6	32,2	26,1
Acidentes de Transporte	21,6	22,0	19,6	15,0	13,0	11,4	9,8
Acidentes de Veículos a Motor	21,1	21,2	18,3	13,8	10,9	9,7	8,1
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	4,6	3,7	4,6	4,2	4,6	3,4	4,3

Fonte: INE

Taxa Mortalidade Padronizada em todas as idades e ambos os sexos

Todas as Idades, Ambos os Sexos							
TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (#100000 HABITANTES)							
	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	761,2	724,7	699,6	663,6	669,6	648,0	645,2
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	114,2	103,2	99,9	99,0	101,5	96,1	82,5
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	14,0	10,6	9,6	7,0	10,1	11,0	11,7
Tuberculose	3,4	1,9	1,6	1,0	2,1	2,3	2,3
VIH / sida	2,5	2,1	1,6	0,5	1,6	1,5	1,9
Tumores Malignos	155,5	148,2	149,7	144,1	151,0	150,5	157,9
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	4,6	4,1	2,8	4,6	4,3	4,6	3,2
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu				61,2	65,3	63,9	71,2
Tumor Maligno do Esôfago	4,4	4,6	5,3	5,7	6,3	6,2	6,7
Tumor Maligno do Estômago	21,2	18,5	21,0	20,2	20,2	16,3	17,8
Tumor Maligno do Cólon e Recto	26,6	22,7	21,1	20,1	21,8	24,6	28,0
Tumor Maligno do Pâncreas	6,6	7,1	6,7	6,3	6,3	5,8	6,5
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório				17,0	19,0	18,9	21,0
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	16,4	16,7	14,2	14,8	16,1	15,0	14,9
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama				10,7	13,5	15,6	13,3
Tumor Maligno dos Órgãos Geniturinários				22,9	22,0	22,7	21,3
Tumor Maligno da Bexiga	4,1	3,5	4,0	4,4	3,9	4,5	4,0
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.				14,8	16,2	13,4	14,1
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoético	11,2	12,5	12,7	10,3	8,3	9,5	11,8
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	25,1	25,3	20,5	23,0	25,3	27,1	29,0
Diabetes Mellitus	21,7	22,2	18,4	20,0	20,7	21,9	22,2
Doenças do Aparelho Circulatório	233,5	214,2	197,3	178,1	175,4	170,4	174,0
Doença Isquémica do Coração	46,4	42,6	41,6	35,9	31,5	27,4	25,8
Doenças Cerebrovasculares	112,6	103,8	89,8	81,7	79,0	79,4	82,2
Doenças do Aparelho Respiratório	60,0	61,2	62,5	60,4	57,6	54,1	54,4
Pneumonia	24,2	23,8	23,5	23,1	22,2	23,2	21,8
Bronquite Crónica, Bronquite não Específica, Enfisema e Asma				5,5	6,5	5,6	6,0
Doenças do Aparelho Digestivo	57,4	54,5	52,8	50,3	51,5	49,5	49,0
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	34,6	30,3	28,7	24,8	26,9	26,6	27,6
Causas Externas de Mortalidade	47,8	48,8	48,6	45,9	43,7	40,9	37,4
Acidentes de Transporte	19,9	20,5	17,4	14,0	12,5	10,6	9,6
Acidentes de Veículos a Motor				12,6	10,4	8,8	7,8
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	4,8	4,4	5,1	4,4	4,3	3,6	5,2

Fonte: INE

Taxa padronizada < 65 anos em ambos os sexos

Prematura (< 65 anos), Ambos os Sexos

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (100000 HABITANTES)

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	281,2	250,8	241,3	223,3	230,3	231,4	228,6
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	26,0	17,9	20,3	27,0	34,8	37,7	34,6
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	10,1	7,4	4,6	1,7	4,0	5,5	6,0
Tuberculose	3,0	1,5	0,8	0,0	1,4	1,4	1,8
VIH / sida	2,8	2,4	1,6	0,4	1,6	1,6	2,0
Tumores Malignos	68,4	63,6	63,6	62,3	66,5	68,5	76,3
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	3,0	2,8	1,6	4,1	3,3	4,0	2,2
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu				22,8	25,5	25,6	31,0
Tumor Maligno do Esôfago	3,5	4,0	4,1	4,1	4,0	3,9	4,4
Tumor Maligno do Estômago	8,4	7,3	8,8	7,7	8,5	5,8	6,9
Tumor Maligno do Cólon e Recto	10,2	8,1	6,5	5,9	5,6	7,6	9,5
Tumor Maligno do Pâncreas	3,0	3,0	2,6	3,0	2,9	2,5	3,2
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório				6,7	8,3	9,1	13,6
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	8,2	8,5	7,0	5,3	6,5	5,9	8,6
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama				6,7	9,9	11,2	8,8
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários				4,2	3,1	3,9	5,6
Tumor Maligno da Bexiga	0,4	0,7	1,0	1,0	0,3	0,7	1,4
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.				10,5	11,5	9,6	8,9
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoético	6,4	6,9	7,3	6,0	4,1	4,8	5,5
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	6,4	4,8	3,5	4,7	5,8	6,5	6,1
Diabetes Mellitus	5,7	4,8	3,5	4,7	4,0	4,7	3,1
Doenças do Aparelho Circulatório	48,5	42,2	40,7	29,4	26,0	26,3	27,0
Doença Isquémica do Coração	15,4	13,7	13,8	8,5	6,6	5,6	6,6
Doenças Cerebrovasculares	17,3	17,9	17,9	14,4	11,5	11,5	11,3
Doenças do Aparelho Respiratório	14,8	13,1	11,6	12,4	9,3	8,4	5,8
Pneumonia	7,1	5,8	4,4	4,1	2,8	4,4	3,0
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada, Enfisema e Asma				1,2	1,1	0,3	0,3
Doenças do Aparelho Digestivo	37,4	32,7	30,7	27,4	27,3	27,2	25,7
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	27,9	24,7	23,1	18,8	19,2	18,1	19,6
Causas Externas de Mortalidade	41,1	39,8	40,6	36,8	34,1	29,2	23,2
Acidentes de Transporte	20,9	21,2	18,4	13,9	11,8	10,0	8,5
Acidentes de Veículos a Motor				12,7	9,9	8,5	7,0
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	4,2	3,4	4,4	3,8	4,1	2,8	3,8

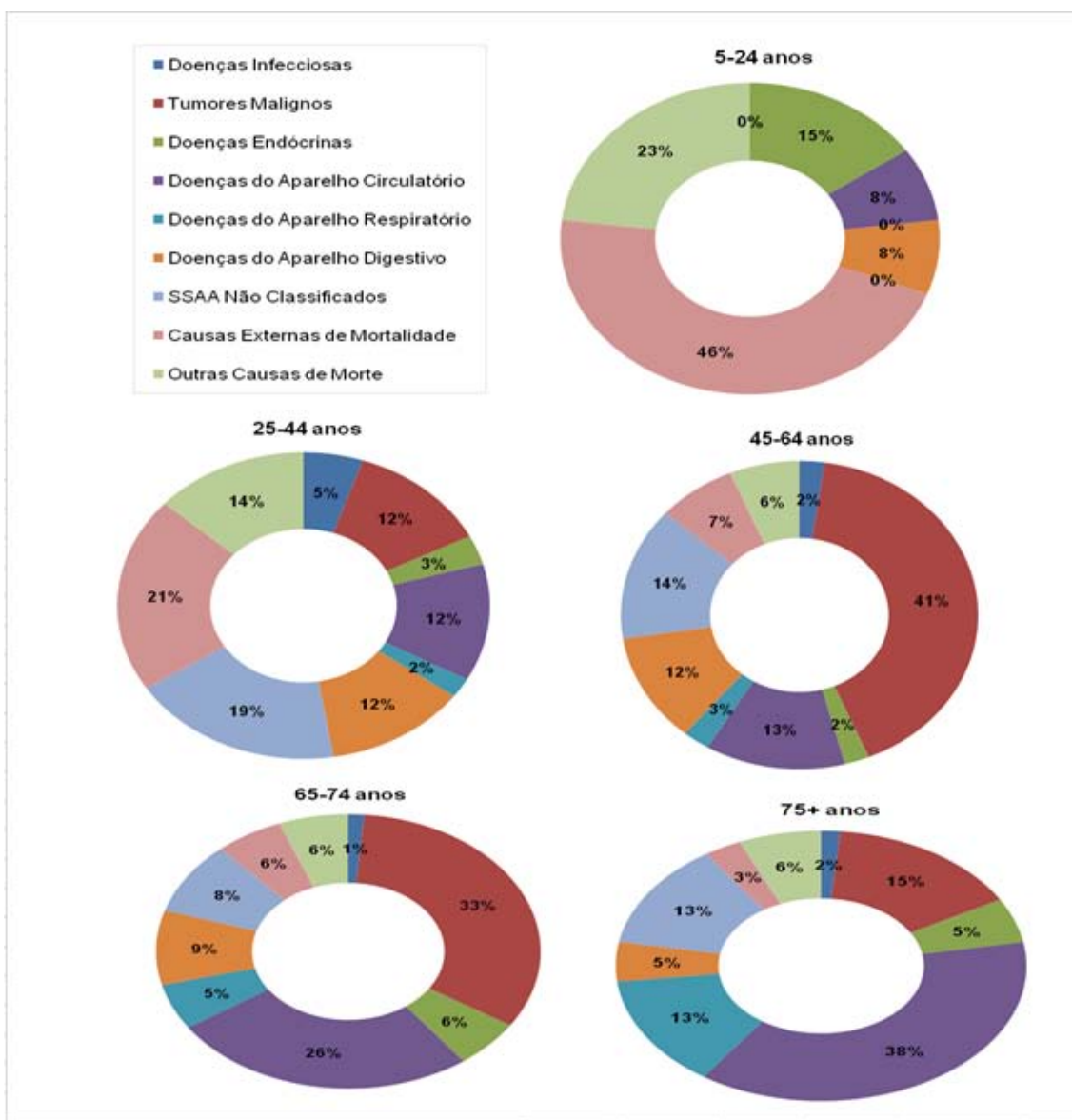
Fonte: INE

Taxa Mortalidade Proporcional em todas as idades e idades prematuras (RN/ACeSatb)

Causa de Morte	TMP Todas as Idades		TMP Prematura (< 65 anos)	
	ACeS ATB	Região Norte	ACeS Atb	Região Norte
Todas as Causas	645,2	598,5	228,6	185,2
Sintomas, Sinais Achados Anormais Não Classificados	82,5	77,4	34,6	27,1
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	11,7	15,6	6,0	8,4
Tumores Malignos	157,9	152,4	76,3	68,4
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	29,0	26,8	6,1	4,9
Doenças do Aparelho Circulatório	174,0	166,8	27,0	22,1
Doenças do Aparelho Respiratório	54,4	62,0	5,8	7,5
Doenças do Aparelho Digestivo	49,0	30,3	25,7	14,7
Causas Externas de Mortalidade	37,4	26,0	23,2	17,9

Fonte: INE

Taxa Mortalidade Proporcional em todas as idades em ambos os sexos



Grelha da Priorização Grupos de profissionais e Concelho Comunidade

Priorização Necessidades de Saúde por todos os grupos de Profissionais e Concelho da Comunidade	Concelho da Comunidade	USP (Profissionais e Interlocutores)	Coordenadores	Grupo Conceptor	Total
Doença Crónica Fígado e Cirrose (k70 e k73-k74) < 65 anos	47	149	129	70	395
Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares (I60-I69) < 65 anos	40	143	141	70	394
Mortalidade por Tumor Maligno da Mama Feminino (C50) < 65 anos	42	135	132	67	376
Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Recto (C18-C20) < 65 anos	36	136	125	67	364
Mortalidade por Tumor do Estômago (C16) < 65 anos	36	123	117	60	336
Mortalidade Acidentes Transporte	45	132	116	41	334
Mortalidade por Cancro do Colo Útero (C53) < 65 anos	43	116	108	55	322
Mortalidade por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão (C33-C34) < 65 anos	36	109	114	52	311
Taxa de incidência de Tuberculose (A15-A19, B90)	36	115	113	46	310
Taxa de Incidência VIH/SIDA (B20-B24)	34	102	98	40	274
Mortalidade Pneumonia	35	117	84	34	270

Fonte: USP / ACeS ATB

Anexo III - MORBILIDADE

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA – 2009/2010

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA USP	Código (CID-10)	Concelho												Total 2009	Total 2010	
		Boticas		Chaves		Montalegre		Ribeira Pena		Valpaços		Vila P. Aguiar				
		2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010			
Brucelose	A23				8	1					1	12	4		6	20
Doença de Creutzfeldt Jakob	A81.0											1			0	1
Febre escaro-nodular	A77.12			1	2				1	1	1				2	4
Febres Tifóide e Paratifóide	A01			2											2	0
Outras Salmoneloses	A02						1				1				0	2
Hepatite aguda B	B16			1	1										1	1
Hepatite aguda C	B17.1			9	5										9	5
Malária	B50 A B54												1		0	1
Infecção meningocócica (exclui meningite meningocócica,A39.0)	A39												1		0	1
Parotidite epidémica	B26										1				0	1
Tuberculose miliar	A19				1										0	1
Tuberculose respiratória	A15,A16		1	18	11	2			2	5	3	5	4	30	21	
Total Registos D.D.O. Por Concelho em 2009		0		31		3		0		7		9		50		
Total Registos D.D.O. Por Concelho em 2010		1		28		1		3		19		6		58		

Fonte: USP / ACeS ATB

Plano Nacional Vacinação

Avaliação 2010

PNV - Esquema recomendado

Dados referentes a 31 de Dezembro de 2010

Coorte	Vacina / Dose	ACES Alto Tâmega e Barroso 2010
2010	BCG	96,0
	VHB 1	96,8
2009	BCG	98,1
	VHB 3	98,1
	DTPa 3	98,1
	Hib 3	98,1
	VIP 3	98,1
	MenC 2	97,4
	2008	DTPa 4
	Hib 4	97,0
	VASPR 1	98,3
	MenC 3	97,5
2003	DTPa 5	98,6
	VAP/VIP 4	98,7
	VASPR 2	99,4
1996	VHB 3	98,5
	VASPR 2	98,6

Fonte:USP / ACeS do ATB

PNV - Cumprido

Dados referentes a 31 de Dezembro de 2010

Coorte	Vacina	ACES Alto Tâmega e Barroso 2010
2009	VHB	98,1
	DTPa	98,1
	Hib	98,1
	VIP	98,1
	MenC	96,9
2008	BCG	99,0
	VHB	99,0
	DTPa	97,0
	Hib	97,0
	MenC	98,3
2003	BCG	99,2
	VHB	99,5
	DTPa	99,4
	VIP	99,5
	VASPR	99,4
	MenC	99,1
1996	BCG	98,6
	VHB	98,5
	VASPR	98,5
	VIP	98,6
	MenC	98,3
	Td	98,3
1945	Td	71,8

Fonte:USP / ACeS do ATB

Vacinação contra a gripe com a vacina trivalente na época 2010/2011**ACES: Alto Tâmega e Barroso**

Grupo profissional			
Grupo Alvo	Total (nº)	Vacinados (nº)	%
Administrativo	96	48	50,0
Enfermagem	130	66	50,8
Médico	74	40	54,1
Serviços Gerais	79	45	57,0
Outros profissionais	44	25	56,8
Total	423	224	53,0

Fonte: USP / ACeS do ATB

Dados referentes apenas aos lares e RNCCI:			
Instituições abrangidas pela vacina gratuita			
Grupo Alvo	Total (nº)	Vacinados (nº)	%
Residentes*	1240	939	75,7%
Trabalhadores	230	31	13,5%
Instituições lucrativas			
Grupo Alvo	Total (nº)	Vacinados (nº)	%
Residentes*	96	96	100,0%
Trabalhadores	19	10	52,6%
Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados:			
Grupo Alvo	Total (nº)	Vacinados (nº)	%
Doentes Internados	17	16	94,1%
Doentes em C. Domiciliários	43	42	97,7%
Profissionais Unidades	22	1	4,5%
Profissionais ECCI	33	23	69,7%

Fonte: USP / ACeS do ATB

SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS E JOVENS (SOCJI)

ACeS Alto Tâmega e Barroso 2010/2011 - CPOD				
Diagnóstico (CPOD)	7 anos	10 anos	13 anos	TOTAL
1A - DENTE COM CÁRIE (1 FACE)	8	12	14	34
1B - DENTE COM CÁRIE (2 OU MAIS FACES)	0	0	7	7
1C - DENTE COM CÁRIE (RAIZES RETIDAS)	0	0	2	2
2 - DENTE OBTURADO COM CÁRIE	0	1	0	1
3 - DENTE OBTURADO SEM CÁRIE	0	10	9	19
4 - DENTE PERDIDO DEVIDO A CÁRIE	0	0	0	0
TOTAL	8	23	32	63
Total de crianças e jovens	15	11	12	38
CPO = TOTAL / Total de crianças e jovens	0.53	2.09	2.67	1.66

Fonte: SISO (Saúde Oral em Crianças e Jovens)

