

PLANO LOCAL DE SAÚDE

ACeS Grande Porto I
Santo Tirso/Trofa

2011-2016



Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ÍNDICE

Ficha Técnica
Agradecimentos
Chave de siglas e abreviaturas
Nota prévia pelo Director Executivo do ACeS

1	Breve Introdução	1
	O que é o PLS? Qual o seu enquadramento?	1
	Para que serve?	1
2	Metodologia	2
	Como foi elaborado?	2
3	Diagnóstico da Situação de Saúde da População do ACeS...	4
	Caracterização da População : <i>Quem somos e como vivemos?</i>	4
	Mortalidade: <i>De que morremos?</i>	14
	Morbilidade e suas consequências: <i>De que adoecemos?</i>	16
	Determinantes da Saúde: <i>Que escolhas fazemos?</i>	17
3.1	Recursos da Comunidade	20
3.2	Avaliação Prognóstica: <i>Que perspectivas futuras?</i>	21
3.3	Definição das necessidades Técnicas	22
4	Estratégias de Saúde	23
5	Objectivos de Saúde 2011-2016	24
	Para onde queremos ir?	24
6	Definição dos Objectivos de Saúde do ACeS... 2011-2016	27
	Que mudanças desejamos que ocorram?	27
7	Recomendações para a Intervenção	29
8	Plano de M&A do PLS do ACeS...	30
9	Comentários Finais	31
	Anexos	30

Tabela 1 -População residente (n.º) por local de residência,	4
Tabela 2 - Evolução da população residente estimada por grupo etário, 2006-2010	5
Tabela 3 - Evolução da Taxa Bruta de natalidade (/1000 habitantes) 2000-2007	6
Tabela 4- Índices de dependência (n.º) de jovens e idosos 2010.....	7
Tabela 5 Esperança de vida à nascença e aos 65 anos 2005-2007	8
Tabela 6- Distribuição da população residente por serviços dos CSP	14
Tabela 7- Taxa Bruta de Mortalidade 5 da população do ACeS.....	14
Tabela 8- Taxa Mortalidade Padronizada 7 para a população do ACeS	15
Tabela 9- Taxa Mortalidade Padronizada por sexo e prematura 2007/2009	16
Tabela 10- Determinantes da Diabetes Mellitus.....	18
Tabela 11- Determinantes da Doença Cerebrovascular.....	19
Tabela 12- Determinantes da Tuberculose Pulmonar	19
Tabela 13 - Respostas sociais públicas e privadas do ACeS, 2011	21
Tabela 14 Necessidades Técnicas priorizadas	22
Gráfico 2 Taxa de variação (%) da população residente 2001-2011	6
Gráfico 3 -Distribuição da população empregada (%) por sector de actividade.....	8
Gráfico 4- Índice de renovação da população em idade activa (n.º) por zona geográfica, 2010.....	9
Gráfico 5- Evolução do desemprego registado (n.º) nos concelhos do ACES entre 2004/2010.....	9
Gráfico 6- Distribuição dos desempregados (n.º) por género no ACeS, 2011	10
Gráfico 7- Tempo de inscrição dos desempregados (%) no ACeS, 2011	10
Gráfico 8- Desempregados (%) por níveis de escolaridade no ACeS, 2011	11
Gráfico 1 - Distribuição da população residente (%) por concelho do ACeS, 2011	4
Gráfico 9- Distribuição (%) do ensino público/privado no ACeS 2010/2011	12
Gráfico 10- Distribuição (%) dos estabelecimentos de educação/ensino ACES Santo Tirso/Trofa, 2010 - 2011	13
Gráfico 11 - Projecção por regressão exponencial da TMP Diabetes Mellitus.....	24
Gráfico 13 - Regressão exponencial da TMP por Tuberculose Pulmonar	25
Gráfico 12 - Regressão exponencial da TMP Doença Cerebrovascular.....	25

Ficha Técnica

Título: Plano Local de Saúde do ACeS Grande Porto I 2011/2016

Editor:

Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto I - Santo Tirso/ Trofa

Rua Jornal de Santo Tirso 4780-484 Santo Tirso

Autores:

Unidade de Saúde Pública

Observatório Local de Saúde

e-mail: uspaces@csstirso.min-saude.pt

Agradecimentos

A USP gostaria de agradecer à Unidade de Planeamento em Saúde do DSP da ARSN I.P., pelo apoio técnico prestado e pelo incentivo que desde o início do desafio sempre demonstrou para com esta USP. Apesar do trabalho de toda a equipa da USP ter sido da maior relevância para o produto final, ficam nestas palavras o apreço pelo esforço que foi aceite pela equipa, que desde sempre acreditou ser possível dar este avanço na nova Saúde Pública.

Agradecemos igualmente a todos os internos do ano comum, assim como da especialidade, que passaram pela USP, participando com os seus trabalhos no diagnóstico de situação realizado. À Dr.^a Graça Lima da ULS de Matosinhos, pelo apoio técnico na elaboração da fórmula de cálculo de regressão exponencial.



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



ACES

ACES Grande Porto I - Santo Triso - Trofa

**Plano Local Saúde do
ACeS Grande Porto I 2011-2016**

Chave de siglas e abreviaturas

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
CDP	Centro Diagnóstico Pneumológico
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DOT	Directly Observed Treatment
DSP	Departamento de Saúde Pública da ARSN
ECCI	Equipa de Cuidados na Comunidade Integrados
INE	Instituto Nacional de Estatística
OCDE	Organização Cooperação Desenvolvimento Económico
OLS	Observatório Local de Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PNPCD	Programa Nacional Prevenção e Controlo da Diabetes
PNS	Plano Nacional de Saúde 2011-2016
PNT	Programa Nacional Tuberculose
QREN	Quadro de Referencia Estratégica Nacional
RN	Região Norte
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

NOTA PRÉVIA do Director Executivo do ACeS

O Plano Local de Saúde (PLS) pretende ser um documento de compromisso entre toda a comunidade da área de abrangência do ACeS Grande Porto I Santo Tirso/Trofa e que aponta para as prioridades em saúde que os parceiros envolvidos se empenham em acautelar.

A Unidade Saúde Pública (USP) Santo Tirso/Trofa como entidade técnica responsável pelas fases metodológicas do planeamento em saúde, indispensável à condução dos trabalhos, foi o elo de ligação entre as estruturas executivas do sector da saúde e a comunidade.

Almeja-se que este documento de partilha possa ser da maior utilidade a todos quanto na sociedade civil participam para alcançar o melhor estado de saúde possível à comunidade onde estamos inseridos.

O Director Executivo
Francisco Gil Pinheiro (Dr.)

1. BREVE INTRODUÇÃO

O Departamento de Saúde Pública (DSP) emitiu um quadro de referência para que os PLS mantivessem a sua metodologia e uniformizassem alguns conceitos que poderiam ter várias definições. Assim e tomando o quadro de referencia anteriormente referido, o PLS não é mais que uma forma de comunicar saúde ao nível local, com a participação da comunidade. Torna-se assim um «*documento estratégico do ACeS, cujas acções contribuem para a obtenção de ganhos em saúde, promovendo mais saúde para toda a população*». A sua riqueza disciplinar deveria «*apoiar a tomada de decisão do Director Executivo, do Conselho Clínico, dos Coordenadores das Unidades Funcionais, dos Gestores de programas e projectos e do Conselho da Comunidade do ACeS*».

Numa altura em que as políticas orçamentais apontam para consumos moderados dos recursos existentes, as parcerias e a optimização dos serviços impelem-nos para a realização de compromissos sociais convidando a própria sociedade civil a ser co-produtora nas actividades que promovam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de toda a comunidade.

O PLS serve para determinar as prioridades, fornecer orientações estratégicas definidas primeiramente a nível nacional, depois regional e finalmente ajustadas ao nível local. Valorizando os principais determinantes da saúde, apresentando evidência científica disponível sobre a mortalidade e respectivos factores protectores ou de risco, de modo a poderem ser delineadas as estratégias que farão face aos objectivos e metas definidos.

O QUE É O PLS?

QUAL O SEU
ENQUADRAMENTO?

PARA QUE SERVE
O PLS?

2. METODOLOGIA

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.

A fixação destas prioridades de intervenção bem como das estratégias necessárias para o seu sucesso passam por uma sequência de acções metodológicas que se iniciam com diagnóstico de situação da nossa comunidade. A USP Santo Tirso/Trofa dispõe deste documento que merecerá discussão pública oportunamente.

Este é um documento que utiliza a metodologia do Planeamento em Saúde (PS) e tem por base de recolha dos dados estatísticos, toda a informação disponibilizada através dos documentos do DSP da ARSN assim como noutras entidades, citadas nas referências bibliográficas.

Ainda como refere Imperatori, de entre as diferentes fases do PS, partimos do Diagnóstico de Situação (DS) para a identificação dos problemas de saúde e para a priorização das necessidades de saúde. Para a elaboração destas, utilizamos a informação contida na documentação disponibilizada nas plataformas da ARSN, WebSig e SIARS. Por fim, passámos à fase de selecção de estratégias e fixação de objectivos, bem como a sua priorização. A metodologia adoptada foi a técnica do painel de peritos e a do grupo nominal, com algumas adaptações, face à impossibilidade de calendarização com o Conselho da Comunidade, em tempo útil.

Na definição dos objectivos de saúde para 2016 consideramos como o nosso quadro de referência, os objectivos e a metodologia de avaliação que ainda se encontra em discussão para o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, e propomos algumas estratégias de saúde, bem como, algumas recomendações de operacionalização.

COMO FOI ELABORADO?

¹ Imperatori e Giraldes.
Metodologia do
Planeamento em Saúde.
Lisboa, 1982

No estabelecimento dos objectivos, encontraram-se alguns constrangimentos devido á falta de dados que permitam realizar projecções fidedignas tal como a falta de alguns métodos para se proceder à monitorização e avaliação do acompanhamento do próprio PLS.

A inexistência de participação das diferentes entidades da comunidade face à escassez de tempo, também poderá ser comprometedora, uma vez que é essencial a existência de parcerias dispostas a assumir como projecto de saúde local e comunitário este documento.

Esta situação pretende-se que seja atenuada pela discussão pública que se vai levar a cabo de imediato, para recolher todas as contribuições necessárias ao enriquecimento do PLS.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A população residente na área de abrangência do ACeS é de 110 280 habitantes, segundo os dados preliminares do Censos 2011 do Instituto Nacional de Estatística (INE). (tabela 1)

CARACTERIZAÇÃO
DA POPULAÇÃO

Tabela 1 -População residente (n.º) por local de residência, 2001-2011

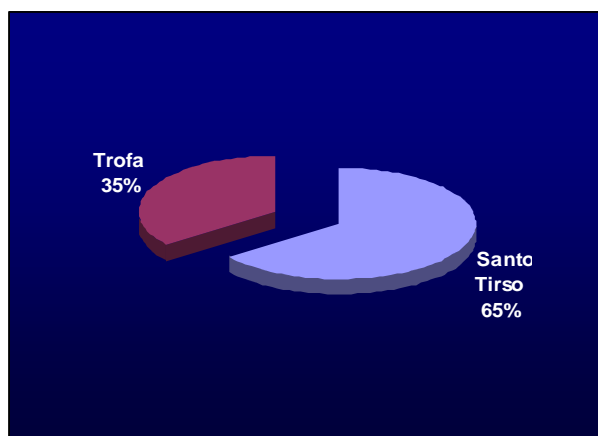
Local de Residência	2001	2011
Continente	10 356 117	10 555 853
Região Norte	3 687 293	3 689 713
ACeS Santo Tirso/Trofa	109 977	110 280

Fonte: INE, Censos 2001 e Censos 2011 (resultados preliminares)

QUEM SOMOS?

O concelho de Santo Tirso contribui com 65% para a população total do ACeS. (gráfico 1)

Gráfico 1 - Distribuição da população residente (%) por concelho do ACeS, 2011



Fonte: INE, Censos 2011 (resultados preliminares)

Tabela 2 - Evolução da população residente estimada por grupo etário, 2006-2010

POPULAÇÃO RESIDENTE ESTIMADA POR GRUPO ETÁRIO						
(Ciclos de vida) – 2006-2010						
	Anos	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	≥ 65 anos
ACES	2010	110078	15697	13247	64969	16165
	2009	110399	16151	13516	64980	15752
	2008	110600	16576	13796	64791	15437
	2007	110765	16920	14102	64579	15164
	2006	110944	17446	14319	64262	14917
Santo Tirso	2011	68745	9445	8009	40569	10722
	2009	69377	9774	8234	40814	10555
	2008	69920	10058	8477	40924	10461
	2007	70427	10305	8725	41054	10343
	2006	70915	10772	8840	41095	10208
Trofa	2010	41333	6252	5238	24400	5443
	2009	41022	6377	5282	24166	5197
	2008	40680	6518	5319	23867	4976
	2007	40338	6615	5377	23525	4821
	2006	40029	6674	5479	23167	4709

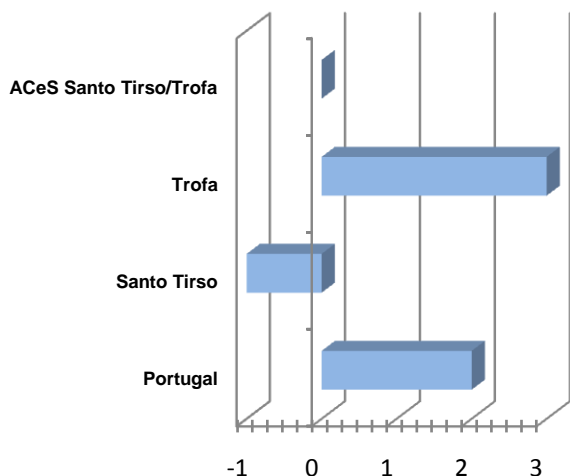
Fonte: INE, Estimativas anuais da população residente, 2006-2010

Os valores apresentados na tabela 2, comprovam a diminuição do número de residentes que se tem vindo a verificar nos últimos cinco anos, valor mais acentuado nas gerações jovens. A população com mais de 65 anos tem vindo a aumentar no mesmo período de tempo, o que indicia o envelhecimento da população residente no ACeS, envelhecimento que é mais acentuado no concelho de Santo Tirso. Este valor apesar de estar abaixo que o valor observado a nível nacional, tem vindo progressivamente a aproximar-se do índice de envelhecimento observado no país, ao longo dos anos.

No concelho da Trofa verifica-se um ligeiro aumento da população residente na população em idade activa, grupo etário entre os 25 e os 64 anos, mas com diminuição nos grupos etários mais jovens. (tabela 2).

O crescimento da população residente na última década foi praticamente nulo no ACeS, contrariando a tendência evolutiva registada em Portugal, verificando-se que o concelho de Santo Tirso assinala uma variação negativa de 1%. (gráfico 2)

Gráfico 2 Taxa de variação (%) da população residente 2001-2011



Fonte: INE, Censos 2001 e Censos 2011 (resultados preliminares)

A ausência de crescimento da população está principalmente relacionada com a diminuição do número de nascimentos que se tem vindo a verificar desde 2000, de uma forma constante.

Tabela 3 - Evolução da Taxa Bruta de natalidade (/1000 habitantes) 2000-2007

Local de Residência	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Continente	11,6	10,8	10,9	10,7	10,3	10,3	9,9	9,6
Região Norte	12,2	11,3	11,3	10,8	10,2	10,0	9,6	9,1
ACeS Santo Tirso/Trofa	11,7	11,2	10,6	10,4	9,5	9,0	8,4	8,4

Fonte: Perfil Local de Saúde 2009 – Dep. de Saúde Pública da ARS-N, I.P.

2- Taxa bruta de natalidade é o quociente entre o nº de nascimentos nados vivos do ano/período em estudo e a população em estudo

A taxa bruta de natalidade² passou de 11,7 por 1000 habitantes em 2000, para 8,4 em 2007, sendo inferior aos valores registados na Região Norte (RN) e no Continente. (tabelas 3 e 4). Esta diminuição, segundo os dados disponíveis no INE,

por concelho, mantém-se nos anos 2008 e 2009.

Tabela 4- Índices de dependência (n.º) de jovens e idosos 2010

LOCAL DE RESIDÊNCIA	ÍNDICES DE DEPENDÊNCIA		Índice de Envelhecimento
	Jovens	Idosos	
Continente	22,5	27,7	122,9
RN	22	23,4	106,6
ACeS Santo Tirso/Trofa	20	21	103
Santo Tirso	19,7	28,2	143,6
Trofa	22,5	19,1	84,8

Fonte: INE, Estimativas anuais da população residente, 2010

3 – Índice de dependência de jovens é a relação entre a população jovem (0-14) e a população em idade activa

O índice de dependência de jovens³, nos dois concelhos, tem registado uma queda acentuada desde 2004. Em 2010 a situação no ACeS apresenta um valor inferior ao apurado na RN e no Continente, evidenciando a franca diminuição da população entre os 0 e os 14 anos.

Este facto acarreta um maior peso na população adulta, fundamentalmente nos grupos etários superiores a 65 anos. Esta população é maior no concelho de Santo Tirso com valores de índice de dependência de idosos⁴ superiores ao concelho da Trofa.

4 – Índice de dependência de idosos é a relação entre a população idosa (65 anos ou mais) e a população em idade activa

No entanto, comparando com os dados do Continente e da do Continente e da RN, a população do ACeS apresenta um grau de envelhecimento inferior, embora esteja a crescer ao mesmo ritmo, registando-se que o concelho de Santo Tirso é o mais envelhecido.

Como Vivemos?

A esperança de vida à nascença, no triénio 2005-2007 e no que se refere ao ACeS é semelhante à da RN e do Continente (78,4 anos) mas, ligeiramente mais baixa quando se analisa o mesmo indicador para a população com idade superior a 65 anos.(tabela 5)

Esta situação aponta a necessidade de analisar mais à frente o perfil de morbilidade e mortalidade, para averiguar quais os factores que determinam a diminuição da esperança de vida na população com idade superior a 65 anos.

Tabela 5 Esperança de vida à nascença e aos 65 anos 2005-2007

ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA E AOS 65 ANOS, TRIÉNIO 2005-2007

Esperança de vida	Continente			Região Norte			ACeS Santo Tirso / Trofa		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
à nascença	78,9	75,6	82,0	79,0	75,8	82,1	78,4	75,7	81,1
aos 65 anos	18,4	16,6	20,0	18,5	16,6	20,0	17,7	16,1	19,1

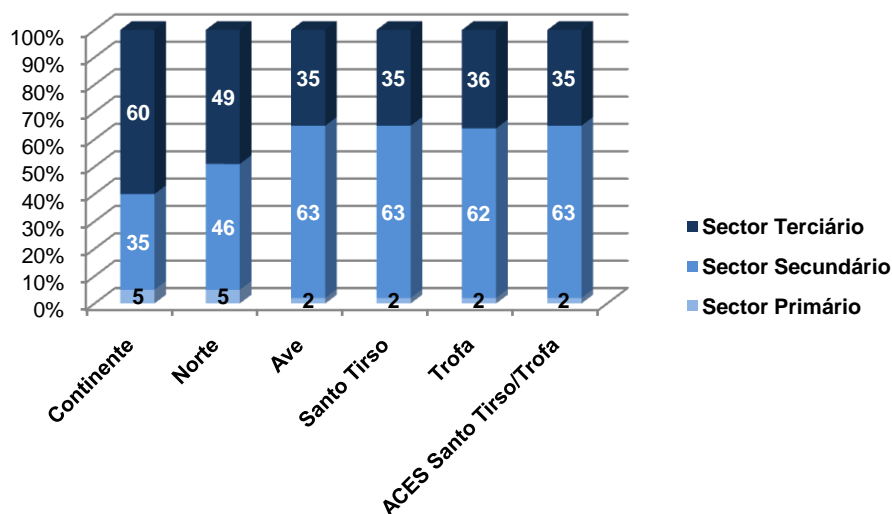
HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

OBSERVAÇÃO: Os valores da esperança de vida para o triénio 2005-2007, no Continente e na Região Norte, não correspondem exactamente aos produzidos pelo INE, obtidos pela nova metodologia, implementada em 2007, que utiliza tábuas de vida completas. Apesar das ligeiras diferenças observadas, que na esperança de vida à nascença se situam entre os 0,22 e 0,35 anos, parece pertinente apresentar estes valores. Na esperança de vida aos 65 anos o erro cometido é ligeiramente superior (0,33 a 0,48 anos).

Fonte: Perfil Local de Saúde 2009 – Dep. de Saúde Pública da ARS-N, I.P.

Situação perante o emprego

Gráfico 3 -Distribuição da população empregada (%) por sector de actividade económica, 2001

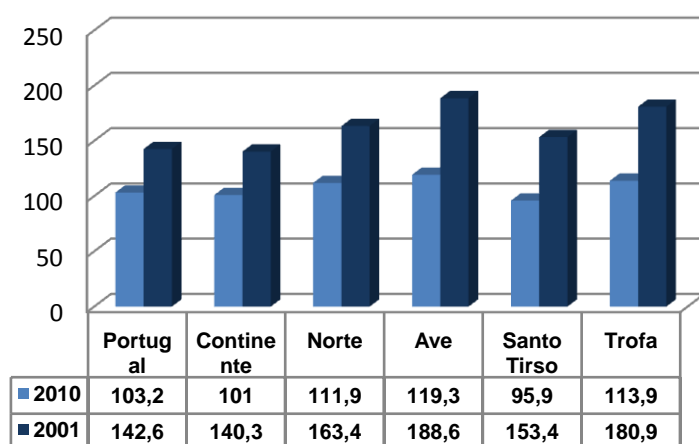


Fonte: INE, Censos 2001

Os concelhos de Santo Tirso e Trofa estão ambos inseridos numa sub-região marcada por uma elevada densidade industrial - o Vale do Ave -, havendo no ACeS Santo Tirso/Trofa em 2001, mais de 60% de pessoas que nele desenvolvem uma actividade laboral, seguido do sector terciário, com uma população empregada de 35%. Já no continente e na RN é o sector terciário que tem maior relevo. (gráfico 3)

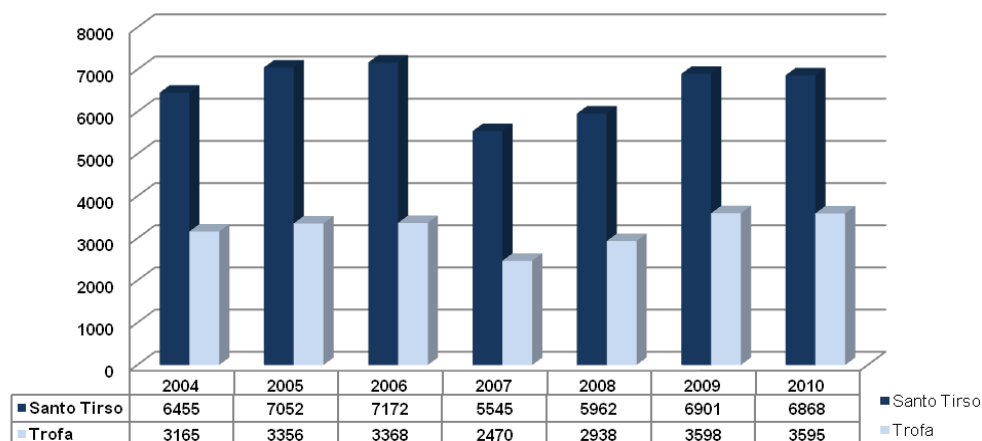
Numa análise a dados mais recentes (2010) relativamente ao índice de renovação da população activa verifica-se que este diminuiu significativamente em ambos os concelhos em relação a 2001, apresentando o concelho da Trofa uma redução mais elevada. Este panorama é comum à RN e ao Continente traduzindo a actual crise económica que se atravessa. (gráfico 4).

Gráfico 4- Índice de renovação da população em idade activa (n.º) por zona geográfica, 2010



Fonte: INE, 2010 - Indicadores demográficos (Última actualização: 07 de Junho de 2011)

Gráfico 5- Evolução do desemprego registado (n.º) nos concelhos do ACES entre 2004/2010

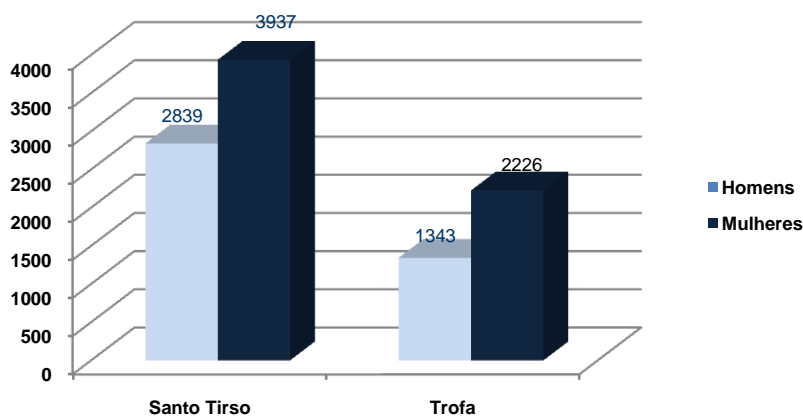


Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, Concelhos Estatísticas Mensais, 2004/2010

O nível de desemprego aumentou entre 2004 e 2006 com uma ligeira diminuição em 2007. Desde 2008 até ao momento actual, o número de população desempregada tem vindo a aumentar de forma mais acentuada. (gráfico 5)

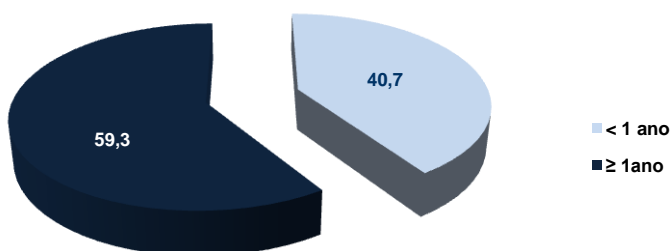
A percentagem de mulheres desempregadas é superior à dos homens, representando cerca de 60% da população desempregada, em Agosto 2011. (gráfico 6). Esta situação tem se vindo a registar desde o ano 2004. O grupo etário mais afectado pelo desemprego situa-se entre os 35 e os 54 anos.

Gráfico 6- Distribuição dos desempregados (n.º) por género no ACeS, 2011



Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, Concelhos Estatísticas Mensais, Agosto de 2011

Gráfico 7- Tempo de inscrição dos desempregados (%) no ACeS, 2011

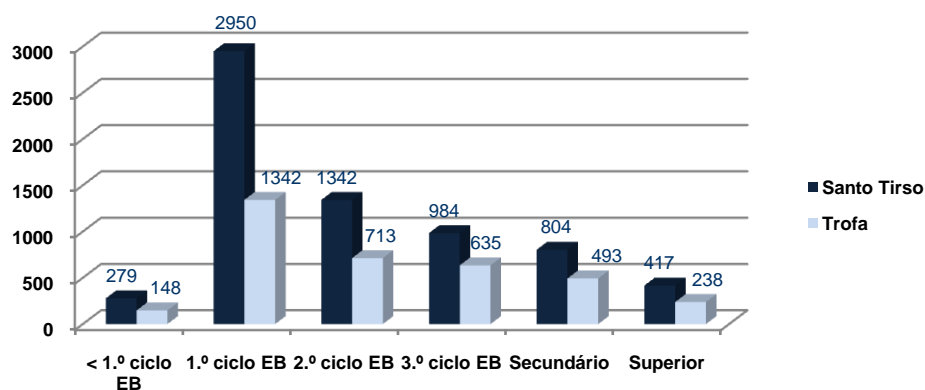


Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, Concelhos Estatísticas Mensais, Agosto de 2011

A maioria da população no ACeS Santo Tirso/Trofa está desempregada há um ano ou mais e a percentagem de desempregados à procura de novo emprego tem vindo a subir, confirmando a tendência na RN e no Continente. (gráfico 7)

O desemprego tem maior expressão a nível do 1.º ciclo do ensino básico, seguido do 2.º ciclo do ensino básico. (gráfico 8)

Gráfico 8- Desempregados (%) por níveis de escolaridade no ACeS, 2011

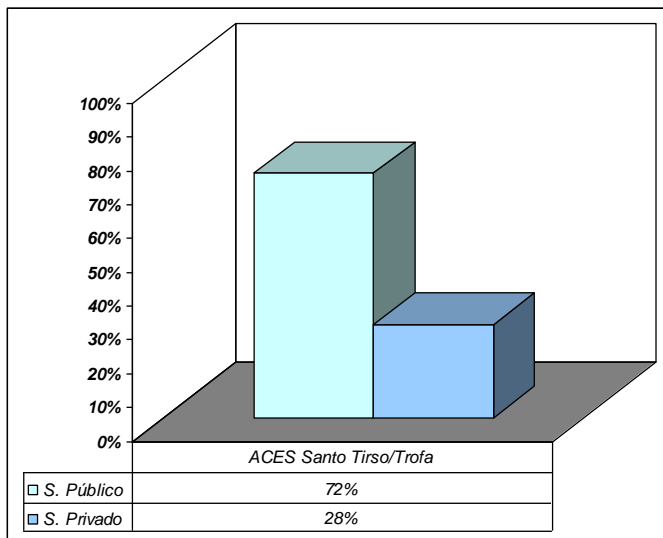


Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, Concelhos Estatísticas Mensais, Agosto de 2011

Relativamente ao ganho médio mensal dos trabalhadores, em 2008 existia uma diferença entre os dois concelhos, sendo que Trofa representava uma das médias salariais mais altas ao nível de todos os municípios do Ave, estando Santo Tirso em terceiro lugar.

Situação perante a educação

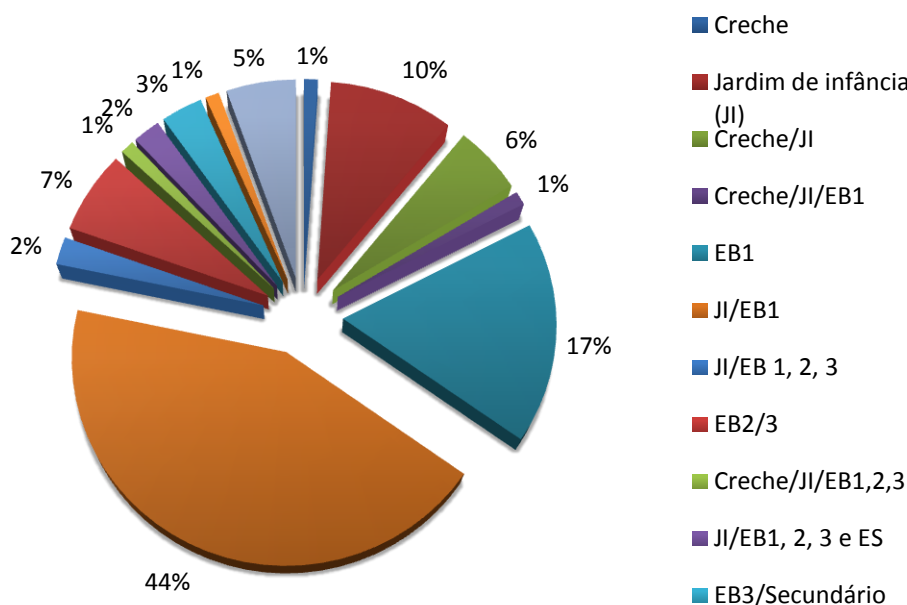
Gráfico 9- Distribuição (%) do ensino público/privado no ACeS 2010/2011



Fonte: Unidade de Saúde Pública, Ano lectivo 2010-2011

O parque escolar dos concelhos de Santo Tirso e Trofa, tem no sector público a tipologia de educação/ensino mais representativa (72%) relativamente ao ensino privado. (gráfico 9)

Gráfico 10- Distribuição (%) dos estabelecimentos de educação/ensino ACES Santo Tirso/Trofa, 2010 - 2011



Fonte: USP Santo Tirso/Trofa

De entre o total de estabelecimentos de educação, ensino e formação do sector público e privado existentes, a maior percentagem observada no ACeS Santo Tirso/Trofa é consonante com a procura pela população de estabelecimentos que detenham as valências de jardim-de-infância e 1º ciclo do ensino básico (44%), 1º ciclo do ensino básico (17%) e Jardim-de-infância (10%). As crianças abrangidas por estes estabelecimentos têm idades entre os 3 e os 6 anos de idade, enquanto as creches (crianças com idades inferiores a 3 anos de idade) são dos estabelecimentos menos procurados (1%), fruto da diminuição da taxa de natalidade registada em Portugal, ao qual os concelhos de Santo Tirso e Trofa não são alheios, bem como razões de ordem sócio económica, já que sabemos que o desemprego no nosso território é maior nas mulheres. (gráfico 10)

Dadas as características sociais e económicas da região onde o ACeS se insere, o sector do ensino/formação profissional revela uma percentagem significativa (5%).

O nível de escolaridade da população é mais baixo quando comparado com o da RN, mas a taxa de abandono escolar diminuiu significativamente, apresentando valores inferiores aos da RN, segundo os dados do Censos 1991 e 2001. Este valor passou de 19.2% para 2.6%, apresentando em 2001 valores inferiores ao da RN.

Situação perante os Serviços de Saúde

Em relação ao hospital de referência, o ACeS tem o Centro Hospitalar do Médio Ave com 2 pólos, um em Santo Tirso e outro em Vila Nova de Famalicão. Nesta área geográfica actualmente existe uma Unidade de Cuidados Continuados de internamento, pertencente à Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso com uma lotação de 32 camas e uma Equipa de Cuidado Continuados Integrados (ECCI) que sendo parte da unidade funcional com a respectiva área de cobertura da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Santo Tirso, assiste cerca de 17 utentes dependentes em regime ambulatorio, em cuidados domiciliários.

Tabela 6- Distribuição da população residente por serviços dos CSP

ACES Santo Tirso	N.º Inscritos	Percentagem
CS Santo Tirso	47866	37,86%
CS Negrelos	36349	28,75%
CS Trofa	42212	33,39%
TOTAL	126427	100%

Fonte: SIARS, 2011

O ACeS Grande Porto I, na sua formação integrou 3 Centros de Saúde: de Santo Tirso, Negrelos e Trofa, cada um com as suas extensões de saúde. Com a constituição das novas unidades funcionais designadas por Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e as anteriores extensões actuais Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), o ACeS tem formadas as seguintes unidades:

- Santo Tirso:
 - USP Santo Tirso/Trofa
 - UCC Santo Tirso
 - USF Ponte Velha
 - USF Vilalva

- USF Veiga do Leça
- UCSP Santo Tirso / Caldas da Saúde

- CS Negrelos:
 - UCSP Negrelos
 - UCSP Vila das Aves
 - UCSP S. Martinho do Campo

- CS Trofa:
 - USF Ao Encontro da Saúde
 - USF Uma Ponte para a Saúde
 - UCSP da Trofa / Alvarelhos

A contratualização externa com os CSP, implicou um compromisso assistencial do ACeS com a Administração Regional Saúde Norte, I.P. cujo desempenho apresentaremos em imagem no anexo a este documento, uma vez que reflecte como os serviços são usufruídos pelos utentes e como os planos de vigilância poderão estar a ser cumpridos.

Em resumo podemos afirmar que em 2010, os objectivos assistenciais foram atingidos na sua maioria.

Mortalidade

No grupo dos indicadores de Ganhos Potenciais em Saúde, o Alto Comissariado da Saúde no documento em discussão para o PNS 2011/2116 define que o grupo da Mortalidade fornece os números de anos de vida potenciais perdidos, quer por causas evitáveis por prevenção primária, quer por causas evitáveis por cuidados de saúde. Dados estes retirados pelo INE. Assim se seleccionaram causa de morte evitável, sensível aos cuidados de saúde, adoptando-se a metodologia da OCDE.

Normalmente apresentado em número de óbitos por 100000 habitantes, são apresentados os quadros que resumem as maiores taxas de mortalidade no nosso ACeS.

Tabela 7- Taxa Bruta de Mortalidade 5 da população do ACeS

Taxa bruta mortalidade para ambos os sexos (/100000Habitantes) ACeS Santo Tirso /Trofa	2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009
Tuberculose	3.3	3.3	3.9	3.6	3.3
Tumor Maligno do estômago	25.0	29.5	28.8	31.1	28.3
Tumor Maligno do Cólon e Recto	22.6	21.7	23.4	26.5	27.1
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	24.1	29.2	37.3	41.8	41.6
Diabetes Mellitus	39.5	37.6	39.4	39.7	41.9
Doença Isquémica do Coração	49.1	47.5	42.7	40.3	39.4
Doenças Cerebrovasculares	129.6	121.2	119.6	116.1	112.3
Pneumonia	29.2	29.8	28.5	30.1	31.0

Fonte: mort@lidades.ACeS 2001-2009

De que
morremos?

5- TAXA BRUTA DE MORTALIDADE é o quociente entre o nº de óbitos da população residente, (da doença específica) sobre a população média residente em risco nesse período. É expressa por 100 mil habitantes

A opção para as escolhas das causas de mortalidade mais relevantes para o ACES Grande Porto I, prende-se com os valores das TMB e TMP específica por causa de morte, cujo valor traduza uma superioridade com relevância estatística em comparação com a RN (NUT II), 6 sendo esse valor superior a 23 óbitos por 100000 habitantes no último triénio apresentado.

A tuberculose foi incluída no grupo dos indicadores de mortalidade a considerar, mesmo sem ter os critérios definidos anteriormente, uma vez que o nosso ACeS, integrado da RN, ainda não apresenta uma redução sustentada da doença como se preconiza no Relatório do Programa de Luta contra a Tuberculose da RN (ARSN, 2007) cujo *“decréscimo percentual anual da incidência da tuberculose situa-se abaixo dos valores considerados necessários para consolidar a luta contra a tuberculose (3,7% entre 1987 e 2004) (pg.5)”* assim como se considerou pertinente a conclusão de que, existe *“diminuição da cobertura do rastreio de coabitantes de casos de tuberculose pulmonar bacilífera a partir de 2002 (pg. 5)”*. Somando ao facto que o *“sucesso terapêutico nos casos de tuberculose pulmonar bacilífera foi inferior a 85% ao longo do quinquénio 2000-2004 (pg.6).*

6- NUT nomenclatura
unidade territorial II
pertence à RN, I ao
Continente e III ao AVE
(segundo QREN) ou
Grande Porto (conforme
Decreto-lei 68/2008 d3 14
Abril)

Tabela 8- Taxa Mortalidade Padronizada 7 para a população do ACeS

Taxa mortalidade padronizada pela idade para ambos os sexos (/100000Habitantes) ACES Santo Tirso /Trofa	2003/ 2005	2004/ 2006	2005/ 2007	2006/ 2008	2007/ 2009
Tuberculose	3	3	3.2	3.0	2.7
Tumor Maligno do estômago	22.8	26.3	25.1	26.4	23.0
Tumor Maligno do Cólon e Recto	20.3	18.9	19.9	21.5	21.5
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	21.8	25.8	32.2	34.8	33.8
Diabetes Mellitus	33.4	31.0	31.6	31.7	32.4
Doença Isquémica do Coração	42.7	40.7	35.8	32.7	31.0
Doenças Cerebrovasculares	111.6	102.5	97.6	92.1	87.9
Pneumonia	25.2	25.2	23.8	24.4	24.7

Fonte: mort@lidades.ACeS 2001-2009

7- TAXA MORTALIDADE
PADRONIZADA pela idade
permite a comparação
dos seus valores entre
diferentes unidades
territoriais e consiste na
aplicação das taxas de
mortalidade por idade a
uma população padrão
que se definiu como a
europeia

Dos dados disponibilizados pela ARSN no microsite das mort@lidades.ACeS verificamos que são as Doenças Cerebrovasculares as responsáveis pelo maior n.º de óbitos, seguidas pela Diabetes Mellitus, Tumores Malignos da Traqueia Brônquios e Pulmões, apenas para referir as 3 principais.

Se observarmos as TMP para o ACeS, verificamos que não existe grande alteração nos óbitos, ou seja, são as Doenças Cerebrovasculares que mais matam no nosso ACeS, seguidas dos Tumores Malignos da Traqueia, Brônquios e Pulmões e a Diabetes Mellitus em terceiro lugar.

Atendendo especificamente ao n.º de óbitos por sexo, obtemos TMP para todas as idades e para o sexo masculino e verifica-se que é o Tumor Maligno da Traqueia Brônquios e Pulmões, o que maior n.º de óbitos regista. Já no sexo feminino são as Doenças Cerebrovasculares. De salientar, ainda, que a TMP por 100000 habitantes considerada prematura, pois aponta para a maior causa de morte antes dos 65 anos, em ambos os sexos no nosso ACeS, é igualmente o Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmões, como se resume na tabela 8.

Tabela 9- Taxa Mortalidade Padronizada por sexo e prematura 2007/2009

<ul style="list-style-type: none">• TMP(/1000000 HABITANTES) todas as idades sexo MASCULINO: Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão
<ul style="list-style-type: none">• TMP (/100000HABITANTES) todas as idades sexo FEMININO : Doenças cerebrovasculares
<ul style="list-style-type: none">• TMP (/100000HABITANTES) PREMATURA (<65 ANOS) ambos os sexos : Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão

**MORBILIDADE E
SUAS
CONSEQUÊNCIAS**

Fonte: mort@lidades.ACeS

Um país como Portugal, em que a esperança média de vida tem vindo a aumentar, começa a haver uma maior preocupação em procurar indicadores de saúde que traduzam a qualidade de vida. Assim e apoiados no documento da “Carga Global de Doença na Região Norte” um estudo realizado pelo DSP da ARSN, I.P., realçamos que “o *impacto das doenças crónicas e agudas na qualidade de vida tem vindo a tornar-se mais importante do que a mortalidade prematura*” (pg.1).

Ainda no mesmo documento lemos que *em Portugal, do total de anos saudáveis perdidos por grandes grupos de causa de morte, 54,6% dessas são relativas a anos de vida perdidos por morte ou incapacidade.*

8- Disability-adjusted life
year.
Um DALY corresponde a
um ano de vida saudável
perdido

O grande grupo das doenças não transmissíveis é o que mais contribui para os anos de vida saudável perdidos. No referido documento, explicita-se a metodologia da aplicação dos novos indicadores com a designação de DALYS 8.

Deste estudo retiramos que na RN, onde o ACeS Grande Porto I se encontra inserido são as doenças mentais as que mais contribuem para a carga global de doença, sendo o abuso do álcool nos homens e as perturbações depressivas nas mulheres as que maior peso têm nos anos de vida saudável perdidos nos grupos etários adultos jovens.

De que
adoecemos?

Estabelecendo uma lista dos indicadores de mortalidade mais relevantes e acrescentando o indicador de morbilidade associado às doenças mentais, o grupo de peritos da USP fez a priorização dos indicadores a fim de estabelecer os 3 problemas a serem alvo de um plano local de saúde. Indicamos de seguida os indicadores que foram submetidos a valorização tendo por base os critérios 9 major recomendados pelos termos de referência do DSP:

9- Critérios Major são
Magnitude,
Transcendência e
Vulnerabilidade

- Tuberculose
- Tumor Maligno do Estômago
- Tumor Maligno do Cólon e Recto
- Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão
- Diabetes Mellitus
- Doença Isquémica do Coração
- Doenças Cerebrovasculares
- Perturbações Mentais devido à depressão (mulheres) e abuso do álcool (nos homens)

Determinantes
da saúde

Que escolhas
fazemos?

Após a aplicação da grelha de priorização e verificada valorização equitativa para alguns dos problemas de saúde priorizados, foram aplicados para o desempate, os critérios major de magnitude e determinaram-se os seguintes **PROBLEMAS DE SAÚDE 10**:

10- Problemas de saúde metodologicamente formulados tendo em conta os problemas priorizados e as determinantes encontradas. Mede-se estimando o desvio entre o real e o desejado

1.º - DIABETES MELLITUS

2.º - DOENÇAS CEREBROVASCULARES

3.º - TUBERCULOSE PULMONAR

Para cada um dos problemas identificados como prioritários, definiram-se as necessidades técnicas que se apoiam nas determinantes de saúde que cada doença apresenta.

***Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, DGS 2008**

Apresentamos esquematicamente a lista de alguns dos determinantes seleccionadas para serem priorizadas baseadas na evidência científica publicada*:

***Relatório do OBSERVATÓRIO da Diabetes 2010**

Tabela 10- Determinantes da Diabetes Mellitus

DIABETES MELLITUS
<ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo e inactividade física • Acessibilidade das pessoas com diabetes aos dispositivos médicos de auto-vigilância • Internamento por complicações por cetoacidose, hipoglicemia grave e hiperosmolaridade • Obesidade central e excesso de peso • Hipertensão arterial • Dislipidemia • Antecedentes de doença cardiovascular • Aumento da idade materna no parto • Maior prevalência da diabetes nos homens • Mais de ¼ da população com mais de 60/79 anos tem diabetes • Maior prevalência da doença nos níveis educacionais mais baixos

***Programa Nacional De Prevenção E Controlo Das Doenças Cardiovasculares, DGS 2006**

***Programa Nacional de Combate à Obesidade, DGS 2005**

Tabela 11- Determinantes da Doença Cerebrovascular

DOENÇA CEREBROVASCULAR
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial sem controlo • Tabagismo • Dislipidemia • Abuso do álcool • Stress excessivo • Maior prevalência no sexo feminino • Falta de exercício físico diário • Não cumprimento dos exames periódicos de saúde • Erros alimentares

*Linhas
Orientadoras para
programas
Nacionais, DGS
2006

*Bases
Epidemiológicas do
Controlo da
Tuberculose, DGS
2001

Tabela 12- Determinantes da Tuberculose Pulmonar

TUBERCULOSE PULMONAR
<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza e discrepância entre ricos e pobres • Populações deslocadas para áreas urbanas • Negligencia na gestão da doença (deficiente capacidade de detecção, diagnóstico e cura) • Maior incidência na população de maior produtividade • Implementação pouco eficiente da estratégia DOT 11 • Número de incidentes de tuberculose na comunidade • Duração da infecciosidade dos casos não tratados • Falta de acessibilidade aos serviços de diagnósticos e tratamento • Falta de etiqueta respiratória • Habitação mal ventilada • Diminuição da função macrófaga 12 • Tuberculose aumenta com o nº de cigarros fumados • Alcoolismo (da maneira como afecta o sistema imunitário) • Malnutrição • Diabetes, neoplasias, insuficiência renal, HIV • Diminuição dos rastreios à população bacilífera

11- Regime de
tratamento da tuberculose
que implica 5 medidas
que incluem a toma
observada directamente
(TOD)

12- Células específicas
do sistema imunitário

3.1. Recursos da comunidade

Como referido anteriormente, uma das principais contrariedades ao cumprimento formal da metodologia adoptada pelo DSP em relação ao tipo e grau de participação dos parceiros externos quer internos, prende-se com a novidade do processo da construção do PLS e ainda o espaçamento dos encontros entre o Conselho da Comunidade com o respectivo Conselho Executivo do ACES.

Entende-se que um recurso da comunidade *“assenta na convicção de que, embora as comunidades possam ter problemas/necessidades sociais e de saúde, elas têm também o potencial, a capacidade e os recursos para dar resposta a esses problemas/necessidades” (Termos de referencia do DSP).*

Tendo por base esta premissa, e assumindo que este é um documento dinâmico na perspectiva da participação, assumimos como recursos do ACES todas as instituições que têm assento no Conselho da Comunidade e que pertencem:

- Pessoas ou indivíduos com papéis de liderança formal e informal na comunidade: como os representantes das assembleias municipais das Câmaras de Santo Tirso e da Trofa; representante dos agrupamentos de escolas; representantes da associação de solidariedade e acção social de Santo Tirso
- Instituições locais que apesar de serem entidades fora da comunidade estão disponíveis para os seus membros: como o representante das associações empregadoras; representante das confederações sindicais; representante do Centro Hospitalar do Médio Ave EPE; Serviço Local de Segurança Social; representante da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em risco
- As Associações e organizações locais de cidadãos; como o banco local de voluntariado da Misericórdia de Santo Tirso

***Perfil Da Situação
Epidemiológica E
Do Programa De
Luta Contra A
Tuberculose Na
Região De Saúde Do
Norte, 2000-2009**

Para além destes ainda contamos com equipamentos sociais adequados de assistência a crianças e jovens, assim como estruturas físicas que podem contribuir para esforços de melhoria da saúde como pavilhões desportivos, piscinas municipais, mercados municipais, estabelecimentos licenciados para o comércio de frutas e legumes, rede rodoviária, que se encontram pormenorizadamente caracterizados no Diagnóstico de Situação de Saúde.

Tabela 13 - Respostas sociais públicas e privadas do ACeS, 2011

Instituições/Valências nº		Santo Tirso	Trofa	ACeS Santo Tirso /Trofa
Casa de Abrigo		1	0	1
Deficiência	ACOD	1	0	1
	CAO	2	1	3
Dependências	Reinserção Social	1	0	1
Infância e Juventude	ATL	9	0	9
	Creche	11	4	15
	Jl	11	2	13
	Centro de Acolhimento Temporário para Menores	3	0	3
Intervenção Comunitária/Família		4	2	6
Refeitório Social		1	0	1
Terceira Idade	Centro de Convívio	8	3	11
	Centro de Dia	10	3	13
	Lar Grandes Dependentes	1	0	1
	Lar de Idosos	9	4	13
	Apoio Domiciliário	11	0	11
Unidade de Cuidados Continuados		1	0	1
Total		84	19	103

Fonte: Divisão de Acção Social das Câmaras Municipais de Santo Tirso e Trofa, 2011

Que perspectivas futuras?

3.2. Avaliação Prognóstica

Segundo as «Estratégias para a Saúde_ Obter Ganhos em Saúde» do documento ainda em, discussão do PNS 2011-2016 os *ganhos em saúde resultam da capacidade de intervenção sobre as causas evitáveis, controláveis ou resolúveis* (pg3/23). O PLS como documento estratégico local de intervenção nestas causas, prevê que se não houver um compromisso integrado e articulado com a comunidade, parte interessada na resolução dos problemas de saúde, poderá pôr em causa, qualquer perspectiva para a obtenção dos referidos ganhos em saúde. Os recursos aqui representados apenas são indicadores dos líderes com representação formal na instituição saúde, mas toda a sociedade civil é convidada a participar na obtenção do seu estado desejável de saúde.

3.3 Definição Das Necessidades Técnicas De Saúde Da População Do Aces

Tendo por base os problemas de saúde prioritizados, e estando elencados os factores de risco vulneráveis da etiologia de cada doença, como os tratamentos adequados ou diagnóstico precoce, a USP como entidade responsável pelo planeamento em saúde, que envolve a compreensão do “estado corrente da saúde da população, estado de saúde desejado no futuro e especificações das necessidades de intervenções necessárias no futuro” ¹³ assumiu em pleno a priorização das seguintes necessidades, uma vez que o ACeS, no seu todo, ainda não apresenta no momento actual, as condições para consultas internas e externas de saúde. As 5 necessidades estão apresentadas por ordem de prioridade e esquematicamente divididas em :

¹³- Retirado dos termos de referência para a construção dos PLS parte II do DSPN slide 3

Tabela 14 Necessidades Técnicas prioritizadas

Necessidades Técnicas associadas a indicadores mortalidade	Necessidades Técnicas associadas a determinantes de saúde
	1º. Diminuir o número da população em risco de vir a desenvolver Diabetes Mellitus
	2º. Aumentar o número de detecção de casos bacilíferos no ACES
	3º. Reduzir a prevalência de obesos na população residente
	4º. Aumentar a prevalência de mulheres com hábitos regulares de exercício físico
5º. Reduzir a mortalidade por doença cerebrovascular nas mulheres abaixo dos 65 anos	

4. Estratégias de Saúde

Estratégias são planificações formais de ações relacionadas com um problema de saúde, mas com implicação de planos elaborados a médio/longo prazo. Para ultrapassarmos os problemas metodologicamente traduzidos nas necessidades, propomos como estratégias de ação, e tendo em conta as parcerias dos recursos da comunidade:

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

5. Objectivos de saúde 2011-2016

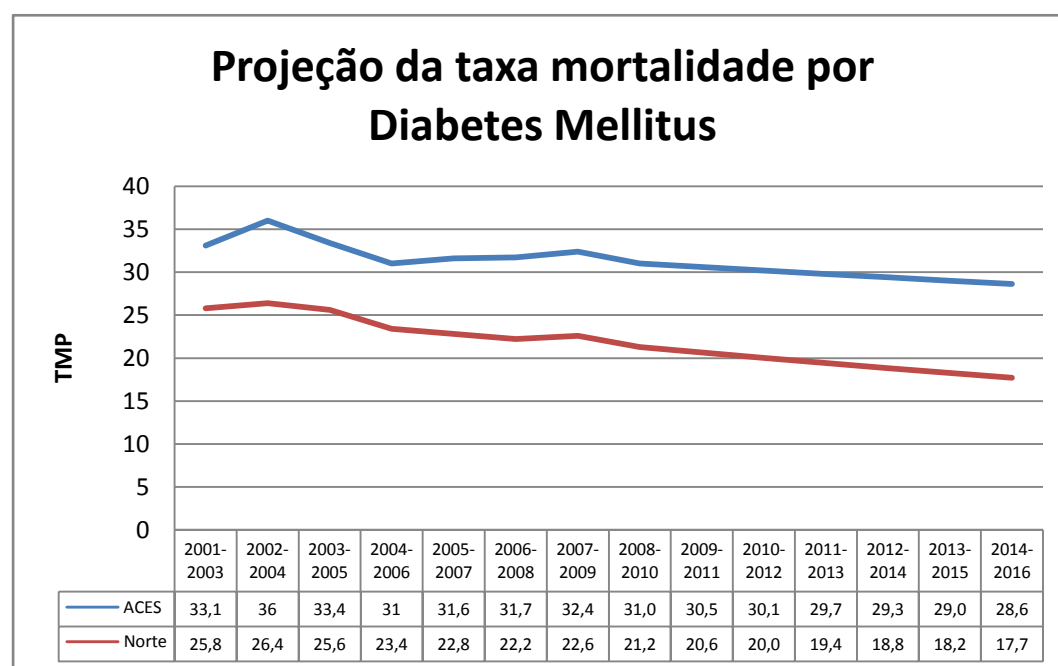
Para desenhar a projecção das tendências numa base temporal até 2016, para os 3 problemas prioritizados, utilizámos a metodologia adoptada pela equipa responsável pela elaboração do PNS 2011-2016 e que correspondem a cálculos de regressão exponencial. Para tanto partimos dos dados constantes no documento “Perfis de Saúde” para o ACES da ARSN, I.P.

Para onde
queremos ir?

Apresentamos em seguida os gráficos que demonstram essa projecção, assumindo as limitações pela falta de histórico e que nos mostra qual a tendência natural, isto é, se não existir nova intervenção no problema. O eixo das ordenadas representa o número de óbitos por 100 000 habitantes.

Após exposição dos gráficos definiremos os **Objectivos de Saúde dos ACES 2011-2016**

Gráfico 11 - Projecção por regressão exponencial da TMP Diabetes Mellitus

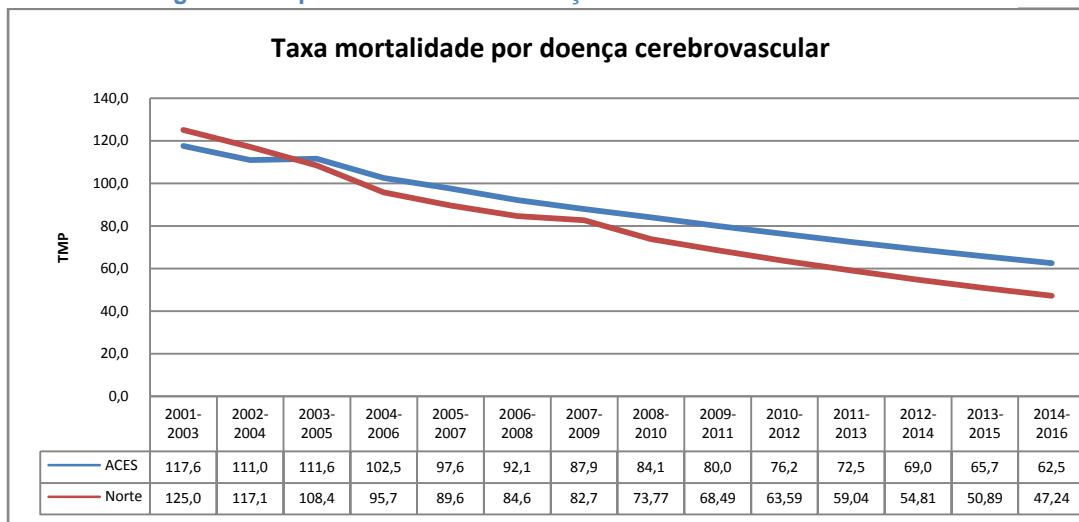


Fonte: mortalid@des.ACES

Os dados inseridos, tal como referido anteriormente, tiveram por base os valores da TMP por causa específica, para todas as idades e sexo, até ao triénio 2007/2009, a partir daí foi calculada por base na regressão exponencial a

tendência que o valor poderá alcançar em 2016. Para a segunda doença que mais óbitos regista no nosso ACES, a Diabetes Mellitus, tem uma previsão descendente de TMP, mas ainda assim superior à da RN em 10.92 pontos. Nos objectivos de saúde, definiremos que a nossa meta será ter como diferença metade deste valor, ou seja 5.46.

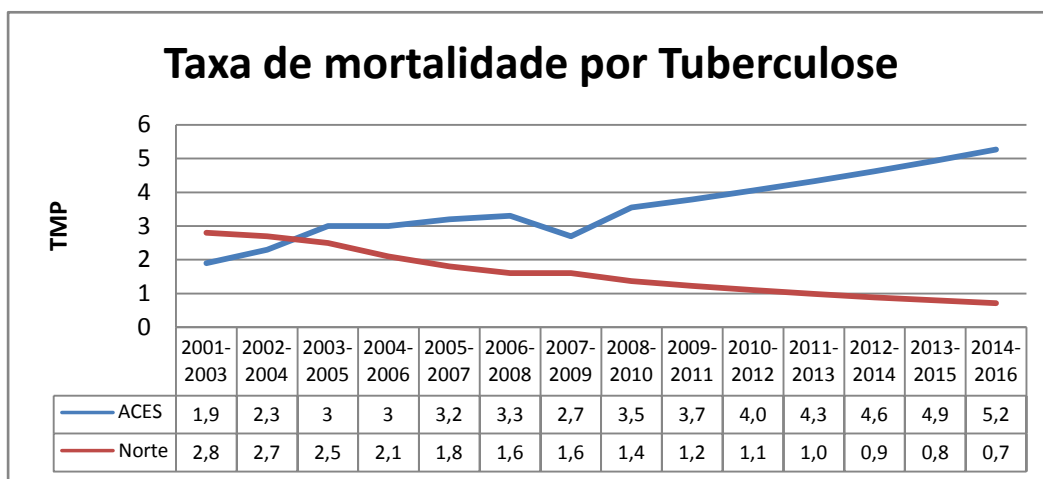
Gráfico 12 - Regressão exponencial da TMP Doença Cerebrovascular



Fonte: mortalid@des.ACES

A mortalidade por Doença Cerebrovascular é a que mais atinge, sobretudo as mulheres, no ACeS Grande Porto I. Também aqui a TMP apresenta uma tendência descendente segundo os cálculos referidos até 2016. Sempre mantendo a superioridade em relação à RN, a diferença entre as duas TMP é de 15.26 pontos. Assumindo a metodologia do PNS 2011-2016, pretendemos fazer diminuir esta diferença para 7.63.

Gráfico 13 - Regressão exponencial da TMP por Tuberculose Pulmonar



Fonte: mortalid@des.ACES

A Tuberculose apesar de não apresentar um número de óbitos significativo é um indicador de desenvolvimento.

O aumento da incidência do VIH e a prática de tratamentos inadequados ameaça o mundo de uma epidemia de tuberculose multirresistente.

No ACeS Grande Porto I tem havido alguma instabilidade na aplicação do PNT (Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose) da RN e a própria reforma dos cuidados de saúde primários pode pôr em causa a aplicação das boas práticas no tratamento da tuberculose pulmonar (novas organizações que não contemplam em carteira de serviços o apoio ao programa, etc), verificando-se a tendência crescente em detrimento dos valores apresentados para a RN.

Em relação à Tuberculose Pulmonar colocou-se a possibilidade de seguir uma ponderação diferente dos outros dois problemas de saúde, já que as curvas da projecção obtidas são bastante diferentes. Neste caso, não apresentam a mesma tendência, verificando-se inclusivamente um afastamento mais marcado em 2016 para a TMP no ACeS do que na RN, isto é, um agravamento da mortalidade por Tuberculose Pulmonar. No entanto, verificamos que aplicando o mesmo critério obtemos um resultado que expressa a contenção do problema face ao crescimento da projecção, o que se coaduna com o facto de se tratar de uma doença infecto-contagiosa.

Assim, prevê-se que os valores projectados para 2016 apresentem uma diferença de 4.5 pontos entre a TMP do ACeS e da RN, sendo a nossa meta 2.25 pontos de diferença em 2016.

6. Definição dos Objectivos de Saúde do ACeS Grande Porto I 2011/2016

Que mudanças desejamos que ocorram?

As nossas propostas de metas para atingir ganhos em saúde em 2016, ou seja objectivos de impacto, foram calculadas reduzindo para 50% a diferença entre os valores projectados para 2016 no ACeS Grande Porto I e a RN, que foi desde sempre o nosso ponto de referência.

Relembrando os nossos problemas de saúde:

- 1.º - DIABETES MELLITUS
- 2.º - DOENÇAS CEREBROVASCULARES
- 3.º - TUBERCULOSE PULMONAR

OBJECTIVO DE SAÚDE N.º 1

- Diminuir a TMP da Diabetes Mellitus, **para pelo menos 23/100.000** habitantes, na população residente do ACeS Grande Porto I, entre Novembro de 2011 e Dezembro de 2016.

OBJECTIVO DE SAÚDE N.º 2

- Diminuir a TMP por Doença Cerebrovascular, **para pelo menos 55/100.000** habitantes, na população residente do ACeS Grande Porto I, entre Novembro de 2011 e Dezembro de 2016.

OBJECTIVO DE SAÚDE N.º 3

- Diminuir a TMP por Tuberculose Pulmonar, para pelo menos **3/100.000** habitantes, na população residente do ACeS Grande Porto I, entre Novembro de 2011 e Dezembro de 2016.

OBJECTIVO OPERACIONAL OU META N.º 1

- Calcular o risco de vir a desenvolver diabetes através da grelha de avaliação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, a pelo menos 15% da população inscrita nas USF/UCSP do ACeS Grande Porto I, por ano, até 2016.

OBJECTIVO OPERACIONAL OU META N.º 2

- Aumentar a taxa de utilização global de consultas no ACeS Grande Porto I para pelo menos 75% até 2016.

OBJECTIVO OPERACIONAL OU META N.º 3

- Rastrear 100% dos coabitantes e contactos próximos de cada caso índice, até 2016.

OBJECTIVO OPERACIONAL OU META N.º 4

- Rastrear 100% dos coabitantes e contactos próximos de cada caso índice com resultado anterior negativo, três meses do 1º rastreio, até 2016.

OBJECTIVO OPERACIONAL OU META N.º 5

- Garantir a realização do tratamento completo, a 100% dos casos de Tuberculose Pulmonar diagnosticados, até 2016.

OBJECTIVO OPERACIONAL OU META N.º 6

- Aumentar a percentagem de hipertensos controlados em pelo menos 20%, no ACES Grande Porto I, até 2016.

7. Recomendações Para A Intervenção

Como foi referido anteriormente, o PLS resulta num compromisso da comunidade para que haja uma maior aproximação do estado desejado pela população e o que existe formulado pelos técnicos de saúde.

Os constrangimentos económicos e sociais que o país atravessa poderão ser tanto um entrave como uma oportunidade para que se alcancem os objectivos de saúde a que nos propomos.

O PLS deverá ser amplamente divulgado pelos parceiros e adaptado em caso de desajustamentos de metas que se crêem comuns. Todos os parceiros deverão contribuir para o cumprimento das metas.

De facto, o PLS é um instrumento estratégico de gestão e o seu principal objectivo é criar um movimento de mudança, que pretende melhorar as condições geradoras de melhor qualidade de vida.

8. Plano de M&A do PLS do ACES Grande Porto I

Para a monitorização e avaliação do PLS, recomenda-se que fique a cargo do Observatório Local de Saúde (OLS), da USP Santo Tirso Trofa.

Este serviço utilizará os instrumentos metodológicos de evidência científica mais actualizados e disponíveis na altura, e fará relatórios de avaliação intercalar em 2013 e um relatório final em 2016.

O acompanhamento será feito igualmente pelo OLS através da emissão de recomendações e relatórios de acompanhamento conforme os dados sejam disponibilizados pelo DSP, pelo INE ou ACSS.

Para a monitorização e acompanhamento dos objectivos operacionais, recomenda-se que os órgãos de gestão do ACeS em colaboração com o OLS elaborem um plano de actividades com horizonte temporal entre 2011 e 2016 a fim de se poder proceder à avaliação.

9. Comentários finais

Como reflexão final é fundamental que seja claro para todos que o PLS é um documento estratégico e, portanto, um instrumento de apoio à gestão.

O PLS pretende ser um instrumento de trabalho e de apoio ao conjunto de entidades existentes nos dois concelhos, bem como um instrumento, para e da população, para que na conjugação de esforços, sejamos todos capazes de produzir melhor saúde.

O PLS não é um plano de actividades, nem é um plano de acção.

O PLS pretende ser a base de trabalho para todas as entidades públicas e privadas e, a partir deste documento cada estrutura da comunidade possa delinear qual vai ser a sua estratégia de operacionalização.

No AceS Grande Porto I vai servir de base para que os órgãos de gestão decidam qual o plano estratégico a adoptar no Plano de Desempenho para os próximos anos. É a base de trabalho baseada na evidência, que vai servir de suporte para as estratégias a adoptar por cada Unidade Funcional.

A discussão pública que se vai seguir é fundamental para a partilha de informação, dos problemas que nos preocupam e para a estruturação de soluções concretas, que venham a ser incorporadas nas boas práticas de cada um e de todos.

O PLS para cumprir a missão de obter ganhos em saúde necessita do aporte de todos para que se aproxime mais dos problemas das populações.

As actuações de todos em prol do bem-estar da população nem sempre têm sido articuladas. A eficácia e efectividade da acção necessita desta estratégia de operacionalização centrada em problemas específicos que nos permitam monitorizar o processo, corrigir as estratégias, sempre que se revele necessário, de forma a concretizarmos melhor qualidade de vida.

ANEXOS

Fig. 1 - Plano de desempenho do ACeS 2010

	ACES 2010		
	Compromisso	Desempenho em %	Atingido
ACESSO			
Percentagem de consultas aos utentes pelo próprio médico de família	70,00	74,82	● 106,89%
Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar	30,00	23,71	● 79,03%
Taxa de utilização global de consultas		66,38	● 0,00%
Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos		17,97	● 0,00%
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos		192,51	● 0,00%
DESEMPENHO ASSISTENCIAL			
Percentagem de mulheres entre os 25-64 anos com colpocitologia actualizada (1 em 3 anos)	25,00	27,74	● 110,96%
Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	35,00	40,28	● 115,09%
% de diabéticos com pelo menos 2 HbA1C registada nos últimos 12 meses, desde que abranjam 2 semestres	62,00	56,02	● 90,35%
Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	85,00	74,93	● 88,15%
Percentagem de crianças com PNV actualizada aos 2 anos	97,73	93,47	● 95,64%
Percentagem de crianças com PNV actualizada aos 6 anos	98,00	95,39	● 97,34%
Percentagem de crianças com PNV actualizada aos 14 anos	88,00	92,54	● 105,16%
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuada até aos 28 dias	70,00	59,20	● 84,57%
Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	80,00	80,79	● 100,99%
Percentagem de recém nascidos de termo, com baixo peso por 1000 nados vivos de termo	11,00	2,72	● 24,73%
Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado	26,00	28,45	● 109,42%
Incidência de amputações de diabeticos na população residente por 10 000 habitantes	1,50	1,00	● 66,67%
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente por 10 000 residentes	25,00	25,45	● 101,80%
N.º de episódios agudos que deram origem a codificação de episódios (ICPC2) / N.º total de episódios	50,00	39,28	● 78,56%
Taxa de revisão de puerpério	70,00	64,13	● 91,61%
Taxa de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos 6 meses	85,00	83,16	● 97,84%
INDICADORES EFICIÊNCIA			
Custo com medicamentos facturados	125,00 €	152,00 €	121,60%
Custo com MCDT facturados	69,00 €	73,66 €	106,75%
Consumo de medicamentos hipnóticos em ambulatório (Dose Diária Definida/1.000 habitantes/dia)	125,00	sem referencia	
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos	30,00	31,33	● 104,43%
INDICADORES REGIONAIS			
Programa de Hipocoagulação - Utentes activos em TAO	5,00	5,00	● 100,00%
Coordenação de cuidados - Referenciação Hospitalar - Taxa de referenciação por inscritos	10,00	10,00	● 100,00%
Acesso – Utilização dos serviços – Percentagem de DOENTES acompanhadas ECCI /REFERENCIADOS	sem ECCI	sem ECCI	sem ECCI
Monitorização do grau de satisfação do serviço público - Mediana do tempo de resolução das reclamações	30 dias	35 dias	Não cumprido



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



**Plano Local Saúde do
ACeS Grande Porto I 2011-2016**