

ACES Grande Porto III – Valongo
ARSNorte, I.P.

PLANO LOCAL DE SAÚDE 2011-2016

ACeS VALONGO

Documento elaborado pela Unidade de
Saúde Pública do ACeS Grande Porto III
Valongo – ARSNorte, I.P.
31 de Outubro de 2011

PLANO LOCAL DE SAÚDE 2011-2016 - ACeS VALONGO

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Plano Local de Saúde 2011-2016 do ACeS Valongo contém as prioridades, as estratégias de intervenção e os objectivos de saúde a atingir até 2016 pela comunidade residente no concelho de Valongo.

A aplicação da metodologia de planeamento em saúde, adoptada para a elaboração deste Plano, incluiu o ordenamento dos problemas de saúde por ordem decrescente de importância aplicando critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Foram analisados os dados disponíveis relativos a mortalidade, morbilidade e determinantes da saúde relativos à região de saúde do Norte, ao concelho de Valongo e aos concelhos vizinhos. A avaliação da vulnerabilidade às intervenções de saúde de cada um desses problemas permitiu a elaboração de uma lista das necessidades técnicas de saúde a submeter ao processo de selecção de prioridades. Nesse processo foi necessário discutir as diferentes alternativas à luz de toda as variáveis a ter em conta: factores de risco comuns a esses problemas, estratégias possíveis de intervenção, incerteza sobre os recursos e sobre a adesão dos diferentes parceiros, entre outras.

As prioridades estabelecidas neste Plano são:

1. Diminuir a prevalência de complicações de diabetes mellitus na população residente no concelho de Valongo;
2. Diminuir a mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool na população com idade inferior a 65 anos;
3. Diminuir a morbilidade por doenças crónicas do aparelho respiratório na população incluindo a tuberculose.

A concepção das estratégias para a intervenção relativa a cada uma das necessidades de saúde teve em conta, por um lado as relações interinstitucionais ao nível do concelho, e por outro o ambiente organizacional do ACeS. A selecção de uma estratégia teve sempre como um critério fundamental os custos dessa estratégia. **As estratégias** propostas às diferentes unidades de saúde e aos parceiros do sector da saúde **são as seguintes:**

1. Aumentar a capacidade de intervenção dos serviços de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças incluídas nas necessidades de saúde prioritizadas, quer redistribuindo os recursos quer através da formação dos profissionais de saúde em cada unidade de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários (aumentar o acesso e a qualidade).
2. Implementar as orientações clínicas específicas para cada um dos problemas de saúde prioritizados, estabelecidas pela Direcção Geral da Saúde ou por sociedades científicas nacionais e ou internacionais reconhecidas. Em particular executar as actividades previstas nos programas nacionais de controlo desses problemas de saúde. Existe evidência científica quanto à efectividade da prestação de cuidados de saúde (prevenção secundária e terciária) na redução da mortalidade e da morbilidade por *diabetes mellitus*, por doenças atribuíveis ao álcool e por doenças respiratórias incluindo a tuberculose.
3. Monitorizar os indicadores de saúde seleccionados para a avaliação, e aplicação de medidas para a melhoria da intervenção sempre que indicado
4. Planear programas ou projectos dirigidos à prevenção primária, de intervenção para a redução da prevalência dos principais factores de risco dos problemas de saúde prioritizados: os consumos de tabaco e de álcool, o consumo insuficiente de fruta e de outros vegetais, a inactividade física, o excesso de peso e a obesidade. Existe evidência

científica quanto à efectividade das intervenções sobre esses determinantes das doenças crónicas. Os ganhos em saúde pela implementação desta estratégia são acrescidos dos ganhos resultantes da prevenção e controle de outras doenças crónicas de grande magnitude e que estão incluídas no *Plano Nacional de Saúde 2011-2016* como por exemplo as doenças cerebrovasculares e outros cancros não incluídos nas prioridades aqui estabelecidas para Valongo. Considerar nesse processo de planeamento o lema *a saúde constrói-se e mantém-se* como uma ferramenta do *empowerment* dos cidadãos.

5. Priorizar os programas e actividades de acordo com os princípios da equidade e da solidariedade (prioridade aos mais desprotegidos) e dirigidos aos principais grupos de risco de doença e às populações mais vulneráveis.

Os objectivos estabelecidos são:

1. **Diminuir a taxa de amputações de membros inferiores em consequência de diabetes mellitus** em 50% (de 9 por 100 mil no período 2007- 2008 para valores inferiores a 4,5 por 100 mil no período 2015-2016), na população residente no concelho de Valongo;
2. **Diminuir a taxa de internamento padronizada por diabetes mellitus, nos homens**, de 122,5 por 100 mil (em 2007) para valores inferiores a 60 por 100 mil, até 2016, (valor próximo do observado em 2007 em alguns ACeS da região com população superior a 100000 hab), na população residente no concelho de Valongo, o que corresponde a um decréscimo de 51 % relativamente ao valor observado em 2007;
3. **Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool na população com idade inferior a 65 anos** em 15%, de

11,4 por 100 mil (2001-2005) para 9,7 por 100 mil no período 2012-2016, na população residente no concelho de Valongo;

4. **Diminuir a taxa de internamento padronizada por DPOC, em homens e em mulheres**, para valores inferiores aos das taxas de internamento padronizadas observadas em 2007 no Continente, até 2016, na população residente no concelho de Valongo, o que corresponde a um decréscimo de 42% nos homens e de 52% nas mulheres;
5. **Diminuir a incidência de tuberculose para uma taxa inferior a 20 por 100 mil residentes**, na população residente no concelho de Valongo, o que corresponde a um decréscimo de cerca de 50%.

Destacamos algumas das recomendações feitas no Plano:

O Plano Local de Saúde deve ser usado para direccionar os recursos disponíveis de modo a serem obtidos ganhos em saúde, através do desenvolvimento das estratégias planeadas, e da sua operacionalização sob a forma de Planos de Desempenho.

Deve ser promovido o diálogo com outros sectores nomeadamente a Câmara Municipal, a Misericórdia e as organizações do sector social da comunidade, para que o Plano Local de Saúde possa constituir um instrumento do desenvolvimento local.

Devem ser estabelecidas parcerias, no respeito pela especificidade técnica de cada sector, que permitam a criação de sinergias dirigidas à efectividade das intervenções de saúde, e que permitam contrariar a tendência para a medicalização da saúde em detrimento das políticas de prevenção da doença e de promoção da saúde.

ACeS Valongo

Siglas e abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

ARSNorte – Administração Regional de Saúde do Norte

AVC – acidente vascular cerebral

DALY – anos de vida saudável perdidos (disability-adjusted life year)

DPOC _ doença pulmonar obstrutiva crónica

GDH – grupos de diagnóstico homogéneos

INS – Inquérito Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

YLL – anos de vida perdidos por morte prematura

YLD – anos de vida perdidos por doença e/ou deficiência

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Introdução | 8 |
| Metodologia..... | 9 |
| Necessidades de saúde da população residente | 11 |
| Tendências dos indicadores de saúde na região Norte..... | 11 |
| Carga Global de doença na Região Norte | 13 |
| Mortalidade no concelho de Valongo | 15 |
| Morbilidade no concelho de Valongo | 22 |
| Determinantes da saúde..... | 26 |
| Definição das Necessidades de Saúde..... | 27 |
| Prioridades | 30 |
| Estratégias | 32 |
| Objectivos..... | 35 |
| Recomendações..... | 36 |
| Referências bibliográficas | |

Introdução

Esta proposta de Plano Local de Saúde contém as prioridades, as estratégias de intervenção e os objectivos de saúde a atingir até 2016. Na sua elaboração foram ponderados alguns aspectos que devem ser tidos em conta na discussão do seu conteúdo:

- A análise da informação disponível mostrou que a mortalidade geral no concelho de Valongo é inferior à da região a partir do triénio 2004-2006;
- A informação disponível sobre os determinantes da saúde no concelho de Valongo, não inclui informação sobre alguns dos mais importantes factores de risco de doença conhecidos. Os dados conhecidos dizem respeito à região e ao País, não estando planeados estudos sobre factores de risco a nível local.
- A população residente no concelho de Valongo não chega a atingir os cem mil habitantes, pelo que para a análise comparativa de vários indicadores de saúde exige a obtenção de dados de períodos de tempo da ordem dos cinco ou mais anos, para ser possível detectar diferenças significativas quer no tempo quer na comparação com outras comunidades.

Face às expectativas criadas no ACeS de que a Unidade de Saúde Pública produziria uma proposta de Plano Local de Saúde (PLS) ainda em 2011, foi elaborado este documento com o enquadramento do *Plano Regional de Saúde do Norte 2009/2010*¹ e da respectiva avaliação, do documento *Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010*, e foram também tidos em conta os eixos estratégicos propostos no *Plano Nacional de Saúde 2011-2016* para o País.

Metodologia

O diagnóstico da situação de saúde da população residente no concelho de Valongo apoia-se nos documentos *Perfil de Saúde do ACeS Valongo*, *Perfis de Saúde dos ACeS da Região Norte* e *Perfil de Saúde da Região Norte, Carga Global da Doença na Região Norte de Portugal*, e *Mortalidades.ACeS – Análise por Triénios*, documentos publicados pelo Departamento de Saúde Pública da ARSNorte. Para a elaboração do diagnóstico foram ainda analisados dados estatísticos publicados pelo INE, dados publicados pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) relativos à caracterização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), e outros dados disponíveis em documentos publicados a nível local e regional quer pelos serviços de saúde quer por outras instituições.

O documento *Avaliação do Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010*² identifica tendências temporais em relação a algumas das prioridades que tinham sido estabelecidas para a Região nesse Plano. Para a identificação dos principais problemas de saúde da população residente no concelho de Valongo, usámos os dados sobre as principais causas específicas de maior carga global de doença identificadas no estudo *Carga Global de Doença na Região Norte*³ que se refere ao período 2003-2005. Partindo dessa informação, considerámos para cada causa específica os dados de mortalidade, de morbilidade e de determinantes, disponíveis nos documentos *Perfil de Saúde do ACES Valongo* e *Mortalidades. ACeS Análise por Triénios 2001-2009*.

Aquela informação nomeadamente a comparação dos indicadores de mortalidade de Valongo com os dos ACeS limítrofes (Gondomar, Vale do Sousa Sul, Santo Tirso - Trofa, Maia, Porto e Matosinhos), permitiu à equipa de planeamento da USP ordenar os problemas de saúde por ordem decrescente de importância aplicando **critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade** para a sua hierarquização. A “expectativa” quanto à redução do problema dado o impacto das intervenções de saúde, permitiu a elaboração da lista das necessidades técnicas de saúde a submeter ao processo de escolha das prioridades do Plano Local de Saúde (PLS) 2011-2016.

Quanto à identificação dos recursos disponíveis para a intervenção, admitimos a hipótese de não se observarem grandes assimetrias na atribuição de recursos do SNS na região e, considerámos que a informação disponível no [Diagnóstico Social do Concelho de Valongo](#) é detalhada e permite a identificação, embora não exaustiva, de outros recursos da comunidade disponíveis para intervenção de saúde.

Uma vez estabelecida uma lista hierarquizada de necessidades de saúde para o concelho de Valongo, a equipa de planeamento da USP estabeleceu uma lista de prioridades aplicando os critérios: importância do problema, conhecimento técnico e capacidade para uma intervenção eficaz, e exequibilidade da intervenção, em que foi particularmente valorizada a informação resultante da comparação dos indicadores de saúde do ACeS Valongo com os ACeS vizinhos. Estes critérios foram aplicados pela equipa usando uma árvore de decisão.

Para a elaboração das estratégias a propor, foi feita investigação bibliográfica sobre estratégias de intervenção para cada uma das prioridades de saúde.

As estratégias de intervenção foram elaboradas tendo em conta os “eixos estratégicos” propostos para o Plano Nacional de Saúde: *Cidadania em saúde* , *Equidade e acesso adequados aos cuidados de saúde* , *Qualidade em saúde* e *Políticas saudáveis* .

Quanto aos objectivos foi dada ênfase à necessidade de serem formulados de modo a ser possível a avaliação do Plano.

Necessidades de saúde da população residente

Tendências dos indicadores de saúde na região Norte

No Plano Regional de Saúde 2009-2010 foram identificadas as principais necessidades de saúde para a região Norte.

Quanto à mortalidade as necessidades identificadas foram:

- Menor mortalidade por doenças cerebrovasculares, por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, do tumor maligno da mama feminina, do tumor maligno do estômago, tumor maligno do cólon e do recto, das doenças atribuíveis ao álcool, da doença crónica do fígado e cirrose, e da pneumonia
- Menor mortalidade infantil e neo-natal.

Quanto à morbilidade as necessidades identificadas foram:

- Menor incidência de tuberculose
- Menor incidência de VIH/sida
- Menor percentagem de crianças de 6 anos com cáries
- Menor número de dentes da dentição definitiva cariados, obturados e tratados nas crianças com 12 anos de idade.

Quanto aos determinantes da saúde as necessidades identificadas foram:

- Menor percentagem de nascimentos pré-termo
- Menor percentagem de crianças com baixo peso à nascença
- Menor percentagem de nascimentos em mulheres com idade de risco (\geq 35 anos)
- Menor consumo de álcool
- Maior consumo de frutas e legumes
- Menor consumo de tabaco
- Menor consumo de drogas

A *Avaliação do Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010* da ARSNorte indica quanto à mortalidade por tumores malignos, uma tendência ligeiramente crescente na morte prematura por tumor maligno da mama, por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, e por tumor maligno do cólon e do recto.

A morte prematura por doenças atribuíveis ao álcool apresenta uma tendência crescente, enquanto que por doenças cerebrovasculares, por doença crónica do fígado e cirrose e por pneumonia, apresenta tendências decrescentes. A mortalidade infantil e a mortalidade neo-natal mostram tendência decrescente.

O mesmo documento, quanto à morbilidade, mostra que as taxas de incidência de tuberculose e VIH-sida apresentaram tendência decrescente.

Quanto aos determinantes da saúde, o indicador percentagem de nascimentos pré-termo mantém a tendência crescente, o indicador percentagem de crianças com baixo peso à nascença mantém a tendência de estabilidade, o indicador percentagem de nascimentos em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos) mantém a tendência francamente crescente que vinha apresentando. Quanto ao consumo de frutas e legumes não se conhecem estudos que indiquem melhorias e observou-se mesmo uma diminuição em alguns grupos etários. Relativamente a outras prioridades estabelecidas no Plano não se dispunha de dados que permitissem a avaliação.

Carga Global de doença na Região Norte

Segundo o estudo *Carga Global de Doença na Região Norte*, o qual quantifica a carga de mortalidade prematura e de incapacidade para as principais doenças ou grupos de doenças na região usando como medida resumo o indicador Disability-Adjusted Life Year (DALY), o grande grupo das doenças não transmissíveis é o que mais contribui para o total de *DALY*, sendo responsável por 85,9% dos anos de vida saudável perdidos, no triénio 2003-2005³.

Na desagregação por sexo e grupo etário, para os três grandes grupos de causas considerados nesse estudo (Grupo I – doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais; Grupo II – doenças não transmissíveis; Grupo III – lesões e envenenamentos), **o número de anos de vida saudável perdidos (*DALY*) é sempre superior nos homens, para todos os grupos etários, excepto no grupo de 60 e mais anos.**

Na tabela 1, adaptada desse estudo, apresentam-se as 15 principais doenças e respectivo peso no total de *DALY*, na Região Norte, e os valores da contribuição das componentes *anos de vida perdidos por morte prematura* (YLL) e *anos de vida perdidos por doença e/ou deficiência* (YLD). Esse estudo aponta **importantes diferenças entre os sexos e por grupo etário.**

As maiores assimetrias por sexo mostram que os problemas **“perturbações devidas ao álcool”, “acidentes de viação”, tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão”, “VIH/sida” e “tuberculose” são mais importantes nos homens do que nas mulheres**, enquanto que nestas assumem maior dimensão os **“episódios depressivos”, “Alzheimer e outras demências” e as “artroses”.**

As **perturbações depressivas unipolares** são a primeira causa da carga global de doença nas mulheres e a quinta causa nos homens, e são a **principal causa de anos de vida saudável perdidos em adultos jovens** (15-44 anos de idade).

As perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso do álcool são a segunda causa que mais contribui para anos de vida saudável perdidos nos homens, em particular no grupo etário dos 15-44 anos. As doenças atribuíveis ao álcool incluem o tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe, o tumor maligno do estômago, as desordens mentais e comportamentais devido ao uso do álcool, a cardiomiopatia alcoólica, a doença do fígado alcoólica, outras doenças do pâncreas, e o envenenamento accidental por álcool não classificado noutra lugar (lista de doenças definidas pelo Alto Comissariado da Saúde).

Tabela 1. DALY para as principais doenças e respectivo peso (%) no total de DALY, para a região Norte, no triénio 2003-2005.
Contribuição para os DALY das componentes YLL e YLD em cada doença.

| Doença | Região Norte | | | | |
|--------|--|--------|-------|-------|-------|
| | DALY | | % YLL | % YLD | |
| | N.º | % | | | |
| 1 | Doenças cerebrovasculares | 36 324 | 7,7 | 70,7 | 29,3 |
| 2 | Episódios depressivos (unipolar) | 27 145 | 5,7 | 0,1 | 99,9 |
| 3 | Doença isquémica cardíaca | 17 626 | 3,7 | 75,7 | 24,3 |
| 4 | Diabetes <i>mellitus</i> | 16 266 | 3,4 | 46,4 | 53,6 |
| 5 | Perda da audição | 15 791 | 3,3 | 0,0 | 100,0 |
| 6 | Alzheimer e outras demências | 15 777 | 3,3 | 14,8 | 85,2 |
| 7 | Perturbações devidas ao uso do álcool | 14 949 | 3,2 | 4,4 | 95,6 |
| 8 | Acidentes de viação | 13 818 | 2,9 | 82,0 | 18,0 |
| 9 | Doença pulmonar obstrutiva crónica | 13795 | 2,9 | 36,0 | 64,0 |
| 10 | Tumor maligno da traqueia brônquios e pulmão | 10 714 | 2,3 | 97,5 | 2,5 |
| 11 | Alterações da refração | 10677 | 2,3 | 0,0 | 100,0 |
| 12 | Artrose | 9 929 | 2,1 | 0,4 | 99,6 |
| 13 | Tumor maligno do estômago | 9 345 | 2,0 | 97,0 | 3,0 |
| 14 | Tumor maligno do cólon e recto | 8565 | 1,8 | 81,3 | 18,7 |
| 15 | VIH/sida | 7 397 | 1,6 | 82,5 | 17,5 |

Mortalidade no concelho de Valongo

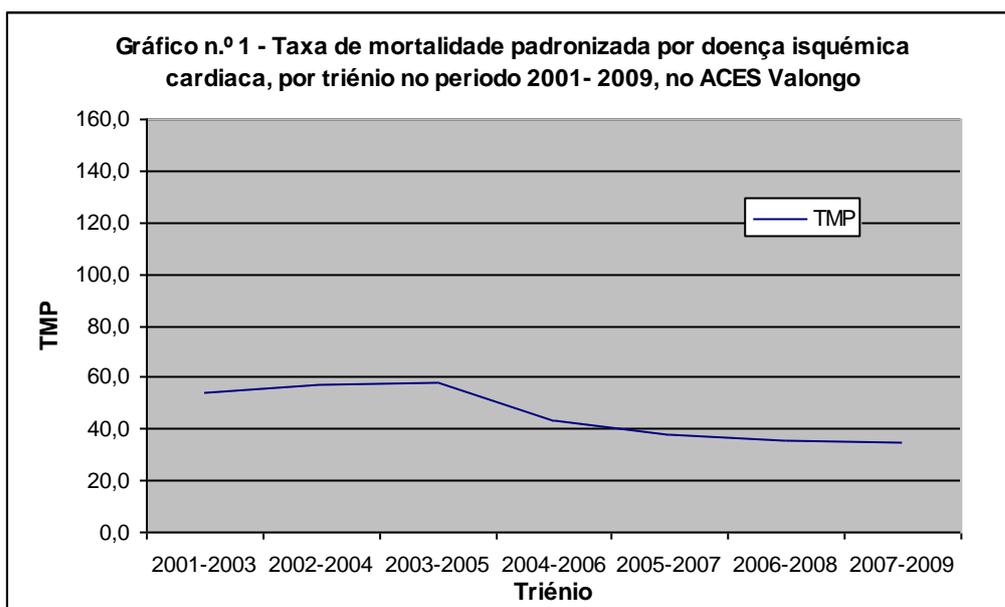
- **Comparação com a Região Norte**

A evolução da mortalidade geral analisando a taxa de mortalidade padronizada, por triénio, de 2001-2003 a 2007-2009 no ACeS Valongo, mostra que esta tem vindo a diminuir e se tornou inferior à da região a partir do triénio 2004-2007⁴.

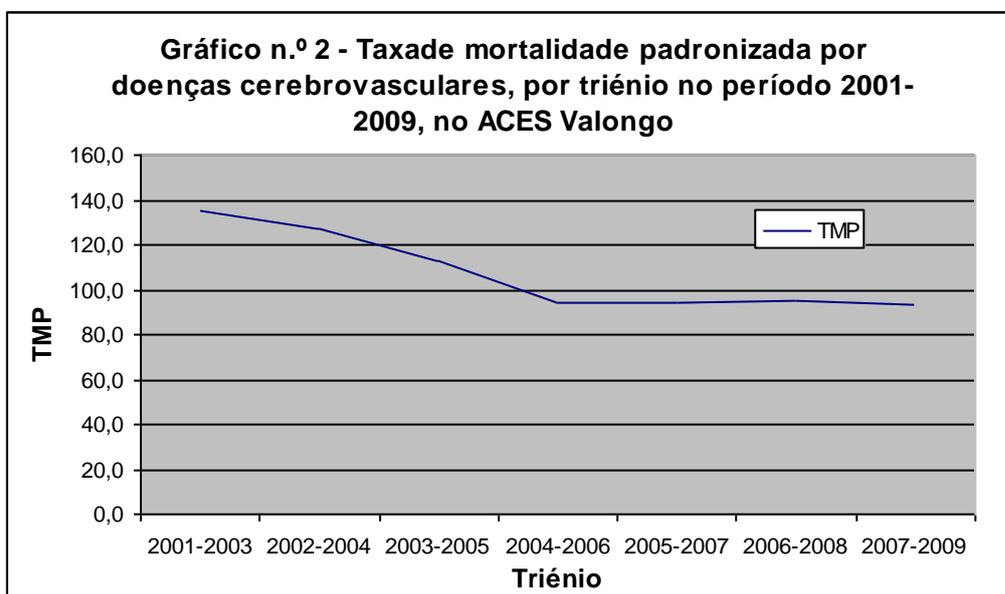
Quanto às principais causas de morte as taxas de mortalidade padronizadas mostram que houve uma melhoria da situação no concelho de Valongo relativamente à situação na região Norte, nomeadamente a partir do triénio 2006/2008⁴. No triénio 2007-2009, a mortalidade por doenças do aparelho digestivo e por causas externas mostra valores inferiores aos da região, não se detectando valores superiores com diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das causas de morte consideradas no mesmo estudo. No mesmo triénio, a comparação causa a causa com a Região, mostra que para nenhuma causa o valor do ACeS de Valongo é estatisticamente superior ao da Região, quer para o sexo feminino quer para o sexo masculino.

A análise da mortalidade prematura também não identifica causas de morte com valores superiores aos da região Norte e com diferenças estatisticamente significativas.

A análise da evolução da mortalidade específica por triénio, considerando os triénios do período 2001-2009, no ACeS Valongo, mostra um decréscimo na mortalidade por doença isquémica cardíaca (Gráfico n.º 1) e por doenças cerebrovasculares (Gráfico 2).



Dados do relatório “Mortalidades.ACeS – ACeS Valongo – análise por triénios 2001-2009” da ARSNorte



Dados do relatório “Mortalidades.ACeS – ACeS Valongo – análise por triénios 2001-2009” da ARSNorte

No ACeS Valongo, a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão decresceu 27,9%, do triénio 2001-2003 ao triénio 2007-2009. A mortalidade por esta causa foi no triénio 2001-2003 superior à da região o que não se verificou no triénio 2007-2009 em que a diferença com a região não apresenta significado estatístico. Na mortalidade por tumor maligno da mama feminina não se tem observado melhoria considerando os dados do triénio 2004-2006 e do triénio 2007-2009.

Quanto à mortalidade por “doença crónica do fígado e cirrose” e por “pneumonia” observou-se no ACeS Valongo, no triénio 2007-2009, os valores mais baixos do período em análise, com taxas de mortalidade padronizadas mais baixas que as da região mas cuja diferença não é estatisticamente significativa.

Quanto às doenças atribuíveis ao álcool, no concelho de Valongo, a taxa bruta de mortalidade por esta causa no grupo etário com idade inferior a 65 anos, foi a mesma da região, no período 2006-2008⁵. Por outro lado, segundo dados de 2009 do Alto Comissariado da Saúde, a mortalidade por esta causa antes dos 65 anos de idade, na Região Norte, aumentou de 2004 a 2009 em 5,6%⁶.

Analisámos a evolução da mortalidade por cada causa específica, por sexo, no ACeS Valongo. A Tabela 2 mostra as taxas de mortalidade específica padronizadas, por sexo, relativas ao triénio 2007-2009, em Valongo, de algumas causas de morte, e o resultado da análise da evolução das taxas de mortalidade por triénio por sexo. Nas mulheres, a taxa de mortalidade padronizada por diabetes *mellitus* é mais elevada do que nos homens. Destacam-se a evolução para valores crescentes da mortalidade por tumor maligno do cólon e do recto nos homens e das doenças do aparelho respiratório e do tumor maligno da mama nas mulheres.

De notar que a projecção da taxa padronizada de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) por tumor maligno do cólon, recto e ânus, para 2016, mostra uma tendência decrescente, na região Norte⁷.

Tabela 2. Taxa de mortalidade específica padronizada no ACES Valongo, 2007-2009, por sexo e tendência da evolução por triênio 2001-2009.

| Indicadores | VALONGO 2007-2009 | | Triênios 2001-2009 | |
|---------------------------------------|-------------------|----------|--------------------------|--------------------------|
| | Masculino | Feminino | Tendência Homens | Tendência Mulheres |
| Mortalidade geral padronizada | 693,3 | 428,6 | Decrescente | Decrescente |
| Tumores malignos | 212,2 | 95,8 | Ligeiramente decrescente | Decrescente |
| Tumor estômago | 29,6 | 12,2 | Decrescente | Ligeiramente decrescente |
| Tumor cólon e recto | 26,2 | 10,8 | Crescente | Decrescente |
| Tumor traq bron pulmões | 47,7 | 7,4 | Decrescente | Decrescente |
| Tumor da mama | - | 20,6 | - | Crescente |
| Diabetes mellitus | 13,5 | 21,5 | Decrescente | Estável |
| Doença isquêmica cardíaca | 45,7 | 25,6 | Francamente decrescente | Decrescente |
| Doenças cerebrovasculares | 93,0 | 80,8 | Decrescente | Decrescente |
| Doenças Aparelho respiratório | 75,5 | 49,7 | Decrescente | Crescente |
| Doenças do aparelho digestivo | 24,3 | 16,8 | Decrescente | Estável |
| Causas externas de mortalidade | 25,4 | 7,5 | Francamente decrescente | Francamente decrescente |
| VIH/sida | 10,8 | 2,0 | Francamente decrescente | Decrescente |

Fonte: Mort@lidades

 Tendência crescente

- **Mortalidade proporcional**

Considerando a mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos, no triénio 2003-2005, as doenças do aparelho circulatório correspondem à maior parcela no conjunto das causas de morte, seguidas dos tumores malignos e das doenças do aparelho respiratório⁸.

No triénio 2007-2009, considerando a **mortalidade proporcional, para todas as idades e ambos os sexos**, as doenças do aparelho circulatório (29,6%) correspondem à maior parcela no conjunto das causas de morte, seguidas dos tumores malignos (27,1%) e das doenças do aparelho respiratório (11,1%) excluindo os “sintomas, sinais e achados anormais não classificados” (12,4%)⁴. Considerando a **mortalidade proporcional no grupo dos com menos de 65 anos de idade, para ambos os sexos**, no mesmo período, os tumores malignos aparecem como principal causa de morte (40,9%), seguida das doenças do aparelho circulatório (13%), das causas externas (6,1) e das doenças infecciosas (5,8 %) excluindo os “sintomas, sinais e achados anormais não classificados” (16,2%)⁴.

- **Comparação das taxas de mortalidade específicas entre ACES vizinhos**

A comparação das taxas de mortalidade padronizadas do ACES Valongo com as dos ACeS vizinhos que apresentamos na Tabela 3, mostra que a mortalidade geral, tal como no ACeS Gondomar, se encontra numa posição próxima da do ACeS com menor mortalidade geral que é o ACES Maia⁴. Os ACeS de Vale do Sousa Sul, Santo Tirso/Trofa e Matosinhos aproximam-se mais do concelho do Porto que apresenta maior mortalidade geral.

Da análise dessa tabela resulta a percepção de que no ACeS da Maia a mortalidade ou é menor ou está muito próxima dos valores do ACeS com

menor mortalidade em cada causa. O ACeS Valongo apresenta valores superiores ao ACeS da Maia na mortalidade por tumor maligno dos ossos, pele e mama, por doença isquémica cardíaca, por doenças cerebrovasculares, por doenças do aparelho respiratório e por VIH/sida, aproximando-se dos valores do ACeS Maia nas outras causas de morte. No conjunto dos ACeS estudados, o ACeS Valongo não apresenta os valores mais elevados em nenhuma das causas de morte consideradas.

Dados de mortalidade divulgados aos ACeS pela ACSS, mostram que quanto às doenças atribuíveis ao álcool, no ACeS Valongo, a taxa bruta de mortalidade por esta causa, no grupo etário com idade inferior a 65 anos, apresenta valores mais elevados que em alguns dos ACeS vizinhos, no período 2006-2008⁵.

Tabela 3. Taxa de Mortalidade padronizada 2007-2009. Comparação ACES Valongo - ACES vizinhos limítrofes.

| Indicadores | ACES Valongo | ACES Gondomar | ACES Vale Sousa Sul | ACES Maia | ACES Porto | ACES Stirso/Trofa | ACES Matosinhos |
|--------------------------------|--------------|---------------|---------------------|-----------|------------|-------------------|-----------------|
| Mortalidade geral padronizada | 553,4 | 549,4 | 638,5 | 461,9 | 721,7 | 653,3 | 643,2 |
| Tumores malignos | 147,4 | 140,2 | 147,6 | 123,9 | 199,6 | 172 | 182 |
| Estômago | 19,7 | 17,3 | 17,8 | 13,1 | 19,4 | 23 | 22 |
| Colon e Recto | 17,1 | 19,2 | 17,2 | 18,4 | 23,7 | 21,5 | 20,9 |
| T. B. e Pulmões | 25,4 | 27,6 | 29,1 | 27,2 | 42,4 | 33,8 | 38,9 |
| Ossos Pele e Mama | 13,3 | 10,9 | 10,5 | 9,3 | 17,5 | 12,4 | 12,7 |
| Diabetes | 18,5 | 22,4 | 22,7 | 16,6 | 20,8 | 32,4 | 27,3 |
| Doença isquémica cardíaca | 35,1 | 28,4 | 32,5 | 27 | 38 | 31 | 36,6 |
| Doenças cerebrovasculares | 87,6 | 82,8 | 116 | 60,5 | 79,5 | 87,9 | 75,3 |
| Doenças Aparelho respiratório | 61,5 | 52,5 | 74,8 | 46,5 | 69,1 | 71,8 | 70,1 |
| Doenças do aparelho digestivo | 20,8 | 24,3 | 33,6 | 18 | 32,2 | 23,4 | 28,5 |
| Causas externas de mortalidade | 16,7 | 18,9 | 32,3 | 16,7 | 20,7 | 24 | 16,1 |
| VIH | 6,2 | 8 | 3,9 | 4,6 | 22,2 | 2,4 | 10 |

Fonte: [Mort@lidades.ACeS](#) – Região de Saúde do Norte - Análise por triénios. Departamento de Saúde Pública da ARSNorte, I.P.

Escala de cores:

| |
|--------------------------------|
| o melhor=azul |
| mais próximo do melhor=amarelo |
| mais próximo do pior=laranja |
| o pior=vermelho |

Morbilidade no concelho de Valongo

- Internamentos

O documento *Morbilid@des.hospitalar – Análise dos Internamentos Hospitalares na Região Norte*⁹, contém dados sobre os internamentos em 2007, por causa específica e por ACeS, na região Norte. A apresentação das taxas de internamento padronizadas e do seu mapeamento, por ACeS, permite uma comparação dos dados relativos ao ACeS Valongo com os dos ACeS vizinhos e com a Região. A taxa global de internamento da população da área geográfica do ACeS Valongo, foi superior à da região em 2007.

| Tabela 4. Taxa de Internamento padronizada 2007. Comparação do ACeS Valongo com a região Norte para ambos os sexos, para o sexo masculino e para o sexo feminino (a cor laranja indica uma diferença significativa com a região) | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Causas internamento | Região ambos os sexos | Valongo ambos os sexos | Valongo sexo masculino | Valongo sexo feminino |
| Todas as causas | 7063,5 | 7657,6 | 6980,5 | 8336,9 |
| Tuberculose | 15,4 | 17,4 | 15,5 | 18,5 |
| VIH | 26,2 | 48,3 | 78,1 | 21,4 |
| Tumor maligno estômago | 32,4 | 32,8 | 38,6 | 29,8 |
| Tumor maligno cólon e recto | 27,8 | 17,7 | 21,5 | 13,8 |
| Tumor maligno traqueia, brônquios e pulmões | 31,2 | 21,6 | 33 | 13,6 |
| Tumor maligno mama feminino | 55,3 | - | - | 24,2 |
| Tumor mal t. linf. órgãos hematopoiéticos | 27,4 | 34,7 | 22,6 | 45,1 |
| Diabetes <i>mellitus</i> | 82,6 | 92,6 | 122,5 | 67,2 |
| Doença isquémica cardíaca | 158,7 | 177,8 | 273,9 | 92,4 |
| Doenças cerebrovasculares | 209,3 | 271,2 | 273,9 | 254,3 |
| Pneumonia | 293,4 | 273,8 | 334,6 | 222,5 |
| Doença pulmonar obstrutiva crónica | 107,3 | 189,1 | 227,5 | 150,5 |
| Doença crónica do fígado e cirrose | 60,7 | 58,6 | 99,8 | 20,1 |
| Fractura colo fémur | 55,2 | 58,1 | 42 | 68,9 |
| Causas externas | 786 | 834,6 | 1004,7 | 679,3 |

Fonte: *Morbilid@des.hospitalar – Análise dos Internamentos Hospitalares na Região Norte*. DSP da ARSNorte I.P.

A análise por causa específica, indica que foram superiores às da região as taxas de internamento por VIH/sida, por doenças cerebrovasculares e por DPOC (Tabela 4). A análise por sexo mostra que nos homens foram superiores às da região as taxas de internamento por VIH/sida, por diabetes, por DPOC e por causas externas (Tabela 4). Nas mulheres foram superiores as taxas de internamento por tuberculose, por tumor maligno do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos, por doenças cerebrovasculares e por DPOC (Tabela 4).

A comparação das taxas de internamento por causas específicas do ACeS Valongo com os ACeS limítrofes, que pode ser feita analisando o mapeamento dessas taxas apresentado no relatório *Morbilidades.hospitalar – Análise dos Internamentos Hospitalares na Região Norte*, da ARSNorte⁹, evidencia o seguinte:

- A taxa de internamento por tuberculose nas mulheres é mais elevada em Valongo do que na região e o mesmo não se observa nos ACeS vizinhos com exceção do concelho de Porto;
- A taxa de internamento por VIH/sida nos homens é mais elevada em Valongo do que na região e o mesmo se observa nos ACeS Gondomar, Porto e Matosinhos;
- A taxa de internamento por diabetes nos homens foi mais elevada em Valongo do que na região e o mesmo não se observa nos ACeS vizinhos com exceção do Porto;
- A taxa de internamento por doenças cerebrovasculares para ambos sexos e para as mulheres é mais elevada em Valongo do que na região e o mesmo não se observa nos ACeS vizinhos mais próximos do litoral observando-se o mesmo fenómeno nos ACeS vizinhos mais interiores;
- A taxa de internamento por DPOC para ambos sexos é mais elevada que na região e o mesmo se observa nos ACeS vizinhos;
- A taxa de internamento por causas externas nos homens é mais elevada em Valongo do que na região e o mesmo se observa nos ACeS Gondomar e Porto, sendo que no caso de Gondomar e Porto a taxa é também mais elevada nas mulheres.

- **Outros dados de morbilidade**

Tuberculose

As taxas de incidência de tuberculose no concelho de Valongo foram superiores às da região Norte na década 2000-2009, e as da região foram superiores às do País⁸. No quinquénio 2005-2009, o concelho de Valongo apresentou uma taxa média de incidência das mais elevadas da região com valores superiores a 40 casos novos por cem mil habitantes¹⁰. No concelho de Valongo, a distribuição dos casos por grupo etário mostra que nos grupos etários dos 25-34 anos e dos 35-44 anos é onde ocorre o maior número de casos¹⁰.

No gráfico que a seguir apresentamos podemos observar a evolução do número de casos de tuberculose no ACES Valongo, e nos mapas a representação da incidência de tuberculose por ACES da região Norte, no quinquénio 2000-2004 e no quinquénio 2005-2009¹⁰.

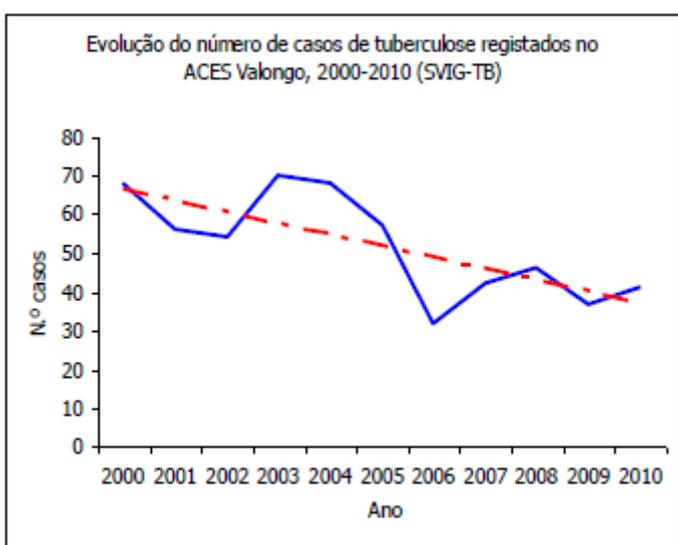


Gráfico 3 . Casos de tuberculose na Região Norte 2000-2010
(extraído do Relatório *A Tuberculose na Região Norte 2000-2010* - ARSNorte)

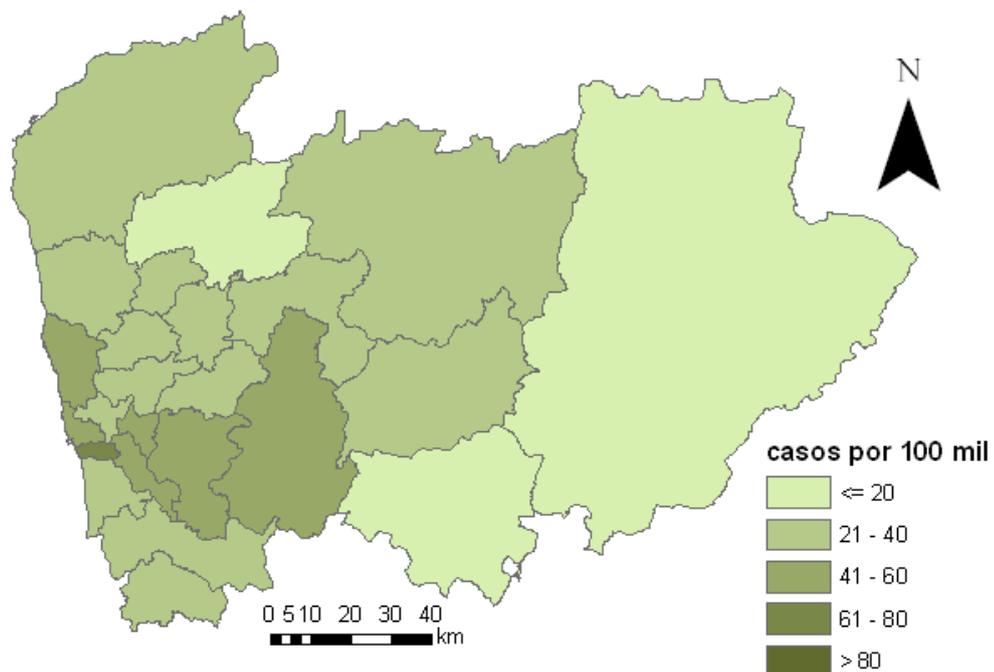
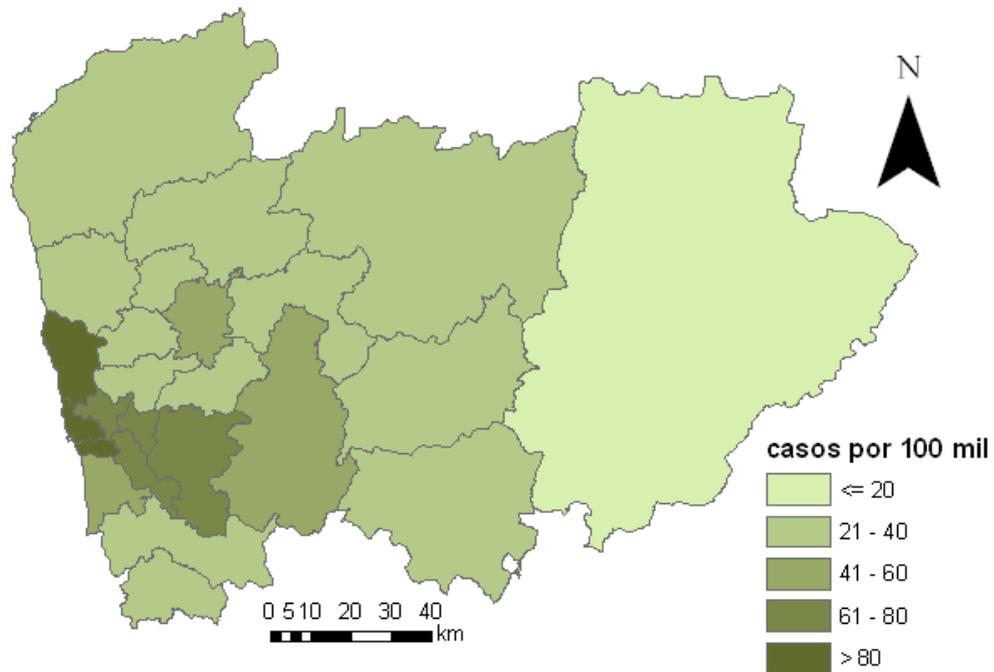


Gráfico 4 – Taxa de notificação média anual de tuberculose (/100 mil) por ACeS nos quinquênios 2000-2004 e 2005-2009. Região Norte (SVIG-TB)
 (extraído do Relatório *A tuberculose na Região Norte 2000-2010 - ARSNorte*)

Morbilidade por diabetes *mellitus*

Segundo dados dos GDH⁵, no ACeS Valongo, em 2008, o número de amputações em diabéticos residentes no concelho foi de 0,52 e na região Norte foi de 1,31 por 10 mil residentes.

Segundo dados da ACSS, **26% dos internamentos por AVC**, no Continente, em 2009, ocorreram em pessoas com **diabetes mellitus**, bem **como 29% dos internamentos por enfarte agudo do miocárdio**.

Determinantes da saúde

O documento *Perfil Local de Saúde ACeS Valongo – Perfis de Saúde Região Norte*⁸ contém informação relativa a determinantes da saúde sócio-demográficos e económicos que permitem caracterizar a população da área geográfica do ACeS Valongo. No que diz respeito à informação sobre os estilos de vida enquanto determinantes da saúde esse documento remete para a informação contida no *Perfil de Saúde da Região Norte*¹¹ uma vez que não estavam disponíveis dados desagregados por concelho.

No documento *Perfil de Saúde da Região Norte*¹¹, os indicadores para caracterizar brevemente a Região quanto a estilos de vida com repercussão na saúde da população mostram que **o consumo experimental de álcool na região foi superior ao observado no Continente**, o consumo de drogas (15-24 anos) foi inferior. **O indicador excesso de peso foi de 35,7% no Continente e de 36,2% na região**, o indicador *obesidade* foi de 15.2% no Continente e de 14,9% na região. Quanto ao **consumo de tabaco (fumador actual) foi de 19,6% no Continente e de 18,4% na região**.

O documento publicado em Dezembro de 2010 pelo Alto Comissariado da Saúde, *Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010*⁶, mostra que o indicador **“consumo de tabaco diário dos 25 aos 44 anos de idade”** em 2005-2006 segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), foi no Continente 37,6% da população masculina e 17,5% da população feminina, observando-se uma **diminuição do consumo nos homens e um aumento nas mulheres**

relativamente ao INS 1998-1999. Na região Norte foi de 38,4% nos homens e 15,1% nas mulheres.

No mesmo documento⁶, o indicador “consumo de álcool nos últimos 12 meses (25-44 anos de idade)” mostra que **o consumo de álcool, tanto nos homens como nas mulheres, foi mais elevado na região Norte que no Continente, e que o consumo de álcool pelas mulheres na região Norte foi mais elevado do que em qualquer uma das outras regiões do Continente.**

O indicador “excesso de peso” (35-44 anos de idade) mostra, nos homens, menor prevalência na região Norte do que no Continente e maior prevalência nas mulheres⁶. No inquérito realizado na amostra ECHOS pelo Instituto Nacional de Saúde relativo ao Continente, obtiveram-se os seguintes resultados quanto ao excesso de peso: 0% dos rapazes e 16,4% das raparigas dos 18 aos 24 anos de idade; 16,9% dos homens e 17% das mulheres dos 35 aos 44 anos; 20,6% dos homens e 30,4% das mulheres dos 55 aos 64 anos; 30,5% dos homens e 11,5% das mulheres dos 65 aos 74 anos de idade⁶.

No documento *Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010*⁶ o indicador **“taxa de incidência de Sífilis congénita” na Região Norte teve um aumento percentual de 27,8% e a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool na Região Norte teve um aumento percentual de 5,6%** entre 2004 e 2009, tendo no entanto diminuído os acidentes de viação atribuíveis ao álcool para menos 31,6%.

Definição das Necessidades de Saúde

Da análise dos dados disponíveis, resultou a elaboração de uma lista de problemas a considerar no estabelecimento das necessidades de saúde da população do ACES Valongo. Começámos por considerar a lista de prioridades do Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010 e estudamos a informação

disponível quanto a esses problemas para o concelho de Valongo. A essa lista de problemas acrescentamos os problemas indicados na lista das 15 principais causas de doença que mais contribuem para os DALY na região e em relação aos quais dispúnhamos de informação. Nesse processo de listagem de problemas a considerar procuramos identificar outros problemas que embora não estando incluídos no Plano Regional 2009-2010 pudessem corresponder a problemas de saúde para a população de Valongo.

A Tabela 5 contém a lista de problemas identificados por ordem de importância.

| Tabela n.º 5 - Problemas de saúde por ordem de importância – ACeS Valongo | |
|--|---|
| N.º de ordem | Problemas de saúde |
| 1 | Diabetes mellitus |
| 2 | Doença isquémica cardíaca |
| | Doenças atribuíveis ao álcool |
| | Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão |
| | Doença pulmonar obstrutiva crónica |
| 3 | Doenças cerebrovasculares |
| | Tumor m. do cólon e do recto |
| 4 | Tuberculose |
| | Consumo de álcool |
| 5 | Tumor m. da mama feminina |
| | Consumo de tabaco |
| 6 | Episódios depressivos (unipolar) |
| | Pneumonia |
| 7 | Tumor maligno do estômago |
| | Doença crónica do fígado e cirrose |
| | VIH/sida |
| | Artrose |
| 8 | Acidentes de viação |
| | Consumo de frutas e legumes |
| 9 | Consumo de drogas |

Da formulação dos problemas em termos do conceito de necessidade de saúde foi elaborada a lista de necessidades de saúde (Tabela 6). Nessa formulação foram ponderados a informação disponível relativa a recursos da saúde e o conhecimento acerca de estratégias possíveis de intervenção para a satisfação das necessidades de saúde identificadas.

| Tabela n.º 6 - Necessidades de saúde por ordem de importância no ACeS Valongo | |
|---|--|
| N.º de ordem | Necessidades de saúde |
| 1 | Diminuir a prevalência de complicações de diabetes <i>mellitus</i> na população residente no concelho de Valongo |
| 2 | Diminuir a mortalidade por doença isquémica cardíaca na população com idade inferior a 65 anos |
| 3 | Diminuir a mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool na população com idade inferior a 65 anos |
| 4 | Diminuir a morbilidade por doenças do aparelho respiratório na população |
| 5 | Diminuir a mortalidade por tumor maligno do cólon e do recto |
| 6 | Diminuir a incidência de tuberculose |
| 7 | Diminuir a mortalidade por cancro da mama nas mulheres com menos de 65 anos |

A concepção das estratégias para a intervenção relativa a cada uma das necessidades de saúde teve em conta, por um lado as relações interinstitucionais ao nível do concelho, e por outro o ambiente organizacional do ACeS. A selecção de uma estratégia teve sempre como um critério fundamental os custos dessa estratégia.

Prioridades

Para estabelecer as prioridades de saúde, a equipa de planeamento da USP aplicou uma árvore de decisão, com os critérios definidos no capítulo de metodologia, de que resultou uma nova hierarquização das necessidades de saúde: 1.º Diminuir a prevalência de complicações de diabetes mellitus na população residente no concelho de Valongo; 2.º Diminuir a mortalidade por doença isquémica cardíaca na população com idade inferior a 65 anos; 3.º Diminuir a mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool na população com idade inferior a 65 anos; 3.º Diminuir a morbilidade por doenças do aparelho respiratório na população; 3.º Diminuir a mortalidade por tumor maligno do cólon e do recto; 4.º Diminuir a mortalidade por cancro da mama nas mulheres com menos de 65 anos; 5.º Diminuir a incidência de tuberculose.

Esta fase do planeamento foi considerada a mais crítica em termos de decisão e tornou-se necessário discutir as diferentes alternativas à luz de toda as variáveis a ter em conta: factores de risco comuns a esses problemas, estratégias possíveis de intervenção, incerteza sobre os recursos e sobre a adesão dos parceiros do sector da saúde.

Neste processo de planeamento estiveram presentes a preocupação de não serem ignorados os planos nacionais e regionais, e de que o plano local expressasse as necessidades específicas da comunidade. A selecção das prioridades de saúde correspondeu ao passo do planeamento de maior complexidade. Como obter os maiores ganhos em saúde ao estabelecer objectivos correspondentes às prioridades seleccionadas? Como manter uma visão integrada das intervenções sobre a saúde das populações de forma a criar sinergias entre elas potenciadoras de mais ganhos?

Após a aplicação da árvore de decisão referida, foram novamente discutidos os recursos e as estratégias possíveis para a satisfação de cada uma das necessidades de saúde elencadas bem como os ganhos em saúde decorrentes dessas estratégias com impacto noutros problemas de saúde identificados e não priorizados. Assim, embora a doença isquémica cardíaca tenha ocupado o

segundo lugar por ordem de importância, a reflexão sobre as estratégias de intervenção dirigidas aos factores de risco, sobre os programas actualmente em curso dirigidos à prevenção secundária e sobre a tendência decrescente observada na mortalidade por doença isquémica cardíaca, levou-nos a seleccionar o segundo lugar os seguintes problemas de saúde “as doenças atribuíveis ao álcool” e “as doenças respiratórias”. A razão dessa escolha foi o contributo importante que dão para a carga global de doença na região principalmente no componente “anos de vida perdidos por doença e/ou incapacidade. Foram assim identificadas três necessidades de saúde a priorizar de modo a potenciar os ganhos em saúde (Tabela n.º 6).

| Tabela n.º 6 - Prioridades de saúde para o período 2011-2016 no ACeS Valongo | |
|---|---|
| N.º de ordem | Prioridades de saúde |
| 1 | Diminuir a prevalência de complicações de diabetes mellitus na população residente no concelho de Valongo |
| 2 | Diminuir a mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool na população com idade inferior a 65 anos |
| 3 | Diminuir a morbilidade por doenças crónicas do aparelho respiratório na população incluindo a tuberculose |

Estratégias

As doenças crónicas no seu conjunto representam mais de 86% das mortes na União Europeia. Nesse grupo de doenças estão incluídas as doenças cardíacas, os AVC, a hipertensão arterial, a *diabetes mellitus*, doenças dos rins, cancros e doenças respiratórias e do fígado. Os quatro determinantes da saúde que mais contribuem para a doença e a morte por doenças crónicas são o tabaco, a má alimentação, o álcool e a falta de actividade física¹². Qualquer destes determinantes da saúde pode ser alvo de programas de prevenção e de promoção da saúde da população, contudo 97% das despesas de saúde são actualmente gastas com o tratamento e apenas 3% com a prevenção^{13;14}.

Nas regiões desenvolvidas 28% dos DALY são atribuíveis a factores de risco comuns às doenças crónicas, isto é ao consumo de tabaco e de álcool, ao consumo insuficiente de fruta e de outros vegetais e à inactividade física. Aquele valor sobe para 35% se incluirmos o excesso de peso e a obesidade nesse conjunto de factores de risco comuns¹². Em muitos indivíduos nomeadamente nas pessoas mais desfavorecidas socialmente, os factores de risco de doenças crónicas agrupam-se potenciando-se uns aos outros e desse modo contribuindo para uma maior carga de doença¹⁵.

Nos países com rendimento elevado, as mortes prematuras (<60 anos de idade) por doenças crónicas representam 8% de todas as mortes nos homens e 10% nas mulheres, e a OMS considera que a exposição aos quatro principais factores de risco que contribuem para as doenças crónicas não transmissíveis, o tabaco, a inactividade física, o uso excessivo do álcool e as dietas não saudáveis, permanece elevada em todo o Mundo¹⁶.

Tendo em conta estes pressupostos, para a redução das complicações de *diabetes mellitus*, da mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool e da morbilidade por doenças respiratórias, até 2016, na área geográfica do ACeS Valongo, propõem-se as seguintes estratégias:

1. Aumentar a capacidade de intervenção dos serviços de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças incluídas nas necessidades de saúde prioritizadas, quer redistribuindo os recursos quer através da formação dos profissionais de saúde em cada unidade de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários (aumentar o acesso e a qualidade).
2. Implementar as orientações clínicas específicas para cada um dos problemas de saúde prioritizados, estabelecidas pela Direcção Geral da Saúde ou por sociedades científicas nacionais e ou internacionais reconhecidas. Em particular executar as actividades previstas nos programas nacionais de controlo desses problemas de saúde. Existe evidência científica quanto à efectividade da prestação de cuidados de saúde (prevenção secundária e terciária) na redução da mortalidade e da morbilidade por *diabetes mellitus*, por doenças atribuíveis ao álcool e por doenças respiratórias incluindo a tuberculose.
3. Monitorizar os indicadores de saúde seleccionados para a avaliação, e aplicação de medidas para a melhoria da intervenção sempre que indicado
4. Planear programas ou projectos dirigidos à prevenção primária, de intervenção para a redução da prevalência dos principais factores de risco dos problemas de saúde prioritizados: os consumos de tabaco e de álcool, o consumo insuficiente de fruta e de outros vegetais, a inactividade física, o excesso de peso e a obesidade. Existe evidência científica quanto à efectividade das intervenções sobre esses determinantes das doenças crónicas. Os ganhos em saúde pela implementação desta estratégia são acrescidos dos ganhos resultantes da prevenção e controle de outras doenças crónicas de grande magnitude e que estão incluídas no *Plano Nacional de Saúde 2011-2016* como por exemplo as doenças cerebrovasculares e outros cancros não incluídos nas prioridades aqui estabelecidas para Valongo. Considerar

nesse processo de planeamento o lema *a saúde constrói-se e mantém-se* como uma ferramenta do *empowerment* dos cidadãos.

5. Priorizar os programas e actividades de acordo com os princípios da equidade e da solidariedade (prioridade aos mais desprotegidos) e dirigidos aos principais grupos de risco de doença e às populações mais vulneráveis.

Objectivos

1. Diminuir a taxa de amputações de membros inferiores em consequência de diabetes *mellitus* em 50% (de 9 por 100 mil no período 2007- 2008 para valores inferiores a 4,5 por 100 mil no período 2015-2016), na população residente no concelho de Valongo;
2. Diminuir a taxa de internamento padronizada por diabetes *mellitus*, nos homens, de 122,5 por 100 mil (em 2007) para valores inferiores a 60 por 100 mil, até 2016, (valor próximo do observado em 2007 em alguns ACeS da região com população superior a 100000 hab), na população residente no concelho de Valongo, o que corresponde a um decréscimo de 51 % relativamente ao valor observado em 2007;
3. Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool na população com idade inferior a 65 anos em 15%, de 11,4 por 100 mil (2001-2005) para 9,7 por 100 mil no período 2012-2016, na população residente no concelho de Valongo;
4. Diminuir a taxa de internamento padronizada por DPOC, em homens e em mulheres, para valores inferiores aos das taxas de internamento padronizadas observadas em 2007 no Continente, até 2016, na população residente no concelho de Valongo, o que corresponde a um decréscimo de 42% nos homens e de 52% nas mulheres;
5. Diminuir a incidência de tuberculose para uma taxa inferior a 20 por 100 mil residentes até 2016, na população residente no concelho de Valongo, o que corresponde a um decréscimo de cerca de 50%.

Recomendações

O PLS estabelece o enquadramento para os planos de acção das diferentes unidades com responsabilidades na saúde da população. Assim, deve ser usado para direccionar os recursos disponíveis de modo a serem obtidos ganhos em saúde através do desenvolvimento das estratégias planeadas, e da sua operacionalização sob a forma de **Planos de Desempenho**.

Deve ser promovido o diálogo com outros sectores nomeadamente a Câmara Municipal, a Misericórdia e as organizações do sector social da comunidade, para que o Plano Local de Saúde possa constituir um instrumento do desenvolvimento local.

Devem ser estabelecidas parcerias, no respeito pela especificidade técnica de cada sector, que permitam a criação de sinergias dirigidas à efectividade das intervenções de saúde, e que permitam contrariar a tendência para a medicalização da saúde em detrimento das políticas de prevenção da doença e de promoção da saúde.

Referências Bibliográficas

- ¹ ARSNorte, I.P. Plano Regional Saúde do Norte 2009-2010. Departamento de Saúde Pública da ARSNorte, I.P. <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/>
- ² ARSNorte, I.P. Avaliação do Plano Regional Saúde do Norte 2009-2010. Departamento de Saúde Pública da ARSNorte, I.P. <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/>
- ³ ARSNorte, I.P. Carga Global da Doença na região Norte de Portugal. Abril 2011. Departamento de Saúde Pública da ARSNorte, I.P. <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/>
- ⁴ ARSNorte, I.P. [Mort@idades.ACeS](#) – Região de Saúde do Norte- Análise por triénios. Departamento de Saúde Pública da ARSNorte, I.P.
- ⁵ ACSS. Fichas - Indicadores de Caracterização dos Agrupamentos de Centros de Saúde, documento interno da ARSNorte, 2010
- ⁶ Ministério da Saúde. Alto Comissariado da saúde. *Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010*. Lisboa, Dezembro 2010
- ⁷ Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde. VI. Anexos 1) Cálculo de Metas e Ganhos em Saúde para 2016 – Cálculo de Ganhos em Saúde. Gabinete Técnico do PNS 2011-2016 – Versão para discussão de 20/06/2011
- ⁸ ARSNorte, I.P. Perfil Local de Saúde Valongo. Departamento de Saúde Pública da ARSNorte, I.P. <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/>
- ⁹ ARSNorte, I.P. Morbid@des.hospitalar – Análise dos Internamentos Hospitalares na Região Norte. <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/>
- ¹⁰ ARSNorte, I.P. Correia A, Dias J. *A Tuberculose na Região de Saúde do Norte 2000-2010*, Setembro 2011. <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/>
- ¹¹ ARSNorte, I.P. Perfil de Saúde da Região Norte. Departamento de Saúde Pública da ARSNorte, I.P. <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/>
- ¹² European Society of cardiology, et al. Chronic disease alliance a unified prevention approach. www.escardio.org consultado em 1 de setembro de 2011.
- ¹³ Chronic Disease Alliance a unified prevention approach – The case for urgent political action to reduce the social and economic burden of chronic disease through prevention. Consultado em 10.10.2011 em <http://www.idf.org/webdata/docs/idf-europe/Chronic-disease-alliance-Final.pdf>
- ¹⁴ Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, White paper, European Commission, COM(2007) 630 final
- ¹⁵ WHO Europe. Gaining health -The European Strategy for the Prevention. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.
- ¹⁶ WHO. Noncommunicable Diseases Country profiles 2011. www.who.int