

# Plano Local de Saúde ACES Ave-Famalicão Extensão a 2020 - SÍNTESE

2018

(problemas/determinantes de saúde  
identificados, recursos da comunidade e  
estratégias selecionadas)



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

(Logotipo da entidade)

## Introdução

O Planeamento em Saúde é o “Processo que a administração da saúde em conjunto com a população leva a cabo, para conseguir em áreas e prazos determinados os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficaz os recursos à sua disposição.” (1)

O Planeamento em Saúde é necessário porque:

- Os recursos são escassos e é necessário utilizá-los da forma mais eficaz e mais eficiente;
- É necessário intervir nas causas dos problemas;
- É necessário definir prioridades;
- É necessário evitar intervenções isoladas;
- Há infraestruturas muito caras;
- Há recursos que podem ser partilhados. (2)

Um Plano Local de Saúde é um dos instrumentos em que o processo do Planeamento em Saúde se pode materializar. Um Plano Local de Saúde é:

- Um documento estratégico do ACES/ULS cujas orientações contribuem para a obtenção de ganhos em saúde, promovendo mais saúde para toda a população;
- Um instrumento de gestão que visa apoiar a tomada de decisão do Diretor Executivo, do Conselho Clínico, dos Coordenadores das Unidades Funcionais, dos Gestores de programas e projetos e do Conselho da Comunidade do ACES/ULS;
- Um instrumento de mudança, na medida em que não só define e quantifica a mudança desejada, como (re)centra o processo de planeamento nas necessidades de saúde e nos ganhos em saúde;
- Um instrumento de comunicação interna (dentro do ACES/ULS) e externa (faz a advocacia da saúde);
- Um compromisso social na medida em que abre o processo de planeamento em saúde, em todas as suas etapas, a outras disciplinas e sectores - a todas as partes interessadas - convidando-os a ser seus coprodutores.

Um Plano Local de Saúde integra e facilita a coordenação e colaboração das múltiplas entidades locais de saúde, encarando-as em sentido lato, na sua riqueza interdisciplinar e na responsabilização da comunidade. (3)

O Plano Local de Saúde pretende dar resposta ao conjunto de etapas do ciclo de planeamento:

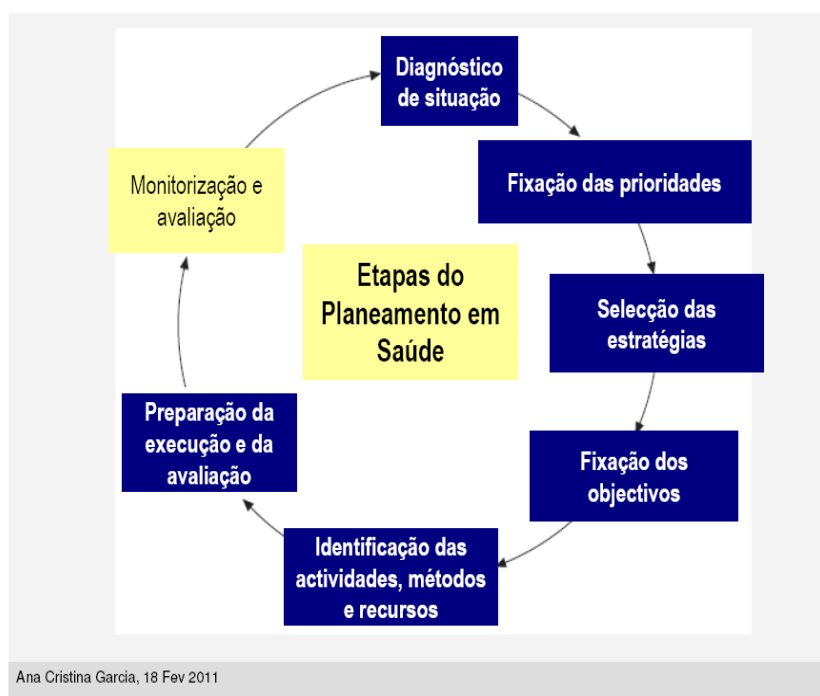


Figura 1 - Ciclo do Planeamento. *Adaptado de Planos Locais de Saúde. Termos de Referência para a sua construção (Parte I). DSP ARS Norte. 2011*

Segundo o Decreto-Lei nº 137/2013, que altera o Decreto-Lei nº 28/2008 e o Decreto-Lei 81/2009, “Os serviços de natureza operativa de saúde pública devem orientar a sua intervenção para a prossecução das Operações Essenciais de Saúde Pública, nos termos da Organização Mundial da Saúde, nomeadamente: (...)

- c) Contribuir para assegurar a protecção da saúde nas vertentes ambiental, climática, ocupacional, alimentar e de outras constantes do Plano Nacional de Saúde;
- d) Promover a saúde através de ações sobre os determinantes sociais, com especial enfoque na identificação de pessoas e populações com riscos diferenciados, contribuindo para políticas intersetoriais que promovam a saúde e progressivamente eliminem as desigualdades; (...)
- f) Contribuir para a planificação das ações e atividades necessárias para a manutenção da saúde das populações, incluindo a avaliação de impactos na saúde de políticas transversais; (...)
- i) Assegurar a sensibilização das pessoas, mantendo e melhorando continuamente a comunicação sobre saúde e a mobilização social para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde pública”.

Na persecução dos objetivos das Operações Essenciais de Saúde Pública acima referidos, a Unidade de Saúde Pública do ACES Ave-Famalicão iniciou o processo de construção do Plano Local de Saúde do ACES Ave-Famalicão Extensão a 2020. Pretende-se que este esteja em consonância com o Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020, que por sua vez está alinhado com os princípios e orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia. Os grandes desígnios propostos para 2020 são a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco. **(4)**

## Metodologia

A metodologia de construção do Plano Local de Saúde do ACES Ave-Famalicão Extensão a 2020 segue as orientações dos Termos de Referência para os Planos Locais de Saúde, produzidos pelo Departamento de Saúde Pública da ARS Norte em 2011. Segundo os referidos Termos de Referência, os componentes de um Plano Local de Saúde são os seguintes:



Figura 2 – Plano Local de Saúde: componentes essenciais. *Adaptado de Planos Locais de Saúde. Termos de Referência para a sua construção (Parte I). DSP ARS Norte. 2011*

Comparativamente com o PLS antecedente, o Plano Local de Saúde do ACES Ave-Famalicão Extensão a 2020 desenvolve-se num contexto de aperfeiçoamento da qualidade dos instrumentos de medição em saúde, de aumento da experiência da equipa de planeamento da USP e da evolução dos processos de planeamento em saúde. No entanto, o aspeto mais importante, e que registou a maior evolução, prende-se com o nível da participação da comunidade.

Um dos pressupostos essenciais ao sucesso das intervenções de saúde nas comunidades reside na importância destas últimas assumirem um papel ativo na identificação e minimização dos problemas reais ou potenciais de saúde existentes, em prol da promoção de níveis mais elevados de saúde e bem-estar. Neste processo, releva-se o conceito de empoderamento – processo social pelo qual indivíduos, organizações e comunidades desenvolvem mestria na resolução de desafios, num contexto de atuação/mudança no ambiente social e político tendente à aquisição de melhores níveis de qualidade de vida e à equidade. **(5)**

O estabelecimento de parcerias locais cria um sentimento de propriedade a nível local e fomenta a participação na identificação das necessidades e o desenvolvimento e implementação de programas dirigidos a estas necessidades. Este sentimento de propriedade aumenta a contribuição e a vontade dos parceiros cooperarem ou colaborarem efetivamente. A evidência científica demonstra que maiores taxas de implementação e de intervenções efetivas usualmente ocorrem com estratégias bottom-up que envolvem a comunidade e os seus líderes. **(6)**

Depois da avaliação do PLS 2011-2016 do ACeS e após discussão em equipa na USP, a estratégia selecionada para a melhoria do processo de construção e implementação do PLS foi a promoção da participação dos parceiros quer internos, quer externos, em todo o processo e o mais precocemente possível.

Assim, na sequência da avaliação do PLS 2011-2016 do ACeS (quer da sua metodologia quer dos indicadores definidos para as necessidades de saúde prioritárias), foram desenvolvidos esforços no sentido de promover a participação precoce dos parceiros quer internos quer externos, através da divulgação do projeto e promoção de parcerias. Inicialmente a Diretora Executiva e o Conselho Clínico e de Saúde, o Conselho da Comunidade e depois outros parceiros. Estes foram convidados a participar numa reunião conjunta. Nesta, foi apresentado o Perfil Local de Saúde e com a participação dos parceiros foram identificados e priorizados os problemas e determinantes de saúde prioritários da população de Famalicão, após discussão em grupos de trabalho de constituição heterogénea, formados por parceiros de diferentes áreas, moderados por um elemento da USP.

Uma vez estabelecida a relevância da participação da comunidade no processo de construção do PLS, a equipa de planeamento da USP do ACES Ave-Famalicão equacionou o formato ideal para a operacionalização desta participação. O formato que reuniu maior consenso foi a realização de uma reunião, com a participação das unidades funcionais do ACES e dos parceiros da comunidade que integram o Conselho da Comunidade.

Os parceiros convidados foram os profissionais do ACES representantes das diversas unidades funcionais e profissionais de outras instituições parceiras da comunidade que integram o Conselho da Comunidade, bem como profissionais do CHMA, elementos de vários pelouros da Câmara Municipal e Juntas de Freguesia, IPSS's, Escolas, Forças de Segurança, Associações de Bombeiros Voluntários do Concelho, Serviço Municipal de Proteção Civil, entre outros. Foi considerado que todos estes representantes da comunidade seriam, cada um na sua medida, conhecedores da

realidade da população do concelho, e teriam influência nas decisões, assumido assim o papel de stakeholders.

O processo de priorização efetuado correspondeu à formação de grupos heterogêneos formados por elementos de diferentes áreas de atuação/conhecimentos, moderados por um elemento da USP. Esta heterogeneidade dentro de cada grupo foi propositadamente criada afim de fomentar a partilha de conhecimentos e experiências, e a aquisição de novas perspetivas por parte dos participantes. Dentro de cada grupo foram priorizados os vários problemas de saúde e os diferentes determinantes de saúde.

A equipa de planeamento da USP ponderou a utilização dos critérios clássicos de priorização de problemas de saúde – magnitude, transcendência e vulnerabilidade. No entanto, dado que a reunião iria ser frequentada por um elevado número de parceiros externos à saúde, para quem estes critérios poderiam ser difíceis de compreender e aplicar, e uma vez que o tempo seria limitado, os critérios clássicos não foram aplicados. Tendo em consideração a experiência de outras USP, foi decidido aplicar uma escala numérica simples afim de tornar o processo de priorização mais intuitivo.

No final do processo de priorização, foi realizado o somatório dos votos de todos os grupos e foram determinados os problemas e determinantes com maior pontuação.

A próxima etapa consistiu em identificar quais os recursos disponíveis na comunidade.

Na elaboração do Plano Local de Saúde, a identificação e priorização dos recursos da comunidade assenta na convicção de que, embora as comunidades possam ter problemas/necessidades sociais e de saúde, possuem também o potencial, a capacidade e os recursos para dar resposta a esses mesmos problemas/necessidades.

Foi enviada uma pequena compilação dos vários recursos da comunidade existentes, solicitando a colaboração de todos os parceiros para os completar.

Posteriormente, e face à baixa adesão nesta etapa, todos os participantes foram novamente convidados a estar presentes em nova reunião com os objetivos de validar os recursos da comunidade existentes, consolidar as estratégias de saúde definidas e promover o comprometimento das Unidades Funcionais do ACES e dos Parceiros da Comunidade.

As Estratégias de Saúde definidas pela USP foram apresentadas e sujeitas à apreciação dos convidados, e discutidas em grupos homogêneos, ou seja, por convidados da mesma área de atividade (saúde, educação, autarquia, etc), promovendo a partilha e troca de experiências entre si. A formação destes grupos de trabalho pretendia também obter um compromisso informal entre as entidades que têm uma influência direta ou indireta na saúde da população, com o intuito de aplicar as melhores Estratégias de Saúde que o conhecimento atual determina, e tornando todo o processo mais participado. A súmula destas partilhas está vertida na secção de Recomendações para a Operacionalização do Plano Local de Saúde do ACES.

Para quantificar os objetivos de saúde foram efetuadas projeções dos indicadores tendo por base a ferramenta “Projeção de Mortalidades” que tem vindo a ser desenvolvido no Departamento de Saúde Pública (DSP) da ARS Norte.

Em relação aos indicadores obtidos através do SIARS, foi efetuada uma estimativa dos valores para 2020, tendo em conta o sub-registo dos ICPC associados, o facto de quanto mais grave é uma doença maior é a probabilidade da mesma ser notificada e da evolução previsível dos mesmos face à literatura.



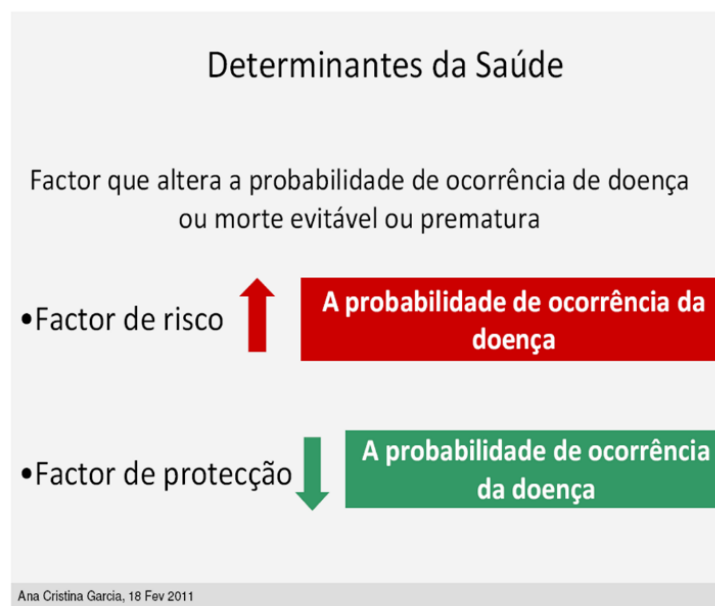
## Diagnóstico de Situação de Saúde

(atualmente em revisão...)

## Identificação e Priorização dos Problemas e Determinantes de Saúde

Um problema de saúde é “um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, o profissional de saúde ou a comunidade”. (7)

Um determinante de saúde é um “fator que altera a probabilidade de ocorrência de doença ou morte evitável ou prematura”. (adaptado de *Ana Cristina Garcia. 2011*)



Apresenta-se em seguida a lista dos 5 problemas de saúde e dos 5 determinantes de saúde priorizados:

1. **Tumor maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão com especial relevo para o determinante Tabaco**
2. **Doenças Cerebrovasculares e Doenças isquémicas do Coração, englobadas face ao conjunto partilhado de fatores de risco, com especial relevo para os determinantes Excesso de peso/Obesidade, Alimentação inadequada e Hipertensão arterial**
3. **Tumor maligno do estômago**
4. **Diabetes Mellitus, com especial relevo para o determinante Excesso de peso/Obesidade**
5. **Abuso de álcool**

## Necessidades de Saúde

A definição das necessidades de saúde consiste numa tradução mais operacional dos problemas de saúde e implica a definição do real e do que seria desejável (adaptado de Ana Cristina Garcia, 2011). Assim, e depois de priorizadas os principais problemas e determinantes de saúde, foram determinadas as necessidades de saúde.

### Necessidades de Saúde

Mortalidade	Morbilidade	Determinantes de Saúde
Menor mortalidade por Tumor maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão		Menor consumo de tabaco
Menor mortalidade por Doenças Cerebrovasculares	Menor morbilidade por Doenças Cerebrovasculares Menor prevalência de HTA	Menos utentes com excesso de peso/obesidade
Menor mortalidade por Doenças Isquémicas do Coração	Menor morbilidade por Doenças Isquémicas do Coração Menor prevalência de HTA	Menos utentes com excesso de peso/obesidade
Menor mortalidade por Tumor Maligno do Estômago		
Menor mortalidade por Diabetes Mellitus	Menor morbilidade por Diabetes Mellitus	Menos utentes com excesso de peso/obesidade
		Menor consumo de Álcool

## Recursos da Comunidade

Uma vez concluído o processo de priorização dos problemas e determinantes de saúde, foi iniciado o processo de compilação dos recursos da comunidade. Estes recursos englobam todas as entidades, instituições, projetos, entre outros, que têm a capacidade de intervir, de forma direta ou indireta, sobre a saúde da população.

Os recursos da comunidade do ACES Ave-Famalicão foram organizados segundo o problema e/ou determinante de saúde aos quais pretendem dar resposta, e encontram-se a seguir descritos.

### Tumor Maligno do Estômago

Dados problema/determinante		Recursos da comunidade	Quem os disponibiliza
<p>Tumor Maligno Estômago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2ª Causa de morte &lt;75 anos, por tumores malignos (2.ª causa no sexo masculino e 2.ª causa no sexo feminino)</li> <li>• TMP &lt;75 anos significativamente superior à da Região Norte no triénio 2011-2013 e 2012-2014 (também significativamente superior no sexo masculino)</li> <li>• O ACeS Famalicão apresenta um dos piores valores no que toca à morbilidade hospitalar por esta causa na Região Norte (2013)</li> </ul> <p>TMP – Taxa de Mortalidade Padronizada</p>	<b>O que existe</b>	Consultas de Promoção da Saúde, Vigilância e Diagnóstico Precoce	ACeS
		Consultas de Gastrenterologia	Hospital de Braga Unidades privadas de Saúde/convencionadas
		Consultas de Cirurgia	CHMA
		Exames Complementares de Diagnóstico	CHMA Unidades privadas de Saúde/convencionadas
		Tratamento	IPO ACeS CHMA Unidades privadas de Saúde/convencionadas
		Consultas de Nutrição	ACeS CHMA Unidades privadas de Saúde/convencionadas
		Programa PASSE (Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar)	ACeS Escolas
		Escolas promotoras de estilos de vida saudáveis	ACeS Escolas

## Abuso de Álcool

Dados problema/determinante		Recursos da comunidade	Quem os disponibiliza
<p>Abuso de álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3ª causa de DALY na Região Norte (2.ª no sexo masculino e 4.º no sexo feminino)</li> </ul> <p>DALY – Disability Adjusted Life Years (significado: anos de vida saudável perdidos = anos de vida perdidos por morte causada por doença + anos de vida a viver com doença/incapacidade)</p>	<b>O que existe</b>	Consultas de Promoção da Saúde, Vigilância e Diagnóstico Precoce	ACeS
		Intervenção Breve nos Cuidados de Saúde Primários	ACeS
		Projeto "Saber Beber" – sessões de sensibilização nos estabelecimentos de ensino	USP Escolas
		Projeto "Saber Beber" – sessões de sensibilização nas universidades e avaliação da taxa de alcoolémia nos “rali das tascas”	PSP USP Autarquia Universidades
		Projeto Fénix e Mais Vale Prevenir	Centro de Solidariedade de Braga – Projeto Homem (IPSS) Autarquia
		Consultas de desabitação alcoólica	CRI Braga CRI Porto Ocidental – Unidade descentralizada de Santo Tirso
		LIPAC – Liga de Profilaxia e Ajuda Comunitária	LIPAC (IPSS) Autarquia

### Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão com especial relevo para o determinante Tabaco

Dados problema/determinante		Recursos da comunidade	Quem os disponibiliza
<p>Tumor Maligno Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.<sup>a</sup> Causa de morte &lt;75 anos, por tumores malignos (1.<sup>a</sup> causa no sexo masculino e 4.<sup>a</sup> causa no sexo feminino)</li> <li>• 2.<sup>a</sup> causa de morte específica, para todas as idades</li> </ul> <p>Abuso do Tabaco</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.<sup>a</sup> causa de DALY na Região Norte (1.<sup>a</sup> no sexo masculino e 3.<sup>o</sup> no sexo feminino)</li> <li>• 3.<sup>a</sup> causa de doença mais registada nos CSP (3.<sup>a</sup> no sexo masculino e 5.<sup>a</sup> no sexo feminino)</li> </ul> <p>DALY – Disability Adjusted Life Years (significado: anos de vida saudável perdidos = anos de vida perdidos por morte causada por doença + anos de vida a viver com doença/incapacidade)</p> <p>CSP – Cuidados de Saúde Primários</p>	<b>O que existe</b>	Consultas de Promoção da Saúde, Vigilância e Diagnóstico Precoce	ACeS
		Intervenção Breve nos Cuidados de Saúde Primários	ACeS
		Consultas de Cessação Tabágica	ACeS CHMA- Psiquiatria
		Programa PELT (Programa Escolas Livres de Tabaco)	ACeS Escolas
		Projeto Mais Vale Prevenir	Centro de Solidariedade de Braga – Projeto Homem (IPSS) Autarquia
		Consultas Diagnóstico	CHMA – ORL e Pneumologia
		Liga-Te	Escolas Liga Portuguesa Contra o Cancro
		Jovens Promotores de Saúde	Escolas Liga Portuguesa Contra o Cancro

**Doenças Cerebrovasculares e Doenças Isquémicas do Coração, englobadas face ao conjunto partilhado de fatores de risco, com especial relevo para os determinantes Excesso de Peso/Obesidade, Alimentação Inadequada e Hipertensão Arterial**

<b>Dados problema/determinante</b>		<b>Recursos da comunidade</b>	<b>Quem os disponibiliza</b>
<p>Hipertensão Arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.ª causa de doença mais registada nos CSP (2.ª no sexo masculino e 1.ª no sexo feminino)</li> <li>• 2ª causa de DALY na Região Norte (3.ª no sexo masculino e 1º no sexo feminino)</li> <li>• Prevalência na população residente com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, (INSEF) de 37.4 % na Região Norte, a região com a prevalência mais elevada</li> </ul>	<b>O que existe</b>	Programa PASSE (Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar)	ACeS Escolas
		Desporto Escolar	Escolas
		Espaços promotores para a prática de exercício físico	Autarquia Juntas de freguesia Associações desportivas Escolas
		Avaliação das ementas escolares	Autarquia Escolas Empresas que fornecem refeições escolares
		Fornecimento de fruta para lanches nas escolas (JI e EB1)	Autarquia Escolas
		Fornecimento de lanches saudáveis nas escolas	Autarquia Escolas Associações de Pais Juntas de Freguesia

### Diabetes Mellitus, com especial relevo para o determinante Excesso de Peso/Obesidade

Dados problema/determinante		Recursos da comunidade	Quem os disponibiliza
<p>Diabetes Mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.<sup>a</sup> causa de morte &lt;75 anos, causas de morte específicas (exceto tumores malignos)</li> <li>• 6.<sup>a</sup> causa de doença mais registada nos CSP (4.<sup>a</sup> no sexo masculino e 6.<sup>a</sup> no sexo feminino)</li> </ul> <p>Excesso de Peso/Obesidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4.<sup>a</sup> causa de DALY na Região Norte (4.<sup>a</sup> no sexo masculino e 2.<sup>a</sup> no sexo feminino)</li> <li>• Prevalência de 42.1% de Excesso de peso na população residente, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, (INSEF) na Região Norte. A região com a prevalência mais elevada</li> </ul>	<b>O que existe</b>	Consultas de Promoção da Saúde, Vigilância e Diagnóstico Precoce	ACeS
		Consultas de Nutrição	ACeS CHMA Unidades privadas de Saúde/convencionadas
		Consulta de Obesidade Infantil	CHMA – Pediatria
		Consulta organizada de Diabetes Mellitus	ACeS CHMA Unidades privadas de Saúde/convencionadas
		Consulta Pé Diabético	CHMA ACeS
		Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética	ACeS
		Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes	ACeS
		Unidade Integrada de Diabetes	CHMA



Dados problema/determinante		Recursos da comunidade	Quem os disponibiliza
<p>Diabetes Mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3ª causa de morte &lt;75 anos, causas de morte específicas (exceto tumores malignos)</li> <li>• 6.ª causa de doença mais registada nos CSP (4.ª no sexo masculino e 6.ª no sexo feminino)</li> </ul> <p>Excesso de Peso/Obesidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4ª causa de DALY na Região Norte (4.ª no sexo masculino e 2.ª no sexo feminino)</li> <li>• Prevalência de 42.1% de Excesso de peso na população residente, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, (INSEF) na Região Norte. A região com a prevalência mais elevada</li> </ul>	<b>O que existe</b>	Actividades Desportivas/ Lazer	Autarquia Associações Ginásios Juntas de freguesia
		Programa PASSE (Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar)	ACeS Escolas
		Associação de Diabéticos de Vila Nova de Famalicão	Associação de Diabéticos de Vila Nova de Famalicão
		Avaliação das ementas escolares	Autarquia Escolas Empresas que fornecem refeições escolares
		Fornecimento de fruta para lanches nas escolas (JI e EB1)	Autarquia Escolas
		Fornecimento de lanches saudáveis nas escolas	Autarquia Escolas Associações de pais Juntas de Freguesia
		Desporto Escolar	Escolas
		Ações de divulgação na Comunidade	CHMA – Unidade Integrada de Diabetes

## Estratégias de Saúde

Uma estratégia de saúde define-se como um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar determinado(s) objetivo(s) reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”. (2)

As estratégias de saúde são produzidas a partir da evidência científica sobre “aquilo que funciona”, em termos de satisfação das principais necessidades de saúde de uma população. Daí que processos de revisão contínua e sistemática da literatura científica e sua meta-análise sobre “o que funciona” em saúde são essenciais para informar os decisores sobre quais as estratégias de saúde que, com um maior grau de probabilidade e ao menor custo possível, terão o maior impacto na satisfação das necessidades de saúde identificadas. (2)

O processo de seleção de estratégias de saúde deve ter em consideração (2):

- Que um determinante pode estar associado a um ou mais problemas de saúde e, como tal, uma estratégia pode intervir em mias do que um determinante de saúde;
- A avaliação das estratégias com maior retorno previsível de ganhos em saúde e, portanto, que operem sobre vários problemas de saúde;
- A adoção de estratégias com melhor relação custo-benefício, alocando recursos às estratégias com maior retorno por custo.

Cabe aos profissionais/técnicos de saúde especialistas na área do planeamento em saúde propor as estratégias de saúde, com base na melhor evidência científica. Quem implementa as estratégias de saúde são as Pessoas. Mas, embora Todos e Todas sejam chamados a implementar as melhores estratégias de saúde, cabe à Saúde (através dos seus decisores e profissionais), por sua intrínseca vocação e competências, assumir um papel-chave de orientação e coordenação de esforços realizados por diferentes atores, num mesmo sentido. A indefinição, não assunção ou confusão de papéis na implementação das estratégias de saúde podem, por si só, ser causa de ineficiência e/ou baixa efetividade. (2)

Dependendo do seu âmbito (mais macro ou micro), as estratégias de saúde são, sobretudo, implementadas através de programas e projetos com impacto conhecido na saúde, desejavelmente multissetoriais. (2)

As estratégias de saúde definidas para o ACES Ave-Famalicão estão descritas nos quadros seguintes:

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE	OUTPUTS	OUTCOMES					IMPACTO				
	SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS	DETERMINANTES DE SAÚDE					MORBILIDADE E MORTALIDADE				
		T	AA	HTA	EP/O	AI	TME	TMP	DCV	DIC	DM
LEGISLAÇÃO/ GOVERNAÇÃO	Limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática disponíveis no Ministério da Saúde (Despacho 7516-A/2016)			√	√	√	√		√	√	√
	Tributação das bebidas adicionadas de açúcar (Lei 42/2016 - Orçamento do Estado para 2017)				√	√			√	√	√
	Limitação de produtos prejudiciais à saúde nos espaços de bares/cafetarias no Ministério da Saúde (Despacho 11391/2017)			√	√	√			√	√	√
	Normas de proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de cessação e redução da procura (Lei 63/2017)	√		√			√	√	√	√	
	Regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas (DL 50/2013 alterado DL 106/2015 - proibição de <16 anos para <18 anos)		√	√	√	√	√		√	√	

T – Tabaco; AA – Abuso do Álcool; HTA – Hipertensão Arterial; EP/O – Excesso de Peso/Obesidade; AI – Alimentação Inadequada. TME – Tumor Maligno do Estômago; TMP – Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão; DCV – Doenças Cerebrovasculares; DIC – Doenças Isquémicas do Coração; DM – Diabetes Mellitus

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE	OUTPUTS	OUTCOMES					IMPACTO				
	SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS	DETERMINANTES DE SAÚDE					MORBILIDADE E MORTALIDADE				
		T	AA	HTA	EP/O	AI	TME	TMP	DCV	DIC	DM
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE)		√	√	√	√		√	√	√	
	Redução do sal na sopa			√			√		√		
	Distribuição lanches saudáveis nas escolas			√	√	√	√		√	√	
	Avaliação das ementas escolares			√	√	√	√		√	√	
	Desporto Escolar			√	√	√			√	√	
	Programa Escolas Livres do Tabaco (PELT)	√					√	√	√	√	
	Vigilância da exposição ao fumo do tabaco ambiental	√					√	√	√	√	
	Projeto Saber Beber		√						√	√	
	Disponibilidade equipamentos prática atividade física			√	√				√	√	

T - Tabaco; AA - Abuso do Álcool; HTA - Hipertensão Arterial; EP/O - Excesso de Peso/Obesidade; AI - Alimentação Inadequada. TME - Tumor Maligno do Estômago; TMP - Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão; DCV - Doenças Cerebrovasculares; DIC - Doenças Isquémicas do Coração; DM - Diabetes Mellitus

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE	OUTPUTS	OUTCOMES					IMPACTO				
	SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS	DETERMINANTES DE SAÚDE					MORBILIDADE E MORTALIDADE				
		T	AA	HTA	EP/O	AI	TME	TMP	DCV	DIC	DM
PREVENÇÃO DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOSES	Consultas de Vigilância de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
	Consultas de Especialidade (Hospital)			√	√	√	√	√	√	√	
	Consultas de Nutrição			√	√	√	√		√	√	
	Intervenção Breve sobre Tabaco (CSP)	√		√	√		√	√	√	√	
	Consulta de Cessação Tabágica (CSP e Hospital)	√		√	√		√	√	√	√	
	Intervenção Breve sobre Álcool (CSP)		√	√	√		√		√	√	
	Consulta Cessação Consumo Álcool		√	√	√		√		√	√	
	Rastreio da Retinopatia Diabética									√	
Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e Via Verde Coronária								√	√		

T – Tabaco; AA – Abuso do Álcool; HTA – Hipertensão Arterial; EP/O – Excesso de Peso/Obesidade; AI – Alimentação Inadequada. TME – Tumor Maligno do Estômago; TMP – Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão; DCV – Doenças Cerebrovasculares; DIC – Doenças Isquémicas do Coração; DM – Diabetes Mellitus

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE	OUTPUTS	OUTCOMES					IMPACTO				
	SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS	DETERMINANTES DE SAÚDE					MORBILIDADE E MORTALIDADE				
		T	AA	HTA	EP/O	AI	TME	TMP	DCV	DIC	DM
TRATAMENTO, REABILITAÇÃO E SUPORTE SOCIAL	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados						√	√	√	√	√
	Projeto Fénix		√								

T – Tabaco; AA – Abuso do Álcool; HTA – Hipertensão Arterial; EP/O – Excesso de Peso/Obesidade; AI – Alimentação Inadequada. TME – Tumor Maligno do Estômago; TMP – Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão; DCV – Doenças Cerebrovasculares; DIC – Doenças Isquémicas do Coração; DM – Diabetes Mellitus

---

## Bibliografia

1. Durán, Hernán. Planeamento da Saúde – aspectos conceptuais e operativos. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Lisboa, 1989.
2. Adaptado de Imperatori E, Giraldes MR. Metodologia do Planeamento em Saúde – manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras avulsas 2.0a; 1993.
3. Adaptado de Planos Locais de Saúde. Termos de Referência para a sua construção (Parte I). DSP ARS Norte. 2011.
4. Plano Nacional de Saúde Extensão a 2020. Direção Geral da Saúde. 2015.
5. Wiggins N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. *Health Promot Int.* 2011;27(3):356-71. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar046>.
6. Yeboah David A (2005) A framework for place based health planning. *Australian Health Review* 29, 30 36. <https://doi.org/10.1071/AH050030>.
7. R. Pineault, C. Daveluy. *La Planificación Sanitaria. Conceptos, metodos, estrategias.* Masson, Barcelona. 1987.
8. Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016. Administração Regional de Saúde do Norte.
9. Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Direção Geral da Saúde. 2017.