

# PLANO NACIONAL DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE

## Resenha dos Planos de Saúde: Nacional - Regionais - Locais - 2016

## FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde | Resenha dos Planos de Saúde:  
Nacional, Regionais, Locais - Edição 2016.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016.

**ISBN:** 978-972-675-256-1

Planeamento em Saúde; Estratégias Locais de Saúde; Planos de Saúde; Perfil de Saúde;  
Serviço Nacional de Saúde; Portugal Continental.

## EDITOR

Direção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

## AUTOR

Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde

Lisboa, Novembro 2016

## ÍNDICE

RESENHA DOS PLANOS DE SAÚDE: NACIONAL - REGIONAIS - LOCAIS.....	5
PLANO NACIONAL DE SAÚDE: REVISÃO E EXTENSÃO A 2020.....	6
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P. ....	14
ACES ALTO AVE.....	17
ACES AVE FAMILICÃO - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	18
ACES CÁVADO I - BRAGA .....	22
ACES CÁVADO II - GÊRES / CABREIRA.....	23
ACES CÁVADO III - BARCELOS / ESPOSENDE .....	27
ACES DOURO I - MARÃO E DOURO NORTE.....	30
ACES DOURO II - SUL .....	34
ACES ENTRE DOURO E VOUGA I - FEIRA/AROUCA .....	40
ACES ENTRE DOURO E VOUGA II - AVEIRO NORTE .....	43
ACES GRANDE PORTO I - SANTO TIRSO / TROFA .....	44
ACES GRANDE PORTO II - GONDOMAR.....	48
ACES GRANDE PORTO III - MAIA / VALONGO .....	49
ACES GRANDE PORTO IV - PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE .....	53
ACES GRANDE PORTO V - PORTO OCIDENTAL.....	57
ACES GRANDE PORTO VI - PORTO ORIENTAL.....	61
ACES GRANDE PORTO VII - GAIA.....	62
ACES GRANDE PORTO VIII - ESPINHO / GAIA.....	67
ACES TÂMEGA I - BAIXO TÂMEGA .....	72
ACES TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL .....	73
ACES TÂMEGA III - VALE DO SOUSA NORTE.....	77
ACES TRÁS-OS-MONTES - ALTO TÂMEGA / BARROSO .....	81
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO, E.P.E .....	82
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS, EPE .....	86
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORDESTE, EPE .....	92
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP.....	96
ACES COVA DA BEIRA .....	103
ACES DÃO LAFÕES .....	108
ACES BAIXO MONDEGO .....	113
ACES BAIXO VOUGA.....	125
ACES PINHAL INTERIOR NORTE.....	130
ACES PINHAL LITORAL.....	136
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, EPE .....	139
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE CASTELO BRANCO, EPE .....	141
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP .....	143
ACES ALMADA / SEIXAL - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	144
ACES AMADORA .....	147
ACES ARCO RIBEIRINHO - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ARNALDO SAMPAIO .....	153
ACES ARRÁBIDA - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....	154
ACES CASCAIS - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....	159
ACES ESTUÁRIO DO TEJO - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	162
ACES LEZÍRIA - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....	163



ACES LISBOA CENTRAL - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....	168
ACES LISBOA NORTE - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....	171
ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....	176
ACES LOURES / ODIVELAS - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....	179
ACES MÉDIO TEJO - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	183
ACES OESTE NORTE - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	187
ACES OESTE SUL.....	189
ACES SINTRA - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....	190
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP .....	195
ACES ALENTEJO CENTRAL - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	196
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, EPE .....	197
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE .....	202
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE.....	203
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP .....	205
ACES DO ALGARVE I - CENTRAL.....	209
ACES DO ALGARVE II - BARLAVENTO .....	213
ACES DO ALGARVE III - SOTAVENTO .....	215

---

## RESENHA DOS PLANOS DE SAÚDE: NACIONAL - REGIONAIS - LOCAIS

---

O Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde.

O programa do XXI Governo refere como objetivo implementar os Planos Locais de Saúde em cumprimento do Plano Nacional de Saúde. Nesse sentido e à semelhança do que foi realizado em 2015, apresentamos a resenha dos Planos Nacional, regionais e locais de saúde. Muitos destes planos encontram-se em revisão visto que tinham horizontes temporais até ao final do presente ano – 2016. A DGS tem acompanhado a revisão ou realização dos Planos Locais no território continental, prevendo-se que durante o ano de 2017 todas as unidades de saúde de âmbito territorial e pertencentes ao SNS tenham os Planos atualizados e alinhados com o PNS Extensão 2020, com particular foco nas parcerias e na operacionalização das atividades.

Foi recolhida informação sobre os Perfis de Saúde e os Planos de Saúde dos diferentes níveis de organização dos cuidados de saúde do país. O nível local, como vem sempre sendo referido nas diferentes versões do Plano Nacional de Saúde, tem uma responsabilidade de planeamento e de atividades ímpar. São as comunidades que de facto podem permitir melhores ou piores sucessos no bem comum da saúde. Esta publicação *online* tem como objetivo difundir a informação quer para o conhecimento público e o escrutínio das comunidades em relação às suas organizações de âmbito local. Por outro lado este documento permite que as atualizações dos planos em curso possam refletir sobre as experiências dos diferentes atores. Trata-se de uma versão de trabalho que será melhorada com o contributo de todos.

Agradecemos a todos os profissionais, a nível regional e local, que participaram na elaboração deste documento. Sabemos que o êxito da implementação dos planos requer a partilha de experiências entre os responsáveis e profissionais de saúde, mas, e sobretudo sabendo ouvir e interpretar o sentido de necessidade das populações.

Rui Portugal  
Diretor Executivo do PNS

**Nota:** Os conteúdos relativos a cada unidade de saúde são da inteira responsabilidade das próprias.

# PLANO NACIONAL DE SAÚDE: REVISÃO E EXTENSÃO A 2020

## PNS 2020 – monitorização dos principais indicadores

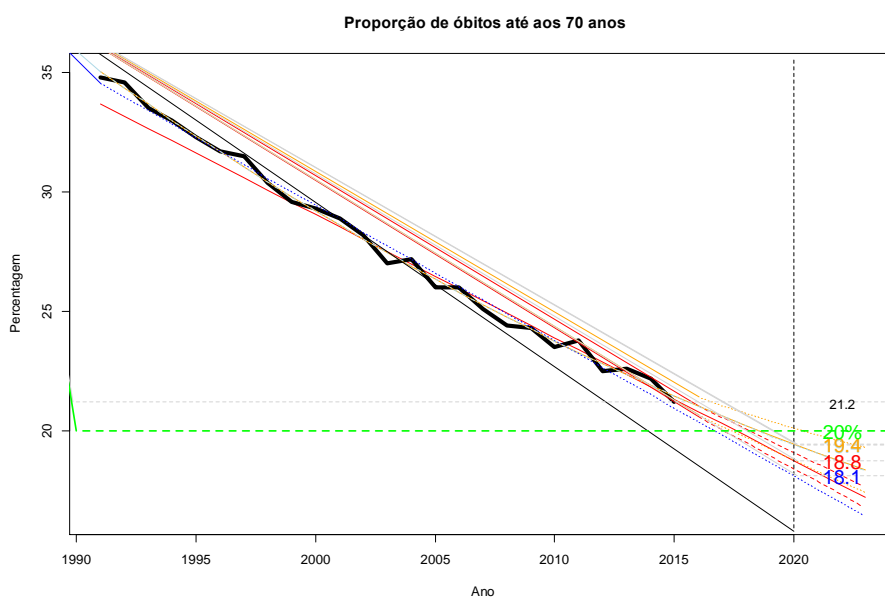
O documento “Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020” da DGS veio alinhar o PNS com o plano de saúde Europeu e com as orientações da OMS. Constituiu-se como um documento orientador da saúde em Portugal continuando a integrar todos os elementos da sociedade e tendo uma metodologia de monitorização mais simplificada que teve já um documento publicado neste ano “Portugal Plano Nacional de Saúde em números – 2015”. Seguindo a metodologia aí apresentada, fazemos aqui o ponto de situação dos dois principais indicadores com os dados mais recentes disponíveis e perspetivamos o cumprimento das metas estabelecidas para 2020.

Essas metas são:

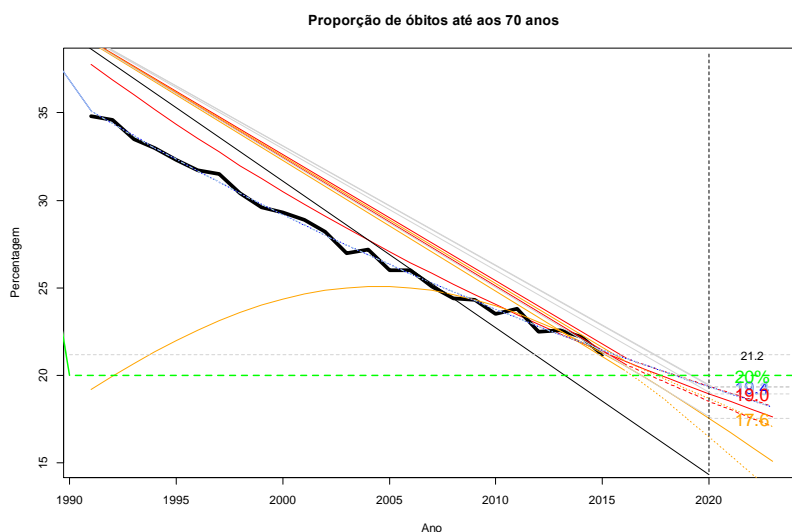
1. Redução da mortalidade prematura (antes dos 70 anos de idade) para uma percentagem inferior a 20%;
2. Aumento da esperança de vida saudável das mulheres aos 65 anos em 30%.

### 1) Proporção de óbitos até aos 70 anos

Projeção da proporção de óbitos até aos 70 anos



Modelo de Regressão linear

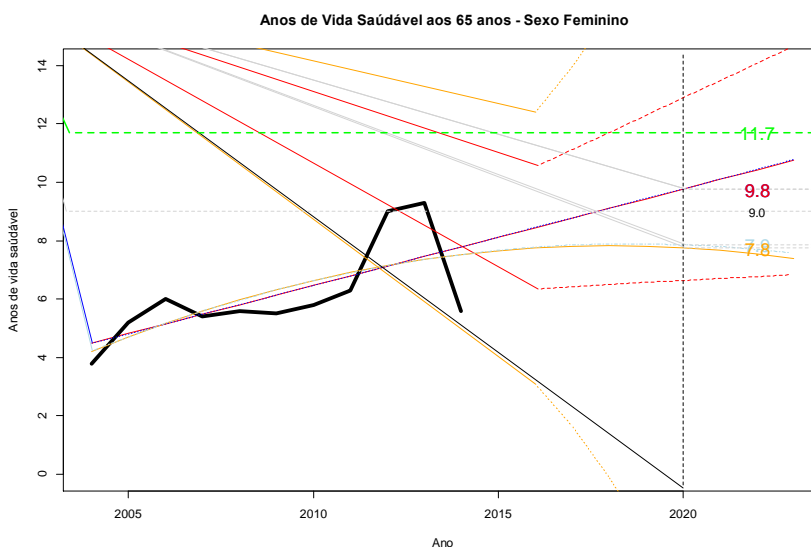


Modelo de Regressão exponencial

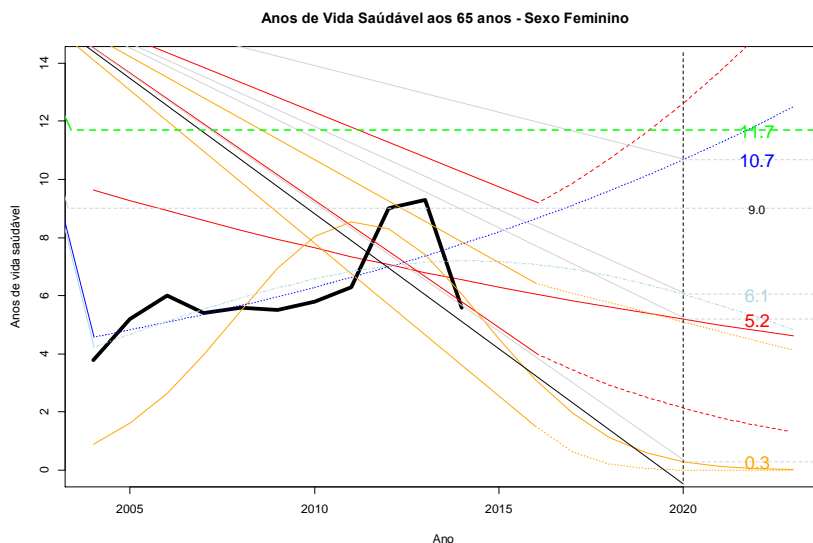
Neste momento, nas condições atuais, esta meta parece ser atingível até 2020. O modelo de regressão exponencial é menos otimista e parece indicar que só se atingirá o objetivo no ano de 2020. Dados os dados até aos dois anos anteriores indicavam o eventual não atingir deste compromisso, é importante continuar a haver um alinhamento nacional com este objetivo.

## 2) Anos de vida saudável aos 65 anos

Projeção do número de anos saudáveis aos 65 nas mulheres



Modelo de Regressão linear



Modelo de Regressão exponencial

Os dados mais recentes mostram uma acentuada quebra na esperança média de vida saudável aos 65 anos. Este inesperado retrocesso neste indicador coincide com uma quebra da série estatística subjacente, devida a alteração da respetiva metodologia. Pode agora não ser realista o alcance da mesma meta, presentindo-se que o indicador pode agora estar a medir algo diferente.

No entanto, em termos de projeção do futuro, os novos valores impõem tendência incerta no presente. Ou seja, os valores mais recentes contribuíram para uma variabilidade maior do que a que o indicador tinha anteriormente. Assim, mesmo nestas condições, o objetivo estabelecido para as mulheres parece ser ainda alcançável embora com probabilidade reduzida.

As projeções para este indicador mesmo sem recalibração indicam ser ainda possível cumprir também este objetivo.

O Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 organiza-se em cinco partes: i) Enquadramento; ii) Metas de Saúde iii) Modelo Conceptual: Eixos Estratégicos; iv) Orientações para a Implementação; v) Monitorização.

O Plano Nacional de Saúde mantém um compromisso para o futuro, a 2020, e visão proativa no seu desenvolvimento, de forma a incorporar todas as tendências da sociedade portuguesa, através do acolhimento de novas e melhores recomendações e da atualização da situação nacional e internacional. Como os resultados em saúde são decorrentes de cadeias de valor, o Plano Nacional de Saúde deve assim ser considerado como um instrumento que pretende integrar e focar os esforços de todos. Visa, essencialmente, servir de plataforma de entendimento e de convergência que eleve a capacidade de todos para se perseguirem os objetivos comuns do Sistema de Saúde e a melhoria da saúde da população. Por outro lado, no seio do Ministério da Saúde deve-se orientar: o financiamento e a contratualização dos serviços prestadores de cuidados de saúde; particularmente os do Serviço Nacional de Saúde, a gestão de recursos, a introdução de novas tecnologias, nomeadamente na área do medicamento e dispositivos médicos. O poder de influência do Plano Nacional de Saúde estará naquilo que os agentes da sociedade e os cidadãos queiram dele fazer. Espera-se que este desígnio seja parte da missão de todos e de cada um, sejam Governo, instituições de saúde ou de outros sectores, públicos ou privados, sociedade civil, comunidades ou cidadãos.

## VISÃO

O Plano Nacional de Saúde (PNS) dá continuidade à visão estabelecida nos anteriores planos, isto é, visa-se maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.

Propõe-se como desígnios para 2020 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, tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde.

## METAS A 2020

O PNS propõe quatro metas para 2020, das quais duas ficam condicionadas a desenvolvimento atempado do sistema de informação.

Portugal é um país com baixa natalidade, uma população envelhecida, portadora de patologia crónica múltipla. Este documento visa dar uma resposta a este cenário epidemiológico e demográfico contribuindo para que se incentive a natalidade, para que os jovens venham a ser adultos mais saudáveis e para que existam respostas rápidas e eficazes aos desafios lançados tanto pelas doenças de evolução prolongada, doenças transmissíveis e trauma, como pelas emergências de saúde pública.

### **A. Reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$ anos) para um valor inferior a 20%**

A taxa de mortalidade prematura antes dos 70 anos de idade foi em 2012 de 22,8%. A projeção deste indicador para 2020 é de uma taxa previsível entre 20,5% e 22,0%. Esta revisão do PNS assume o compromisso pela redução progressiva da mortalidade prematura, que deverá ficar em linha com o compromisso assumido para 2020, abaixo dos 20% (Um Estado Melhor, 2014). Esta meta alinha-se com o compromisso nacional na Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas).

### **B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%**

A esperança de vida saudável aos 65 anos é em Portugal, em 2012, de 9,9 anos para homens e de 9,0 anos para as mulheres (Fonte: EUROSTAT) valor este inferior ao melhor valor dos países da União Europeia em 2011 de 13,9 anos para homens e de 15,2 anos para mulheres na Suécia. A projeção linear a 2020 identifica que os valores a atingir neste indicador serão de cerca de 12,9 anos para os homens e de 11,7 anos para mulheres. O indicador é medido em termos europeus e possível de monitorizar. Atendendo a que o horizonte 2020 é relativamente curto considera-se que valor de 30% de ganhos é a meta a alcançar, pelo que programas que foquem o grupo etário dos 50 – 60 anos devem ser considerados, nomeadamente para a carga de doença relacionada com a incapacidade.

Os indicadores relativos a consumo e exposição ao tabaco e da obesidade infantil e em idade escolar não são recolhidos sistematicamente e por isso muito difíceis de monitorizar, bem como de projetar para 2020.

No que se refere à obesidade infantil a recolha de indicadores é morosa, estando a ser monitorizados de 3 em 3 anos com medições em 2008, 2010, 2013 em crianças em idade escolar. Este processo iniciou-se na Europa com o projeto COSI OMS-Europa, em Portugal a DGS realiza a monitorização com a colaboração de todas as ARS.

A evidência prova que estes são dois fatores que melhor podem condicionar a saúde das gerações futuras. Assim, consideram-se como indicadores a estabelecer metas para 2020 que só serão possíveis de quantificar na garantia que o sistema de informação promova a seu efetivo cálculo. O sistema de recolha de informação deverá estar garantido até a junho de 2016.

### **C. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com $\geq 15$ anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental**

O consumo de tabaco constitui um dos comportamentos de risco com mais impacto na população portuguesa:

- Em Portugal, de acordo com estimativas de 2010 do Global Burden Diseases, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11 800 pessoas, das quais 845, em consequência da exposição ao fumo ambiental. No mesmo ano, estimou-se que a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco tenha sido de 103,06 por 100 000 habitantes
- Em 2012, mais de um quarto da população dos 15-64 anos, era consumidora de tabaco (III inquérito Nacional do Consumo de Substâncias Psicoativas da População Geral)
- Um estudo do Eurobarómetro relativo a 2008 permite concluir que apenas 32% dos jovens inquiridos dos 15-24 anos, consideram que o consumo de tabaco tinha elevado risco para a saúde

### **D. Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020**

A informação sobre o consumo alimentar permite identificar quem se encontra em risco nutricional, possibilitando uma adequada intervenção. Os elementos mais recentemente divulgados, respeitantes a 2013, dão-nos o seguinte panorama da situação atual:

- Mais de 50% dos adultos portugueses sofre de excesso de peso. A prevalência da obesidade traduz-se em cerca de 1 milhão de obesos e 3,5 milhões de pré-obesos
- Uma alimentação inadequada é a principal responsável pelos anos de vida prematuramente perdidos;
- Os grupos populacionais mais vulneráveis parecem estar mais expostos a situações de doença, excesso de peso e insegurança alimentar

O Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 poderá ser consultado em <http://pns.dgs.pt/>



## Resenha dos Planos de Saúde - Nacional - Regionais - Locais

PLANO NACIONAL DE SAÚDE

E ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE

Administração Regional de Saúde Norte, IP  
ACES Alto Ave - Guimarães / Vizela / Terras de Basto  
ACES Ave - Famalicão  
ACES Cávado I - Braga  
ACES Cávado II - Gerês / Cabreira  
ACES Cávado III - Barcelos/Esposende  
ACES Douro I - Marão e Douro Norte  
ACES Douro II - Douro Sul  
ACES Entre Douro e Vouga I - Feira / Arouca  
ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte  
ACES Grande Porto I - Santo Tirso / Trofa  
ACES Grande Porto II - Gondomar  
ACES Grande Porto III - Maia / Valongo  
ACES Grande Porto IV - Póvoa de Varzim / Vila do Conde  
ACES Grande Porto V - Porto Ocidental  
ACES Grande Porto VI - Porto Oriental  
ACES Grande Porto VII - Gaia  
ACES Grande Porto VIII - Espinho / Gaia  
ACES Tâmega I - Baixo Tâmega  
ACES Saúde Tâmega II - Vale do Sousa Sul  
ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte  
ACES Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso  
ULS Matosinhos, EPE  
ULS Alto Minho, EPE  
ULS Nordeste, EPE

### NORTE

### CENTRO

Administração Regional de Saúde Centro, IP  
ACES Cova da Beira  
ACES Dão Lafões  
ACES Baixo Mondego  
ACES Baixo Vouga  
ACES Pinhal Interior Norte  
ACES Pinhal Litoral  
ULS Guarda, EPE  
ULS Castelo Branco, EPE

### LISBOA E VALE DO TEJO

Administração Regional de Saúde de Lisboa  
e Vale do Tejo, IP  
ACES Almada - Seixal  
ACES Amadora  
ACES Arco - Ribeira  
ACES Arrábida  
ACES Cascais  
ACES Estuário - Tejo  
ACES Lezíria  
ACES Lisboa Norte  
ACES Lisboa Central  
ACES Lisboa Ocidental - Oeiras  
ACES Loures - Odivelas  
ACES Médio - Tejo  
ACES Oeste - Norte  
ACES Oeste - Sul  
ACES Sintra

### ALENTEJO

Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP  
ACES Alentejo - Central  
ULS Baixo Alentejo, EPE  
ULS Litoral Alentejo, EPE  
ULS Norte Alentejo, EPE

### ALGARVE

Administração Regional de Saúde do Algarve, IP  
ACES Algarve I - Central  
ACES Algarve II - Barlavento  
ACES Algarve III - Sotavento





Plano Nacional de Saúde

# Norte //

## Administração Regional de Saúde do Norte

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE NORTE, IP  
ACES ALTO AVE - GUIMARÃES / VIZELA / TERRAS DE BASTO  
ACES AVE - FAMALICÃO  
ACES CÁVADO I - BRAGA  
ACES CÁVADO II - GERÊS / CABREIRA  
ACES CÁVADO III - BARCELOS / ESPOSENDE  
ACES DOURO I - MARÃO E DOURO NORTE  
ACES DOURO II - DOURO SUL  
ACES ENTRE DOURO E VOUGA I - FEIRA/AROUCA  
ACES ENTRE DOURO E VOUGA II - AVEIRO NORTE  
ACES GRANDE PORTO I - SANTO TIRSO/TROFA  
ACES GRANDE PORTO II - GONDOMAR  
ACES GRANDE PORTO III - MAIA / VALONGO  
ACES GRANDE PORTO IV - PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE  
ACES GRANDE PORTO V - PORTO OCIDENTAL  
ACES GRANDE PORTO VI - PORTO ORIENTAL  
ACES GRANDE PORTO VII - GAIA  
ACES GRANDE PORTO VIII - ESPINHO / GAIA  
ACES TÂMEGA I - BAIXO TÂMEGA  
ACES SAÚDE TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL  
ACES TÂMEGA III - VALE DO SOUSA NORTE  
ACES TRÁS-OS-MONTES - ALTO TÂMEGA E BARROSO  
ULS MATOSINHOS, EPE  
ULS ALTO MINHO, EPE  
ULS NORDESTE, EPE



---

# ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

---

## PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE<sup>1</sup> NO ANO 2016

### 1. Breve caracterização sociodemográfica

A Região Norte (NUTS II) compreende a área geográfica de influência das oito NUTS III: Minho-Lima, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega, Entre-Douro e Vouga, Douro e Alto Trás-os-Montes, num total de 86 municípios, com 3 614 882 residentes (estimativa anual da população residente, referente a 2014), representando cerca de 37% da população do Continente. Tem-se assistido a um duplo envelhecimento, justificado pela diminuição da taxa de natalidade (7,2 nados vivos por cada 1 000 habitantes em 2014). A taxa de mortalidade infantil, que tem apresentado uma tendência decrescente nos últimos anos e valores inferiores aos do Continente, em 2012-2014 assumiu o valor de 2,7 ‰. Os fatores socioeconómicos são dos principais determinantes da saúde. No 2º trimestre de 2016 a taxa de desemprego era de 11,6%, valor superior ao observado para Portugal (10,8%). O poder de compra *per capita* era, em 2013, de 92,0 e inferior ao do Continente (100,8). Os cuidados de saúde são, também, fatores determinantes da saúde. A rede pública de cuidados de saúde é constituída por: 21 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), 3 Unidades Locais de Saúde (ULS), 9 Centros Hospitalares e 4 Hospitais. Em 31 de dezembro de 2015 encontravam-se inscritos nos ACES/ULS da região Norte 3 710 591 inscritos, dos quais 97,1% possuíam médico de família.

### 2. Breve caracterização da saúde da população

Embora, no triénio 2012-2014, para todas as idades, as Doenças do Aparelho Circulatório continuem a ser a principal causa de morte, o decréscimo dos óbitos foi acentuado, ao contrário dos óbitos por tumores malignos, que têm vindo a aumentar. As doenças cerebrovasculares continuam a ser a principal causa de morte específica para todas as idades. Na mortalidade prematura (<75 anos), para ambos os sexos, observam-se os tumores malignos como primeira causa de morte; por causa específica, destacam-se o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão e o tumor maligno do estômago. A mortalidade prematura por estes tumores, bem como pela doença pulmonar obstrutiva crónica e pela doença crónica do fígado e cirrose é significativamente superior à observada para o Continente. A análise evolutiva da mortalidade evitável ao longo de quatro quinquénios, 1989-1993, 1994-1998, 2011-2005 e 2006-2010, permitiu observar que o peso relativo dos óbitos sensíveis à promoção da saúde em todos os óbitos prematuros sofreu uma pequena redução (-14,2%), enquanto que o peso dos óbitos sensíveis aos cuidados médicos teve uma redução mais acentuada (-42,9%). No que diz respeito à morbilidade nos

---

<sup>1</sup> Para a atualização do PeSRN foi utilizado o princípio da “melhor informação disponível” e acessível ao nível regional

Cuidados de saúde Primários, em 2014, para todas as idades e por sexo, as causas de doença mais registadas foram as perturbações depressivas e a diabetes.

Embora o número de casos de tuberculose tenha vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, a taxa de incidência de tuberculose na Região Norte tem apresentado, continuamente, valores superiores aos de Portugal, sendo os ACES/ULS do Grande Porto os que apresentam valores mais elevados. Tem-se observado uma tendência decrescente do número de casos da infeção VIH por 100 000 habitantes, apresentando, em 2014, o valor de 5,3/100 000 habitantes, valor inferior ao de Portugal, com 9,1/100 000 habitantes no mesmo período. A carga global de doença permite quantificar a carga de mortalidade prematura e de incapacidade para as principais doenças ou grupos de doenças, usando como medida-resumo da saúde da população o DALY. Na Região norte, as doenças cerebrovasculares são as que mais contribuem para o total dos DALY, seguidas pelos episódios depressivos, pela doença isquémica do coração, diabetes *mellitus* e perda de audição. Quanto aos principais fatores de risco, verificamos que é o tabaco o que apresenta maior peso no total dos DALY, seguido da hipertensão e do consumo de álcool, em ambos os sexos. Salientam-se, igualmente, o Índice de massa Corporal e o colesterol elevados, bem como a inatividade física (apesar dos jovens da Região Norte, bem como os adultos, serem os que apresentam menores valores de atividade física sedentária, mas aquém dos níveis recomendados).

## **PLANO REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE NO ANO DE 2014-2016 (PRSN)**

Encontra-se em curso o processo de avaliação do PRSN 2014-2016, prevendo-se a sua extensão até 2020, em alinhamento com o PNS.



Indicador	Unidade	Sexo	Último valor			Projeções Região Norte			Definição da Meta	
			Continente	Norte	Período	Valor	Inferior	Superior	Período	Valor
<b>MORTALIDADE</b>										
Taxa bruta de mortalidade por doença cerebrovascular (I60-I69) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	HM	10,8	9,8	08-10	7,8	6,3	9,3	14-16	<b>7,8</b>
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (C33-C34) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	HM	14,0	14,5	08-10	16,4	14,8	17,9	14-16	<b>&lt; 16,4</b>
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno do estômago (C16) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	HM	7,2	9,5	08-10	9,5	8,1	10,8	14-16	<b>9,5</b>
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno da mama feminina (C50) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	M	14,4	11,8	08-10	11,8	10,0	13,6	14-16	<b>11,0</b>
Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno do cólon e recto (C18-C20) antes dos 65 anos	/100 000 habitantes	HM	8,7	7,5	08-10	8,2	7,2	9,1	14-16	<b>&lt; 8,2</b>
<b>MORBILIDADE</b>										
Proporção de inscritos com diagnóstico de diabetes	/100 inscritos	HM	6,2	6,5	2012		n.a.		2016	<b>6,5 - 12,9</b>
Proporção de inscritos do sexo feminino com diagnóstico de perturbações depressivas	/100 inscritos	M	9,6	10,4	2012		n.a.		2016	<b>10,0</b>
Taxa de incidência de tuberculose	/100 000 habitantes	HM	23,6	27,2	2012	22,4	18,8	26,9	2016	<b>22,4</b>
Taxa de internamento padronizada por DPOC (população abaixo dos 70 anos)	/100 000 habitantes	HM	29,4	37,1	2009		n.a.		2016	<b>27,0</b>
Taxa de incidência da infeção VIH/sida	/100 000 habitantes	HM	12,5	7,6	2011	2,8	1,1	7,0	2016	<b>3,0</b>
<b>DETERMINANTES DA SAÚDE/ FATORES DE RISCO</b>										
Prevalência de hipertensão arterial	%	HM	42,1	37,0	2012		n.a.		2016	<b>37,0</b>
Prevalência de consumo de tabaco, em meio escolar (3º ciclo) nos últimos 30 dias (consumo atual)	%	HM	28,0*	29,0	2011		n.a.		2016	<b>25,0</b>
Prevalência de obesidade nas crianças escolarizadas entre os 6 e os 8 anos	%	HM	14,6*	14,3	2010		n.a.		2016	<b>14,0</b>
Proporção de jovens escolarizados, do 6º, 8º e 10º ano, com mais de um episódio de embriaguez	%	HM	24,9*	21,8	2010		n.a.		2016	<b>20,0</b>
Proporção de jovens escolarizados, do 6º, 8º e 10º ano, que praticam atividade física mais de três vezes por semana	%	HM	61,5*	57,0	2010		n.a.		2016	<b>60,0</b>



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES ALTO AVE

---

Encontra-se em fase de atualização

---

## ACES AVE FAMALICÃO - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

---

### PERFIL LOCAL DE SAÚDE - ACES AVE FAMALICÃO NO ANO 2016

#### Caraterização sociodemográfica /Caraterização epidemiológica da população

O ACeS de Famalicão abrange a totalidade do Concelho de V. N. de Famalicão (Distrito de Braga e Província do Minho), com os seus 34 agrupamentos de freguesias. O Concelho tem uma área de 201,7 Km<sup>2</sup>, uma população de 133.711 habitantes (censos de 2011), uma densidade populacional de 662,9 hab/ Km<sup>2</sup>, e um crescimento da população entre 2001 e 2011 de 4,9%. No triénio 2011-2013, a **esperança de vida à nascença** (81 anos) tem aumentado sendo igual à da Região Norte (RN) e superior à do Continente. Em 2013, o **índice de envelhecimento** (98,6) é inferior ao da RN e do Continente, o **índice de dependência de jovens** (21,2) tem diminuído entre 1991 a 2013, e o **índice de dependência de idosos** aumentado (20,9). A **taxa de natalidade** (7,4 nados vivos/ 1000 hab, em 2013) tem diminuído de forma mais acentuada do que na RN e no Continente, com valor superior ao da RN e inferior ao do Continente.

No triénio 2011-2013, a **proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos** (2,8%) tem diminuído, mantendo-se inferior à da RN e à do Continente e a **proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos** (23,1%) mostra uma tendência inversa, mas com valores, inferiores aos da RN e do Continente. O **nível de escolaridade** melhorou entre 2001 e 2011, mantendo-se acima da RN e do Continente e a **taxa de analfabetismo** (4,0%) diminuiu, sendo menor que na RN e no Continente. Em 2011, o **Setor secundário** é a principal fonte de emprego (49,8% da população), seguido pelo **setor terciário** (49,1%), aproximando-se da tendência da RN e do Continente.

No IEFP, o **número de desempregados** inscritos diminuiu em 2015, mas é ligeiramente maior no sexo feminino. Em 2013, **proporção de pensionistas da Segurança Social** (325,0 /1000 habit) é inferior à RN e ao Continente. A **proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI)** (23,8/ 1000 hab) é inferior à RN e ao Continente. A **taxa de criminalidade** tem estabilizado com um valor, em 2013, de 25,4 /1000 hab, inferior ao da RN e ao do Continente. O **ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem** e o **poder de compra per capita**, são inferiores aos da RN e do Continente. Segundo informação do Departamento do Ambiente em 2013, 93% da população é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 73% por sistemas de drenagem de águas residuais e 100% por sistemas de recolhas de resíduos sólidos. Nos **determinantes da saúde**, os diagnósticos ativos (SIARS agosto 2016) que afetaram uma maior proporção de utentes foram o **abuso de tabaco** (11.7% dos inscritos) e o **excesso de peso** (5.2% dos inscritos), seguidos de **abuso crónico do álcool** (1.5 % dos inscritos) e **abuso de drogas** (0.4% dos inscritos).No triénio 2011-2013, a **mortalidade infantil** (1,6

óbitos infantis /1000 nados vivos), mantém uma tendência decrescente e valores inferiores aos da RN e do Continente.

Destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, na **mortalidade proporcional** por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos. Já para a **população com idade inferior a 75 anos** os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão, registando valores ligeiramente superiores aos da RN. Como **morbilidade nos CSP** (SIARS agosto 2016), avaliada pela **proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2**, as causas de doença mais registadas são a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos e as perturbações depressivas. A **taxa de incidência da infeção VIH** mantém valores inferiores aos da RN e do Continente. A **taxa de incidência de tuberculose** ( $11,2/10^5$ ) apresenta uma tendência decrescente, sendo inferior à RN e Continente.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES AVE FAMALICÃO NO ANO DE 2011-2016

### Problemas de saúde identificados

1. Tumores malignos do estômago
2. Doenças cérebro e cardiovasculares
3. Diabetes Mellitus
4. Episódios depressivos
5. Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão

Tendo em conta os recursos da comunidade, foram definidas as seguintes **estratégias** de saúde: (Algumas fazem parte de mais do que uma necessidade de saúde, por isso estão numeradas com o n.º do problema)

- Promoção do diagnóstico e tratamento precoces (1, 2 e 3)
- Promoção de alimentação saudável (1)
- Promoção da investigação científica (1)

- Vigilância de grupos de risco (1, 2 e 3)
- Promoção de estilos de vida saudáveis, designadamente pelo combate ao tabagismo e alcoolismo (1)
- Criação de grupos de autoajuda para utentes e familiares (1 e 4)
- Articulação com os diferentes atores da comunidade: ACeS, Hospitais, escolas, autarquia. IPSS, Segurança Social, GNR/PSP, estabelecimentos de restauração e bebidas... (1, 2, 3, 4 e 5)
- Promoção de estilos de vida saudáveis (atividade física, alimentação saudável, redução stress, combate ao tabagismo e sedentarismo, e prevenção da obesidade) (2 e 3)
- Promoção de afetos (4)
- Combate ao isolamento e solidão (4)
- Acompanhamento dos casos em risco (4)
- Formação profissional (4 e 5)
- Promoção do PELT (5)
- Redução da exposição ambiental ao fumo de tabaco (legislação e programas específicos) (5)

### Recomendações/Atividades

As recomendações baseadas na evidência disponível, nas intervenções que têm demonstrado ser efetivas e com impacto positivo na melhoria do estado de saúde da população, não podendo ser descuradas outras áreas de conhecimento/intervenção com programas já implementados no terreno:

- Implementar/manter/dinamizar em todas as escolas do ACeS de Famalicão, o PASSE e o PELT;
- Manter os programas desenvolvidos nos Jardins de Infância e 1º ciclo do ensino básico, tais como o Regime de Fruta Escolar (distribuição de fruta no parque escolar).
- Manter o programa “Entre Todos” (prevenção de consumos nocivos) e os programas de promoção de Saúde Mental em curso.
- Aumentar o conhecimento de todos os profissionais de saúde sobre tabagismo;
- Reforçar a consulta de cessação tabágica;
- É ainda necessário aumentar o conhecimento sobre tumores malignos do estômago;
- É fundamental o apoio/reforço de nutricionista tanto na prevenção primária (a nível das escolas, consultas ou em programas comunitários) como na secundária e terciária (mais a nível individual/consultas específicas);



- Desenvolver estratégias de promoção de atividades desportivas e de lazer;
- Assegurar a atividade física nos estabelecimentos escolares e nas IPSS;
- Assegurar a qualidade de registos clínicos no SAM;
- Aumentar a qualidade do preenchimento das causas de morte nos certificados de óbito;
- Criação de grupos de autoajuda;
- Desenvolvimento de estratégias de combate ao isolamento.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES CÁVADO I - BRAGA

---

Encontra-se em fase de atualização

---

## ACES CÁVADO II - GÊRES / CABREIRA

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES CÁVADO II GERÊS / CABREIRA NO ANO DE 2016

#### Caracterização sociodemográfica

A população residente abrangida, 106.365 habitantes (estimativas do INE, 2015), representa 2,95% da população da Região Norte (RN). Entre os anos 2001 e 2015, a população diminuiu 4,13%, decréscimos também verificados na RN e no continente, embora muito menores. O índice de envelhecimento (136,4) é inferior ao da RN (139,5) e Continente (149,6).

A esperança de vida à nascença, **no triénio 2011-2013** (80,8 anos), tem aumentado mas mantém-se inferior à da RN e igual à do Continente. A Taxa de Natalidade em 2013 (6,9‰) é inferior à da RN e Continente com tendência decrescente.

O número de desempregados inscritos no IEPF diminuiu em 2015, com maior expressão no sexo feminino. O nível de escolaridade da população, com evolução favorável no período intercensitário mantém-se no entanto abaixo da RN e Continente. Também a taxa de analfabetismo (7,4%) diminuiu no mesmo período mas em 2011 ainda se mantinha superior à RN e Continente (5,0% e 5,2%).

Tal como na RN e Continente, os sectores primário e secundário sofreram uma redução. Verificou-se um aumento do sector terciário (78,8%, em 2011), com valores inferiores ao Continente e superiores à RN.

A proporção de pensionistas da segurança social, em 2015 (335,9‰) foi superior à da RN (329,2‰) mas inferior à do Continente (358,8‰). A proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (12,4‰) é inferior à da RN (36,6‰) e Continente (31,3‰).

A taxa de criminalidade revela uma tendência crescente, sendo em 2013 (34,8‰), com valor superior ao da RN (31,6‰) e inferior ao Continente (34,9‰). O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem e o poder de compra *per capita* são inferiores ao da RN e Continente.

No ano 2009 as infra-estruturas ambientais abrangiam uma proporção da população inferior à da RN e Continente: sistemas públicos de abastecimento de água 90%; sistemas de drenagem de águas residuais 43%; estações de tratamento de águas 32%.

## Caracterização de saúde

A proporção de nascimentos pré-termo (6,2% no triénio 2011-2013) é inferior aos da RN e do Continente. A proporção de crianças com baixo peso à nascença (6,9% no triénio 2011-2013), embora com uma tendência crescente, apresenta valores inferiores aos da RN e aos do Continente.

A mortalidade infantil (1,6 óbitos infantis por 1000 nados vivos no triénio 2011-2013), apresenta uma tendência decrescente de forma oscilatória e os valores observados são inferiores aos da RN e do Continente, em todos os seus componentes.

Na mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos destacam-se as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos. Já para a população com idade inferior a 75 anos os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão, registando valores inferiores aos da RN.

No triénio 2010-2012 a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores superiores aos da RN, sem significância estatística. Destacam-se, pela negativa, as causas externas nomeadamente os acidentes de transporte e as lesões autoprovocadas intencionalmente, em ambos os sexos e no sexo masculino, com valores significativamente superiores aos da RN. As doenças do aparelho digestivo nomeadamente a doença crónica do fígado e cirrose, apresenta valores significativamente superiores aos da RN, em ambos os sexos e na sua desagregação.

No que diz respeito à morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico activo de ICPC-2, as causas de doença mais registadas são a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos e a diabetes mellitus, apresentando valores superiores aos da RN e do Continente, para ambos os sexos.

A taxa de incidência da infecção VIH ( $2,8/10^5$ ) mantém-se, em 2013, abaixo dos valores observados na RN e no Continente. A taxa de incidência de tuberculose ( $20,4/10^5$ ) evoluiu de forma oscilatória e com tendência decrescente sendo, ainda, inferior à observada na RN e no Continente.

### Prioridades de saúde identificadas

1. Doenças cerebrovasculares
2. Doenças do Fígado e cirrose
3. Tumor Maligno da Mama Feminina
4. Acidentes de transporte
5. Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES CÁVADO II GERÊS / CABREIRA 2011-2016

### Estratégias

- **Prevenção primária:** Prevenção do consumo de tabaco; aumento do consumo de frutas e legumes e redução do consumo de gorduras saturadas; promoção da prática de exercício físico; prevenção do consumo de álcool; projetos de promoção do aleitamento materno; utilização dos meios de proteção individual nos locais de trabalho na prevenção do Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão; vacinação e educação para a saúde para a prevenção da hepatite B; manutenção da divulgação de informação nos meios de comunicação social locais sobre estilos de vida saudáveis.
- **Prevenção secundária:** Consulta de cessação tabágica; controlo das dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade; desintoxicação alcoólica; tratamento médico ou cirúrgico atempado das cardiopatias isquémicas e enfartes do miocárdio; rastreios e referenciação dos casos suspeitos de Tumor Maligno da Mama Feminina.
- **Prevenção terciária:** Via verde para os AVC; referenciação atempada para a consulta de Medicina Física e Reabilitação dos casos de AVC; integração na RNCCI nos casos de AVC; reinserção social dos ex-alcoólicos; criação de grupos de auto-ajuda (Tumor Maligno da Mama Feminina e Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão).

## Indicadores/Metas/Resultados

INDICADORES	FONTE DE DADOS	Valor de Referência	ANO	META	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO						
					RESULTADOS 2014			RESULTADOS 2015			2016
					Valor	Ano	Variação	Valor	Ano	Variação	
TMP prematura, <65 anos, por Doenças cerebrovasculares (/100000 habitantes)	INE/ARSN	8,6	2007-2009	< 2,9	7,4	2008-2010	-1,2	7,4	2008-2010	-1,2	
TMP prematura, <65 anos, por Doenças do Fígado e cirrose (/100000 habitantes)	INE/ARSN	12,2	2007-2009	< 6,7	11,8	2008-2010	-0,4	11,8	2008-2010	-0,4	
TMP prematura, <65 anos, por Tumor Maligno da Mama Feminino (/100000 habitantes)	INE/ARSN	10,9	2007-2009	<13,3	6,8	2008-2010	-4,1	6,8	2008-2010	-4,1	
TMP prematura, <65 anos, por Acidentes de transporte (/100000 habitantes)	INE/ARSN	12	2007-2009	< 5,0	10,1	2008-2010	-1,9	10,1	2008-2010	-1,9	
TMP prematura, <65 anos, por Tumor Maligno de Traqueia, Brônquios e Pulmão (/100000 habitantes)	INE/ARSN	14	2007-2009	<25,3	13,8	2008-2010	-0,2	13,8	2008-2010	-0,2	
Incidência de amputações major em diabéticos/10000 residentes	GDH/ACSS	0,3	2010	0,3	N.D.			N.D.			
Taxa de internamento Padronizada por doença cerebrovascular/10000 residentes	GDH/ARSN	177,2	2008	177,2	289,9	2013	112,7	N.D.			
Taxa de Internamento Padronizada por acidentes de transporte/100000 residentes	GDH/ARSN	98,9	2008	98,5	60	2013	-38,9	N.D.			
Proporção de hipertensos, com acompanhamento adequado	SIARS	9,2	2013	30	34,7	2014	25,5	42,7	2015	33,5	
Proporção de inscritos com registo de Hipertensão arterial	SIARS	23,5	2013	35	24,1	2014	0,6				
Proporção de utentes com o diagnóstico de "hipertensão arterial"	SIARS							24,9	2015	1,4	
Proporção Diabéticos com acompanhamento adequado	SIARS	31,6	2013	40	39,6	2014	8	44,9	2015	13,3	
Proporção de inscritos com registo de Diabetes mellitus	SIARS	7,4	2013	7,4-12,9	7,6	2014	0,2				
Proporção de utentes com o diagnóstico de "Diabetes Mellitus"	SIARS							7,9	2015	0,5	
Proporção de mulheres (50-70 anos), com mamografia efetuada a cada dois anos	SIARS	45,2	2013	60	56,5	2014	11,3	36,1	2015	-9,1	
Proporção de utentes (>= 14 anos), com registo de hábitos tabágicos	SIARS	42,4	2013	65	53,8	2014	11,4	63,6	2015	21,2	
Proporção de fumadores, com consulta relacionada com o tabaco, no último ano	SIARS	24,7	2013	50	27	2014	2,3				
Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano	SIARS							14,3	2015	-10,4	
Proporção de utentes (>=14anos), com registo de consumo de álcool	SIARS	41	2013	55	54,2	2014	13,2	64,6	2015	23,6	
Proporção de utentes (>=14anos), com registo de consumo de álcool, com consulta relacionada nos últimos 3 anos	SIARS	62,9	2013	70	59,7	2014	-3,2	56,4	2015	-6,5	
Proporção de inscritos com registo de Excesso de peso	SIARS	3,8	2013	6	5	2014	1,2				
Proporção de utentes com o diagnóstico de "excesso de peso"	SIARS							6	2015	2,2	
Proporção de inscritos com registo de Obesidade	SIARS	5,5	2013	7	6	2014	0,5				
Proporção de utentes com o diagnóstico de "obesidade"	SIARS							7,9	2015	2,4	
Proporção de obesos (>=14anos), com consulta relacionada nos últimos 2 anos	SIARS	53,3	2013	63	55,1	2014	1,8	51,6	2015	-1,7	
Proporção de jovens escolarizados (7º ao 12º ano) fumadores	Escolas/ UCCs	13	2013	11	N.D.						
Proporção de crianças escolarizadas (II e 1º ciclo) alvo de intervenção curricular - Alimentação saudável	Escolas/ UCCs	39,5	2013	42	40,6	2014	1,1				

---

## ACES CÁVADO III - BARCELOS / ESPOSENDE

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES CÁVADO III NO ANO DE 2016

#### Caracterização sociodemográfica

O ACES Cávado III-Barcelos/Esposende pertence ao Distrito de Braga e compreende a área geodemográfica dos Concelhos de Barcelos e de Esposende. A população residente, segundo os Censos de 2011, era de 153.813 e representava cerca de 4,2 % da Região Norte (RN). Entre 2001 e 2011, a população residente no ACES reduziu 0,5%. O índice de envelhecimento (96,2) é inferior ao da RN e do Continente e a esperança de vida à nascença (81,4 anos) tem aumentado em ambos os sexos e é superior ao da RN e do Continente. A taxa de natalidade (7,2 nv/1000 habitantes - 2013) era inferior à da RN e do Continente. O nível de escolaridade da população melhorou entre 2001 e 2011, estando acima do RN e do Continente. A taxa de analfabetismo (4,5%) diminuiu no mesmo período sendo inferior à da RN e do Continente. O número de desempregados inscritos no IIEFP diminuiu em 2014, contrariando a evolução crescente registada no segundo semestre de 2008 e que atingiu o pico em 2012. O setor secundário é a principal fonte de emprego (51,7%), enquanto o setor terciário é o único a aumentar no período 2001-2011, aproximando-se da tendência da RN e do Continente, onde é a principal fonte de emprego. A taxa de criminalidade mostra uma tendência de estabilidade apresentando em 2013 um valor de 25/1000 habitantes, inferior à da Região Norte e do Continente.

#### Caracterização epidemiológica da população:

Nos determinantes de Saúde, a proporção de inscritos com diagnóstico ativo (SIARS dez 2014) por abuso de tabaco, excesso de peso, abuso crónico de álcool e abuso de drogas é superior no sexo masculino. Os valores identificados para todos eles são inferiores aos da RN e Continente à exceção do abuso crónico do álcool em que o mais baixo é o do Continente seguido pelo do ACES e da RN. A mortalidade infantil variou de 4,0 a 3,7 /1000nv no período compreendido entre 2005/07 e 2011/2013, encontrando-se atualmente ao nível da mortalidade infantil atingida no Continente. Destacam-se pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, na mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos. Já para a população com idade inferior a 75 anos, os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão, registando valores superiores aos da RN e do Continente. As principais causas de morbilidade avaliadas no ACES (dez 2013), pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, foram a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos e a diabetes *mellitus*, tendo a última morbilidade sido ultrapassada pelas perturbações depressivas em dezembro de 2014.

## Problemas de saúde identificados

Mortalidade por diabetes mellitus

Neoplasia do cólon e reto

Carcinoma da mama

Carcinoma do estômago

Cardiopatia isquémica

Tendo em conta os recursos da comunidade, foram definidas as seguintes estratégias de saúde:

1. Difusão pelos profissionais de saúde do “ Manual de Boas Práticas para a Diabetes Mellitus” elaborado pela UCF Diabetes do ACES Barcelos /Esposende e Hospital Santa Maria Maior de Barcelos e adoção das práticas aí plasmadas (acessível endereço <https://sites.google.com/site/ucfdiabetes/>).
2. Disseminação, pelos profissionais de saúde, das Noc`s emitidas pela DGS.
3. Garantir o acesso dos utentes a rastreios de base populacional.
4. Celebração de protocolos de parceria com autarquias e Stakeholders (Município com cedência de transporte para a consulta à LPCC do Porto entre outros).
5. Promoção de integração de níveis de cuidados de saúde (utilização da PDS, diagnosticar precocemente).
6. Rentabilização das ferramentas informáticas (Aumento /Qualidade de registos).
7. Participação na Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física Saúde e do Bem-Estar (ENPAF) promovida pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

## Recomendações /Atividades

- Implementar, manter e dinamizar em todas as escolas o PASSE, Passezinho e o PELT.
- Referenciar para Consulta de oftalmologia.
- Referenciar para consulta de nefrologia.
- Vigiar o pé do utente diabético.

- Referenciar os utentes com excesso de peso, obesidade e detentores de diabetes, dislipidémias e hipertensão arterial para a consulta de nutrição do ACES.
- Identificar e convocar os utentes elegíveis aos SIIMA Rastreios (Retinopatia diabética, RCCU e R. C. mama).
- Aumentar o número de profissionais de saúde com formação em tabagismo.
- Aumentar a oferta de consultas de cessação tabágica.
- Aumentar o número de profissionais de saúde com formação em tumores malignos.
- Promover o exercício físico em articulação com as autarquias/ juntas de freguesia, escolas e IPSS's.
- Vigiar os utentes de risco acrescido portadores de doença de Crohn, colite ulcerosa e PAF (Polipose Adenomatosa Familiar) de acordo com as normas da DGS.
- Encaminhar/sensibilizar utentes com abuso de álcool para estruturas de desintoxicação/tratamento e reinserção.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES CÁVADO III NO ANO DE 2011-2016

Encontra-se em fase de atualização

---

## ACES DOURO I - MARÃO E DOURO NORTE

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES DOURO I - MARÃO E DOURO NORTE NO ANO DE 2016

O ACeS Douro 1 – Marão e Douro Norte são compostos por 7 concelhos: Alijó, Mesão Frio, Murça, Peso da Régua, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião e Vila Real. Abrange uma área de 1 214 Km<sup>2</sup> a que corresponde a uma densidade populacional de sensivelmente 84 hab./Km<sup>2</sup>.

A população inscrita no ACeS, em 2015 compreende 108 425 utentes dos quais 100 746 são população residente, representando 2,8% da população da Região Norte. Entre os dois últimos censos (2001 e 2011) registou uma diminuição de 4,9% na população, sendo que apenas o Concelho de Vila Real apresentou um leve aumento da sua população (1 893 habitantes), no entanto em 2015 o concelho de Vila Real, acompanha os restantes concelhos com um decréscimo da população residente de 1352 residentes (2011- 51 853 residentes; 2015- 50 501 residentes).

Em 2013, o índice de envelhecimento corresponde a 162,0 sendo superior quer à RN (125,0) quer ao Continente (138,9); a esperança média de vida à nascença tem aumentado em ambos os sexos (80,6 anos) mantendo-se no entanto abaixo quer da RN (81,0 anos) quer do Continente (80,8 anos). Em 2015 a taxa de natalidade situa-se em 6,7 nados vivos por 1000 hab. apresentando um ligeiro aumento face a 2013 (6,1). O saldo natural em 2015 mantém-se negativo, apresentando um valor de -510, o que também contribui para a retangularização da pirâmide etária.

A taxa de analfabetismo tem vindo a diminuir situando-se em 2011 em 7,8%, ainda assim superior quer à RN quer ao continente, respetivamente 5,0% e 5,5%. O sector terciário emprega 69,6% da população do ACeS, valores acima dos encontrados na RN (61,6%). A proporção de pensionistas da Segurança Social (359,9 por 1000 hab.) e a proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (48,9 por 1000 hab.) é superior tanto à da RN como à do Continente. A taxa de criminalidade mantém-se abaixo da RN e do Continente, tendo decrescido ligeiramente no período intercensitário de 2001-2011 para 29,3 por mil hab.

As infra-estruturas ambientais abrangem a maioria da população: 98% é servida por sistemas públicos de abastecimento de águas, 80% por sistema de drenagem de águas residuais e 82% por estações de tratamento.

Nos últimos anos houve um forte investimento na informação estatística colocada ao nosso dispor através das inúmeras plataformas informáticas. Neste diagnóstico foi possível a utilização de dados existentes no que respeita à morbilidade que reporta os

diagnósticos ativos por ICPC nos cuidados de saúde primários e as causas de internamento a nível hospitalar, assim destacam-se pela negativa com significância estatística relativamente à Região Norte, as seguintes patologias:

**1. Diagnóstico ativo (ICPC-2):**

- Alterações do Metabolismo dos Lípidos
- Diabetes
- Osteoporose/ Osteoartrose do Joelho/Osteoartrose da Anca
- Abuso Crónico do Álcool
- Bronquite Crónica/ DPOC
- Doença Cardíaca Isquémica com Angina

**2. Causas de Internamento:**

- Doenças infecciosas;
- Doença mental relacionada com o álcool;
- Doenças do sistema nervoso;
- Asma;
- Doença do aparelho músculo-esquelético.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DOURO I - MARÃO E DOURO NORTE NO ANO DE 2011-2016

Tendo em conta a metodologia de planeamento adaptada de Emílio Imperatori, e da comparabilidade das taxas de mortalidade padronizadas, fornecidas pelas diferentes fontes estatísticas (INE, DSP, DGS) quer em relação à RN e ao Continente ressaltam, com significância estatística, pela negativa, as patologias do Aparelho Digestivo; Doença Crónica do Fígado e Cirrose e Bronquite Crónica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma.

**Objetivos:** diminuir o hiato relativamente à RN e ao Continente potenciando a obtenção efetiva de ganhos em saúde para a comunidade do ACeS nomeadamente no que às prioridades encontradas diz respeito.

**Estratégias:** Envolvimento participativo do Diretor Executivo, Conselho clínico e de saúde, Coordenadores e respetivas equipas multidisciplinares das diferentes UCC's, USF's, UCSP's, bem como a Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes, parceiros da comunidade nomeadamente as Autarquias, Segurança social, Agrupamentos Escolares, bem como todos os outros *stakeholders* da comunidade de forma a potenciar recursos e ações tendentes à melhoria da qualidade de vida percebida pela população do ACeS.

**Indicadores:** Decorrem dos emanados pelas respetivas circulares normativas/Programas da DGS.

### Prioridade de saúde identificadas:

- **Patologias do Aparelho Digestivo (CID10:K00-K93)**

**Objetivo:** Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Digestivo de 72,8 por 100 000 (2009) para 61 por 100 000 no triénio 2014-2016 na área de abrangência do ACeS.

**Estratégia:** Aplicação e Monitorização do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Documento publicado em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) a 05/09/2012, nomeadamente à população estudantil, nos diferentes graus de ensino na área de abrangência do ACeS através das diferentes equipas de saúde escolar e dos diferentes Nutricionistas da URAP.

- **Doença Crónica do Fígado e Cirrose (CID10: K70, K73-K74)**

**Objetivo:** Diminuir a Taxa de Mortalidade por Doença Crónica do Fígado e Cirrose <65 anos de 30,5 por 100 000 (2009) para 20 por 100 000 no triénio 2014-2016 na área de abrangência do ACeS

**Estratégia:** Aplicação e Monitorização da norma da DGS nº 30/2012 de 28 de Dezembro relativa à deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo do álcool no adulto na área de abrangência do ACeS através das diferentes equipas de saúde. Documento publicado em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt). Foram considerados quer na contratualização interna como externa a escolha de indicadores de desempenho para a monitorização da atividade desenvolvida neste âmbito.

- **Bronquite Crónica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma (CID10: J40-43, J45-46)**

**Objetivo:** Diminuir a Taxa de Mortalidade por Bronquite Crónica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma de 13,5 por 100 000 (2009) para 11 por 100 000 no triénio 2014-2016 na área de abrangência do ACeS

**Estratégia:** Aplicação e Monitorização do programa Nacional para as doenças respiratórias da DGS, no âmbito do Despacho nº 404/2012 do DR nº 10 2ª série de 13 de Janeiro; Aplicação da circular normativa da DGS nº 26/DSPPS de 28 de Dezembro de 2007; Incentivo à realização de espirometria simples em doentes com patologia respiratória; Aplicação da circular informativa nº 40ª/DSPCD de 27 de Outubro de 2009. Os documentos publicados em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) foram considerados, quer na contratualização interna quer na externa, nomeadamente na escolha de indicadores de desempenho para a monitorização da atividade desenvolvida neste âmbito.

**Resultados provisórios:** Da avaliação intercalar realizada em 2014 e conhecidos os valores da taxa bruta de mortalidade quer para todas as idades quer para a população com idade inferior a 65 anos, do triénio 2010/2012 verificamos que se encontra abaixo do apresentado no triénio 2008/2010, em todas as prioridades identificadas, espera-se que a tendência de melhoria e de redução do hiato entre RN e ACeS seja alcançada, refletindo

ganhos efetivos na qualidade de vida da população. Continuamos, a proceder à monitorização dos dados através do SIARS e dos indicadores contratualizados quer externa quer internamente e que refletem as prioridades identificadas.

Atendendo a que os ganhos em saúde percecionados devem estar espelhados na diminuição da taxa de mortalidade, fomos analisar as taxas de mortalidade por causas de morte para os anos refletidos no PLS. O INE, não reflete com exatidão as patologias que foram elencadas como sendo a nossa prioridade, no entanto existem algumas patologias que poderão servir como mero indicativo e que por isso passamos a reportar:

### 1. Taxa bruta de mortalidade:

- Doenças Aparelho Digestivo (2013 – 65,14/105;2014 – 51,8/105);
- Doença Crónica do Fígado (2013 – 14,6/105;2014 – 20,5/105);
- Doença Crónica das Vias Aéreas Inferiores (2013 – 41,8/105;2014 – 37,1/105).

Relativamente aos dados importados do SIARS podemos verificar que relativamente às patologias que nos distinguem pela negativa da RN, foi observado que se mantiveram ao longo dos dois anos analisados, e que neste apresentam uma maior magnitude, que terá de ser analisado com alguma prudência, uma vez que poderá ser por um aumento do diagnóstico ou por um aumento da qualidade do registo.

Proporção de Residentes, padronizada pela idade, por diagnóstico ativo, ambos os sexos (/1000 utentes)				
Diagnóstico ativo (ICPC-2)	2013		2014	
	RN	ACeS	RN	ACeS
Alt. Do Metabolismo dos Lipidos	180,8	194,6	194,1	207,9
Diabetes	73,9	75,8	74,3	77,0
Osteoartrose do Joelho	37,4	48,0	41,2	50,0
Osteoporose	20,1	26,8	20,8	26,6
Osteoartrose da Anca	17,0	21,7	18,9	22,9
Bronquite Crónica	11,5	20,7	11,4	19,9
Abuso Crónico do Álcool	12,7	14,6	14,6	23,2
DPOC	11,0	13,5	12,8	16,8
D. Cardíaca Isquémica com Angina	6,7	8,8	6,9	8,9
Demência	6,0	6,8	6,6	6,8

**Legenda**

- Superior à da RN, com significância estatística.
- Superior à da RN, sem significância estatística.

---

## ACES DOURO II - SUL

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES DOURO II - SUL<sup>2</sup> NO ANO DE 2016

#### Caracterização sociodemográfica do ACES Douro Sul

Abrange uma **população residente** de 70803 habitantes (estimativa do INE 2015). Entre os censos 2001 e 2011 diminuiu (-7,5%). O **índice de envelhecimento** (176,6) é superior ao da RN (125,0) e ao do Continente (138,9). A **esperança de vida à nascença** (81,1 anos) tem aumentado em ambos os sexos e é superior à da RN (81,0 anos) e à do Continente (80,8 anos). A **taxa bruta de natalidade** (5,8 nados vivos por 1000 habitantes, em 2015), apresenta valores bastante inferiores aos da RN e aos do Continente.

Embora entre 2001 e 2011 a **taxa de analfabetismo** (8,6) tenha diminuído, em 2011 ainda era superior à da RN (5,0%) e à do Continente (5,2%), em todos os concelhos.

O **setor terciário** é o que mais emprega a população (63,1% da população), com valores superiores aos da RN (61,6%), mas inferiores aos do Continente (70,2%). A **proporção de pensionistas da Segurança Social** (356,4 por 1000 habitantes) é superior à da RN (325,4) e à do Continente (343,1). A **proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI)** (45,3 por 1000 habitantes) é superior à da RN (44,6) e à do Continente (38,6).

As **infraestruturas ambientais** abrangem a maior parte da população: 100% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 100% por sistemas de drenagem de águas residuais e 84% por estações de tratamento de águas residuais.

#### Caracterização epidemiológica da população

A **proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos** (4,8% no triénio 2011-2013), mantém-se superior à da RN (3,2%) e à do Continente (3,5%). A evolução da **proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos** (20,9% no triénio 2011-2013) mostra uma tendência de crescimento, mas com valores, no mesmo período, inferiores aos da RN (23,8%) e Continente (25,2%). A **proporção de nascimentos pré-termo** (7,2% no triénio 2011-2013) mostra sinais de estabilização depois da tendência crescente verificada até ao triénio 2007-2009, apresentando, ao longo dos

---

<sup>2</sup> Nota: A informação disponibilizada baseia-se no *Diagnóstico da situação de Saúde (atualização de 2016)* e *Plano Local de Saúde do ACeS Douro II-Sul (2011-2016)* elaborados pela USP e no *Perfil local de Saúde 2015 do ACeS Douro II-Sul* disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS\\_2015/PLS2015\\_A3\\_DouroSul.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2015/PLS2015_A3_DouroSul.pdf).

últimos triénios, valores inferiores aos da RN e aos do Continente. A **proporção de crianças com baixo peso à nascença** (8,3% no triénio 2011-2013) tem vindo a aumentar, apresentando valores ligeiramente inferiores aos da RN e aos do Continente.

A proporção de inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de **excesso de peso** (9,2) e **abuso crónico de álcool** (4,6), são superiores aos da RN e do Continente.

A **mortalidade infantil** (2,4 óbitos infantis por 1000 nados vivos no triénio 2012-2014) é inferior à registada na RN e no Continente. Na **mortalidade proporcional**, para todas as idades e ambos os sexos, as doenças do aparelho circulatório (31,0), seguidas dos tumores malignos (21,2) destacam-se, pelo seu maior peso relativo. Na **população com idade inferior 75 anos** os tumores malignos (35,7) são a maior causa de morte, registando contudo valores inferiores aos da RN.

No triénio 2010-2012 a **taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade** (idade inferior a 75 anos) (295,8) apresenta, para todas as causas de morte, valores superiores aos da RN, com significância estatística, para ambos os sexos e para o sexo feminino. Destaca-se, pela **negativa**, a **doença crónica do fígado e cirrose** (25,6), com valores superiores aos da RN com significância estatística, para ambos os sexos.

Quanto à **morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, medida pela **proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2 em 31/12/2015**, os problemas de saúde mais registados são as alterações do metabolismo dos lípidos (36,0), a hipertensão arterial (25,83), o excesso de peso e obesidade (19,1) as perturbações depressivas (12,8), a diabetes *mellitus* (9,4).

A **taxa de incidência da infeção VIH** (3,2) mantém-se inferior à da RN e à do Continente. A **taxa de incidência de tuberculose** (23,2 em 2012) apresenta uma tendência decrescente, mantendo-se desde 2004 com valor inferior ao da RN e do Continente.

### Prioridades de saúde identificadas

Tumor Maligno (T.M) da Mama Feminina (< 65 anos)

Doença Crónica do Fígado e Cirrose (< 65 anos)

Tumor Maligno (T.M) do Estômago (< 65 anos)

Tumor Maligno (T.M) do Cólon e Reto (< 65 anos)

Doença Cerebrovascular (< 65 anos)

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DOURO II - SUL NO ANO DE 2011-2016

### Objetivos:

- Diminuir a **Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama** em mulheres com idades inferiores a 65 anos, de 13.3/100.000 habitantes para 12.8/100.000 habitantes, no ACeS Douro Sul, entre 2011 e 2016
- Diminuir a **Taxa de Mortalidade por Doenças Crónica do Fígado e Cirrose**, de 15.1/100.000 habitantes para 11.7/100.000 habitantes em indivíduos com idade inferior a 65 anos, no ACeS Douro Sul, entre 2011 e 2016
- Diminuir a **Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago**, de 11.4/100.000 habitantes para 7.9/100.000 habitantes nos indivíduos com idade inferior a 65 anos, no ACeS Douro Sul, entre 2011 e 2016
- Diminuir a **Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Reto**, de 9.6/100.000 habitantes, para 7.6/100.000 habitantes nos indivíduos com idade inferior a 65 anos, no ACeS Douro Sul, entre 2011 e 2016
- Diminuir a **Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular**, de 9.9/100.000 habitantes para 6.8/100.000 habitantes nos indivíduos com idade inferior a 65 anos, no ACeS Douro Sul, entre 2011 e 2016

## Necessidades de Saúde

## Estratégias / Atividades de Saúde

Menor mortalidade por:  
**T.M. Mama Feminina, antes dos 65 anos**

### Diagnóstico e tratamento precoce dos casos:

- Rastreio segundo critérios DGS (mamografia de 2/2 anos nas mulheres dos 50 aos 69 anos);
- Consulta de rastreio oncológico;
- Monitorização nominal das mulheres que não fazem rastreio para reforço de convocatória. (SiiMA)
- Ensino auto exame da mama;

### Promover o aleitamento materno

Menor mortalidade por:  
**Doença Crónica do Fígado e Cirrose, antes dos 65 anos**

- Disponibilizar AUDIT aos profissionais de saúde do ACeS;
- Formação aos profissionais;
- Disponibilizar consulta de Problemas Ligados ao Álcool;
- Consulta descentralizada do CRI, num concelho do ACeS;
- Implementação Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;
- Implementar Programa de Educação Sexual nas Escolas /PRESSE;

Menor mortalidade por:  
**T.M. Estômago, antes dos 65 anos**

- Implementação Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;
- Programa de Promoção de Exercício Físico Regular;
- Consulta de doença oncológica (médico de família);
- Disponibilizar consulta de cessação tabágica;
- Formação profissionais (cessação tabágica)

Menor mortalidade por:  
**Tm. Cólon e Reto, antes dos 65 anos**

### Diagnóstico e tratamento precoce dos casos:

- Rastreio segundo critérios (PSOF – indivíduos dos 50 aos 74 anos);
- EDB, segundo critérios;
- Implementar Consulta de doença oncológica;
- Implementação Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;
- Implementação de Programa de Promoção de Exercício Físico Regular;

Menor mortalidade por:  
**Doença cerebrovasculares, antes dos 65 anos**

- Implementação Programa de Alimentação Saudável nas Escolas – PASSE;
- Programa de Escolas Livres de Tabaco – PELT;
- Programa de Promoção de Exercício Físico Regular;
- Predição do risco cardiovascular aos 10 anos;
- Avaliação do IMC todas as idades;
- Consulta de HTA (segundo normas de orientação clínica DGS);
- Consulta Diabetes (segundo normas de orientação clínica DGS);
- Disponibilizar consulta de cessação tabágica.

Objetivos de Outcome /metas	Indicadores de Outcome
Até 2016, aumentar em 100% a proporção de mulheres com idade entre os 45 e os 69 anos, rastreadas para o cancro da mama	N.º de mulheres com idade entre os 45 e os 69 anos, rastreadas para o cancro da mama/N.º de mulheres inscritas com idades entre os 45 e os 69 anos*100. N.º de mulheres com idade entre os 45 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos /n.º de Mulheres com > 45 e <69 anos*100.
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com consumo abusivo de álcool, na população	N.º de utentes inscritos com registo de consumo abusivo de álcool.
Até 2016 aumentar para 99,8% as taxas de cobertura vacinal, esquema recomendado, nas coortes até aos dois anos e sete anos	% de Crianças com PNV atualizado (esquema recomendado) aos 2 e aos 7 anos de idade. Fonte: Sinus Vacinação
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com consumo abusivo de álcool, na população.	N.º de utentes inscritos com registo de consumo abusivo de álcool
Até 2016, reduzir em 8% o número de indivíduos inscritos com abuso de tabaco, na população.	N.º de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com excesso de peso, na população	N.º de utentes inscritos com registo de excesso de peso
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com excesso de peso, na população	N.º de utentes inscritos com registo de obesidade
Até 2016, aumentar em 50% a proporção de utentes com idade entre os 50 e os 65 anos, rastreadas para o TM Cólon e Reto	N.º de utentes com registo de PSOF com idade entre os 50 < 65 anos/n.º de utentes com idade <65 anos*100
	N.º de utentes com idade > 50 anos < 65 anos com registo de Colonoscopia nos últimos 5 anos /n.º de utentes com idade > 50 < 65 anos*100.
	N.º de utentes inscritos com registo de consumo abusivo de álcool
	N.º de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco
	N.º de utentes inscritos com registo de excesso de peso
Até 2016, aumentar em 100% a proporção de utentes hipertensos inscritos com registo de	N.º de utentes inscritos com registo de obesidade
	% Hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos 6 meses; % de Hipertensos com registo de IMC nos últimos 12 meses
Até 2016, aumentar em 100% o registo de peso e altura nos utentes inscritos	% Inscritos com registo de peso e altura nos últimos 12 meses
Até 2016, aumentar em 100% a proporção de utentes diabéticos inscritos com registo de 3 HbA1C no último ano	% Diabéticos com pelo menos 3 HbA1C registadas nos últimos 12 meses;
Até 2016, aumentar em 100% o registo de risco cardiovascular nos utentes inscritos	N.º de utentes com registo de risco cardiovascular por grupo etário
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com consumo abusivo de álcool, na população.	N.º de utentes inscritos com registo de consumo abusivo de álcool
Até 2016, reduzir em 8% o número de indivíduos inscritos com abuso de tabaco, na população.	N.º de utentes inscritos com registo de abuso de tabaco
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com excesso de peso, na população	N.º de utentes inscritos com registo de excesso de peso
Até 2016, reduzir em 20% o número de indivíduos inscritos com obesidade, na população.	N.º de utentes inscritos com registo de obesidade

## Resultados

Indicadores de resultado ou impacto	Unidade	Valor inicial		Último valor		Meta	
		Período	*Valor	Período	Valor	Período	Valor
Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama em mulheres com idades inferiores a 65 anos	100000 habitantes	2007-2009	13,3		**	2016	12,8
Taxa de Mortalidade por Doenças Crónica do Fígado e Cirrose, antes dos 65 anos	100000 habitantes	2007-2009	15,1	2010-2012	22,5	2016	11,7
Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago, antes dos 65 anos	100000 habitantes	2007-2009	11,4		**	2016	7,9
Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Reto, antes dos 65 anos	100000 habitantes	2007-2009	9,6		**	2016	7,6
Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular, antes dos 65 anos	100000 habitantes	2007-2009	9,9	2010-2012	12,1	2016	6,8

\* ARS NORTE (b) – Mortalidades. ACeS. ACeS Douro Sul, Análise por Triénios 2001-2009. [Em linha]. [Consult Agosto 2011]. Disponível em [www.arsnorte.min-saude.pt/](http://www.arsnorte.min-saude.pt/)

\*\* O último valor disponível corresponde ao triénio 2007-2009

---

## ACES ENTRE DOURO E VOUGA I - FEIRA/AROUCA

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES ENTRE DOURO E VOUGA I - FEIRA / AROUCA NO ANO DE 2016

#### Caracterização sociodemográfica

Os concelhos de Arouca e Santa Maria da Feira pertencem à zona administrativa do distrito de Aveiro pertencendo, desde 2014, à NUTS III Área Metropolitana do Porto. Têm uma população residente de 160870 pessoas, distribuídas por 545 km<sup>2</sup>. Desde 2011 verificou-se uma perda de 0,8% na população, com um agravamento do índice do envelhecimento (de 99,4 para 124,2). De agosto de 2015 a agosto de 2016 verificou-se uma quebra de 25% no número de desempregados inscritos no IEFP, traduzindo uma melhoria da situação económico-social. Regista-se uma recuperação ligeira em 2015 da taxa bruta de natalidade.

#### Caracterização de saúde

Considerando todas as causas de mortalidade, destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as **doenças do aparelho circulatório**, seguidas dos **tumores malignos**, na mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos. Considerando a mortalidade precoce (inferior a 75 anos), as causas específicas de mortalidade de maior expressão no ACES Feira-Arouca são, por ordem decrescente: **doenças cerebrovasculares, tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, doença isquémica do coração, tumor maligno do estômago, diabetes mellitus, tumor maligno do colon e do recto e tumor maligno do pâncreas**. A única causa de morte cuja taxa de mortalidade padronizada é superior, com significância estatística, à Região Norte é a **mortalidade por tumor maligno do pâncreas**. **O ACES Feira-Arouca regista valores de mortalidade infantil superiores à da Região Norte e Continente nos triénios 2011-2013 e 2012-2014, sobretudo à custa do valor de mortalidade infantil pós-neonatal.**

O perfil de morbilidade hospitalar do ACESFA, para todas as idades, apresentou em 2013 um valor superior, com significância estatística, de internamentos padronizados pela idade ao da Região Norte, nos seguintes itens: **doenças do aparelho músculo-esquelético e acidentes de veículos a motor**. Quando os dados são analisados tendo em conta o sexo verifica-se um valor superior com significância estatística nas **doenças músculo-esqueléticas** apenas no sexo feminino e nos **acidentes de veículo a motor** apenas no sexo masculino. Nos indivíduos com idade inferior a 75 anos, o perfil de morbilidade hospitalar neste ACES apresentou um valor superior, com significância estatística nas **doenças do aparelho respiratório**, nas **doenças músculo-esqueléticas**, nas **lesões e envenenamentos** e nos **acidentes com veículos a motor** comparativamente com a Região Norte.

O registo em cuidados de saúde primários sugere elevadas proporções de alterações do metabolismo dos lípidos (25,7% dos inscritos) e hipertensão arterial (21,5% do total). Os problemas de saúde mental são outra necessidade de saúde em destaque, nomeadamente as perturbações depressivas no sexo feminino (20,1% dos inscritos). Apesar da extrema cautela com que estes dados devem ser interpretados, o levantamento das necessidades de saúde sentidas através dos parceiros do Conselho da Comunidade reforça a preocupação com os problemas de Saúde Mental mas também com a obesidade infantil, para além das necessidades técnicas discutidas.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE- ACES ENTRE DOURO E VOUGA I - FEIRA / AROUCA NO ANO DE 2012-2016

### Objetivos e metas

Diminuir a taxa de mortalidade padronizada até aos 65 anos em residente no ACES Feira/Arouca, entre 2012 e 2016 por:

- Doenças cerebrovasculares, de 4,6/100 000 para 4,0/100 000
- Doença isquémica cardíaca de 6,0/100 000 para 5,5/100 000
- Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão de 12,0/100 000 para menos de 12,0/100 000
- Tumor maligno do cólon e reto de 6,2/100 000 para 5,5/100 000
- Tumor maligno da mama feminina de 9,9/100 000 para 8,0/100 000 na população do sexo feminino
- Diabetes mellitus de 2,0/100 000 para menos de 1,7/100 000
- Tumor maligno do estômago de 5,9/100 000 para 5,0/100 000

### Estratégias

- Prevenção primária, através da intervenção em determinantes de saúde conhecidos: redução do consumo de tabaco e da exposição ambiental e ocupacional; promoção do auto exame da mama; promoção do aleitamento materno; promoção de uma alimentação saudável; promoção do exercício físico.
- Prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado: rastreio do carcinoma do cólon e reto e da mama nas idades e periodicidade recomendadas com base na evidência científica conhecida; promoção do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde.
- Prevenção terciária, através da reabilitação dos doentes: dinamização de projetos e atividades de reabilitação, acompanhamento e integração social dos doentes.

### Atividades



- Grupo Consultor de Saúde: foi criado e elaborou uma proposta para operacionalização do PLS 2012-2016, que consiste num conjunto de estratégias/atividades que servem de apoio à governação clínica e tomada de decisão estratégica do ACES, para a obtenção efetiva de ganhos em saúde;
- Programa “Literacia em Saúde”, que pretende capacitar a população em geral sobre a saúde e seus determinantes através de dois projetos: “Saúde para Todos” (publicação de artigos em dois jornais locais) e “Saúde e Bem-estar” (emissão na rádio local);
- Intervenção em Saúde Escolar. Esta intervenção foi feita através do programa PELT, sessões de educação para a saúde sobre tabagismo e alimentação/avaliação dos lanches;
- Dinamização do Conselho da Comunidade como pivot de articulação com os parceiros da comunidade.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES ENTRE DOURO E VOUGA II - AVEIRO NORTE

---

Encontra-se em fase de avaliação e atualização

---

## ACES GRANDE PORTO I - SANTO TIRSO / TROFA

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO I - SANTO TIRSO / TROFA NO ANO DE 2016

A área de influência do ACES Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa corresponde aos concelhos de Santo Tirso e Trofa. Ambos os concelhos pertencem ao distrito do Porto e está integrada na região do Grande Porto (NUTs III, 2008). Possui uma área geográfica de cerca de 211,7 km<sup>2</sup>.

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



Mapa da área geográfica de influência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Santo Tirso/Trofa.  
Fonte: Perfil Local de Saúde do ACES Santo Tirso/Trofa, ARS Norte, 2015.

#### Caracterização sociodemográfica da população:

Em 2015, a população residente no ACES era de 108.407 habitantes com uma densidade populacional de 529,0 habitantes/km<sup>2</sup>. Em 2013, apresentava uma taxa bruta de natalidade de 6,2‰ e um índice de envelhecimento de 128,3, com um índice de dependência de jovens de 19,1 e um índice de dependência de idosos de 24,5. No triénio 2011-2013, a esperança média de vida à nascença foi de 80,9 anos, em ambos os sexos.

A população residente sem nível de escolaridade completo era de 17% e a taxa de analfabetismo de 4%, em 2011. O número de inscritos desempregados no IEFP nos últimos 3 anos tem vindo a diminuir, sendo que em dezembro de 2014 apresentava o valor de 90,7/1000 habitantes. Em relação aos setores de atividade e emprego é o setor terciário

(ou de serviços) que se assume como aquele de maior relevo, tendo 50,3% do emprego alocado, seguindo-se o setor secundário com 48,5%, em 2011. Em dezembro de 2013, 78,3% dos alojamentos estavam servidos com água da rede pública.

### Caracterização epidemiológica da população:

No triénio 2011-2013, as proporções de nascimentos pré-termo e de crianças com baixo peso à nascença foram de 7,8% e 8,6% respetivamente, apresentando este último uma tendência crescente. A taxa de mortalidade infantil foi de 4,7‰ nados vivos, tendo na mortalidade perinatal a sua maior expressão (3,0‰ nados vivos), seguida da neonatal (2,5‰ nados vivos).

Em 2013, a taxa bruta de mortalidade foi de 8,1‰, apresentando valores estáveis e inferior à da região norte e do continente. Em relação à mortalidade proporcional para todas as idades, no triénio 2010-2012, as três grandes causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório (30,7%), os tumores malignos (26,6%) e as doenças do aparelho respiratório (11,4%), os mesmos da região norte e continente. Para este mesmo indicador e considerando a idade prematura (< 75 anos), os tumores malignos assumem uma maior expressão (38,6%) seguida das doenças do aparelho circulatório (19,1%). Considerando as causas específicas de morte em idade prematura, e após padronização neste mesmo triénio, as três principais foram o tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu, o tumor maligno do aparelho respiratório e as doenças cerebrovasculares (39,6, 24,4 e 18,0/100.000 habitantes), apresentando os dois primeiros superiores aos encontrados na região norte mas sem significância estatística.

Em relação à morbilidade, a proporção das principais doenças não transmissíveis nos inscritos no ACeS em dezembro de 2014, foi de 19,7% com alteração do metabolismo dos lípidos, 19,1% com hipertensão arterial, 9,1% com perturbações depressivas e 8,0% com diabetes. A obesidade está presente em 7,7% dos inscritos, sendo superior nas mulheres (9,1%) quando comparado com os homens (6,1%). Dentro das doenças neoplásicas, a neoplasia maligna da mama feminina afeta 0,6% das mulheres inscritas, a neoplasia maligna do cólon e reto em 0,5% dos inscritos e a neoplasia maligna da próstata em 0,3 % dos homens inscritos.

No que respeita às doenças transmissíveis, a taxa de notificação de tuberculose em 2013 foi de 22,8/100.000 habitantes, valor inferior ao da região norte e do continente. Quanto à infeção pelo VIH e a SIDA as taxas de incidência foram, em 2013, de 9,1 e de 5,5/100.000 habitantes respetivamente, com uma evolução crescente.

#### Referências:

- Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa. Diagnóstico de Situação de Saúde do ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa. 2ª ed. Santo Tirso: USP do ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa; 2014.
- Administração Regional de Saúde do Norte. Perfil Local de Saúde 2015 – ACES Santo Tirso/Trofa. Porto: ARS Norte; 2015.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO I - SANTO TIRSO / TROFA NO ANO DE 2011-2016

No Plano Local de Saúde do ACES, os **problemas de saúde prioritários** definidos foram em primeiro a **diabetes** seguida de **doenças cerebrovasculares** e **tuberculose pulmonar**.

Foram definidos como **objetivos de saúde**:

- Diminuir a Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) da diabetes, **para pelo menos 23/100.000** habitantes, na população residente do ACES Grande Porto I, entre Novembro de 2011 e Dezembro de 2016.
- 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.
- 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.

Da última avaliação intercalar efetuada, tendo por base os últimos dados de mortalidade disponíveis (triénio 2009-2012), podemos verificar que o objetivo da redução da tuberculose já foi atingido e espera-se que em 2016 também o das doenças cerebrovasculares seja atingido. Em relação à diabetes, é expectável uma redução da mortalidade comparativamente ao triénio 2001-2003.

### Taxa de mortalidade padronizada, no ACES Santo Tirso/Trofa, valores observados e estimados de 2001-2003 a 2014-16 e meta proposta no PLS

Indicador	Valores observados				Valores estimados*				META
	01-03	04-06	07-09	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	
Diabetes	33,7	31	32,4	28,7	28,4	27,8	27,2	26,7	23
Cerebrovasculares	119,5	102,5	87,9	63	62,7	58,5	54,6	51	55
Tuberculose	1,9	3	2,7	2,2	2,5	2,5	2,5	2,5	3

\*valores estimados pelo método da regressão exponencial

As **estratégias** definidas no PLS foram: Identificar portadores de fatores 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 a iniciação do consumo de tabaco nos jovens e apoiar e promover a cessação tabágica; 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.

Foram também definidas como **objetivos operacionais**:

- 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.
- Aumentar a taxa de utilização global de consultas no ACES Grande Porto I para pelo menos 75% até 2016.
- Rastrear 100% dos coabitantes e contactos próximos de cada caso índice, até 2016.
- Rastrear 100% dos coabitantes e contactos próximos de cada caso índice com resultado anterior negativo, três meses do 1º rastreio, até 2016.
- Garantir a realização do tratamento completo, a 100% dos casos de Tuberculose Pulmonar diagnosticados, até 2016.
- Aumentar a percentagem de hipertensos controlados em pelo menos 20%, no ACES Grande Porto I, até 2016.

As atividades desenvolvidas para a execução do PLS, foram de comunicação interna e externa através da divulgação do documento aos órgãos de gestão e funcionais do ACES e às autarquias e parceiros sociais da comunidade.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES GRANDE PORTO II - GONDOMAR

---

Encontra-se em fase de atualização

---

## ACES GRANDE PORTO III - MAIA / VALONGO

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES MAIA / VALONGO NO ANO DE 2015<sup>3</sup>

O Aces Grande Porto III - Maia/Valongo, abrange os concelhos da Maia e Valongo com uma população residente de 229 164 hab., em 2013 de acordo com dados do INE (Carta Administrativa Oficial Portuguesa (CAOP 2013)). A população do ACES aumentou entre os 2 últimos censos cerca de 11,2 % (RN- 0,1%; Continente- 1,8%). O Índice de envelhecimento em 2013 (92,6%) foi inferior ao da RN (125,0%) e do Continente (138,9%). O índice de longevidade por município (INE) apresentou, em 2014, o valor de 42,5 para o concelho da Maia e de 41,7 para o concelho de Valongo.

A esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar, apresentando no triénio 2011-2013 o valor de 81,6 anos, que é superior ao da Região Norte (81,0 anos) e do Continente (80,8 anos).

A taxa bruta de natalidade tem vindo a diminuir desde 2002, sendo em 2013 de 8,4/1.000 hab., no entanto mantém valores superiores à RN (7,37 1.000 hab.) e ao Continente (7,9/1.000 hab). Em 2014, as taxas brutas de natalidade foram de 8,6/1.000 hab e de 8,2/1.000 hab para o concelho da Maia e para o concelho de Valongo respetivamente.

A taxa de mortalidade infantil tem vindo a diminuir, apresentando no triénio 2011-2013, o valor de 2,0/1.000 n.v., que é inferior ao da RN e do Continente no mesmo período. O valor da taxa bruta de mortalidade em 2013 (6,6/1.000 hab.) mantém-se inferior à da RN (9,0/1.000 hab) e do Continente (10,2/1.000 hab). Em 2014, as taxas brutas de mortalidade foram de 6/1.000 hab e de 7/1.000 hab para o concelho da Maia e para o concelho de Valongo respetivamente.

No triénio 2010-2012, verificou-se em termos de taxa de mortalidade padronizada pela idade e por grandes grupos de causas de doenças em indivíduos com idade inferior a 75 anos, o seguinte: a primeira causa de morte são os tumores malignos (100,2/100.000 hab.), sendo o tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu o mais prevalente (35,4/100.000 hab.), seguido do tumor maligno do aparelho respiratório (24,8/100.000 hab.). A segunda causa de morte são as doenças do aparelho circulatório (38,0/100.000 hab.), seguida da causa classificada como sintomas, sinais e achados anormais não classificados (31,4/100.000 hab.).

---

<sup>3</sup> Fontes: Perfil Local de Saúde, INE, SIARS e USP Maia/Valongo.

Em termos socioeconómicos verificou-se, segundo o Censos de 2011, que 72.9% da população residente está empregada no setor terciário, valor superior à RN (61,6%) e Continente (70,2%); Apenas 0,5% estão empregados no setor primário.

A taxa de desempregados inscritos no IEFP por 1000 habitantes com mais de 15 anos, em Dezembro de 2013, era de 108,5. Este valor foi superior ao obtido para o Continente e para a RN, respetivamente de 76,9 e 93,2.

A taxa de analfabetismo em 2011 foi de 2,6%, o que corresponde a valores inferiores aos da RN (5,0%) e do Continente (5,2%).

Nos utentes inscritos no ACES, em termos de morbilidade, e de acordo com o diagnóstico ativo classificado por ICPC-2 salientam-se as patologias com maior prevalência, em Dezembro de 2015: **Hipertensão** 18,8% dos inscritos (codificada em K86 ou K87); **Alteração do metabolismo dos lipídeos** 18,4% (T93); **Perturbações Depressivas** 14,2% dos inscritos (P76); **Obesidade** nos adultos 8,0%(T82) e **Diabetes Mellitus** 7,2% (T89 e T90) Em relação aos determinantes de saúde salientam-se os seguintes: **abuso tabaco 13,5% (P17)** e **abuso álcool 1,3% (P15)**.

A evolução da taxa de incidência de **Tuberculose** (31,2/100.000 hab.) em 2013, mostra valores superiores aos da RN (25,0/100.000 hab.) e aos do Continente (22,2/ 100.000 hab.).

Durante o ano de 2015 a incidência de notificação de doenças transmissíveis (SINAVE) no ACES, foi de 142 casos. A Tuberculose respiratória foi a doença mais notificada, com 48 casos, seguida da doença dos legionários e das outras salmoneloses, ambas com 12 casos notificados.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES MAIA / VALONGO NO ANO DE 2011-2016

### Prioridades de Saúde Identificadas

As prioridades do Plano Local de Saúde são: Doenças Cardiovasculares (Doenças cerebrovasculares e isquémica do coração), Diabetes Mellitus, Tuberculose, DPOC e Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão.

### Objetivos / Estratégias

#### Doenças Cardiovasculares (DCV)

##### OBJETIVOS

- Diminuição da taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares.
- Diminuição da Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos para 7,6 / 10.000hab.

#### **ESTRATÉGIAS**

- Diagnóstico precoce de HTA, obesidade mórbida e dislipidémias; vigilância adequada; promoção de estilos de vida saudáveis; criação de consulta de cessação tabágica; educação para a saúde no âmbito do Programa de Saúde Escolar.

#### **Diabetes Mellitus (DM)**

##### **OBJETIVOS**

- Diminuição da mortalidade e da morbilidade por diabetes mellitus.
- Diminuição da incidência de amputações major dos membros inferiores em utentes com diabetes mellitus para valores inferiores a 0.11/10.000hab.

##### **ESTRATÉGIAS**

- Diagnóstico precoce de DM, obesidade mórbida e dislipidémias e orientar para tratamento efetivo; vigilância adequada; promoção de estilos de vida saudáveis; educação para a saúde no âmbito dos Programas Prioritários de Saúde Nacionais.

#### **Tuberculose (TP)**

##### **OBJETIVOS**

- Diminuição da taxa de incidência de TP para < 20/100.000 hab.

##### **ESTRATÉGIAS**

- Diagnóstico precoce de novos casos; promoção da TOD a todos os doentes; visita domiciliária aos doentes faltosos; reforço das intervenções para controlo da TB; rastreios de contactos.

## Resultados - Avaliação de 2015

<b>Doenças Cardiovasculares (DCV)</b>	<b>%</b>
Proporção de utentes com HTA	18,6
Proporção de Hipertensos com menos de 65 anos com TA inferior a 150/90 mmHg	70,9
Proporção de Hipertensos com avaliação do risco cardiovascular	74,8
Proporção de Hipertensos ? 18 anos, sem complicações com TA controlada	50,3
Proporção de obesos ? 14 anos com consulta de vigilância de obesidade, nos últimos 2 anos	50,8
Proporção de obesos com ? 14 anos com avaliação de IMC, nos últimos 3 anos	80
<b>Diabetes Mellitus (DM)</b>	<b>%</b>
Prevalência Diabetes	7,2
Diabéticos com <65 anos com HgbA1c ≤ 6,5 %	34,6
Diabéticos com HgbA1c ≤ 8%	72,3
Incidência de amputações major dos MI por DM	1,3/100000 hab
<b>Tuberculose (TP)</b>	<b>/100.000 hab.</b>
Incidência de Tuberculose (2013)	31,2

Fonte: SIARS e Perfil de Saúde

---

## ACES GRANDE PORTO IV - PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO IV - PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE NO ANO DE 2016

#### Caracterização sociodemográfica

Abrange uma população residente que representa cerca de 3,9% da população da Região Norte. Entre os últimos censos (2001 e 2011) a população residente aumentou 3,7%. Este crescimento é mais marcado do que se verificou na Região Norte e Continente (Pop. Residente: 142 739 hab. - Pop. Inscrita: 148 561 hab.). Em 2013, o Índice de Envelhecimento foi inferior ao da RN (125) e do Continente (138,9); a Taxa de Natalidade apresenta uma tendência decrescente mas ainda superior à RN e Continente; a Esperança Média de Vida à nascença tem vindo a aumentar mas ainda se encontra inferior à RN (81 anos) e Continente (80,8);

- Taxa Bruta de Natalidade: **8,1%**
- Índice de Envelhecimento: **100,3**
- Índice de Dependência de Jovens: **22,8**
- Índice de Dependência de Idosos: **22,9**
- Esperança Média de Vida à Nascença: **84 anos**
- Índice Sintético de Fecundidade (ISF): **1,18**

O nº de desempregados inscritos no IIEFP tem vindo a estabilizar, apesar de ter apresentado uma tendência de crescimento nos últimos anos com uma ligeira diminuição no início de 2014; registou-se uma melhoria no nível de escolaridade da população na última década com uma taxa de analfabetismo atual de 3,7%; a taxa de criminalidade têm-se mantido praticamente inalterável sendo inferior à da RN e Continente.

- Desempregados inscritos no IIEFP em idade ativa: **H - 75,6% ; M - 73,9%**
- Taxa de Criminalidade: **28,3%**
- Pop. Residente sem Escolaridade Completa: **17,9%**

As infraestruturas ambientais (abastecimento de água, saneamento e recolha de resíduos) servem a maioria da população excetuando a população abrangida por estações de tratamento de águas residuais domésticas.

- Pop. Servida por Sistema Público de Abastecimento de Água (2015): **90%**

## Caracterização de saúde

A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares e cardíacas aparece em primeiro lugar (130,1‰) e destaca-se também a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade, por tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu, sendo o tumor do estômago o mais relevante. A mortalidade infantil tem vindo a descer mas ainda apresenta valores superiores aos da RN e Continente.

- Taxa Bruta de Mortalidade: **7,9%**
- Taxa de Mortalidade Infantil: **3,7%**
- Taxa de Mortalidade Neonatal: **3,1%**
- Taxa de Mortalidade Perinatal: **4,4%**

Em relação aos Determinantes de Saúde destaca-se a obesidade que apresenta valores superiores aos da RN

- Inscritos com Diagnóstico de Abuso de Tabaco (Dez/2015): **14,7%**
- Inscritos com Diagnóstico de Abuso Crónico de Álcool (Dez/2015): **2,2%**
- Inscritos com Diagnóstico de Obesidade (Dez/2015): **10,9%**

## PLANO LOCAL DE SAÚDE – ACES GRANDE PORTO IV - PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE NO ANO DE 2016

### Prioridades de saúde identificadas

1. Doenças Cerebrovasculares e Cardíacas

2. Pneumonia e Doença Pulmonar Obstrutiva

3. Neoplasias do Aparelho Digestivo

4. Neoplasias dos Brônquios e Pulmão

5. Neoplasia da Mama Feminina

6. Doença Mental

7. Diabetes *Mellitus*

### Metas/Objetivos - 2016

- Redução da TM por Doenças Cerebrovasculares e Cardíacas para um valor inferior a 73,1‰
- Redução da TM por Pneumonia para um valor inferior a 47,2‰
- Redução da TM por Doença oncológica do Aparelho Digestivo para um valor inferior a 51,0‰
- Redução da TM por Doença oncológica dos Brônquios, Traqueia e Pulmões para um <28,7‰
- Redução da TM por Doença oncológica da Mama para um valor inferior a 8,6‰
- Redução da TM por Doença Mental para um valor inferior a 4,6‰
- Redução da TM por Diabetes *Mellitus* para um valor inferior a 18,0‰

### Estratégias

- Intensificar campanhas de promoção da saúde dirigidas à população em geral
- Melhorar o acesso ao diagnóstico e à terapêutica precoce do AVC e D. Coronária
- Prevenir, controlar e reduzir o tabagismo
- Vacinação de grupos vulneráveis contra a gripe e Pneumococos
- Melhoria da qualidade do ar interior na habitação e locais de trabalho
- Promoção de alimentação saudável desde criança
- Aumentar os rastreios, por colonoscopia e por P.S.O. Fezes, nas idades recomendadas
- Aumentar as atividades de rastreio do cancro da mama nas idades recomendadas
- Implementação de atividades de rastreio do cancro da mama nas idades recomendadas
- Identificação precoce de situações de depressão relacionáveis com luto ou com desemprego ou dificuldades económicas
- Identificação precoce, acompanhamento e tratamento de demências
- Monitorização e vigilância de pessoas em risco de comportamentos aditivos
- Redução dos fatores de risco de diabetes através de atividades de promoção de alimentação saudável e prática de exercício físico
- Aumentar o diagnóstico e tratamento adequado da diabetes

### Recomendações/Atividades

- Promover uma maior articulação entre as Unidades Funcionais do ACES e com o CHPVC
- Reforçar a abordagem dos atores (profissionais de saúde, parceiros da comunidade) com ênfase na identificação e controle dos determinantes de saúde
- Envolver as estruturas sociais e dinamizar a implementação de parcerias para complementar a resposta às necessidades de saúde das populações



- Sensibilizar os responsáveis pelas instituições de apoio a grupos populacionais vulneráveis (idosos, deficientes, crianças), para o papel de dinamizadores na obtenção de ganhos em saúde

---

## ACES GRANDE PORTO V - PORTO OCIDENTAL

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES PORTO OCIDENTAL NO ANO DE 2016

#### Caracterização sociodemográfica

O ACeS Porto Ocidental, constituído por 13 USF, 2 UCSP, 3 UCC, USP, URAP, CDP e CAD, abrange, em 2015, uma população residente de 123.169 habitantes, representando cerca de 57,4% da população do Porto (214.579 habitantes). A população inscrita em dezembro de 2015 é de 169.155 utentes. A diminuição dos utentes inscritos deve-se provavelmente à eliminação de utentes duplicados. A restante caracterização sociodemográfica refere-se ao concelho do Porto.

O índice de envelhecimento (222,6) é superior aos da RN (139,5) e do Continente (149,6).

A esperança de vida à nascença (81,1 anos) tem aumentado em ambos os sexos. A taxa de natalidade (9,0 nados vivos por 1000 habitantes, em 2015) é superior à RN (7,5) e ao Continente (8,2) parecendo estabilizar a tendência decrescente que se verificava nos últimos anos.

A taxa de mortalidade é de 13,2 por 1.000 habitantes. À semelhança da RN e do Continente o Porto tem perdido população, com um saldo natural negativo de menos 911 habitantes em 2015.

O número de desempregados inscritos no IEPF diminuiu ligeiramente em 2016. O sexo feminino tem apresentado um número de desempregados semelhante ao do sexo masculino.

Nos últimos censos (2001 e 2011) o nível de escolaridade da população melhorou. A taxa de analfabetismo (2,8%) é inferior à média regional.

O setor terciário é o que mais emprega a população (85,4%) com predomínio do terciário económico.

A proporção de pensionistas (422,6/1000 habitantes de 15 e mais anos) e a proporção de beneficiários do RSI (102,7/1000 habitantes de 15 e mais anos) apresentam valores superiores aos da RN e do Continente.

A taxa de criminalidade é de 70,4/1000 habitantes em 2013.

O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem (1299,2€ em 2012) é superior ao da RN e do Continente. O mesmo se verifica com o poder de compra *per*

*capita.*

Toda a população (100%) é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, de drenagem de águas residuais e ETAR.

### Caracterização de Saúde

No concelho do Porto, em 2015, a mortalidade infantil (4,6/1000 nados vivos) assume no ano de 2015 valores ligeiramente superiores aos da RN e do Continente. Dado tratar-se de números pequenos (9 óbitos em 1.952 nados-vivos em 2015), terá de se ter em consideração a análise no mínimo por triénio. No total dos 9 óbitos infantis ocorridos, a maioria (77,8%) ocorreu antes dos 28 dias após o nascimento e destes 4 antes dos sete dias de vida.

Em 2015, a proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos foi de 2,8% e em mulheres com idade superior a 35 anos foi de 33,2%.

Na mortalidade proporcional prematura ( $\leq 65$  anos) e para ambos os sexos, destacam-se os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório. Na última década os Tumores Malignos aumentaram em 10 pontos percentuais (30% para 40%) o seu peso na mortalidade. No triénio 2010-2012, a taxa de mortalidade prematura ( $\leq 75$  anos) padronizada pela idade apresenta valores significativamente superiores aos da RN. Destacam-se as doenças infecciosas e parasitárias, com evidência para o VIH/sida, os tumores malignos, sobretudo o tumor maligno da traqueia brônquios e pulmão e o Tumor da Próstata. A taxa de mortalidade por Doença Isquémica Cardíaca reduziu-se para metade na última década.

Na morbilidade, no ACeS Porto Ocidental, destacam-se a hipertensão, as alterações do metabolismo dos lípidos, as perturbações depressivas, a diabetes e a obesidade.

No Porto, embora tenham sofrido um decréscimo acentuado desde o ano 2000, as taxas de incidência de SIDA e da infeção VIH (8,0/10<sup>5</sup> habitantes e 27,6/10<sup>5</sup> habitantes, respetivamente) registam, ainda, dos valores mais elevados da RN. O mesmo se verifica com a taxa de incidência de tuberculose (45,8/10<sup>5</sup> habitantes).

No ACeS Porto Ocidental, nos determinantes da saúde em 2014, constata-se que a proporção de inscritos com diagnóstico ativo por abuso do tabaco é de 16,7%, com o diagnóstico de excesso de peso 7,6%, com abuso crónico do álcool 1,5% e de drogas 0,9%. À exceção do abuso crónico de álcool, todos os valores são superiores à RN.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES PORTO OCIDENTAL NO ANO DE 2016-2020

As prioridades de saúde identificadas no ACeS Porto Ocidental foram: Tumor maligno do pulmão, Tumor maligno do colon e reto, Doença cerebrovascular, Diabetes *mellitus* e Depressão.

Na quantificação dos objetivos de saúde utilizou-se uma abordagem multimetodológica, recorrendo à metodologia de projeção dos indicadores de saúde, como referencial as metas definidas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 e as metas do Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010 e técnica de consenso (Grupo Nominal). As metas dos indicadores-chave de mortalidade foram estabelecidas em termos de mortalidade prematura, em consonância com a opção tomada no Plano Nacional de Saúde.

Indicador	Sexo	Meta PNS	Meta PRS Norte	Ultimo Valor		Projeção Porto	Meta ACeS 2020
				RN (ano)	Porto (ano)		
<b>Mortalidade Prematura /100000residentes</b>							
Taxa Bruta Mortalidade por Tumor maligno Pulmão antes dos 65 anos	HM	n.d	<16,4	14,5 (08-10)	26,2 (10-12)	29,3	<29,3
Taxa Bruta Mortalidade por Tumor maligno do Colon e Reto antes dos 65 anos	HM	6,8	<8,2	7,5 (08-10)	9,3 (10-12)	10,6	<10,6
Taxa Bruta Mortalidade por Doença Cerebrovascular antes dos 65 anos	HM	5	7,8	9,8 (08-10)	10,2 (10-12)	6,5	6,5
Taxa Bruta Mortalidade por Diabetes mellitus antes dos 65 anos	HM	n.d	n.d	n.d	4,8 (10-12)	3,5	3,5
<b>Morbilidade</b>							
Percentagem de inscritos com o diagnóstico Diabetes Mellitus (T89 e T90)	HM	6,6-12,9	7,3	6,3	2014	n.a.	7,3
Percentagem de inscritos com diagnóstico de perturbações Depressivas (P76)	M	10,0	9,1	10,1	2014	n.a.	9,7
<b>Determinantes da Saúde / Fatores de Risco</b>							
Percentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem tabaco nos últimos 30 dias	HM	26,0	29,0 (2011)	19,3 (2014)		n.a	19,0
Percentagem de adolescentes escolarizados (6º, 8º e 10º ano) que praticam atividade física mais 3 vezes por semana	HM	60,0	57,0	n.d.	2010	n.a.	? 57
Percentagem de inscritos no ACeS que consomem tabaco (P17)	HM	n.d.	10,7	14,8	2014	n.a.	19,0
Percentagem de inscritos no ACeS com Obesidade (T82)	HM	n.d.	7,1	6,8	2014	n.a.	7,0
Percentagem de inscritos no ACeS com Hipertensão arterial (K86 e K87)	HM	37,0	20,2	18,5	2014	n.a.	20,0

As estratégias definidas no PLS são: estratégias de **promoção da saúde dirigidas aos principais determinantes** da saúde identificados e as estratégias de **diagnóstico e tratamento precoce** dirigidas às **principais causas da doença**, incapacidade e mortalidade no ACeS. Promover projetos e iniciativas que aumentem a literacia em saúde

da população, com a metodologia da CAPACITAÇÃO, pois os adultos aprendem fazendo; ENVOLVER os utentes, instituições e organizações nos projetos e iniciativas desenvolvidas.

*“A tua participação é a chave do sucesso desta iniciativa”*; Definir mensagens chave, que serão replicadas sistematicamente; Formação dos profissionais de saúde em comunicação e marketing em Saúde; Promover a atividade física; implementar os programas PASSE (Promoção da Alimentação Saudável em Saúde Escolar) e PELT (Programa Escolas Livres de Tabaco); Adequar o rácio da consulta de cessação tabágica; Realizar estudos com o intuito de conhecer os obstáculos à adesão aos rastreios oncológicos; Avaliação do risco Cardiovascular em todos os hipertensos de 3/3 anos; Divulgar massivamente à população os sinais de alarme do AVC; Promover a saúde mental em crianças e adolescentes (cognitive behavioural); Formação dos Profissionais de Saúde (detecção e gestão dos fatores de risco, sinais de alarme e novos modelos de intervenção); Reforçar a capacidade de agir sobre a depressão e suicídio, através do GIC (Grupo de Intervenção Comunitária) composto por profissionais dos CSP, Psiquitria e organizações da comunidade.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES GRANDE PORTO VI - PORTO ORIENTAL

---

Encontra-se em fase de atualização

## ACES GRANDE PORTO VII - GAIA

### PERFIL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO VII - GAIA NO ANO DE 2011-2016

#### Caracterização sociodemográfica da população:

Indicador	Sexo	Período	Unidade	Continente	ARS Norte	ACeS Gaia
População	H	2013	Nº	9.918.548	3.627.211	333.246
	M					
Índice Envelhecimento	H	2013	/100	138,9	125	115,8
	M					
Esperança vida à nascença	H	11-13	Nº	77,6	77,8	77,7
	M			83,9	84	83,5
Taxa de natalidade	H	2013	/1000	7,9	7,3	7,9
	M					
Taxa de mortalidade	H	2013	/1000	10,2	9	8,1
	M					
Taxa de mortalidade infantil	H	11-13	/1000	3,1	2,9	3,9
	M					

#### Caracterização de Saúde

% de inscritos com diagnóstico ativo (registo nos Cuidados de Saúde Primários)						
Hipertensão	H	dez-14	/100	19,6	19,7	19
	M					
Alterações do metabolismo dos lípidos	H	dez-14	/100	16,6	17,9	17,4
	M					
Perturbações depressivas	H	dez-14	/100	7,6	8,1	10
	M					
Diabetes	H	dez-14	/100	6,9	7,1	7
	M					
Obesidade	H	dez-14	/100	5,1	6	8
	M					
Doenças dos dentes e das gengivas (7 anos)	H	dez-14	/100	4,4	4,8	7
	M					

### Taxa de mortalidade padronizada prematura (<75 anos)

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	H	10-12	/100000	33,2	35,4	37
	M			6,7	6,5	7,9
Doenças cerebrovasculares	H	10-12	/100000	25,8	26	24,8
	M			13,3	13,4	15,9
Tumor maligno da mama feminina	H	10-12	/100000	15,2	13	16,5
	M			10,8	10,4	11
Diabetes	H	10-12	/100000	8,3	7,7	8
	M			6,7	6,7	8
Pneumonia	H	10-12	/100000	8,3	7,7	8
	M			3,1	3,1	2,7
HIV/SIDA	H	10-12	/100000	8,3	6	12,4
	M			2,1	1,1	2,3

### Taxa de incidência

SIDA	H	2013	/100000	3,1	2,1	0,6
	M			10,5	6,1	2,7
Infecção VIH	H	2013	/100000	22	25	25,2
	M			22	25	25,2

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO VII - GAIA NO ANO DE 2011-2016

### Priorização dos problemas de saúde no ACES Gaia

1. Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão

2. Doenças cerebrovasculares

3. Tumor maligno da mama feminina

4. Diabetes

5. Pneumonia

6. HIV / SIDA

## Estratégias locais de saúde

Proteção relativamente a fatores de risco e promoção os fatores protetores e, por outro lado, que os serviços de prestação de cuidados de saúde primários tenham, na sua programação, Promoção efetiva prevenção primária, secundária e terciária

Esta atuação dirigida aos problemas de saúde prioritários tem como pilares a vigilância epidemiológica, a participação dos profissionais de saúde e dos parceiros comunitários.

As **principais necessidades** encontradas no ACeS Gaia são:

- Diminuir a prevalência de: sobrepeso na população residente, em todo o ciclo de vida; taxas de incidência de DCNT, nomeadamente de DM2, HTA e dislipidemias; Taxa de prevalência de Abuso Crónico do Álcool; taxa de prevalência de Consumo Diário de Tabaco; taxa de incidência de HIV.

As **áreas de intervenção prioritárias** ao nível do ACeS Gaia, têm como principal objetivo diminuir a proporção de utentes inscritos com o diagnóstico de excesso de peso e obesidade de acordo com as seguintes estratégias:

- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis, como forma de prevenção primária da obesidade, ou seja, aumentar a prática regular de exercício físico e de uma alimentação saudável;
- Melhorar o diagnóstico, a deteção precoce e a terapêutica da obesidade e DCNT.
- Proceder à vigilância alimentar e nutricional através da realização de pesquisas e/ou inquéritos populacionais sobre a prevalência de excesso de peso, obesidade e fatores associados (alimentação, exercício físico, etc.);
- Desenvolver programas estruturados de alteração dos comportamentos, focados nas diferentes fases do ciclo de vida (Saúde da mãe e da criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso) e abrangendo tanto os cuidados individuais/familiares como as intervenções em grupos;
- Promover ações de educação alimentar/formação aos profissionais de saúde;

## Monitorização e Avaliação

Indicadores do Plano Local de Saúde 2016-2010 são os selecionados, de entre os Indicadores de Saúde, para as áreas que o Plano propõe para intervenção e para as quais se preveem ganhos em saúde.

- Prevalência de sobrepeso
- Taxa de Incidência de Diabetes
- Taxa de Incidência de HTA
- Taxa de Incidência de Dislipidemias
- Percentagem de indivíduos com prática regular de exercício físico

- Percentagem de indivíduos que ingerem 5 ou mais porções diárias de hortofrutícolas
- Percentagem de indivíduos com literacia em saúde e competências para o autocuidado
- Percentagem de atividades/iniciativas de promoção da saúde, em cada área de intervenção, efetivamente executadas

### Indicadores de Avaliação do PLS:

- Taxa de mortalidade por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão
- Taxa de mortalidade por Doenças Cerebrovasculares
- Taxa de mortalidade por Tumor Maligno da Mama Feminina
- Taxa de mortalidade por Diabetes
- Taxa de mortalidade por Pneumonia
- Taxa de mortalidade por HIV/SIDA

### Estratégia de Comunicação

A capacidade de implementação do PLS assenta, em primeira instância, no envolvimento dos profissionais de saúde do próprio ACeS e, logo a seguir, na partilha dos seus valores e objetivos, com os cidadãos e com os parceiros da comunidade.

### Comunicação Interna

- Fomentar a participação multidisciplinar dos profissionais na construção, execução e apoio à monitorização do PLS, tomando em consideração os seus contributos e reforçando a coesão da equipa;
- Colocar o PLS na agenda do ACeS e ter o apoio do Diretor Executivo e do Conselho Clínico e de Saúde (CCS), através da divulgação interna do PLS, orientando os planos de atividade das UF e o plano de desempenho do ACeS;
- Definir os indicadores de contratualização do ACeS como decorrentes das prioridades definidas no PLS, facilitando o compromisso das Unidades Funcionais;
- Alinhar os indicadores de desempenho de avaliação dos trabalhadores do ACeS, com as necessidades de saúde definidas no PLS, facilitando o compromisso individual.

### Comunicação Externa

As instituições da comunidade - Câmara Municipal, associações empresariais, instituições de solidariedade social, etc. - devem definir as respetivas formas de intervenção, através

do compromisso e/ou criação de parcerias formais, para a execução do PLS e preparação conjunta de respostas a ameaças de saúde.

- Apostar no presidente do Conselho da Comunidade como elemento catalisador dos parceiros externos, uma vez que este é o representante da autarquia, com acesso à rede social da área geográfica;
- Divulgar o PLS de modo a motivar as instituições/serviços; definir mensagens chave, por área de intervenção, que possam ser usadas pelos parceiros durante o processo de implementação;
- Envolver a comunidade na sua diversidade (instituições e cidadãos) na “produção de saúde”, através do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado.

---

## ACES GRANDE PORTO VIII - ESPINHO / GAIA

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO VIII - ESPINHO / GAIA NO ANO DE 2016

#### Caracterização sociodemográfica

O ACeS Espinho/Gaia presta cuidados de saúde à população residente em 15 Freguesias e União de Freguesias pertencentes a três concelhos distintos: Espinho, Vila Nova de Gaia e Gondomar, da Região Norte (RN), num total de 183.524 habitantes (Censos 2011).

O ACeS de Gaia e de Espinho/Gaia abrangem uma população residente de 330.880 habitantes, representando cerca de 9,2% da população da RN. Nos últimos censos a população dos dois ACeS cresceu 3,6%, enquanto a população da RN se manteve praticamente inalterada e, no Continente, observou-se um ligeiro crescimento (1,8%). O índice de envelhecimento em 2015 nos concelhos de Espinho (202,7) e de Gaia (149,6) foi superior ao da RN (139,5) e ao do Continente (123,7), mantendo uma tendência crescente.

A esperança de vida à nascença nos dois ACeS tem aumentado em ambos os sexos sendo no triénio 2011-2013 de 80,88 anos. A taxa de natalidade no concelho de Espinho (8 nados vivos por 1000 habitantes, em 2015) e em Gaia (8,2 nados vivos por 1000 habitantes) apresenta, nos últimos anos, valores semelhantes aos do Continente e superiores aos da RN.

O número de desempregados inscritos no IEFP diminuiu em 2014, reforçando os sinais de recuperação dos últimos semestres, depois da tendência de crescimento exibida após o segundo semestre de 2008. O sexo feminino apresenta, ainda, um número ligeiramente maior de desempregados do que o masculino.

Nos últimos censos o nível de escolaridade da população melhorou, sendo superior ao da RN e do Continente. A taxa de analfabetismo nos dois concelhos é inferior à média regional.

O setor terciário é o principal setor de atividade (73,2%), com valores superiores aos da RN (61,6%) e do Continente (70,2%), observando-se um aumento no período intercensitário 2001-2011.

A proporção de pensionistas (317,6/1000 habitantes de 15 e mais anos) tem aumentado, mas é inferior à observada na RN (325,4) e no Continente (343,1). A proporção de beneficiários do RSI (79,4/1000 habitantes de 15 e mais anos) apresenta valores superiores aos da RN (44,6) e do Continente (38,6).

A taxa de criminalidade (32,5/1000 habitantes) tem apresentado valores semelhantes aos da RN (31,5/1000) e inferiores aos do Continente (34,9/1000).

O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem é superior ao da RN no concelho de Vila Nova de Gaia e inferior em Espinho, sendo inferior ao do Continente em ambos os concelhos. O poder de compra *per capita*, nos dois concelhos, tem sido superior ao da média da RN.

As infraestruturas ambientais abrangem a grande maioria da população e apresentam valores acima da média da RN: 98% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 95% por sistemas de drenagem de águas residuais e 94% por estações de tratamento de águas residuais.

### Caracterização de saúde

A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos tem diminuído nos dois concelhos, apresentando o concelho de Espinho, no triénio 2013-2015, um valor (5,18) superior ao do concelho de Gaia (2,84), da Região Norte (2,38) e do Continente (2,93). A evolução da proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos mostra uma tendência crescente para o concelho de Espinho (29,77) e para o concelho de Gaia (28,86), com valores superiores aos da RN (26,84) e do Continente (28,32) no triénio 2013-2015.

Nos determinantes da saúde destaca-se a proporção de inscritos com diagnóstico ativo por alteração do metabolismo dos lipídios (25,89%), seguido do abuso crónico de tabaco (12,60%), seguido pelo excesso de peso (11,01%), pelo abuso crónico do álcool (1,66%) e de drogas (0,62%), no ACeS Espinho/Gaia, com valores superiores no sexo masculino, exceto na alteração do metabolismo dos lipídios que verifica uma proporção ligeiramente superior no sexo feminino.

A proporção de nascimentos de pré-termo nos dois ACeS foi em 2013 de 7,69%, revelando uma tendência crescente, assim como a proporção de nascimentos com baixo peso ao nascer que atingiu o valor de 7,58% no ano 2013.

A mortalidade infantil nos dois ACeS (3,9/1000 nados vivos) tem diminuído, apesar de se observar uma ligeira inversão nos últimos triénios e assumir valores superiores aos da RN (2,9) e do Continente (3,1), no triénio 2011-2013, sobretudo, à custa do componente neonatal (óbitos em crianças com menos de 28 dias de vida).

Destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório (28%), seguidas dos tumores malignos (26,6%), na mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos, nos dois ACeS. Já para a população com idade inferior a 75 anos os tumores malignos são o grupo de causas de morte com maior expressão, registando valores ligeiramente superiores aos da RN e do Continente.

No triénio 2010-2012 a taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP) (idade inferior a 75 anos) apresenta em ambos os sexos, nos dois ACeS um valor significativamente superior ao da RN na TMP por *Sinais Sintomas e Achados Anormais Não Classificados*, HIV/SIDA e o Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama, *assim como* a TMP por *Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe* e HIV/SIDA para o sexo masculino e o *Tumor Maligno da Mama* e HIV/SIDA para o sexo feminino.

Na morbilidade, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, destacam-se a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos, as perturbações depressivas, a obesidade e a diabetes

A taxa de incidência da infeção VIH tem sofrido oscilações e registou um decréscimo acentuado desde 2009. A taxa de incidência de tuberculose (25,2/100.000 habitantes) tem vindo a diminuir desde 2000, apesar de ter estabilizado neste últimos quatro anos. Em 2013, apresentou um valor semelhante ao da RN (25,0) e ligeiramente superior ao do Continente (22,2).

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES GRANDE PORTO VIII - ESPINHO / GAIA NO ANO DE 2011-2016

É na essência um instrumento estratégico que obriga a uma relação forte e próxima entre os serviços de saúde e a comunidade que atende.

### Problemas de saúde prioritários identificados:

1. Mortalidade por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios do Pulmão
2. Mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Reto
3. Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago
4. Mortalidade por Tumor Maligno da Mama feminino
5. Mortalidade por Doença Cerebrovascular
6. Mortalidade por Diabetes *mellitus*

Objetivos	Atingido 2010-12 (/100000)	Meta 2018-20 (/100.000)
Diminuição da Taxa de Mortalidade Prematura por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão, em ambos os sexos (/100 000)	21,5	<21,5
Diminuição da Taxa de Mortalidade Prematura por Tumor do Cólon e Reto, em ambos os sexos (/100 000)	11,9	<11,9
Diminuição da Taxa de Mortalidade Prematura por Tumor do Estômago, em ambos os sexos (/100 000)	11	<11,0
Diminuição da Taxa de Mortalidade Prematura por Tumor Maligno da Mama, sexo feminino	16,5	<16,5
Diminuição da Taxa de Mortalidade Prematura por Doença Cerebrovascular, ambos os sexos	20	<20,0
Diminuição da Taxa de Mortalidade Prematura por Diabetes <i>Mellitus</i> , em ambos os sexos	9,4	<9,4

### Estratégias:

As necessidades de saúde hierarquizadas no ACeS Espinho/Gaia incidiram na redução da morbi-mortalidade de doenças crónicas não transmissíveis que têm na sua génese determinantes comuns. Muitos destes determinantes estão associados aos estilos de vida. Foram propostas 3 linhas estratégicas de intervenção:

**Prevenção primária:** Prevenção do consumo de tabaco; aumento do consumo de frutas e legumes e redução do consumo de gorduras saturadas; promoção da prática de exercício físico; prevenção do consumo de álcool; projetos de promoção do aleitamento materno; utilização dos meios de proteção individual nos locais de trabalho na prevenção do tumor maligno de traqueia, brônquios e pulmão; divulgação de informação nos meios de comunicação social locais sobre estilos de vida saudáveis.

**Prevenção secundária:** Consulta de cessação tabágica; controlo das dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e obesidade; desintoxicação alcoólica; tratamento médico ou cirúrgico atempado dos AVC's; rastreios e referenciação dos casos suspeitos de tumor maligno da mama feminina; rastreios e referenciação dos casos suspeitos de tumor maligno do cólon e reto

**Prevenção terciária:** Via verde para o AVC; referenciação atempada para a consulta de Medicina Física e Reabilitação dos casos de AVC; integração na RNCCI nos casos de AVC; reinserção social dos ex-alcoólicos; criação de grupos de auto-ajuda (tumor maligno da mama feminina e tumor maligno de traqueia, brônquios e pulmão).

### Recomendações/atividades:

- Constituição de Grupo de Acompanhamento do PLS.
- Capacitação dos recursos comunitários disponibilizando-lhes ferramentas que os ajudem a intervir no seu ambiente, fomentando o paradigma Saúde Em Todas As Agendas. Tendo em conta os principais determinantes de saúde que influenciam a morbi-mortalidade da população serão construídas e divulgadas *Caixas de Ferramentas [Redução do Consumo de Sal*; *“Aumento da Atividade Física”*; *“Diagnóstico Precoce e Tratamento da Hipertensão Arterial”*; *“Redução do Número de Fumadores”*; *“Prevenção das Doenças Respiratórias”*; *“Aumento do Consumo de Hortofrutícolas”*; *“Prevenção do VIH-SIDA”*]. O conteúdo inclui: material didático com séries de diapositivos; jogos dirigidos a crianças; brochuras; folhetos; cartazes; sugestões de intervenção atendendo à especificidade da instituição; sítios de consulta. A finalidade da construção e divulgação destas Caixas de Ferramentas é disponibilizar referências e material de suporte sobre determinantes de saúde, adaptável à natureza e função de cada Instituição.
- Contratualização pelo ACeS Espinho/Gaia com as Unidades Funcionais de indicadores locais relacionados com as necessidades de saúde identificadas;
- Desenvolvimento de Programas de Saúde dirigidos aos principais determinantes pela Unidade Saúde Pública do ACeS Espinho/Gaia.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES TÂMEGA I - BAIXO TÂMEGA

---

Encontra-se em fase de atualização

---

## ACES TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL NO ANO DE 2016

#### Caracterização sociodemográfica

O Aces Vale de Sousa Sul presta cuidados de saúde à população residente em **53 freguesias e união de freguesias** pertencentes aos concelhos de **Castelo de Paiva** (7), **Paredes** (18) e **Penafiel** (28) num total de **176.028 habitantes** (*estimativa 2016-ACSS*). Na área de intervenção do Aces Vale de Sousa Sul o concelho de Penafiel apresenta a taxa de **natalidade** com valor mais elevado (8.3‰), superior à registada no Continente (8,2‰) e Região Norte (7,5‰) *ano 2015*. O concelho de Castelo de Paiva mantém baixas taxas de natalidade atingindo em 2015 o valor de 6,4‰, dos mais baixos registados nos últimos cinco anos. O concelho de Paredes apresenta o valor de 8,1‰. Nos três concelhos a **taxa bruta de mortalidade** registada foi inferior à observada no Continente (10,5‰) e na Região Norte 9,3‰ (*ano 2014*). A taxa bruta de mortalidade atingiu o menor valor, no Concelho de Paredes 6,5 ‰, e o maior (9,0‰) no Concelho de Castelo de Paiva. A taxa bruta de mortalidade observada no concelho de Penafiel foi de 7,5‰. A **esperança média de vida ao nascer** nos três concelhos (Paredes, Penafiel e Castelo de Paiva) no triénio 2011-2013 foi de 80,1 anos, para todas as idades e para ambos os sexos, valor discretamente inferior ao verificado no Continente (80.2) Comparando com o triénio 1996-1998 em que o valor registado foi de 75,7 registou-se um aumento de cerca de 4 anos na esperança média de vida ao nascer em ambos os sexos. As mulheres registam uma maior esperança de vida ao nascer (82,8 anos) em comparação com o sexo masculino (77,2). O **índice de envelhecimento** mantém uma tendência crescente nos três concelhos. No ano 2015 observou-se o maior valor, no concelho de Castelo de Paiva 121.9, o que significa que por cada 100 jovens existem cerca de 122 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. No Continente o valor alcançado foi de 149,6 e na Região Norte 139,5. O concelho de Paredes atingiu o índice de envelhecimento mais baixo de 82,7 seguido pelo concelho de Penafiel onde se observa o valor de 93.4. No conjunto dos três concelhos o **sector terciário** concentra o emprego da população ativa com 51% da população empregada seguido pelo setor secundário (47.6%) (*censos 2011*). Em dezembro de 2015 a proporção de desempregados inscritos no IEFP no total da população residente no grupo etário dos 15 aos 64 anos de idade, foi de 11,2%, 10,7% e 9.9% respetivamente nos concelhos de Paredes, Castelo de Paiva e Penafiel. No Continente o valor atingido foi de 8,2% e na Região Norte 9,7%. A **taxa de criminalidade** (*ano 2013*) atingiu o valor de 27,4‰ inferior à do Continente (34,9‰) e ao da Região Norte (31,5‰); o **rendimento social de inserção** apoiou 51,3‰ da população acima dos 15 anos de idade (*ano 2013*) valor superior ao observado na Região Norte (44,6 ‰) e no Continente (38.6‰)

## Caracterização Epidemiológica

As doenças do **aparelho circulatório** constituem a causa de morte mais frequente em ambos os sexos e para todas as idades, atingindo no ano de 2014, para o conjunto da população residente na área de intervenção do ACES Vale de Sousa Sul o valor de 222,08‰. As doenças cerebrovasculares são responsáveis por uma taxa de mortalidade de 109,31‰. Os **tumores malignos** constituem a 2ª causa mais frequente de mortalidade (179,51‰) sendo o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão a que atinge maior taxa de mortalidade (35,10 ‰).

No Aces Vale de Sousa Sul no triénio 2010-2012 a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (*inferior a 75 anos*) apresenta para ambos os sexos e para todas as causas de morte, valor superior ao da Região Norte, 290,8 ‰ e 268,8 ‰, respetivamente. Verifica-se que essa elevação é estatisticamente significativa. As causas específicas de mortalidade cujo valor é superior ao verificado na região norte e com significado estatístico são a tuberculose (1,8‰) e a doença pulmonar crónica obstrutiva (6,3‰), em ambos os sexos.

Nos homens abaixo dos 75 anos de idade as principais causas de mortalidade específicas cujo valor é superior ao da Região Norte são a Tuberculose (3,8‰) e o Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão (36,2‰). Apesar de apresentar valores superiores ao das Região Norte apenas no caso da Tuberculose essa diferença revelou-se estatisticamente significativa. A tuberculose continua a ser um importante problema de saúde no ACES Vale de Sousa Sul afetando especialmente as freguesias do centro leste de Penafiel. Nesse concelho situam-se algumas das freguesias com mais alta taxa de incidência da Europa.

Nas mulheres abaixo dos 75 anos o tumor maligno do colon e reto (11,4‰) foi a causa de mortalidade específica que apresentou valor superior ao verificado na Região Norte (8,4‰) não sendo essa elevação estatisticamente significativa.

A proporção de utentes do ACES Vale de Sousa Sul com registo de excesso de peso foi no triénio de 2013-2015 de 8,1%, valores que são considerados inferiores às estimativas nacionais.

Valor idêntico foi encontrado para a proporção de utentes com registo de obesidade (8,1%). A proporção de utentes com abuso crónico de tabaco foi no triénio 2013-2015 de 15,6%.

Em 2014 da aplicação de inquéritos do Programa Escolas Livres de Tabaco, numa amostragem de 1108 alunos do 7º, 9º, e 12º ano de escolaridade dos Agrupamentos de Escolas e Escolas Secundárias concluiu-se que 9,65 % dos alunos fumam e destes 6% consomem tabaco diariamente.

A proporção de população inscrita com registo de consumo abusivo de álcool foi de 2,42%.



## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL NO ANO DE 2011-2016

### Necessidades de saúde priorizadas

1. Diminuição da mortalidade por Doenças Cerebrovasculares na população abaixo dos 65 anos de idade

2. Diminuição da mortalidade por Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão, na população abaixo dos 65 anos de idade

3. Diminuição da incidência da Diabetes *Mellitus*

4. Diminuição da Incidência de Tuberculose

5. Diminuição da morbilidade por Doenças Respiratórias

OBJETIVOS DE SAÚDE	ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES	INDICADORES	RESULTADOS (INE)	
			2014	2015
Diminuição da TM por doenças cerebrovasculares (DCV)		TM por DCV para todas as idades	120.94% <sup>000</sup> (2007-2009)	114.33% <sup>000</sup> (2012-2014)
		TM por DCV abaixo dos 65 anos de idade	10.02% <sup>000</sup> (2007-2009)	9.23% <sup>000</sup> (2012-2014)
		% de doentes com AVC/AIT com anti agregação	45.2%	
Diminuição da TM por doenças cardíacas isquémicas (DIC)	Diminuir o diagnóstico precoce e garantir o tratamento adequado	TM por DIC para todas as idades	33.64% <sup>000</sup> (2007-2009)	39.44% <sup>000</sup> (2012-2014)
	Diminuir o consumo de tabaco e exposição ao fumo de tabaco ambiental	TM por DIC abaixo dos 65 anos de idade	5.75% <sup>000</sup> (2007-2009)	6.81% <sup>000</sup> (2012-2014)
	Identificação e registo de consumo de tabaco na consulta médica	% de doentes com SCA/EAM com antiagregação dupla no primeiro ano após o evento	20.9%	
Diminuir a TM por Tumor Maligno T.B. e Pulmão	Garantir o acesso a consulta de apoio intensivo à cessação tabágica	TM por Tumor Maligno T.B. e Pulmão para todas as idades	31.75% <sup>000</sup> (2007-2009)	33.54% <sup>000</sup> (2012-2014)
		TM por Tumor Maligno T.B. e Pulmão abaixo dos 65 anos de idade	16.41% <sup>000</sup> (2007-2009)	15.83% <sup>000</sup> (2012-2014)
		% de utentes inscritos com registo de consumo de tabaco	14.5%	
		Nº de doentes tratados na consulta de cessação tabágica	19.2%	
Diminuir a TM por Diabetes Mellitus abaixo dos 65 anos Aumentar a Prevalência de DM diagnosticada Diminuir a proporção dos FR para a Diabetes Mellitus	Promover o diagnóstico precoce e garantir tratamento adequado Combate aos FR conhecidos	TM por Diabetes Mellitus abaixo dos 65 anos de idade	4.48% <sup>000</sup> (2007-2009)	1.54% <sup>000</sup>
		% de inscritos com diagnóstico DM tipo 2	5.97%	6.2%
		% De utentes com DM diagnosticada	7%	
		% De diabéticos com acompanhamento adequado	52.53%	56.30%
		% de diabéticos com ultima HgbA1c < 8%	68.8%	73.06%
		% de diabéticos vigiados com ulcera ativa no pé	8.94%	8.85%
		% de diabéticos com exame oftalmológico no ultimo ano	64.7%	73.37%
		% de diabéticos com exame pés ultimo ano	87.7%	83.58%
		% de DM2 com compromisso de vigilância	82.2%	87.06%
		% de utentes com diabetes, com idade <65 anos, com ultimo registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5	39.7%	40.79%
Diminuir a taxa de incidência de tuberculose para <40 casos por 100.000 hab		Taxa de notificação de Tuberculose	39% <sup>000</sup> (USP)	44.43% <sup>00</sup> (USP)
Reduzir a proporção de casos hospitalizados <10%	Garantir o cumprimento da estratégia TOD	% de doentes com tuberculose diagnosticados com tratamento completo	92.2% (SVIG, 2013)	
Garantir sucesso terapêutico superior a 85% Diminuir a proporção de recidivas <10%	Coordenar as atividades do Programa Nacional e Regional para a Tuberculose	% de doentes com tuberculose que são recidivas	7.5% (SVIG)	
Reduzir a TIP por Pneumonia em 30%		TIP por pneumonia	32.7 (Aces, 2007-2009)	
Aumentar a proporção de utentes inscritos com diagnóstico de DPOC e Asma	Promover o diagnóstico precoce e garantir o tratamento adequado.	% de inscritos com diagnóstico de DPOC	1.3%	1.09%

## ACES TÂMEGA III - VALE DO SOUSA NORTE

### PERFIL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA III - VALE DO SOUSA NORTE NO ANO DE 2016

<b>Quem somos?</b>	<p>Em 2015 a <b>população residente</b> (estimativa) no ACeS Vale do Sousa Norte era de 161 345 habitantes.</p> <p>O <b>índice de dependência dos idosos</b> (2001, 2011, 2015) apresenta uma tendência crescente, com valores inferiores ao Continente e Região Norte. O <b>índice de dependência de jovens</b> para o mesmo período em análise verifica uma diminuição contínua, com valores próximos dos registados para o Continente e Região Norte. O <b>índice de envelhecimento</b> acompanhou a tendência de aumento verificado para o Continente e Região Norte.</p> <p>A <b>taxa bruta de natalidade</b> (2015 – 8,0 nados-vivos/1 000 habitantes) tem vindo a diminuir progressivamente acompanhando a tendência verificada para o Continente e Região Norte.</p> <p>O <b>índice sintético de fecundidade</b> tem vindo a diminuir, registando um valor inferior ao verificado para o Continente, depreendendo-se a não garantia de substituição geracional.</p> <p>A <b>esperança de vida à nascença</b>, no triénio 2011-2013 foi de 80,3 anos, valor inferior ao verificado para o Continente e Região Norte.</p>
<b>Como vivemos?</b>	<p>A <b>taxa de desemprego</b> no ACeS em 2011 era de 7,8%, inferior à Região Norte e superior ao Continente. Em 2014 o <b>número de desempregados</b> tem vindo a diminuir, confirmando a tendência do Continente e Região Norte.</p> <p>No ACeS o setor secundário é o que emprega o maior número de profissionais, observando-se uma diminuição progressiva da sua proporção, com aumento da proporção de profissionais empregados no setor terciário.</p> <p>Entre 2011 e 2015 verificou-se uma diminuição de 48% nos <b>beneficiários do Rendimento Social de Inserção</b>.</p> <p>O <b>número de pensionistas da Segurança Social</b> aumentou 3% de 2007 a 2015.</p> <p>A <b>taxa de criminalidade</b> tem sofrido uma variação flutuante, com aumento da taxa no concelho de Felgueiras e diminuição da mesma para Lousada e Paços de Ferreira.</p> <p>A <b>taxa de analfabetismo</b> em 2011 (4,7%) era inferior à do Continente e da Região Norte. A <b>taxa de abandono escolar</b> diminuiu de 2001 para 2011, sendo que Paços de Ferreira apresenta a maior taxa no ACeS.</p> <p>As <b>infraestruturas ambientais</b> (2009) apresentam valor acima ao observado para o Continente e Região Norte, com exceção da população servida por estações de tratamento de água residuais.</p>
<b>Que escolhas fazemos?</b>	<p>A <b>proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos</b> tem diminuído, mimetizando a tendência verificada para o Continente e Região Norte.</p> <p>A <b>proporção de nascimentos em mulheres com idade superior ou igual a 35 anos</b> tem vindo a aumentar, com um crescimento de 11,6% de 2011 a 2015.</p> <p>No que se refere aos <b>determinantes de saúde nos cuidados de saúde primários</b>, verifica-se para agosto de 2016: 7,5% dos inscritos com obesidade, 6,1% com excesso de peso, 10,8% com diagnóstico ativo de abuso de tabaco e 1,7% com diagnóstico ativo de consumo de álcool.</p>

Que saúde temos?

Para o triénio de 2011-2013 verificou-se uma diminuição na **proporção de nascimentos pré-termo**, acompanhando a tendência do Continente e Região Norte.

De 2011 a 2015 verificou-se um aumento da **taxa bruta de mortalidade geral** (2015 – 6,8 óbitos/1 000 habitantes).

A **taxa de mortalidade infantil** tem apresentado valores superiores aos da Região Norte desde o quinquénio 2007-2011. O maior contributo para a taxa de mortalidade infantil, no triénio 2011-2013, foi dado pela taxa de

No triénio 2010-2012, a maior **proporção de óbitos** para todas as idades e ambos os sexos foi por doenças do aparelho circulatório, sendo os tumores malignos a segunda grande causa de morte para o ACeS. Para idades inferiores a 75 anos e ambos os sexos, os tumores malignos apresentam uma maior proporção de óbitos para o

A **taxa de mortalidade padronizada** para todas as causas, para idades inferiores a 75 anos e ambos os sexos, no triénio 2010-2012 é semelhante à verificada para o Continente e superior, sem significância estatística, à da Região Norte. Para este mesmo triénio esta taxa é superior, com significância estatística para os tumores malignos do estômago, diabetes *mellitus* e causas externas de mortalidade.

No que concerne à **morbilidade registada nos cuidados de saúde primários**, para agosto de 2016, refere-se: 7,2% dos utentes com diagnóstico ativo de diabetes *mellitus*, 19% com hipertensão arterial, 9,0% com perturbações depressivas, 2,5% com diagnóstico ativo de neoplasia maligna (2,5% das mulheres inscritas no ACeS têm diagnóstico ativo da mama feminina), 2,5% com rinite alérgica e a proporção de utentes com bronquite crónica tem

A **taxa de incidência por VIH** no ACeS tem vindo a aumentar contrariando a tendência verificada para o Continente e Região Norte. A **taxa de incidência de SIDA** tem vindo a diminuir, sendo que de 2012 para 2013 se manteve estável.

O **número de notificações de tuberculose** aumentou entre 2010 e 2012, diminuindo no período temporal subsequente. De referir que Paços de Ferreira apresenta um maior número de notificações desta doença, podendo-se explicar pela presença do estabelecimento prisional que alberga uma população de maior risco.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES TÂMEGA III - VALE DO SOUSA NORTE NO ANO DE 2014-2016

Após identificação dos principais **problemas de saúde** da população da área geodemográfica de intervenção do ACES foram definidos os problemas de saúde prioritários com a colaboração:

- A nível interno: Conselho Clínico e da Saúde, Coordenadores das diferentes unidades funcionais e os profissionais da USP;
- A nível externo: Coordenadores de todos os Agrupamentos de Escolas e os Vereadores da Saúde dos três Municípios.

Os **problemas de saúde considerados prioritários** foram:

- Doenças Cerebrovasculares
- Doenças Cerebrovasculares
- Doença Crónica do Fígado
- Cirrose
- Tumor Maligno da Mama Feminina

Com base nos problemas priorizados, seus determinantes e recursos existentes, foram identificadas as **necessidades de saúde** a serem objeto de intervenção:

- Menos Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares antes dos 65 anos

- Menos Mortalidade por Tumor maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão antes dos 65 anos
- Menos Mortalidade por Doença Crónica do Fígado e Cirrose antes dos 65 anos
- Menos Mortalidade por Tumor Maligno da Mama Feminina
- Menor Consumo de Tabaco
- Maior Consumo de Frutas
- Maior Consumo de Legumes

### Principais estratégias selecionadas para a implementação do PLS:

- Abordagem integrada dos determinantes da saúde comuns às diferentes necessidades de saúde prioritizadas
- Envolvimento dos parceiros no planeamento da intervenção
- Divulgação de informação sobre os determinantes da saúde relativamente às necessidades de saúde prioritizadas
- Prevenir e controlar o tabagismo (Programas de Educação Para a Saúde; promoção do acesso à consulta de cessação tabágica; formação de profissionais em cessação tabágica; divulgação da legislação antitabágica; promoção junto da comunidade de espaços livres de tabaco)
- Reduzir na comunidade o número de pessoas com excesso de peso e obesidade; facilitar o acesso à consulta de nutrição
- Desenvolver programas de Educação para a Saúde na área da alimentação saudável
- Melhorar o diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial
- Identificação e tratamento precoces de consumos excessivos de álcool em parceria com o IDT/CRI
- Dinamizar a implementação do rastreio do cancro da mama feminina

### Objetivos de saúde do ACES

#### Objetivos de Impacto:

- Diminuir a TBM Prematura por Doença Cerebrovascular para 5,44/100.000 habitantes, até Dezembro de 2016.
- Diminuir a TBM Prematura por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão para 27,6/100.000 habitantes, até Dezembro de 2016.
- Diminuir a TBM Prematura por Doença Crónica do Fígado e Cirrose para 14,1/100.000 habitantes, até Dezembro de 2016.
- Diminuir a TBM Prematura no sexo feminino por Tumor Maligno da Mama para 2,32/100.000 habitantes, até Dezembro de 2016.

### **Objetivos de *Outcome*:**

- Aumentar, entre 2011 e 2016 para 35% (meta do Plano Regional de Saúde para 2010) a percentagem de adolescentes do 2º e 3º ciclos do ensino básico das escolas do ACES que consome diariamente legumes
- Aumentar entre 2011 e 2016, para 45%, (meta do Plano Regional de Saúde para 2010) a percentagem de adolescentes do 2º e 3º ciclos do ensino básico das escolas do ACES que consome diariamente fruta
- Reduzir entre 2011 e 2016, para 30%, (meta do Plano Regional de Saúde para 2010) a percentagem de adolescentes do 3º ciclo do ensino básico das escolas do ACES que consomem tabaco

### **Atividades e resultados referentes ao ano de 2014:**

- Implementação do Programa PASSE (Programa de alimentação saudável em saúde escolar) nos agrupamentos de escolas e nas escolas não agrupadas, existentes no parque escolar do ACeS. Foram abrangidos pelo programa 36,1% dos alunos do 2º ciclo, 55,5% do 1º ciclo e 55,2% do ensino pré-escolar
- Aplicação aos alunos do 2º e 3º ciclos do ensino básico de questionário relativos aos hábitos de consumo de frutas e legumes. Neste questionário 55,9% dos alunos referem consumir diariamente sopa de legumes, 45,7% referem consumir diariamente saladas ou legumes cozidos e 75,8% referem consumir diariamente fruta
- Aplicação aos alunos do 2º e 3º ciclos do ensino básico de questionário relativo ao consumo de tabaco e álcool; Neste questionário 12,6% dos alunos referem ser fumadores ou já terem experimentado cigarros de tabaco

Refira-se que a maioria dos indicadores contratualizados interna e externamente pelas unidades funcionais dão resposta aos objetivos do PLS. Partido do pressuposto de que será potenciada e garantida a melhoria contínua dos seus resultados, poderemos assegurar o seu contributo indubitável para o atingimento dos objetivos deste PLS.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES TRÁS-OS-MONTES - ALTO TÂMEGA / BARROSO

---

Encontra-se em fase de atualização

---

## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO, E.P.E

---

### PERFIL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO NO ANO DE 2016

A ULS Alto Minho abrange a área geográfica do distrito de Viana do Castelo e tinha em 2015 uma população de 236270 habitantes, representando cerca de 6,6% da população da Região Norte (RN). Do censo de 2001 para o de 2011 houve um decréscimo de 2,2%, na população da do Alto Minho, enquanto a população da RN, se manteve praticamente inalterada e, no continente, observou-se um ligeiro crescimento (1,8%). A densidade populacional do Alto Minho é de 106,05 habitantes por Km<sup>2</sup>, valor inferior quando comparado com a região Norte (169,3 habitantes por Km<sup>2</sup>).



Do ponto de vista demográfico, Viana do Castelo é um dos distritos mais envelhecidos do País (índice de envelhecimento (IE) de 199,1‰, em 2015, valor superior ao da RN (139,5‰) e ao do Continente (149,6‰)). No Alto Minho, a taxa bruta de natalidade tem vindo a diminuir, sendo de 6,6‰ em 2015. A taxa bruta de mortalidade foi de 12,2 ‰ em 2015, apresentando assim valores superiores ao da RN (9,3‰) e continente (10,5‰). O saldo migratório negativou a partir de 2008 e em 2015 foi de -410. O saldo natural foi em 2015 de -1317 habitantes. Em conjunto estes dois indicadores, saldo natural e saldo migratório, condicionam um crescimento efetivo negativo nos últimos anos. Em 1989, a taxa de mortalidade geral passou a apresentar valores superiores aos da taxa de natalidade, e desde então, o crescimento natural da população do distrito de Viana do Castelo é negativo. O índice sintético de fecundidade tem vindo a diminuir desde 2012 e evidencia a incapacidade de renovação das gerações, em 2015 foi de 1,09.

A esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar na ULS Alto Minho atingindo no triénio 2011-13 81,2 anos, sendo este valor superior à RN (81 anos) e Continente (80,8 anos). A taxa de mortalidade infantil tem vindo a diminuir, atingindo o valor 1,9‰ no quinquénio de 2010-2014.

No distrito de Viana do Castelo, o poder de compra *per capita* e o rendimento médio mensal da população trabalhadora por conta de outrem são inferiores aos da RN e do Continente. A taxa de analfabetismo tem vindo a diminuir nas últimas décadas, contudo, em 2011 apresentava valores superiores aos da RN e do Continente.

Nos triénios 2009-2011 e 2010-2012, a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores superiores aos da RN, sem significância estatística. Destacam-se, pela negativa, os tumores malignos, as doenças do aparelho digestivo, com evidência para a doença crónica do fígado e cirrose, que no triénio 2008-2010 e desde 2002, apresentou risco de morte prematura superior (com significância estatística) ao da RN. As doenças do aparelho circulatório embora com valores superiores aos da RN, têm mostrado tendência a diminuir. No triénio 2008-10, na ULS Alto Minho, o risco de morrer por suicídio e lesões auto-provocadas intencionalmente apresentou valores significativamente superiores aos da RN.

Nos CSP relativamente à morbilidade, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, destacam-se a hipertensão (com valor superior ao da RN), a DPOC, que em 2008 foi a 4ª causa específica de internamento na ULS Alto Minho, e cuja taxa de internamento padronizada foi superior à da RN, as alterações do metabolismo dos lípidos e a diabetes que, em 2012 foi o 3º problema de saúde mais registado e cuja taxa de internamento padronizada, para o ano 2008, foi superior à da RN com significância estatística, e, finalmente, as perturbações depressivas e a obesidade que ocupam o 5º e 6º lugar respetivamente.

Após uma priorização participada dos problemas de saúde da população do Alto Minho, baseada em critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e prognóstico; a análise pormenorizada dos indicadores que medem os problemas de saúde, permitiu a identificação das necessidades de saúde que deles decorrem.

Esta informação disponível sobre mortalidade, morbilidade e determinantes de saúde está na base do processo de construção do Plano Local de Saúde do Alto Minho, 2014-2016.

## **PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO NO ANO DE 2014-2016**

O PLS do Alto Minho 2014-2016 assenta na participação dos profissionais e da comunidade, no consenso alargado obtido em relação às prioridades de saúde e no compromisso político na sua implementação.

O PLS do Alto Minho 2014-2016 identifica as necessidades dos principais problemas de saúde da população do Alto Minho: Doenças cérebro-cardiovasculares, Tumores malignos, Doença crónica de fígado e cirrose, Diabetes *mellitus*, Perturbações depressivas e suicídio e Doença pulmonar obstrutiva crónica.

Com base, por um lado na evolução verificada e prevista e, por outro, na posição relativa do Alto Minho face à Região Norte e ao Continente para os indicadores disponíveis de mortalidade prematura, internamento abaixo dos 70 anos de idade e anos de vida potencialmente perdidos, o PLS propõe objetivos a atingir até 2016 para as doenças cérebro vasculares, a doença isquémica cardíaca, os tumores malignos do estômago, do cólon e reto, e da traqueia, brônquios e pulmão, a doença crónica do fígado e cirrose, a diabetes, a doença pulmonar obstrutiva crónica e as perturbações depressivas e suicídio.

Tendo em conta os principais fatores de risco para a mortalidade global (elevada pressão arterial, tabagismo, aumento de glicose no sangue, sedentarismo e inatividade física, excesso de peso/obesidade, elevado consumo de álcool e incorreta nutrição), e alinhando a seleção com os eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (Equidade e acesso aos cuidados de saúde, Qualidade dos cuidados de saúde, Promoção da cidadania e Promoção de políticas saudáveis), o Alto Minho seleciona como determinantes prioritários para a intervenção a hipertensão arterial, a obesidade, o consumo de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas, a inatividade física e a reduzida acessibilidade à prestação de cuidados de saúde em alguns sectores.

O PLS prevê a implementação local de estratégias de saúde de prevenção primária, secundária e terciária, designadamente: reduzir os hábitos tabágicos na população, diminuir a ingestão de sal na alimentação e aumentar o consumo de hortícolas frescos, leguminosas e fruta, aumentar a percentagem da população que pratica atividade física, reduzir o consumo de álcool na população, vacinação, melhorar a vigilância da TA nos doentes hipertensos, melhorar a vigilância do IMC na população, nomeadamente nos doentes hipertensos e diabéticos, implementar/aumentar a cobertura dos programas de rastreio oncológico, melhorar a qualidade do diagnóstico e tratamento dos doentes com DM, melhorar a qualidade do diagnóstico e tratamento das doenças do foro mental, melhorar a qualidade do diagnóstico e tratamento dos doentes com DPOC, melhorar a qualidade do tratamento dos doentes com AVC e EAM.

Sendo as mudanças propostas neste PLS relativas à própria organização e ao nível de saúde da população do Alto Minho, prevê proceder à avaliação tanto da sua implementação como do seu impacto. A avaliação da implementação foca as dimensões do acesso e a continuidade e qualidade do processo organizacional; e a avaliação do impacto foca os resultados, tanto em termos de alteração do estado de saúde como em termos de ganhos obtidos em relação aos objetivos pré-estabelecidos.

### Avaliação da Implementação: INDICADORES

Processo	% primeiras consultas externas hospitalares realizadas em tempo adequado
	% de USF e UCSP com realização de espirometrias
	% de instituições chave da comunidade que aderem a uma proposta de intervenção a selecionar na fase de discussão pública do PLS
Profissional	% de doentes com HTA com pelo menos 1 registo de IMC nos últimos 12 meses
	% inscritos > 14 anos de idade com pelo menos 1 registo de hábitos alcoólicos
	% da população escolar abrangida pela PODE
Utente	% de utentes com DPOC com pelo menos 1 registo de FeV1 nos últimos 3 anos
	% de mulheres com idade [45;70[ com rastreio do cancro da mama efetuado
	% de mulheres idade [25;60[ com rastreio do cancro do colo do útero efetuado
	utentes idade [50;75[ com rastreio do cancro do cólon e recto efetuado
	% diabéticos <65 anos de idade com o último registo de HbA1c >6,5%

### Avaliação do impacto: INDICADORES

Estado de saúde	Taxa de mortalidade prematura (>65 anos de idade) por DCV
	Taxa de mortalidade prematura (>65 anos de idade) por DIC
	Taxa de mortalidade prematura (>65 anos de idade) por TMCR
	Taxa de mortalidade prematura (>65 anos de idade) por TMEst.
	Taxa de mortalidade prematura (>65 anos de idade) por TMTBP
	Taxa de mortalidade prematura (>65 anos de idade) por DCFC
	Taxa de mortalidade prematura (>65 anos de idade) por DM
	Taxa de mortalidade prematura (>65 anos de idade) por suicídio
Ganhos em saúde	Taxa de aVPP até aos 70 anos de idade por DCV
	Taxa de aVPP até aos 70 anos de idade por TMTBP
	Taxa de aVPP até aos 70 anos de idade por DCFC
	Taxa de aVPP até aos 70 anos de idade por DM
	Taxa de internamento abaixo dos 70 anos de idade por DM
	Taxa de internamento abaixo dos 70 anos de idade por DPOC

Na avaliação da implementação, os resultados do ano de 2015 já refletem o compromisso consolidado por parte da ULSAM com o PLS. Um olhar global a este conjunto de indicadores evidencia uma implementação do PLS até agora mais dirigida ao contexto interno da ULSAM. Embora alguns projetos de intervenção comunitária apresentem resultados positivos que refletem o compromisso dos profissionais e a participação da comunidade. Esta avaliação anual permite concluir que a ULSAM tem tornado evidente o esforço sustentado dos seus profissionais na melhoria da qualidade do desempenho e da gestão integrada da doença na população.

---

## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS, EPE

---

### PERFIL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS NO ANO DE 2016

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos, formada em 1999, presta os seus cuidados à comunidade através de diferentes estruturas: o agrupamento de centros de saúde de Matosinhos e o Hospital Pedro Hispano. Esta instituição abrange uma população residente de 173 451 habitantes (estimativa para 2015). É importante caracterizar e compreender as características desta população a diferentes níveis: socio-demográfico, epidemiológico e socio-económico.



173 451 habitantes (2015)  
4,8% da população da região Norte

#### Caracterização socio-demográfica

No período compreendido entre 2011 e 2015, segundo estimativas, a população do concelho de Matosinhos reduziu-se em 1,1%, passando de 175 869 para 173 451 residentes, acompanhando a tendência de diminuição da população observada na Região Norte (RN) e em Portugal.

A alteração da estrutura da pirâmide etária do concelho, com um aumento da população nos grupos etários superiores é demonstrada pelo índice de envelhecimento. Este índice, em 2015 apresentou um valor de 141 pessoas com mais de 65 anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos, sendo superior ao da RN (139,5) mas inferior ao de Portugal (146,5). Em qualquer um dos casos, verifica-se um aumento dos valores nos últimos anos, sendo a

variação de cerca de +21% comparativamente aos valores observados em Matosinhos em 2011.

O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem (1128.3 € em 2013) é superior ao da região norte (963.4 €) e do país (1093.3 €). O setor de atividade com maior população empregada é o terciário (78.8% em 2011) seguido do secundário (20.6%) e primário (0.6%).

O número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) em Matosinhos tem vindo a decrescer desde 2013 a 2015, depois de uma tendência crescente desde 2008, manifestando uma tendência semelhante à da região norte e do país.

O número de pensionistas da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações tem aumentado, sendo de 55 110 em 2013. Pelo contrário, a proporção de beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social no total de beneficiários ativos tem vindo a decrescer (12.6%). Contudo é superior à verificada na RN (9.6%) e PT (8.7%).

A taxa de criminalidade total no concelho de Matosinhos (34,8 ‰ em 2013) é mais elevada que na região Norte (31.5‰) mas inferior à do país (36‰).

As infra-estruturas ambientais abrangem toda a população a apresentam valores acima da RN: 100% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 100% por sistemas de drenagem de águas residuais e 89% por estação de tratamento de águas residuais (2009).

## Caracterização de saúde

### Como se nasce?

A taxa bruta de natalidade em 2015 foi de 8,3 ‰ (total de 1442 nascimentos), coincidente com o valor observado para Portugal e superior ao valor da RN (7,5 ‰). Estes valores são inferiores aos observados em 2011 para as 3 áreas geográficas, sendo que nesse ano a taxa no concelho de Matosinhos foi de 9,5 ‰ (1664 nascimentos).

O Índice Sintético de Fecundidade tem apresentado alguma oscilação nos últimos anos. O ano de 2015 apresentou uma evolução favorável (1,25) quando comparado aos três anos anteriores, mas inferior relativamente aos anos prévios a 2011.

Do total de 1142 nascimentos ocorridos no concelho de Matosinhos, 28 foram de mães com menos de 20 anos (2,5 %) e 481 (42%) de mães com mais de 35 anos. Comparativamente a 2011 verifica-se uma redução no número de nados-vivos de mães com 20 anos (60 nados-vivos em 2011; -3,6%) e um aumento nos nados-vivos de mães com mais de 35 anos (439 nados-vivos em 2011; +26 %). A proporção de nascimentos de crianças de baixo peso (<2500 gr) em 2015 foi de 12 %, superior aos valores para a RN e Portugal (ambos 9 %).

A taxa de mortalidade infantil durante o triénio 2013-2015 foi de 3 óbitos de crianças com menos de um ano de idade por cada 1000 nascimentos. Este valor encontra-se próximo dos registados para a região Norte (2,7 ‰) e Portugal (3 ‰), representado uma melhoria relativamente aos dois triénios anteriores. No entanto, é necessário ressaltar que perante o baixo número de nascimentos, a taxa de mortalidade infantil é muito susceptível a desvios.

<b>Como se morre?</b>	<p>Em 2015, ocorreram 1569 óbitos em Matosinhos, representando uma taxa bruta de mortalidade de 9 ‰. Comparativamente, no mesmo ano, a taxa observada na RN foi de 9,3 ‰ e em Portugal de 10,5 ‰. Relativamente aos anos transactos, verificou-se o aumento sucessivo desta taxa no concelho de Matosinhos (7,8 ‰ em 2011, 8,3 ‰ em 2012, 8,5 ‰ em 2013, 8,5 ‰ em 2014). Em 2015, Janeiro foi o mês com maior número de óbitos em Matosinhos com 230 óbitos.</p> <p>Em termos de mortalidade proporcional em 2014 (últimos dados disponíveis), as neoplasias foram responsáveis por cerca de 30% dos óbitos, seguidas das doenças do aparelho circulatório (27%), das doenças do aparelho respiratório (11%) e das doenças do aparelho cérebro-vascular (9%). Comparativamente com a RN e Portugal, Matosinhos apresenta uma menor percentagem de óbitos por doença cardiovascular e doença do aparelho respiratório, mas uma percentagem maior por tumores malignos.</p> <p>As taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório em Matosinhos têm-se mantido relativamente estáveis, sendo de 2,3 ‰ em 2014, comparativamente a 2 ‰ em 2011. O mesmo comportamento é observável para a taxa de mortalidade por tumores malignos - 2,5 ‰ em 2014 e 2,4 ‰ em 2011.</p> <p>Relativamente aos óbitos por neoplasia, os tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões foram os responsáveis pelo maior número de óbitos seguidos dos tumores malignos do estômago.</p>
-----------------------	---

<b>Como se vive?</b>	<p>Em 2014, os últimos dados disponíveis, por cada 1000 residentes em Matosinhos, 214 apresentavam diagnóstico ativo de hipertensão, 208 de alteração do metabolismo dos lípidos, 155 de abuso de tabaco, 103 de obesidade e 94 de excesso de peso. Estes valores eram superiores aos existentes para a população residente na região Norte, com significância estatística.</p> <p>Quanto aos internamentos hospitalares, os dados existentes referentes ao ano de 2013 mostram que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 13,4% dos internamentos (sobretudo por doença cerebrovascular), valor superior a qualquer outra causa. Seguiram-se os internamentos por doenças do aparelho digestivo (10,3%), doenças do aparelho respiratório (9,8%, particularmente pneumonias) e doenças do aparelho genito-urinário (9,8%).</p>
----------------------	---

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS NO ANO DE 2011-2016

### Problemas de saúde prioritários identificados:

- Mortalidade e morbilidade por doenças do aparelho circulatório (doenças cerebrovasculares e doença isquémica do coração), antes dos 65 anos
- Mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos
- Mortalidade por tumor maligno do cólon e recto antes dos 65 anos
- Mortalidade por tumor maligno da mama feminina
- Morbilidade por tuberculose
- Mortalidade por diabetes *mellitus*

## Metas De Saúde

- Diminuir a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório de 22,1/100000 para 10/100000 na população de ambos os sexos, até aos 65 e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016
- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral de 8,6/100000 para 4,5/100000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016
- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca de 8,6/100000 para 2,5/100000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016
- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada pelo tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão de 20,5/100000 para 18/100000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016
- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do cólon e reto para menos de 6,3/100000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016
- Diminuir a taxa de mortalidade padronizada pelo tumor maligno da mama feminina de 8,1/100000 para menos de 8,0/100000 na população do sexo feminino até aos 65 anos, e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016
- Diminuir taxa de mortalidade por diabetes *mellitus* de 3,8/100000 para menos de 1,7/100000, em ambos os sexos, na Região Norte, entre 2011 e 2016
- Diminuir taxa de incidência da tuberculose de 30,1/100000 para menos de 20/100000 na população de ambos os sexos e residente no concelho de Matosinhos, entre 2011 e 2016

## Indicadores De Monitorização E Avaliação

- Taxa de mortalidade padronizada por cancro da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)
- Taxa de incidência de tuberculose (/100 000 habitantes)
- Prevalência de diabéticos (/100 000 habitantes)

- Percentagem de alunos do ensino Pré-Escolar e Ensino básicos que foram alvo de intervenção de projetos de saúde oral
- Percentagem de alunos abrangidos por projetos de promoção da alimentação saudável
- Percentagem de alunos abrangidos por projetos de Educação para o consumo
- Taxa padronizada de AVPP por doença isquémica cardíaca (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de AVPP por AVC (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de AVPP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de AVPP por tumor maligno do cólon recto e ânus (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de APVP por tumor maligno da mama feminina (/100 000 habitantes)
- Taxa padronizada de APVP por diabetes *mellitus* antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)

## Recomendações De Intervenção

### Implementação e Avaliação

- Incluir programas e projetos da responsabilidade de outros parceiros comunitários;
- Articulação mais eficaz entre as diversas unidades funcionais;
- Discussão interna, alargada e regular, sobre o desenvolvimento do PLS;
- Que os problemas de saúde, identificados como prioritários, sejam considerados na contratualização com as diversas unidades funcionais;
- Constituição de um grupo interdisciplinar que assegure a monitorização das atividades e do seu impacto.

### Oferta de Serviços

- Reforço das Unidades de Saúde Familiar, assegurando a cobertura integral dos utentes por equipas de Medicina Geral e Familiar;
- Reforço das estruturas de Cuidados Continuados, de modo a responder à sua necessidade crescente;
- Procedimentos de Referência entre Cuidados de Saúde de Primários e o Hospital Pedro Hispano de modo a garantir uma articulação eficiente, com um horizonte temporal de resposta adequado à situação.

### Recursos da Comunidade

- Identificação mais completa de recursos da comunidade tais como: instituições, organizações de cidadãos, agências governamentais, recursos físicos e naturais,



bem como culturais e de lazer, que possam complementar a intervenção da ULSM face a determinantes da saúde e possam reforçar a oferta na área dos cuidados continuados e apoio a populações vulneráveis;

- Criar oportunidades para a participação ativa destes recursos na discussão pública de necessidades em saúde, na organização da oferta de cuidados, no planeamento de atividades e na avaliação dos ganhos em saúde;
- Criação da comissão municipal de saúde comunitária;
- Celebrar protocolos com a autarquia tendo como objetivo o acompanhamento de programas intersectoriais para prevenção e promoção da saúde, nomeadamente no que respeita a doenças crónicas, doenças transmissíveis e determinantes sociais e ambientais, que constituam risco para a saúde pública das populações, bem como o incremento de estilos de vida saudáveis.

---

## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORDESTE, EPE

---

### PERFIL DE SAÚDE - ULS NORDESTE NO ANO DE 2016

#### Caracterização socio-demográfica

A ULS do Nordeste abrange uma população residente de 131.483 habitantes, representando cerca de 3,6% da população da região Norte (RN) (3.636.211 habitantes). Nos últimos censos (2001 e 2011) a população da ULS do Nordeste decresceu 8,5%. O índice de envelhecimento (271,4) tem aumentado de forma mais acentuada do que na RN (125,0) e no Continente (138,9). A esperança de vida à nascença (81,2 anos) tem aumentado em ambos os sexos. A taxa de natalidade (5,6 nados vivos por 1000 habitantes) tem diminuído.

O número de desempregados inscritos no IEPF diminuiu em 2014, contrariando a evolução crescente registada desde o segundo semestre de 2011. O sexo feminino apresenta um número ligeiramente maior de desempregados do que o masculino. O nível de escolaridade da população melhorou entre os Censos 2001 e 2011. A taxa de analfabetismo (10,5%) é superior à média regional e do Continente. O setor terciário é o principal setor de atividade (69,3%). A proporção de pensionistas (407,2/1000 habitantes de 15 e mais anos) tem-se mantido estável e a proporção de beneficiários do RSI é de 24,2/1000 habitantes de 15 e mais anos. A taxa de criminalidade (33,9/1000 habitantes) tem vindo a aumentar e apresenta valores superiores aos da RN. O ganho mensal médio dos trabalhadores por conta de outrem, em todos os concelhos exceto em Torre de Moncorvo, é inferior ao da região. O mesmo se verifica com o poder de compra *per capita*, exceto no concelho de Bragança. As infraestruturas ambientais abrangem quase toda a população: 96% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 91% por sistemas de drenagem de águas residuais e 92% por estações de tratamento de águas residuais.

#### Caracterização de saúde

A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (4,1%) tem diminuído. A evolução da proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos (22,0%) mostra uma tendência crescente. Nos determinantes da saúde, destaca-se a proporção de inscritos com diagnóstico ativo por abuso do tabaco, seguido pelo excesso de peso, apresentando valores inferiores aos da RN.

A proporção de nascimentos pré-termo inverteu a tendência crescente no triénio 2007-2009. A proporção de crianças com baixo peso à nascença (10,2%) tem aumentado e a mortalidade infantil (4,8/1000 nados vivos) tem vindo a diminuir com algumas oscilações. No triénio 2010-2012, a taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) apresenta, para todas as causas de morte, valores inferiores aos da RN, sem significância estatística. Destacam-se, pela negativa, os acidentes de transporte, com valores significativamente superiores aos da região, para ambos os sexos. Na morbilidade nos CSP, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo de ICPC-2, destacam-se a hipertensão, com valores superiores aos da RN, as alterações do metabolismo dos lípidos, a diabetes e as perturbações depressivas. As taxas de incidência de sida e da infeção VIH têm mantido um comportamento constante, com algumas oscilações. A taxa de incidência de tuberculose foi de 12,8/105 habitantes.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ULS NORDESTE NO ANO DE 2012 – 2016

### Prioridade de saúde identificadas

- Menor Taxa de Mortalidade (TxM) por Doenças Cérebro-Cardiovasculares antes dos 65 anos
- Melhor controlo da Diabetes Mellitus e diminuição da mortalidade por Diabetes Mellitus
- Menor TxM por Tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão
- Menor TxM por Tumor maligno do estômago

### Metas/Objetivos

**O.1** - Diminuição da Taxa bruta de mortalidade (TxBM) por AVC antes dos 65 anos para 9,0% até 2016;

**O.2** - Diminuição da TxM por Doença Cardíaca isquémica antes dos 65 anos para 6,4% até 2016;

**O.3** - Diminuição da TxM Padronizada por Diabetes *Mellitus* antes dos 65 anos para 23,5% até 2016;

**O.4** - Diminuição da **TxBM por Tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmões** antes dos 65 anos para 8% até 2016;

**O.5** - Diminuição da **TxBM por** Tumor maligno do estômago para 6% até 2016

### Estratégias

**Transversais:** Desenvolver a coordenação entre os diversos níveis de cuidados; Combate aos factores de risco modificáveis conhecidos; Melhorar o diagnóstico precoce.

**Doenças Cérebro-Cardiovasculares:** Melhorar o diagnóstico precoce da hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, e respectivos tratamentos precoces; predição do risco

cardiovascular aos 10 anos; implementação/melhoria da Via verde Coronária e Via Verde do AVC; Garantir cuidados de reabilitação.

**Diabetes Mellitus:** Monitorizar a prevalência de diabetes e suas complicações; Implementar consultas de diabetes em 80% das instituições de saúde; Consulta de HTA; Promoção da educação da pessoa com diabetes; Garantir o rastreio sistemático da retinopatia diabética, do pé diabético e da nefropatia diabética; Reabilitação.

**Tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão e Tumor maligno do estômago:** Consulta de doença oncológica (médico de família); Programa de combate às listas de espera para Cirurgia; Reabilitação.

### Atividades

- Projeto de Promoção da Alimentação Saudável: PASSE; Heróis da Fruta; CresSer; Outros Projetos
- Projeto de Prevenção de Consumos Nocivos: PELT; Outros Projetos

### Indicadores de Impacto

- TxBM por AVC <65 anos;
- TxBM por Doença Isquémica Cardíaca <65 anos;
- TxBM por Diabetes <65 anos;
- TxBM por Tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmões <65 anos;
- TxBM por **Tumores malignos do Estômago <65 anos**

### Indicadores de Outcome e Resultados

Indicador	Resultado (2014)
Percentagem de HTA diagnosticados na população inscrita com idade <65 anos	12%
Percentagem de HTA vigiados sem complicações	24,20%
Percentagem de HTA vigiados com complicações	2,70%
Percentagem de HTA com compromisso de vigilância com idade <65 anos	Sem dados
Número de consultas de cessação tabágica	
Número de <i>Diabetes Mellitus</i> na população inscrita (/1000)	9,10%
Taxa de Prevalência de fumadores	7,10%
Consumo excessivo de Álcool	1,20%
Percentagem de inscritos com obesidade	4,60%

Fonte: SIARS



Plano Nacional de Saúde

# Centro //

## Administração Regional de Saúde do Centro

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE CENTRO, IP

ACES COVA DA BEIRA

ACES DÃO LAFÕES

ACES DO BAIXO MONDEGO

ACES DO BAIXO VOUGA

ACES PINHAL INTERIOR NORTE

ACES PINHAL LITORAL

ULS GUARDA, EPE

ULS CASTELO BRANCO, EPE

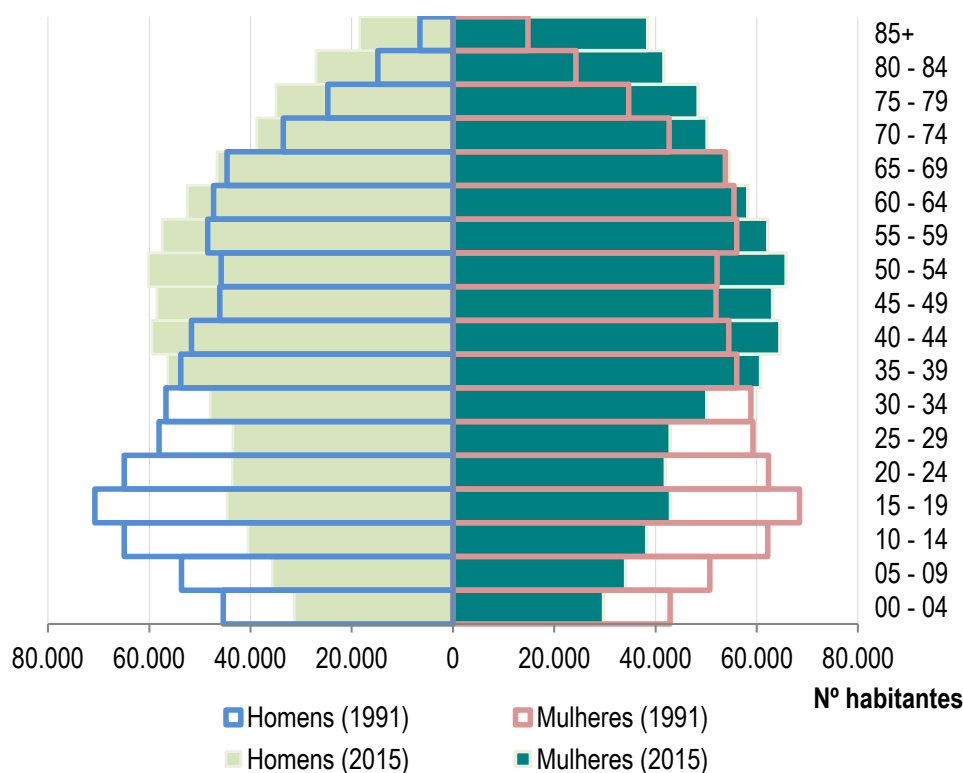


## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP

### PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO DO CENTRO NO ANO DE 2016

#### Caracterização socio-demográfica

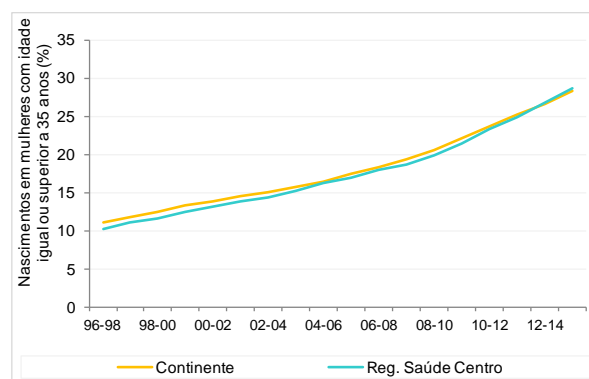
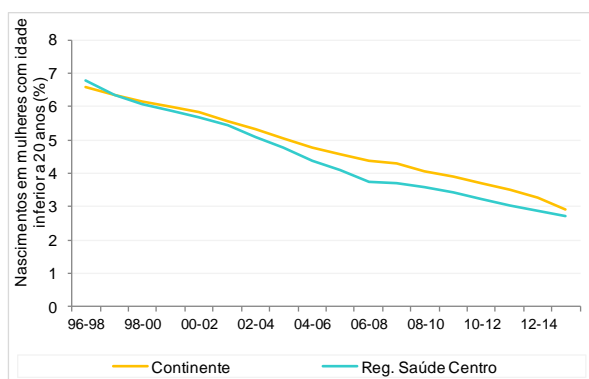
A Região de Saúde do Centro tem 1 685 307 habitantes, que representam 17% da população do Continente (estimativa anual de população para 2015). Os 78 concelhos da região abrangem uma área de 23 671 Km<sup>2</sup>, que corresponde a 27% do território de Portugal Continental.



Entre os censos de 2001 e de 2011, a população da região diminuiu 2,2%. Este facto associado ao decréscimo da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida introduz acentuadas transformações na pirâmide etária, com estreitamento da base e alargamento do topo, refletindo e acompanhando o envelhecimento que caracteriza a população do Continente. A *esperança de vida à nascença* tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo de 81 anos na região no triénio 2012-2014.

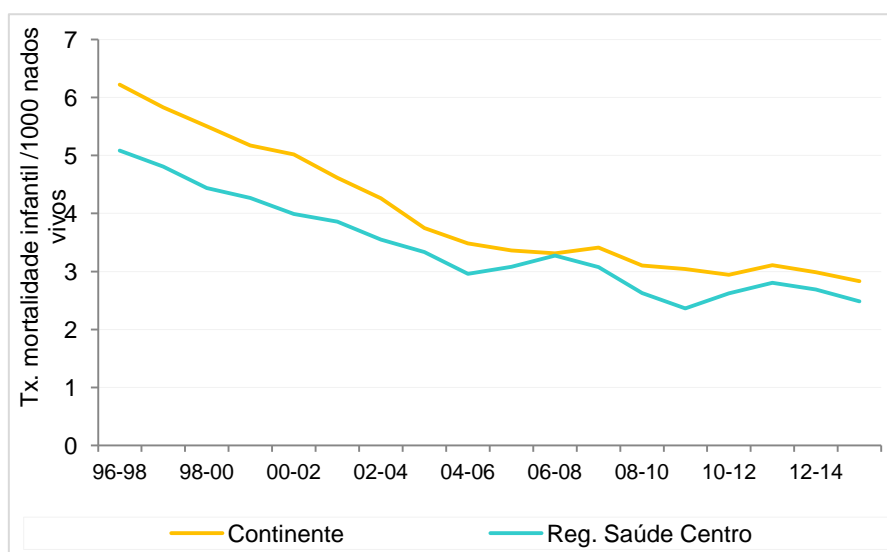
A taxa bruta de natalidade tem vindo a decrescer, mantendo-se inferior à do Continente, sendo em 2015 de 7 nados vivos por 1 000 habitantes na região.

Os nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos têm vindo a diminuir nos últimos anos na região. Já os nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos têm vindo a aumentar nos últimos anos, tendo ultrapassado ligeiramente os valores do Continente no triénio 2013-2015.



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: NE, IP)

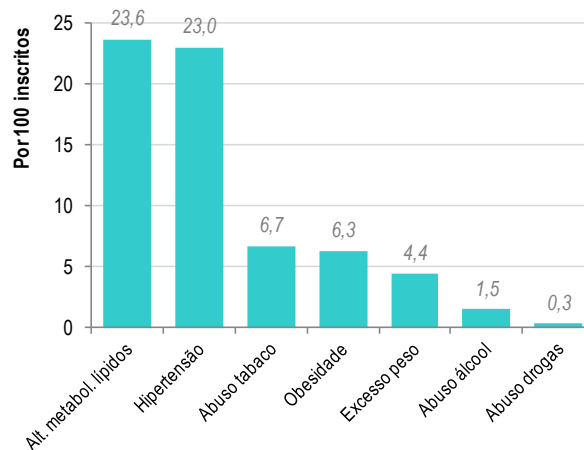
É de assinalar a diminuição progressiva da taxa de mortalidade infantil na região, mantendo-se sempre inferior à do Continente. No triénio 2013-2015 a taxa foi de 2,5/1000 nados vivos na região e de 2,8/1000 nados vivos no Continente.



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: NE, IP)

## Caracterização epidemiológica da população

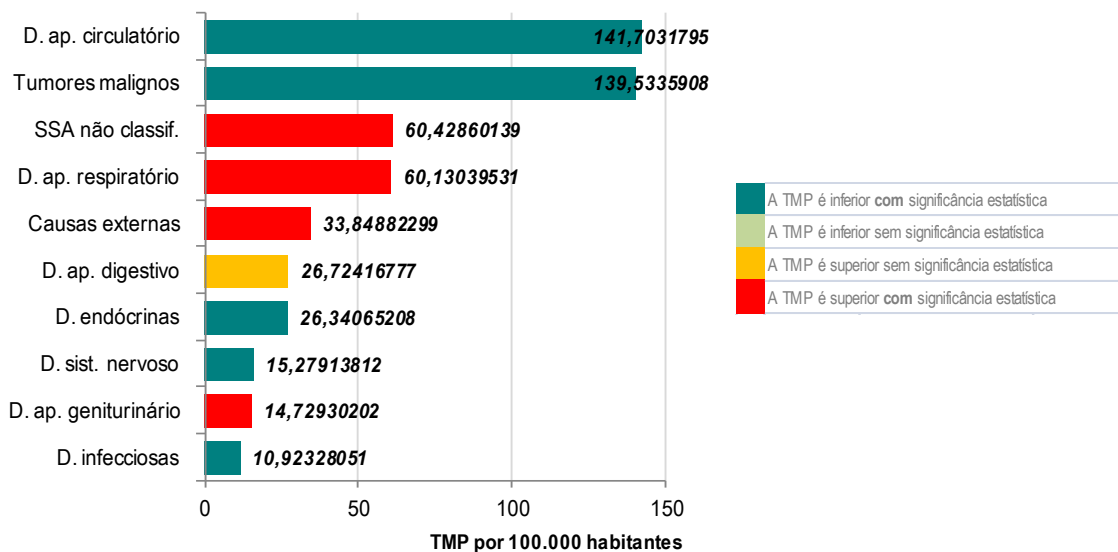
De entre os **fatores de risco e determinantes de saúde** registados nos Cuidados de Saúde Primários e obtidos através do sistema de informação das ARS (SIARS), a alteração do metabolismo dos lípidos apresenta a maior proporção de inscritos com diagnóstico ativo, logo seguida da hipertensão, no ano de 2015.



Fonte: SIARS

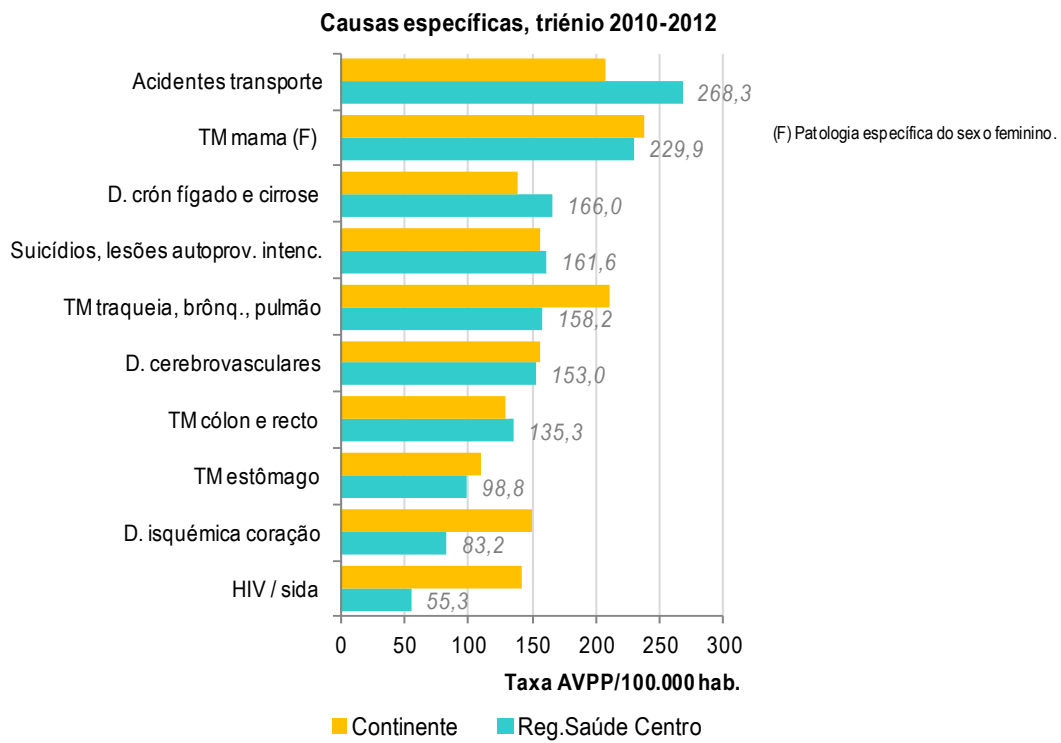
Observando as **taxas de mortalidade padronizadas** pela idade para todas as idades e ambos os sexos, os principais grupos de causas de morte na região são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, com valores inferiores ao do Continente e com significância estatística. São de referir ainda as doenças do aparelho respiratório e as causas externas, com valores acima do Continente e com significância estatística.

#### Grandes causas, todas as idades, triénio 2010-2012



A evolução da **taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP)** até aos 70 anos, para ambos os sexos, indica que as nove principais causas específicas de AVPP mantiveram-se nos últimos triénios.

Os acidentes de transporte e o tumor maligno (TM) da mama feminina são as causas de AVPP com maior dimensão na região.



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: NE, IP)

## PLANO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO NO ANO DE 2015-2016

### Objetivos

#### Diminuir a MORTALIDADE prematura por:

- Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em ambos os sexos
- Tumor maligno do cólon e recto em ambos os sexos
- Tumor maligno da mama feminina
- Tumor maligno do estômago em ambos os sexos
- Doenças cerebrovasculares em ambos os sexos
- Doença isquémica cardíaca em ambos os sexos
- Doença crónica do fígado e cirrose em ambos os sexos
- Suicídio em ambos os sexos
- Acidentes de transporte em ambos os sexos

#### Promover o diagnóstico de MORBILIDADE por:

- Diabetes
- Doenças dos dentes e gengivas
- Asma

#### Intervir nos FATORES DE RISCO /DETERMINANTES DE SAÚDE:

- Promovendo o diagnóstico de Hipertensão arterial
- Promovendo a quantificação de hábitos tabágicos
- Promovendo o diagnóstico de excesso de peso e obesidade
- Promovendo o diagnóstico de abuso crónico de álcool



Estratégias	Áreas de Intervenção
<b>DOENÇAS DE EVOLUÇÃO PROLONGADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção e Controlo da Diabetes</li> <li>• Prevenção da Doença Oncológica</li> <li>• Doenças Respiratórias</li> </ul>
<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente</li> </ul>
<b>DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilância e Controlo das Doenças Cardiovasculares</li> </ul>
<b>REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de Cuidados Continuados Integrados</li> </ul>
<b>ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da Alimentação Saudável</li> <li>• Promoção da Saúde em Contexto Escolar</li> <li>• Promoção da Saúde Oral</li> <li>• Promoção da Saúde Ocupacional</li> <li>• Dependências (tabaco; álcool)</li> <li>• Doenças Infeciosas e Transmissíveis</li> <li>• Prevenção de Acidentes</li> </ul>
<b>SAÚDE MENTAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de Saúde Mental na Comunidade</li> <li>• Observatório para a Violência Familiar/Entre Parceiros Íntimos (VPI)</li> <li>• Projeto +Contigo</li> </ul>
<b>SAÚDE AMBIENTAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilância da Qualidade da Água</li> <li>• Gestão da Qualidade do Ar</li> <li>• Gestão de Resíduos Hospitalares</li> <li>• Gestão de Riscos em Saúde Ambiental</li> <li>• Temperaturas Adversas Extremas (Calor; Frio)</li> </ul>
<b>REDE DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços dos Laboratórios de Saúde Pública com os programas de saúde</li> </ul>

## Metas – Indicadores e Resultados

Indicadores	Unidade	Sexo	Fonte de dados	Último valor			Projeção 2016	Meta 2016
				Continente	Centro	Ano		
<b>MORTALIDADE</b>								
Taxa padronizada de AVPP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	/100.000 habitantes	Ambos	INE	179,2	<b>121,0</b>	2012	136,4	117,1
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por tumor maligno do cólon e recto	/100.000 habitantes	Ambos	INE	7,3	<b>7,2</b>	2012	7,8	7,2
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por tumor maligno da mama feminina	/100.000 mulheres	Feminino	INE	12,2	<b>17,8</b>	2012	8,0	8,0
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por tumor maligno do estômago	/100.000 habitantes	Ambos	INE	6,2	<b>5,1</b>	2012	5,07	5,07
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por doenças cerebrovasculares	/100.000 habitantes	Ambos	INE	8,4	<b>7,5</b>	2012	4,9	4,9
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por doença isquémica cardíaca	/100.000 habitantes	Ambos	INE	7,8	<b>4,6</b>	2012	2,6	2,6
Taxa padronizada de AVPP por doença crónica do fígado	/100.000 habitantes	Ambos	INE	113,0	<b>119,9</b>	2012	98,2	86,0
Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por suicídio	/100.000 habitantes	Ambos	INE	6,1	<b>5,9</b>	2012	9,9	5,9
Taxa padronizada de AVPP por acidentes de transporte	/100.000 habitantes	Ambos	INE	173,0	<b>226,4</b>	2012	154,4	114,1
<b>MORBILIDADE</b>								
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de diabetes (T89 e T90) CSP	/100 inscritos	Ambos	SIARS	6,9	<b>7,6</b>	2014	8,8	8,5
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de doenças dos dentes e gengivas (D82)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	<b>3,1</b>	2014	3,9	3,9
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de asma	/100 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	<b>2,1</b>	2014	2,5	3,0
<b>FATORES DE RISCO / DETERMINANTES DE SAÚDE</b>								
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de hipertensão arterial (K86 e K87)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	19,7	<b>21,9</b>	2014	25,9	23,1
Percentagem de utentes dos CSP com codificação de abuso de tabaco (P17)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	8,0	<b>5,6</b>	2014	7,1	7,1
Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de excesso de peso (T83) e obesidade (T82)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	<b>5,3</b>	2014	7,0	7,0
Proporção de utentes dos CSP com codificação de abuso crónico de álcool (P15)	/1.000 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	<b>12,2</b>	2014	15	15

## ACES COVA DA BEIRA

### PERFIL DE SAÚDE - ACES COVA DA BEIRA EM OUTUBRO DE 2016

O Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACeS CB) foi criado pela Portaria 274/2009 de 18 de Março. Tem como área geográfica de atuação os concelhos de Belmonte, Covilhã e Fundão pertencentes à Sub-região Estatística da Cova da Beira (NUTs III) da Região Centro, Distrito de Castelo Branco. Iniciou o seu funcionamento em Março de 2009 o que implicou a reorganização interna dos Centros de Saúde de Belmonte, Covilhã e Fundão que o constituem.

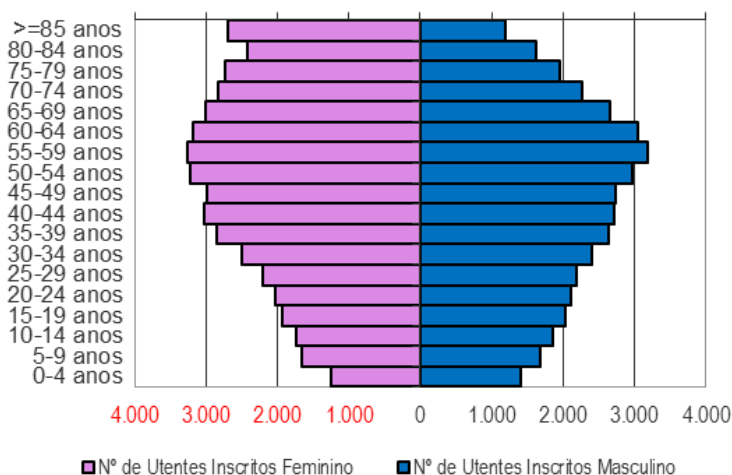
Mapa 1 - Enquadramento Geográfico



O ACeS CB abrange uma área geográfica de 1.344,6Km<sup>2</sup>, com uma população de 84.869 habitantes, segundo os censos de 2011, representando 5% da população da região (1 705.485 habitantes), tendo em Janeiro de 2016 86.197 utentes inscritos, 45.527 do sexo feminino (52,8%) e 40.670 do sexo masculino (47,2%).

Da análise do gráfico 1 seguinte podemos constatar que pirâmide etária é simétrica em termos de género, excepção às idades superiores aos 70 anos em que o género feminino tem predominância evidente. Situação a que não será alheia a maior esperança de vida do género feminino.

**Gráfico 1** - Pirâmide Etária do Utentes do ACeS CB



FONTE: ACeS Cova da Beira, Janeiro 2016

Estamos perante uma pirâmide etária invertida da base para o topo, em que as idades jovens decrescem em relação às idades adultas. Podemos ainda verificar que com o decorrer do tempo o valor modal sobe de idade, mais expressivo e linear no topo da pirâmide. Assim, estamos perante um fenómeno de envelhecimento da população que se torna mais acentuado no interior do país.

Entre os censos (2001 e 2011) o crescimento populacional no ACeS foi negativo (-6,1%), mais acentuado que o decréscimo na população da região (-2,2%) e foi inverso ao registado no Continente, cujo crescimento populacional foi positivo (1,8%). O índice de envelhecimento (213,5) tem aumentado e é bastante superior ao da região e do Continente. A esperança de vida à nascença (80,9 anos) aumentou em ambos os sexos e é muito próxima do valor da região e do Continente. A taxa bruta de natalidade (6‰) tem diminuído e regista valores inferiores aos da região e do Continente.

Nos determinantes da saúde analisados, no seu geral, apresentam valores inferiores à região e Continente. Verifica-se também que as proporções são idênticas para cada sexo, exeto nos inscritos com diagnóstico de abuso crónico de álcool, em que a proporção é notoriamente superior no sexo masculino.

Das principais morbilidades salientam-se a Hipertensão, a Dislipidémias e a Diabetes.

### Quadro 1 – Principais Morbilidades no ACeS CB

Morbilidades	Prevalência no ACES (‰)
Hipertensão	154,5
Dislipidémia	124,5
Diabetes	72,1

FONTE: SIARS e Diagnóstico de Saúde do ACeS Cova da Beira, Dezembro 2015

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES COVA DA BEIRA NO ANO DE 2014-2016

O ACeS CB é um serviço público de saúde constituído por várias Unidades Funcionais (UF), 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Saúde Pública (USP), e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), dotado de uma gestão rigorosa, equilibrada, que, ciente das necessidades da sua população e do desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e, da melhoria no acesso aos cuidados de saúde procura reduzir as iniquidades e obter maiores ganhos em saúde, qualidade de vida e satisfação dos cidadãos. Assim, o Plano Estratégico é o instrumento basilar no alicerçar de toda a ação a ser desenvolvida pelo ACeS, permitindo, posteriormente, a avaliação da performance no desenvolvimento da sua missão.

As orientações estratégicas do ACeS CB, procuram ter como vetores estratégicos os ganhos em saúde; a mudança organizacional, centralizada no cidadão e no trabalho de equipa; e a contratualização, pretendendo melhorar a eficiência, eficácia e a efetividade, como garante da sustentabilidade do SNS, salientando-se como principais Linhas Estratégicas (LE) que conduzirão a sua atividade as seguintes:

- LE 1** – Impulsionar estilos de vida saudáveis e prevenir a doença;
- LE 2** – Minimizar as iniquidades em saúde;
- LE 3** – Promover a cobertura universal e continuidade dos cuidados de saúde;
- LE 4** – Melhorar a qualidade assistencial e promover a governação clínica;
- LE 5** – Apostar na qualificação e motivação dos profissionais;
- LE 6** – Fortalecer o nível organizacional e garantir a sustentabilidade do sistema;
- LE 7** – Reforço da imagem institucional e notoriedade.



Indicadores	Prioridades em Saúde / Estratégias	Metas			
		Hist.	2014	2015	2016
<b>Objectivo Estratégico: Otimizar a Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença</b>					
<b>1.1.</b>	<b>Promoção da Saúde</b>				
<b>1.1.1.</b>	<b>Programa nacional para a promoção da alimentação saudável</b>				
1.1.1.1.	Projeto "pão.come"				
	Concelhos do ACeS com cadastro das padarias	-	33%	66%	100%
	Padarias cadastradas dos Concelhos do ACeS com colheitas de pão	-	60%	70%	75%
1.1.1.2.	Projeto "sopa.come"				
	Concelhos do ACeS com colheitas de sopa	-	0%	33%	66%
1.1.1.3.	Projeto "oleovita"				
	Concelhos com pesquisa de compostos polares nos óleos de fritura	-	0%	33%	66%
<b>1.1.2.</b>	<b>Tabagismo</b>				
	Nº de Unidades de Saúde com consulta de tabagismo	1	2	2	3
<b>1.1.3.</b>	<b>Problemas ligados ao álcool</b>				
	Nº de Unidades de Saúde com consulta de alcoologia	2	2	2	3
<b>1.1.4.</b>	<b>Promoção da saúde em meio escolar</b>				
	Alunos abrangidos por saúde escolar	32%	38%	44%	50%
	Educadores de Infância e Professores abrangidos por saúde escolar	37%	41%	45%	49%
1.1.4.1.	Projetos Regionais "conta, peso e medida" / "Independências" / "Mais Contigo"				
	Nº de equipas SE que implementaram pelo menos um Projeto	0	1	2	3
1.1.4.2.	Saúde oral				
	Taxa de cheques dentistas emitidos por coortes	-	90%	94%	98%
	Taxa de utilização do 1º cheque dentista emitido a crianças e jovens	33%	42%	48%	54%
	Taxa de Documentos de Referenciação emitidos a crianças e jovens de H. Oral	74%	76%	78%	80%
<b>1.1.5.</b>	<b>Saúde ocupacional</b>				
	Polos assistenciais com avaliação das condições de higiene e segurança	-	60%	70%	80%
<b>1.1.6.</b>	<b>Saúde ambiental</b>				
1.1.6.1.	Programa de vigilância sanitária de água para o consumo humano				
	Vigilância sanitária das águas para consumo humano	-	90%	92%	95%
1.1.6.2.	Vigilância e controlo da qualidade da água mineral nos estabelecimentos termais				
	Estabelecimentos termais com avaliação da implementação dos prog. de controlo de qualidade da água mineral natural em cumprimento das orientações da DGS	100%	100%	100%	100%
1.1.6.3.	Programa de águas balneares / Programa de vigilância sanitária de piscinas				
	Vigilância Sanitária em Praias Fluviais Classificadas e Piscinas Públicas / Com avaliação de risco (%)	-	90%	95%	97%

Indicadores	Prioridades em Saúde / Estratégias	Metas			
		Hist.	2014	2015	2016
<b>Objectivo Estratégico: Otimizar a Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença</b>					
<b>1.2. Prevenção da doença</b>					
<b>1.2.1. Vigilância epidemiológica, prevenção e controlo das dças infecciosas</b>					
	%de Declarações de Doenças Obrigatórias (DDO) comunicadas à Autoridade de Saúde com Inquérito Epidemiológico realizados	-	80%	85%	90%
1.2.1.1.	Plano regional (programa) de prevenção e controlo do VIH/SIDA				
	N.º de Centros de Saúde do ACeS / UCSP com teste rápido de VIH	1	3	4	5
	N.º de utentes com Tuberculose Dça/Infecção, em acompanhamento no CDP, com o teste de VIH realizado no final do tratamento	-	80%	85%	90%
1.2.1.2.	Infecção associada a cuidados de saúde / Campanha de higienização das mãos				
	UF com formação realizada aos profissionais neste âmbito	-	-	90%	100%
1.2.1.3.	Programa nacional de vacinação				
	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido, até ao 2.º aniv.	-	92%	93%	94%
	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido, até ao 7.º aniv.	-	95%	96%	96%
	Proporção de crianças com 14 anos, com PNV totalmente cumprido, até ao 14.º aniv.	-	82%	84%	86%
	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm vacina antitetânica actualizada	-	75%	80%	83%
	Taxa de cobertura da VASPR (2 dose) entre os jovens com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos inclusive	98%	98,20%	98,40%	98,60%
<b>1.2.2. Programas de prevenção e controlo das doenças de evolução prolongada</b>					
1.2.2.1.	Programa de prevenção e controlo da diabetes				
	N.º de UCSP com consulta organizada do Pé Diabético	1	2	3	4
	Percentagem de pessoas com HbA1c >= %6,5 e <=8%, de entre as pessoas com o diagnóstico de diabetes / ano	-	43%	47%	50%
1.2.2.2.	Programa de prevenção das doenças oncológicas				
1.2.2.2.1	Programa de rastreio do cancro da mama				
	Mulheres entre [50,70 anos[ com mamografia registada nos últimos 2 anos	35%	40%	45%	50%
1.2.2.2.2	Programa de rastreio do cancro do colo do útero				
	Proporção de mulheres entre [25-60[ anos com colpocitologia nos últimos 3 anos	26%	40%	45%	50%
1.2.2.3.	Programa de prevenção e controlo das doenças cardio-cérebro-vasculares				
	Proporção de utentes com HTA (sem doença cardiovascular nem diabetes) com determinação de risco CV nos últimos 3anos	3.8%	15%	20%	25%

## ACES DÃO LAFÕES

### PERFIL DE SAÚDE - ACES DÃO LAFÕES (atualizado a outubro de 2016)

<p><b>Quem somos?</b></p>	<p><i>O ACeS Dão Lafões (DL) abrange uma população residente de 259.168 habitantes; corresponde a 15,4% do total da Região Centro (RC), sendo 52,8% do sexo feminino, 12,6% do grupo etário dos 0-14 anos e 23,9% com ? 65 anos de idade. Houve um decréscimo populacional de 3% no ACeS DL no período intercensitário 2001-2011; o índice de envelhecimento tem vindo a crescer (189,7%), sendo inferior à ARS Centro (ARSC), mas superior ao Continente; o índice de dependência de jovens está a diminuir (19,9%), mas é superior à ARSC; o índice de dependência de idosos (37,7%) é superior à ARSC e ao Continente e o índice de longevidade (52,2%) é superior ao Continente. Tem aumentado a esperança média de vida à nascença (81,6 anos, em ambos os sexos), sendo superior à RC e Continente. Os saldos migratório e natural são negativos; a taxa bruta de natalidade (6,7‰) aumentou em 2015, mas continua inferior à ARSC e Continente; o índice sintético de fecundidade é baixo (1,1) e inferior à ARSC e Continente.</i></p>
<p><b>Como vivemos?</b></p>	<p><i>A taxa de atividade da população é inferior à RC e Continente; o setor económico com maior peso é o terciário, superior à ARSC e inferior ao Continente; o setor com menor peso é o primário (4,7%), mas superior ao nacional e ARSC; tem vindo a descer o número de desempregados no ACeS DL, mas com uma taxa de variação inferior ao verificado na ARSC e Continente; há 61,9‰ desempregados &gt; 15 anos (valor superior à ARSC); os beneficiários do Rendimentos Social de Inserção (25,4‰) têm vindo a diminuir, mas com valor superior à ARSC; os pensionistas (368,0‰; inferiores à ARSC, mas, superior ao Continente); o valor médio das pensões da Segurança Social é inferior à ARSC e Continente; a população com subsídio de desemprego tem vindo a diminuir (19,5‰), mas é superior à ARSC; o poder de compra <i>per capita</i> (81,6) é inferior à RC e Continente; a população residente com ensino superior completo é inferior à RC e Continente; a taxa de analfabetismo (7,1%) e população sem qualquer nível de escolaridade completo (21,0%) é superior à RC e Continente; a taxa de abandono escolar (1,5%) é superior à ARSC; a população servida por abastecimento público de água (91,9%) e por sistemas de drenagem de águas residuais (77%), é inferior à da ARSC e Continente; 4,6% da população sem qualquer sistema de esgotos (superior à RC e Continente). As taxas de criminalidade (24,2‰), de crimes contra a integridade física (4,5‰) e de condução com alcoolémia &gt;1,2 (1,6‰) são inferiores à ARSC e Continente.</i></p>
<p><b>Que escolhas fazemos?</b></p>	<p><i>A idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é inferior à RC e Continente (29,8 anos); a percentagem de nascimentos em mães &lt;20 anos de idade (2,6%) é inferior à ARSC e Continente, bem como a de mães ? 35 anos de idade (26,4 %), com tendência crescente; a percentagem de partos hospitalares (99,5%) é superior à RC e Continente. Na população inscrita, 1,3% têm abuso de álcool, 5,8% têm hábitos tabágicos, 0,3% com consumo de drogas e 4,8% apresentam excesso de peso.</i></p>

Que saúde temos?

**Mortalidade** – A taxa bruta de mortalidade (12,2 ‰) é superior ao continente e ligeiramente superior à RC, mas, quando padronizada por idade (5,37‰) é inferior à RC e Continente. Relativamente às taxas de mortalidade trienais: a infantil (2,5‰) é igual à da RC, e inferior à do Continente; as neonatal (0,8‰) e neonatal precoce (0,6‰) são inferiores à RC e Continente; a pós-neonatal (1,8‰) é superior à ARSC e Continente; as taxas fetal tardia (2,3‰) e perinatal (2,9‰) são inferiores à ARSC. A mortalidade proporcional para todas as idades é superior à ARSC por: doenças do aparelho circulatório (31,7%; primeira causa), tumores malignos (22,4%; segunda causa), doenças dos aparelhos respiratório (14,4%; terceira causa) e digestivo (4,6%). As taxas de mortalidade prematuras (<75 anos) padronizadas são todas mais elevadas no sexo masculino, exceto, nos tumores malignos dos ossos, pele e mama e dos órgãos genitourinários; quando comparadas com a ARSC, em ambos os sexos, são superiores: nas doenças cerebrovasculares, do ior à RC e Continente; a taxa de abandono escolar (1,5%) é superior à ARSC; a população servida por abastecimento público de água (91,9%) e por sistemas de drenagem de águas residuais (77%), é inferior à da ARSC e Continente; 4,6% da população sem qualquer sistema de esgotos (superior à RC e Continente). As taxas de cr

**Morbilidade** – As taxas de incidência de infeção VIH e de SIDA são inferiores à ARSC; contrariando a tendência decrescente dos últimos anos, em 2015, a taxa de novos casos de infeção VIH subiu (5,0 por 100 mil), mantendo-se a de SIDA (0,8 por 100 mil). As taxas de incidência e de notificação de tuberculose têm vindo a subir e são superiores aos valores da ARSC. As notificações de Doenças de Declaração Obrigatória (DDO) estão a aumentar, sendo a tuberculose a doença mais notificada, seguindo-se as Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST); no entanto, analisando os casos confirmados de DDO, verifica-se que as IST ocupam o primeiro lugar e a tuberculose o segundo.

**Nos inscritos**, de acordo com os ICPC-2 preenchidos, as principais morbilidades relacionam-se com estilos de vida: alteração do metabolismo dos lípidos (1º lugar; 24,7%), hipertensão arterial (21,1%), perturbação depressiva (11,4%); doenças dos dentes e gengivas (7,9%), diabetes (7,7%), obesidade (6,6%), osteoartrose do joelho (5,3%) e da anca (2,8%), osteoporose (3%) e asma (1,8%). As morbilidades que mais aumentaram (2014/2015) foram a diabetes tipo 2, a alteração do metabolismo dos lípidos e a perturbação depressiva, em 1º, 2º e 3º lugar, respetivamente; as neoplasias malignas com maior prevalência são os cancro da mama, próstata e cólon/reto, em 1º, 2º e 3º lugar, respetivamente.

As taxas de cobertura vacinal são ? 95%, exceto para tétano e difteria (Td) nas coortes dos 25 (87,2 %) e 65 anos (87,5 %); tem vindo a subir a taxa de cobertura em planeamento familiar (34,1%), bem como a percentagem de mulheres em idade fértil com pelo menos uma colpocitologia nos últimos 3 anos (65,3%) e de mulheres entre 50-70 anos com ? 1 mamografia, nos últimos três anos (60,9%); tem vindo a melhorar a precocidade das primeiras consultas de saúde materna (1º trimestre de gravidez - 89,4%), bem como o número de consultas de revisão de puerpério. Relativamente à precocidade da primeira consulta de saúde infantil na vida das crianças, 78,7% efetuaram-na até aos 28 dias de vida.

### Prioridades de saúde identificadas

- Perturbação depressiva
- HTA e outras doenças cerebrocardiovasculares
- Asma, DPOC e outras doenças respiratórias
- Óbitos em acidentes de viação
- Abuso crónico do álcool/mortalidade por doenças crónicas do fígado e cirrose
- Tumores malignos do cólon/reto, mama e próstata
- Infeção VIH/SIDA e outras IST
- Tuberculose
- Diabetes tipo 2
- Alteração do metabolismo dos lípidos e obesidade

Prioridades de saúde identificadas	Fatores de Risco/Determinantes a intervir
<b>Doenças Cardio-cerebrovasculares</b>	<p>Reduzir a incidência e a prevalência da hipertensão arterial e dislipidemias na população;</p> <p>Reduzir a incidência da Diabetes Mellitus tipo 2 e aumentar a percentagem de Diabéticos tipo 2 controlados;</p> <p>Combater a prevalência e reduzir a incidência de obesidade;</p>
<b>Tumores Malignos</b>	<p>Promover hábitos alimentares saudáveis, controlando o excesso de peso e obesidade, com início na população infantil e escolar;</p> <p>Reduzir a incidência e a prevalência do consumo de tabaco na população ? 14 anos;</p> <p>Reduzir a incidência e a prevalência do consumo de álcool na população ? 14 anos;</p> <p>Combater o sedentarismo e promover a atividade física</p>
<b>Doença Crónica do Fígado e Cirrose</b>	Reduzir a incidência e a prevalência do consumo de álcool na população ? 14 anos;
<b>Perturbações Depressivas</b>	
<b>Doenças do Aparelho Respiratório (DPOC/Pneumonia)</b>	<p>Reduzir a incidência e a prevalência do consumo de tabaco na população ? 14 anos;</p> <p>Promover locais de trabalho mais saudáveis;</p>
<b>Acidentes</b>	Promover a circulação segura de pessoas e veículos;

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DÃO LAFÕES 2014-2016 (atualizado a outubro de 2016)

### Orientação Estratégica

#### Ganhos em Saúde

- Pretende-se melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos definindo áreas prioritárias de atuação, orientando a organização para a utilização mais adequada dos recursos disponíveis;

#### Mudança Organizacional

- Pretende-se implementar uma cultura de melhoria contínua, baseada numa atitude de proatividade e adaptação à permanente mutação social, económica e tecnológica; é necessário estabelecer uma nova relação com os cidadãos, capacitando-os e envolvendo-os numa participação mais ativa;

#### Contratualização/Sustentabilidade do SNS

- Pretende-se melhorar os canais de comunicação com os outros serviços e níveis de cuidados para uma efetiva articulação integrada que beneficie o cidadão através dos cuidados de saúde prestados com maior qualidade e em tempo útil.

A contratualização, no contexto das propostas contemporâneas da gestão pública, transformou-se num instrumento de gestão que permite um maior controle pretendendo contribuir para o grande dilema da sustentabilidade do SNS.

## Objetivos

- Garantir o acesso a cuidados de proximidade através de uma equipa de saúde familiar;
- Aumentar a acessibilidade, proximidade, qualidade e conseqüente aumento da satisfação dos utilizadores;
- Fomentar novas candidaturas a USF e o desenvolvimento e consolidação das diferentes unidades funcionais;
- Inovar e melhorar a articulação e referenciação com os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados.

## Atividades

- No âmbito dos seguintes programas/projetos:
  - **Promoção da Alimentação Saudável:** Pão.come; Oleovitae; Sopa.come; Vigilância epidemiológica das toxinfecções alimentares coletivas; Vigilância das condições higiossanitárias de padarias, pastelarias, Instituições Particulares de Solidariedade Social e estabelecimentos de restauração e bebidas e outros
  - **Promoção da saúde em meio escolar** e de outros projetos específicos neste âmbito, nomeadamente, + Contigo, Conta, Peso e Medida e Independências
  - **Saúde Oral**
  - **Saúde Ambiental:** Qualidade de água para consumo humano; Vigilância da qualidade das zonas balneares interiores; Vigilância e controlo da água mineral nos estabelecimentos termais; Plano estratégico do baixo carbono; Vigilância sanitária nas piscinas; Plano de contingência para temperaturas extremas adversas; Intervenção em saúde dos ex-trabalhadores das minas da Urgeiriça; Vigilância sanitária de instalações radiológicas;
  - **Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos**
  - **Prevenção e controlo da infeção VIH/SIDA**
  - **Prevenção de acidentes**
  - **Saúde ocupacional**
  - **Doenças de evolução prolongada:** Diabetes; Doenças oncológicas; Doenças cardiocerebrovasculares e Doenças respiratórias
  - **Tabagismo**
  - **Problemas ligados ao álcool**
  - **Vacinação**
  - **Rastreios oncológicos**

- Elaboração de mapa de necessidades formativas
- Formação/sensibilização para os profissionais de saúde das diversas UF
- Atualização do Perfil de Saúde pelo Observatório Local de Saúde
- Reuniões de acompanhamento da contratualização
- Implementação e acompanhamento da carta de qualidade
- Elaboração/divulgação de manuais de boas práticas no atendimento
- Elaboração e acompanhamento de candidaturas a certificação da qualidade
- Identificação e discussão de indicadores a contratualizar com as UF
- Monitorização dos indicadores contratualizados
- Elaboração de manuais de acolhimento por perfil profissional

### Metas/Indicadores/Resultados

De acordo com o Plano de Desempenho do ACeS Dão Lafões publicado.

Contratualização Externa 2016 - ACeS Dão Lafões				
Eixo	Indicador	2015		Meta 2016
		Meta	Atingido	2016
Nacional	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	90,00%	87,40%	88,00%
	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	132,0‰	143,2‰	143,0‰
	Proporção medicamentos prescritos, que são genéricos	55,00%	51,90%	55,00%
	Proporção de utentes ? 14 anos com registo de hábitos tabágicos	46,00%	46,30%	53,00%
	Proporção consultas médicas presenciais com ICPC-2	92,00%	95,10%	96,00%
	Taxa internamento DCV entre residentes < 65 anos *	10,00%	9,24%	9,00%
	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	0,553	0,52	0,57
	Proporção de RN de termo de baixo peso*	1,27%	1,85%	1,85%
	Proporção de jovens 14 anos com consulta (médica) de vigilância e PNV	58,00%	64,90%	68,00%
	Incidência de amputações <i>major</i> nos membros inferiores (DM), em residentes*	0,20%	0,15%	0,18%
	Proporção de idosos sem ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	68,00%	67,90%	69,00%
	Despesa medicamentos faturados por utilizador (PVP)	167,20 €	179,30 €	175,00 €
	Despesa MCDTs faturados por utilizador (preço convencionado)	44,80 €	58,00 €	57,00 €
Indicador de medição da satisfação dos utentes*	nd	nd	nd	
Regional	Proporção hipertensos com determinação de risco CV (3 A)	39,00%	52,10%	56,50%
	Índice de acompanhamento adequado em utentes com DM	0,7	0,71	0,73
	Proporção mulheres [25; 60[ anos, com colpocitologias (3 anos)	50,00%	44,00%	50,00%
	Proporção de novos DM2 em terapêutica com metformina monoterapia	70,00%	67,70%	71,00%
Local	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	20,0‰	21,5‰	23,0‰
	Proporção mulheres [50; 70[ anos, com mamografia (2 anos)	63,50%	63,70%	65,00%

Fonte: Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde (SIARS) e \*Sistema de Informação de suporte à Contratualização e Acompanhamento (SICA)

nd - dado não disponível

---

## ACES BAIXO MONDEGO

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES BAIXO MONDEGO NO ANO DE 2016

#### Caracterização socio-demográfica

O ACeS Baixo Mondego abrange uma população residente de 352 592 habitantes e representa cerca de 16% da população da região (2 281 164 habitantes).

O índice de envelhecimento da população, no ACeS Baixo Mondego, é de 183,6%, o que significa que por cada 100 jovens havia 184 idosos. Em 2011 era de 173. O valor do índice no ACeS, é superior ao da Região Centro (170,3%) e ao de Portugal Continental (138,9%). Relativamente à análise por concelhos Mortágua e Soure, são os concelhos com o maior índice de envelhecimento 256,5% e 246,5%, respetivamente.

Verificou-se igualmente o agravamento do índice de dependência total, que passou de 55 em 2011 para 56 em 2013, o que significa que, por cada 100 pessoas em idade ativa existem 56 dependentes. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que subiu de 34 em 2011 para 36 em 2013. O índice de dependência de jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição ainda que ligeira, de 19,8 para 19,7.

O quadro seguinte revela-nos que os índices de dependência de idosos são superiores a 30% em todos os Concelhos do ACeS Baixo Mondego, com exceção de Condeixa-a-Nova, e no caso de Soure, Mortágua e Penacova são superiores a 40%.

O índice de dependência de jovens no ACeS Baixo Mondego é de 19,7%, valor inferior à região Centro (20,7%) e a Portugal Continental (22,2%).

## Índice de envelhecimento, de dependência e de longevidade

	Índice de Envelhecimento	Índice de Dependência de idosos	Índice de Dependência de Jovens	Índice de dependência Total	Índice de longevidade
<b>Portugal</b>	138,9	30,8	22,2	53,0	49,1
<b>Região Centro</b>	170,3	35,3	20,7	56,1	52
<b>Baixo Mondego</b>	183,6	36,2	19,7	55,9	50,1
Mealhada	161,6	33,3	20,6	53,9	53,9
Cantanhede	205,2	39,8	19,4	59,1	51,2
Coimbra	176,3	34,3	19,5	53,8	48,4
Condeixa-a-Nova	120,4	28,7	23,9	52,6	50,4
Figueira da Foz	181,7	36,3	20,0	56,3	49,8
Mira	197,2	39,5	20,0	59,5	50,3
Montemor Velho	181,2	35,3	19,5	54,8	52,5
Penacova	226,0	40,8	18,0	58,8	52,1
Soure	246,5	47,0	19,1	66,0	55,1
Mortágua	256,5	45,3	17,6	62,9	52,1

Fonte: INE, I.P.

A esperança de vida à nascença (80,83 anos) tem aumentado nos últimos anos em ambos os sexos, valores superiores aos da região (80,55) e do Continente (80,44). A esperança de vida aos 65 anos no ACeS é de 19,69 anos, ou seja, existe a possibilidade média das pessoas com 65 anos atingirem os 84,69 anos de vida, ligeiramente superior à região (84,32) e ao Continente (84,27).

A esperança de vida à nascença no ACeS Baixo Mondego no triénio em 2012-2014 é de 80,83 anos, tem vindo a aumentar nos últimos anos, não se observando diferenças significativas entre a Região Centro e o Continente.

Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, triénio 2012-2014

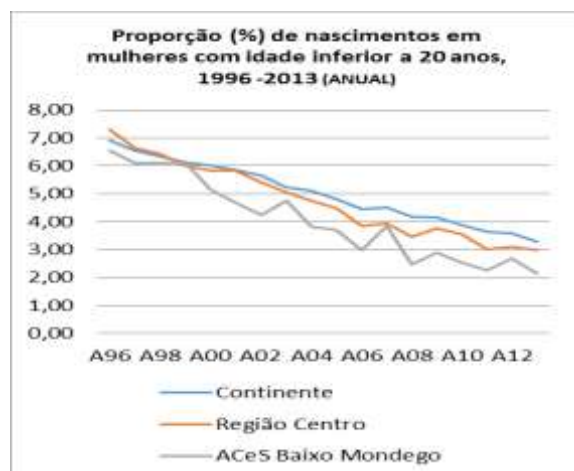
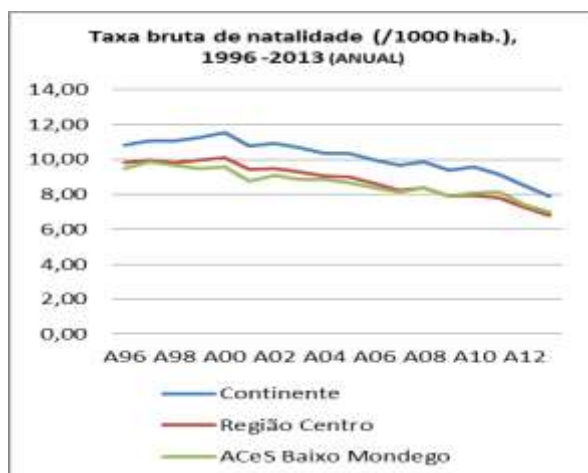
	Esperança de vida à nascença	Esperança de vida aos 65 anos
<b>Portugal</b>	80,44	19,27
<b>Região Centro</b>	80,55	19,32
<b>Baixo Mondego</b>	80,83	19,69

No ACeS Baixo Mondego a esperança de vida aos 65 anos é de 19,69 anos, ou seja, é expectável que uma pessoa com 65 anos atinja os 84,69 anos, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

A taxa bruta de natalidade tem apresentado uma tendência decrescente ao longo dos últimos anos, quer para o ACeS e Região Centro, quer para o Continente.

Em 2013, este indicador assumia um valor de 7 nados vivos por cada 1000 habitantes no ACeS Baixo Mondego, valor ligeiramente superior ao da Região Centro (6,9) e do Continente (7,9).

A taxa de nascimentos em mulheres adolescentes, com idade inferior a 20 anos, no ACeS tem apresentado uma tendência decrescente ao longo dos últimos anos, valores inferiores aos da Região Centro e do Continente.



Quanto aos indicadores de saúde relacionados com a mortalidade, a taxa bruta de mortalidade, no ACeS do Baixo Mondego, é de 11,3‰, valor inferior à região Centro (12,0‰) mas superior a Portugal Continental (10,2‰). A taxa de mortalidade no período de 2008 a 2013, tem uma tendência muito idêntica no ACeS, na Região Centro e no Continente, na medida em que nos anos de 2008 a 2009 manteve-se estável, em 2010 subiu, em 2011 desceu, voltando a subir em 2012 e em 2013 voltou a descer.

Numa análise por concelho, podemos observar que o concelho de Mortágua é o concelho com a taxa de mortalidade mais elevada (13,9‰), logo seguida de Soure (13,4‰), Montemor-o-Velho (12,9‰) e Figueira da Foz (12,7‰), que para além de apresentarem valores superiores ao ACeS são também superiores à região Centro. O concelho de

Coimbra (10,0‰) e o de Mira (10,2‰), são os que apresentam uma taxa de mortalidade mais baixa.

### Evolução da taxa de mortalidade.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	‰	‰	‰	‰	‰	‰
Continente	9,9	9,9	10,0	9,8	10,3	10,2
Centro	11,6	11,4	11,6	11,3	12,2	12,0
Baixo Mondego	10,7	10,7	11,0	10,8	11,5	11,3
Cantanhede	12,0	11,7	12,3	11,4	13,2	11,7
Coimbra	9,2	9,4	9,5	9,7	10,0	10,0
Condeixa-a-Nova	10,5	10,0	10,5	9,6	9,9	11,1
Figueira da Foz	11,6	12,0	11,7	11,6	12,8	12,7
Mealhada	10,5	10,7	10,8	10,7	9,8	10,7
Mira	10,9	11,0	12,0	12,6	12,6	10,2
Montemor-o-Velho	10,5	11,2	11,2	11,7	11,4	12,9
Mortágua	14,2	13,2	13,2	13,3	12,7	13,9
Penacova	11,1	12,4	12,1	12,8	12,1	12,3
Soure	15,8	12,9	15,1	13,2	15,9	13,4

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, I.P. – Portugal

A taxa de mortalidade infantil, no quinquénio 2010-2014 no ACeS corresponde a uma média de 2,1 mortes por cada 1000 nados-vivos, valor inferior ao observado na RC (2,6‰) e no Cont. (2,9‰).

A taxa de mortalidade neonatal, no mesmo período, assume valores de 2,0‰, para o ACeS e para o Continente, valores superiores à região (1,8‰).

### Total de causas (CID-10: A00-Y89) - Óbitos, segundo o sexo

Causa de Morte: Total de causas (CID-10: A00-Y89)	Métrica	Homens	Mulheres	TOTAL
Total de Óbitos	n.º	1.883	1.895	3.778
Relação de Masculinidade nos óbitos	%			99,4
Idade Média à morte	Anos	75	81,6	78,3
Óbitos com menos de 65 anos	n.º	354	128	482
Óbitos com 65 e mais anos	n.º	1.529	1.767	3.296
Óbitos com menos de 70 anos	n.º	510	199	709
Óbitos com 75 e mais anos	n.º	1.191	2.760	3.951
Taxas de mortalidade padronizadas	100.000 hab	701,8	410,4	539,4
Taxas de mortalidade padronizadas com menos 65 anos	100.000 hab	236,4	76,3	152,6
Taxas de mortalidade padronizadas com 65 e mais anos	100.000 hab	4.467,20	3.113,30	3.668,50
Taxas brutas de mortalidade	100.000 hab	1.222	1.090	1.152
Anos potenciais de vida perdidos	n.º	6.950	2.424	9.374
Anos potenciais de vida perdidos	100.000 hab	5.236,70	1.719,20	3.424,70
Número médio de Anos potenciais de vida perdidos	n.º	13,6	12,2	13,2
Taxas padronizadas de anos potenciais de vida perdidos	100.000 hab	4.928,10	1.520,00	3.175,00

No ACeS do Baixo Mondego, verificaram-se 3.778 óbitos, dos quais 1.883 óbitos de homens e 1.895 de mulheres, traduzindo-se numa relação de masculinidade de 99,4 óbitos masculinos por cada 100 femininos.

A idade média à morte, foi de 78,3 anos, valor superior ao Continente (77 anos), e na distribuição por género, a idade média à morte nos homens é de 75 anos e nas mulheres é de 81,6 anos.

Do número total de óbitos ocorridos, 482 ocorreram em pessoas com menos de 65 anos de idade, 3.296 em pessoas com 65 e mais anos, 709 com menos de 70 anos e 3.951 com 75 e mais anos.

A taxa de mortalidade padronizada total, no ACeS é de 539,4‰, valor inferior ao Continente (561,5‰) e à região Centro (573,9 ‰).

No que diz respeito à taxa de mortalidade padronizada nas pessoas com menos de 65 anos, foi de 152,6‰ e de 3.668,5‰ para pessoas com 65 ou mais anos.

As taxas brutas de mortalidade, no ACeS apresentam um valor de 1.152‰.

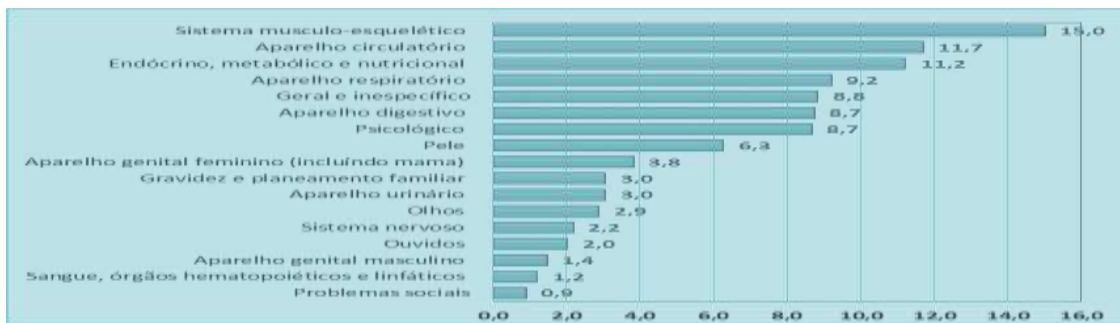
### Caracterização epidemiológica da população

As doenças do sistema músculo-esquelético destacam-se dos demais problemas com o maior número de registos (266.571) que corresponde a 15% da totalidade dos mesmos. Seguem-se os registos das doenças do aparelho circulatório (207.443/11,7%), endócrino, metabólico e nutricional (198.937/11,2%) e do aparelho respiratório (163.190/9,2%), que totalizam 47,1% da totalidade dos registos por capítulo/área ICPC-2.

Distribuição do n.º de problemas por capítulo ICPC-2, no ACeS do Baixo Mondego, 2015

Capítulo - ICPC-2	Area	Nº Problemas	%
Sistema musculo-esquelético	L	266.571	15,0
Aparelho circulatório	K	207.443	11,7
Endócrino, metabólico e nutricional	T	198.937	11,2
Aparelho respiratório	R	163.190	9,2
Geral e inespecífico	A	156.315	8,8
Aparelho digestivo	D	154.985	8,7
Psicológico	P	153.701	8,7
Pele	S	110.979	6,3
Aparelho genital feminino (incluindo mama)	X	67.479	3,8
Gravidez e planeamento familiar	W	53.913	3,0
Aparelho urinário	U	53.849	3,0
Olhos	F	50.820	2,9
Sistema nervoso	N	38.548	2,2
Ouvidos	H	35.630	2,0
Aparelho genital masculino	Y	25.643	1,4
Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	B	21.003	1,2
Problemas sociais	Z	15.671	0,9
<b>Total</b>		<b>1.774.677</b>	<b>100,0</b>

Distribuição (%) problemas por capítulo ICPC-2, no ACeS do Baixo Mondego, por sexo, 2015



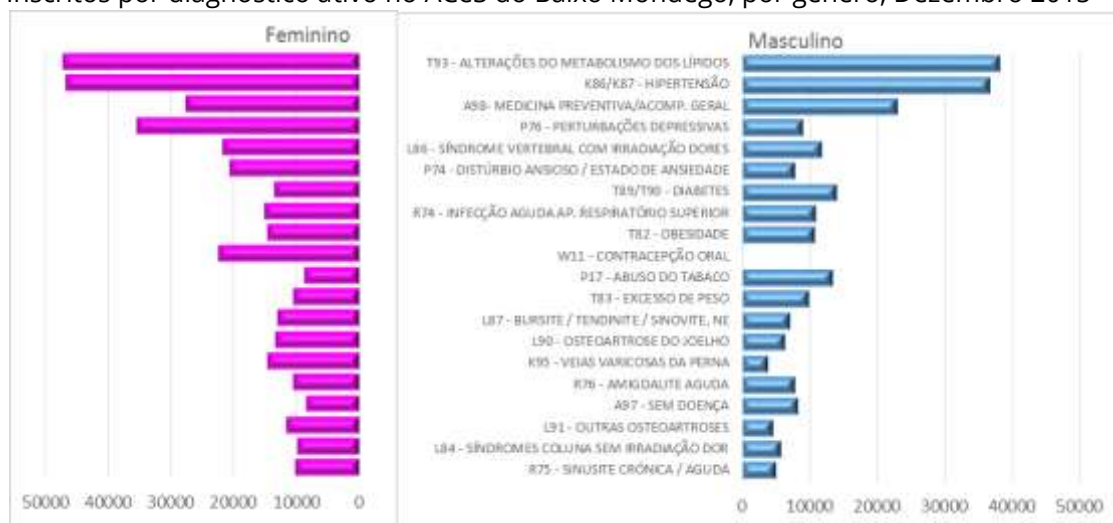
Em 2015, ao contrário de 2014, o problema mais codificado é a alteração do metabolismo dos lípidos, seguido da hipertensão, independentemente do género. No entanto, as perturbações depressivas que surgem na quarta posição, têm uma diferença substancial quando se faz a análise por género pois é muito elevada no género feminino (superior à codificação de medicina preventiva de acompanhamento geral) e assume valores baixos no género masculino.

Distribuição do nº das 20 componentes ICPC-2, no ACeS do Baixo Mondego, por género, 2015

Componente ICPC-2	Masc.	Fem.	Total
T93 - ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	38.084	47.195	85.279
K86/K87 - HIPERTENSÃO	36.660	46.592	83.252
A98- MEDICINA PREVENTIVA/ACOMP. GERAL	22.861	27.688	50.549
P76 - PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	8.899	35.393	44.292
L86 - SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DORES	11.777	21.825	33.602
P74 - DISTÚRBO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE	7.754	20.663	28.417
T89/T90 - DIABETES	13.919	13.529	27.448
R74 - INFECÇÃO AGUDA AP. RESPIRATÓRIO SUPERIOR	10.849	15.075	25.924
T82 -	10.712	14.625	25.337
<del>W11 - CONTRACEÇÃO ORAL</del>	15	22.366	22.381
P17 - ABUSO DO TABACO	13.298	8.802	22.100
T83 - EXCESSO DE PESO	9.886	10.590	20.476
L87 - BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE	7.042	13.030	20.072
L90 - OSTEOARTROSE DO JOELHO	6.302	13.342	19.644
K95 - VEIAS VARICOSAS DA PERNA	3.813	14.698	18.511
R76 - AMIGDALITE AGUDA	7.840	10.501	18.341
A97 - SEM DOENÇA	8.243	8.477	16.720
L91 - OUTRAS OSTEOARTROSES	4.552	11.694	16.246
L84 - SÍNDROMES COLUNA SEM IRRADIAÇÃO DOR	5.711	9.811	15.522
R75 - SINUSITE CRÓNICA / AGUDA	4.993	10.206	15.199

Fonte: SIARS – 31/12/2015

Inscritos por diagnóstico ativo no ACeS do Baixo Mondego, por género, Dezembro 2015



Fonte: SIARS

No quadro seguinte, apresentam-se indicadores de morbilidade - proporção de utentes com registo ativo de um conjunto de morbilidades, no ACeS do Baixo Mondego.

Indicadores de morbilidade – Proporção de utentes com registo ativo, no Aces do Baixo Mondego 2015

Indicador	Designação	Num	Den	Valor
MORB.202.01 FL	Proporção de utentes c/ "alter. metab. lípidos"	84.728	382.068	22,1
MORB.205.01 FL	Proporção de utentes com "hipertensão"	78.311	382.068	820,5
MORB.206.01 FL	Proporção de utentes c/ "perturb. emocional"	40.747	382.068	10,6
MORB.227.01 FL	Proporção de utentes com "distúrbio ansioso"	28.125	382.068	67,36
MORB.198.01 FL	Proporção de utentes com "diabetes mellitus"	27.144	382.068	7,1
MORB.204.01 FL	Proporção de utentes com "obesidade"	25.170	382.068	6,59
MORB.211.01 FL	Proporção de utentes c/ "DM não insul. depend."	25.004	382.068	6,54
MORB.200.01 FL	Proporção de utentes com "abuso de tabaco"	21.700	382.068	5,68
MORB.203.01 FL	Proporção de utentes com "excesso de peso"	20.406	382.068	5,34
MORB.221.01 FL	Proporção de utentes com "osteoartrose do joelho"	19.588	382.068	5,13
MORB.223.01 FL	Proporção de utentes com "doenças dentes e geng."	14.470	382.068	3,79
MORB.225.01 FL	Proporção de utentes com "rinite alérgica"	13.757	382.068	3,6
MORB.235.01 FL	Proporção de utentes com "neoplasia maligna"	12.624	382.068	3,3
MORB.233.01 FL	Proporção de utentes com "HBP"	12.505	382.068	3,27
MORB.222.01 FL	Proporção de utentes com "osteoporose"	12.092	382.068	3,16
MORB.208.01 FL	Proporção de utentes com "asma"	10.246	382.068	2,68
MORB.228.01 FL	Proporção de utentes com "sensação de ansiedade"	8.821	382.068	2,31
MORB.234.01 FL	Proporção de utentes com "osteoartrose da anca"	8.588	382.068	2,25
MORB.226.01 FL	Proporção de utentes com "doença do esófago"	6.492	382.068	1,7
MORB.199.01 FL	Proporção de utentes com "abuso crónico álcool"	5.425	382.068	1,42
MORB.209.01 FL	Proporção de utentes com "bronquite crónica"	4.956	382.068	1,3
MORB.210.01 FL	Proporção de utentes com "DPOC"	3.669	382.068	0,96
MORB.214.01 FL	Proporção de utentes c/ "doença cardíaca isquémica"	3.605	382.068	0,94
MORB.207.01 FL	Proporção de utentes com "depressão"	2.906	382.068	0,76
MORB.218.01 FL	Proporção de utentes com "neoplasia mama feminina"	2.821	382.068	0,74
MORB.212.01 FL	Proporção de utentes com "DM insulino depend."	2.282	382.068	0,6
MORB.215.01 FL	Proporção de utentes com "neoplasia da próstata"	2.138	382.068	0,56
MORB.217.01 FL	Proporção de utentes com "neoplasia cólon / recto"	1.630	382.068	0,43
MORB.201.01 FL	Proporção de utentes com "abuso de drogas"	1.199	382.068	0,31
MORB.220.01 FL	Proporção de utentes com "neoplasia estômago"	342	382.068	0,09
MORB.216.01 FL	Proporção de utentes com "neoplasia colo do útero"	318	382.068	0,08
MORB.219.01 FL	Proporção de utentes c/ "neoplasia brônquio/pulmão"	274	382.068	0,07
MORB.252.01 FL	Proporção de utentes com "Infeção VIH/Sida"	263	382.068	0,07

Analisando o quadro, podemos verificar que a proporção de utentes com alteração metabolismo lípidos (22,18%) e a proporção de utentes com hipertensão arterial (20,50%), são as patologias com valor mais elevado.

No quadro seguinte, apresentam-se os indicadores de morbilidade relativos à incidência de algumas patologias, no ACeS do Baixo Mondego, por ordem decrescente, em que a incidência de hipertensão arterial (17,46) e a incidência de alteração metabolismo lípidos (15,85), são as patologias com valor mais elevado.

Indicadores de morbilidade - Incidência de algumas patologias, no ACeS do Baixo Mondego, 2015

Indicador	Designação	Num.	Den.	Valor
MORB.237.01 FL	Incidência de "hipertensão arterial"	6.669	382.068	17,46
MORB.239.01 FL	Incidência de "alteração metabolismo lípidos"	6.055	382.068	15,85
MORB.240.01 FL	Incidência de "abuso de tabaco"	3.905	382.068	10,22
MORB.238.01 FL	Incidência de "obesidade"	3.542	382.068	9,27
MORB.247.01 FL	Incidência de "perturbação depressiva"	3.015	382.068	7,89
MORB.248.01 FL	Incidência de "distúrbio ansioso"	2.895	382.068	7,58
MORB.236.01 FL	Incidência de "diabetes mellitus"	2.515	382.068	6,58
MORB.249.01 FL	Incidência de "osteoartrose do joelho"	1.906	382.068	4,99
MORB.246.01 FL	Incidência de "neoplasia maligna"	1.855	382.068	4,86
MORB.242.01 FL	Incidência de "asma"	1.077	382.068	2,82
MORB.250.01 FL	Incidência de "osteoartrose da anca"	867	382.068	2,27
MORB.241.01 FL	Incidência de "DPOC"	589	382.068	1,54
MORB.251.01 FL	Incidência de "acidente vascular cerebral"	557	382.068	1,46
MORB.243.01 FL	Incidência de "neoplasia maligna da mama"	287	382.068	0,75
MORB.245.01 FL	Incidência de "neoplasia maligna do cólon / rect"	264	382.068	0,69
MORB.213.01 FL	Incidência de "enfarte agudo do miocárdio"	238	382.068	0,62
MORB.224.01 FL	Incidência de "acidente isquémico transitório"	139	382.068	0,36
MORB.244.01 FL	Incidência de "neoplasia maligna do colo do úte"	38	382.068	0,1
MORB.253.01 FL	Incidência de "Infeção VIH/Sida"	38	382.068	0,1

Fonte: SIARS

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES BAIXO MONDEGO NO ANO DE 2016

O Plano de Ação do ACeS do Baixo Mondego, num horizonte trienal, perspetiva as intervenções organizacionais, de promoção e prevenção da saúde e de prestação de cuidados por forma a desempenhar cabalmente a sua missão

A **nível organizacional**, são compromissos do ACeS do Baixo Mondego:

- a) A reorganização das unidades de prestação de cuidados de saúde às populações, promovendo a acessibilidade e a qualidade assistencial através de:
- Capacitação das UCSP's para uma gestão por objetivos
  - Abertura de 1 USF e criar as condições para novas candidaturas
  - Abertura de 1 UCC e criar a cobertura integral dos concelhos em UCC's;
  - Dinamização da URAP
  - Redução significativa de utentes sem médico de família atribuído com reorganização das listas de utentes
  - Incentivo à marcação prévia de consultas (programadas) em detrimento de consultas não programadas quando a situação clínica do utente o permite, utilizando o telefone e agenda eletrónica
  - Incremento do apoio ao cidadão e desenvolvimento de um processo de articulação eficaz entre os serviços do ACeS do Baixo Mondego, nomeadamente: serviço social, psicologia, nutrição, equipa local de cuidados continuados, na tentativa de proporcionar uma resposta ampla aos problemas dos utentes
- b) Promover a segurança dos utentes e dos profissionais:
- Definindo uma política e uma programa de gestão de risco clínico e não clínico
  - Manter e alargar o programa de controlo de infeção no ACeS do Baixo Mondego
- c) Desenvolver uma cultura de Formação, Qualidade e Boas Práticas através de:
- Definição, implementação e acompanhamento de um plano de formação dirigido aos profissionais
  - Promoção da análise organizacional e divulgação de informação pertinente às Unidades Funcionais
  - Elaboração, divulgação e implementação de Manuais de Boas Práticas
  - Envolvimento da comissão de Medicina Geral e Familiar e de Enfermagem, na elaboração de planos operacionais de implementação das Normas Técnicas nas Unidades Funcionais
  - Monitorização, avaliação e implementação de medidas corretivas sobre boas práticas de prescrição
  - Dar continuidade ao trabalho desenvolvidos na Direcção de Enfermagem do ACeS do Baixo Mondego
- d) Promover a articulação interna e externa no ACeS do BM e nos serviços, pela:
- Implementação de protocolos de referenciação interna e externa
  - Otimização dos recursos da URAP
  - Estabelecimento de parcerias internas e externas visando a eficiência de atuação
- e) Apoiar o Desenvolvimento Organizacional e Assistencial das Unidades Funcionais:

- Promover a elaboração de Planos de Atividades das Unidades em alinhamento com os dos níveis Local, Regional e Nacional
- Estabelecer contratualização interna com as USF's, UCSP's, UCC's, USP e URAP, criando condições para a progressiva co-responsabilização e autonomia das unidades.

A **nível de Promoção e Prevenção**, procuraremos desenvolver os programas e projetos que permitam um conhecimento aprofundado dos problemas de saúde e seus determinantes de modo a planear intervenções efetivas:

**a) Gestão da Informação em Saúde:**

- Implantar o Observatório Local de Saúde
- Atualizar o Diagnóstico de Situação em Saúde;
- Vigilância do Estado da Saúde das populações;
- Monitorizar os programas de saúde;
- Avaliar o Impacto das Intervenções;
- Propor programas prioritários dirigidos às necessidades das populações;
- Promover a articulação com outros níveis de Prestação de Cuidados

**b) Vigilância Epidemiológica e Proteção de Saúde:**

- Vigilância sanitária ambiental;
- Promoção do Plano Nacional de Vacinação;
- Incremento de uma política de Gestão de Risco;
- Promoção do Sistema de DDO com aposta em gestão *"online"*;
- Vigilância de grupos específicos com especial enfoque na população escolarizada;
- Promoção da Saúde Ocupacional e de Higiene e Segurança no Trabalho;
- Promoção de Prevenção e Controle de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

A **nível de Prestação de Cuidados:**

**a) Organizar cuidados dirigidos ao Ciclo de Vida:**

- Implementação dos Programas prioritários que permitem a prevenção primária, secundária e terciária dos principais problemas de saúde: Doenças Cardiovasculares, Diabetes, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, VIH/Sida e Doenças Mentais;
- Promoção do Novo Programa Nacional em Saúde Infantil e Juvenil;
- Monitorização da atividade das Unidades Coordenadoras Funcionais de Saúde Materna e Neonatal e de UCF da Criança e do Adolescente;
- Aumento da acessibilidade à população jovem em Cuidados de Saúde Primários;
- Reforço dos programas de promoção de comportamentos saudáveis com especial ênfase na alimentação saudável, exercício físico, adição de álcool e tabaco;
- Implementar e Dinamizar as Unidades Coordenadoras Funcionais de Diabetes;



- Melhorar a organização dos serviços dirigidos à saúde do idoso quer na prevenção e promoção da saúde quer sobretudo assistencial e de continuidade de cuidados
- b)** Implementar a Comissão da Qualidade e Segurança no ACeS.

## ACES BAIXO VOUGA

### PERFIL DE SAÚDE - ACES BAIXO VOUGA NO ANO DE 2016

#### Caraterização sociodemográfica

Descritores	Valor	Período de Incidência	Observações
<b>Localização</b>			Situado na Região Centro, integra 11 concelhos: Albergaria-a-Velha, Águeda, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos
<b>Área Km<sup>2</sup></b>	1692		
<b>Habitantes (N.º)</b>	366086	2013	21,5% da população da Região Centro
<b>Densidade Populacional Hab./km<sup>2</sup></b>	215,2	2016	
<b>Crescimento Populacional (%)</b>	1,5	2011	Entre os censos de 2001 e 2011 a população do ACES cresceu 1,5%; decresceu nos grupos etários dos 0 aos 14 anos (de 16,57% para 14,71%), e no dos 15 aos 24 anos (de 14,44%, para 10,93%); cresceu nos grupos etários dos 25 aos 64 anos (de 53,58% para 55,69%) e dos 65 e mais anos (de 15,41% para 18,67%)
<b>Índice de Envelhecimento</b>	137,2	2013	Índice de envelhecimento foi inferior ao da Região Centro (176,7) e próximo do Continente (138,9)
<b>Taxa de Natalidade (/1000nv)</b>	7,6	2013	A taxa de natalidade tem acompanhado a tendência decrescente da Região Centro e do Continente, embora continue a registar valores superiores aos da Região (6,8%) e próximos do Continente (7,9%)
<b>Esperança de vida à nascença (anos)</b>	80,8	2013	Tem aumentado em ambos os sexos e no triénio 2011-2013 esteve próxima do valor da região (81,0) e do Continente (80,8)
<b>Índice de dependência de jovens (%)</b>	21,1	2013	Superior ao da Região Centro (20,3%) e inferior ao do Continente (22,2%)
<b>Índice de dependência de idosos (%)</b>	28,9	2013	Inferior ao da Região Centro (35,8%) e ao do Continente (30,8%)
<b>Evolução da dimensão média das famílias</b>	2,7	2011	Evolução da dimensão média das famílias de 3,8 elementos, em 1960, para 2,7 elementos, em 2011
<b>Taxa de analfabetismo (%)</b>	4,2	2011	Inferior à da Região Centro (6,5%) e do Continente (6,5%)

## Caraterização de saúde

	Indicador	Ano	Valores		
			ACES BV	Região Centro	
	Taxa de Mortalidade Infantil 1 (/1 000 nados-vivos)	2011-2013	2,7	2,8	⊕
	Taxa de Mortalidade Neonatal (/1 000 nados-vivos)	2011-2013	1,9	2,1	⊕
	Taxa de Mortalidade Perinatal (/1 000 fetos mortos ≥28sem e nados-vivos)	2011-2013	4,3	4	⊖
Mortalidade (Antes dos 75 anos)	TMP por Tumores malignos (/100 000 indivíduos)	2010-2012	99	95,5	⊖
	TMP por Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu (/100 000 indivíduos)	2010-2012	38,8	35,4	⊖
	TMP por Tumor maligno do estômago (/100 000 indivíduos)	2010-2012	9	8,2	⊖
	TMP por Tumor maligno do cólon e reto (/100 000 indivíduos)	2010-2012	15	13,3	⊖
	TMP por Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100 000 indivíduos)	2010-2012	14,4	13,3	⊖
	TMP por Tumor maligno da mama (feminina) (/100 000 indivíduos)	2009-2011	14,6	14	⊖
	TMP por Tumor maligno do colo do útero (/100 000 indivíduos)	2010-2012	1,6	1,9	⊕
	TMP por Tumor maligno do tecido linfático e órgãos hematopoéticos (/100 000 indivíduos)	2010-2012	8,9	8,2	⊖
	TMP por Diabetes <i>mellitus</i> (/100 000 indivíduos)	2010-2012	8,9	7	⊖
	TMP por Doença Isquémica Cardíaca (/100 000 indivíduos)	2010-2012	8,9	10,1	⊕
	TMP por Doença Cerebrovasculares (/100 000 indivíduos)	2010-2012	20,2	18,5	⊖
	TMP por Pneumonia (/100 000 indivíduos)	2010-2012	6,8	5,8	⊖
	TMP por Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (/100 000 indivíduos)	2010-2012	2,6	2,6	⊕
TMP por Acidentes de trânsito <i>c/</i> veículos a motor (/100 000 indivíduos)	2010-2012	8,6	8,8	⊕	
TMP por Suicídio (/100 000 indivíduos)	2010-2012	6	7,1	⊕	
Morbilidade	Proporção de inscritos <i>c/</i> diagnóstico de Diabetes (/100 inscritos)	2014	7,7	7,6	–
	Proporção de inscritos <i>c/</i> diagnóstico de Perturbações depressivas (/100 inscritos)	2014	10,9	10,2	–
	Proporção de inscritos <i>c/</i> diagnóstico de Doença dos dentes e gengivas (7 anos) (/100 inscritos aos 7 anos)	2014	6,8	6,3	–
	Taxa de incidência de Tuberculose (/100 000 indivíduos)	2013	19,6	13	⊖
	Taxa de incidência da Infecção VIH (/100 000 indivíduos)	2013	9,8	8	⊖
Determinantes da Saúde	Proporção de Nascimentos Pré-Termo (/100 nados-vivos)	2011-2013	7,6	7,9	⊕
	Proporção de Crianças <i>c/</i> Baixo Peso à Nascimento (/100 nados-vivos)	2011-2013	8,4	8,2	⊖
	Proporção de inscritos <i>c/</i> diagnóstico de HTA (/100 inscritos)	2014	21,6	21,9	–
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso do Tabaco (/100 inscritos)	2014	7,7	5,6	–
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso crónico do Álcool (/100 inscritos)	2014	1,2	1,2	–
	Proporção de inscritos com diagnóstico de Excesso de Peso (/100 inscritos)	2014	4,2	3,8	–

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES BAIXO VOUGA NO ANO DE 2016-2020

O ACeS Baixo Vouga através do PLS pretende maximizar os ganhos em saúde da população da sua área de influência, com enfoque no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-16 - Extensão 2020.

O processo iniciou-se com o perfil de saúde da população, onde foram identificados os principais problemas de saúde da população do ACeS, seguindo-se a definição de objetivos. Para a priorização dos problemas de saúde, recorreu-se a uma pesquisa de consenso junto de todas as unidades funcionais e órgãos de gestão do ACeS, bem como o Conselho da Comunidade, utilizando-se os critérios: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Assim, priorizaram-se, por ordem de importância, 5 problemas de saúde:

doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes, obesidade e excesso de peso e, perturbações depressivas.

Para o PLS do ACeS Baixo Vouga, definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- Reduzir a mortalidade prematura relacionada com as necessidades de saúde;
- Aumentar a esperança de vida saudável;
- Diminuir os anos de vida potencialmente perdidos;
- Reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis identificadas.

Tendo em linha de conta os eixos estratégicos do PNS apresentam-se as linhas de atuação estratégicas no âmbito da política de saúde do ACeS, que permitem adequar a intervenção do serviço de saúde às necessidades identificadas, com vista a obter mais valor em saúde.



Eixos Estratégicos	Doenças do Aparelho Circulatório	Tumores Malignos	Diabetes	Obesidade	Perturbações Depressivas	Estratégias
Cidadania em Saúde	✓	✓	✓	✓	✓	Promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende
	✓	✓	✓	✓	✓	Desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença (gestão do regime terapêutico)
	✓	✓	✓	✓	✓	Desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde
	✓	✓	✓	✓	✓	Elaboração/ dinamização e implementação de projetos que promovam a participação, literacia, cidadania e capacitação/empoderamento para a adoção de comportamentos protetores para saúde ao longo da vida
	✓	✓	✓	✓	✓	Envolvimento do Conselho da Comunidade na gestão dos serviços, no âmbito das competências previstas na legislação
	✓	✓	✓	✓	✓	Envolvimento das estruturas sociais e implementação de parcerias que otimizem a resposta às necessidades de saúde das populações
	✓	✓	✓	✓	✓	Capacitação dos profissionais de saúde para desenvolver ações de cidadania em saúde
Equidade e Acesso	✓	✓	✓	✓	✓	Reforço do acesso equitativo aos serviços de saúde
	✓	✓	✓	✓	✓	Apoio a projetos locais em parceria com outras instituições e de âmbito intersectorial
	✓	✓	✓	✓	✓	Acompanhamento do utente com doença crónica (controlo da doença/ prevenção da recaída)
	✓	✓	✓	✓	✓	Informação e divulgação dos serviços disponíveis e das alternativas de resposta (cuidados diferenciados, privados, linhas de apoio ("Linha de Saúde 24", "SOS Voz amiga"), nas salas de espera e documentos específicos das UF
	✓	✓	✓	✓	✓	Desenvolvimento de projetos locais com vista à promoção e proteção da saúde e redução das desigualdades
	✓	✓	✓	✓	✓	Articulação em rede com os cuidados de saúde diferenciados, continuados e paliativos, garantindo a segurança e continuidade dos cuidados
	✓	✓	✓	✓*	✓	Consultadoria aos profissionais de saúde para a resolução de casos complexos
Qualidade em Saúde	✓	✓	✓	✓	✓	Referenciação com resposta adequada às patologias específicas dos utentes
	✓	✓	✓	✓	✓	Aumento do número de camas para cuidados paliativos nas ECCI
	✓	✓	✓	✓	✓	Garantia de qualidade na realização de rastreios de base populacional, assegurando assim a equidade e o acesso a estratégias de prevenção e diagnóstico precoce
	✓	✓	✓	✓	✓	Garantia da qualidade do diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes de acordo com as normas de orientação clínica e processos assistenciais integrados da DGS, <i>guidelines</i> , manuais de qualidade e boas práticas, entre outros
	✓	✓	✓	✓	✓	Promoção da elaboração de protocolos, parcerias, projetos e atividades intersectoriais
	✓	✓	✓	✓	✓	Desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde para melhorar a sua interoperabilidade.
	✓	✓	✓	✓	✓	Melhoria da qualidade dos registos no SClínico.
	✓	✓	✓	✓	✓	Promoção de uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização e rigor científico.
Políticas Saudáveis	✓	✓	✓	✓	✓	Formação pré e pós-graduada em articulação com instituições de ensino superior.
	✓	✓	✓	✓	✓	Realização de estudos de investigação
	✓	✓	✓	✓	✓	Avaliação dos ganhos em saúde
	✓	✓	✓	✓	✓	Avaliação e promoção da satisfação dos utentes e dos profissionais
	✓	✓	✓	✓	✓	Envolvimento dos <i>media</i> para a implementação de estratégias de médio e longo prazo de comunicação e de <i>marketing</i> social
✓	✓	✓	✓	✓	Implementação de grupos de auto-ajuda	
✓	✓	✓	✓	✓	Construção de projetos para promoção do envelhecimento ativo em articulação com a rede social	
✓	✓	✓	✓	✓	Proposta ao Conselho da Comunidade para a dinamização de cidades/vilas/freguesias mais saudáveis	
✓	✓	✓	✓	✓	Participação do Conselho da Comunidade na implementação das Estratégias Locais de Saúde	

\* No âmbito da Saúde Escolar

## Indicadores/Metas

	INDICADORES	METAS					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Doenças do aparelho circulatório	Taxa de prevalência HTA* (%)	22,1	22,2	22,3	22,4	22,6	22,8
	Taxa de prevalência Doença Cardíaca Isquémica (%)	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
	Índice de acompanhamento adequado a doentes com HTA	0,64	0,65	0,66	0,67	0,68	0,7
	Proporção de utentes com HTA, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (%)	17	20	22	24	27	30
	Proporção de utentes com HTA, com idade inferior a 65 anos, com PA <150/90mmHg (%)	46	47	48	48,5	49	50
	Proporção de cantinas de Escolas e de Estabelecimentos de Apoio Social que integram o projeto Sopa.come (%)	100	100	100	100	100	100
Tumores malignos	Proporção de utentes com Neoplasia Maligna (%)	3,8	3,9	4	4,1	4,2	4,3
	Proporção de utentes com Neoplasia da Mama (feminino)*** (%)	0,8	-	-	-	-	-
	Proporção de utentes com Neoplasia do Cólon/Reto*** (%)	0,5	-	-	-	-	-
	Proporção de utentes com Neoplasia do Colo do Útero*** (%)	0,1	-	-	-	-	-
	Taxa de Mortalidade Padronizada por Neoplasia Maligna*** (%)	0,5	-	-	-	-	-
	Percentagem de mulheres entre 50 e 70 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos (%)	63,4	64	64,5	65	65	65,5
	Percentagem de mulheres entre 25 e 60 anos com colpocitologia atualizada nos últimos 3 anos (%)	47,6	49	50	51,5	53	55
Percentagem de inscritos entre 50 e 74 anos com rastreio do cancro retal efetuado** (%)	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5	
Diabetes	Taxa de prevalência diabetes* (%)	8	8,1	8,2	8,3	8,4	8,5
	Índice de acompanhamento adequado a utentes com diabetes	0,71	-	0,72	0,73	0,74	0,75
	Proporção de utentes com diabetes, com idade inferior a 65 anos, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5% (%)	35,5	-	36	37	38	40
	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (%)	25,2	-	30	32	34	36
Excesso de peso e obesidade	Taxa de prevalência Excesso de Peso* (%)	5,2	5,5	6	6,5	7	7,5
	Taxa de prevalência Obesidade* (%)	8,4	8,5	8,6	8,7	8,8	9
	Taxa de prevalência alteração do metabolismo dos lípidos (%)	25,9	26	26,5	27	27,5	28
	Proporção de Obesos com idade ≥14 anos com consulta de vigilância de obesidade nos últimos 2 anos (%)	59,3	60	60,5	61	61,5	62
	Proporção de hipertensos com IMC registado (%)	68,7	69	70	71	72	73
Perturbações depressivas	Taxa de prevalência de Perturbações Depressivas (%)	11	10,8	10,6	10,4	10,2	10
	Taxa de prevalência de Distúrbio ansioso/estado de ansiedade (%)	9,1	9	8,9	8,7	8,6	8,5
	Proporção de idosos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (%)	76,75	77	77,3	77,6	77,8	78
	Realização de ações de formação dirigidas aos profissionais de saúde (n)	0	-	1	1	1	1

\* Taxa inferior à de Portugal – causa possível um subdiagnóstico, daí as metas previstas para o horizonte temporal sejam de aumento, por forma a aproximar o registo da realidade (não sendo contraditório aos objetivos inicialmente definidos)

\*\* Não existe rastreio organizado

\*\*\* Não se definiram metas, ainda que a evidência científica aponte para um aumento

## ACES PINHAL INTERIOR NORTE

### PERFIL DE SAÚDE - ACES PINHAL INTERIOR NORTE NO ANO DE 2016

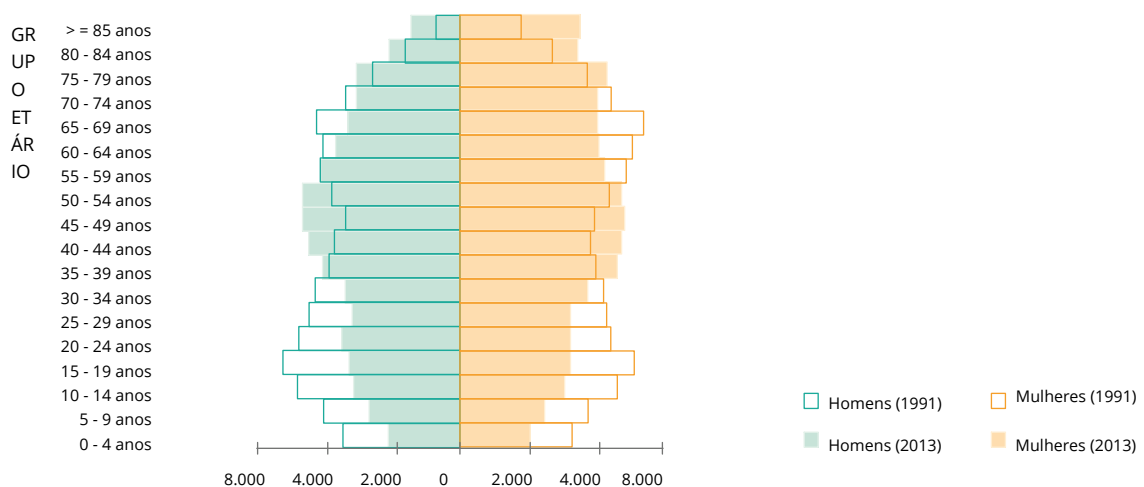
#### Caracterização socio-demográfica

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Interior Norte (PIN) tem 125.672 habitantes (estimativa INE, 2015), que representam 7,46 % da população da região Centro. O território do ACES é constituído por 14 concelhos que abrangem uma área de 2.617,68 Km<sup>2</sup>, a que corresponde uma densidade populacional de 48,0 hab/Km<sup>2</sup>.

Entre os censos de 1991 e de 2011 a população do ACES diminuiu 5,1%, decréscimo mais acentuado do que na região Centro. Verificou-se também uma diminuição da taxa de natalidade e um elevado índice de envelhecimento (222,9) que é superior ao da região (190,4) e do Continente (149,6). A esperança de vida à nascença (81,1 anos) tem aumentado, sendo muito semelhante à da região e do Continente.

Esta situação demográfica determina uma pirâmide etária com estreitamento da base e alargamento do topo, evidenciado na figura 1.

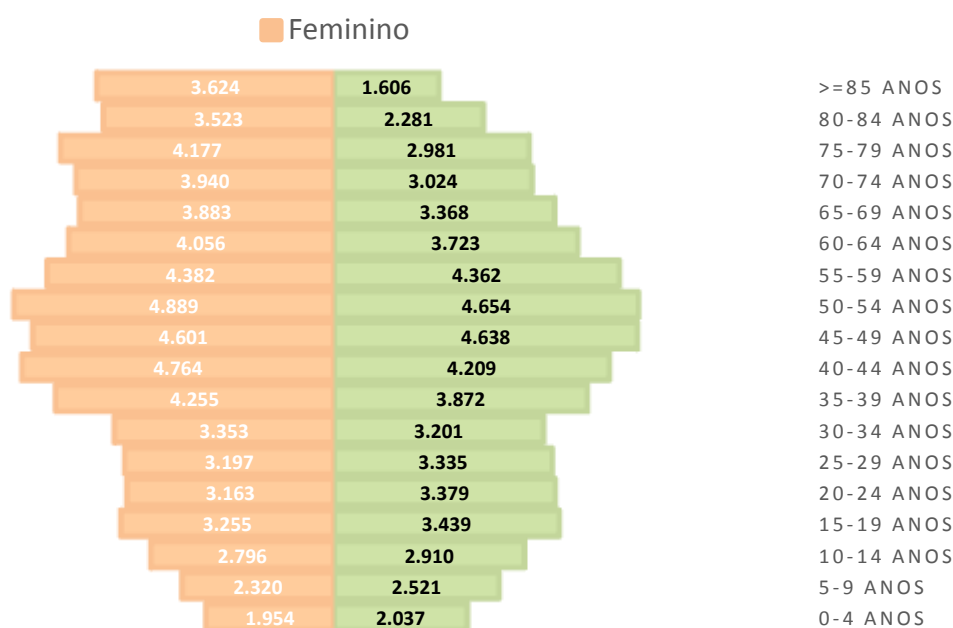
**Figura 1.** Pirâmide etária comparativa da população do ACES PIN 1991-2013.



Para efeito da análise comparativa, utilizaram-se as estimativas do INE de 2013. Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE,IP)

No ano de 2015, a distribuição etária da população no ACES PIN (figura 2), manteve a tendência evidenciada na pirâmide anterior, sendo mais notória nos grupos de idade mais avançada e com predomínio de elementos do sexo feminino.

**Figura 2.** Pirâmide etária população ACES PIN no ano 2015.



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE,IP)

De acordo com as estatísticas do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), no ano de 2014, verificou-se que a taxa de desempregados inscritos por 1.000 habitantes em idade ativa (idade > 15 anos), no ACES PIN, foi de 60,2, valor superior ao da região Centro (57,2) mas inferior ao do Continente (66,5).

Considerando a população empregada por sectores de atividade (2011), verificamos que o sector terciário foi o de maior representatividade no ACES PIN, com 63,9%.

A taxa de analfabetismo, habitualmente com maior expressão numa população com grande número de indivíduos idosos, foi no ACES PIN, de 7,7%, representando uma evolução decrescente, mas globalmente superior à do Continente no ano de 2011.

Relativamente ao poder de compra *per capita*, embora não estejam disponíveis os valores referentes ao ACES PIN, na região Centro (89,21), no ano de 2013, foi inferior ao do

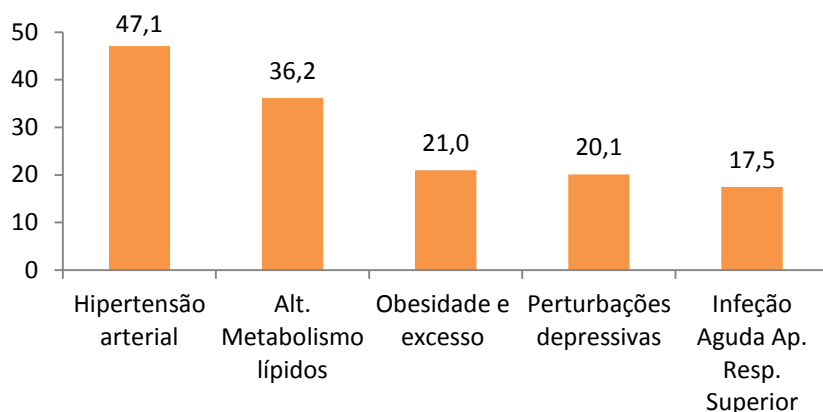
Continente (100,75). Já o ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem, em 2012, foi de 804,80 euros no ACES PIN, valor inferior ao da região Centro (924,60 euros) e ao do Continente (1095,60 euros).

Os sistemas públicos de abastecimento de água para consumo humano (ACH), em 2009, abrangia 91,3% da população do ACES. No que diz respeito à cobertura das infraestruturas de saneamento básico, atingia 60% da população, sendo inferior ao da região Centro e do Continente.

### Caracterização epidemiológica da população

No ACES PIN as morbilidades com o maior número de registo de consultas (por cada 1.000 registos ICPC-2) foram, no ano de 2015, a hipertensão arterial (47,1), as alterações do metabolismo dos lípidos (36,2), a obesidade e excesso de peso (21,0), as perturbações depressivas (20,1) e as infeções agudas do aparelho respiratório superior (17,5).

**Figura 3.** Proporção de inscritos com diagnóstico icpc-2 (Morbilidade) no ACES PIN, no ano 2015



Fonte: SIARS, 2015

No que concerne à mortalidade, observando os dados da tabela 1, verificamos que, no ACES PIN, no triénio 2010-12, a 1ª causa de mortalidade proporcional corresponde às doenças do aparelho circulatório (30,6%), seguindo-se-lhe os tumores malignos (20,7%) e as doenças do aparelho respiratório (16,1%), valores aproximados aos verificados na região Centro (30,3%; 21,9% e 13,4%, respetivamente).

**Tabela 1.** Mortalidade proporcional por causa de morte no ACES PIN e região Centro, 2010-12

CAUSAS DE MORTE	ACES		REGIÃO CENTRO	
	N.º	%	N.º	%
<b>Óbitos Totais</b>	<b>5.664</b>	<b>100</b>	<b>60.934</b>	<b>100</b>
Doenças do aparelho circulatório	1.733	30,6	18.463	30,3
Tumores malignos	1.172	20,7	13.344	21,9
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	255	4,5	3.230	5,3
Doenças Infeciosas e Parasitárias	130	2,3	1.158	1,9
Doenças do aparelho respiratório	912	16,1	8.165	13,4
Doenças do aparelho digestivo	278	4,9	2.742	4,5
Sinais Sintomas e Achados Anormais NãoClassif.	493	8,7	6.398	10,5
Causas Externas	261	4,6	2.559	4,2
Outras Causas	430	7,6	4.875	8,0

Fonte: INE – DGS, MS, PORDATA, 2015.

Relativamente à taxa de anos de vida potenciais perdidos até aos 70 anos encontramos valores no ACES PIN superiores aos da região Centro e ao Continente (Tabela 2).

**Tabela 2.** Anos Potenciais de Vida Perdidos aos 70 anos, no ACES PIN e região Centro, 2010-12

ZONA GEOGRÁFICA	ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS	
	N.º	Taxa
ACES Pinhal Interior Norte	3.989	5425
Centro	56.208	3770
Continente	332.606	3848

Nos determinantes nos cuidados de saúde primários, os diagnósticos ativos que afetaram maior proporção de utentes do ACES PIN foram: álcool (6,57), excesso de peso (6,42), tabaco (3,84), abuso de drogas (0,38), e por comparação, na região Centro, foram de, 6,71; 4,44; 1,34 e 0,35, respetivamente.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DO PINHAL INTERIOR NORTE NO ANO DE 2016

### Objetivos assistenciais do ACES

- Manter a acessibilidade aos cuidados de saúde;
- Aumentar a assistência domiciliária;
- Manter a proporção de prescrição de genéricos;
- Melhorar os cuidados ao doente com risco cardiovascular;
- Aumentar a cobertura em Planeamento Familiar;
- Manter a qualidade dos cuidados pré-natais;
- Melhorar o cumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil;
- Melhorar os cuidados à pessoa com diabetes;
- Melhorar os cuidados à pessoa com patologia respiratória;
- Melhorar os cuidados aos idosos;
- Promover a eficiência na área da prescrição de medicamentos e de MCDT;
- Melhorar as taxas de cobertura dos rastreios previstos no PNPCDO;
- Melhorar o registo e codificação nas consultas médicas;
- Melhorar a Literacia em saúde na vertente da utilização dos serviços e na promoção dos autocuidados.

### Estratégias

De acordo com as Normas e as necessidades de saúde da população, enquadradas pelos princípios da acessibilidade, equidade e proximidade dos cuidados, as grandes linhas estratégicas que norteiam o ACES PIN são a integração e continuidade dos cuidados, a melhoria contínua da qualidade, a sustentabilidade, a prestação de contas e a participação dos utentes, segundo os seguintes eixos:

- Promoção da acessibilidade;
- Reorganização dos serviços;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Eficiência.

### Atividades

- Promover a organização dos horários de funcionamento das UF de acordo com as necessidades da população;
- Promover as boas práticas na área do risco cardiovascular;
- Incentivar a convocatória de MIF que não são acompanhadas em consulta de PF;
- Promover as boas práticas nos cuidados de saúde à MIF e à grávida, incentivando a aplicação do protocolo de vigilância, em articulação com os CCS, no âmbito das UCF;
- Promover o cumprimento do PNSIJ e do PNV;

- Criação/divulgação do Manual de Boas Práticas em diabetes e promoção da sua implementação nas UF;
- Monitorização dos indicadores de processo e de resultado na área da DPOC e introdução de medidas corretoras dos desvios;
- Divulgar e implementar as NOC na área da saúde mental;
- Identificar assimetrias de prescrição passíveis de introdução de medidas corretoras;
- Promover a melhoria da taxa de cobertura dos rastreios oncológicos;
- Promover a melhoria dos registos clínicos e codificação.

### Metas – Indicadores e Resultados

Tabela 3. Indicadores e Resultados da Contratualização Externa do ACES 2014-15 e Metas 2016

INDICADORES			VALOR	VALOR	META
EIXO	ID	DESIGNAÇÃO	2014	2015	2016
NACIONAL	6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	91,70%	91,90%	<b>92,00%</b>
	4	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	158,1‰	187,0‰	<b>160,0‰</b>
	278	Proporção medicamentos prescritos, que são genéricos	0,514	0,514	<b>0,55</b>
	47	Proporção de utentes idade ≥14 A, com registo de hábitos tabágicos	0,272	0,345	<b>0,4</b>
	74	Proporção de consultas médicas presenciais, com ICPC-2	0,931	0,966	<b>0,97</b>
	87	Taxa de internamento DCV, entre residentes < 65 anos	-	0,055	<b>0,074</b>
	267	Índice de Acompanhamento Adequado em PF em MIF	-	0,48	<b>0,52</b>
	86	Proporção RN de termo, de baixo peso	-	0,033	<b>0,031</b>
	64	Proporção de jovens com 14A, com consulta médica vig. e PNV	0,524	0,611	<b>0,63</b>
	85	Incidência de amputações major Minf. (DM), em residentes	-	0,53	<b>0,55</b>
	56	Proporção de idosos sem ansiolíticos/sedativos/hipnót.	0,605	0,613	<b>0,63</b>
	68	Despesas de medicamentos faturados, por utilizador SNS (p. conv)	187,7	185,4	<b>180,2</b>
	264	Despesa a MCDT's faturados, por utilizador SNS (p. conv)	60,9€	61,9	<b>61,1</b>
	REGIONAL	23	Proporção de hipertensos com risco CV (3A)	0,249	0,355
271		Índice de acompanhamento adequado em utentes DM	-	0,58	<b>0,62</b>
45		Proporção DE mulheres (25; 60 anos) com colpoc (3 anos)	0,315	0,33	<b>0,368</b>
275		Proporção de novos DM2 em terap. c/metformina em mono	0,681	0,625	<b>0,65</b>
LOCAL	3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	14,7‰	15,8‰	<b>18,0‰</b>
	38	Proporção DM com 1 HgbA1c por semestre	0,525	0,514	<b>0,58</b>

### Prioridades de Saúde Identificadas

Risco Cardiovascular

Rastreio Oncológico

Diabetes

Determinantes de Saúde: Obesidade e Hábitos Tabágicos

---

## ACES PINHAL LITORAL

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES PINHAL LITORAL NO ANO DE 2016

O ACES Pinhal Litoral (ACES PL) engloba uma população residente de 260.942 indivíduos (Censos, 2011), que corresponde a 11,2% do total de residentes da zona Centro (2.327.755 habitantes). A densidade populacional na área de abrangência é de 149,6 hab/Km<sup>2</sup>. Integra os centros de saúde dos concelhos de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós e respetivas unidades de saúde, num total de 6 Unidades de Saúde Familiar, 10 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 4 Unidades de Cuidados na Comunidade, 1 Unidade de Saúde Pública e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Relativamente aos recursos humanos, em 31 dezembro de 2015, o ACES PL dispunha de 532 profissionais (dotação de 721), dos quais 138 Médicos de Família, 173 Enfermeiros e 138 Assistentes Técnicos. O total de inscritos era de 263.112, dos quais 23.680 (9%) não possuíam médico de família. A taxa de utilização dos serviços do ACES PL, no ano de 2015, foi de 68,06%.

Relativamente aos índices de dependência (IdD), verificamos que o **IdD total** dos concelhos que compõem o ACES PL tem-se mantido inferior ao valor da região Centro, com exceção do concelho de Pombal, que regista os valores mais elevados nos últimos anos, refletindo a redução do peso relativo da população em idade ativa neste município.

Houve um aumento do **índice de envelhecimento** em todas as áreas geográficas do ACES PL na última década, porém, para valores inferiores ao da região Centro. Quanto ao **índice de longevidade**, aumentou em toda a região de Leiria, entre 2011 e 2015, em consequência do aumento da esperança de vida.

A **taxa bruta de natalidade** no Pinhal Litoral acompanhou a tendência nacional, com aumento entre 2014 e 2015 em todos os concelhos, com a exceção da Batalha. A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos tem mostrado uma evolução decrescente na área geodemográfica do ACES PL, acompanhando a tendência do Continente, enquanto a proporção de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos mostra uma tendência de aumento, a par do verificado na região e no Continente, ainda que com valores superiores.

A **taxa bruta de mortalidade** no Pinhal Litoral tem-se mantido estável entre 2012 e 2015, sempre com valores inferiores aos do Continente (entre 10,1‰ e 10,5‰). A **taxa de mortalidade infantil** apresenta uma tendência decrescente nas últimas décadas. Com exceção do triénio 2006-2008, o Pinhal Litoral apresentou sempre valores inferiores aos do Continente. A mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, para todas as idades e ambos os sexos, destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos. Na população com idade inferior

a 75 anos, em ambos os sexos, os tumores malignos assumem o grupo de doença com maior expressão, registando valores ligeiramente inferiores ao da região.

No triénio 2010-2012, a **taxa de mortalidade padronizada**, na população com idade inferior a 75 anos, apresentou, para a maioria das causas de morte, valores inferiores à região Centro e sem significância estatística. Destacam-se pela positiva, com valores significativamente inferiores à região (sob o ponto de vista estatístico), a doença crónica do fígado e cirrose, as doenças do aparelho circulatório, no seu sentido global, assim como, os tumores malignos do lábio, cavidade oral e faringe e os tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu.

Em termos de morbilidade, quando considerados os diagnósticos ICPC2, as alterações do metabolismo dos lípidos são o mais frequente, seguido da hipertensão arterial e das perturbações depressivas.

O número de notificações de Doenças de Declaração Obrigatória tem aumentado progressivamente na área geodemográfica da USP do ACES PL, tendo-se registado um total de 123 notificações em 2015. Consideramos que estes valores representam ainda uma subnotificação considerável, que poderá ser atenuada com a recente entrada em vigor da Portaria nº 22/2016 de 10 de fevereiro de 2016, que determina a obrigatoriedade da notificação laboratorial das DDO. Depois da diminuição da incidência de casos de tuberculose respiratória registados em 2012, a incidência desta patologia no ACES PL subiu, mantendo-se estacionária, com 19 casos notificados em cada um dos anos de 2013, 2014 e 2015.

Ainda em 2015, no conjunto dos casos notificados na área de influência do ACES PL, destaca-se a redução do número de casos de febre escaro-nodular, para metade, e a ausência de casos notificados de febre Q e de meningite meningocócica.

Os principais problemas de saúde identificados são as doenças cardiovasculares (com os seus fatores de risco, nomeadamente o excesso de peso, o consumo de tabaco e a hipertensão arterial) e os tumores malignos.

A escassez de recursos humanos, sobretudo de assistentes técnicos, representa um fator de constrangimento não negligenciável.

## **PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES PINHAL LITORAL NO ANO DE 2014-2016**

O ACES Pinhal Litoral pretende maximizar os ganhos em saúde da população da sua área de influência, com enfoque no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania, de acordo com o previsto no Plano Nacional de Saúde 2012-16.

Tem como objetivos:

- Cumprimento das metas dos programas prioritários de forma a promover uma modificação positiva no nível de saúde da população nas diferentes fases do ciclo de vida
- Capacitar os profissionais e os serviços para a inovação, utilizando os instrumentos adequados, de modo a valorizar as relações interpessoais e a utilização das novas tecnologias de informação e comunicação
- Estreitar as relações com a sociedade, estimulando a participação dos cidadãos através do Conselho da Comunidade, e promover uma maior articulação com o Gabinete do Cidadão, de forma a aproveitar as reclamações e sugestões dos utentes, como incentivo à melhoria dos serviços
- Valorizar as notificações de eventos adversos, através da plataforma Notific@, de modo a prestar cuidados de saúde de melhor qualidade e segurança, promovendo um desempenho de excelência

De uma forma global, o ACES Pinhal Litoral tem como estratégia, para que o seu plano seja efetivo, a motivação dos profissionais, a utilização das novas tecnologias, a segurança e a qualidade dos cuidados, sustentando-se em mecanismos de monitorização e atualização, promovendo o diálogo intersectorial.

### Metas – Indicadores e Resultados

INDICADORES		RESULTADO	META	META		
EIXO	ID	DESIGNAÇÃO	2015	2015	2016	
NACIONAL	6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	85,8	87,6	87,6	
	4	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	123,7	127	130	
	278	Proporção medicamentos prescritos, que são genéricos	50,1	55	55	
	47	Proporção utentes >= 14 A c/ registo de hábitos tabágicos	41,5	43	45	
	74	Proporção consultas médicas presenciais com ICPC-2	92,5	90	94,5	
	87	Taxa internamento DCV, entre residentes < 65 A	7,22	5,5	7,2	
	267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	0,474	0,507	0,52	
	86	Proporção de RN de termo de baixo peso	1,99	3,7	1,99	
	64	Proporção jovens 14A c/ consulta (méd.) de vigilância e PNV	50,6	51	56,5	
	85	Incidência de amputações major nos membros inferiores (DM), em residentes	0,73	0,25	0,7	
	56	Proporção idosos sem ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	65,1	67	67	
	68	Despesa medicamentos faturados por utilizador (PVP)	166,41	163,8	161,8	
	264	Despesa MCDTs faturados por utilizador (preço convencionado)	65,56	57,5	63	
	REGIONAL	23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	40,4	36	50
		271	Índice de acompanham adequado em utentes DM	0,618	0,55	0,659
		45	Proporção mulheres [25; 60[ A, c/ colpoc. (3 anos)	36,5	43	42
LOCAL	275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	71,9	71	73,4	
	14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	91,9	90	92	
	277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	27,5	23,5	30,1	

---

## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, EPE

---

### PERFIL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GUARDA NO ANO DE 2014

#### Caraterização sociodemográfica

A distribuição da população pelo território é heterogénea: em 2014, de acordo com as estimativas anuais do INE, a população residente na área de abrangência da ULS da Guarda era de 145.573 habitantes, sendo os concelhos com maior número de residentes a Guarda, com 40.237 habitantes e Seia, com 23.329 habitantes. O concelho com menos residentes era o de Manteigas, com 3.199 habitantes. O índice de envelhecimento tem vindo a aumentar nos últimos anos.

A pirâmide etária da população residente evidencia um estreitamento acentuado da base, revelando a diminuição dos grupos etários mais jovens, e um aumento dos escalões etários mais elevados. Há uma diminuição da taxa bruta de natalidade, de 7,3 (2003) para 5,4 (2013) nascimentos por 1000 habitantes. A esperança de vida à nascença, no triénio 2011 – 2013, é de 80,3 anos.

No triénio 2011 – 2013, o índice de dependência de jovens foi de 18,3 (2011) e de 17,5 (2013). Para o mesmo período analisado, os índices de dependência de idosos foram de 45,7 (2011) e 46,5 (2013) e os índices envelhecimento foram de 249,5 (2011) e 266,0 (2013).

#### Caraterização de saúde

##### MORBILIDADE e MORTALIDADE

Relativamente à morbilidade, de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários - 2ª Edição (ICPC - 2) em dezembro de 2013, na ULS da Guarda, os diagnósticos ativos mais registados dos inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram: **hipertensão** (22,4 %) e **alterações do metabolismo dos lípidos** (20,6 %), seguidos das **perturbações depressivas** (8,3 %) e da **diabetes** (7,9 %).

A seleção das principais causas de morte foi efetuada com base nos valores apresentados no perfil de saúde ULS da Guarda, ARS Centro 2015 (no triénio 2009-2011). A taxa de mortalidade proporcional (TMP) por grandes grupos de causas de morte para todas as idades e ambos os sexos destacam-se as doenças do aparelho circulatório (31,3%), seguido de tumores malignos (20,8%). Nas idades inferiores a 75 anos, em ambos os sexos, os **tumores malignos** foram as causas mais frequentes das mortes (35,5) seguido das **doenças do aparelho circulatório** (18,5 %). Dos tumores malignos destacam-se do

aparelho digestivo e peritoneu e destes os mais frequentes são os tumores malignos de estômago, tumores malignos de cólon e reto.

## **PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA NO ANO DE 2016**

Após a identificação dos principais problemas de saúde que afetam a população da área geográfica de abrangência da ULS da Guarda, tendo por base os valores de mortalidade e morbidade disponíveis no Perfil de Saúde da Região Centro, os contributos dos profissionais de saúde nas diversas unidades funcionais e dos parceiros da comunidade, foram selecionados como problemas de saúde e preocupações que mais contribuem para a carga global da doença, os seguintes: doenças oncológicas; doenças cardio - cerebrovasculares; doença mental (comportamentos aditivos; dependências; perturbações depressivas); diabetes mellitus; envelhecimento da população; acessibilidade.

Para cada um dos problemas identificados, foram definidos os determinantes de saúde mais significativos. Para além de constituir uma preocupação em saúde, conforme reflexão do grupo de trabalho, a acessibilidade é também considerada enquanto determinante de saúde.

Sendo que, algumas destas necessidades têm determinantes comuns como, por exemplo, a literacia em saúde e aos estilos de vida adotados: dieta, atividade física, hábitos tabágicos, entre outros. Porém, todas têm igualmente o potencial, a capacidade e recursos para, em rede, dar resposta à maioria desses problemas e necessidades.

A Literacia em saúde é um fator determinante na saúde individual e das populações pelo que se revela de primordial importância a sua promoção através de mecanismo de informação e formação variados. Esta área de intervenção é transversal aos vários problemas de saúde e implica o empenho concertado dos vários parceiros no sentido de promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

Para a implementação das estratégias anteriormente definidas, deverão ser criadas equipas dinamizadoras, integrando vários parceiros e consultores idóneos, para abordar cada um dos problemas de saúde.

Compete a estas equipas dinamizadoras a identificação dos elos promotores, de âmbito local, abrangendo um ou vários concelhos, com vista à elaboração e implementação, *in loco*, do Plano Local de Saúde da ULS da Guarda.

Atendendo às necessidades específicas da zona de abrangência da ULS da Guarda, o desenvolvimento do Plano Local de Saúde terá de passar por respostas distintas, de âmbito territorial mais restrito a desenvolver em estreita ligação com as estruturas da comunidade, tanto as já existentes, como aquelas a criar.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE CASTELO BRANCO, EPE

---

Encontra-se em fase de atualização



Plano Nacional de Saúde

# LVT //

## Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA  
E VALE DO TEJO, IP

ACES ALMADA / SEIXAL

ACES AMADORA

ACES ARCO RIBEIRINHO

ACES ARRÁBIDA

ACES CASCAIS

ACES ESTUÁRIO TEJO

ACES LEZÍRIA

ACES LISBOA NORTE

ACES LISBOA CENTRAL

ACES LISBOA OCIDENTAL/OEIRAS

ACES LOURES / ODIVELAS

ACES MÉDIO TEJO

ACES OESTE NORTE

ACES OESTE SUL

ACES SINTRA





Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP

---

Encontra-se em fase de elaboração.

---

## ACES ALMADA / SEIXAL - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES ALMADA / SEIXAL NO ANO DE 2015

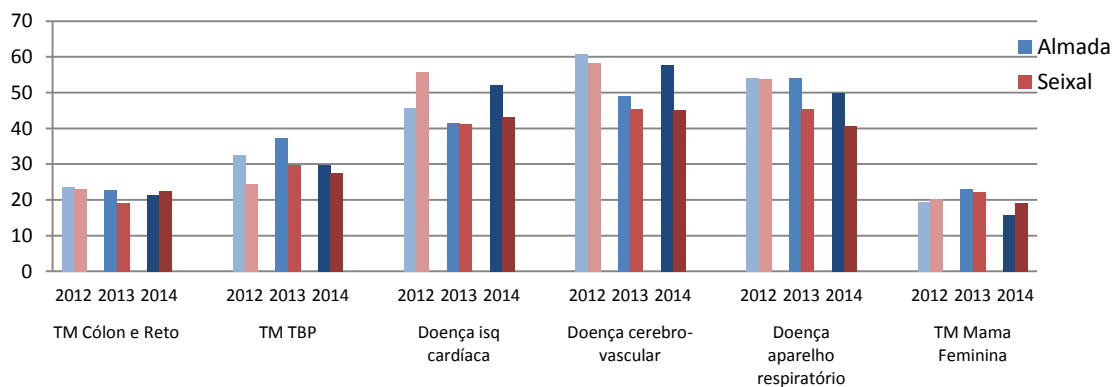
O ACES Almada-Seixal é um dos 15 Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Em 31 de dezembro de 2015, a população residencial estimada da sua área de abrangência era de 334 314 habitantes, distribuídos pelos concelhos de Almada (169 689 habitantes) e do Seixal (164 625 habitantes). Em 2015, o concelho de Almada apresenta uma das mais elevadas densidades populacionais estimadas da Área Metropolitana de Lisboa (**2 423,8** habitantes por Km<sup>2</sup>), indicador também relevante no concelho do Seixal (1 724,7 habitantes por Km<sup>2</sup>). Do ponto de vista demográfico, Almada é um dos concelhos mais envelhecidos do país (índice de envelhecimento (IE) de 147,5 por 100, em 2015). Pelo contrário, no concelho do Seixal a população é mais jovem (IE de 113,4 por 100, em 2015), mas parece estar a envelhecer mais rapidamente. A proporção de estrangeiros é relevante nos dois concelhos (cerca de 6%). Almada apresenta uma elevada proporção de alojamentos de residência secundária (20,4%, em 2011).

Em Almada, a taxa bruta de natalidade tem vindo a reduzir, sendo de 9,4 por 1 000 habitantes em 2015, apresentando um mínimo em 2013 de 8,8 por 1 000 habitantes. A taxa bruta de mortalidade tem vindo a aumentar, sendo de 11,4 por 1 000 habitantes, em 2015. O saldo natural e o migratório mantêm-se negativos em 2015. Tal traduz-se por uma taxa de crescimento efetivo negativa nos últimos anos (-0,26%, em 2015). No concelho do Seixal, tem-se verificado, também, uma redução da natalidade, tendo a taxa bruta alcançado o valor de 9,3 por 1 000 habitantes, em 2015. A taxa bruta de mortalidade foi de 8,4 por 1 000 habitantes, em 2015. A taxa de crescimento migratório mantém-se positiva.

Em 2015, a taxa de crescimento efetivo foi de 0,54%. O índice sintético de fecundidade evidencia a incapacidade de renovação das gerações nos dois concelhos (Almada 1,54 e Seixal 1,37). Os concelhos de Almada e Seixal apresentam das mais baixas taxas de mortalidade infantil em 2015 do País (1,3 óbitos por 1 000 nados vivos em ambos os concelhos). No quinquénio 2009-2013 a mortalidade neonatal foi de 1,6 por 1 000 em Almada e de 1,7 por 1 000 no Seixal. O grupo das doenças do aparelho circulatório foi a causa de morte mais frequente nos dois concelhos (31% dos óbitos, no triénio 2012-2014), seguido pelos tumores malignos (cerca de 27%) e pelas doenças do aparelho respiratório (cerca de 10%). No período 2012-2014, as taxas de mortalidade específicas por doenças do aparelho circulatório variaram entre 2,9 e 3,3 por 1 000 habitantes no concelho de Almada, e 2,7 e 3,2 por 1 000 habitantes no do Seixal.

No ano de 2014 as taxas padronizadas de mortalidade específica evidenciam a superioridade do risco de morrer por doença isquémica cardíaca e cerebrovascular no concelho de Almada. Os tumores malignos são a principal causa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos) no conjunto dos dois concelhos, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório e o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões (TMTBP). Pese embora a redução sustentada da incidência cumulativa da tuberculose observada em Almada e no Seixal nos últimos anos, o risco estimado da doença mantém-se relevante nos dois concelhos (23,6 e 16,4 por 100 000 habitantes em Almada e Seixal, respetivamente, em 2015).

**Figura 1:** Taxa de Mortalidade Padronizada por grupo de doença e concelho, anos 2012 a 2014



Legenda: TM = Tumor Maligno, TBP = Traqueia, brônquios e pulmões, isq = isquémica. (Dados: INE, IP)

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES ALMADA / SEIXAL NO ANO DE 2013-2016

Na identificação e priorização das necessidades de saúde foi seguida uma abordagem multi-metodológica. A doença isquémica cardíaca (DIC) foi priorizada como o principal problema de saúde, seguindo-se as doenças cerebrovasculares (DCV), as patologias do foro mental e do comportamento, a diabetes *mellitus* (DM), o tumor maligno da mama feminina (TMMF), a SIDA/infecção pelo vírus de imunodeficiência humana, a tuberculose, a pneumonia, o tumor maligno do cólon e reto (TMCR), e o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (TMTBP).

Como determinantes prioritários para a intervenção, foram selecionados a hipertensão arterial, a obesidade, o consumo de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas, a inatividade física, o uso/abuso de *internet* e a reduzida acessibilidade à prestação de cuidados de saúde em alguns sectores. Foram selecionadas necessidades de serviço adequadas à manutenção do baixo risco de morte e de doença decorrente das patologias associadas à gravidez, parto e puerpério; afeções no período perinatal; doenças evitáveis pela vacinação; toxi-infeções alimentares e doenças de transmissão hídrica. A população

masculina residente no concelho de Almada; a população infantil, adolescente e jovem institucionalizada em lares; a população idosa, e as comunidades de exclusão social foram selecionadas como grupos populacionais de maior risco. Como necessidades de investigação em saúde, foram priorizados o estudo do risco de morte prematura e evitável, e o estudo dos determinantes das doenças cardiovasculares ao nível local.

Dos objetivos de saúde fixados para alcançar até 2016 destacam-se: a) Reduzir em 40% a taxa bruta de mortalidade por DIC na população de idade inferior a 65 anos; b) Reduzir em 50% a taxa bruta de mortalidade por DCV na população de idade inferior a 65 anos; c) Reduzir em 60% a taxa bruta de anos de vida potenciais perdidos por DM na população de idade inferior a 70 anos; d) Reduzir em 35% a taxa bruta de mortalidade por TMMF na população de idade inferior a 65 anos; e) Reduzir em 15% a taxa bruta de mortalidade por TMCR na população de idade inferior a 65 anos; f) Reduzir em 5% a taxa bruta de anos de vida potenciais perdidos por TMTBP na população de idade inferior a 70 anos; g) Reduzir em 50% a taxa bruta de mortalidade por SIDA na população de idade inferior a 65 anos; h) Reduzir em 40% a taxa bruta de anos de vida potenciais perdidos por pneumonia na população de idade inferior a 70 anos; i) Reduzir em 10% a taxa bruta de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool na população de idade inferior a 65 anos.

Para os problemas de saúde priorizados, foi prevista a implementação local de estratégias de saúde de prevenção primária, secundária e terciária, designadamente: promoção da saúde (aumento da literacia em saúde, com vista à capacitação para a adoção de comportamentos protetores da saúde e evicção de comportamentos de risco; informação e educação para a saúde em grupos populacionais específicos e intervenções multidisciplinares e integradas dirigidas a comunidades específicas); proteção da saúde (vacinação; vigilância epidemiológica e intervenção atempada na prevenção e controlo dos riscos ambientais; vigilância, investigação epidemiológica e intervenção atempada na prevenção e controlo das doenças transmissíveis); diagnóstico e tratamento precoces (rastreamento e consultas de vigilância de saúde em todas as fases do ciclo da vida); e prevenção e controlo da doença e suas complicações, da incapacidade e do sofrimento (prestação de cuidados de saúde multidisciplinares e integrados; referenciação atempada e célere entre níveis de prestação de cuidados; prestação de cuidados de saúde no domicílio; cuidados continuados e cuidados paliativos). Recomendou-se que fosse usado como suporte da elaboração e avaliação do impacto dos planos de atividades do ACES Almada-Seixal e unidades funcionais, dos respetivos programas de saúde e da contratualização interna e externa. Iniciou-se a fase de implementação do Plano que passou pela ação concertada de todos os parceiros, coerente com a missão específica de cada um, mas fundamentada nas estratégias de saúde selecionadas. O Plano Local de Saúde de Almada-Seixal 2013-2016 foi alvo de monitorização em 2015 através de um *tableau de bord* no âmbito de contratualização. A avaliação ocorrerá ao longo do ano de 2017, conforme definido no PLS.

---

## ACES AMADORA

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES AMADORA NO ANO DE 2016

A Amadora é o concelho do país com maior densidade populacional em Portugal, com uma pirâmide etária e índices demográficos semelhantes ao nível regional e nacional.

A nível social a Amadora destaca-se pela elevada proporção de migrantes (6,29%), oriundos de países do Continente africano. Apresenta uma taxa de desemprego 0,6% inferior ao valor nacional. A taxa de dependência do agregado familiar é superior à média nacional.

Em termos de saúde materno-infantil a Amadora tem uma proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, superior à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT); tem taxas de mortalidade infantil (6,8‰) e de recém-nascidos com baixo peso (10,3%), também superiores à regional e nacional. A prevalência de excesso de peso e obesidade em 2015/16 em crianças dos 10-18 anos foi de 15,5% e 8,5%, respetivamente (*Anexo I*). Os indicadores de morbilidade da Amadora permitem realçar, que em relação à Tuberculose existe uma taxa de incidência muito superior à RSLVT (40,5/100 000 ha.). O VIH/SIDA também constitui um problema de saúde importante na comunidade, com uma prevalência superior à regional e nacional e com uma elevada proporção de diagnósticos tardios. Em relação à diabetes verifica-se um subdiagnóstico.

A taxa de mortalidade por todas as causas na Amadora é semelhante à taxa nacional, mas a Amadora tem um maior número de anos de vida potencialmente perdidos (5119 AVP/100 000 há, 2009). Por afetarem mulheres em idades ainda jovens, o cancro da mama e o cancro do colo do útero, são problemas de saúde com muita expressão nos anos de vida perdidos na Amadora. No concelho da Amadora a oferta de serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde é assegurada principalmente pelo Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca e pelo Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora. Em complemento existem alguns prestadores privados (Clínica de Santo António, Centro Clínico da Amadora do Hospital da Luz) e ONG's (O Vigilante, AJPAS). A capilaridade dos cuidados primários de saúde não é de todo o ideal, dado o elevado número de inscritos sem médico de família, traduzindo-se numa barreira de acesso aos cuidados de saúde.

#### Problemas Prioritários

Os 18 parceiros (Instituições de Saúde, Autarquia, ONG's, etc...) que elaboraram o PLS identificaram 11 problemas de saúde na Amadora (Os Cancros da mama, do Colo do Útero, do Cólon e Recto; Diabetes *mellitus*; Tuberculose; VIH/SIDA; Doenças Cérebro Cardiovasculares, Saúde da Criança; Saúde Mental e Cobertura/Qualidade dos Serviços de Saúde), após a priorização (técnica de grupo nominal) destes problemas foram definidos

como problemas prioritários para o PLS: “VIH/SIDA”, “Tuberculose”, “Cancro”, “Diabetes mellitus”.

Perfil de mortalidade e morbilidade da Amadora e comparação com valores nacionais

Mortalidade					
Indicadores	Sexo	Período	Unidade	Amadora	Continente
TBM	HM	2014	/100 000 ha	8,4	10,1
TMP por todas as causas antes dos 75 anos	HM	2010/12	/100 000 ha	306,3	277,1
Anos de vida potencialmente perdidos até 70 anos	HM	2010/12	/100 000 ha	4769,7	3848,1
TM por cancro mama antes dos 75 anos	M	2010/12	/100 000 ha	18,9	15,2
TM por cancro do coo do útero antes dos 75 anos	M	2010/12	/100 000 ha	3,4	2,6
TM por cancro do cólon e reto antes dos 75 anos	HM	2010/12	/100 000 ha	13,2	13,3
TM por doença isquémica cardíaca antes dos 75 anos	HM	2010/12	/100 000 ha	23,5	15,8
TM por doenças cerebrovasculares antes dos 75 anos	HM	2010/12	/100 000 ha	19,3	19,1
TM por VIH/Sida antes dos 75 anos	HM	2010/12	/100 000 ha	15,4	5,1
TM por suicídio antes dos 75 anos	HM	2010/12	/100 000 ha	5	6,9

FONTE: ARS LVT || Legenda: TBM - Taxa Bruta Mortalidade; TMP - Taxa Mortalidade Padronizada; TM - Taxa Mortalidade

Morbilidade					
Indicadores	Sexo	Período	Unidade	Amadora	Continente
Prevalência de diabetes	HM	2014	%	6,17	6,95
Prevalência de diabetes insulino-dependente	HM	2014	%	0,44	0,71
Prevalência de diabetes não insulino-dependente	HM	2014	%	5,72	6,24
Prevalência de alteração do metabolismo dos lípidos	HM	2014	%	12,95	17,69
Prevalência de acidentes vasculares cerebrais	HM	2014	%	1,01	1,16
Prevalência de doença cardíaca isquémica	HM	2014	%	1,36	1,47
Prevalência de enfarte agudo do miocárdio	HM	2014	%	0,47	0,57
Prevalência de hipertensão arterial	HM	2014	%	18,21	19,66
Prevalência de perturbações depressivas	HM	2014	%	4,86	8,17
Prevalência de obesidade	HM	2014	%	5,54	5,77
Recém nascido de termo com baixo peso	HM	2012/2014	-	10,3	8,7
Nascimentos pré termo	HM	2012/2014	-	9,8	7,9
Taxa mortalidade infantil	HM	2012/2014	/1 000	6,8	3

FONTE: SIARS (tratamento de dados: Observatórios Regionais de Saúde); ARS LVT

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES AMADORA NO ANO DE 2014-2016

### Objetivos do Plano Local de Saúde para 2016:

#### VIH/SIDA – OBJETIVOS:

- 1 Reduzir o número de novas infeções por VIH para 18,2/100000 habitantes
- 2 Diminuir para 35% os diagnósticos tardios de infeção pelo VIH
- 3 Diminuir a taxa bruta de mortalidade por VIH, antes dos 65 anos para 6,4/100 000 habitantes
- 4 Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora

#### Tuberculose – OBJETIVOS:

- 1 Agir sobre os grupos mais vulneráveis (migrantes, sem abrigo, imunodeprimidos, etc...) para melhorar a sua literacia em saúde e hábitos de vida saudável
- 2 Reduzir no Concelho da Amadora o número de novos casos de tuberculose para 35 por 100.000 habitantes
- 3 Diminuir a janela temporal entre o início dos sintomas até ao diagnóstico para menos de 40 dias anos para 6,4/100 000 habitantes

#### Cancro da Mama – OBJETIVOS:

- 1 Aumentar a proporção de mulheres rastreadas (com indicação) até pelo menos aos 60%
- 2 Aumentar a literacia em saúde da mulher de grupos-alvo na Amadora
- 3 Diminuir a mortalidade por cancro da mama antes dos 65 anos para 30,1/100000 habitantes

### **Cancro do colo do Útero – OBJETIVOS:**

- 1 Aumentar a cobertura vacinal (vacina do HPV) recomendada para 85%
- 2 Aumentar rastreio de mulheres em idade fértil recomendado para 60%
- 3 Diminuir a mortalidade por cancro do colo do útero antes dos 65 anos para 11,4/100 000 habitantes
- 4 Aumentar a literacia em saúde da mulher de grupos-alvo na Amadora

### **Cancro do Cólon e Recto – OBJETIVOS:**

- 1 Aumentar o rastreio a partir dos 50 anos em pessoas de risco
- 2 Aumentar a taxa de referência aos Cuidados de Saúde Secundários e referência para rastreio genético (para os indivíduos de alto risco)
- 3 Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora
- 4 Esclarecer os profissionais de saúde acerca das estratégias de rastreio
- 5 Diminuir a taxa de mortalidade por CCR, antes dos 65 anos para 7,25/100000 habitantes

### **Diabetes – OBJETIVOS:**

- 1 Aumentar o número de casos diagnosticados até atingir uma prevalência de 8%
- 2 Aumentar a taxa de referência aos Cuidados de Saúde Secundários e referência para rastreio de retinopatia diabética
- 3 Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora

## Monitorização e avaliação

A avaliação do PLS será realizada após o término do seu período de vigência, sendo expectável a apresentação da avaliação até ao fim do primeiro semestre de 2017. A avaliação final deve focar-se nos indicadores de resultados constantes como objetivos para os problemas prioritários. O seu cumprimento avaliará a efetividade das intervenções realizadas. Está neste momento em curso uma avaliação intermédia, com vista a avaliar os progressos já atingidos.

## Anexo I - Plano Local de Saúde Foco Obesidade Infantil

### Vigilância do Índice da Massa Corporal de crianças dos 10 aos 18 anos nas escolas da Amadora – Portugal

#### Introdução

Portugal é dos países europeus com maior prevalência de obesidade infantil. O estudo EpiTeen no Porto reportou uma prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças de 17 anos de 13% e 6%, com valores ainda superiores aos 13 anos. A adolescência é um período crítico de intervenção para minimizar o risco de obesidade na idade adulta. Nesse sentido, para adequar as estratégias de intervenção para o problema, na Amadora, procedemos pelo 4º ano à vigilância do Índice de Massa Corporal (IMC) de crianças do 2º e 3º ciclo.

#### Métodos

Realização de um estudo transversal, nas escolas do 2º e 3º ciclo da Amadora (10 escolas participaram), durante os anos lectivos 2010/11, 2011/12, 2014/15, 2015/16. Foram incluídas as crianças entre os 10 e 18 anos, das turmas aderentes. A adesão das turmas foi voluntária e baseada na participação dos professores de educação física, que foram os responsáveis pelas medições antropométricas (peso e altura). Foram avaliadas as variáveis de idade, peso, altura e sexo. A classificação do IMC ajustado para a idade foi baseada nas curvas de percentis da OMS (2015), utilizou-se o programa SPSS para proceder à classificação do IMC ajustado para a idade e sexo.

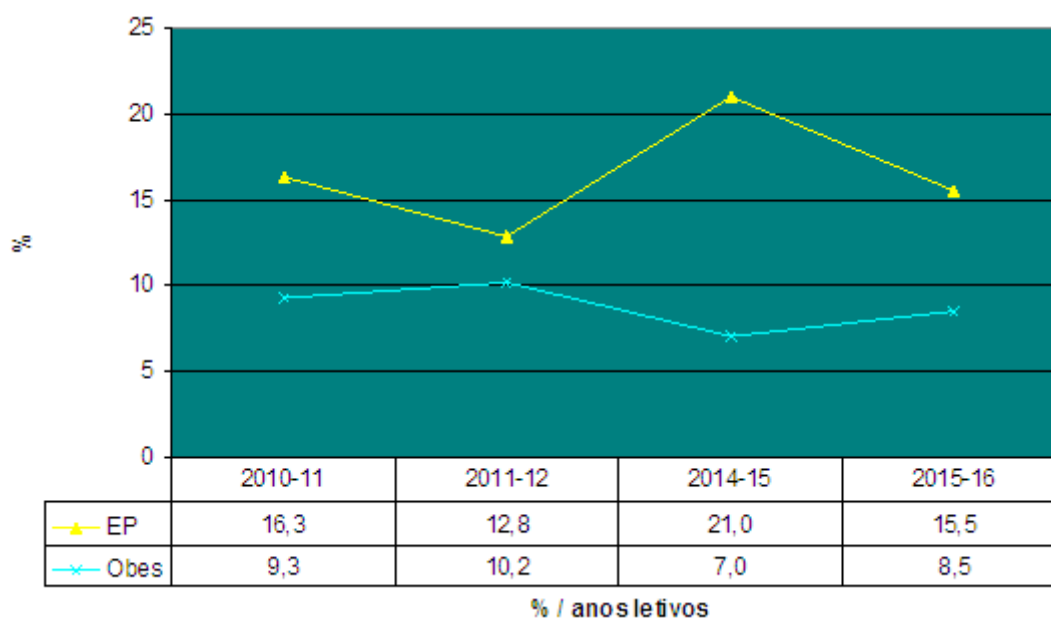
#### Resultados

No total, durante os quatro anos letivos, participaram 23147 alunos (26% do total da população no ano letivo de 2010/11, 26% no ano de 2011/14, 24% em 2014/15 e 20% no ano letivo de 2015/16). Observou-se uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 9% e 12% respectivamente, em 2010/2011; de 12% e 10% em 2011/2012; de 21% e 7% em 2014/15; e de 16% e 9% em 2015/2016.

## Conclusão

Ao longo dos anos letivos, verificou-se que na população de alunos estudados, a prevalência de excesso de peso é superior à da obesidade, mas que ambas apresentam valores superiores aos dos estudos de referência nacionais. Cerca de 24 % dos alunos analisados tem um IMC correspondente a excesso de peso ou obesidade. A tendência ao longo do tempo tem sido irregular, mas com valores aproximados.

**Figura 1:** Evolução do IMC correspondente a excesso de peso e obesidade, nos anos alunos em estudo das escolas do 2º e 3º ciclo do Concelho da Amadora, anos letivos 2010/11, 2011/12, 2014/2015 e 2015/2016



Legenda: EP - excesso de peso; Obes - obesidade

Nota: Classificação do IMC para a idade baseada nas curvas de percentis da OMS (2015)

## Integração com o Plano Local de Saúde - Amadora

A obesidade infantil foi apresentada como um problema de saúde enquadrado na saúde da criança, em sede de discussão das prioridades de saúde para a Amadora. A saúde da criança não foi selecionada como um problema prioritário. Não obstante, a Unidade de Saúde Pública continua a agir junto das escolas para mitigar o problema da obesidade infantil.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES ARCO RIBEIRINHO - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ARNALDO SAMPAIO

---

Encontra-se em fase de elaboração.

## ACES ARRÁBIDA - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

### PERFIL DE SAÚDE - ACES ARRÁBIDA

#### Caracterização sociodemográfica

Os concelhos de Palmela, Sesimbra e Setúbal têm atualmente uma população residente de 232.786 habitantes. De 2001 para 2011, todos os municípios da área do ACES da Arrábida apresentaram uma variação positiva, destacando-se Sesimbra com um aumento de 31,76%. Já mais recentemente, em 2014, as variações populacionais são positivas em Sesimbra e Palmela, constatando-se um decréscimo mais expressivo de residentes em Setúbal, com reflexos na totalidade da população abrangida pelo ACES da Arrábida que apresenta uma redução de 0,31% no ano de 2014, comparativamente a 2011.

**Quadro 1.** População residente e variação populacional – concelho e ACES Arrábida, 2001-2011 e 2011-2014

CONCELHO	2001	Variação % 2001-2011	2011	Variação % 2011-2014	2014
Palmela	53353	17,76	62831	1,89	64019
Sesimbra	37567	31,76	49500	2,22	50601
Setúbal	113934	6,36	121185	-2,49	118166
ACES ARRÁBIDA	204854	13,99	233516	-0,31	232786

Fonte: INE – Censos 2001e 2011, Estimativas Anuais da População Residente em 2014 (atualizadas a 16 de junho de 2015)

O aumento da densidade populacional tendo sido consistentemente verificado nos concelhos de Palmela e Sesimbra, tal como a diminuição persistente no concelho de Setúbal, desde o ano de 2001.

**Quadro 2.** Densidade populacional (n.º habitantes/km<sup>2</sup>) por local de residência – 2001, 2011 e 2014

Local de residência	Densidade populacional		
	2001	2011	2014
Concelho Palmela	114,53	135	137,6
Concelho Sesimbra	192	253,2	258,9
Concelho Setúbal	588,52	526,2	513

Fonte: INE – Censos 2001e 2011, Estimativas Anuais da População Residente em 2014 (atualizadas a 24 de junho de 2015)

**Quadro 3.** Índices demográficos nos concelhos do ACES Arrábida, A.M.Lisboa e Portugal, 2011 e 2014

	Palmela		Sesimbra		Setúbal		A.M.Lisboa		Portugal	
	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011
Índice de Envelhecimento	110,9	99,9	95,3	86,1	124,5	109	128,5	119,7	141,3	127,6
Índice de Dependência de Idosos	28,5	26,4	24,9	23,6	31,5	27,7	32,1	29	31,1	28,8
Índice de Dependência de Jovens	25,7	26,4	26,1	27,4	25,3	25,5	25	24,2	22	22,6
Índice de Dependência Total	54,2	52,8	51	51	56,8	53,2	57,1	53,2	53	51,4

Fonte: INE – Censos 2011, Estimativas Anuais da População Residente em 2014 (atualizadas a 24 de junho de 2015)

**Quadro 4.** Evolução da taxa bruta de natalidade (‰) de 2012 a 2014 no Continente, na A.M. de Lisboa e nos concelhos do ACES da Arrábida

Local de residência	2012	2013	2014
Continente	8,5‰	7,9‰	7,9‰
AM Lisboa	10,4‰	9,7‰	9,9‰
Palmela	10,3‰	8,1‰	8,5‰
Sesimbra	10,6‰	9,4‰	9,9‰
Setúbal	9,2‰	8,6‰	9,0‰

População utilizadora do ACES: o número de utentes inscritos no ACES da Arrábida, a 8 de Julho de 2016 (SIARS) era de 252.815 utentes, dos quais 558.431 tem médico de família, 65.749 não tem médico de família e 27.989 são não frequentadores o que equivale a uma proporção de utentes sem médico atribuído de 26%.

### Caracterização de saúde

A esperança de vida à nascença e aos 65 anos de idade na área geográfica do ACES da Arrábida é inferior à do Continente e da RSLVT, 79,04 e 18,19 respetivamente. As doenças do sistema cardiovascular continuam a ser a 1.<sup>a</sup> causa de morte não só no Continente, como na área geográfica da ARS LVT e do ACES da Arrábida. As taxas específicas de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e por doença isquémica cardíaca, em pessoas com menos de 65 anos de idade, na área geográfica do ACES da Arrábida, têm valores superiores ao Continente. O mesmo se verifica no valor da taxa de incidência de doença cardíaca em pessoas com menos de 65 anos. No entanto a taxa de incidência de AVC e a taxa de incidência de AVC em pessoas com idade inferior a 65 anos apresentam valores inferiores à ARSL VT e ao Continente.

A proporção de utentes registados no SIARS com diabetes, no ACES da Arrábida em 2015, é 7,07%, ligeiramente inferior ao estimado para a população portuguesa (7,66) e ligeiramente superior ao da AML (6,83%). De acordo com o INE, a incidência de amputações dos membros inferiores (major e minor,) por motivo de diabetes, nos residentes na área geográfica do ACES da Arrábida é superior à incidência da ARS LVT e de Portugal.

**Quadro 5.** Incidência de amputações diabéticas

	Portugal	ARS LVT	ACES da Arrábida
Incidência amputações diabéticos (%) 2015	0,36	0,44	1,16

Fonte: ACSS 2015

**Quadro 6.** Mortalidade proporcional por diabetes mellitus, por local de residência, 1981 – 2011 – 2014

Local	Diabetes(%)		
	1981	2011	2014
Continente	1,1	4,3	4,0
RLVT	-	4,1	4,2
Palmela	-	3,8	4,5
Sesimbra	-	6,3	5,1
Setúbal	-	3,4	5,1

Fonte: INE

Em Portugal, ao contrário do verificado para a morte por doenças cardiovasculares, tem-se verificado nos últimos anos um aumento da mortalidade por doenças do aparelho respiratório, mantendo-se esta como a terceira principal causa de morte.

Em 2015, nos concelhos do ACES da Arrábida, os três tipos de neoplasia com a maior incidência registada foram, respetivamente, a neoplasia da próstata (144 casos) valor inferior ao registado anteriormente, do cólon e reto (174 casos) valor superior ao registado anteriormente e da mama (162 casos), segundo o Registo Oncológico Regional Sul (ROR Sul).

**Quadro 7.** Taxa de mortalidade por tumores malignos (%) por local de residência

Local	Tumores malignos			
	2011	2012	2013	2014
Continente	2,4	2,5	2,5	2,5
RLVT	2,5	2,5	2,5	2,6
Palmela	2,4	2,6	2,5	1,9
Sesimbra	2,3	2,0	2,5	2,3
Setúbal	2,5	2,9	2,5	2,9

Fonte: INE

**Quadro 9.** Taxa quinquenal de mortalidade infantil (%) por Local de residência

Local de residência	Taxa quinquenal de mortalidade infantil (%)			
	1998-2002	2002-2006	2007-2011	2010-2014
Continente	5,3	3,9	3,2	2,9
RLVT	5,0	3,9	3,7	3,4
Palmela	1,6	4,6	2,0	2,3
Sesimbra	2,6	3,2	3,3	3,0
Setúbal	5,9	3,8	4,2	2,6

Fonte: INE última atualização 11-02-2016

Em 2015, na área geográfica do ACES da Arrábida foram notificados 156 doenças de declaração obrigatória, 49 das quais eram casos de Tuberculose Pulmonar, tendo aumentado as notificações de sífilis não congénita (23) e Gonorreia (9).

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES ARRÁBIDA NO ANO DE 2016-2018

O Plano Local de Saúde é um documento estratégico de apoio a gestão das atividades dos serviços de saúde e da comunidade, visando contribuir para a melhoria do estado de saúde da população.

O conhecimento prévio dos indicadores de saúde locais e os seus determinantes, nos aspetos sociodemográficos, ambientais e comportamentais, constitui o primeiro passo para a sua construção. Assim foi elaborado o Perfil de Saúde do ACES Arrábida, com base num conjunto de indicadores previamente definidos a nível regional, como forma de identificação de problemas que afetam a saúde da população do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Arrábida, em matéria de morbi-mortalidade e seus determinantes.

Cientes de que todos os agentes exercem influência direta ou indireta na saúde da população, a participação coletiva é, sem dúvida a chave do sucesso de qualquer plano de saúde. Deste modo procedeu-se a apresentação do referido Perfil de Saúde e sua discussão com os parceiros internos do ACES e externos.

Na mesma ótica, propôs-se aos órgãos máximos do ACES a mesma metodologia relativamente ao envolvimento de parceiros externos, com vista a consulta sobre a sensibilidade dos mesmos relativamente a listagem dos problemas de saúde que reputassem prioritários.

O Plano Local de Saúde do ACES Arrábida encontra-se na fase de identificação de problemas e necessidades, técnicas (definidas pelos profissionais de saúde) e sentidas (definidas pela sociedade local) de forma a definir prioridades e estabelecer objetivos.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES CASCAIS - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

---

### PERFIL DE SAÚDE - CASCAIS NO ANO DE 2015

#### Caracterização sociodemográfica

O concelho de Cascais com uma área de 99,07 km<sup>2</sup> abrange uma população de 206.429 habitantes (censos 2011), com uma densidade populacional de 2124,5 habitantes/Km<sup>2</sup>, sendo as antigas freguesias de Parede (6016 habitantes/km<sup>2</sup>) e de Carcavelos (5166 habitantes/km<sup>2</sup>) as de maior densidade populacional.

Em 2011 residiam no concelho de Cascais 22.320 indivíduos de nacionalidade estrangeira, maioritariamente do sexo masculino (52,6%), sendo a comunidade Brasileira a que apresenta maior número de registos (30,9%).

Em 2015, do ponto de vista demográfico, a população ativa representa 62,4% da população total, com um índice de dependência de jovens de 26,4, um índice de dependência de idosos de 33,95 e um índice de envelhecimento de 128,6 verificando-se, ao longo dos últimos 2 anos, um aumento nos dois últimos índices. Concomitantemente, tem-se observado a diminuição na capacidade de renovação da população através da evolução negativa do saldo natural da população, em virtude da diminuição sustentada dos nascidos vivos e do aumento do número de óbitos.

No ano 2015 nasceram 2131 crianças, sendo a taxa bruta natalidade de 9,8 e a esperança vida à nascença era de 80,4 anos.

Os valores observados nos indicadores de mortalidade na população do concelho de Cascais em 2015 situam-se abaixo dos a nível regional e nacional, sendo que a taxa bruta de mortalidade foi de 8,9‰ e a taxa de mortalidade infantil foi de 2,8‰.

#### Caracterização de saúde

A mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2009/2011, destacam-se como principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório (33,7/10<sup>5</sup> habitantes) e os tumores malignos (29/10<sup>5</sup> habitantes), seguidas das doenças do aparelho respiratório (10,9/10<sup>5</sup> habitantes), das doenças endócrinas (4,7/10<sup>5</sup> habitantes) e das doenças do aparelho digestivo (4,1/10<sup>5</sup> habitantes).

No que concerne à morbilidade registada em *International Classification of Primary Care* (ICPC)2 no ACES Cascais, destacam-se os valores observados nos utentes inscritos com

diagnóstico de hipertensão (19,2%), de perturbações depressivas (6,7%) e de obesidade (5,5%), todos eles superiores à média regional e o último também superior à verificada a nível nacional.

No que se refere ao valor observado para a diabetes verifica-se uma prevalência muito abaixo da média regional e nacional. Considerando que, de acordo com o Observatório da Diabetes, a prevalência de diabéticos diagnosticada em indivíduos dos 20 aos 79 anos está estimada em 7,3% e a população de Cascais está a envelhecer, com conseqüente aumento da prevalência desta doença, coloca-se a hipótese de subregisto informático.

A Tuberculose é a DDO mais notificada no ACES Cascais (26,9/10<sup>5</sup> habitantes) mas a sua incidência revelou uma tendência decrescente, principalmente no último ano (31,5/10<sup>5</sup> habitantes, em 2011).

Em 2012, a taxa de incidência da infeção VIH (CRS+PA+SIDA) foi de 4,8/10<sup>5</sup> habitantes), enquanto a de SIDA foi de 1/10<sup>5</sup> habitantes, mantendo ambas a tendência decrescente.

Relativamente à situação vacinal da população de Cascais a taxa de cobertura global não permite assegurar a existência de imunidade de grupo para as doenças evitáveis pela vacinação.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - CASCAIS NO ANO DE 2014-2016

O Plano Local de Saúde de Cascais em execução desde final de 2015 resulta da coordenação de esforços dos diferentes *stakeholders* envolvidos no processo de planeamento estratégico para a área da saúde no concelho de Cascais e traduz o seu empenhamento na prossecução de um objetivo comum. Reforça, ainda, a colaboração externa de organizações formais e não formais da nossa comunidade, de outros atores sociais e do próprio cidadão, como contributo decisivo na intervenção face aos determinantes da saúde, co-responsabilizando-os pela gestão de saúde individual e coletiva.

Ao constituir-se como um documento estratégico suportado nos problemas de saúde prioritários do concelho (Saúde Mental, Doenças Cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Diabetes e Excesso de peso e obesidade) e de acordo com os objetivos definidos para cada um deles, foram selecionadas estratégias dirigidas ao indivíduo ao longo do ciclo de vida e a grupos específicos da população atendendo:

- À articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, cuidados continuados
- À concertação entre os cuidados de saúde primários, a autarquia e as restantes instituições parceiras na comunidade
- Ao envolvimento do cidadão/comunidade como agente ativo
- Ao desenvolvimento profissional contínuo
- À melhoria da qualidade e proximidade dos cuidados e à satisfação do cidadão



PROBLEMAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Saúde Mental	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar a população com patologia mental através dos registos tanto em cuidados de saúde primários como hospitalares;</li> <li>2. Melhorar a articulação e resposta de cuidados, em particular os emergentes;</li> <li>3. Criar sinergias com parceiros da comunidade, visando a melhoria da saúde mental da população</li> </ol>
Doenças Cardiovasculares	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melhorar a vigilância epidemiológica das doenças cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Aumentar proporção de hipertensos diagnosticados e controlados</li> <li>· Aumentar proporção de dislipidémicos diagnosticados e controlados</li> <li>· Aumentar proporção de diabéticos diagnosticados e controlados</li> </ul> </li> <li>2. Promover a prevenção cardiovascular através da educação para a saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Reduzir prevalência de fumadores</li> <li>· Reduzir prevalência de obesos</li> <li>· Reduzir prevalência de hábitos alcoólicos</li> <li>· Aumentar prevalência de indivíduos com hábitos regulares de exercício</li> <li>· Aumentar prevalência de indivíduos com hábitos alimentares saudáveis</li> </ul> </li> </ol>
Doenças Oncológicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumentar a literacia em saúde com vista à capacitação das pessoas no referente às doenças oncológicas e seus determinantes;</li> <li>2. Implementar os programas de rastreio do cancro da mama, cólon e reto e colo do útero, de acordo com as orientações nacionais;</li> <li>3. Aumentar a cobertura vacinal com a vacina contra o HPV (cancro do colo do útero);</li> <li>4. Melhorar a articulação entre unidades de saúde (Hospital-ACES) para encaminhamento dos doentes com DO (nomeadamente os que necessitam de cuidados paliativos);</li> <li>5. Melhorar a comunicação bidirecional entre os médicos de medicina geral e familiar (MGF) e os do Hospital de referência.</li> <li>6. Melhorar o acesso a cuidados paliativos no domicílio</li> </ol>
Diabetes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduzir os fatores de risco através da promoção de estilos de vida saudáveis;</li> <li>2. Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes;</li> <li>3. Melhorar o diagnóstico precoce da DM e do seu tratamento adequado por forma a reduzir a incidência de complicações micro e macrovasculares da DM;</li> <li>4. Aumentar a literacia em saúde com vista à capacitação da pessoa com DM, autogestão e autocontrolo da doença e adoção de comportamentos saudáveis;</li> <li>5. Melhorar a qualidade dos cuidados prestados</li> </ol>
Excesso de peso e obesidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover e participar em programas de intervenção na comunidade de promoção da alimentação saudável, em contexto de parcerias;</li> <li>2. Melhorar o registo dos dados biométricos dos utentes;</li> <li>3. Aumentar a participação da população em programas de base comunitária em exercício físico;</li> <li>4. Aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população do concelho de Cascais, seus determinantes e consequências;</li> <li>5. Modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos;</li> <li>6. Identificar e promover ações transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros setores públicos e privados, nomeadamente nas áreas do desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias;</li> <li>7. Melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar</li> </ol>

Resumidamente, as estratégias de saúde fixadas na comunicação e qualidade organizacional que vão permitir o desenvolvimento de sinergias entre parceiros, internos e externos, potenciando o *empowerment* institucional. As estratégias centradas na promoção da saúde estimulam a literacia em saúde e o *empowerment* individual, ambos determinantes na escolha e adoção de estilos de vida saudáveis potenciando os fatores protetores da saúde e sendo catalizadores de uma participação mais ativa dos indivíduos na gestão do seu potencial de saúde.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES ESTUÁRIO DO TEJO - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

---

Encontra-se em fase de atualização

## ACES LEZÍRIA - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

### PERFIL DE SAÚDE - ACES LEZÍRIA NO ANO DE 2015

#### Caracterização sociodemográfica

A área de **abrangência** do ACES Lezíria compreende a Região da Lezíria do Tejo, (excetuando os concelhos de Benavente e de Azambuja) e inclui os concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém.



Integra 6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 10 Unidades de Saúde Familiares (USF), 7 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Saúde Pública (USP) e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

A área de **influência** do ACES Lezíria abrange uma população residente de 195 582 habitantes. A densidade populacional é de 56,3 habitantes/Km<sup>2</sup>.

A **estrutura etária** da população aproxima-se do verificado para Portugal, exceto no que respeita à população de 65 ou mais anos, a qual se revela em número superior ao da população do mesmo grupo etário em Portugal.

A área geográfica do ACES Lezíria apresenta um risco moderado a máximo de ocorrência de Ondas de Calor. Numa população vulnerável de 45 755 indivíduos com idade superior a 65 anos (INE, 2011), estima-se que 46 indivíduos tenham necessidades acrescidas de apoio social e de cuidados de saúde, 183 tenham necessidades de vigilância social e cerca de 275 venham a procurar autonomamente locais com condições de climatização adequada (abrigo).

O índice de **dependência dos idosos** (35,1), o **índice de envelhecimento** (172,5) e a **taxa de analfabetismo** (8,5%) são superiores aos do Continente.

Quanto à **escolarização**, 21,6% da população residente no ACES Lezíria não tem nenhum nível de escolaridade, 55,7% tem o ensino básico, 12,6% o ensino secundário, 0,8% o pós-secundário e 9,3% o ensino superior.

Relativamente ao **sector de atividade económica**, verifica-se a prevalência do sector terciário, seguindo-se o sector secundário e por último o primário.

A **rede de abastecimento público de água** abrange 96,4% da população. É composta por 76 sistemas públicos, dos quais 55 servem populações inferiores a 2000 habitantes (sistemas sujeitos a vigilância sanitária com colheita de água). Os restantes 21 sistemas servem populações superiores a 2000 habitantes, sendo realizadas unicamente análises de campo, com determinação de cloro e pH.

Em 2015, de um total de 461 análises efetuadas (343 microbiológicas e 118 físico-químicas de rotina) verificam-se 17 incumprimentos, unicamente em parâmetros microbiológicos. No que se refere às análises de campo, foram realizadas 1045 determinações, verificando-se 182 incumprimentos (valores <0,2 ou >0,6 mg/L cloro).

A percentagem de população servida por **sistemas públicos de águas residuais** é de 71,6%.

### Caracterização de saúde

Verifica-se o cumprimento eficaz do **PNV**, atendendo à taxa de cobertura vacinal aos 2, 7 e 14 anos, em 2015, respetivamente de 96,6%, 96,2% e 97,3%.

A prevalência do **consumo do tabaco** nos jovens escolarizados (inquiridos no ensino secundário), aumentou de 38% em 2006 para 50% em 2011, valores superiores aos da RLVT, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar realizado pelo Instituto da Droga e das Toxicodependências (IDT).

Verifica-se que 40% de inquiridos referem ocorrência recente de **embriaguez** em 2006 e 34% em 2011, valores superiores aos da RLVT. Verifica-se que 18% dos jovens inquiridos referem consumo recente de **cannabis** em 2006 aumentando para 22% em 2011, valor este inferior ao da RLVT.

Dados do Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB) indicam uma incidência da **Tuberculose**, em 2012, de 22,88 por 100 000 habitantes, próxima da verificada no Continente.

A 31 de Dezembro de 2015 registaram-se 56 casos de **doenças de declaração obrigatória** (DDO) declaradas (e validadas) no SINAVE, das quais 20 correspondiam a Tuberculose, 7 a Sífilis e 7 a Gonorreia. As restantes 22 distribuíam-se por 13 outras DDO.

Relativamente à taxa de **mortalidade padronizada** na população, para todas as idades, por causas de morte específicas em ambos os sexos, verifica-se que as causas de morte com valores superiores aos da RLVT e aos do Continente são: doenças cérebro vasculares, pneumonia, tumor maligno do cólon e recto, diabetes *mellitus*, acidentes de transporte e lesões auto provocadas intencionalmente.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES LEZÍRIA NO ANO DE 2016

### Prioridades de saúde identificadas:

- Consumo de álcool/substâncias psicoactivas
- Doenças cerebrovasculares
- Envelhecimento e dependência
- Neoplasias do aparelho respiratório (Traqueia, Brônquios e Pulmões)
- Neoplasias do cólon e recto
- Suicídio

### Objetivos:

Considerando os problemas de saúde prioritários, podemos identificar os seguintes objetivos:

- Intervir sobre os determinantes de risco e determinantes protetores, de modo a promover a saúde da população
- Sensibilizar, educar e formar os profissionais e a população para os determinantes protetores da saúde
- Promover a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis
- Reforçar a literacia em saúde

### Estratégias

As estratégias a implementar para a prossecução dos objectivos elencados, englobam um conjunto transversal aos vários problemas identificados, mas também estratégias específicas para cada um deles, algumas das quais já definidas no Plano de Desempenho do ACES Lezíria para 2014.

### a) Estratégias Transversais

- Criar um modelo de prevenção integrada das doenças não transmissíveis que partilham os mesmos fatores de risco
- Sensibilizar a população dos vários grupos etários para a problemática da promoção da saúde e prevenção das doenças
  - Transmissíveis e/ou evitáveis pela vacinação
  - Não transmissíveis (neoplasias e outras)
- Determinantes da saúde (alimentação, exercício físico, tabagismo...)
- Promover a intervenção breve nas consultas pré-concepcionais, de saúde materna, nas consultas de saúde infantil e saúde do adulto (diabetes e hipertensão), no âmbito dos estilos de vida saudáveis
- Garantir a Escola como Promotora de Saúde
- Reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida
- Desenvolver as competências sócio-emocionais das crianças e jovens escolarizados
- Privilegiar as Redes Sociais na promoção da Saúde Mental
- Criar climas sociais e culturais favoráveis

### b) Estratégias Específicas

- **Tumor maligno do cólon e recto**
  - Aumentar a percentagem da população rastreada para o cancro do cólon e recto por PSOF (pesquisa de sangue oculto nas fezes)
- **Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão**
  - Fomentar a formação sobre Cessaçã Tabágica nas unidades prestadora de cuidados
  - Promover o registo clínico no S-Clinic dos hábitos tabágicos na população com 14 ou mais anos
- **Doenças cerebrovasculares**
  - Aumentar o número de hipertensos em programa de vigilância, aproximando da prevalência real da doença
  - Aumentar a percentagem de hipertensos com vigilância semestral de tensão arterial
  - Promover o rastreio e controlo regular da dislipidemia
  - Promover a aplicação do Processo Assistencial Integrado (PAI) da Diabetes tipo 2
  - Aumentar o número de diabéticos em programa de vigilância, aproximando da prevalência real
- **Suicídio**
  - Realizar ações de formação na área da saúde mental nas diversas unidades de prestação de cuidados, promovendo uma melhor articulação com o hospital de referência
  - Colaborar na realização do diagnóstico de situação em saúde mental

## Projetos

Atualmente encontram-se em desenvolvimento projetos nas seguintes áreas:

- Promoção da Alimentação Saudável
- Prevenção de Comportamentos Aditivos e Dependências
- Promoção da Saúde Mental

---

## ACES LISBOA CENTRAL - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES DE LISBOA CENTRAL NO ANO DE 2013

#### Caracterização sociodemográfica

A população do ACES Lisboa Central apresenta globalmente um índice de envelhecimento (196) superior ao da cidade de Lisboa (186). Existem no seu território grandes assimetrias demográficas e sociais a que é necessário atender pelas suas implicações no planeamento de saúde e de cuidados de saúde, sendo fragilidades desta população, o grande número de idosos (24% da população), e o contexto migratório, com um peso significativo de estrangeiros. Em simultâneo, nas freguesias mais jovens e populosas (Olivais e Marvila que comportam mais de 34% da população do ACES), onde predomina a baixa escolaridade, há a considerar o grande número de mulheres em idade fértil.

#### Caracterização epidemiológica da população

A falta de dados validados de mortalidade e morbilidade por freguesia, limitam a capacidade de análise epidemiológica ao nível do território do ACES enquanto subterritório do Concelho de Lisboa. Carecemos também de informação específica relativa aos estilos de vida da população, havendo contudo estudos a nível concelhio que apontam para o aumento dos consumos nocivos (tabaco, álcool e outras drogas), sobretudo nas populações mais jovens. São também preocupantes os comportamentos (hábitos de consumo alimentar e sedentarismo) associados ao excesso de peso que se verifica na população.

As principais causas de morte identificadas no Concelho de Lisboa abaixo dos 65 anos são, na seguinte ordem, os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho digestivo, doenças endócrinas, e doenças do aparelho respiratório. Para todas as idades, as 2 primeiras causas invertem-se e as doenças respiratórias passam para 3º lugar. A carga de doença expressa em mortalidade e dias de internamento por complicações da diabetes e doenças do aparelho circulatório é relevante no Concelho de Lisboa, havendo também indícios no ACES do aumento das infeções sexualmente transmissíveis e da tuberculose.

#### Linhas orientadoras para o Diagnóstico de Saúde:

Compete aos CSP incidir na prevenção e na deteção precoce dos problemas de saúde, dando atenção à distribuição destes problemas e dos seus determinantes, nos domínios territoriais e sociais (freguesias, grupos sociais) e nas diferentes fases do ciclo da vida...

Do levantamento de informação realizado no âmbito do Perfil de Saúde identificam-se as seguintes necessidades para o planeamento de saúde:

- Realizar estudos específicos para colmatar “gaps” na informação quer populacional quer dos sistemas de informação
- Proceder ao cruzamento dos determinantes demográficos, sociais, de saúde, e de acessibilidade aos cuidados
- Promover a equidade em saúde
- Atender às necessidades de cuidados antecipatórios na vertente materno-infantil
- Promover intervenções concertadas da medicina familiar e da saúde pública quer na produção de informação para o planeamento quer na vertente da vigilância e promoção da saúde no âmbito dos problemas que venham a ser identificados como prioritários

## **PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES DE LISBOA CENTRAL NO ANO DE 2015-2020**

Na medida em que um Plano de Saúde deve ser um instrumento construído de forma participada, iniciou-se em 2013 em simultâneo com a elaboração do Perfil, no âmbito do grupo de trabalho que procedeu à sua elaboração, um trabalho de reflexão sobre este processo, de que resultou a necessidade de que a construção do Plano de Saúde do ACES Central se integrasse num Plano de Saúde para a Cidade de Lisboa, construído conjuntamente com a Equipa responsável pelo Plano do ACES Lisboa Norte, em articulação com o Plano de Saúde e Qualidade de Vida da Cidade de Lisboa da CML. Resultou ainda desta reflexão, a necessidade de serem ouvidos nesta construção, não apenas os profissionais dos ACES, mas os parceiros dos Conselhos da Comunidade, e designadamente os responsáveis pela prestação de cuidados de saúde secundários no conjunto do território da cidade de Lisboa. Foram dados apenas os primeiros passos deste processo, com a constituição de uma Equipa conjunta dos ACES Norte e Central, dado que o ACES responsável pela prestação de saúde às freguesias da zona ocidental de Lisboa desenvolveu já o seu Plano Local autónomo face à especificidade da maior parte do seu território, constituída pelo concelho de Oeiras.

O PLS do Concelho de Lisboa pretende-se coerente com a evidência científica, e as orientações técnico-normativas e estratégias regionais, nacionais e internacionais, adotando desde já os valores, os eixos estratégicos e a visão do PNS - Maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de toda a comunidade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania.

Encontra-se na fase de elaboração do Diagnóstico de Saúde (identificação de problemas e necessidades), e operacionalização da metodologia para uma consulta alargada que nos permita definir prioridades e traçar objetivos de forma participada.



MODELO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE 2015-2020 – CONCELHO DE LISBOA:



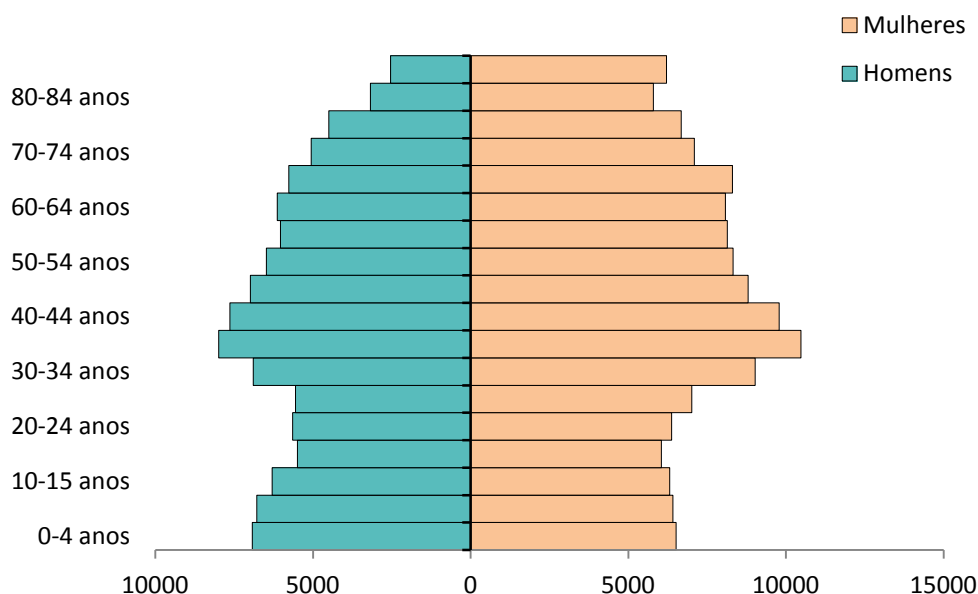
## ACES LISBOA NORTE - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

### PERFIL DE SAÚDE - ACES LISBOA NORTE NO ANO DE 2014

#### Caracterização sociodemográfica

O ACeS Lisboa Norte insere-se no território urbano da cidade de Lisboa. É constituído pelas freguesias de Alvalade; Avenidas Novas; Benfica; Campolide; Carnide; Lumiar; Santa Clara e São Domingos de Benfica, correspondendo a uma população residente de 225 000 habitantes.

**Figura 1.** Pirâmide etária de utentes do ACES Lisboa Norte. 2014



Fonte: SIARS

Da análise dos índices de dependência por freguesia existem freguesias muito envelhecidas – como Benfica e Alvalade – e freguesias muito jovens – como Santa Clara.

**Tabela 2.** Principais índices demográficos, por freguesias da área de Lisboa Norte, 2011

	Índices de Dependência			Índice de Envelhecimento
	Jovens	Idosos	Total	
Alvalade	20,4	49,2	69,6	240,8
Avenidas Novas	19,5	40,9	60,4	209,8
Benfica	18,4	48,2	66,6	262,3
Campolide	18,2	37,5	55,7	205,9
Carnide	21,2	22,8	44,0	107,5
Lumiar	22,5	23,6	46,1	105,2
Santa Clara	27,3	21,3	48,6	77,9
São Domingos de Benfica	19,7	39,1	58,8	198,9

Fonte: INE

A análise da taxa de analfabetismo por freguesia de residência na área de Lisboa Norte permite concluir que a freguesia de Santa Clara é a que regista a taxa mais elevada, sendo São Domingos de Benfica a freguesia com a menor taxa de analfabetismo.

A desigualdade entre as taxas de analfabetismo das populações masculina e feminina é evidente nas freguesias da área de influência do ACeS Lisboa Norte, sendo o número de mulheres analfabetas cerca do triplo do número de homens em praticamente todas as freguesias.

**Tabela 3.** Número de residentes com 10 e mais anos de idade (analfabetos) e taxa de analfabetismo, por freguesia da área de Lisboa Norte e sexo, 2011

	Sexo				Total	
	H	%	M	%	HM	%
Alvalade	120	0,98	360	2,21	480	1,68
Avenidas Novas	87	0,99	266	2,38	353	1,77
Benfica	245	1,60	697	3,65	942	2,74
Campolide	143	2,07	398	5,38	541	3,79
Carnide	196	2,01	606	5,38	802	3,82
Lumiar	232	1,34	473	2,37	705	1,90
Santa Clara	307	3,44	721	7,12	1028	5,40
São Domingos de Benfica	95	0,68	330	1,92	425	1,37

Legenda: H-Homens; M-Mulheres; HM-Homens e Mulheres

Fonte: INE

## Caracterização de saúde

A morbilidade dos utentes do ACeS Lisboa Norte foi medida pela proporção de utentes com inscrição ativa nos cuidados de saúde primários e com registo de patologias pelo seu médico de família. Estes dados, meramente indicativos, representam os utentes que recorrem aos serviços de saúde. Note-se que estes dados se referem a problemas de saúde registados e não a doentes, já que num doente pode coexistir mais do que uma patologia.

**Tabela 4.** Proporção de inscritos (%) por diagnóstico activo no ACeS Lisboa Norte, Dezembro 2015 (ordem decrescente)

Diagnóstico activo	H (%)	M (%)	HM (%)
Hipertensão	17,47	20,07	18,93
Alterações do metabolismo dos lípidos	14,05	15,82	15,04
Abuso do tabaco	9,81	8,33	8,98
Excesso de peso	6,59	6,04	6,28
Obesidade	5,20	6,53	5,95
<i>Diabetes Mellitus</i> Não Insulino-Dependente	5,31	5,71	5,53
Osteoartrose do joelho	1,85	4,51	3,34
Doenças dos dentes e gengivas (7 anos)	2,73	2,90	2,83
Asma	2,27	2,83	2,58
Osteoporose	0,34	3,98	2,37
Osteoartrose da anca	1,15	2,27	1,78
Neoplasia maligna da mama feminina	-	1,76	1,76
DPOC	1,82	1,28	1,51
Neoplasia maligna da próstata	1,33	-	1,33
Trombose/Acidente Vascular Cerebral	1,22	1,09	1,14
Bronquite crónica	1,04	0,99	1,01
Abuso crónico do álcool	1,88	0,25	0,97
Doença cardíaca isquémica (com angina)	0,94	0,68	0,80
Enfarte agudo do miocárdio	1,03	0,39	0,67
Neoplasia maligna do cólon e recto	0,56	0,46	0,51
<i>Diabetes Mellitus</i> Insulino-Dependente	0,46	0,50	0,49
Neoplasia maligna do colo do útero	-	0,23	0,23
Neoplasia maligna do brônquio/pulmão	0,16	0,10	0,13
Neoplasia maligna do estômago	0,12	0,07	0,09

Fonte: SIARS, 2016

**Tabela 5.** Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo de problema de saúde mental no ACeS Lisboa, Dezembro 2015 (ordem decrescente)

Diagnóstico activo	H (%)	M (%)	HM (%)
Perturbações depressivas	4,34	12,66	8,99
Distúrbio ansioso	2,91	5,39	4,30
Demência	0,51	1,02	0,79
Somatização	0,38	0,79	0,61
Psicose afectiva	0,38	0,55	0,47
Outras perturbações psicológicas	0,44	0,37	0,40
Esquizofrenia	0,41	0,23	0,31
Fobia	0,20	0,21	0,20
Neurastenia	0,09	0,26	0,19
Atraso mental	0,19	0,18	0,18
Alterações da personalidade	0,19	0,17	0,18
Suicídio/Tentativa de suicídio	0,09	0,19	0,15
Outras psicoses orgânicas	0,10	0,10	0,10
Stress Pós-Traumático	0,11	0,08	0,09
Anorexia nervosa/Bulimia	0,02	0,14	0,09
Outras psicoses não especificadas	0,10	0,09	0,09

Fonte: SIARS, 2016

Em 2014, cerca de 75% das causas de morte na cidade de Lisboa foram devidas a Doenças do aparelho circulatório (32,8%); Tumores malignos (27,6%); Doenças do aparelho respiratório (9,9%); Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (4,6%).

Esta distribuição não é diferente da registada a nível nacional, ou no contexto da Área Metropolitana de Lisboa.

**Figura 2.** Número de óbitos pelas 10 principais causas de morte, Lisboa (2014)



Fonte: INE, 2016

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES LISBOA NORTE NO ANO DE 2015-2020

O Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Norte encontra-se em desenvolvimento.

Foi já realizado o diagnóstico de situação tendo sido identificados, com base em dados de mortalidade e morbilidade, 12 problemas de saúde: Asma; Demências; Depressão; Diabetes; Doenças Cérebro e Cardiovasculares; Doenças Músculo-esqueléticas; DPOC; DTS; Neoplasia do Pulmão; Neoplasia do Colon e Recto; Patologia Hepática e Tuberculose.

Neste momento, o Plano Local de Saúde está na fase da priorização de problemas, tendo sido contactados os parceiros internos e externos do ACeS. Esta fase tem como objetivo chegar a um número mais reduzido de problemas, com base na auscultação dos parceiros.

Após a priorização, a estratégia de intervenção será constituir equipas de trabalho multidisciplinares para cada um dos cinco problemas de saúde identificados como prioritários.

---

## ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS NO ANO DE 2015

#### Caracterização sociodemográfica

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (ACES LOO), situado na Região de Lisboa e Vale do Tejo, abrange o município de Oeiras e as freguesias de Belém, Ajuda, Alcântara e Campo de Ourique (Santo Condestável) do município de Lisboa. Tem uma **área total de 60 Km<sup>2</sup>** (45,88 km<sup>2</sup> relativos a Oeiras e 14,06 km<sup>2</sup> em Lisboa Ocidental) e uma **população residente de 233.465 habitantes** (172.120 em Oeiras e 61345 em Lisboa Ocidental), que representa 6,4% da população da região (INE, 2012). Em 30/06/2016, estavam **inscritos** no ACES LOO **270.785 utentes** (mais 37.320 utentes, face à população residente em 2011).

Na primeira década deste século, a população residente aumentou 6,1%. Em 2012, o **índice de envelhecimento** estimado (131,6) foi superior ao da região, mas inferior ao do continente. A **esperança de vida à nascença** aumentou em ambos os sexos e no triénio 2010-2012 fixou-se em 82,4 anos, sendo que para o género feminino foi de 85,4 e para o masculino de 78,9. O **índice sintético de fecundidade** é de 1,54 e a **taxa bruta de natalidade** é de 10,7‰, seguindo a tendência decrescente nacional. No que diz respeito aos índices de dependência, verifica-se que o **índice de dependência de jovens** foi 24,9% e o **índice de dependência de idosos** foi 32,7%, mantendo-se ambos acima dos valores nacionais e regionais.

Entre os censos de 2001 e 2011, o **nível de escolaridade** da população **aumentou**, e pelo inverso a **taxa de analfabetismo** (2,2%) diminuiu. O **sector terciário** emprega 87,5% da população, representando a principal fonte de trabalho à frente do sector secundário e do sector primário que concentram, respetivamente, 12,3% e 0,3% da força laboral. O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem e o poder de compra *per capita* são superiores ao da região e do Continente (INE, 2012). O **nº de desempregados** inscritos no IEFP por 1 000 habitantes da população ativa é de 55,4 (INE, 2013) e **proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI)** é de 26,0 ‰ (≥15 anos). A **proporção de pensionistas** é de 279,9‰ (hab. ≥15 anos), valores inferiores à região e ao continente (INE, 2012).

No que se refere a **infraestruturas** ambientais, praticamente toda a população é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, sistemas de drenagem de águas residuais e estações de tratamento de águas residuais.

## Caracterização epidemiológica da população

No triénio 2010-2012, a **proporção de nascimentos em mulheres com idade <20 anos** foi de 2,2%, mantendo-se inferior à da região e à do continente. Pelo contrário, a **proporção de nascimentos em mulheres com idade ≤35 anos** foi de 34,3% revela uma tendência de crescimento acentuado, com valores superiores à região e ao continente. A **proporção de nascimentos pré-termo** foi de 8,1% e a **proporção de crianças com baixo peso à nascença** foi de 8,4%. A **mortalidade infantil** fixou-se em 4,3 óbitos infantis por 1000 nados vivos, superior à região e ao continente, notando-se porém grandes oscilações ao longo dos anos.

Na **mortalidade proporcional**, relativamente ao triénio 2010-2012, destacam-se, para todas as idades e ambos os sexos, as doenças do aparelho circulatório (32,8%) e os tumores malignos (30,7%). Quanto à **taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade** (254,2 / 100000 hab.) esta apresentava em 2011, para todas as causas de morte, valores inferiores aos da região e do continente, com significância estatística, para o total e para os sexos feminino e masculino separadamente, sendo que a principal causa de morte, nesta população com idade inferior a 75 anos, foram os tumores malignos (35,7%) que pelo inverso registaram valores superiores à região e ao continente.

Nos **determinantes de saúde**, os diagnósticos activos (Junho 2016) que afectaram uma maior proporção de utentes foram o **abuso de tabaco** (P17) (10,2% inscritos) e o **excesso de peso** (T82) (10% inscritos), seguidos do **álcool** (P15) (0,82% inscritos) e **abuso de drogas** (P19) (0,54 inscritos). As proporções foram superiores no sexo masculino, em particular nos inscritos com diagnóstico de abuso de tabaco e abuso crónico de álcool.

Quanto à morbilidade nos **Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, medida pela **proporção de inscritos com diagnóstico activo de ICPC-2**, as causas de doença mais registadas são: Hipertensão Arterial sem complicações (K86) (15,53% inscritos), Alterações do Metabolismo dos Lípidos (T93) (14,88% inscritos), Perturbações Depressivas (T76) (7,63% inscritos), Obesidade (T83) (5,29%) e Diabetes Não Insulino-dependente (T74) (5,09% inscritos).

De acordo com dados de 2012, a **taxa de incidência da infecção VIH** (6,4 / 100000 hab.) mantém-se inferior à da região e à do continente, à semelhança da taxa de incidência de SIDA (0,6 / 100000 hab.). A taxa de incidência de tuberculose (31,8 / 100000 hab.) apresenta uma tendência decrescente, continuando, no entanto, acima dos valores regionais e nacionais.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS NO ANO DE 2014-2016

Os problemas identificados no Plano Local de Saúde são resultantes de consulta interna e externa, junto dos profissionais de saúde e comunidade e priorizados com base na Técnica de Grupo Nominal e tendo em conta critérios de magnitude, vulnerabilidade e

transcendência social. Da lista de dez problemas elencados, foram então considerados prioritários para intervenção:

1. Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial
2. Diabetes *Mellitus*
3. Tabagismo

Após esta etapa, foram definidos os **objetivos gerais e estratégicos** com vista à promoção da saúde mas também à melhoria do seu diagnóstico, tratamento e controlo por forma a diminuir as comorbilidades e mortalidade e pelo inverso melhorando a qualidade de vida:

Problemas Prioritários	Objetivos	Estratégias	Indicadores/Metas		
			2015	2016	
Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial (HTA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzir a proporção de população inscrita com diagnóstico de HTA, AVC e doença isquémica cardíaca</li> <li>Reduzir a mortalidade por doença isquémica cardíaca e doença cerebrovascular na população &lt;75 anos residente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intensificar campanhas de informação dirigidas à população geral</li> <li>Aumentar a prática regular de atividade física e de uma alimentação saudável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de inscritos (%) com o diagnóstico ativo de HTA</li> <li>Proporção de inscritos (%) com o diagnóstico ativo de Doença Isquémica Cardíaca</li> </ul>	20,45	20
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de inscritos (%) com o diagnóstico ativo de AVC</li> </ul>	1,73	1,75
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzir o número de pessoas com excesso de peso/obesidade</li> <li>Identificar portadores de fatores de risco cardiovascular, através da realização do Exame Periódico de Saúde – EPS</li> <li>Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária e do Acidente Vascular Cerebral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de Mortalidade Padronizada (por 100 000 hab.) por Doença Cerebrovascular na pop. &lt; 75 anos</li> <li>Taxa de Mortalidade Padronizada (por 100 000 hab.) por Doença Isquémica Cardíaca na pop. &lt; 75 anos</li> </ul>	15	15
				14,75	14,5
Diabetes Mellitus (DM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar a proporção de população inscrita com diagnóstico de DM</li> <li>Reduzir a incidência das amputações major da DM na população inscrita</li> <li>Reduzir a mortalidade por DM na população residente &lt;75 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar a prática regular de atividade física e de uma alimentação saudável</li> <li>Combater os fatores de risco conhecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de inscritos (%) com o Diagnóstico Ativo de DM</li> </ul>	6,27	7
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar o diagnóstico, tratamento precoce e adesão à terapêutica</li> <li>Otimizar a articulação e referência entre os cuidados de saúde primários e secundários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incidência de amputação major na população inscrita com DM (%)</li> </ul>	0,42	0,37
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de Mortalidade Padronizada (por 100 000 hab.) por DM na pop. &lt; 75 anos</li> </ul>	8,9	8,85
Tabagismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzir a prevalência do consumo do tabaco (diário ou ocasional), nos jovens dos estabelecimentos do ensino EB3</li> <li>Reduzir a prevalência do consumo do tabaco (diário ou ocasional), nos jovens dos estabelecimentos do ensino n.º 37/2007 de 14 de agosto, nos perímetros escolares secundário</li> <li>Diminuir a proporção de inscritos com o diagnóstico ativo de Abuso de Tabaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Campanhas informativas e educativas dirigidas à população, em geral e à população escolar dos ensinos EB3 e secundário, em particular</li> <li>Investimento pedagógico no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar e do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalência do consumo do tabaco nos últimos 12 meses dos jovens nos estabelecimentos do ensino EB3 (%)</li> </ul>	14	12
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar, sensibilizar e promover o cumprimento da Lei dos estabelecimentos do ensino n.º 37/2007 de 14 de agosto, nos perímetros escolares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalência do consumo do tabaco nos últimos 12 meses dos jovens nos estabelecimentos do ensino Secundário (%)</li> </ul>	35	30
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenções de apoio à cessação tabágica no âmbito das consultas médicas e de enfermagem</li> <li>Divulgação da Consulta de Cessação tabágica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de inscritos com o diagnóstico activo de Abuso de Tabaco (%)</li> </ul>	10,94	11

## ACES LOURES / ODIVELAS - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

### PERFIL DE SAÚDE - ACES LOURES / ODIVELAS NO ANO DE 2015

<b>QUEM SOMOS? (2015)</b>	<b>Sexo</b>	<b>Loures</b>	<b>Odivelas</b>	<b>ACeS (L-O)</b>	<b>Área Metr. Lisboa</b>
População Residente	H	97.570	75.660	170.230	1.320.895
	M	108.300	81.802	190.102	1.491.783
	HM	205.870	154.462	360.332	2.812.678
Índice de envelhecimento	HM	131,3	123,2	xx	131,7
Taxa bruta natalidade	HM	10,3	11,6	xx	10,1
Índice Sintético fecundidade	M	xx	xx	1,56 (ano 2012)	1,56
Esperança vida à nascença	HM	xx	xx	xx	80,32 (ano 12-14)
<b>COMO VIVEMOS? (2015)</b>	<b>Sexo</b>	<b>Loures</b>	<b>Odivelas</b>	<b>ACeS (L-O)</b>	<b>Área Metr. Lisboa</b>
Desempregados inscritos no IEFP por 100 residentes com 15 a 64 anos (%)	HM	7,4	6,9		7,5
Beneficiários do rendimento social de inserção, da segurança social por 1000 habitantes em idade ativa(‰)	HM	31,8	24,5		31,5
Taxa de criminalidade total (‰)	HM	29,6	23,3		39,9
Escolaridade (Dados 2011 ARS- Perfis Saúde)					
Analfabetismo (%)	HM	3,6	2,9	ND	
Ensino superior (%)		ND	ND	13,1	
Sistemas de abastecimento de águas (%)		100	100	100	100
Sistemas de drenagem de águas residuais (%)		100	81		96
Estações trata. águas residuais (ETAR) (%)		100	81		83
<b>QUE ESCOLHAS FAZEMOS? (2015)</b>	<b>Sexo</b>	<b>Loures</b>	<b>Odivelas</b>	<b>ACeS (L-O)</b>	<b>Área Metr. Lisboa</b>
% nascimentos em mulheres <20 anos	M	3,4	2,4		2,9
% nascimentos em mulheres ≥35 anos	M	28,8	28,2		31,9
% Registo de diagnósticos activos por frequentadores (CSP-SIARS) Dez. de 2015					
Abuso do Tabaco (P17)	HM	8,53	7,87	8,25	
Abuso crónico Álcool (P15)	HM	1,09	0,8	0,97	
Excesso peso e obesidade (T83)	HM	7,53	2,27	5,34	

### QUE SAÚDE TEMOS?

	Sexo	Loures	Odivelas	ACeS (L-O)	Área Metr. Lisboa
Crianças baixo peso à nascença (%) (2015)	HM	8,5	8,7		9
Taxa bruta de mortalidade (‰) (2015)	HM	8,9	7,6		9,7
Mortalidade infantil (‰) (2010-2014)	HM	3,1	3,9		3,4
Mortalidade neonatal (‰) (2010-2014)	HM	2,1	2,3		2,3
Mortalidade perinatal (‰) (2015)	HM	4,2	5,6		3,7
Proporção de frequentadores (%) com diagnóstico ativo (Morbilidade - registo nos Cuidados de Saúde Primários) - SIARS,					
Hipertensão sem Complicações	HM	20,4	18,8	19,8	
Alterações do Metabolismo dos Lípidos	HM	18,8	16,9	18	
Perturbações Depressivas	HM	9	9,2	9,1	
Abuso do Tabaco	HM	8,5	7,9	8,3	
Diabetes não Insulino-Dependente	HM	7,1	6,7	6,9	
Obesidade	HM	8,1	4,4	6,6	
Distúrbio Ansioso / Estado de Ansiedade	HM	5,5	5,8	5,6	
Taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP) prematura (<75anos)/100.000 habitantes Anos 2009-2011					
	Sexo	ACeS L-O	ARSLVT		
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	H	32,7	35		
	M	5,7	7,7		
Tumor maligno do estômago	H	13,1	11,9		
	M	4,5	5		
Tumor maligno da mama (feminina)	M	19,6	18,4		
	H	36,9	35,3		
Doença isquémica do coração	M	10,8	10,8		
	H	25,4	27,1		
Doenças cerebrovasculares	M	14,6	14,7		
	H	11,8	13,3		
Doença crónica do fígado e cirrose	M	1,4	2		
	H	6,8	12,1		
Acidentes de transporte	M	1,7	3,1		
	HM	7	3,4		
Taxa incidência de sida / 100.000 hab (2012)	HM	13,5	10,5		
Taxa incidência de VIH / 100.000 hab (2012)	HM	28,1	27,4		
Taxa incidência de tuberculose	HM				

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES LOURES / ODIVELAS NO ANO DE 2013-2016

### Problemas Prioritários

Na extensão a 2020 do PLS Loures-Odivelas, mantêm-se os cinco problemas prioritários de saúde: Diabetes Mellitus, Doenças Cardiovasculares, Tumor da Mama Feminina, Obesidade e Tumores do Aparelho Digestivo.

## Objetivos (exemplo de objetivo por problema prioritário)

- **Diabetes Mellitus:** Aumentar o número de utentes com diagnóstico de diabetes mellitus para 8% até 2020 no ACeS Loures-Odivelas (em 2015 – 6.6%).
- **Doenças Cardiovasculares:** Aumentar a percentagem de utentes hipertensos com medição de tensão arterial nos dois semestres para 50% até 2020 no ACeS Loures-Odivelas (em 2015 – 43.3%).
- **Tumor da Mama Feminina:** Aumentar a percentagem de mulheres com idade entre 50 e 69 anos com mamografia nos últimos 2 anos para 51,5% até 2020 no ACeS Loures-Odivelas (em 2015 – 47.6%).
- **Obesidade:** Aumentar para 60%, até 2020, a percentagem de consultas de vigilância de obesidade em obesos com idade  $\geq 14$  anos no ACeS Loures-Odivelas (em 2015 – 33%).
- **Tumores do Aparelho Digestivo:** entre outros objetivos, aumentar a percentagem de utentes com idade entre 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-retal para 50,0% até 2020 no ACeS Loures-Odivelas (em 2015-34.9%).

## Estratégias

Considera-se que os problemas prioritários do Plano Local de Saúde do ACeS Loures-Odivelas 2013-2016 com Extensão a 2020 se enquadram nos **eixos estratégicos** da Política de Saúde 2020 (OMS) e do Plano Nacional de Saúde (Extensão a 2020)

## Serviços de Saúde

Em linha com os eixos estratégicos **Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde** e **Qualidade na Saúde**, é fundamental que o ACeS Loures-Odivelas e o Hospital Beatriz Ângelo trabalhem em comum para cada um dos problemas prioritários. Para o efeito, foi criado um Grupo de Trabalho para cada um dos cinco problemas prioritários, com, pelo menos, 1 médico e 1 enfermeiro do HBA e 1 médico e 1 enfermeiro do ACeS.

## Comunidade e Saúde

Os cinco problemas prioritários partilham muitos fatores de risco, incluindo a alimentação desadequada, o consumo de tabaco e a falta de exercício físico; portanto, a prevenção destes três fatores de risco modificáveis pode diminuir as prevalências dos cinco problemas.

Essa prevenção pode ser conseguida através da capacitação dos grupos-alvo (eixo estratégico **Cidadania em Saúde**), e da promoção da saúde e prevenção da doença (eixo estratégico **Políticas Saudáveis**).

Com vista ao reforço da articulação intersetorial para a promoção da saúde, nas reuniões efetuadas com as Câmaras Municipais de Loures e de Odivelas, foi discutida a proposta de criação de um “Grupo para o Desenvolvimento Local da Promoção da Saúde”. Pretende-se,

através da integração e da partilha, acompanhar, divulgar e avaliar o que é feito para atingir os objetivos locais e das instituições.

Estão já em curso vários projetos de promoção da saúde na comunidade e autarquias e pretende-se que passem a ser articulados/integrados com as entidades parceiras.

Considera-se essencial o envolvimento formal das instituições e dos seus responsáveis, de forma a potenciar e acrescentar valor ao que é feito e tornando as parcerias mais sólidas e duradouras. Deste modo, será necessário o compromisso das entidades envolvidas, com representantes nomeados do ACeS Loures-Odivelas, do Hospital Beatriz Ângelo e das duas autarquias (Loures e Odivelas) e com objetivos, cronograma e sugestão de estrutura/organização do grupo de trabalho – formalizado num documento validado pelos dirigentes dessas instituições.

Esse grupo será constituído por órgãos de direção e estratégicos:

- Um Conselho Executivo que poderá ter quatro elementos fixos (pelo menos um elemento do ACeS Loures-Odivelas, um elemento do Hospital Beatriz Ângelo, um elemento por Câmara Municipal (Loures e Odivelas) e até três elementos rotativos (a definir, de outras instituições parceiras); o objetivo do grupo é acompanhar o trabalho realizado, nomeadamente pelos gestores de problema prioritário, que se articulam com profissionais de referência do Hospital Beatriz Ângelo, de forma a reunir informação para partilhar, otimizar recursos e informar as populações. As estratégias de prevenção e promoção de saúde dirigidas aos problemas prioritários serão definidas e avaliadas por esse grupo de trabalho
- Um Conselho Estratégico, mais alargado, que englobe outras instituições da comunidade local, como instituições de prestação/promoção de saúde da comunidade e municípios, além de parceiros importantes que ultrapassam o nível local (por exemplo: APDP, Fundação Ernesto Roma e LPC Cancro).

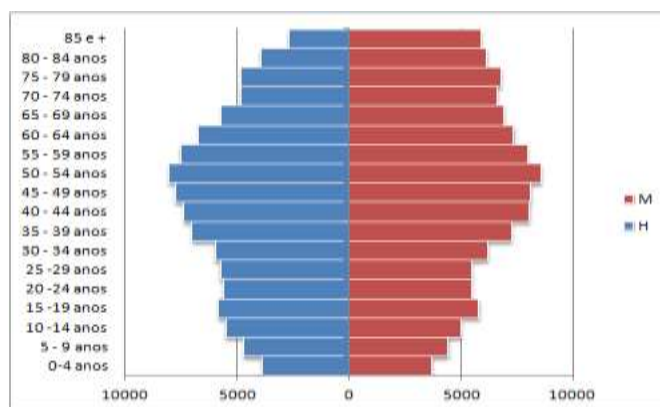
## ACES MÉDIO TEJO - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

### PERFIL DE SAÚDE - ACES MÉDIO TEJO NO ANO DE 2014

#### Caracterização sociodemográfica

O ACES Médio Tejo é constituído por 11 concelhos: Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas, e Vila Nova da Barquinha. O Médio Tejo tem nas assimetrias demográficas uma das suas principais características. Com 2.706 Km<sup>2</sup>, engloba concelhos com áreas muito diferentes (entre 14 e 715 Km<sup>2</sup>), tem 223 mil habitantes (populações concelhias de 3.821 a 45.037 hab.), zonas rurais de grande dispersão e urbanas de grande concentração populacional (densidades concelhias entre 16,7 e 1.498,2 hab/Km<sup>2</sup>), com zonas de atração e zonas de desertificação.

Na pirâmide etária verifica-se um acentuado estreitamento da base, sendo a percentagem de efetivos populacionais dos 0 aos 15 anos de 12% e a dos efetivos populacionais de 65 e mais anos de 25%. A população em idade ativa, dos 15 aos 64 anos, corresponde a 63% do total dos efetivos populacionais. A Taxa Bruta de Natalidade (6.4 0/00) e o Índice Sintético de Fecundidade (1.14) são muito baixos. O Índice de Envelhecimento é muito elevado – 204.8 com tendência para aumentar.



A idade da mãe ao nascimento do primeiro filho é de 30 anos e tem vindo a crescer, com valores semelhantes aos nacionais.

É no setor terciário que se concentra o emprego da população ativa de todos os Concelhos (68.9%). Em 2015 a média anual de desempregados no Médio Tejo foi de 9 218,3.

A taxa de criminalidade em 2014 nos concelhos que integram o Médio Tejo, varia entre 16.6 0/00 e 39 0/00.

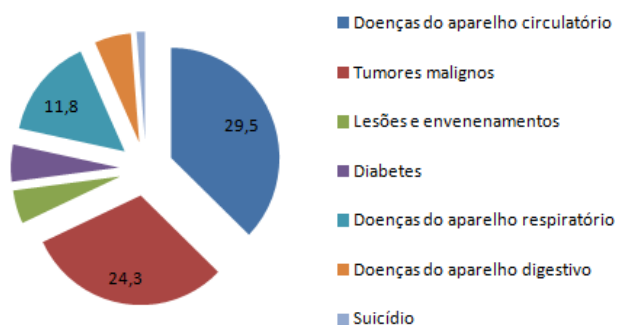
O rendimento social de inserção apoiou em 2015, 2% da população do Médio Tejo; na maioria dos concelhos os valores são inferiores à percentagem nacional (3.3%) sendo o concelho de Ourém o que apresenta um valor mais baixo 0.8% da população e Sardoal o valor mais alto 3.4%.

### Caracterização de saúde

A esperança de vida é elevada, com valores semelhantes aos nacionais, sendo à nascença de 80 anos e aos 65 anos de 19,4. No Médio Tejo, a mortalidade infantil apresenta valores muito baixos, inferiores aos do país e com tendência decrescente.

Como primeira causa de morte temos as doenças do aparelho circulatório, mas com tendência decrescente. A segunda causa de morte, com tendência inversa, são os tumores malignos. Esta tendência é reforçada pela estatística das causas de incapacidade em sede de Junta Médica, uma vez que a Doença Oncológica representa 53% do total das situações analisadas.

A taxa de incidência da infeção por VIH (IAG+ CRS+PA+SIDA) foi de 1.81 e da tuberculose foi de 11.73, ambas por 100000 habitantes.



A avaliação do estado nutricional das crianças do Médio Tejo foi efetuada em 2014 e 2016, através de investigação COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative). O respetivo questionário foi aplicado em amostra representativa dos alunos do 1º e do 2º ano e pela análise dos dados de 2016 constatou-se que, em comparação com 2014, houve um aumento de 4% (2016 – 33,3%) relativamente aos alunos que apresentam percentil de IMC elevado para a idade (percentil IMC>85), correspondendo 17,6% a excesso de peso e 15,7% a obesidade. Contrariamente os que apresentam baixo peso (percentil <3), passou de 1,4% em 2014 para 0,5% em 2016. Foi obtida informação sobre hábitos alimentares e outros comportamentos da vida diária e irão ser efetuadas recomendações, a integrar nas atividades a desenvolver no âmbito do PLS.

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES MÉDIO TEJO NO ANO DE 2014-2016

A ampla divulgação do Perfil de Saúde foi associada à iniciativa de elaboração do Plano Local de Saúde do Médio Tejo, naturalmente construído segundo a metodologia do Planeamento em Saúde.

Nesse processo participaram todas as unidades funcionais do ACES (DE, CCS, UCC, USF/UCSP, URAP) o Conselho da Comunidade, o Centro Hospitalar Médio Tejo, assim como inúmeros representantes dos parceiros externos (Comunidade Intermunicipal - Municípios, Delegação Regional de Educação - Agrupamentos de Escolas, Forças de Segurança, Centro de Respostas Integradas do Ribatejo), num total de 189 cidadãos participantes.

Em reuniões de trabalho, que contaram sempre com a participação de parceiros, foram listados 25 problemas de saúde e classificados por ordem decrescente da sua relevância. Procedeu-se à sua inclusão em grandes grupos de patologias e constatou-se que daqueles, 16 faziam parte de 3 grupos das doenças, as metabólicas, as mentais e as oncológicas. Foi então efetuado um exercício para a identificação de fatores determinantes comuns, de que resultou a fixação de 3 grandes eixos de intervenção, no âmbito do PLS do Médio Tejo:

- A promoção de comportamentos favorecedores da saúde
- O combate às adições
- A prevenção da doença oncológica

Para cada um desses 3 eixos foi formado um grupo de dinamização, com 6-8 elementos, multiprofissional e institucional, com a responsabilidade de promover em todos os concelhos do Médio Tejo atividades para a implementação do PLS nas seguintes grandes áreas de intervenção identificadas:

Promover comportamentos favorecedores da saúde	Combater as adições	Prevenir a doença oncológica
Promover a alimentação saudável	Intervir nos problemas ligados ao álcool e tabaco	Combater o tabagismo
Combater o sedentarismo	Reduzir o uso e abuso de substâncias ilícitas	Divulgar informação sobre alimentos cancerígenos e anti-cancerígenos
Combater o stress	Promover o consumo criterioso de fármacos	Identificar e intervir em indivíduos com predisposição genética
Promover a auto-estima		Combater a infeção crónica associada ao cancro
Promover a literacia (em saúde)		Combater os riscos ambientais

Foi então elaborado, em *workshop*, um *tableau de bord* com a identificação das atividades a desenvolver por cada uma das instituições parceiras e assumidas responsabilidades institucionais, tendo em vista a sua implementação. Foram realizados encontros para o arranque e monitorização do processo, o último dos quais em Outubro de 2016, cujas principais conclusões são as seguintes:



- Os grupos sentem dificuldades em assumir dinâmicas próprias e níveis de autonomia necessários ao desenvolvimento de atividades conjuntas, concomitantes, transversais aos concelhos do ACES;
- O empenho de cada um dos elementos dos grupos é notório e têm implementado, no seu local de trabalho, as atividades que lhes foram distribuídas no processo de planeamento do PLS. Há dificuldades na transposição de iniciativas individuais/localizadas, para outros concelhos do ACES;
- Os encontros em plenário, têm permitido identificar, dentro dos temas propostos, novas áreas e formas de intervenção, a ter em conta numa eventual extensão do PLS para além de 2016.
- O número de iniciativas dos pares, associadas ao PLS e dirigidas a profissionais e populações é muito expressivo (encontros, seminários, comemorações...). O interesse institucional pelo PLS parece estar em crescendo.

A implementação do PLS tornou evidente a necessidade e induziu a criação de um Observatório da Saúde pela USP, que iniciou trabalhos de atualização permanente do Perfil de Saúde do Médio Tejo e da evolução dos seus indicadores de saúde.

---

## ACES OESTE NORTE - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

---

### PERFIL DE SAÚDE - ACES OESTE NORTE NO ANO DE 2013

#### Breve caracterização da região do ACES Oeste Norte

O Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte, um dos 15 serviços de saúde com autonomia administrativa da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, integra seis concelhos da Região Litoral Oeste de Portugal. No seu conjunto, os concelhos da Nazaré, Alcobça, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche e Bombarral, ocupam uma área de 1.056,7 Km<sup>2</sup>. A população residente era de 176 596 (INE, Portugal, 2008), com uma densidade populacional (163,9 Hab/Km<sup>2</sup>) acima da média do país (115,3 Hab/Km<sup>2</sup>).

A Região Oeste Norte em números – um resumo:

- A esperança média de vida à nascença para esta região não é conhecida. A esperança média de vida à nascença na região Oeste é de aproximadamente 79 anos
- A taxa de natalidade é mais baixa e a taxa de mortalidade geral é mais elevada do que a nacional;
- A taxa de analfabetismo é superior à nacional, e o ganho médio mensal é inferior
- O consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco parece seguir uma tendência de aumento, de acordo com registos dos cuidados primários de saúde
- A mortalidade por suicídios na região é mais elevada que a nacional (apesar de se tratar de dados não padronizados) e os indicadores de saúde mental disponíveis apontam para um problema importante;
- A prevalência de HIV e SIDA na região é inferior à do País, com exceção do concelho de Peniche, que mantém, há longos anos, uma taxa muito acima do valor médio nacional
- A mortalidade por diabetes e por doenças cerebrovasculares é, há vários anos, mais elevada que a média nacional
- A mortalidade por outras causas é desconhecida por falta de disponibilidade de dados

#### PLANO LOCAL DE SAÚDE NO ANO DE 2014-2016

As prioridades do Plano Local de Saúde da Região Oeste Norte 2014-2016 foram selecionadas com base num grupo de peritos/as da comunidade, utilizando o método de

"*multi-criteria decision analysis*". As prioridades identificadas, que constituem os programas deste plano, foram as seguintes:

- **VIH e SIDA**
  - Unidades de rastreio/teste rápido de VIH
  - Intervenção junto de populações vulneráveis
- **Saúde mental:**
  - Equipas multidisciplinares de intervenção precoce
- **Estilos de vida**
  - Sensibilização e formação dos profissionais de saúde e utentes com diabetes *mellitus*
  - Identificação precoce de fatores de risco para diabetes *mellitus* e doenças cérebro--cardiovasculares
- **Educação para a saúde em meio escolar:** Movimento escola/cidade dos afetos.

Estes programas foram elaborados e estão a ser geridos por profissionais de saúde e outros atores da comunidade. Cada programa e projeto tem atividades, metas e objetivos próprios.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES OESTE SUL

---

Encontra-se em fase de elaboração.

## ACES SINTRA - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

### PERFIL DE SAÚDE - ACES SINTRA NO ANO DE 2013

#### Caracterização sociodemográfica

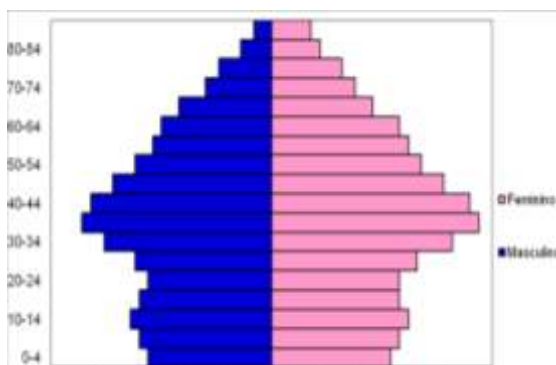
O ACES Sintra está situado na orla ocidental do País e integrado na periferia da Área Metropolitana de Lisboa. A mancha geográfica do ACES SINTRA delimita uma área total de cerca de **319 Km<sup>2</sup>** integrando as onze freguesias do concelho de Sintra.

Caraterização das freguesias por zonas de atividades:

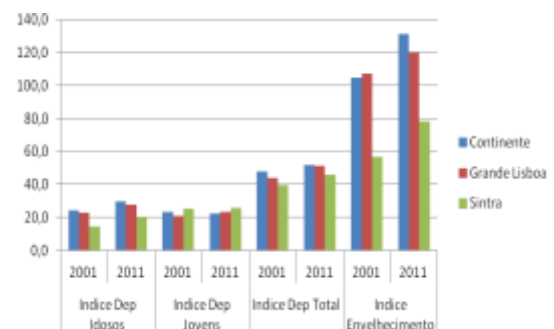
- Santa Maria e São Miguel, São Pedro de Penaferrim, São Martinho, Colares, São João das Lampas, Terrugem, Almargem do Bispo - apresenta áreas reservadas para a atividade agrícola
- Montelavar e Pêro Pinheiro - atividade predominante extração e transformação de mármore, sendo a extração realizada em pedreiras a céu aberto
- Cacém, Algueirão, Belas, Queluz, Rio de Mouro, Casal de Cambra, Massamá e Monte Abraão - predominam a atividade industrial e serviços

A população total residente no concelho de Sintra, segundo censos de 2011, é de **377 835** habitantes

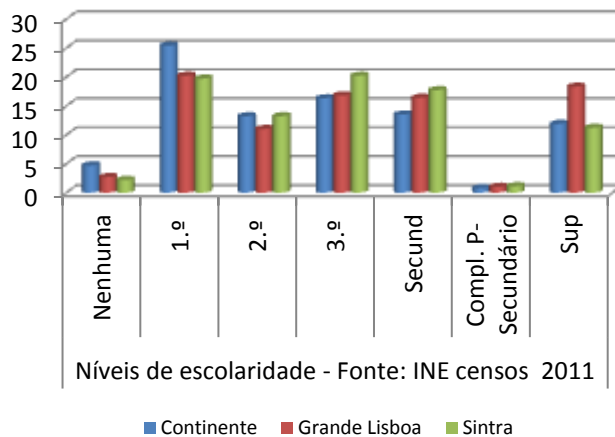
#### Pirâmide etária censos 2011



#### Análise demográfica



## Níveis de escolaridade



## Caraterização epidemiológica da população

### PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE QUE FORAM IDENTIFICADOS

Doenças cérebro-cardiovasculares

Doenças oncológicas

Doenças respiratórias

Perturbações depressivas

Diabetes

Obesidade

Tuberculose

Mortalidade infantil

## PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES SINTRA NO ANO DE 2015-2017

### PROBLEMAS DE SAÚDE PRIORIZADOS

Doenças cérebro-cardiovasculares

Diabetes

Perturbações depressivas

Tuberculose

Mortalidade Infantil\*

\*A taxa de mortalidade infantil no Concelho de Sintra é superior à da Grande Lisboa e de Portugal para os anos estudados de 2009, 2010, 2011 e 2012, pelo que se decidiu estudar e caracterizar o fenómeno

NECESSIDADES DE SAÚDE IDENTIFICADAS	
<b>MORTALIDADE</b>	Menor mortalidade por doenças cardio-cerebrovasculares
	Menor mortalidade por tumor maligno da mama
	Menor mortalidade por tumor maligno da próstata
	Menor mortalidade por tumor maligno da colon e reto
	Menor mortalidade por tumor na traqueia, brônquios e pulmão
<b>MORBILIDADE</b>	Menor mortalidade infantil
	Menor morbidade por Diabetes Mellitus
	Menor morbidade por tumor maligno da pele
	Menor morbidade por perturbações depressivas
	Menor morbidade por doenças respiratórias
<b>DETERMINANTES</b>	Menor morbidade por tuberculose
	Menos hipertensos
	Menos obesos
	Menos inatividade física
	Menor frequência de alterações do metabolismo dos lípidos
	Maior consumo de frutas e legumes
	Menos consumo do álcool
	Mais medidas de higienização das mãos e de etiqueta respiratória
Acesso aos cuidados de saúde para todos os cidadãos de Sintra	
Desemprego	

ESTRATÉGIAS GERAIS
1. Aumentar a literacia em saúde com vista à capacitação da população para a adoção de estilos de vida saudáveis
2. Garantir as boas práticas profissionais em prol de uma efetiva qualidade clínica e organizacional
3. Assegurar a formação contínua dos profissionais
4. Reforçar a articulação entre os vários níveis de prestação de cuidados
5. Realizar rastreios na comunidade e encaminhar os casos identificados
6. Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde
7. Assegurar a continuidade dos cuidados prestados a doentes com indicação para reabilitação
8. Identificar as instituições que trabalham na comunidade e organizar uma rede de apoio social para os doentes mais vulneráveis

INDICADORES DE SAÚDE E METAS		Sintra 2014	Meta 2017
Doenças Cerebro-cardiovasculares	Que até ao final de 2017, se aumente para 25% a proporção de hipertensos com avaliação do risco cardiovascular (3 anos).	18,40%	25%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 25% a proporção de hipertensos com GRT (gestão de regime terapêutico).	7,79%	25%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 50% a proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos com PA < 150/90 mmHg.	37,86%	45%
Diabetes	Que até ao final de 2017, se aumente para 60% a proporção de utentes com Diabetes Mellitus (DM) com consulta de enfermagem de vigilância em Diabetes, no último ano	54,76%	60%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 35% a proporção de utentes com DM com pelo menos uma referência ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano	32,68%	35%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 45% a proporção de utentes com DM com o último registo de HgbA1c > 8,0% no último ano	44,33%	45%
Perturbação depressivas	Que até ao final de 2017, se aumente para 4,5% a proporção de diabetes tipo 2 (DM2) em terapêutica com insulina.	3,24%	4,50%
	Que até ao final de 2017, se garanta que 100% das UF do ACES Sintra utilizem plenamente os sistemas de informação definidos pela ACSS, com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC-2 e referenciem através do Sistema Consulta Tempo e Horas (CTH).	73,90%	90%
	Que até ao final de 2017, se promova e implementem pelo menos 2 projetos, dirigidos a grupos de risco, para formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão.	Desc.	2
	Que até ao final de 2017, se aprovem pelo menos 2 protocolos de articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando formação, referência e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico.	Desc.	2
Tuberculose	Que até ao final de 2017, se reduza para valores inferiores a 1,10% os óbitos por suicídio.	1,10% *	< 1,10%
	Que até ao final de 2017, se diminua a taxa de incidência da TB para um valor < a 22/100 000 habitantes.	26,5/100 <sup>3</sup> hab **	22/100 <sup>3</sup> hab
	Que até ao final de 2017, se diminua para um número inferior 70 dias, o tempo de demora desde o início de sintomas até ao diagnóstico.	86 dias	70 dias
	Que até ao final de 2017, se aumente para 84% a taxa de sucesso terapêutico.	74,8% **	84%
	Que até ao final de 2017, se aumente para 60 % a proporção de doentes com TP bacilífera a fazerem TOD, pelo menos nos dois primeiros meses de tratamento.	48% **	60%
Mortalidade Infantil	Que até ao final de 2017 se apresente um estudo sobre as causas da mortalidade infantil no concelho de Sintra e se proponham medidas de intervenção.		1

\*Dados de 2012 \*\*Dados de 2013

A apresentação pública do Plano Local de Saúde 2015-2017 para o concelho de Sintra ocorreu em março de 2016, seguido de um período de divulgação do documento aos profissionais do ACES e outros profissionais de saúde, aos parceiros da comunidade e à sociedade civil (através da rede social).

Conforme o previsto no seu cronograma, em setembro de 2016 concluiu-se o 1º momento de monitorização, que tem por objetivo identificar medidas adotadas que promovem a execução das estratégias aprovadas

Assim, foi efetuada a recolha e tratamento de dados referentes a iniciativas desenvolvidas isoladamente ou em parceria, pelo ACES, Hospitais de referência, Câmara Municipal de Sintra e Sociedade Civil.

Em novembro de 2016 está prevista a divulgação do relatório desta 1ª monitorização.

O plano de monitorização e avaliação prevê ainda um 2º momento de monitorização (setembro de 2017) e dois momentos de avaliação (recorrendo às fontes de dados previamente utilizadas no processo de fixação de metas) em março/abril de 2017 e 2018.



Plano Nacional de Saúde

# **Alentejo //** **Administração** **Regional de Saúde** **do Alentejo**

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP  
ACES ALENTEJO CENTRAL  
ULS BAIXO ALENTEJO, EPE  
ULS LITORAL ALENTEJANO, EPE  
ULS NORTE ALENTEJANO, EPE





Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP

---

Encontra-se em fase de elaboração.



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## ACES ALENTEJO CENTRAL - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

---

Encontra-se em fase de atualização

---

## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, EPE

---

### PERFIL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORTE ALENTEJANO, EPE, NO ANO DE 2015

#### Caracterização sociodemográfica / Caracterização de saúde

A ULSNA está localizada no distrito de Portalegre e é composta por 2 hospitais nas cidades de Portalegre e Elvas e 16 Centros de Saúde organizados em unidades funcionais (13 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 5 Unidades de Saúde Familiares e 15 Unidades de Cuidados na Comunidade, bem como 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e 1 Unidade de Saúde Pública) e localizados nos 15 concelhos que compõem o distrito.

A área de influência da ULSNA tinha, de acordo com as estimativas da população em 2015 110.235 residentes, 47,6% do sexo masculino (52.504) e 52,4% do sexo feminino (57.731), população esta que tem vindo a diminuir entre os Recenseamentos efetuados.

Em 2015 os Índices Demográficos: Índice de Envelhecimento (227,3); Índice de Dependência de Jovens (19,4) e Índice de Dependência de Idosos (44,0). Os valores apresentados para os Índices demográficos, com exceção do IDJovens que está alinhado com os valores da ARS Alentejo, são superiores aos valores da ARS Alentejo e Continente e têm vindo a agravar anualmente.

A taxa Bruta de natalidade (7,0‰) e o Índice sintético de fecundidade (1,27) apresentam valores inferiores à ARSA e ao Continente. A Esperança de vida à nascença (79,47) é também inferior à da ARSA e Continente.

Em 2013 encontravam-se inscritos no IEF 66,7‰ desempregados (15 e + anos).

Da população empregada em 2012 pertencem 72,3% ao setor terciário, 18,5% ao setor secundário e 9,2% ao setor primário. Relativamente aos indicadores de suporte social para o mesmo ano, estavam registados, 7.144 beneficiários de Rendimento Social de Inserção, 47.883 pensionistas da Segurança Social e 3.106 beneficiários de Subsídio de Desemprego da Segurança Social.

A taxa de Criminalidade era em 2015 29,6‰ inferior aos valores da ARSA e Continente.

A taxa de abandono escolar (1,8%) e a taxa de analfabetismo (11,0%) têm diminuído entre Censos.

No que diz respeito ao saneamento básico, todos os concelhos são servidos por água canalizada que provem de duas redes de água superficial, uma que abastece o norte e a outra o sul do distrito. São efetuadas análises de vigilância em todos os pontos finais da rede e nas ETAS, sendo que estas se encontram usualmente de boa qualidade.

Os nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos tem diminuído (5,1%) em detrimento dos nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos que tem aumentado (25,2%). Nos inscritos por diagnóstico ativo, 9,2% tem registo de Abuso de Tabaco (P17), 2,8% tem registo de Excesso de Peso (T83), 0,8% tem registo de Abuso Crónico de Álcool (P15) e 0,3% tem registo de Abuso de Drogas (P19).

A Taxa Global de Vacinação é de 96,3% aos 2 anos, 96,7% aos 7 anos e 98,2% aos 14 anos.

A taxa Bruta de Mortalidade é de 17,1‰, valor superior à ARSA (14,4‰ e Continente (10,5‰).

Relativamente à Morbilidade nos CSP apresentam-se os 10 diagnósticos mais registados: Hipertensão (23,0%), Alteração do Metabolismo dos lípidos (21,0%), Medicina Preventiva/de acompanhamento geral (20,8%), Perturbações Depressivas (12,9%), Infeção Aguda Do Aparelho Respiratório Superior (12,5%), Síndrome Vertebral com Irradiação de Dores (9,2%), Abuso do Tabaco (9,2%), Amigdalite Aguda (8,8%), Diabetes não Insulino-Dependentes (8,3%), Distúrbio Ansioso/Estado de Ansiedade (7,5%). Os diagnósticos registados estão de acordo com o padrão demográfico da população.

## **PLANO LOCAL DE SAÚDE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORTE ALENTEJANO, EPE, NO ANO DE 2015-2017**

### **Objetivos - estratégias - atividades - metas -indicadores e resultados/Prioridade de saúde identificadas**

A ULSNA é uma Entidade Pública Empresarial criada em fevereiro de 2007, através do Decreto-Lei nº 55-B/2007 de 28/2 e está incorporada no SNS e tem por objeto a prestação de cuidados de saúde integrados aos cidadãos, maximizando a relação entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.

O Planeamento Estratégico 2015-2017 representa uma oportunidade de abordagem dos problemas de saúde de forma integrada e articulada entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, e entre hospitais centralizando serviços e aproveitando sinergias, resultando ganhos que se podem traduzir numa otimização dos nossos recursos e melhoria da qualidade dos serviços prestados.

O que se programa neste plano estratégico 2015/2017 deve ser o pressuposto de um resultado que permita tornar ainda mais viável e sustentável um projeto em que acreditamos e que ao longo de 9 anos se afirmou, com as dificuldades conhecidas, como uma realidade pública empresarial. Apesar da confiança e do otimismo, não podemos deixar de referir que não foi fácil construir ou programar a atividade da ULSNA para três anos, quando conhecemos o cenário conjuntural, não só do País mas também da própria ULSNA. Sublinha-se que a ULSNA nos últimos anos tem conseguido manter um desempenho bastante positivo ao nível assistencial e financeiro onde tem obtido resultados económicos equilibrados e positivos. O Conselho de Administração tem a convicção e a vontade em assegurar com os nossos colaboradores as melhores soluções gestionárias, com incremento da qualidade da prestação de serviços. Claramente, a nossa aposta vai no sentido de conjugar estas variáveis que permitam responder aos nossos compromissos para com a população local, pese embora estarmos perante um bem de mérito cuja satisfação tem contornos especiais. É nesta margem de atuação que procuraremos criar as nossas mais-valias. O Planeamento Estratégico 2015/2017 teve como metodologia de desenvolvimento, em primeiro lugar, o diagnóstico das nossas forças e fraquezas que possibilitem delinear estratégias para intervir nesse setor. Tornou-se claro que os vetores desta intervenção se condensaram em dois pontos, um relacionado com o alinhamento funcional que se impõe numa filosofia de rentabilização das estruturas e dos recursos e outro na criação de valor que conduza a uma melhoria contínua da oferta de cuidados. Do exercício obtido dessa avaliação foram selecionados oito eixos estratégicos de intervenção da ULSNA, materializados no plano de ação 2015-2017:

- Eixo 1  
Reforma Hospitalar: Tendo em atenção o contexto do país e de acordo com as orientações transmitidas pelo Ministério da Saúde foram definidos para a ULSNA, EPE a respetiva carteira de serviços com reflexo na estrutura de funcionamento;
- Eixo 2  
Optimização dos recursos existentes: Apetrechar os vários serviços da ULSNA de MCDT's e outros com equipamentos atuais e adequados, que permitam dotar os serviços de meios técnicos capazes de oferecer padrões de elevada qualidade, no que se refere à prestação de cuidados de saúde;
- Eixo 3  
Política de qualidade e sustentabilidade ambiental: A aposta em ações que promovam políticas com vista à melhoria da qualidade dos serviços sempre constituiu um objetivo estratégico a atingir através da certificação e acreditação sectorial tendo como finalidade a certificação global da ULSNA, EPE. Naturalmente não se pode excluir deste ponto a adequação às exigências de qualidade ambiental definidas pelos normativos comunitário/nacionais que devem acompanhar a evolução e desempenho da atividade da instituição;
- Eixo 4

Complementaridade e articulação de cuidados de saúde no âmbito de referência da ULSNA: As ações a desenvolver nesta área pretende obter uma perspetiva integrada da oferta de serviços a prestar aos clientes da ULSNA, EPE;

- Eixo 5

Sistemas de informação de apoio à prática clínica e gestão: Com a reestruturação prevista pelo Ministério da Saúde ao nível dos sistemas de informação e atendendo que vão ser desenvolvidas e atualizadas novas aplicações impulsionadas pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, torna-se necessário prever o investimento a realizar;

- Eixo 6

Imagem estrutural de referência: Na ULSNA, ainda existem algumas estruturas desatualizadas e degradadas com custos de manutenção altíssimos, que têm contribuído para o agravamento das condições de trabalho com influência na prestação de cuidados;

- Eixo 7

Governança Clínica: Na unidade local ainda existem alguns aspetos de controlo que se encontram desatualizados, neste sentido, pretende-se implementar medidas que permitam o controlo efetivo da monitorização dos processos, e protocolos clínicos e forma a aumentar a eficiência;

- Eixo 8

Racionalização e melhoria da eficiência da organização: A ULSNA pretende a melhoria e eficiência da organização através da otimização de recursos energéticos e de equipamentos. A utilização concentrada desses recursos visa obter o máximo partido da capacidade instalada.

Como Programas Prioritários podemos identificar alguns dos que tem sido alvo de maior investimento: Diabetes, Hipertensão, Vacinação, Controlo de Infecção, Obesidade, Vigilância das Temperaturas Extremas Adversas, Saúde Escolar, Saúde Oral, Programa Tuberculose, Rastreios Oncológicos (Cancro da Mama, Cancro do Colo do Útero), Saúde Materna, Saúde Infantil.

Os Programas prioritários Identificados são também na sua grande maioria os Programas Prioritários a nível Regional e Nacional, pelo que se refletem no Indicadores de Contratualização, nos seus diferentes eixos, nacional, regional e local:

- Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos (Resultado 2015: 442,64; Meta 2016: 400)
- Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos (Resultado 2015: 89,63; Meta 2016: 91)
- Proporção utentes  $\geq 14$  A, c/ hábitos tabágicos (Resultado 2015: 45,09; Meta 2016: 50)
- Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót. (Resultado 2015: 57,83; Meta 2016: 62)

- Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV (Resultado 2015: 63,45; Meta 2016: 68)
- Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP) (Resultado 2015: 189,89€; Meta 2016: 170,00€)
- Despesa MCDTs prescritos, por utiliz. (p. conv.) (Resultado 2015: 43,50€; Meta 2016: 42,00€)
- Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2 (Resultado 2015: 87,61; Meta 2016: 92)
- Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes (Resultado 2015: 0,59; Meta 2016: 0,44)
- Proporção de RN de termo, de baixo peso (Resultado 2015: 1,49; Meta 2016: 1,50)
- Taxa internam. DCV, entre residentes < 65 A (Resultado 2015: 9,97; Meta 2016: 7,53)
- Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF (Resultado 2015: 0,58 ; Meta 2016: 0,6)
- Proporção medicam. prescritos, que são genéricos (Resultado 2015: 59,90; Meta 2016: 57)
- Proporção hipertensos com risco CV (3 A) (Resultado 2015: 47,20; Meta 2016: 55)
- Proporção obesos > 14A, c/ cons. vigil. obesid. 2 anos (Resultado 2015: 53,49; Meta 2016: 60)
- Proporção mulheres [25; 60[ A, c/ colpoc. (3 anos) (Resultado 2015: 51,62; Meta 2016: 55)
- Proporção de novos DM2 em terap. c/metformina (Resultado 2015: 71,70 ; Meta 2016: 73)
- Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim. (Resultado 2015: 87,25; Meta 2016: 88)
- Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano (Resultado 2015: 82,76; Meta 2016: 84)



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE

---

Encontra-se em fase de atualização



Plano Nacional de Saúde



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

---

## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE

---

Encontra-se em fase de elaboração



Plano Nacional de Saúde

# Algarve //

## Administração Regional de Saúde do Algarve


ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP  
ACES ALGARVE I - CENTRAL  
ACES ALGARVE II - BARLAVENTO  
ACES ALGARVE III - SOTAVENTO



# ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP

## PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO DO ALGARVE (PeLS) SÍNTESE NO ANO DE 2016

A presente síntese do PeRS, construída pelos Observatórios Regionais de Saúde dos Departamentos de Saúde Pública das ARS, proporciona um olhar rápido e integrador, sobre a saúde da população da área geográfica de influência da ARS Algarve.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA				
Descritores	Valor Anterior	Último Valor	Fonte	Observações
Localização				Localizada no extremo ocidental da Europa, constituindo a região situada mais a sul do continente, sendo a única região de saúde do continente coincidente com uma única NUTS de nível 3. Integra um total de 16 concelhos.
Área (Km <sup>2</sup> )	4.996,80		-	Corresponde a 5,6% do território nacional.
Habitantes (N <sup>o</sup> )	4.423.582.013	4.419.292.015	INE	Corresponde a 4,3% da população nacional. (População residente)
Densidade Populacional (hab./Km <sup>2</sup> )	88,52013	88,42015	INE	Evidencia litoralização representada por faixa com elevada densidade populacional >100 hab./Km <sup>2</sup> versus zona interior de serra e barrocal abrangendo uma superfície superior a 70% do território, com baixa densidade <100 hab./Km <sup>2</sup> .
Crescimento Populacional (%)		1,4 <sup>2011-11</sup>	INE (ORS)	Destaca-se pelo dinamismo demográfico (devendo-se sobretudo à imigração interna e externa), tendo registado nos últimos censos um aumento na população significativamente superior ao crescimento registado no continente (1,8%).
Índice de Envelhecimento	131,82013	138,42015	INE	Assume valor inferior ao continente (149,6). A Região apresenta, no entanto, concelhos muito envelhecidos, como é o caso de Alcoutim que apresenta um índice de envelhecimento de 658,5.
Taxa de Natalidade (/1000nv)	9,42013	9,22015	INE	Superior ao continente (8,2), regista um aumento de 9,5% superior ao registado no continente 3,8% face a 2013. No ano de 2015 nasceram na região 4071 nv (melhor valor desde o ano de 2013).
Esperança de Vida à Nascimento (anos)	80,32013	80,38 <sup>2013-15</sup>	INE	A esperança de vida à nascença tem aumentado, em ambos os sexos, apresentando no triénio 2013-15 um valor muito próximo do continente (80,64).
Turismo - Capacidade de Alojamento (/1000hab.)	266,22014		INE	O Turismo surge como a principal atividade económica da região, cuja forte sazonalidade, concentrada nos meses de verão, coloca desafios específicos ao nível das necessidades de saúde e da oferta de serviços de saúde. Constitui a região com a maior capacidade de alojamento nos estabelecimentos hoteleiros (/1000 hab.) comparativamente ao País (aproximada/ 120.000 camas).

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA							
Indicador	Fonte	Valores					
		Valor Anterior		Último Valor			
		Algarve	Continente	Algarve	Continente		
Taxa de Mortalidade Infantil <sup>1</sup> (1000 nados-vivos)	INE (ORS)	2,72013	2,92013	2,22015	2,92015	☺	
Taxa de Mortalidade Neonatal (1000 nados-vivos)	INE (ORS)	2,12013	2,22013	1,72015	2,02015	☺	
Taxa de Mortalidade Perinatal (1000 fetos mortos ?28sem e nados-vivos)	INE (ORS)	2,92013	3,42013	4,72015	3,62015	☹	
<b>Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) por Tumores Malignos</b> (100.000 indivíduos)	INE	75,82013	67,12013	74,42014	65,82014	☹	
TMP por Tumor maligno do estômago (100.000 indivíduos)	INE	4,02013	5,72013	4,22014	5,72014	☺	
TMP por Tumor maligno do cólon e reto (100.000 indivíduos)	INE	8,32013	7,62013	7,22014	7,22014	☺	
TMP por Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (100.000 indivíduos)	INE	18,92013	13,42013	17,92014	12,52014	☹	
TMP por Tumor maligno da mama (feminina) (100.000 indivíduos)	INE	12,92013	10,52013	13,72014	10,22014	☹	
TMP por Tumor maligno do colo do útero (100.000 indivíduos)	INE	4,02013	1,82013	4,02014	1,92014	☹	
TMP por Diabetes Mellitus (100.000 indivíduos)	INE	2,12013	3,02013	2,32014	2,72014	☺	
TMP por D. Isquémica Cardíaca (100.000 indivíduos)	INE	15,62013	8,42013	20,52014	11,82014	☹	
TMP por D. Cerebrovasculares (100.000 indivíduos)	INE	82013	7,92013	9,42014	7,62014	☹	
TMP por Pneumonia (100.000 indivíduos)	INE	2,52013	2,62013	2,12014	2,72014	☺	
TMP por Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (100.000 indivíduos)	INE	SD	SD	0,72014	1,42014	☺	
TMP por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor (100.000 indivíduos)	INE	5,92013	4,92013	6,62014	5,22014	☹	
TMP por Suicídio (100.000 indivíduos)	INE	10,62013	6,12013	9,22014	7,42014	☹	
<b>Morbilidade</b>							
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Diabetes* (100 inscritos)	SIARS (ORS)	5,82013	6,92013	5,72014	6,92014	---	
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Perturbações Depressivas* (100 inscritos)	SIARS (ORS)	5,02013	7,62013	5,62014	8,22014	---	
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de D. dos Dentes e Gengivas (7 anos)* (100 inscritos aos 7 anos)	SIARS (ORS)	4,52013	4,42013	5,22014	5,42014	---	
Taxa de incidência de Tuberculose (100.000 indivíduos)	DGS (ORS)	17,62013	22,22013	20,12014	20,62014	☺	
Taxa de incidência da Infecção VIH (100.000 indivíduos)	INSA (ORS)	12,02013	10,52013	15,22014	9,12014	☹	
<b>Determinantes da Saúde</b>							
Proporção de Nascimentos Pré-Termo (100 nados-vivos)	INE (ORS)	8,22013	7,92013	7,92015	8,02015	☹	
Proporção de Crianças c/ Baixo Peso à Nascimento (100 nados-vivos)	INE (ORS)	9,12013	8,32013	9,52015	8,92015	☹	
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Hipertensão* (100 inscritos)	SIARS (ORS)	16,22013	19,62013	16,42014	19,72014	---	
Prevalência do consumo de Tabaco no último mês, (consumo atual: diário e ocasional) 25-74 anos (%)	INSA (INS e INSEF)	SD para região	31,2H-14,9M <sup>2014</sup>	31,1H-22,8M <sup>2015</sup>	28,3H-16,4M <sup>2015</sup>	☹	
Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso crónico do Álcool* (100 inscritos)	SIARS (ORS)	0,42013	1,02013	0,52014	1,12014	---	
Prevalência de Excesso de Peso, 25-74 anos (%)	INSA (INSEF)	SD	SD	37,22015	38,92015	☺	

**Fontes:** INE (Instituto Nacional de Estatística); ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS); SIARS (Sistema de Informação das ARS); DGS (Direção Geral da Saúde); INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); INS (Inquérito Nacional de Saúde); INSEF (Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico)

**LEGENDA:** ☹ Acima do valor de referência ☺ Abaixo do valor de referência ☺ Coincidente com o valor de referência --- Não são efetuadas comparações Valor de referência: Continente

\*Dados do ano de 2015 indisponíveis por motivos de ordem técnica (sistema de informação SIARS inacessível na região do Algarve)

## PLANO REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO ALGARVE (PRS) NO ANO DE 2015-2016

A presente síntese do PRS engloba a análise e a priorização das necessidades de saúde da Região de Saúde do Algarve, baseada numa pré-avaliação prognóstica das mesmas, identificando as principais linhas de atuação estratégicas no âmbito da política de saúde regional que permitam adequar o sistema de saúde às necessidades identificadas.

NECESSIDADES DE SAÚDE		
Mortalidade	Morbilidade	Determinantes da saúde
<p><b>Reduzir a mortalidade por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores malignos</li> <li>• Doenças do aparelho circulatório (D. Isquémica Cardíaca e D. Cerebrovasculares)</li> <li>• Causas Externas (Suicídios e Acidentes de trânsito c/ veículos a motor)</li> </ul>	<p><b>Reduzir a morbilidade por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes</li> <li>• Perturbações Depressivas</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• Sida</li> </ul>	<p><b>Reduzir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão</li> <li>• Consumo de Tabaco e de Álcool</li> <li>• Nascimento Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento</li> <li>• Excesso de Peso e Obesidade</li> <li>• Inatividade Física/Sedentarismo</li> </ul>

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE	SERVIÇOS E PROGRAMAS / PROJETOS DE SAÚDE
<p><b>Promoção da Saúde e Prevenção da Doença</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Áreas/Programas de Base</b> (Saúde Escolar; Saúde Oral; Saúde Materna e Infantil; Vacinação; D. Transmissíveis; Luta contra a Tuberculose; Saúde Ambiental e Ocupacional;...);</li> <li>• <b>Programas Prioritários</b> (Tabagismo; Alimentação Saudável; VIH/sida; S. Mental; Oncológicas;...);</li> <li>• <b>Grupos de Trabalho/Apoio</b> (Saúde Mental Infantil, Violência ao longo do Ciclo de Vida); Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;</li> <li>• <b>Outros Programas/Projetos</b> (Janela Aberta à Família; Intervenção em Meio Prisional; Intervenção local – DICAD; Troca de Seringas;...);</li> <li>• <b>Consultas e Serviços</b> (Vigilância da Saúde a grupos específicos; Apoio Psicossocial em Adolescentes/Jovens – DICADependências; Cuidados Continuados Integrados).</li> </ul>
<p><b>Diagnóstico e Tratamento Precoces</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Serviços</b> (Vias Verdes - Coronária e AVC; Núcleo de Rastreamentos - C. Mama Feminina; C. Colo do Útero, Retinopatia Diabética, previsto: C. Cólon e Recto);</li> <li>• <b>Consultas</b> (CDP-Tuberculose; CAD Precoce - Infecção VIH/sida; DICADependências; Consultas de Vigilância da Saúde - Cessações Tabágica; Nutrição; Dependências e grupos específicos).</li> </ul>

PARCERIAS / STAKEHOLDERS
<p><b>Saúde</b> (Centro Hospitalar do Algarve; Centro Hospitalar de Lisboa Central, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, restantes ARS,...); <b>Administração Local</b> (Autarquias, Juntas de Freguesia,...); <b>Educação e Ciência</b> (Dir. Geral dos Estabelecimentos Escolares, Agrupamentos Escolares; Universidade do Algarve); <b>Turismo</b> (Região de Turismo do Algarve); <b>Desporto</b> (Instituto Português do Desporto e Juventude); <b>Ambiente</b> (Agência Portuguesa do Ambiente); <b>Economia</b> (Autoridade de Segurança Alimentar e Económica); <b>Administração Interna</b> (Polícia de Segurança Pública); <b>Justiça</b> (Direção Geral dos Serviços Prisionais); <b>Solidariedade, Emprego e Segurança Social</b> (Segurança Social; Instituto de Emprego e Formação Profissional); <b>Org. Não Governamentais, Instituições e Associações</b> (Comunidade Intermunicipal do Algarve; Associação de Saúde Mental do Algarve, Cruz Vermelha Portuguesa; Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar;...)</p>

	OBJETIVOS	INDICADORES-CHAVE	ÚLTIMO VALOR	META 2016
Mortalidade	Diminuir a mortalidade por Tumores malignos	TP AVPP T. maligno Traqueia, Brônquios e Pulmão <sup>1</sup> (100.000 indiv.) <70anos	2014 <b>253,8</b> ☹	<b>245-250*</b>
		TMP Tumor maligno Mama Feminina <sup>2</sup> (100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>13,7</b> ☹	<b>12-12,5</b>
		TMP Tumor maligno Cólon e Reto <sup>2</sup> (100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>7,2</b> ☹	<b>7-7,5*</b>
		TMP Tumor maligno Colo do Útero <sup>2</sup> (100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>4,0</b> ☹	<b>3-3,5*</b>
	Diminuir a mortalidade por D. Isquémica Cardíaca	TMP D. Isquémica Cardíaca <sup>2</sup> (100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>20,5</b> ☹	<b>7,5-8</b>
	Diminuir a mortalidade por D. Cerebrovasculares	TMP D. Cerebrovasculares <sup>2</sup> (100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>9,4</b> ☹	<b>5,7-6</b>
	Diminuir a mortalidade por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor	TMP Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor <sup>2</sup> (100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>6,6</b> ☹	<b>5,5-6</b>
Morbilidade	Manter ou diminuir a mortalidade por Suicídio	TMP Suicídio <sup>2</sup> (100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>9,2</b> ☹	<b>7-7,4</b>
	Aumentar o diagnóstico de Diabetes nos ACeS	Proporção de inscritos com diagnóstico de Diabetes <sup>3</sup> (100 inscritos)	2014 <b>5,7</b>	<b>5,7-13</b>
	Melhorar o diagnóstico da Depressão	Proporção de inscritos com diagnóstico de Perturbações Depressivas <sup>3</sup> (100 inscritos)	2014 <b>5,6</b>	<b>5,6-7</b>
	Manter a incidência de Tuberculose	Taxa de incidência de Tuberculose <sup>4</sup> (100.000 indivíduos)	2014 <b>20,1</b> ☹	<b>&lt;20</b>
	Diminuir a incidência de da infeção VIH	Taxa de incidência da Infeção VIH <sup>4</sup> (100.000 indivíduos)	2014 <b>15,2</b> ☹	<b>11-dez</b>
	Diminuir os Nascimentos Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento	Proporção de Nascimentos Pré-Termo <sup>5</sup> (100 nados-vivos)	2015 <b>7,9</b> ☹	<b>&lt;8,2</b>
		Proporção de Crianças com Baixo Peso à Nascimento <sup>5</sup> (100 nados-vivos)	2015 <b>9,5</b> ☹	<b>&lt;9,1</b>
Determinantes da saúde	Aumentar o diagnóstico de Hipertensão nos ACeS	Proporção de inscritos com diagnóstico de Hipertensão <sup>3</sup> (100 inscritos)	2014 <b>16,4</b>	<b>25-35</b>
	Diminuir a prevalência do consumo de Tabaco	Prevalência do consumo de Tabaco no último mês, 15 aos 64 anos <sup>6</sup> (%)	2012 <b>29,6</b> ☹	<b>27,6</b>
		Prevalência do consumo de tabaco em meio escolar (3.º ciclo), P30d (consumo atual) <sup>7</sup> (%)	2011 <b>14M-19F</b>	<b>13M-18F</b>
	Diminuir a prevalência do consumo de Álcool	Prevalência do consumo de Álcool no último mês, 15 aos 64 anos <sup>6</sup> (%)	2012 <b>43,4</b> ☹	<b>---</b>
	Diminuir a ocorrência recente de Embriaguez	Ocorrência recente de embriaguez em meio escolar (3.º ciclo), P12M <sup>7</sup> (%)	2011 <b>7</b> ☹	<b>6-6,5</b>
	Manter ou diminuir a prevalência de Obesidade e Excesso de Peso	Prevalência de excesso de peso em crianças dos 6-8 anos (incluindo obesidade) CDC <sup>8</sup> (%)	2010 <b>19,5</b> ☹	<b>?19,5</b>
		Prevalência da obesidade em crianças dos 6-8 anos CDC <sup>8</sup> (%)	2010 <b>10,1</b> ☹	<b>?10,1</b>
Aumentar a prática de Atividade Física	Atividade física em adolescentes escolarizados do 6º, 8º e 10º anos, 3 ou mais vezes por semana <sup>9</sup> (%)	2014 <b>55,1</b> ☹	<b>56-58</b>	


\*De acordo com as projeções da DGS é expectável um aumento para estas causas<sup>1</sup>

**FONTES:** <sup>1</sup>DGS - PNS\_Em\_Números\_2014 e 2015\_ed.2014 e ed.2016; <sup>2</sup>INE - Causas de Morte 2014\_ed.2016; <sup>3</sup>SIARS - Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde [Nº de utentes com diagnóstico ativo na lista de problemas, de acordo com a classificação ICPC-2]; <sup>4</sup>DGS - SVIG-TB; Sistema de Informação Intrínseco do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e INSA; Departamento de Doenças Infecciosas - Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica Observatórios Regionais de Saúde; <sup>5</sup>INE - ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS) - Observatórios Regionais de Saúde; <sup>6</sup>INE - Observatórios Regionais de Saúde; <sup>7</sup>III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA /SICAD, 2014.; <sup>8</sup>Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, (3.º ciclo e Secundário). Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada- Síntese de resultados. SICAD; <sup>9</sup>Così Portugal, European Childhood Obesity Surveillance Initiative - Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil; <sup>9</sup>HSBC - Health Behaviour in School - Aged Children **LEGENDA** do campo "Último Valor": ☹ Acima do valor de referência ☺ Abaixo do valor de referência ☺ Coincidente com o valor de referência Valor de referência: Continente ou Portugal.

## ACES DO ALGARVE I - CENTRAL

### PERFIL LOCAL DE SAÚDE (PeLS) - ACES ALGARVE I CENTRAL NO ANO DE 2016

A presente síntese do PeLS, baseada nos Perfis de Saúde construídos pelos Observatórios Regionais de Saúde dos Departamentos de Saúde Pública das ARS, proporciona um olhar rápido e integrador, sobre a saúde da população da área geográfica de influência do ACeS Central da região de Saúde do Algarve.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA			
Descritores	Valor*	Período de referência	Observações
Localização			Localizado na zona central da região do Algarve, confrontado a Sul pelo Oceano Atlântico, a Norte pela região do Alentejo, a Este pelo ACeS Barlavento e Oeste pelo ACeS Sotavento. Integra um total de 5 concelhos: Faro (sede do ACeS), Albufeira, Loulé, Olhão e S. Brás de Alportel.
Área (Km <sup>2</sup> )	1.391	-	Corresponde a 27,8% do território da região.
Habitantes (Nº)	226.657	2015	Corresponde a 51% da população da região.
Densidade Populacional (hab/Km <sup>2</sup> )	162,9	2015	Evidencia litoralização representada por faixa com elevada densidade populacional >200 hab./Km <sup>2</sup> (Albufeira, Faro, Olhão e Sul de Loulé) versus zona interior de serra e barrocal com baixa densidade <100 hab./Km <sup>2</sup> (Norte de Loulé e S. Brás de Alportel).
Crescimento Populacional (%)	16,3	2001/2011	Revela dinamismo demográfico (devendo-se sobretudo à imigração interna e externa) tendo registado nos últimos censos um aumento na população superior ao crescimento registado na região (14%).
Índice de Envelhecimento	125,1	2015	Assume valor inferior à região (131,8). O ACeS apresenta o Concelho da região menos envelhecido (90,4 – Albufeira).
Taxa de Natalidade (/1000nv)	8,9	2014	Embora superior à região (8,4), destaca-se o acentuado decréscimo da natalidade (-23%) de nados-vivos no último quinquénio, próximo do registado para a região (-22%). O ano de 2013 apresenta o mais baixo n.º de nados-vivos registados desde 1997.
Esperança de Vida à Nascimento (anos)	80,4	2013	A esperança de vida à nascença tem aumentado, em ambos os sexos, apresentando no ano 2013 (80,4) um valor muito próximo da região (80,3).
Turismo - Capacidade de Alojamento (%)	55,5	2013	O Turismo surge como a principal atividade económica do ACeS, cuja forte sazonalidade, concentrada nos meses de verão, coloca desafios específicos ao nível das necessidades de saúde e da oferta de serviços de saúde. Constitui o ACeS com a maior capacidade de alojamento (+61.000 camas) da Região.

\*Fonte: INE (calculado por Observatórios Regionais de Saúde das ARS)

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA						
	Indicador	Ano	Fonte	Valores		
				ACeS	Região	
	Taxa de Mortalidade Infantil <sup>1</sup> ( <sup>1000</sup> nados-vivos)	2014	INE (ORS)	<b>3,95</b>	2,93	⊖
	Taxa de Mortalidade Neonatal ( <sup>1000</sup> nados-vivos)	2014	INE (ORS)	<b>2,96</b>	2,66	⊖
	Taxa de Mortalidade Perinatal ( <sup>1000</sup> fetos mortos ?28sem e nados-vivos)	2014	INE (ORS)	<b>3,94</b>	4,25	⊕
Mortalidade (antes 75 anos)	TMP (Taxa de Mortalidade Padronizada) por Tumores malignos ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>111,7</b>	113,8	⊕
	TMP por Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>33,3</b>	35,9	⊕
	TMP por Tumor maligno do estômago ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>6,8</b>	8	⊕
	TMP por Tumor maligno do cólon e reto ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>12,2</b>	13,7	⊕
	TMP por Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>23,6</b>	23,3	⊖
	TMP por Tumor maligno da mama (feminina) ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>20,6</b>	19,7	⊖
	TMP por Tumor maligno do colo do útero ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>5,3</b>	4,9	⊖
	TMP por Tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>6,4</b>	6,3	⊖
	TMP por Diabetes Mellitus ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>5,9</b>	5,5	⊖
	TMP por D. Isquémica Cardíaca ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>23,4</b>	22,9	⊖
	TMP por D. Cerebrovasculares ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>18,4</b>	18,1	⊖
	TMP por Pneumonia ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>6,4</b>	6,8	⊕
	TMP por Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>2,9</b>	2,7	⊖
	TMP por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>9,1</b>	10,5	⊕
	TMP por Suicídio ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>9,6</b>	9,3	⊖
Morbilidade	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Diabetes ( <sup>100</sup> inscritos)	2014	SIARS (ORS)	5,2	5,7	⊕
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Perturbações Depressivas ( <sup>100</sup> inscritos)	2014	SIARS (ORS)	5,3	5,6	⊕
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de D. dos Dentes e Gengivas (7 anos) ( <sup>100</sup> inscritos aos 7 anos)	2014	SIARS (ORS)	5,2	5,2	---
	Taxa de incidência de Tuberculose ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2014	INSA (ORS)	<b>21,1</b>	18,8	⊖
	Taxa de incidência da Infecção VIH ( <sup>100.000</sup> indivíduos)	2014	DGS (ORS)	<b>15,9</b>	15,8	⊖
Determinantes da Saúde	Proporção de Nascimento Pré-Termo ( <sup>100</sup> nados-vivos)	2014	INE (ORS)	<b>8,9</b>	8,2	⊖
	Proporção de Crianças c/ Baixo Peso à Nascimento ( <sup>100</sup> nados-vivos)	2014	INE (ORS)	<b>9,8</b>	9,1	⊖
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Hipertensão ( <sup>100</sup> inscritos)	2014	SIARS (ORS)	14,2	16,4	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso do Tabaco ( <sup>100</sup> inscritos)	2014	SIARS (ORS)	4,6	4,2	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso crónico do Álcool ( <sup>100</sup> inscritos)	2014	SIARS (ORS)	0,4	0,5	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de Excesso de Peso ( <sup>100</sup> inscritos)	2014	SIARS (ORS)	2,3	2,2	---

**Fontes:** INE (Instituto Nacional de Estatística); ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS); SIARS (Sistema de Informação das ARS); INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); DGS (Direção Geral da Saúde) **LEGENDA:** ⊖ Acima do valor de referência ⊕ Abaixo do valor de referência ⊕ Coincidente com o valor de referência ND- Não disponível ao abrigo do segredo estatístico do INE --- Não são efetuadas comparações **Valor de referência:** Região

## PLANO LOCAL DE SAÚDE (PLS) - ACES ALGARVE I CENTRAL NO ANO DE 2015 – 2016

A presente síntese do PRS engloba a análise e a priorização das necessidades de saúde da Região de Saúde do Algarve, baseada numa pré-avaliação prognóstica das mesmas, identificando as principais linhas de atuação estratégicas no âmbito da política de saúde regional que permitam adequar o sistema de saúde às necessidades identificadas.

NECESSIDADES DE SAÚDE		
Mortalidade	Morbilidade	Determinantes da saúde
Reduzir a mortalidade por:	Reduzir a morbilidade por:	Reduzir:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores malignos</li> <li>• Doenças do aparelho circulatório (D. Isquémica Cardíaca e D. Cerebrovasculares)</li> <li>• Causas Externas (Suicídios e Acidentes de trânsito c/ veículos a motor)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes</li> <li>• Perturbações Depressivas</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• Sida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão</li> <li>• Consumo de Tabaco e de Álcool</li> <li>• Nascimento Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento</li> <li>• Excesso de Peso e Obesidade</li> <li>• Inatividade Física/Sedentarismo</li> </ul>
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE		SERVIÇOS E PROGRAMAS / PROJETOS DE SAÚDE
<p><b>Promoção da Saúde e Prevenção da Doença</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Áreas/Programas de Base</b> (Saúde Escolar; Saúde Oral; Saúde Materna e Infantil; Vacinação; D. Transmissíveis; Luta contra a Tuberculose; Saúde Ambiental e Ocupacional;...);</li> <li>• <b>Programas Prioritários</b> (Tabagismo; Alimentação Saudável; VIH/sida; S. Mental; Oncológicas;...);</li> <li>• <b>Grupos de Trabalho/Apoio</b> (Saúde Mental Infantil, Violência ao longo do Ciclo de Vida); Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;</li> <li>• <b>Outros Programas/Projetos</b> (Janela Aberta à Família; Intervenção em Meio Prisional; Intervenção local – DICAD; Troca de Seringas;...);</li> <li>• <b>Consultas e Serviços</b> (Vigilância da Saúde a grupos específicos; Apoio Psicossocial em Adolescentes/Jovens – DICADependências; Cuidados Continuados Integrados).</li> </ul>
<p><b>Diagnóstico e Tratamento Precoces</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Serviços</b> (Vias Verdes - Coronária e AVC; Núcleo de Rastreamentos - C. Mama Feminina; C. Colo do Útero, Retinopatia Diabética, previsto: C. Cólon e Recto);</li> <li>• <b>Consultas</b> (CDP-Tuberculose; CAD Precoce - Infecção VIH/sida; DICADependências; Consultas de Vigilância da Saúde - Cessações Tabágicas; Nutrição; Dependências e grupos específicos).</li> </ul>
PARCERIAS / STAKEHOLDERS		
<p><b>Saúde</b> (Centro Hospitalar do Algarve; Centro Hospitalar de Lisboa Central, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, restantes ARS,...); <b>Administração Local</b> (Autarquias, Juntas de Freguesia,...); <b>Educação e Ciência</b> (Dir. Geral dos Estabelecimentos Escolares, Agrupamentos Escolares; Universidade do Algarve); <b>Turismo</b> (Região de Turismo do Algarve); <b>Desporto</b> (Instituto Português do Desporto e Juventude); <b>Ambiente</b> (Agência Portuguesa do Ambiente); <b>Economia</b> (Autoridade de Segurança Alimentar e Económica); <b>Administração Interna</b> (Polícia de Segurança Pública); <b>Justiça</b> (Direção Geral dos Serviços Prisionais); <b>Solidariedade, Emprego e Segurança Social</b> (Segurança Social; Instituto de Emprego e Formação Profissional); <b>Org. Não Governamentais, Instituições e Associações</b> (Comunidade Intermunicipal do Algarve; Associação de Saúde Mental do Algarve, Cruz Vermelha Portuguesa; Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar;...)</p>		

	OBJETIVOS	INDICADORES-CHAVE	ÚLTIMO VALOR	META 2016
Mortalidade	Diminuir a mortalidade por Tumores malignos	TP AVPP T. maligno Traqueia, Brônquios e Pulmão <sup>1</sup> (/100.000 indiv.) <70anos	2014 <b>253,8</b> ☹	<b>245-250*</b>
		TMP Tumor maligno Mama Feminina <sup>2</sup> (/100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>13,7</b> ☹	<b>12-12,5</b>
		TMP Tumor maligno Cólon e Reto <sup>2</sup> (/100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>7,2</b> ☹	<b>7-7,5*</b>
		TMP Tumor maligno Colo do Útero <sup>2</sup> (/100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>4,0</b> ☹	<b>3-3,5*</b>
	Diminuir a mortalidade por D. Isquémica Cardíaca	TMP D. Isquémica Cardíaca <sup>2</sup> (/100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>20,5</b> ☹	<b>7,5-8</b>
	Diminuir a mortalidade por D. Cerebrovasculares	TMP D. Cerebrovasculares <sup>2</sup> (/100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>9,4</b> ☹	<b>5,7-6</b>
	Diminuir a mortalidade por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor	TMP Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor <sup>2</sup> (/100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>6,6</b> ☹	<b>5,5-6</b>
Morbilidade	Manter ou diminuir a mortalidade por Suicídio	TMP Suicídio <sup>2</sup> (/100.000 indivíduos) <65anos	2014 <b>9,2</b> ☹	<b>7-7,4</b>
	Aumentar o diagnóstico de Diabetes nos ACeS	Proporção de inscritos com diagnóstico de Diabetes <sup>3</sup> (/100 inscritos)	2014 <b>5,7</b>	<b>5,7-13</b>
	Melhorar o diagnóstico da Depressão	Proporção de inscritos com diagnóstico de Perturbações Depressivas <sup>3</sup> (/100 inscritos)	2014 <b>5,6</b>	<b>5,6-7</b>
	Manter a incidência de Tuberculose	Taxa de incidência de Tuberculose <sup>4</sup> (/100.000 indivíduos)	2014 <b>20,1</b> ☹	<b>&lt;20</b>
	Diminuir a incidência de da infeção VIH	Taxa de incidência da Infeção VIH <sup>4</sup> (/100.000 indivíduos)	2014 <b>15,2</b> ☹	<b>11-dez</b>
	Diminuir os Nascimento Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento	Proporção de Nascimento Pré-Termo <sup>5</sup> (/100 nados-vivos)	2015 <b>7,9</b> ☹	<b>&lt;8,2</b>
		Proporção de Crianças com Baixo Peso à Nascimento <sup>5</sup> (/100 nados-vivos)	2015 <b>9,5</b> ☹	<b>&lt;9,1</b>
Determinantes da saúde	Aumentar o diagnóstico de Hipertensão nos ACeS	Proporção de inscritos com diagnóstico de Hipertensão <sup>3</sup> (/100 inscritos)	2014 <b>16,4</b>	<b>25-35</b>
	Diminuir a prevalência do consumo de Tabaco	Prevalência do consumo de Tabaco no último mês, 15 aos 64 anos <sup>6</sup> (%)	2012 <b>29,6</b> ☹	<b>27,6</b>
		Prevalência do consumo de tabaco em meio escolar (3.º ciclo), P30d (consumo atual) <sup>7</sup> (%)	2011 <b>14M-19F</b>	<b>13M-18F</b>
	Diminuir a prevalência do consumo de Álcool	Prevalência do consumo de Álcool no último mês, 15 aos 64 anos <sup>6</sup> (%)	2012 <b>43,4</b> ☹	---
	Diminuir a ocorrência recente de Embriaguez	Ocorrência recente de embriaguez em meio escolar (3.º ciclo), P12M <sup>7</sup> (%)	2011 <b>7</b> ☹	<b>6-6,5</b>
	Manter ou diminuir a prevalência de Obesidade e Excesso de Peso	Prevalência de excesso de peso em crianças dos 6-8 anos (incluindo obesidade) CDC <sup>8</sup> (%)	2010 <b>19,5</b> ☹	<b>?19,5</b>
		Prevalência da obesidade em crianças dos 6-8 anos CDC <sup>8</sup> (%)	2010 <b>10,1</b> ☹	<b>?10,1</b>
	Aumentar a prática de Atividade Física	Atividade física em adolescentes escolarizados do 6º, 8º e 10º anos, 3 ou mais vezes por semana <sup>9</sup> (%)	2014 <b>55,1</b> ☹	<b>56-58</b>

**Fontes:** INE (Instituto Nacional de Estatística); ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS); SIARS (Sistema de Informação das ARS); INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); DGS (Direção Geral da Saúde) **LEGENDA:** ☹ Acima do valor de referência ☺ Abaixo do valor de referência ☺ Coincidente com o valor de referência ND- Não disponível ao abrigo do segredo estatístico do INE --- Não são efetuadas comparações **Valor de referência:** Região



## ACES DO ALGARVE II - BARLAVENTO

### PERFIL LOCAL DE SAÚDE (PeLS)- ACES ALGARVE II BARLAVENTO NO ANO DE 2016

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA			
Descritores	Valor	Período de referência	Observações
Localização			Localizado na zona Oeste da região do Algarve, confrontado a Oeste e a Sul Oceano Atlântico, a Norte pela região do Alentejo e a Este pelo ACeS Central. Integra um total de 7 concelhos: Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão (sede do ACeS), Silves e Vila do Bispo.
Área (Km <sup>2</sup> )	2.061	-	Corresponde a 41,3% do território da região.
Habitantes (Nº)	161.611	2014	Corresponde a 36,6% da população da região.
Densidade Populacional (hab/Km <sup>2</sup> )	78,4	2014	Evidencia litoralização representada por faixa com elevada densidade populacional >140 hab./Km <sup>2</sup> (Lagoa, Lagos, Portimão) versus zona interior de serra e bambocal com baixa densidade <60 hab./Km <sup>2</sup> (Aljezur, Monchique, Silves e Vila do Bispo).
Crescimento Populacional (%)	15,2	2001/2011	Revela dinamismo demográfico (devendo-se sobretudo à imigração interna e externa) tendo registado nos últimos censos um aumento na população superior ao crescimento registado na região (14 %).
Índice de Envelhecimento	140,6	2014	Assume valor superior à região (135,6). O ACeS apresenta o 2.º Concelho da região mais envelhecido (378,0 – Monchique).
Taxa de Natalidade (/1000nv)	8,5	2014	Apresenta valor coincidente com o da região (8,5), tendo nascido 1376 nados-vivos (aumento de 3,7% face ao ano de 2013).
Esperança de Vida à Nascimento (anos)	80,4	2012-14	A esperança de vida à nascença tem aumentado, em ambos os sexos, apresentando no ano 2014 valor próximo do da região (80,5).
Turismo - Capacidade de Alojamento (%)	34	2013	O Turismo surge como a principal atividade económica na área de abrangência do ACeS, cuja forte sazonalidade, concentrada nos meses de verão, coloca desafios ao nível das necessidades de saúde e da oferta de serviços de saúde. Constitui o 2.º ACeS, cuja área de intervenção detém a maior capacidade de alojamento (cerca de 37.000 camas) da Região.

\*Fonte: INE (calculado por Observatórios Regionais de Saúde das ARS)

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA						
	Indicador	Ano	Fonte	Valores		
				ACeS	Região	
Mortalidade (antes 75 anos)	Taxa de Mortalidade Infantil <sup>1</sup> (1000 nados-vivos)	2014	INE (ORS)	2,9	2,9	☺
	Taxa de Mortalidade Neonatal (1000 nados-vivos)	2014	INE (ORS)	2,9	2,7	☹
	Taxa de Mortalidade Perinatal (1000 fetos mortos 28sem e nados-vivos)	2014	INE (ORS)	5,1	4,2	☹
	TMP (Taxa de Mortalidade Padronizada) por Tumores	2010-2012	INE (ORS)	ND	113,8	
	TMP por Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu	2010-2012	INE (ORS)	ND	35,9	
	TMP por Tumor maligno do estômago (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	8,9	8	☹
	TMP por Tumor maligno do cólon e reto (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	13,7	
	TMP por Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	2010-2012	INE (ORS)	ND	23,3	
	TMP por Tumor maligno da mama (feminina) (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	19,3	19,7	☺
	TMP por Tumor maligno do colo do útero (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	4	4,9	☺
	TMP por Tumor maligno do tecido linfático e órgão	2010-2012	INE (ORS)	5,2	6,3	☺
	TMP por Diabetes Mellitus (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	5,5	
	TMP por D. Isquémica Cardíaca (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	22,9	
	TMP por D. Cerebrovasculares (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	18,1	18,1	☺
	TMP por Pneumonia (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	7,6	6,8	☹
	TMP por Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	3	2,7	☹
TMP por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor (100.000)	2010-2012	INE (ORS)	11,6	10,5	☹	
TMP por Suicídio (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	7,3	9,3	☺	
Morbilidade	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Diabetes (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	6,2	5,7	---
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Perturbações Depressivas (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	5,8	5,6	---
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de D. dos Dentes e Gengivas (7 anos) (100 inscritos aos 7 anos)	2014	SIARS (ORS)	4,8	5,2	---
	Taxa de incidência de Tuberculose (100.000 indivíduos)	2013	INSA (ORS)	15,4	17,6	☺
Taxa de incidência da Infecção VIH (100.000 indivíduos)	2013	DGS (ORS)	8	12	☺	
Determinantes da Saúde	Proporção de Nascimentos Pré-Termo (100 nados-vivos)	2014	INE (ORS)	7,8	7,9	☺
	Proporção de Crianças c/ Baixo Peso à Nascimento (100 nados-vivos)	2014	INE (ORS)	8,1	9,1	☺
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Hipertensão (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	17,4	16,4	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso do Tabaco (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	3,4	4,2	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso crónico do Álcool (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	0,5	0,5	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de Excesso de Peso (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	1,1	2,2	---

**Fontes:** INE (Instituto Nacional de Estatística); ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS); SIARS (Sistema de Informação das ARS); INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); DGS (Direção Geral da Saúde)

**LEGENDA:** ☹ Acima do valor de referência ☺ Abaixo do valor de referência ☺ Coincidente com o valor de referência ND- Não disponível ao abrigo do segredo estatístico do INE --- Não são efetuadas comparações

**Valor de referência:** Região

## ACES DO ALGARVE III - SOTAVENTO

### PERFIL LOCAL DE SAÚDE (PeLS) - ACES ALGARVE III SOTAVENTO NO ANO DE 2016

A presente síntese do PeLS, baseada nos Perfis de Saúde construídos pelos Observatórios Regionais de Saúde dos Departamentos de Saúde Pública das ARS, proporciona um olhar rápido e integrador, sobre a saúde da população da área geográfica de influência do ACeS Sotavento da região de Saúde do Algarve.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA			
Descritores	Valor	Período de referência	Observações
Localização			Localizado na zona Este da região do Algarve, confrontado a Sul pela costa litoral, a Norte pela região do Alentejo, a Este por Rio-Guadiana/Espanha e a Oeste pelo ACeS Central. Integra um total de 4 concelhos: Tavira (sede do ACeS), Alcoutim, Castro Marim e Vila Real de St. <sup>a</sup> António.
Área (Km <sup>2</sup> )	1.544	-	Corresponde a 30,9% do território da região.
Habitantes (N <sup>o</sup> )	53.600	2014	Corresponde a 12% da população da região.
Densidade Populacional (hab/Km <sup>2</sup> )	35	2013	Evidencia litoralização representada por faixa com elevada densidade populacional >100 hab./Km <sup>2</sup> (Sul Tavira e Vila Real de St. <sup>a</sup> António) versus zona interior de serra e barrocal com baixa densidade <50 hab./Km <sup>2</sup> (Alcoutim, Castro Marim e Norte de Tavira).
Crescimento Populacional (%)	12	2001/2011	Revela dinamismo demográfico (devendo-se sobretudo à imigração interna e externa) tendo registado no entanto, nos últimos censos, valor inferior ao crescimento registado na região (14 %).
Índice de Envelhecimento	184,9	2014	Assume notoriamente valor superior à região (135,6). O ACeS apresenta o 1. <sup>o</sup> Concelho da região mais envelhecido (625,8 - Alcoutim), sendo dos mais envelhecidos do país.
Taxa de Natalidade (/1000nv)	6,7	2014	Apresenta valor inferior à região (8,5), destacando-se também o acentuado decréscimo da natalidade. O ano de 2014 apresenta o mais baixo n. <sup>o</sup> de nados-vivos registados desde 1997.
Esperança de Vida à Nascimento (anos)	80,8	2014	A esperança de vida à nascença tem aumentado, em ambos os sexos apresentando no ano 2014 valor ligeiramente superior ao da região (83,9).
Turismo - Capacidade de Alojamento (%)	10,5	2013	O Turismo surge de forma menos acentuada como atividade económica neste ACeS, que apresenta a menor capacidade de alojamento (cerca de 11.000 camas) da Região. A sazonalidade coloca desafios ao nível das necessidades de saúde e da oferta de serviços de saúde.

\*Fonte: INE (calculado por Observatórios Regionais de Saúde das ARS)

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA						
	Indicador	Ano	Fonte	Valores		
				ACeS	Região	
Mortalidade (antes 75 anos)	Taxa de Mortalidade Infantil <sup>1</sup> (1000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	<b>2,6</b>	2,7	☺
	Taxa de Mortalidade Neonatal (1000 nados-vivos)	2013	INE (ORS)	<b>1,5</b>	2,1	☺
	Taxa de Mortalidade Perinatal (1000 fetos mortos 28sem e nados-vivos)	2013	INE (ORS)	<b>2,5</b>	2,9	☺
	TMP (Taxa de Mortalidade Padronizada) por Tumores malignos (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	113,8	
	TMP por Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	35,9	
	TMP por Tumor maligno do estômago (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>9,8</b>	8	☹
	TMP por Tumor maligno do cólon e reto (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	13,7	
	TMP por Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>ND</b>	23,3	
	TMP por Tumor maligno da mama (feminina) (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>17,4</b>	19,7	☺
	TMP por Tumor maligno do colo do útero (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>5,8</b>	4,9	☹
	TMP por Tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>8,8</b>	6,3	☹
	TMP por Diabetes Mellitus (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	5,5	
	TMP por D. Isquémica Cardíaca (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	ND	22,9	
	TMP por D. Cerebrovasculares (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>17,1</b>	18,1	☺
	TMP por Pneumonia (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>5,9</b>	6,8	☺
	TMP por Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>1,4</b>	2,7	☺
	TMP por Acidentes de Trânsito c/ veículos a motor (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>14,3</b>	10,5	☹
	TMP por Suicídio (100.000 indivíduos)	2010-2012	INE (ORS)	<b>13,6</b>	9,3	☹
	Morbilidade	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Diabetes (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	7,7	5,7
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Perturbações Depressivas (100 inscritos)		2014	SIARS (ORS)	7,7	5,6	---
Proporção de inscritos c/ diagnóstico de D. dos Dentes e Gengivas (7 anos) (100 inscritos aos 7 anos)		2014	SIARS (ORS)	6,3	5,2	---
Taxa de incidência de Tuberculose (100.000 indivíduos)		2014	INSA (ORS)	<b>18,6</b>	17,6	☺
Taxa de incidência da Infecção VIH (100.000 indivíduos)		2014	DGS (ORS)	<b>3,7</b>	12	☺
Proporção de Nascimentos Pré-Termo (100 nados-vivos)		2012-2014	INE (ORS)	<b>7,6</b>	8,1	☺
Determinantes da Saúde	Proporção de Crianças c/ Baixo Peso à Nascimento (100 nados-vivos)	2012-2014	INE (ORS)	<b>8,3</b>	9,1	☺
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Hipertensão (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	22,9	16,4	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso do Tabaco (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	5,8	4,2	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de abuso crónico do Álcool (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	0,6	0,5	---
	Proporção de inscritos com diagnóstico de Excesso de Peso (100 inscritos)	2014	SIARS (ORS)	4,9	2,2	---

**Fontes:** INE (Instituto Nacional de Estatística); ORS (Observatórios Regionais de Saúde das ARS); SIARS (Sistema de Informação das ARS); INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); DGS (Direção Geral da Saúde)

**LEGENDA:** ☹ Acima do valor de referência ☺ Abaixo do valor do referência ND- Não disponível ao abrigo do segredo estatístico do INE --- Não são efetuadas comparações

**Valor de referência:** Região

## PLANO LOCAL DE SAÚDE (PLS) - ACES ALGARVE III SOTAVENTO NO ANO DE 2015 -2016

Numa perspetiva de alinhamento com os objetivos estratégicos da ARS Algarve, elaborou-se o plano de atividades para 2016, cuja estratégia assenta no desenvolvimento de quatro eixos.

### ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

1. Melhorar o acesso, a qualidade e efectividade dos serviços
2. Consolidar a implementação dos programas prioritários do Plano Nacional de Saúde
3. Garantir uma gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis
4. Consolidar a estrutura interna do ACES, as suas ligações à comunidade e às instituições

### NECESSIDADES TÉCNICAS DE SAÚDE

Mortalidade	Morbilidade	Determinantes da saúde
<b>Reduzir a mortalidade por:</b>	<b>Reduzir a morbilidade por:</b>	<b>Reduzir:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores malignos</li> <li>• Doença Isquémica Cardíaca</li> <li>• Doenças Cerebrovasculares</li> <li>• Acidentes de trânsito c/ veículos a motor</li> <li>• Suicídios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes</li> <li>• Perturbações Depressivas</li> <li>• Tuberculose e DPOC</li> <li>• Sida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão</li> <li>• Consumo de Tabaco e de Álcool</li> <li>• Obesidade e Sedentarismo</li> <li>• Nascimento Pré-Termo e Crianças com Baixo Peso à Nascimento</li> </ul>

### SERVIÇOS E PROGRAMAS / PROJETOS DE SAÚDE

- **Áreas/Programas de Base** (Saúde Escolar; Saúde Oral; Saúde Materna e Infantil; Vacinação; D. Transmissíveis; Luta contra a Tuberculose; Saúde Ambiental e Ocupacional;...);
- **Programas Prioritários** (Tabagismo; Alimentação Saudável; VIH/SIDA; S. Mental; D. Oncológicas;...);
- **Grupos de Trabalho/Apoio** (Saúde Mental Infantil, Violência ao longo do Ciclo de Vida); Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;
- **Outros Programas/Projetos** (Intervenção local – DICAD; Troca de Seringas;...);



	OBJETIVOS	INDICADORES	Último VALOR	META 2016
Melhorar o acesso, a qualidade e efectividade dos serviços	Aumentar o acompanhamento adequado na saúde materna	Índice de acompanhamento adequado em saúde materna	0.58	0.60
	Prevenir a ocorrência de casos de RN de termo com baixo peso	% RN de termo de baixo peso	1.18	1.00
	Minorar os efeitos de polimedicação nos idosos	% Idosos sem ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos	73.12	75.00
		% Utentes sem médico de família sem ser por opção de utente	0.07	0.05
	Assegurar que todos os utentes inscritos no ACES Sotavento tenham médico de família	Índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar	0.47	0.5
	% Jovens com 14 A com consulta de vigilância e com PNV actualizado	48.54	54.80	
Programas Prioritários do PNS	Manter a dinâmica do Nucleo de Diabetes do Sotavento como instrumento de gestão clínica integrada da Diabetes no ACES	Nº de reuniões do Núcleo da Diabetes efetuadas e respetivas atas/ planeadas	2	3
		% DM com exame pés ultimo ano	59.58	60.00
		Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes	0.73	0.50
	Contribuir para o controle e deteção precoce das infeções por VIH/SIDA	Nº de teste rápidos de VIH/SIDA realizados a utentes com idade superior a 18 anos	107	400
		% Alunos abrangidos por atividades de sensibilização para a deteção precoce /prevenção do VIH/SIDA	100	100
		% Enfermeiros com formação de VIH/SIDA actualizada	100	100
	Promover a realização de intervenções breves a utentes fumadores	% Utentes com 14ou + anos com registo de hábitos tabágicos	39.48	45.00
		% Utentes entre os 50 e os 74 anos com rastreio do cancro colorretal com pesquisa de sangue oculto nas fezes	27.06	28.00
	Colaborar na realização dos rastreios organizados pelo Nucleo de Rastreios da ARS	% Mulheres entre os 25 e os 60 anos com rastreio de cancro do colo do útero por citologia cervico-vaginal nos últimos 3 anos	32.18	39.3
		% Utentes com 1ª consulta de dietética /total de referenciados	74.00	80.00
	Contribuir para a diminuição da ocorrência de AVC como primeira causa de morte	% Utentes com HTA e sem DM com prescrição de ARA II	18.80	21.4
	Dar cumprimento ao Programa Nacional de Controle de Infeção e Resistencia aos Antimicrobianos	% Atividades desenvolvidas pelo PPCIRA de acordo com o respetivo plano de atividades	66.60	67.00
	Melhorar a precificação crónica a utentes com idade igual ou superior a 75 anos com menos de 5 farmacos	% Utentes com idade igual ou superior a 75 anos com menos de 5 fármacos prescritos	66.77	70.00
Gestão eficiente dos recursos	Promover a melhoria contínua na prestação de cuidados: Rede de Cuidados Continuados Integrados, Cuidados Paliativos e Equipas de Saúde	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	87.70	91.00
		% de utentes em seguimento na consulta de paliativos/ Nº de utentes que solicitaram consulta	82.93	90.00
	Manter a redução dos gastos de medicação e meios complementares de diagnóstico e medicina física e reabilitação	Despesa medicamentos faturados, por utilizador (PVP)	160.93€	142.60€
		Despesa MCDT faturados, por utilizador SNS (P/consulta.)	53.03€	42.70€
Consolidar estrutura interna e ligações à comunidade e região	Promover a articulação entre as unidade funcionais do ACES	Reuniões entre os Coordenadores das unidades e o Conselho Clinico e da Saúde	2	4
	Dinamizar a articulação com o Conselho da Comunidade do Sotavento	Reuniões com a presença do Conselho Clinico e da Saúde no Conselho da Comunidade	0	2



Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa - Portugal  
Tel: +351 21 843 05 00  
Fax: +351 21 843 05 30  
E-mail: [geral@dgs.pt](mailto:geral@dgs.pt)