

Plano Local de Saúde

Agrupamento de Centros de
Saúde do Baixo Vouga

Aveiro 2016-2020



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga 2016-2020

2

EDIÇÃO

Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga (ACeS BV)

COORDENAÇÃO TÉCNICA:

Diretor Executivo do ACES BV

Coordenadora da Unidade de Saúde Pública – ACeS Baixo Vouga

AUTORIA:

Observatório Local de Saúde

Unidade de Saúde Pública

Índice

1	NOTA INTRODUTÓRIA/ ENQUADRAMENTO GERAL	7
1.1	VISÃO	7
1.2	MISSÃO	7
1.3	VALORES E PRINCÍPIOS.....	8
2	PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO	8
2.1	CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	8
2.2	CARATERIZAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	10
2.3	RECURSOS DA COMUNIDADE.....	11
3	IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE.....	11
4	PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE.....	11
5	OBJETIVOS GERAIS DO PLS	13
6	PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DA RESPOSTA AOS PROBLEMAS DE SAÚDE.....	14
6.1	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO.....	15
6.1.1	Enquadramento do Problema de saúde no ACeS BV	16
6.1.2	Estratégias enquadradas nos diferentes eixos estratégicos.....	17
6.1.3	Atividades a implementar.....	18
6.1.4	Indicadores de saúde e metas previstas para o horizonte temporal 2020	19
6.2	TUMORES MALIGNOS	20
6.2.1	Enquadramento do problema de saúde no ACeS BV	21
6.2.2	Estratégias enquadradas nos diferentes eixos estratégicos.....	23
6.2.3	Atividades a implementar.....	24
6.2.4	Indicadores de saúde e metas previstas para o horizonte temporal 2020	24
6.3	DIABETES.....	25
6.3.1	Enquadramento problema de saúde no ACES BV.....	25
6.3.2	Estratégias enquadradas nos diferentes eixos estratégicos.....	28
6.3.3	Atividades a implementar.....	29
6.3.4	Indicadores de saúde e metas previstas para o horizonte temporal, 2016 - 2020	30
6.4	OBSIDADE E EXCESSO DE PESO.....	31
6.4.1	Enquadramento do problema de saúde no ACeS BV	32
6.4.2	Estratégias enquadradas nos diferentes eixos estratégicos.....	33
6.4.3	Atividades a implementar.....	34
6.4.4	Indicadores de saúde e metas previstas para o horizonte temporal 2020	35
6.5	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	36
6.5.1	Enquadramento do problema de saúde no ACeS BV	37
6.5.2	Estratégias enquadradas nos diferentes eixos estratégicos.....	39
6.5.3	Atividades a implementar.....	40
6.5.4	Indicadores de saúde e metas previstas para o horizonte temporal 2020	41
7	GESTÃO E GOVERNAÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE	41
8	PLANO DE COMUNICAÇÃO	42
9	RECURSOS.....	42
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42

Lista de Siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACeS BV – Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga
ARS - Administração Regional de Saúde
ARSCentro I.P.– Administração Regional de Saúde do Centro
PLS – Plano Local de Saúde
CC – Conselho da Comunidade
CCS – Conselho Clínico e de Saúde
DE – Diretor Executivo
DGS – Direção Geral de Saúde
EAM - Equipa de Acompanhamento e Monitorização
ICPC-2 - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
HTA – Hipertensão Arterial
NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS – Organização Mundial de Saúde
OLS – Observatório Local de Saúde
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UF – Unidade Funcional
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USP – Unidade de Saúde Pública
ULSP – Unidade Local de Saúde Pública
USF – Unidade de Saúde Familiar
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
SIARS – Sistema de Informação das ARS
TA – Tensão Arterial

Índice de Quadros

Quadro 1. Caraterização sociodemográfica do ACeS BV	9
Quadro 2. Caraterização da situação de saúde no ACeS BV.....	10
Quadro 3. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório	16
Quadro 4. Ganhos em saúde e determinantes de saúde	16
Quadro 5. Estratégias definidas para as doenças do aparelho circulatório, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão 2020.....	17
Quadro 6. Atividades a implementar – Doenças do aparelho circulatório	18
Quadro 7. Indicadores e metas - Doenças do aparelho circulatório.....	19
Quadro 8. Mortalidade associada aos tumores malignos	21
Quadro 9. Mortalidade associada aos tumores malignos	22
Quadro 10. Morbilidade: tumores malignos - proporção de inscritos por diagnóstico ativo (Dez 2016)	22
Quadro 11. Ganhos em saúde e determinantes de saúde	23
Quadro 12. Estratégias definidas para os tumores malignos, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão 2020	23
Quadro 13. Atividades no âmbito dos tumores malignos.....	24
Quadro 14. Indicadores e metas – Tumores malignos	24
Quadro 15. Mortalidade por diabetes	25
Quadro 16. Quadro: Morbilidade – Taxas de Incidência e Prevalência da diabetes a 31/12/2015, no ACeS BV....	26
Quadro 17. Quadro Indicadores de execução 31/12/2015, no ACeS BV.....	27
Quadro 18. Ganhos em saúde e determinantes de saúde	27
Quadro 19. Estratégias definidas para a diabetes, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Extensão 2020	28
Quadro 20. Atividades no âmbito da diabetes.....	29
Quadro 21. Indicadores e metas - Diabetes.....	30
Quadro 22. Proporção de utentes inscritos com obesidade e excesso de peso no ACeS Baixo Vouga e ARS Centro, no ano 2015.....	32
Quadro 23. Indicadores Relacionados com a obesidade e excesso de peso no ano 2015	32
Quadro 24. Ganhos em saúde e determinantes de saúde	32
Quadro 25. Estratégias definidas para a obesidade e excesso de peso, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Extensão 2020	33
Quadro 26. Atividades no âmbito da obesidade e excesso de peso	34
Quadro 27. Indicadores e metas	35
Quadro 28. Mortalidade associada a depressão: Perturbações mentais e do comportamento	37
Quadro 29. Prevalência de problemas associados à Depressão em 2015 no ACeS.....	37
Quadro 30. Ganhos em saúde e determinantes de saúde	38
Quadro 31. Estratégias definidas para as perturbações depressivas, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Extensão 2020	39
Quadro 32. Atividades no âmbito da depressão	40
Quadro 33. Indicadores e metas	41

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa da Região de Aveiro (NUTS III - 2013).....	8
Figura 2. Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACeS BV (SIARS, 2015)	9
Figura 3. Resultado da priorização dos problemas de saúde sujeitos a intervenção no PLS ACeS BV	12

Plano Local de Saúde do ACeS Baixo Vouga

1 NOTA INTRODUTÓRIA/ ENQUADRAMENTO GERAL

O Plano Local de Saúde (PLS) constitui-se como uma orientação para a política de saúde local, pretende desenvolver-se no sentido de reforçar o Plano Nacional de saúde, através do seu alinhamento com os objetivos nacionais e regionais assentes nos quatro eixos estratégicos: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e Políticas Saudáveis, contribuindo para o alcance das metas nacionais.

O PLS pretende ainda assegurar que o processo de planeamento e tomada de decisão em saúde responda aos principais problemas e necessidades de saúde específicas da população, orientados para potenciais ganhos em saúde na população.

Baseado nas prioridades e orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, no Plano Regional de Saúde, no Diagnóstico de Situação de Saúde e Perfil de Saúde da População do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga, o PLS tem como finalidade orientar os serviços de saúde e os restantes setores da comunidade a alinhar as suas políticas e ações com as principais necessidades de saúde específicas da população local, promovendo a Saúde em todas as Políticas.

O PLS é uma proposta para a construção da visão estratégica do ACeS, baseada na participação da comunidade, onde todos, quer "saúde", quer parceiros, assumem um papel e um compromisso, enquanto partes interessadas, numa estratégia de promoção da cooperação intersectorial para as mudanças que, desejavelmente, deverão ocorrer, em termos da melhoria do estado de saúde da população da área de influência do ACeS BV.

O PLS do ACeS Baixo Vouga (ACeS BV) apresenta-se como um plano de intenções e sugestões, flexível, multidirecional e polivocal, onde todos são convidados a participar na sua implementação, com vista ao alcance dos objetivos a que se propõe.

1.1 VISÃO

O PLS pretende maximizar ganhos em saúde e reduzir o impacto da doença na população, através do alinhamento em torno de objetivos comuns dos diferentes setores da sociedade e da integração de esforços e valorização dos agentes, potenciando a capacitação do indivíduo, da família e da comunidade, numa filosofia de Saúde em Todas as Políticas.

1.2 MISSÃO

O PLS tem como missão:

- Identificar problemas e necessidades de saúde da população;
- Constituir-se como uma referência para as políticas de saúde locais;
- Promover a melhoria da saúde da comunidade, através das projeções pretendidas, operacionalizadas em metas a alcançar;
- Ser um instrumento de gestão com vista à tomada de decisão dos líderes de saúde locais;
- Promover um trabalho em rede com as diferentes entidades de saúde locais, outros setores de atividade e sociedade;
- Integrar, articular e potenciar esforços dos parceiros, numa abordagem intersectorial e de Saúde em Todas as Políticas;
- Comunicar o estado de saúde da população, quer a nível interno quer com a comunidade;
- Promover uma maior participação e capacitação dos cidadãos no desenvolvimento do seu capital individual e social de saúde, na coprodução de políticas de saúde;
- Servir de guia para a operacionalização das estratégias nacionais, regionais e locais propostas;
- Permitir a monitorização e avaliação do desempenho.

1.3 VALORES E PRINCÍPIOS

Os valores e princípios baseiam-se no envolvimento e participação de todos os stakeholders nos processos de criação de saúde – Saúde em todas as Políticas; na redução das desigualdades em saúde; integração e continuidade de cuidados; otimização de recursos disponíveis; e na sustentabilidade.

2 PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

A Unidade de Saúde Pública (USP) do ACeS BV elaborou, em 2015, o perfil local de saúde (Diagnóstico de Situação de Saúde), com o objetivo de proporcionar um olhar integrador, sobre a saúde da população da área geográfica de influência do ACeS BV, essencial para a elaboração do PLS.

2.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Em termos administrativos, o ACeS BV integra-se na NUTS II Centro e na NUTS III, 2013 - Região de Aveiro, que confronta a norte com a Área Metropolitana do Porto, a este com Viseu Dão-Lafões, a sul com a Região de Coimbra e a oeste com o Oceano Atlântico.



Figura 1. Mapa da Região de Aveiro (NUTS III - 2013)

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica do ACeS BV

DESCRITORES	VALOR	PERÍODO DE INCIDÊNCIA	OBSERVAÇÕES
Localização		—	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
Área (Km²)	1693		
Habitantes (n.º)	364313	2015	16,14% da população da Região Centro
Densidade Populacional Hab./km²	215,2	2015	—
Crescimento Populacional (%)	1,5	2011	Entre os censos de 2001 e 2011 a população do ACeS aumentou 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%)
Índice de Envelhecimento	137,2	2013	O índice de envelhecimento foi inferior ao da Região Centro (176,7) e próximo do Continente (138,9)
Taxa de Natalidade (/1000nv)	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‰)
Esperança de vida à nascença (anos)	80,8	2013	Tem aumentado em ambos os sexos e no triénio 2011-2013 esteve próxima do valor da região (81,0) e igual ao do Continente (80,8)
Índice de dependência de jovens (%)	21,1	2013	Superior ao da Região Centro (20,3%) e inferior ao do Continente (22,2%)
Índice de dependência de idosos (%)	28,9	2013	Inferior ao da Região Centro (35,8%) e ao do Continente (30,8%)
Evolução da dimensão média das famílias	2,7	2011	Evolução da dimensão média das famílias de 3,8 elementos, em 1960, para 2,7 elementos, em 2011
Taxa de analfabetismo (%)	4,2	2011	Inferior à da Região Centro (6,5%) e do Continente (6,5%)

Fonte: Observatórios regionais de saúde das ARS, Perfil Local de Saúde 2015

A pirâmide etária da população inscrita no ACeS BV (2015) apresenta-se sob a forma de barril (Figura 2), traduzindo uma tendência do envelhecimento da população, semelhante à verificada a nível nacional.

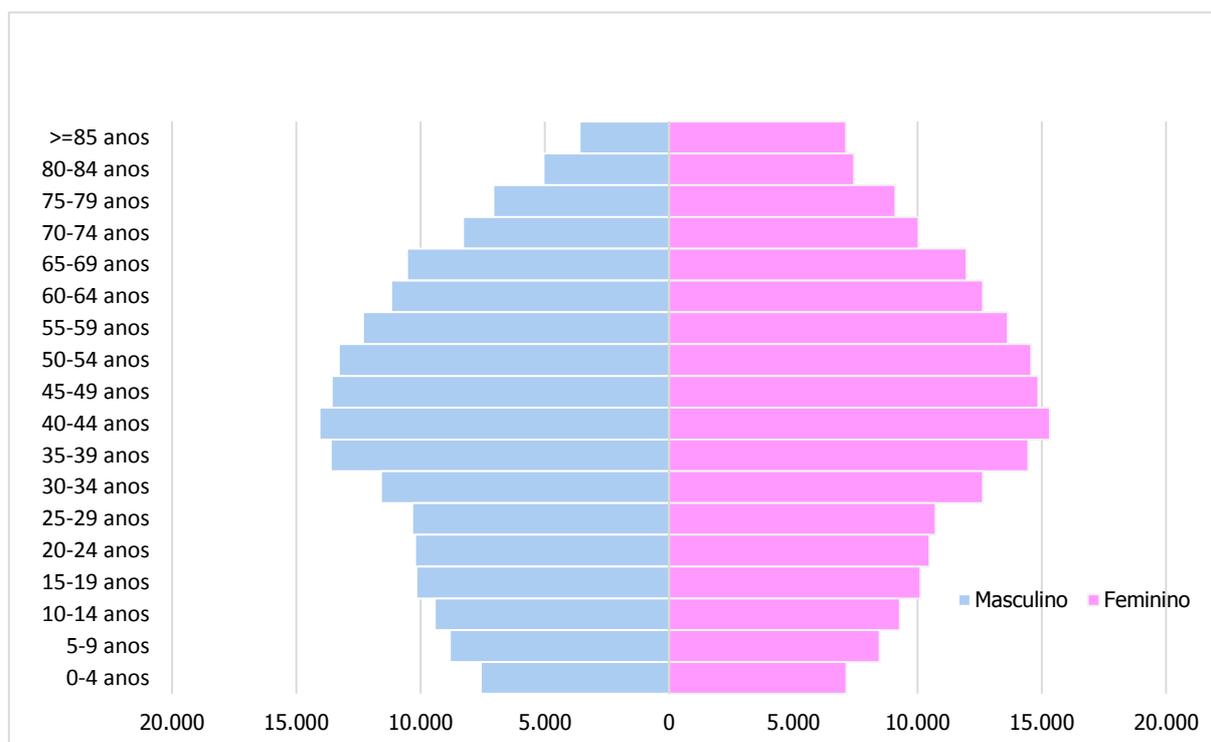


Figura 2. Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACeS BV (SIARS, 2015)

2.2 CARATERIZAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

Quadro 2. Caraterização da situação de saúde no ACeS BV

	INDICADOR	ANO(s)	VALORES		ACeS BV em relação à Região Centro
			ACeS BV	Região Centro	
Mortalidade (Antes dos 75 anos)	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	☹
	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 c/ 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 c/ diagnóstico de Diabetes (/100 inscritos)	2014	7,7	7,6	–
	Proporção de inscritos c/ diagnóstico de Perturbações depressivas (/100 inscritos)	2014	10,9	10,2	–
	Proporção de inscritos c/ 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 c/ Baixo Peso à Nascimento (/100 nados-vivos)	2011-2013	8,4	8,2	☹
	Proporção de inscritos c/ 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	–

Fonte: Observatórios regionais de saúde das ARS

Legenda: TMP - Taxa de Mortalidade Padronizada

☹ - Acima do valor da Região Centro; ☺ - Abaixo do valor da Região Centro; ☺ - Igual ao valor da Região Centro

2.3 RECURSOS DA COMUNIDADE

O ACeS Baixo Vouga é constituído 50 unidades funcionais (17 UCSP, 20 USF, 11 UCC, 1 USP e 1 URAP) e 1 UAG, distribuídas pelos 11 Centros de Saúde e sede do ACeS.

Existem também no ACeS 11 Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), uma em cada concelho, num total de 120 camas e 3 Equipas Coordenadoras Locais (ECL) sediadas nos Centros de Saúde de Águeda, Ílhavo e Ovar.

Para além do ACeS, os recursos de saúde existentes na comunidade dividem-se entre hospitais de referência e rede de cuidados continuados integrados.

Os hospitais de referência são:

- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra:
 - Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE (Bloco Central, Bloco de Celas, Edifício S. Jerónimo, Edifício Cirurgia Cardio-toracica, Maternidade Dr. Daniel de Matos);
 - Centro Hospitalar de Coimbra, EPE (Hospital Central-Covões, Hospital Pediátrico, Maternidade Bissaya Barreto);
 - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (Hospital Psiquiátrico de Sobral Cid); Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE.
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga:
 - Hospital Distrital de Águeda;
 - Hospital Infante D. Pedro, EPE;
 - Hospital Visconde de Salreu - Estarreja.
- Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE.: Hospital São Sebastião, EPE;
- Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar.

No que se refere às unidades de cuidados continuados integrados existentes na Região de Aveiro são seis, localizadas nos concelhos de: Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Ílhavo, Ovar e Oliveira do Bairro. Segundo as tipologias, as Unidade de Cuidados Continuados de Anadia e Ovar são de convalescença (curta duração), as de Águeda, Albergaria-a-Velha e Ílhavo são de reabilitação e manutenção (media e longa duração) e a de Oliveira do Bairro de manutenção (longa duração).

A área de influência do ACeS é ainda dotada de um conjunto vasto de instituições de apoio social com resposta a todas as etapas do ciclo vital, e de uma rede escolar adequada às necessidades da população.

3 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

Com base em instrumentos de Gestão do ACeS (Diagnóstico de Situação de Saúde, Perfil de Saúde do Baixo Vouga, Planos de Desempenho, Relatórios de Atividades), identificaram-se 13 problemas de saúde da população da Região de Aveiro:

- ✚ Doenças do aparelho circulatório,
- ✚ Tumores malignos,
- ✚ Doenças do aparelho respiratório,
- ✚ Alterações do metabolismo dos lípidos,
- ✚ Hipertensão arterial,
- ✚ Perturbações depressivas,
- ✚ Diabetes,
- ✚ Obesidade e excesso de peso,
- ✚ Acidentes,
- ✚ Comportamentos aditivos,
- ✚ Infecções sexualmente transmissíveis,
- ✚ Violência doméstica,
- ✚ Problemas músculo esqueléticos.

4 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

O Processo de priorização dos problemas desenvolveu-se em 2 fases (duas consultas) - priorização dos Problemas de Saúde pela USP e priorização dos problemas pelas UF, UAG (consulta interna) e CC (consulta externa).

1ª fase: Priorização dos Problemas de Saúde pela USP, de acordo com os critérios:

- **Magnitude** (dimensão do problema utilizando indicadores de mortalidade e de morbilidade);
- **Transcendência** (mede o nível de afetação social em termos de grupos populacionais e/ou sócio económicos);
- **Vulnerabilidade** (baseada numa perspetiva de avaliação do potencial e/ou possibilidade de prevenção) - (método OPS-CENDE)
- Para a priorização dos problemas na USP foi usada a técnica do multivoto secreto, em que a cada participante foi distribuído 3 conjuntos de 5 cartões numerados de 1 a 5 (1 corresponde o menos prioritário e 5 o mais prioritário). Cada conjunto de cartões tinha 3 cores: verde, para a magnitude; vermelho, para a transcendência e; branco, para a vulnerabilidade. Assim, cada problema foi votado individualmente para cada um dos 3 critérios. Os participantes votaram sob o regime de voto secreto. No final somaram-se os resultados dos 3 critérios e ordenou-se os 7 problemas de saúde.
- No final desta fase, os problemas priorizados foram: **doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, obesidade e excesso de peso, acidentes e perturbações depressivas.**

12

2ª Fase: Priorização dos problemas pelas UF e CC

- Considerou-se fundamental o envolvimento de todos os profissionais do ACeS, órgãos de gestão e Conselho da Comunidade (CC), de forma a integrar diferentes perspetivas.
- A estratégia selecionada para promover e possibilitar estas participações foi a realização de dois tipos de consulta – interna e externa:
- A **consulta interna** refere-se à consulta aos profissionais de saúde do ACeS, e foi dinamizada pelas equipas das Unidades Locais de Saúde Pública (ULSP). Assim, foram realizadas reuniões com os profissionais das Unidades Funcionais do ACeS (UCC, UCSP, URAP, USF, UAG), nas quais foi apresentada a metodologia de elaboração do PLS, bem como os problemas de saúde identificados pela USP, possibilitando a validação dos mesmos e/ou identificação doutros.
- Para a priorização dos problemas, na consulta interna, às unidades funcionais do ACeS, utilizou-se a metodologia do multivoto secreto. Assim, a cada participante, de cada unidade funcional, foi entregue um conjunto de 5 cartões numerados de 1 a 5 (1 corresponde o menos prioritário e 5 o mais prioritário). Cada problema foi votado individualmente sob o regime de voto secreto. No final somaram-se os resultados e ordenaram-se os 7 problemas de saúde.
- Na **consulta externa**, o Observatório Local de Saúde (OLS) apresentou ao CC os 5 principais problemas de saúde identificados pela USP (na 1ª fase), solicitando que os analisasse e/ou identificasse outros. O CC validou os problemas apresentados
- **Da consulta interna e externa, resultou uma lista com a identificação dos 5 problemas de saúde prioritários sujeitos a intervenção em saúde (Figura 3).**



1º Doenças do Aparelho Circulatório



2º Tumores Malignos



3º Diabetes



4º Obesidade e Excesso de Peso



5º Perturbações Depressivas

Figura 3. Resultado da priorização dos problemas de saúde sujeitos a intervenção no PLS ACeS BV

5 OBJETIVOS GERAIS DO PLS

Face aos problemas de saúde identificados definiram-se os seguintes objetivos gerais.

Reduzir a mortalidade prematura

Aumentar a esperança de vida saudável

Diminuir os anos de vida potencialmente perdidos

Reduzir os fatores de risco relacionados com as
doenças prioritizadas

Melhorar a codificação/registo dos problemas de
acordo com ICPC2

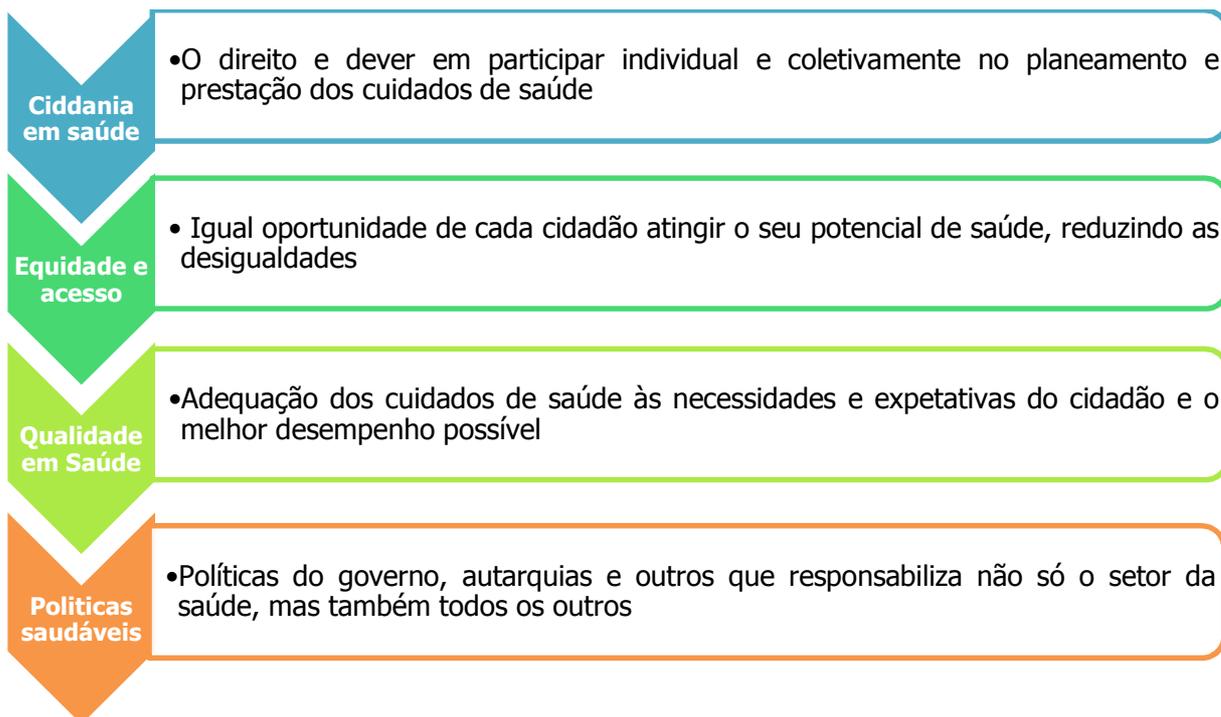
6 PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DA RESPOSTA AOS PROBLEMAS DE SAÚDE

Neste capítulo, são delineadas as orientações para a implementação da resposta a cada um dos problemas de saúde prioritizados, estruturando-se da seguinte forma:

- Enquadramento do problema de saúde no ACeS;
- Definição de estratégias e das atividades a implementar;
- Definição de Indicadores e metas previstas no horizonte temporal do PLS.

14

As estratégias foram previamente definidas e posteriormente enquadradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Extensão 2020, conforme a seguir se apresenta.



Na definição das estratégias, tentou-se, sempre que aplicável, abordar estratégias que respondessem a mais de um problema de saúde, e que se mostrassem adequadas no que se refere a ganhos em saúde e equidade, e por isso, com maior retorno (Mais saúde) face ao custo da estratégia a empreender. Tentou-se igualmente selecionar estratégias que envolvessem os diferentes setores da sociedade, reforçando a visão da saúde em todas as políticas.

No que se refere às metas, é de salientar que as mesmas não foram definidas segundo medidas precisas de projeção de tendências, mas na expectativa de uma evolução positiva (sem o uso de um programa que possibilitasse a projeção de tendências).

Neste sentido, estrategicamente serão empreendidos esforços no sentido de tornar as UF com melhor desempenho, como referencia orientadora às demais, no sentido de diminuir a discrepância e aumentar a homogeneidade e equidade.

No que se refere ao plano de implementação em si, foi tido em conta a abordagem em todo o ciclo de vida dos indivíduos e das famílias e uma abordagem por settings, aplicado aos locais onde os grupos vivem e se desenvolvem. Nesta abordagem por settings pretende-se desenvolver o modelo de coprodução numa lógica de co-benefícios, de constituição de alianças entre profissionais de saúde, cidadãos, famílias, grupos, e sociedade civil sedimentando políticas de saúde intersetoriais

6.1 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO

As doenças do aparelho circulatório constituem um grave problema de saúde pública, uma vez que são a principal causa de mortalidade na população portuguesa (Relatório, Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015). Além disso, têm um importante impacto económico que decorre da incapacidade por elas provocada, bem como dos crescentes custos relacionados com o seu tratamento.

Apresentam uma natureza multifatorial com interação de diversos fatores de risco (modificáveis e não modificáveis), por vezes de forma exponencial. Os fatores de risco associados potenciam-se mutuamente levando a um aumento do risco total superior à soma individual de cada um.

A adoção de um estilo de vida saudável e a vigilância de saúde regular constituem a melhor estratégia de prevenção das doenças do aparelho circulatório, uma vez que possibilitam o controlo dos fatores de risco modificáveis, nomeadamente diabetes, dislipidémia, hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade, tabagismo, abuso de bebidas alcoólicas e sedentarismo.

Deverá ser privilegiada uma ação combinada das medidas preventivas com a vertente assistencial, aproveitando as sinergias com outros programas que também promovam a adoção de estilos de vida saudáveis.

6.1.1 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE SAÚDE NO ACES BV

Quadro 3. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

Mortalidade por doenças do aparelho circulatório	Portugal Continental						ARS Centro						ACeS Baixo Vouga					
	H	H	M	H	H	M	H	H	M	H	H	M	H	H	M	H	H	M
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	2013			2014			2013			2014			2013			2014		
Total de óbitos (N.º)	31420	13908	17512	32134	14463	17671	8102	3572	4530	8064	3552	4512	1100	527	573	1069	458	611
Relação de masculinidade	79,3	-	-	81,8	-	-	78,9	-	-	78,7	-	-	92	-	-	75	-	-
Idade Média à morte	81,3	78,5	83,5	80,9	77,8	83,4	82,2	80	84	82	79,4	84	81,3	78,8	83,6	81	77,5	83,7
Proporção de óbitos (% em relação ao total de óbitos pela causa no País)	99,1	98,9	99,4	98,7	98,3	99,4	20,4	20,6	20,1	18,7	17,8	19,9	2,4	2,9	1,9	2,8	2,8	2,7
Taxa de mortalidade Padronizada (100.000 habitantes)	146,4	169,4	127,3	149,8	176,2	127,6	144,2	165,4	127,0	144,2	166,4	125,4	150,5	184,1	123,7	145,9	161,6	130,7
Taxa de mortalidade Padronizada com menos de 65 anos (100.000 habitantes)	24,2	36,6	12,8	28,7	44,2	14,7	22,5	31,9	13,7	24,3	36,3	13,2	24,9	39,1	11,9	28,0	43,0	14,4
Taxa de mortalidade Padronizada com 65 e mais anos (100.000 habitantes)	1135,	1243,	1053,	1129,	1243,	1041,	1129,	1244,	1043,	1114,	1218,	1033,	1166,	1357,	1028,	1099,	1120,	1071,
N.º Médio de anos potenciais de vida perdidos	10,6	10,8	10,0	11,2	11,4	10,9	10,3	10,1	10,8	10,6	10,5	11,0	11,9	12,3	10,8	11,7	11,2	12,8
Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos (100.000 habitantes)	387,3	576,8	213,5	475,7	713,0	259,6	347,7	475,1	230,1	411,5	579,0	259,4	391,1	612,0	186,8	511,7	708,2	339,7

Fonte: INE 2016 - Causas de morte 2014
INE 2015 - Causas de morte 2013

Quadro 4. Ganhos em saúde e determinantes de saúde

GANHOS EM SAÚDE	DETERMINANTES DE SAÚDE	
	RISCO	PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diminuir a taxa de mortalidade e morbilidade por problemas do aparelho circulatório ➤ Melhorar a autogestão da doença ➤ Diminuir a taxa de internamentos por problemas do aparelho circulatório ➤ Melhorar e alargar os protocolos de intervenção e referenciação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sedentarismo ➤ Hipertensão arterial ➤ Stress ➤ Tabagismo ➤ Consumo abusivo de bebidas alcoólicas ➤ Consumo excessivo de açúcares e sal ➤ Excesso de peso e obesidade ➤ Diabetes ➤ Alimentação inadequada ➤ Dislipidémia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prática de exercício físico ➤ Alimentação saudável ➤ Literacia em saúde ➤ Vigilância regular do estado de saúde ➤ Controlo da doença crónica

6.1.2 ESTRATÉGIAS ENQUADRADAS NOS DIFERENTES EIXOS ESTRATÉGICOS

Quadro 5. Estratégias definidas para as doenças do aparelho circulatório, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão 2020

EIXOS	ESTRATÉGIAS
Cidadania em saúde	Promoção de uma cultura de cidadania através do desenvolvimento de projetos de educação para a saúde que promovam a literacia e capacitação/empoderamento para a adoção de estilos de vida saudáveis e de autogestão da doença, de modo que os utentes se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à dos que deles dependem
	Dinamização de parcerias para uma resposta holística às necessidades de saúde da população
	Sensibilização dos responsáveis pelas instituições de apoio a grupos populacionais vulneráveis (idosos, crianças e utentes dependentes) para o papel de dinamizadores na obtenção de ganhos em saúde
	Capacitação dos profissionais de saúde para desenvolver ações de cidadania em saúde
Equidade e Acesso	Garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde
	Articulação com outros Programas do ACeS
	Desenvolvimento de projetos locais com vista à promoção e proteção da saúde e redução das desigualdades em parceria com outras instituições
	Acompanhamento do utente com doença crónica
	Divulgação dos serviços disponíveis (unidades de saúde, "Linha de Saúde 24", ...)
	Articulação em rede com os cuidados de saúde diferenciados e continuados
	Apoio a projetos direcionados para cuidadores formais e informais de utentes dependentes e/ou com co-mobilidades
	Ajuste do número de camas para cuidados continuados nas ECCI
	Implementação e uniformização de projetos de promoção da saúde em contexto escolar e em estabelecimentos de ação social em toda a área de abrangência do ACeS
	Alargamento da oferta da consulta de cessação tabágica
Qualidade na Saúde	Reduzir a amplitude de variação dos indicadores das diferentes UF (maior homogeneidade – maior equidade)
	Melhoria da deteção e diagnóstico precoce HTA, DM, excesso de peso, obesidade e dislipidémias e orientação para tratamento efetivo e vigilância adequada
	Prestação de cuidados aos doentes com fatores de risco cardiovascular, de acordo com as normas de orientação clínica da DGS, <i>guidelines</i> , manuais de qualidade e boas práticas
	Consultadoria aos profissionais de saúde para a resolução de casos complexos
	Referenciação com resposta adequada às patologias específicas dos utentes
	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
	Formação pré e pós-graduada em articulação com as diversas instituições
Políticas Saudáveis	Envolvimento dos <i>media</i> para a implementação de estratégias de médio e longo prazo de comunicação e de marketing social
	Implementação de projetos para promoção do envelhecimento ativo em articulação com a rede social
	Participação do Conselho da Comunidade na implementação das Estratégias Locais de Saúde para conceção e rentabilização dos espaços e equipamentos para a prática de atividade física

6.1.3 ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Quadro 6. Atividades a implementar – Doenças do aparelho circulatório

ATIVIDADES	QUEM?
Elaboração de Manual de Boas Práticas na área das doenças do aparelho circulatório	Assessor do CCS, UF
Realização de reuniões com o Conselho da Comunidade para articular e harmonizar as iniciativas e atividades com/ entre vários setores da sociedade	DE CSS
Elaboração de um projeto que integre as várias atividades e iniciativas já desenvolvidas e que se venham a desenvolver, de forma a aumentar a literacia em saúde e a capacitação na autogestão da doença	DE CSS Assessor do CCS USP
Integração nos planos de formação de ações na área das doenças do aparelho circulatório aos profissionais da saúde	UF/ ACeS
Sensibilização dos profissionais de saúde para a implementação de projetos de alimentação saudável em contexto escolar (Conta, peso e medida; Na Medida Certa, sopa.come) e em estabelecimentos de apoio social (sopa.come)	USP
Realização de estudos de investigação	Profissionais do ACeS
Articulação com o CHBV (cardiologia, endocrinologia, pediatria, fisioterapia, ...) para gestão e resolução dos casos mais complexos	CSS
Implementação de projetos de reabilitação a utentes com limitação funcional	UCC
Referenciação para as ECCI	UF
Avaliação do risco cardiovascular a todos os utentes com HTA	UCSP e USF
Sensibilização dos médicos para o registo sistemático referente à codificação ICPC-2	DE, Presidente do CSS, USP
Realização de consultas de controlo e vigilância dos fatores de risco cardiovasculares (tabagismo, HTA, alcoolismo, obesidade, diabetes) de acordo com as Normas de Orientação Clínica da DGS em todas as UF	UCSP e USF e URAP
Divulgação de informação pelos meios de comunicação locais (jornais, revistas, ...)	DE CSS
Monitorização e avaliação do programa	OLS
Identificar e comunicar à ARSC as situações não conformes dos sistemas informáticos para melhorar a sua interoperabilidade	DE
Prestar/orientar formação pré e pós-graduada em articulação com as diversas instituições	UF
Emissão de diretrizes claras sobre aspetos organizacionais	ACeS CQS
Aplicação de questionários para avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais	ACeS CQS
Implementação de projetos para promoção do envelhecimento ativo em articulação com a rede social	ULSP UCC
Reuniões com as autarquias para implementação das Estratégias Locais de Saúde para conceção e rentabilização dos espaços e equipamentos para a prática de atividade física	ULSP

6.1.4 INDICADORES DE SAÚDE E METAS PREVISTAS PARA O HORIZONTE TEMPORAL 2020

Quadro 7. Indicadores e metas - Doenças do aparelho circulatório

	INDICADORES	Resultado 2015 (%)*	METAS				
			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 utentes 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	17,0	20,0	22,0	24,0	27,0	30,0
	Proporção de utentes com HTA, com idade inferior a 65 anos, com TA < 150/90mmHg	46,0	47,0	48,0	48,5	49,0	50,0
	Índice médio NaCl por 100 ml de sopa nas cantinas das Escolas e Estabelecimentos de Apoio Social	≤0,5	≤0,4	≤0,3	≤0,2	-	-
	Realização de estudo de investigação na área	-	-	1	1	1	1
	Elaboração do manual de boas práticas	-	-	-	Sim	-	-
	% de UF (USF e UCSP) com ações de formação na área das doenças do aparelho circulatório dirigidas aos profissionais de saúde	-	-	≥30	≥32	≥34	≥35

*Fonte: Relatório de atividades 2015 do ACeS BV

6.2 TUMORES MALIGNOS

Mundialmente, os tumores malignos estão entre as principais causas de morbilidade e mortalidade, estimando-se um aumento de cerca de 70% do número de novos casos, ao longo dos próximos vinte anos (OMS, 2015). Na Europa são a segunda causa de morte e morbilidade, logo a seguir às doenças cardiovasculares (OMS, 2016), sendo a primeira causa de morte prematura.

No mundo, cerca de 30% das mortes por cancro são provocadas por 5 principais fatores de risco comportamentais e alimentares: índice de massa corporal elevado, baixo consumo de frutas e legumes, falta de exercício físico, tabagismo e consumo de álcool (OMS, 2015).

Na Região Europeia, mais de 40% das mortes por cancro são evitáveis (OMS, 2016).

Aproximadamente 40% da carga total de cancro é atribuível ao tabagismo e consumo excessivo de álcool. Se forem adicionadas as consequências de uma dieta inadequada, da obesidade e inatividade física, a percentagem de cancro originado por um estilo de vida pouco saudável sobe para 60% (OMS, 2016).

Em Portugal, em 2012 a taxa de incidência padronizada para a idade de tumores malignos foi de 246,2/100.000 habitantes (306,3/100.000 habitantes nos homens; 198,1/100.000 habitantes nas mulheres). O risco de ter cancro antes dos 75 anos, em 2012, era de 24,4% em ambos os sexos (30,2% nos homens e 19,1% nas mulheres (OMS, 2012).

Quanto à taxa de mortalidade padronizada para a idade de tumores malignos, esta foi de 99,0/100.000 habitantes (134,7/100.000 habitantes nos homens; 70,1/100.000 habitantes nas mulheres). O risco de morrer de tumor maligno antes dos 75 anos, em 2012, era de 10,1% em ambos os sexos (13,6% nos homens e 7,0% nas mulheres) (OMS, 2012).

Nos homens, em 2012, os 5 tipos de cancro mais frequentes (número total de casos) foram o cancro da próstata (66,2 novos casos/100.000), do cólon e reto (42,1 novos casos/100.000), do pulmão (32,2 novos casos/100.000), da bexiga (23,4 novos casos/100.000) e do estômago (18,3 novos casos/100.000).

Nas mulheres, os 5 tipos de cancro mais frequentes foram o cancro da mama (60,9 novos casos/100.000), do cólon e reto (29,2 novos casos/100.000), do colo uterino (14,9 novos casos/100.000), do estômago (11,8 novos casos/100.000) e do pulmão (9,8 novos casos/100.000) (OMS, 2012).

O cancro é uma das doenças do futuro (e do presente) que para além duma perspetiva clínica multidisciplinar, reclama uma abordagem política e social concertada, que se estende para além dos muros das estruturas de saúde. (DGS, 2016).

6.2.1 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE SAÚDE NO ACeS BV

Quadro 8. Mortalidade associada aos tumores malignos

Mortalidade associadas aos tumores malignos	Portugal Continental						ARS Centro						ACeS Baixo Vouga						
	H		M		M		H		M		M		H		M		M		
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
	2009-2011			2010-2012			2009-2011			2010-2012			2009-2011			2010-2012			
Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, todas as idades						24,1												23,1	
Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, <75 anos						38,5												37,9	
Taxa de mortalidade padronizada (100.000 habitantes), <75 anos Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe		4,7	8,8	1,0	4,7	8,9	0,9		4,6	8,9	0,7		5,1	9,8	0,9		6,1	12,3	0,5
Taxa de mortalidade padronizada (100.000 habitantes), <75 anos Tumor maligno do esófago		3,3	6,4	0,5	3,3	6,4	0,5		3,1	5,9	0,6		2,9	5,6	0,6		3,6	6,3	1,1
Taxa de mortalidade padronizada (100.000 habitantes), <75 anos Tumor maligno do estômago		9,8	14,0	6,1	9,6	14,0	5,9		8,0	11,4	5,0		8,2	12,0	4,8		9,5	14,8	4,9
Taxa de mortalidade padronizada (100.000 habitantes), <75 anos Tumor maligno do cólon e reto		13,3	18,2	9,2	13,3	18,2	9,1		12,8	17,5	8,9		13,3	17,9	9,5		15,9	21,8	11,0
Taxa de mortalidade padronizada (100.000 habitantes), <75 anos Tumor maligno do pâncreas		5,2	7,1	3,5	5,2	7,1	3,6		4,3	5,7	3,0		4,4	5,7	3,3		5,3	6,4	4,3
Taxa de mortalidade padronizada (100.000 habitantes), <75 anos Tumor maligno do aparelho respiratório		21,8	38,7	7,1	21,6	38,4	7,1		15,7	27,3	5,5		15,7	27,7	5,3		16,7	29,6	5,3
Taxa de mortalidade padronizada (100.000 habitantes), <75 anos Tumor maligno dos ossos, pele e mama		10,3	2,8	17,0	10,3	2,9	16,9		9,4	2,4	15,7		9,5	2,6	15,7		10,0	3,1	16,3
Taxa de mortalidade padronizada (100.000 habitantes), <75 anos Tumor maligno dos órgãos geniturinários		12,4	14,0	11,3	12,2	14,0	10,8		11,0	12,4	10,1		11,1	12,6	10,0		10,0	11,2	9,2
Taxa de mortalidade padronizada (100.000 habitantes), <75 anos Tumor maligno do tecido linfático e órgãos hematopoéticos		8,0	10,0	6,3	7,9	9,9	6,1		8,7	10,7	7,0		8,2	10,1	6,5		8,6	10,9	6,6

Fonte: Perfil Local de Saúde do ACeS Baixo Vouga 2015 (ARSC)

Quadro 9. Mortalidade associada aos tumores malignos

Mortalidade por tumores malignos	Portugal Continental						ARS Centro						ACeS Baixo Vouga					
	H	H	M	H	H	M	H	H	M	H	H	M	H	H	M	H	H	M
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	2013			2014			2013			2014			2013			2014		
Total de óbitos (N.º)	24719	14733	9986	25001	14905	10096	6162	3666	2496	5984	3522	2462	852	506	346	811	503	308
Relação de masculinidade		147.5		147.6				146.9			143.1			146.2		163.3		
Idade Média à morte	72.6	71.8	73.9	72.8	72.2	73.9	73.8	73.0	75.1	74.1	73.4	75.2	72.3	71.4	73.7	72.0	71.2	73.3
Proporção de óbitos (% em relação ao total de óbitos pela causa no País)	95.4	95.3	95.5	95.4	95.2	95.5	23.8	23.7	23.9	22.8	22.5	23.3	3.3	3.3	3.3	3.1	3.2	2.9
Taxa de mortalidade Padronizada (100.000 habitantes)	151.0	211.2	104.5	150.0	209.5	104.6	146.2	204.1	201.3	139.5	192.1	99.1	145.4	201.7	100.8	136.7	196.9	89.4
Taxa de mortalidade Padronizada com menos de 65 anos (100.000 habitantes)	67.1	89.6	46.7	65.8	86.9	46.7	63.7	83.2	45.5	59.6	76.5	44.0	61.1	82.4	41.7	61.8	87.6	38.3
Taxa de mortalidade Padronizada com 65 e mais anos (100.000 habitantes)	829.7	1195.7	572.0	831.5	1201.0	572.7	813.8	1182.2	582.7	785.9	1127.5	545.2	827.4	1166.9	579.5	743.3	1081.0	502.2
N.º Médio de anos potenciais de vida perdidos	11.4	11.0	12.1	11.4	11.1	12.0	11.4	11.2	11.6	11.0	10.7	11.6	11.4	11.1	11.8	11.4	11.0	12.1
Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos (100.000 habitantes)	1069.0	1384.3	782.0	1070.4	1361.3	805.8	1030.4	1339.7	741.7	980.5	12039.9	737	987.6	1276.3	722.5	995.4	1331.5	691.7

Quadro 10. Morbilidade: tumores malignos - proporção de inscritos por diagnóstico ativo (Dez 2016)

CÓDIGO	INDICADOR	%
MORB.215.01 FL	Proporção utentes com "neoplasia da próstata"	0,56
MORB.216.01 FL	Proporção utentes com "neoplasia colo do útero"	0,12
MORB.217.01 FL	Proporção utentes com "neoplasia cólon / recto"	0,51
MORB.218.01 FL	Proporção utentes com "neoplasia mama feminina"	0,77
MORB.219.01 FL	Proporção utentes c/ "neoplasia brônquio/pulmão"	0,07
MORB.220.01 FL	Proporção utentes com "neoplasia estômago"	0,14
MORB.235.01 FL	Proporção utentes com "neoplasia maligna"	3,76
MORB.246.01 FL	Incidência de "neoplasia maligna"	5,55

Fonte: SIARS, 2015

Quadro 11. Ganhos em saúde e determinantes de saúde

GANHOS EM SAÚDE	DETERMINANTES DE SAÚDE	
	FATORES DE RISCO	FATORES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde ➤ Diminuição da incidência dos tumores malignos ➤ Redução do sofrimento evitável ➤ Diminuição do número de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tabagismo ➤ Excesso de peso e obesidade ➤ Baixo consumo de frutas e legumes ➤ Consumo de carnes vermelhas e processadas ➤ Consumo de sal e alimentos salgados ➤ Consumo de álcool ➤ Toma de suplementos alimentares que contenham beta-caroteno em dosagem elevada (>20 mg/dia) ➤ Inatividade física ➤ Infecção pelo vírus HPV ➤ Infecção pelo vírus HBV ➤ Radiações ionizantes e não ionizantes ➤ Poluição do ar nas cidades 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção de peso corporal equilibrado ➤ Atividade física ➤ Consumo de alimentos ricos em fibras (frutas e legumes – 5 porções/dia, cereais completos); ➤ Amamentação ➤ Vacinação contra HPV, HBV ➤ Participação nos rastreios ➤ Educação Sexual ➤ Literacia em Saúde

6.2.2 ESTRATÉGIAS ENQUADRADAS NOS DIFERENTES EIXOS ESTRATÉGICOS

Quadro 12. Estratégias definidas para os tumores malignos, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão 2020

EIXOS	ESTRATÉGIAS
Cidadania em Saúde	<p>A realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco.</p> <p>A promoção da participação ativa das organizações representativas dos interesses dos cidadãos.</p> <p>O desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença.</p>
Equidade e Acesso	<p>A integração dos diferentes setores em relação a medidas que promovam a redução da desigualdade e a melhoria da condição da população em geral face aos determinantes sociais.</p> <p>O reforço do acesso equitativo ao programa nacional de vacinação, programas de rastreios e outros programas de prevenção da doença relacionados com fatores de risco, especificamente tabaco e obesidade infantil.</p> <p>O reforço do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde.</p> <p>Reduzir a amplitude de variação dos indicadores das diferentes UF (maior homogeneidade – maior equidade)</p>
Qualidade na Saúde	<p>A monitorização e publicação dos resultados da prestação de cuidados de saúde e a respetiva relação com o volume de cuidados.</p>
Políticas Saudáveis	<p>O reforço de estratégias intersectoriais que promovam a saúde, através da minimização de fatores de risco (tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool).</p> <p>O reforço de estratégias de comunicação e de marketing social que promovam a opção pelos estilos de vida saudáveis.</p>

6.2.3 ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Quadro 13. Atividades no âmbito dos tumores malignos

ATIVIDADES	QUEM?
Execução dos projetos (Na Medida Certa) e implementação de novos projetos de promoção de estilos de vida saudável (alimentação saudável e atividade física, prevenção do consumo de tabaco) e melhoria do nível de literacia para a saúde da comunidade educativa	Equipa responsável do Programa de Saúde Escolar USP, URAP, UCC, UCSP e USF
Sensibilização para a importância da vacinação contra o Vírus do Papiloma humano (HPV), na consulta de saúde infantil e em meio escolar	UCSP, USF, Equipa responsável do Programa de Saúde Escolar, USP, UCC
Execução de programas/projetos (minorsal.saude) e desenvolvimento de novos projetos intersectoriais de promoção da saúde da comunidade da área de abrangência do ACeS, nas áreas prioritárias da alimentação saudável (diminuição do consumo de sal, gordura e açúcar; aumento da ingestão de frutos e vegetais), promoção da atividade física e redução do tabagismo	USP, URAP e outras UF, Assessor do CCS para a área das Doenças Oncológicas, CC
Divulgação de artigos/ colaboração com os meios de comunicação social existentes, nomeadamente jornais publicados na área geográfica do ACeS rádio e outros	USP, URAP
Disponibilização, perante um utente consumidor de tabaco, de uma intervenção breve para cessação tabágica na saúde de adultos, na saúde materna, na saúde infantil, no planeamento familiar e nas consultas organizadas de diabetes e de hipertensão arterial	DE, CCS, UCSP, USF
Sensibilização dos médicos para o registo sistemático referente à codificação ICPC-2	DE, Presidente do CCS, USP
Reforço e divulgação de Boas Práticas	DE, CCS
Formação dos profissionais na área dos cuidados paliativos	CSS, URAP, UCC, CHBV
Promoção da investigação no ACeS	DE, CSS, USP, UCSP, USF
Fomentar a adesão ao rastreio do cancro do cólo do útero e do cancro da Mama	Todas as UFs
Implementar o rastreio organizado do Cancro do Cólon e Reto	CCS

6.2.4 INDICADORES DE SAÚDE E METAS PREVISTAS PARA O HORIZONTE TEMPORAL 2020

Quadro 14. Indicadores e metas – Tumores malignos

INDICADORES	RESULTADOS	METAS				
		2015	2016	2017	2018	2019
Proporção de utentes com neoplasia maligna (%)	3,8	3,9	4,0	4,1	4,2	4,3
Taxa de mortalidade padronizada por neoplasia maligna (%)	0,5	-	-	-	-	-
Proporção de utentes com neoplasia maligna do cólon e reto (%)	0,5	-	-	-	-	-
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
Proporção de utentes com neoplasia maligna da mama feminina (%)	0,8	-	-	-	-	-
Percentagem de mulheres entre 50 e 70 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos (%)	63,4	64	64,5	65	65	65,5
Proporção de utentes com neoplasia maligna do colo do útero (%)	0,1	-	-	-	-	-
Percentagem de mulheres entre 25 e 60 anos com rastreio atualizado nos últimos 3 anos (%)	47,6	55	60	63	65	68

Fonte: Relatório de atividades 2015 do ACeS BV

6.3 DIABETES

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a diabetes como um estado de hiperglicemia crónica, com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, devida a um défice de insulino-secreção e/ou deficiente ação da mesma a nível celular, por defeito a nível dos recetores e/ou pós-recetores. É uma doença sistémica que tem várias implicações ao nível dos vários órgãos e sistemas, as quais podem ser graves e muito incapacitantes se a abordagem da mesma não for feita precocemente.

Destaca-se dentro das complicações a retinopatia diabética que pode conduzir à cegueira, a insuficiência renal terminal, a vasculopatia e neuropatia periféricas e as doenças cardiovasculares.

Atualmente, a diabetes é uma das doenças de declaração não-obrigatória mais comum a nível mundial, constituindo a 4ª ou 5ª causa de morte na maioria dos países desenvolvidos.

A progressão desta doença parece estar associada a alterações nos hábitos culturais e sociais, envelhecimento da população, crescimento urbano, alterações na dieta, redução da atividade física e prática de estilos de vida menos saudáveis.

6.3.1 ENQUADRAMENTO PROBLEMA DE SAÚDE NO ACES BV

Quadro 15. Mortalidade por diabetes

Mortalidade por diabetes	Portugal						Centro						Região Aveiro					
	2013			2014			2013			2014			2013			2014		
	H	M	M	H	M	M	H	M	M	H	M	M	H	M	M	H	M	M
Total de óbitos (N.º)	4544	1907	2637	4271	1849	2422	1166	504	662	1141	474	667	175	64	111	159	62	97
Relação de masculinidade	72.3	-	-	76.3	-	-	76.1	-	-	71.1	-	-	57.7	-	-	63.9	-	-
Idade Média à morte	80.2	78.0	81.8	80.5	78.2	82.2	81.3	79.2	82.8	81.7	79.9	83.1	81.0	80.2	81.5	81.4	78.9	82.9
Proporção de óbitos (% em relação ao total de óbitos pela causa no País)	99.9	99.8	100	99.9	99.8	100	25.6	26.4	25.1	26.7	25.6	27.5	3.8	3.4	4.2	3.7	3.3	4
Taxa de mortalidade Padronizada (100.000 habitantes)	21.5	23.3	20	19.8	22.1	17.9	21.3	23.7	19.2	19.9	21.1	18.9	23.7	21.5	25.2	20.8	20.7	20.7
Taxa de mortalidade Padronizada com menos de 65 anos (100.000 habitantes)	2.1	4.5	1.9	2.8	3.9	1.9	2.7	3.7	1.7	2.3	2.9	1.7	1.3	1.7	1.0	2.2	2.9	1.5
Taxa de mortalidade Padronizada com 65 e mais anos (100.000 habitantes)	170.5	175.3	166.3	156.8	169.5	146.9	171.9	186.2	160.7	162.0	168.1	157.7	204	181.9	221.0	171.8	164.6	176.1
N.º Médio de anos potenciais de vida perdidos	7.9	8.3	7.1	8.5	8.5	8.4	7.5	8.3	6.5	8.4	9	7.7	4.3	5.8	3.4	9.0	10.8	6.9
Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos (100.000 habitantes)	42.2	59.1	26.9	41.7	55.7	29.1	38.4	51.5	26.2	33.9	42	26.4	26.0	28.0	23.9	39.2	54.2	25.6

Fonte: INE 2015 - Causas de morte 2013
INE 2016 - Causas de morte 2014

Magnitude do Problema

A Diabetes está entre as cinco doenças que mais matam no mundo.

Em 1985 – estimava-se que existiam cerca de 30 milhões de diabéticos no mundo

Em 2002 – foi atingido um número de 173 milhões de diabéticos (OMS)

Em 2030 – a projecção é de se chegar a 300 milhões de diabéticos, ou seja cerca de metade da população mundial irá sofrer desta patologia.

Prevalência da Diabetes

Neste âmbito a informação que se refere a seguir foi retirada do Observatório Nacional da Diabetes.

Assim:

- Em 2014 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,1%, (mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes). Salienta-se que deste valor, 7,4% corresponde à prevalência da diabetes diagnosticada e 5,7% à não diagnosticada.
- No que respeita ao sexo, verifica-se uma prevalência superior nos homens (15,8%) relativamente às mulheres (10,8%).
- Verifica-se a existência de uma relação entre o escalão de Índice de Massa Corporal e a Diabetes, com perto de 90% da população com Diabetes a apresentar excesso de peso (49,2%) ou obesidade (39,6%) - dados recolhidos no âmbito do PREVADIAB.

Ainda segundo a mesma fonte:

- A hiperglicemia intermedia (Alteração da Glicemia em Jejum - 10,3%, Tolerância Diminuída a Glucose – 14,2%, ou ambas – 2,7%) em Portugal, em 2014, atingiu 27,2% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (2,1 milhões de indivíduos);
- A diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens em Portugal (Registo DOCE), em 2014, atingia 3 365 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário, numero que se tem mantido estável nos últimos anos;
- A prevalência da Diabetes Gestacional em 2014 foi de 6,7% da população parturiente do SNS, registando uma acréscimo significativo do número absoluto de casos registados, comparativamente ao ano transato.

No que respeita à incidência e prevalência da diabetes a 31/12/2015, no ACeS BV, as taxas situavam-se respetivamente em 0,7% e 7,98% o que corresponde ao 7º e 6º lugar dos problemas registados.

Quadro 16. Quadro: Morbilidade – Taxas de Incidência e Prevalência da diabetes a 31/12/2015, no ACeS BV

CÓDIGO	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	TAXA %
236.01 FL	Incidência de diabetes mellitus	2.686	380.586	0,7
198.01 FL	Prevalência de utentes com diabetes mellitus	30.357	380.586	7,98
212.01 FL	Inscritos com diagnóstico de diabetes tipo 1	3.403	380.586	0,89
211.01 FL	Inscritos com diagnóstico de diabetes tipo 2	27.080	380.586	7,12

Fonte: SIARS

Quadro 17. Quadro Indicadores de execução 31/12/2015, no ACeS BV

Código SIARS	INDICADORES	2013	2014	2015
		(%)	(%)	(%)
2013.075.01	Utentes c/ DM2 c/ compromisso vigilância	77,0	79,1	83,1
2013.038.01	Utentes c/ DM, c/ pelo menos 2 HgbA1c último ano, 2 semestres	58,8	62,6	68,5
2013.088.01	Utentes c/ DM, c/ pelo menos 1 HgbA1c último semestre	65,7	70,3	74,7
2013.035.01	Utentes c/ DM, c/ pelo menos um exame pés registado último ano	61,8	65,1	72,3
2013.040.01	Utentes c/ DM, c/ p/lo menos uma ref. ou um reg. realiz ex. retina, últ. ano	32,0	33,1	41,5
2013.041.01	Utentes c/ DM2, em terapêutica c/ insulina	6,0	6,4	6,7
2013.275.01	Novos DM2 em terapêutica c/ metformina em monoterapia	47,6	52,3	74,1
2013.097.01	Utentes c/ DM, c/ microalbuminúria último ano	57,0	62,4	69,2
2013.039.01	Utentes c/ DM, c/ último registo HgbA1c ≤ 8,0 %	58,8	62,9	66,1
2013.091.01	Utentes c/ DM, c/ ≤ 65 anos, c/ último registo HgbA1c ≤ 6,5%	28,7	33,7	35,5
2013.036.01	Utentes c/ DM, c/ consulta de enf. vigilância e registo GRT últ. ano	8,6	18,7	25,2
2013.037.01	Utentes c/ DM, c/ consulta de enf. vigilância em diabetes último ano	69,4	73,4	78,1
2013.043.01	Utentes c/ diabetes, c/ acompanhamento adequado	19,5	41,5	48,8
2013.096.01	Rácio desp. fact (€) c/ inib. DPP-4 e fat. c/ antid. orais, doent. c/ DM2	83,2	83,8	81,5

Fonte: SIARS

Quadro 18. Ganhos em saúde e determinantes de saúde

GANHOS EM SAÚDE	DETERMINANTES DE SAÚDE	
	RISCO	PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> ↘ Diminuir morbimortalidade prematura, por diabetes ↘ Diminuir os anos potenciais de vida perdidos ↘ Diagnosticar os utentes com diabetes precocemente ↘ Diminuir as taxas de internamento por diabetes e suas complicações ↘ Diminuir ou retardar as complicações nomeadamente a cegueira, as amputações e a insuficiência renal 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Obesidade ↘ Excesso de peso ↘ Sedentarismo ↘ Fatores genéticos ↘ Tabaco ↘ Álcool ↘ Alimentação inadequada ↘ Desemprego ↘ Iliteracia ↘ Co-morbilidades 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Alimentação saudável ↘ Atividade física ↘ Capacitação do utente para o controlo adequado dos valores da glicémia: aliança terapêutica/ adesão à terapêutica ↘ Literacia em saúde sobre a diabetes ↘ Gestão da doença crónica

6.3.2 ESTRATÉGIAS ENQUADRADAS NOS DIFERENTES EIXOS ESTRATÉGICOS

Quadro 19. Estratégias definidas para a diabetes, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Extensão 2020

EIXOS	ESTRATÉGIAS
Cidadania em saúde	<p>Promoção de uma cultura de cidadania através do desenvolvimento de projetos de educação para a saúde que promovam a literacia e capacitação/empoderamento para a adoção de estilos de vida saudáveis e de autogestão da doença, de modo que os utentes se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à dos que deles dependem</p> <p>Informação de saúde na área da promoção, prevenção, intervenção, tratamento ou reabilitação, dirigida ao público em geral</p> <p>Promoção de cuidados informais</p> <p>Capacitação dos doentes, família e cuidadores informais, na gestão da doença</p> <p>Promoção da autogestão e autocuidado, alteração de estilos de vida e comportamentos de risco e do acesso adequado aos recursos</p>
Equidade e Acesso	<p>Implementação de projetos específicos</p> <p>Utilização de sistemas de informação e monitorização do acesso que incluam indicadores sobre determinantes sociais, de forma a compreender o problema e possibilitar a intervenção eficaz</p> <p>Reforço do papel da UCF Diabetes</p> <p>Melhoria da articulação em cada e entre os níveis de cuidados</p> <p>Divulgação da linha de “saúde 24”, como sendo uma via de entrada</p> <p>Utilização racional dos cuidados de saúde</p> <p>Reduzir a amplitude de variação dos indicadores das diferentes UF (maior homogeneidade – maior equidade)</p>
Qualidade em Saúde	<p>Cumprimento das Normas de Orientação Clínica (NOCs) e Organizacionais e Guidelines</p> <p>Promoção da formação dos profissionais de saúde na área da Diabetes</p> <p>Desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde para melhorar a sua interoperabilidade</p> <p>Oferta de cuidados em saúde, sejam consultas médicas, de enfermagem, com outros profissionais de saúde, que, de forma oportunista, ou programada, transmitem ou constroem conhecimento, envolvimento e responsabilidade pela saúde individual e de terceiros.</p> <p>Sensibilização dos profissionais de saúde para a relevância da abordagem e intervenção intersectorial na saúde</p> <p>Realização de estudos de investigação e desenvolvimento</p>
Políticas Saudáveis	<p>Trabalho em rede com outras instituições e organizações</p> <p>Envolvimento dos <i>media</i> para a implementação de estratégias de médio e longo prazo de comunicação social e de marketing social</p> <p>Participação do Conselho da Comunidade na implementação das estratégias locais de saúde</p> <p>Estabelecimento de diálogo, redes e parcerias de intervenções intersectoriais e multidisciplinares intra e inter-instituições</p> <p>Desenvolvimento de Políticas Saudáveis que permitam a obtenção de ganhos em saúde na diabetes.</p>

6.3.3 ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Quadro 20. Atividades no âmbito da diabetes

ATIVIDADES	QUEM
Elaboração e implementação de projetos específicos da área	USP, UCC, URAP
Trabalho em rede com outras instituições e/ou organizações	DE, CCS, todas as UF, CC
Capacitação dos utentes, doentes, família e cuidadores na gestão da diabetes	Todas as UF
Cumprimento das Normas de Orientação Clínica, Organizacionais e Guidelines	UCSP e USF
Realização de estudos de investigação	Profissionais do ACeS
Organização da consulta do Pé do Diabético de acordo com as Normas da DGS (equipa, equipamento e instalações)	UCSP e USF e UCF Diabetes
Articulação com os elos de ligação das UF	DE, CCS, UCF Diabetes
Revisão e atualização do Manual de Boas Práticas	UCF Diabetes
Organização e realização do rastreio da retinopatia diabética com encaminhamento para tratamento das situações que o exijam	CCS, UCF Diabetes e URAP
Organização da consulta de diabetes em equipa multidisciplinar	UCSP, USF e URAP
Sensibilização dos médicos para o registo sistemático referente à codificação ICPC-2	DE, Presidente do Conselho Clínico, USP
Identificar e comunicar à ARSC as situações não conformes dos sistemas informáticos para melhorar a sua interoperabilidade	DE
Identificar e comunicar à ARS a necessidade de obter, dos SI, indicadores sobre determinantes sociais, de forma a compreender o problema e possibilitar a intervenção eficaz	DE
Formação dos profissionais de saúde na área	UCF Diabetes
Monitorização e avaliação do programa	Observatório Local de Saúde
Divulgação nos media locais de informação sobre a problemática da obesidade e projetos desenvolvidos no AceS	UF
Reuniões com as autarquias para implementação das Estratégias Locais de Saúde para conceção e rentabilização dos espaços e equipamentos para a prática de atividade física	ULSP
Informação aos utentes sobre a utilização racional dos cuidados de saúde	UF, UCF Diabetes

6.3.4 INDICADORES DE SAÚDE E METAS PREVISTAS PARA O HORIZONTE TEMPORAL, 2016 - 2020

Quadro 21. Indicadores e metas - Diabetes

	INDICADORES	METAS					
		Resultado * 2015	2016	2017	2018	2019	2020
Diabetes	Taxa de Prevalência da diabetes*	8	8	-	-	-	-
	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres*	68,5	68,5	69	69,5	70	70,5
	Índice de acompanhamento adequado a utentes com diabetes*	0,71	0,72	0,72	0,73	0,74	0,75
	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano*	72,3	73	75	77	79	80
	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos uma referenciação ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano*	41,5	41,5	42	43	44	45
	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %*	66,1	67	67	68	69	70
	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	36	37	38	40
	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano*	25,2	40	42	44	46	48
	Revisão e atualização do manual de boas práticas	-	-	-	Sim	-	-
	Realização de estudo de investigação	-	-	-	-	1	1
	% de UF (USF e UCSP) com ações de formação na área da diabetes dirigidas aos profissionais de saúde	-	-	≥35	≥40	≥45	≥50
	Concelhos abrangidos por, pelo menos, 1 projeto específico da área	3	3	5	7	9	11

*SIARS – 31/12/2015

6.4 OBESIDADE E EXCESSO DE PESO

A OMS define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode afetar a saúde. Os fatores que determinam este excesso são complexos e incluem fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais.

Segundo a OMS a obesidade atingiu proporções epidémicas, tendo a prevalência da obesidade quase duplicado a nível mundial entre 1980 e 2008. Pelo menos 2,8 milhões de pessoas morrem todos os anos em consequência do excesso de peso ou obesidade.

A obesidade infantil é um dos mais sérios desafios de saúde pública do século XXI. Crianças com excesso de peso serão, muito provavelmente, adultos obesos. Essas crianças têm maior propensão para desenvolver diabetes e doenças cardiovasculares enquanto adultos jovens, patologias que estão associadas a uma maior probabilidade de morte prematura e invalidez (OMS, 2016).

A nível europeu e também em Portugal, o excesso de peso e a obesidade são um dos principais problemas de saúde e a sua prevenção é considerada prioritária. As co-morbilidades relacionadas com a obesidade incluem alterações nos sistemas endócrino, cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, ortopédico e psicossociais.

Portugal apresenta uma elevada prevalência de excesso de peso e obesidade também entre crianças. Um estudo de larga escala mostrou elevada prevalência de obesidade em crianças entre os 7 e 9 anos de idade. Este estudo, realizado entre 2002 e 2003 com 4511 crianças portuguesas, encontrou percentagens muito elevadas de obesidade (do carmo, i., *et al.*, 2008). Na amostra total, 20,3% apresentavam excesso de peso e 11,3% obesidade.

O estudo das disponibilidades alimentares em Portugal põe em evidência uma dieta hipercalórica e distorção da roda dos alimentos. Os dados apurados pela Balança Alimentar Portuguesa revelam que as quantidades diárias de produtos alimentares e bebidas disponíveis para consumo, no período 2003-2008, correspondiam em média a 3 883 kcal. Este valor reflete um aumento de 4% face à década de 90 e ultrapassa largamente o valor médio recomendado para o consumo diário de um adulto (2 000 a 2 500 kcal) (INE-Balança Alimentar Portuguesa, 2003-2008).

Travar a epidemia de obesidade requer uma abordagem multidisciplinar, devendo as atividades de prevenção mais eficazes e efetivas envolver diversos atores em diferentes áreas de forma coordenada. A comunidade e as estruturas de apoio são fundamentais para moldar as escolhas das pessoas e prevenir a obesidade – a responsabilização individual só é eficaz se as pessoas tiverem acesso a um estilo de vida saudável e forem capacitadas para fazerem escolhas saudáveis (WHO – *10 facts on obesity*)

A terapêutica da obesidade é baseada na avaliação clínica e na avaliação dos riscos associados. Para alguns doentes será suficiente ensinar a comer e a fazer exercício; para outros pode ser obrigatório um programa de mudança de estilo de vida. A prevenção secundária, nos casos de obesidade de grau II com co-morbilidades ou grau III, e após manifesta falência das medidas conservadoras, necessita de cuidados diferenciados.

De acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, a obesidade afetava principalmente a população entre 45 e 74 anos. Mais de metade da população com 18 ou mais anos (4,5 milhões) tinha excesso de peso ou era obesa, isto é, um índice de massa corporal de 25 ou mais kg/m². A obesidade (30 ou mais kg/m²) atingia 1,4 milhões de pessoas com 18 ou mais anos, sendo as mulheres mais afetadas que os homens.

Para cerca de 3,8 milhões de pessoas (44,0%) o índice de massa corporal correspondia à categoria de peso normal (18,5 a 25 kg/m²), e cerca de 155 mil pessoas (1,8%) tinham baixo peso (menos de 18,5 kg/m²).

6.4.1 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE SAÚDE NO ACES BV

Quadro 22. Proporção de utentes inscritos com obesidade e excesso de peso no ACeS Baixo Vouga e ARS Centro, no ano 2015

Grupo Etário	Excesso de Peso (% de inscritos)		Obesidade (% de inscritos)	
	ARSCentro	ACeS BV	ARSCentro	ACeS BV
0-9 anos	0,54	0,72	0,87	1,58
10-19 anos	1,78	1,92	2,66	3,40
20-34 anos	2,02	2,28	2,98	4,04
35-49 anos	3,73	4,23	5,86	7,95
50-64 anos	5,87	9,15	9,28	8,29
65+ anos	7,76	9,99	9,61	14,04

Fonte: SIARS, 2016

32

Quadro 23. Indicadores Relacionados com a obesidade e excesso de peso no ano 2015

CÓDIGO	INDICADORES	ACeS BV
MORB.203.01 FL	Proporção de utentes com "excesso de peso" (%)	5,17
MORB.204.01 FL	Proporção de utentes com "obesidade" (%)	8,45
MORB.238.01 FL	Incidência de "obesidade" (‰)	22,28
2013.034.01 FX	Proporção de obesos ≥14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A (%)	59,33

Fonte: SIARS, 2016

Os valores apresentados nos quadros 22 e 23 correspondem à codificação ICPC-2 efetuada pelos profissionais de saúde nos sistemas de informação do ACeS BV e ARS Centro. Estes valores estão muito aquém das prevalências estimadas por vários estudos nacionais e internacionais (alguns já referidos anteriormente). Esta discrepância poderá ser devida a um subregisto destes problemas de saúde.

Quadro 24. Ganhos em saúde e determinantes de saúde

GANHOS EM SAÚDE	DETERMINANTES DE SAÚDE	
	RISCO	PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> ↘ Estabilização da prevalência de obesidade e excesso de peso ↘ Melhoria da autogestão da doença ↘ Aumento da proporção de obesos ≥14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A (%) ↘ Diminuição das comorbilidades associadas ↘ Melhorar e alargar os protocolos de intervenção e referenciação 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Stress ↘ Baixa autoestima ↘ Alterações metabólicas associadas ao ciclo vital ↘ Perturbações do sono ↘ Alimentação inadequada ↘ Dieta hipercalórica ↘ Sedentarismo ↘ Baixo nível socioeconómico ↘ Idade ↘ Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Bons níveis de Autoestima ↘ Recursos sociais de apoio ↘ Resiliência ↘ Prática de exercício físico ↘ Higiene do sono ↘ Alimentação saudável ↘ Estabilidade económica ↘ Gestão das doenças crónicas ↘ Vigilância periódica de saúde ↘ Literacia em saúde

6.4.2 ESTRATÉGIAS ENQUADRADAS NOS DIFERENTES EIXOS ESTRATÉGICOS

Quadro 25. Estratégias definidas para a obesidade e excesso de peso, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Extensão 2020

EIXOS ESTRATÉGICOS	ESTRATÉGIAS
Cidadania em Saúde	Capacitação para a gestão da saúde – intervenção nos determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida (alimentação saudável, prática de exercício físico) Promoção de conhecimentos e competências sobre escolhas alimentares saudáveis Promoção e dinamização de projetos de grupos de auto-ajuda
Equidade e Acesso	Articulação com outros Programas de saúde do ACeS Articulação com os hospitais de referência Apoio a projetos locais Implementação de projetos de promoção da saúde, em contexto escolar, na área de abrangência do ACeS Ajuste da capacidade de resposta a nível do ACeS em consultas de nutrição e psicologia Definição/ Revisão de critérios de referenciação Reduzir a amplitude de variação dos indicadores das diferentes UF (maior homogeneidade – maior equidade)
Qualidade em Saúde	Sensibilização e formação específica aos profissionais Implementação de projetos de intervenção na comunidade em geral e em ambiente escolar Realização de estudos de investigação Melhoria dos canais de informação: <i>guidelines</i> sobre abordagem diagnóstica e fluxogramas de atuação Melhoria do registo de obesidade e excesso de peso de acordo com ICPC-2
Políticas Saudáveis	Estabelecimento de compromissos intersectoriais: Saúde, Educação, Autarquias e Empresas Promoção de intervenções multidisciplinares Envolvimento do Conselho da comunidade para a conceção de ambientes saudáveis: transportes, planeamento urbano e espaços de recreio e lazer na comunidade e nos edifícios escolares. Envolvimento dos <i>media</i> para a implementação de estratégias de médio e longo prazo de comunicação social e de marketing social Afetação de recursos aos cuidados de saúde primários, nomeadamente na área da nutrição, psicologia e fisioterapia

6.4.3 ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Quadro 26. Atividades no âmbito da obesidade e excesso de peso

ATIVIDADES	QUEM?
Constituição e reforço de parcerias	Todas as UF, CCS, DE, Estabelecimentos de Educação e Ensino, Conselho da Comunidade
Proposta de constituição de ambientes saudáveis	ACeS, Conselho da Comunidade
Elaboração e divulgação, pelas equipas de saúde escolar, de orientações técnicas sobre a abordagem do excesso de peso e da obesidade	USP
Elaboração de uma manual de boas práticas na abordagem do excesso de peso e da obesidade	UF e CCS
Elaboração de instrumentos pedagógicos dirigidos à comunidade em geral e à comunidade escolar	USP, UCC, URAP
Implementação de projetos de alimentação saudável e estímulo da prática da atividade física na comunidade e em contexto escolar (Ex: Conta, Peso e Medida; Na Medida Certa, Lanches Saudáveis)	Coordenação da Saúde Escolar, Todas as UF
Integração nos planos de formação para profissionais de saúde de ações na área do excesso de peso e obesidade	UF/ AceS
Aumento da capacidade de resposta do AceS no acesso a consultas de nutrição e psicologia	URAP, DE
Promoção e dinamização de projetos de grupos de auto-ajuda	Todas as UF, CC
Divulgação regular, nos media locais, de informação sobre a problemática da obesidade e projetos desenvolvidos no AceS	USP
Elaboração e implementação de protocolos de referenciação entre unidades	Todas as UF, Hospitais de Referência
Divulgação de orientações técnicas dirigidas a profissionais de saúde	Presidente do Conselho Clínico, Todas as UF, Comissão de Qualidade
Sensibilização dos médicos para o registo sistemático referente à codificação ICPC-2	DE, CCS, USP
Realização de estudos de investigação	Profissionais do AceS
Monitorização e avaliação do programa	OLS

6.4.4 INDICADORES DE SAÚDE E METAS PREVISTAS PARA O HORIZONTE TEMPORAL 2020

Quadro 27. Indicadores e metas

INDICADORES		RESULTADOS	METAS				
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Obesidade e excesso de peso	Prevalência Excesso de Peso* (%)	5,2	5,5	6	6,5	7	7,5
	Prevalência Obesidade* (%)	8,4	8,5	8,6	8,7	8,8	9
	Proporção de inscritos com o diagnóstico de obesidade no grupo etário 0-9 anos* (%)	1,58	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1
	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
	Proporção de alunos/as abrangidas/os pelo PNSE, alvo de projetos específicos na área da Alimentação saudável / Atividade física	44%	46	48	50	52	55
	% de UF (USF e UCSP) com ações de formação na área das doenças do aparelho circulatório dirigidas aos profissionais de saúde	-	-	≥30	≥32	≥34	≥35
	Realização de estudo de investigação	-	-	-	1	1	1
	Elaboração de uma manual de boas práticas na abordagem do excesso de peso e da obesidade	-	-	-	Sim		
	Elaboração ^a e implementação ^b dos protocolos de referenciação para utentes com excesso de peso ou obesidade			Sim ^a	Sim ^b		

* Indicadores do SIARS. Fonte: SIARS

6.5 PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS

Os transtornos mentais caracterizam-se como um grupo de doenças com alto grau de sobrecarga, não só para o indivíduo que sofre, mas também para seus familiares e cuidadores.

A depressão é um problema de saúde relativamente comum, com uma prevalência que varia entre os 3 e os 11%, de curso crónico e recorrente, estando frequentemente associada a incapacidade funcional e com consequências na saúde. As pessoas deprimidas apresentam limitação da sua atividade de vida diária e profissional e bem-estar, refletindo-se numa maior utilização dos serviços de saúde (Fleck et al., 2009).

Nos Cuidados de Saúde Primários, verificam-se taxas de subdiagnóstico e subtratamento de 30 a 60%, situação que origina uma desadequação de tratamento com consequências a médio e a longo prazo para a pessoa, família e meio envolvente. Sabe-se ainda que a morbi-mortalidade associada à depressão pode ser prevenida em cerca de 70%, com tratamento adequado (Fleck et al., 2009).

Segundo o INE (2015), em 2014, na população portuguesa regista-se um aumento da prevalência dos sintomas depressivos à medida que aumenta a idade. Este aumento verifica-se também na população reformada, desempregada ou inativa em comparação com a população empregada; e na população sem escolaridade e com o ensino básico, em comparação com o ensino secundário e superior, registando-se uma diminuição da sintomatologia depressiva à medida que a escolaridade aumenta.

6.5.1 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE SAÚDE NO ACES BV

Quadro 28. Mortalidade associada a depressão: Perturbações mentais e do comportamento

Mortalidade associada a Depressão: Perturbações mentais e do comportamento	Portugal						Centro						Região Aveiro					
	2013			2014			2013			2014			2013			2014		
	H	M	M	H	M	M	H	M	M	H	M	M	H	M	M	H	M	M
Total de óbitos (N.º)	2219	883	1336	2639	1082	1557	382	137	245	590	259	331	49	19	30	72	33	39
Relação de masculinidade	66,1	-	-	69,5	-	-	55,9	-	-	78,2	-	-	63,3	-	-	84,6	-	-
Idade Média à morte	83,0	79,8	85,1	84,2	81,9	85,8	82,8	79,5	84,6	83,9	81,1	86,1	80,4	74,2	84,3	82,2	79,9	84,3
Proporção de óbitos (% em relação ao total de óbitos pela causa no País)	100	100	100	100	100	100	17,2	15,4	18,3	22,4	23,9	21,3	2,2	2,1	2,2	2,7	3,0	2,5
Taxa de mortalidade Padronizada (100.000 habitantes)	9,9	10,5	9,3	11,2	12,2	10,4	6,7	6,4	6,7	9,8	11,6	8,4	6,8	7,0	6,4	9,3	11,1	7,8
Taxa de mortalidade Padronizada com menos de 65 anos (100.000 habitantes)	1,4	2,3	0,5	1,0	1,7	0,4	1,0	1,4	0,5	1,1	1,2	0,2	1,4	2,3	0,5	1,4	2,3	0,5
Taxa de mortalidade Padronizada com 65 e mais anos (100.000 habitantes)	79,2	77,2	80,2	93,9	97	91,5	53,2	47,0	56,8	80,1	87,6	74,6	50,8	45,1	53,9	73,2	82,0	66,8
Nº Médio de anos potenciais de vida perdidos	12,7	14,2	9,1	12,4	13,9	8,9	11,6	14,5	7,2	12,7	14,3	6,7	13,8	15,0	10,0	16,8	17,5	15,0
Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos (100.000 habitantes)	24,4	40,2	9,6	17,7	29,6	6,9	19,1	30,4	8,4	23,7	44,8	3,8	28,7	48,4	10,4	30,5	47,6	14,9

Fonte: INE 2015 - Causas de morte 2013
INE 2016 - Causas de morte 2014

Quadro 29. Prevalência de problemas associados à Depressão em 2015 no ACeS

CÓDIGO	INDICADORES	PREVALÊNCIA	
		Total Registos	% Utentes
Morb. 206.01	Perturbações depressivas	41.858	11
Morb. 227.01	Distúrbio ansioso	25.578	6,72
Morb. 228.01	Estado de ansiedade	9.056	2,38
Morb. 207.01	Demência	2.424	0,64
Morb. 201.01	Abuso de drogas	1.668	0,44

Fonte: SIARS, 2015

Quadro 30. Ganhos em saúde e determinantes de saúde

GANHOS EM SAÚDE	DETERMINANTES DE SAÚDE	
	RISCO	PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Diminuir a prevalência de depressão e as co-morbilidades ↳ Melhorar a autogestão da doença ↳ Diminuir a taxa de internamentos por depressão ↳ Melhorar e alargar os protocolos de intervenção e referenciação 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Depressão no passado ↳ Experiências de ansiedade e pânico ↳ Histórico familiar de depressão ↳ Stress ↳ Bullying ↳ Relações afetivas mais superficiais/conflituosas ↳ Baixa autoestima ↳ Reforma ↳ Crises normativas e não normativas do ciclo vital ↳ Falta de perspetivas futuras ↳ Desemprego ↳ Instabilidade no emprego ↳ Grande diversidade e alteração ao nível da estrutura e tipologia das famílias ↳ Perturbações do sono ↳ Alimentação inadequada ↳ Sedentarismo ↳ Solidão ↳ Défice de recursos sociais de apoio ↳ Défice de Recursos Financeiros ↳ Idade ↳ Sexo feminino ↳ Doenças crónicas ↳ Coabitar com um familiar portador de doença grave e crónica ↳ Dependência de consumos nocivos (drogas e álcool) 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Bons níveis de autoestima ↳ Recursos sociais de apoio ↳ Resiliência ↳ Capacidade de adaptação à mudança ↳ Prática de exercício físico ↳ Higiene do sono ↳ Alimentação saudável ↳ Existência de boas relações interpessoais ↳ Existência de redes de suporte ↳ Emprego ↳ Estabilidade económica ↳ Controlo de doenças crónicas ↳ Vigilância periódica de saúde ↳ Literacia em saúde

6.5.2 ESTRATÉGIAS ENQUADRADAS NOS DIFERENTES EIXOS ESTRATÉGICOS

Quadro 31. Estratégias definidas para as perturbações depressivas, integradas nos eixos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde: Extensão 2020

EIXOS	ESTRATÉGIAS
Cidadania em Saúde	Elaboração /Dinamização de projetos que promovam a participação, literacia, cidadania e capacitação/empoderamento para a adoção de comportamentos protetores em saúde mental ao longo do ciclo de vida
	Realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da depressão e utilização dos serviços
	Elaboração de projetos que promovam autogestão da doença – grupos de autoajuda
Equidade e Acesso	Apoio a projetos locais em parceria com outras instituições e de âmbito intersectorial
	Dinamização do Conselho da Comunidade para adequação dos serviços às necessidades das pessoas
	Aumento e melhoria da oferta de cuidados com vista à definição de uma periodicidade para o acompanhamento do doente com depressão, com vista ao controlo da doença e à prevenção da recaída Recomendação: grupo de risco para vigilância - contratualização
	Informação e divulgação das linhas de apoio existentes (SOS Voz amiga, ...) nas salas de espera...
	Amplificação de projetos de saúde escolar (Projeto + contigo; In-Dependências)
	Articulação/rede com o departamento de psiquiatria e saúde mental do CHBV para gestão dos casos mais complexos e garantir a segurança dos cuidados
	Consultadoria aos profissionais de saúde para a resolução de casos complexos
	Encaminhamento dos utentes para consulta de psicologia
	Encaminhamento dos utentes para consulta de psiquiatria
Qualidade em Saúde	Contribuição para a melhoria da deteção e diagnóstico precoce
	Aproximar o diagnóstico com base nos registos nos sistemas de informação à realidade
	Cumprimento das Guidelines para a depressão
	Realização de consultas de follow-up para prevenção de recaída
	Aumento da qualidade dos registos no SClínico no que se refere ao diagnóstico e intervenções
	Promoção de formação específica aos profissionais de saúde em competências de deteção precoce de sinais e sintomas de perturbação depressiva e de tratamento adequado e prevenção de recaída com vista a capacitar a pessoa para a autogestão do processo de saúde/doença - Proposta de uma Unidade Coordenadora Funcional
	Realização de um estudo de investigação na área da saúde mental
	Monitorização e avaliação as intervenções/projetos dirigidos à população no âmbito da saúde mental
	Avaliação dos ganhos em saúde
Políticas Saudáveis	Dinamizar os meios de informação e comunicação em saúde existentes na região com vista a uma saúde global
	Criação de um projeto para preparar a reforma ou articulação com a rede social para esse efeito
	Promoção de parcerias e projetos e atividades intersectoriais
	Fomento do estabelecimento de ambientes de trabalho saudáveis no ACeS
	Proposta ao Conselho da Comunidade para a criação de cidades/vilas/freguesias mais saudáveis

6.5.3 ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Quadro 32. Atividades no âmbito da depressão

ATIVIDADES	QUEM?
Elaboração de Manual de Boas Práticas na área da depressão	UCC, URAP, Assessor do Conselho Clínico para a área da Saúde Mental que integra o Conselho Regional de Saúde Mental
Articulação com o Conselho da Comunidade para harmonizar as iniciativas e atividades com/entre vários setores da sociedade	Diretor Executivo Presidente do Conselho Clínico e da Saúde
Elaboração de um projeto que integre as várias atividades e iniciativas já desenvolvidas e que se venham a desenvolver, de forma a aumentar a literacia em saúde e a capacitação na autogestão da doença	USP, OLS
Integração no plano de formação ações de formação na área da depressão aos profissionais da saúde	USP
Sensibilização dos profissionais da USP e UCC para a implementação do Projeto + contigo e/ou outros ao nível da Saúde Escolar	Equipa responsável do Programa de Saúde Escolar
Constituição e dinamização de Grupos de Autoajuda na depressão	UCC, USP, URAP
Articulação com o departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBV para gestão e resolução dos casos mais complexos	Conselho Clínico e da Saúde
Sensibilização dos médicos para o registo sistemático referente à codificação ICPC-2	DE, Presidente do Conselho Clínico, USP
Levantamento de lista nominal dos doentes com registo P76	USF e UCSP
Sensibilização para a realização de consultas de acompanhamento de doentes com depressão em fase de agudização e de follow-up para prevenção de recaída, em articulação entre a equipa do serviço de psiquiatria e de saúde mental do CHBV e a equipa de Saúde Familiar	Diretor Executivo Conselho Clínico e da Saúde
Elaboração de um projeto para preparar a reforma/ articulação com a rede social	Conselho da Comunidade, USP, UCC
Fomento do estabelecimento de ambientes de trabalho saudáveis no ACeS	Equipa de Saúde Ocupacional
Realização de um estudo de investigação sobre prevalência de depressão nos utentes do ACES	USP, UCSP e USF
Monitorização e avaliação do programa	Observatório
Prestação de cuidados de saúde de qualidade e de proximidade	UF
Divulgação regular, nos <i>media</i> locais, de informação sobre a problemática da obesidade e projetos desenvolvidos no AceS	USP

6.5.4 INDICADORES DE SAÚDE E METAS PREVISTAS PARA O HORIZONTE TEMPORAL 2020

Quadro 33. Indicadores e metas

	INDICADORES	RESULTADOS		METAS			
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
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 (%)	9,10	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
	Nº de ações de formação dirigidas aos profissionais de saúde (n)	0	-	1	1	1	1
	Realização de um projeto para preparar a reforma	0	-	0	0	sim	sim
	Realização de um estudo de investigação sobre prevalência de depressão nos utentes do ACES	0	-	0	sim	-	-
	Elaboração de manual de boas práticas para a depressão	0	-	0	0	sim	-

7 GESTÃO E GOVERNAÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

A Equipa Coordenadora do PLS é a USP e o Observatório Local de Saúde, que conjuntamente com a Coordenadora da USP são responsáveis pela:

- Coordenação do PLS em articulação com os parceiros;
- Cumprimento das atividades previstas.

Estas funções são, naturalmente, apoiadas pelos Órgãos de Gestão do ACeS, nomeadamente o Diretor Executivo, o Conselho Executivo e o Conselho Clínico e da Saúde em colaboração com os Assessores do Conselho Clínico e da Saúde para os Programas de Saúde.

Na definição dos indicadores do PLS, seguiram-se as recomendações do PNS, por forma a simplificar a sua leitura e permitir a comparabilidade com a região e o país, através da adoção de indicadores provenientes do INE e da ACSS. Pese embora este aspeto e dada a inexistência de indicadores de âmbito nacional, o ACeS definiu indicadores próprios adequados à resposta aos seus problemas de saúde.

O PLS é alvo de avaliação e monitorização anual, onde serão avaliados o grau de cumprimento dos indicadores de saúde para cada um dos problemas. Para esta avaliação, estabelecemos um plano de comunicação interna e externa, de forma a aferirmos com todos os envolvidos o decurso de todo o processo que, em conjunto, foi construído.

A Monitorização do PNS cabe ao Observatório Local de Saúde da USP, através da:

- Equipa de Acompanhamento e Monitorização (EAM) – Saúde e parceiros, a quem caberá:
 - Supervisar a operacionalização do PLS, garantindo o envolvimento dos parceiros;
 - Elaborar relatório anual, com verificação do grau de cumprimentos dos indicadores de saúde e das metas previstas, revendo as estratégias de acordo com os desvios identificados.

A avaliação do PLS contemplará:

- Avaliações Intercalares – EAM (anual);
- Avaliação Final – ARS (final do horizonte temporal).

As estratégias e as atividades referidas no PLS devem ser protegidas no sentido dos planos de atividades das UF do ACeS BV se pautarem por essas mesmas estratégias, nomeadamente através da sua contratualização.

Caberá ao Diretor Executivo, elementos do Conselho Clínico e da Saúde, Observatório Local de Saúde e Unidade de Saúde Pública difundirem o PLS pelos profissionais de saúde do ACeS e comunidade em geral. No que se refere à comunidade em geral, os mesmos comprometem-se a difundirem o PLS junto do Conselho da Comunidade, Rede Social, Escolas, Instituições e outros que se articulem direta ou indiretamente com a saúde.

8 PLANO DE COMUNICAÇÃO

O plano de comunicação do PLS contempla três fases:

- 1ª fase – na elaboração do PLS;
- 2ª fase – na priorização dos problemas/ necessidades de saúde;
- 3ª fase – na monitorização e Avaliação do PLS.

A divulgação dos resultados será realizada através dos relatórios de Desempenho do ACeS, de reuniões (Conselho da Comunidade, Municípios) e de formações programadas.

9 RECURSOS

Os recursos a utilizar na implementação do PLS seguem a lógica de rentabilização dos recursos existentes localmente e de partilha de recursos e potencialidades com instituições do setor público e sociedade civil.

O Município tem coresponsabilidade na implementação dos projetos e atividades do PLS – Saúde em Todas as Políticas.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do Plano Local de Saúde representa uma oportunidade para os profissionais de saúde, parceiros e cidadãos reunirem consensos, quanto à identificação e priorização das principais necessidades de saúde/problemas da população e definição de estratégias e atividades orientadas para a coresponsabilização e coprodução individual e social pela saúde, de cada um e de todos, traduzida em efetivos ganhos em saúde.

O PLS pretende, constituir-se como instrumento de apoio à decisão política e técnica, capaz de sustentar as opções dos vários parceiros, no pressuposto do princípio da cidadania e da saúde em todas as políticas.

A implementação do PLS constitui-se como um desafio e uma oportunidade para contribuir para uma participação mais ativa de todos os *stakeholders*, através o envolvimento dos diversos setores da comunidade, num compromisso comum de gerar co-benefícios e co-produção em saúde, no sentido de obter mais ganhos em Saúde.

BIBLIOGRAFIA:

Administração Regional de Saúde do Centro I.P. (2015), Plano Regional de Saúde do Centro 2015-2016.

Ministérios da Saúde - Administração Regional de Saúde do Centro. Perfil Local de Saúde 2014 – Baixo Vouga - http://www.arscentro.min-saude.pt/psaude/ACeS%20BV/PLS2014_A23.htm.

Centers for Disease Control and Prevention, nov 2016 - https://www.cdc.gov/cancer/promoting_prevention.htm;
Nutrition et prévention primaire des cancers: actualisation des données, collection État des lieux et des connaissances.

Direção-Geral da Saúde 2014. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (2014).

Portugal- Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números-2014.

Direcção-Geral de Saúde (2015), Relatório, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2015.

Direcção-Geral de Saúde. Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2015 Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: DGS; 2016).

Direcção-Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Lisboa 2013.

Direcção-Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde revisão e Extensão 2020, Lisboa 2015.

Direcção-Geral de Saúde (2015) Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – “Diabetes: Factos e Números”, 7.ª edição 2014

Do Carmo, I., et al., Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 2008. 9.

Fleck, M.; Berlim, M.; Lafer, B.; Sougey, E.; Porto, J.; Brasil, M.; Juruena, M.; Hetem, L. (2009). Revision of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Complete version). Revista Brasileira de Psiquiatria.; 31(Supl I): p.7-17.

Instituto Nacional de Estatística. Anuários Estatístico da Região Centro: 2012. ISSN 0872-5055. ISBN 978-989-25-0217-5. 2013

Instituto Nacional de Estatística (2015). Causas de morte Lisboa, 2013.

Instituto Nacional de Estatística (2016). Causas de morte, Lisboa, 2014.

Instituto Nacional de Estatística (2016) Inquérito Nacional de Saúde - 2014.

INCa, juin 2015; Fondation contre le cancer, 2016 - <http://www.cancer.be/les-cancers/alimentation-et-cancer>.

Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2014: Destaque INSA/INE, Lisboa, 2015. Disponível em:<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Novembro/11INS2014.pdf>

Imperatori E, Giraldes MR. *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras avulsas 2.Oa; 1993.

World Health Organization, fev 2015, - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.

World Health Organization Regional Office for Europe, 2016 - <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/data-and-statistics>).

World Health Organization International Agency for Research on Cancer Globocan 2012 - http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.

World Health Organization (2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.

World Health Organization (2016), <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>.

World Health Organization (2016), <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer>.