

PLANO LOCAL DE SAÚDE

2011- 2016



ACeS Grande Porto IV
Maia

ÍNDICE

Breve introdução

O que é o PLS Pág. 1

Qual a utilidade do PLS Pág. 1

Caracterização da População

Quem somos Pág. 2

Mortalidade e Morbilidade

De que morremos Pág. 7

Quais os principais problemas de saúde Pág. 9

O que influencia o aparecimento das doenças Pág. 10

Necessidades de Saúde

De que precisamos Pág. 15

Recursos da comunidade

Que parceiros temos Pág. 17

Priorização dos problemas de saúde

Metodologia e selecção Pág. 18

Resultados

Pág. 19

Estratégias e Recomendações

Pág. 20

Comentários Finais

Pág. 23

Bibliografia

Anexo I – Quadro para priorização dos problemas de saúde

Anexo II – Tabelas e gráficos

Anexo III – Listagem de alguns recursos disponíveis no Concelho da
Maia, com potencial para apoio na diminuição dos problemas
identificados

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
CA	Conselho de Administração
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
DSP	Departamento de Saúde Pública da ARSN
IEFP	Instituto de Emprego e Formação Profissional
INE	Instituto Nacional de Estatística
MGF	Medicina Geral e Familiar
OLS	Observatório Local de Saúde
PLNT	Plano Nacional de Luta contra a Tuberculose
PLS	Plano Local de Saúde
RN	Região Norte
SIARS	Sistema de Informação da Administração Regional do Norte, I.P.
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
TMP	Taxa de Mortalidade Padronizada
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

O QUE É O PLS?

O Plano Local de Saúde (PLS) é um documento estratégico do ACeS cujas orientações pretendem contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, promovendo mais saúde para toda a população. É um instrumento de gestão que integra e conjuga diferentes conhecimentos da realidade local e que, com a sua diversidade e riqueza interdisciplinar, visa apoiar a tomada de decisão do Director Executivo do ACeS, dos Coordenadores das Unidades Funcionais, dos Gestores de programas e projectos e do Conselho da Comunidade do ACeS.

O PLS pretende contribuir para o processo de planeamento em saúde, num contexto integrador de recursos e parcerias existentes, na Comunidade; no uso mais eficaz dos recursos, e das actividades que promovam a saúde e bem-estar dessa mesma sociedade. Desta forma, o PLS facilita a definição do papel dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na sua co-participação de forma mais activa.

Neste momento, em que se procuram minimizar desperdícios e obter resultados idênticos, com custos operacionais menores, torna-se necessário obter um compromisso de interesses alargado, entre os serviços de saúde e a sociedade civil, que promova os níveis de saúde da população e promova estilos de vida mais saudáveis.

QUAL A UTILIDADE DO PLS?

O PLS tem por objectivo seleccionar prioridades em saúde da população do seu ACeS, definir as mudanças necessárias para a obtenção duma melhoria do estado de saúde dessa população, contribuir para a construção das estratégias seleccionadas, tornando-as mais oportunas e efectivas.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

De acordo com os resultados preliminares do Censos 2011 do INE, a população residente na área de abrangência do ACeS Grande Porto IV – Maia, que corresponde ao Concelho da Maia, é de 135 049 habitantes.

QUEM SOMOS?

Cerca de 48% da população é do sexo masculino, o que equivale a 64 860 indivíduos e 52% do sexo feminino, ou seja cerca de 70 189 pessoas.

Analisando a evolução da população residente estimada, de acordo com o INE, verifica-se um aumento do número total de residentes, devido ao aumento da população com idades entre 25 e 64 anos, apesar de, entre 2009 e 2010, ter sido o grupo com mais de 65 anos que sofreu um aumento populacional maior.

Observa-se uma estagnação do Índice de Dependência de Jovens¹ (cerca de 24,8% nos últimos 3 anos) e um aumento do Índice de Dependência de Idosos² (20,1% em 2008, 20,9% em 2009 e 21,9% em 2010). No entanto, o concelho da Maia apresenta um Índice de Dependência de Jovens superior e um Índice de Dependência de Idosos inferior ao observado quer a nível nacional quer da Região Norte.

1 – Corresponde à relação entre a população jovem (0 a 14 anos) e a população em idade activa (15 a 64 anos)

2 – Corresponde à relação entre a população idosa (mais de 65 anos) e a população em idade activa (15 a 64 anos)

Verificou-se um aumento da população do Concelho da Maia de cerca de 12,4%, entre os anos 2001 e 2011. Este crescimento foi superior ao observado quer a nível nacional quer da Região Norte.

A esperança média de vida à nascença (dados do triénio 2005-2007) no Concelho era de 81,2 anos, superior à registada na RN (RN – 79 anos) e a nível nacional (78,9 anos), e quando calculada aos 65 anos, esta era de 20,2 anos para o Concelho da Maia, 18,5 anos para a RN e 18,4 anos a nível nacional.

O Índice de Envelhecimento³ tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo que em 2008, era estimado em 81%, fruto duma diminuição da natalidade, da mortalidade e aumento da esperança média de vida. No entanto, o Concelho da Maia possui um Índice de Envelhecimento menor que o observado na RN (99,3%) e a nível nacional (118,1%).

3 – Corresponde à relação entre a população idosa (com mais de 65 anos) e a população jovem (0 a 14 anos).

Na sua formação, o ACeS Grande Porto IV – Maia, integrou 3 Centros de Saúde: o da Maia, o de Águas Santas e o do Castelo da Maia, com as suas respectivas extensões de saúde, sendo constituído da seguinte forma:

- **Maia:**
 - UCSP Maia (com extensões em Milheiros e Moreira)
 - USP Maia (que inclui o CDP da Maia)
 - UCC Maia
 - USF Odisseia
 - USF Pirâmides
 - USF Lidador
- **Castelo da Maia:**
 - USF Íris
 - USF Viver Mais
 - USF Pedras Rubras
 - UCC Castelo da Maia
- **Águas Santas:**
 - UCSP Águas Santas
 - USF Alto da Maia
 - USF Saúde em Família

De acordo com os dados existentes na página do Ministério da Educação, da Câmara Municipal da Maia e da USP, existem ao todo 88 estabelecimentos de ensino no Concelho da Maia. Destes, 52 são considerados estabelecimentos públicos e 36 privados. Isto equivale a uma oferta de ensino público de 59% e privado de 41%.

Quanto ao parque escolar, público e privado, salienta-se a oferta principalmente em estabelecimentos de educação pré-escolar, ou seja, creches, JI e 1^o ciclo do ensino básico, representando cerca de 80% de toda a oferta escolar do Concelho da Maia.

Quando calculamos a taxa de natalidade⁴ do Concelho, e apesar do número absoluto de nascimentos não ter sofrido alterações muito significativas (baixou entre 2000 e 2009, de 1673 para 1435), esta tem assumido uma tendência decrescente nos últimos anos, embora ainda se mantenha superior às calculadas para o restante território nacional (Maia – 10,1 nados vivos por mil habitantes, RN – 8,7, Nacional – 9,3).

⁴ – Corresponde à relação entre o número de nados-vivos e a população de uma determinada região, num espaço de tempo determinado (geralmente 1 ano civil).

No entanto, verifica-se uma tendência para o aumento dos nascimentos em mulheres com mais de 35 anos e uma diminuição dos nascimentos em mulheres com menos de 20 anos, traduzindo-se num aumento de nascimentos pré-termo e numa evolução negativa do índice sintético de fecundidade⁵.

5 – Corresponde ao o número médio de nados-vivos por mulher em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos de idade).

No ACeS da Maia, no triénio 2007-2009, 22,3% dos nascimentos foi registado em mulheres com mais de 35 anos (valor superior ao da RN – 18,6% – e ao observado a nível nacional – 19,4%) e 2,9% dos nascimentos foram em mulheres com menos de 20 anos (valor inferior ao registado na RN – 4,2 – e a nível nacional – 4,3).

A percentagem de partos pré-termo⁶ tem aumentado ao longo dos triénios, situando-se agora, para o ACeS da Maia, em 9,2%, valor similar aos encontrados na RN e a nível nacional (9,0%).

6 - Parto que ocorre antes das 37 semanas de gestação, depois de se ter atingido limite inferior da viabilidade (22-25S)

O índice de fecundidade tem registado uma evolução negativa ao longo dos anos, situando-se, para o ACeS da Maia, em 1,43 filhos por cada mulher em idade fértil. Este valor é superior ao encontrado na RN (1,20) e a nível nacional (1,33), sendo, no entanto, inferior ao limiar de renovação das gerações, cujo valor, para os países desenvolvidos, é de 2,1 filhos por mulher em idade fértil.

Analisando os dados socio-económicos obtidos dos Conselhos de Estatística do IEFP, observamos que 8415 habitantes do Concelho da Maia estavam inscritos no IEFP em Agosto de 2011, sendo que 4791 são mulheres e 3624 homens. Destes 8415 desempregados, 410 procuravam um 1º emprego e 8005 um novo emprego, 4470 estavam desempregados há menos de 1 ano e 3945 há mais de 1 ano. Verifica-se uma diminuição do número de inscritos no IEFP, face a Agosto de 2010, altura em que haviam 8573 indivíduos desempregados, o que corresponde a uma variação homóloga de cerca de -1,9%.

Em 2001 e de acordo com o Censos, mais de 60% da população empregada do Concelho da Maia trabalhava no sector terciário, quase 40% no sector secundário e o sector primário empregava menos de 1%.

Em termos de escolaridade, no Concelho da Maia, em 2001, menos de 10% tinha concluído o Ensino Superior, cerca de 15% concluiu o Ensino Secundário, cerca de 55% o Ensino Básico, menos de 10% não tinha escolaridade mas sabia ler e escrever e mais de 10% não sabia ler nem escrever.

O rendimento médio mensal, em 2008, era de 1065,3 euros, valor superior ao da RN (877,3euros) e ao observado a nível nacional (1008euros). O poder de compra estimado para 2005, indicava que havia um maior poder de compra no Concelho da Maia (114,6) que na RN (85,5) e que a nível nacional (100,5).

A taxa de abandono escolar, de acordo com o Censos 2001, passou de 11,5% em 1991 para 1,8% em 2001, melhoria também verificada a nível da RN e nacional (na RN passou de 18,2% para 3,5% e a nível nacional de 12,5 para 2,7%). A taxa de retenção e desistência no 1º ciclo, para o ano lectivo de 2007/2008, no concelho da Maia era de 6,8%, valor semelhante ao da RN (6,6%) e inferior ao registado a nível nacional (7,9%). No entanto, apenas cerca de 78,1% dos alunos matriculados no ensino secundário, no ano lectivo de 2007/2008, concluíram os seus estudos, apresentando o Concelho da Maia valores inferiores à RN (81,2% dos alunos concluíram os estudos) e à média nacional (79%).

Analisando os dados mais recentes relativos ao índice de renovação da população em idade activa⁷, verifica-se que este sofreu uma redução significativa, passando de 157,9 pessoas com idades entre os 20 e os 29 anos por cada 100 com idades entre os 55 e os 64 anos em 2001 para apenas 91,6 em 2010.

7 - Relação entre a população que potencialmente está a entrar (com idades entre os 20 e os 29 anos) e a que está a sair (com idades entre os 55 e os 64 anos) do mercado de trabalho

Esta queda acentuada acompanha a queda registada quer a nível do Grande Porto, quer da RN, quer a nível nacional. No entanto, foi maior no Concelho da Maia equivalendo a uma diminuição de cerca de 72%.

Apesar de se observar um aumento do número total de mortos desde 2000 a 2009, verificamos que a taxa bruta de mortalidade⁸ do Concelho se situava em cerca de 6 mortes por 1000 habitantes, valor que se manteve estável neste mesmo período temporal, sendo menor que a registada na RN (8,5) e no Continente (9,8).

8 - Corresponde à relação entre o número de mortos e a população de uma determinada região, num espaço de tempo determinado (geralmente 1 ano civil).

Se compararmos a taxa de mortalidade infantil⁹, para o triénio 2007-2009, observamos que ela se situa em 3,5 por mil nados vivos a nível do concelho, em 3,1 para a RN e em 3,4 a nível nacional, sendo de realçar que, desde 2002, se verificou uma diminuição drástica da taxa de mortalidade infantil, pois passou de 6,9 para os actuais 3,5. No entanto, a taxa de mortalidade infantil teve no triénio de 2006-2008 o seu ponto mais baixo, ficando-se pelas 2,8 mortes por cada 1000 nados vivos.

Conforme ilustrado no gráfico 15, temos observado uma diminuição da taxa de mortalidade neonatal¹⁰ no ACeS da Maia até ao triénio de 2006-2008, altura em que atingiu o seu valor mais baixo (1,5 mortes por 1000 nados vivos). No último triénio (2007-2009) observou-se um aumento ligeiro para 2,2 mortes por 1000 nados vivos, igualando os registos a nível nacional (2,2 mortes) e superando os registos regionais (2,0).

Também a taxa de mortalidade neonatal precoce¹¹ tem sofrido uma diminuição ao longo dos anos, até ao triénio 2006-2008, atingindo o valor de 1,1 mortos por 1000 nados vivos. No triénio 2007-2009 verificou-se um aumento desse valor para 2 mortes por 1000 nados vivos, ultrapassando os registos regionais (1,3) e nacionais (1,5).

A taxa de mortalidade pós-neonatal¹² registou um aumento até ao triénio de 2004-2006, altura em que estabilizou, mantendo até hoje um valor de 1,3 mortes por 1000 nados vivos.

Até ao triénio de 2004-2006, observou-se uma diminuição da taxa de mortalidade fetal tardia¹³, atingindo o valor mínimo de 1,3 mortes por 1000 nados vivos e fetos mortos com mais de 28 semanas. Após este triénio, verifica-se um ligeiro aumento da taxa para 2,0 mortes, quase igualando a RN (2,1) mas situando-se abaixo dos valores nacionais (2,7).

Este raciocínio também se aplica à taxa de mortalidade perinatal¹⁴. Para o triénio de 2007-2009, esta taxa situou-se nas 4 mortes por 1000 nados vivos e fetos mortos com mais de 28 semanas, superando a taxa regional (3,4) e quase atingindo os registos nacionais (4,2).

9 – Corresponde à relação entre o número de óbitos em crianças com menos de 1 ano de idade e o total de nados-vivos numa determinada região, num espaço de tempo determinado (geralmente 1 ano civil)

10 - Corresponde à relação entre o número de óbitos em crianças com menos de 28 dias e o total de nados-vivos numa determinada região, num espaço de tempo determinado (geralmente 1 ano civil).

11 - Corresponde à relação entre o número de óbitos em crianças com menos de 7 dias e o total de nados-vivos numa determinada região, num espaço de tempo determinado (geralmente 1 ano civil).

12 - Corresponde à relação entre o número de óbitos em crianças com idades entre os 28 e os 364 dias e o total de nados-vivos numa determinada região, num espaço de tempo determinado (geralmente 1 ano civil).

13 - Corresponde à relação entre o número de fetos mortos com menos de 28 semanas e o total de nados-vivos e fetos mortos com mais de 28 semanas numa determinada região, num espaço de tempo determinado (geralmente 1 ano civil)

14 - Corresponde à relação entre o número de óbitos, em crianças com menos de 7 dias de idade e fetos mortos com menos de 22 semanas, e o total de nados-vivos e fetos mortos com mais de 22 semanas numa determinada região, num espaço de tempo determinado (geralmente 1 ano civil)

MORTALIDADE E MORBILIDADE

DE QUE E QUE
MORREMOS?

A selecção das principais causas de morte foi efectuada com base nos valores, do Concelho da Maia, de TBM e TMP específica por causa de morte, na TIP específica por causa de internamento, nas principais doenças registadas pelos médicos de MGF do ACeS da Maia e pelos estudos efectuados pelo DSP da ASRN, I.P., tendo sido escolhidas as que maior mortalidade e morbilidade apresentam, de acordo com os dados apresentados pela ARSN.

A Tuberculose foi incluída no grupo de patologias a priorizar, dado que apesar de ter um decréscimo nos últimos anos, com uma incidência de 34.1 de novos casos por cada 100000 habitantes no ano de 2009, pelo facto de ser a doença de declaração obrigatória mais declarada no ACeS da Maia entre 2006 e 2010 (mais de 170 casos no total dos 5 anos), pelo facto de se saber que associado a tempos de crise, com diminuição das condições sócio-económicas da população e contextos migratórios, pode condicionar um aumento da incidência desta patologia, na comunidade.

Sabemos também que em *“Portugal, com 24 casos/100 mil habitantes em 2009, menos 8% que em 2008, tem um decréscimo anual médio de 7,3%, consistente nos últimos 7 anos), mas ainda não passou para baixo da fasquia dos 20/100mil, o que lhe conferiria a categoria de país baixa incidência (nt: A União Europeia, com uma incidência de 16,7/100 mil habitantes em 2008, é um região de baixa incidência - 21 dos 27 países têm <20/100 mil) e continua a diminuir ao ritmo médio de 3,3% ao ano. O peso dos imigrantes é de 22,4%, havendo vários países com mais de 70% de casos importados. Sabemos ainda que a prevalência de VIH nos casos de TB é escassa, mas do que se conhece, a mais elevada é de Portugal, com 13% (2009).*

*Sabemos ainda que a toxicod dependência, o alcoolismo, a reclusão, e a situação de sem abrigo são, entre outros, além de serem factores de risco para a doença, também determinantes para o prognóstico, representando **elevado potencial de transmissão na comunidade**. (DGS-Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose associa-se à Parceria –“Stop TB na procura de novos caminhos”)*

No anexo II encontram-se as tabelas que apresentam as principais taxas brutas¹⁵ e padronizadas¹⁶ de mortalidade para o Concelho da Maia, apresentadas em número de mortes por 100000 habitantes.

Analisando os dados obtidos, quer para a TBM, quer para a TMP, verificamos que as três principais causas de morte para a população de todas as idades do Concelho da Maia são as doenças cerebrovasculares, o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão e a doença isquémica do coração.

Se analisarmos as TMP prematuras, referentes à população com idades inferiores a 65 anos, verificamos que as três principais causas de morte são o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica do coração.

Para o sexo masculino e para o sexo feminino, para todas as idades, observa-se que a principal causa de morte são as doenças cerebrovasculares. Para as idades inferiores a 65 anos, a principal causa de morte nos homens são os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão e nas mulheres é o tumor maligno da mama.

As taxas de internamento hospitalares, as causas de internamento hospitalar e outros dados de base hospitalares são, actualmente, considerados medidas indirectas importantes do peso de determinadas doenças na comunidade. De acordo com o DSP da ARSN, I.P., verificamos que os quatro principais problemas de Saúde que apresentam uma taxa de internamento padronizada¹⁷ mais elevada, para ambos os sexos, no ano de 2007, são a Pneumonia, a Doença Isquémica do Coração, as Doenças Cerebrovasculares e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

De acordo com os dados do SIARS, verifica-se que existem diversos problemas de saúde diagnosticados pelos médicos de MGF deste ACeS, sendo as principais a hipertensão (com ou sem complicações), as alterações do metabolismo dos lípidos, o abuso do tabaco, a diabetes mellitus (com ou sem tratamento com insulina), as perturbações depressivas e a obesidade.

15 – Quociente entre o nº de óbitos da população residente, (da doença específica) sobre a população média residente em risco nesse período. É expressa por 100 mil habitantes

16 - Consiste na aplicação das taxas de mortalidade por idade a uma população padrão que se definiu como a europeia e permite a comparação dos seus valores entre diferentes unidades territoriais

17 - Consiste na aplicação das taxas de internamento por idade a uma população padrão que se definiu como a europeia e permite a comparação dos seus valores entre diferentes unidades territoriais

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

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

Os principais problemas de saúde identificados para o ACeS da Maia, de acordo com a análise efectuada da bibliografia disponível e em sintonia com o Plano de Desempenho do ACeS da são:

- As Doenças Cardiovasculares (Doenças cerebrovasculares e isquémica do coração);
 - O Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão;
 - O Tumor maligno do cólon e recto;
 - O Tumor maligno da mama (feminina);
 - A DPOC
 - A Diabetes Mellitus;
 - A Pneumonia;
 - A Tuberculose
- As Perturbações Mentais devido à depressão (mulheres) e o abuso do álcool (nos homens).

Para cada uma das patologias identificadas, foram definidos os determinantes de saúde mais significativos. Os quadros seguintes listam alguns dos determinantes de saúde.

**QUAIS OS
PRINCIPAIS
PROBLEMAS DE
SAÚDE?**

DOENÇA CARDIOVASCULAR

QUE INFLUÊNCIA O APARECIMENTO DAS DOENÇAS?

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> Hipertensão arterial sem controlo Tabagismo Dislipidemia Abuso do álcool, sal e gorduras Stress excessivo Falta de exercício físico Diabetes Obesidade 	<ul style="list-style-type: none"> Dieta equilibrada Prática regular de exercício físico Controlo adequado da dislipidemia e hipertensão arterial Cessaçã Tabágica Manter peso ideal Literacia em Saúde

TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> Tabaco Factores ambientais (poluição, mau ar interior, outros) Idade DPOC História familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Cessaçã Tabágica Controlo adequado da DPOC Controle de factores ambientais adversos Espaços livres de tabaco Literacia em Saúde

TUMOR MALIGNO DO CÓLON E RECTO

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> Idade (especialmente se acima dos 50 anos) Hereditariedade (História familiar de Cancro Colo-Rectal, Polipose Adenomatosa Familiar, Cancro Colo-rectal hereditário não associado a polipose) Presença de pólipos intestinais (a remoção dos mesmos anula este risco aumentado) Dieta (baixa em legumes, fibras e frutas, rica em carnes vermelhas e gordura) Tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> Cessaçã Tabágica Dieta equilibrada Diminuição do consumo de álcool Controlo adequado das doenças inflamatórias intestinais Participação no rastreio Literacia em Saúde

- Doença inflamatória intestinal
- Diabetes (especialmente Tipo II, pelo estado de hiperinsulinémia inicial)
- Álcool

TUMOR MALIGNO DA MAMA (FEMININA)

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> • Idade • História pessoal de cancro da mama • História familiar • Alterações da mama • Mutações genéticas • Raça • História menstrual longa (menarca precoce e menopausa tardia) • Radioterapia na região peitoral • Densidade da mama • Obesidade depois da menopausa • Inactividade física • Primeira gravidez após os 31 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do peso adequado • Multiparidade • 1ª gravidez antes dos 30 anos • Prática regular de exercício físico • Vigilância adequada • Participação no rastreio • Literacia em Saúde

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Idade • Poluição ar ambiente • Hereditariedade 	<ul style="list-style-type: none"> • Cessaçãõ Tabágica • Controlo ar ambiente • Literacia em Saúde

DIABETES MELLITUS

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo e inatividade física • Complicações da diabetes • Obesidade e excesso de peso • Hipertensão arterial • Dislipidemia • Antecedentes de doença cardiovascular • Antecedentes de diabetes gestacional prévia 	<ul style="list-style-type: none"> • Prática regular de exercício físico • Alimentação adequada • Controlo adequado da dislipidemia, da glicemia e da hipertensão arterial • Literacia em Saúde

PNEUMONIA

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> • Idade avançada/idosos • Tabagismo • Álcool • Mudanças bruscas de temperatura; • Alergias respiratórias e pneumoconioses; • Internamentos de longa duração (em pacientes acamados); • Insuficiência cardíaca; • Colonização da orofaringe; • Cirrose Hepática; • Deficiências nutricionais; • Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cessação Tabágica • Diminuição do consumo de álcool • Vacinação • Manutenção adequada do ar condicionado • Fisioterapia preventiva em doentes acamados • Controlo adequado da DPOC

TUBERCULOSE

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza e discrepância entre ricos e pobres • Populações deslocadas para áreas urbanas • Negligencia na gestão da doença (deficiente capacidade de detecção, diagnóstico e cura) • Maior incidência na população de maior produtividade • Implementação pouco eficiente da estratégia DOT¹⁸ • Número de casos de tuberculose na comunidade • Duração da infecciosidade dos casos não tratados • Falta de acessibilidade aos serviços de diagnósticos e tratamento • Falta de etiqueta respiratória • Habitação mal ventilada • Diminuição da função macrofágica¹⁹ • Tabagismo • Alcoolismo (da maneira como afecta o sistema imunitário) • Malnutrição • Diabetes, neoplasias, insuficiência renal, HIV • Diminuição dos rastreios à população bacilífera 	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinação BCG • Cessaçã Tabágica • Diminuição do consumo de álcool • Diagnóstico precoce e tratamento efectivo • Rastreio adequado dos contactantes • Dieta equilibrada • Literacia em Saúde

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

19 – Células específicas do sistema imunitário

ABUSO DE ÁLCOOL

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none"> • História familiar de alcoolismo; • Ambiente sociocultural propenso ao consumo de álcool (festas, reuniões sociais, etc.); • Situações imprevisíveis de rotura na vida quotidiana; • Distúrbios emocionais – pessoas deprimidas ou ansiosas; • Conflitos entre os pais, divórcio, separação ou abandono, de um ou de ambos os progenitores; • Dificuldades de adaptação à escola; • Dificuldades de aprendizagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio social • Controlo adequado dos distúrbios emocionais

DEPRESSÃO

DETERMINANTES DE RISCO	DETERMINANTES PROTETORES
<ul style="list-style-type: none">• Episódios de depressão no passado;• História familiar de depressão;• Sexo feminino, especialmente na adolescência, no primeiro ano após o parto, menopausa e pós-menopausa;• Pessoas que sofrem um qualquer tipo de perda significativa, mais habitualmente a perda de alguém próximo (morte, separação, abandono);• Pessoas com doenças crónicas (cardíacas, hipertensão, asma, diabetes, história de trombozes, artroses e outras doenças reumáticas, SIDA, fibromialgia, cancro e outras);• Pessoas que coabitam com um familiar portador de doença grave e crónica (por exemplo, pessoas que cuidam de doentes com Alzheimer);• Pessoas com tendência para ansiedade e pânico;• Pessoas com profissões geradoras de <i>stress</i> ou em circunstâncias de vida que causem <i>stress</i>;• Pessoas com dependência de substâncias químicas (drogas) e álcool;• Pessoas idosas.	<ul style="list-style-type: none">• Apoio social , redes sociais• Controlo das doenças crónicas• Estilo de vida saudável• Aprendizagem de técnicas adaptativas ao stress• Literacia

NECESSIDADES DE SAÚDE

De acordo com os termos de referência fornecidos pelo DSP para a elaboração do PLS, uma necessidade de saúde é *a diferença entre o estado de saúde da população e o estado de saúde desejado e mede-se estimando o desvio entre o real e o desejado*. Ainda de acordo com o mesmo documento, *a definição das necessidades de saúde consiste numa tradução mais operacional dos problemas de saúde e implica a definição do real e do que seria desejável*.

DE QUE PRECISAMOS?

Nesse sentido foram determinadas as necessidades de saúde do Concelho da Maia e a sua respectiva justificação, discriminadas na tabela seguinte.

Necessidade de Saúde	Justificação
Menor mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões	<p>No triénio 2007-2009, os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão apresentaram valores superiores à região norte, em todas as idades, sendo a 3ª causa de morte para ambos os sexos em todas as idades e a 1ª na população de ambos os sexos com menos de 65 anos.</p> <p>De referir ainda que o abuso do tabaco, um determinante desta patologia, é o 3º problema de saúde mais registado pelos médicos de MGF deste ACeS.</p>
Menor taxa de incidência de Tuberculose	<p>Tem-se vindo a observar uma diminuição progressiva da taxa de incidência da tuberculose, ao longo dos anos. No entanto, o Concelho da Maia, considerando o período de tempo entre 2000 e 2009, ainda apresenta uma taxa de incidência média anual superior à da região Norte e acima do limite definido no Plano de Luta contra a Tuberculose de 20 novos casos por cada 100000 habitantes.</p> <p>De referir ainda que o abuso do tabaco, um determinante desta patologia, é o 3º problema de saúde mais registado pelos médicos de MGF deste ACeS.</p>

Necessidades de saúde

Menor mortalidade por Tumor maligno da mama (feminina)	Apesar do Concelho da Maia apresentar TMP semelhantes às de Região Norte para esta patologia, para o triénio 2007-2009, o tumor maligno da mama feminina é ainda a 5ª principal causa de morte entre todas as mulheres e a 1ª para as mulheres com menos de 65 anos.
Menor mortalidade por Doenças Cardiovasculares	No triénio 07-09, as doenças cardiovasculares são a 1ª causa de morte para a população de todas as idades e ambos os sexos, e a 2ª principal causa de morte para a população de ambos os sexos, com menos de 65 anos. De referir ainda que a obesidade e o excesso de peso, dois determinantes desta patologia, são o 4º problema de saúde mais registado pelos médicos de MGF, a Hipertensão, outro determinante, o problema de saúde mais vezes registado e as dislipidemias (outro determinante) o 2º.
Menor mortalidade por Diabetes mellitus	No triénio 2007-09, a diabetes foi a 3ª principal causa de morte para a população de ambos os sexos e de todas as idades, e a 2ª principal causa de morte para a totalidade da população do sexo feminino. De acordo com o SIARS, em Outubro de 2011, cerca de 7200 utentes inscritos sofriam de diabetes, sendo o 5º problema de saúde mais registado pelos médicos de MGF deste ACeS.
Menor mortalidade e taxa de internamentos por Pneumonia	No triénio 2007-09, a pneumonia foi a 5ª causa de morte entre a população do ACeS da Maia. Em 2007, esta patologia foi a principal causa de internamento da população da Maia. De referir ainda que o abuso do tabaco, um determinante desta patologia, é o 3º problema de saúde mais registado pelos médicos de MGF deste ACeS.
Menor mortalidade por Tumor maligno do cólon e recto	No triénio 2007-09, este tipo de tumor foi a 4ª principal causa de morte na população de todas as idades e com menos de 65 anos do ACeS da Maia.

Menor morbidade por DPOC	Apesar de não apresentar uma TMP elevada, esta patologia foi a 4ª principal causa de internamento da população do ACeS da Maia, em 2007. De referir ainda que o abuso do tabaco, um determinante desta patologia, é o 3º problema de saúde mais registado pelos médicos de MGF deste ACeS.
Menor morbidade por Depressão e Abuso do álcool	Estas patologias não apresentam TMP elevadas mas as perturbações depressivas são o 6º problema de saúde mais registado pelos médicos de MGF deste ACeS.

RECURSOS DA COMUNIDADE

Recursos da comunidade

Os recursos da comunidade são instrumentos valiosos na elaboração de um PLS, já que fornecem uma visão diferente, uma visão interior, do que uma comunidade necessita ou sente que necessita.

De acordo com os termos de referência fornecidos pelo DSP para a elaboração do PLS, *um recurso da comunidade é uma ou mais qualidades, pessoas, bens ou qualquer outra coisa que constitua uma vantagem, um recurso ou um item de valor para a comunidade.* Entende-se ainda, e de acordo com o referido documento, *uma comunidade como sendo constituída pela população da área de influência do ACeS/ULS e respectivos sectores, organizações e serviços (incluindo, portanto, o sector da saúde).*

De acordo com esta definição, entendem-se como recursos da comunidade todas as instituições, associações, organizações locais de cidadãos, como o Concelho da Comunidade, a Santa Casa de Misericórdia da Maia, a Cruz Vermelha da Maia, a Liga de Amigos do ACeS da Maia, a APPACDM, os diversos lares de idosos e de acolhimento de crianças, as diversas instituições de solidariedade social, e outras instituições que não sendo da comunidade estão disponíveis para colaborar com a mesma, como o Serviço local da Segurança Social, representantes locais da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em risco, representantes do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., representantes sindicais e outros.

Além de todos os recursos já enunciados, também são recursos da comunidade os seus líderes formais e informais, na pessoa dos representantes da Assembleia Municipal, no presidente da Câmara Municipal da Maia, nos representantes dos agrupamentos escolares, nos líderes religiosos locais e nos representantes das instituições de acção social, e todo e qualquer cidadão que, pelo seu trabalho ou qualidades pessoais, se dedique a promover a saúde no seio da sua comunidade.

PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

METODOLOGIA

METODOLOGIA E SELECÇÃO

Após a identificação dos principais problemas de saúde que afectam a população do ACeS da Maia, com base nos valores de mortalidade e morbilidade disponíveis, foi obrigatório seleccionar os problemas considerados prioritários.

Para a priorização dos problemas de saúde, foi utilizada uma técnica de consenso – técnica de Grupos Nominais.

Os constrangimentos existentes não permitiram, neste momento a diversificação do grupo, nomeadamente a presença de “stakeholders” (parceiros estratégicos) da comunidade. Assim foi seleccionada uma equipa multidisciplinar, com profissionais de saúde constituída por elementos de 2 UCC e 7 USF.

QUE PARCEIROS TEMOS?

Esta técnica consistiu na atribuição de pontos (numa escala de 0 a 10), mediante os critérios de *MAGNITUDE*, *TRANSCENDÊNCIA*, e *VULNERABILIDADE* aos 9 problemas de saúde identificados. Deste modo considerou -se que :

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES			
Valor da Escala	Critério		
	MAGNITUDE	TRANSCENDÊNCIA	VULNERABILIDADE
0-10	Dimensão do problema de acordo com as taxas de mortalidade e morbilidade (incidência e prevalência)	Impacto sócio-económico, nos diferentes grupos etários	Possibilidade de prevenção e ou tratamento eficaz com os recursos disponíveis

Foi entregue a cada participante uma listagem das principais patologias existentes do ACeS, os dados relativos à mortalidade e morbilidade associados, a definição dos critérios a serem usados e uma tabela para a priorização dos problemas identificados.

No final foram somados os pontos atribuídos para cada participante e ordenadas as patologias por ordem decrescente de pontuação.

RESULTADOS

RESULTADOS

Por ordem decrescente, verificaram-se os seguintes resultados:

- As Doenças Cardiovasculares (Doenças cerebrovasculares e isquémica do coração);
 - A Diabetes Mellitus;
 - A Tuberculose
 - A DPOC
 - O Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão;
 - O Tumor maligno do cólon e recto;
 - O Tumor maligno da mama (feminina);
 - Abuso de Álcool
 - Patologias Depressivas
 - A Pneumonia;

Neste contexto, assumiu-se como áreas prioritárias, o enfatizar dos recursos da Saúde e da Comunidade existentes, nos próximos anos, os 5 primeiros, tendo em conta que numa primeira abordagem, se salientam os 3 primeiros:

- As Doenças Cardiovasculares (Doenças cerebrovasculares e isquémica do coração);
 - A Diabetes Mellitus;
 - A Tuberculose

ESTRATÉGIAS E RECOMENDAÇÕES

ESTRATÉGIAS E RECOMENDAÇÕES

Sabemos que as estratégias de acção devem ter uma implicação directa nos Planos de Saúde, elaborados a médio e a longo prazo, no sentido da melhoria ou resolução efectiva dos problemas de saúde identificados, como prioritários, em parcerias com os recursos disponíveis na Comunidade

Neste contexto, recomenda-se um exercício e compromisso conjunto com a Comunidade (nt: salienta-se o reforço positivo que deve ter o Conselho da Comunidade), e que as actividades devem orientar –se de acordo com objectivos nacionais :

- 1º - As Doenças Cardiovasculares - DCV (Doenças cerebrovasculares e isquémica do coração);

DOENÇAS CARDIOVASCULARES		
OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVOS OPERACIONAIS	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO
Diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares	<p>Deteção precoce casos de HTA, obesidade mórbida e dislipidemias orientação para tratamento efectivo</p> <p>Efectuar a vigilância de hipertensos identificados, inscritos no ACES;</p> <p>Definição de Normas de Orientação Clínica (ver DGS)</p> <p>Promover a prática de exercício físico a toda a População</p> <p>Promover acções de formação aos profissionais e na Comunidade / Escolas</p> <p>Reforçar as intervenções para controlo da HTA a nível comunitário e institucional;</p> <p>Criar consulta de cessação tabágica no Aces-MAIA e alargar a disponibilidade das consultas já existentes</p> <p>Prevenção da Obesidade em articulação com as escolas</p> <p>Prevenção do tabagismo em articulação com as escolas</p>	<p>Nº óbitos por DCV no grupo etário < 65 anos inscrita no Aces em 2016</p> <p>Nº de casos com internamento hospitalar / nº casos em vigilância no ACes em Dezembro 2016</p>

- 2º - A Diabetes Mellitus;

A DIABETES MELLITUS		
OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVOS OPERACIONAIS	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO
Diminuição da morbilidade e mortalidade por DM	<p>Deteção precoce casos de DM, obesidade mórbida e dislipidemias e orientação para tratamento efectivo</p> <p>Efectuar a vigilância adequada de DM identificados, inscritos no ACES;</p> <p>Orientação das equipas segundo as Normas de Orientação Clínica (ver DGS)</p> <p>Promover a prática de exercício físico a toda a População</p> <p>Promover acções de formação aos profissionais e na Comunidade / Escolas</p> <p>Reforçar as intervenções para controlo da HTA a nível comunitário e institucional;</p> <p>Criar consulta de cessação tabágica no ACeS-MAIA e alargar a disponibilidade das consultas já existentes</p> <p>Prevenção da Obesidade em articulação com as escolas</p> <p>Prevenção do tabagismo em articulação com as escolas</p>	<p>Nº óbitos por DM no grupo etário <65 anos inscrita no ACeS em 2016</p> <p>Nº de casos com internamento hospitalar/nº casos em vigilância no ACeS em Dezembro 2016</p>

- 3º - A Tuberculose (TP) :

A DIABETES MELLITUS		
OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVOS OPERACIONAIS	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO
<p>Diminuir a taxa de incidência de TP para < 20 / 10000</p>	<p>Detecção precoce novos casos;</p> <p>Definição de Normas de Orientação Clínica;</p> <p>Promover a TOD a todos os doentes;</p> <p>Efectuar visitação domiciliária aos doentes faltosos;</p> <p>Promover acções de formação aos profissionais;</p> <p>Reforçar as intervenções para controlo da TB tanto a nível comunitário como institucional;</p> <p>Uniformizar e garantir a acessibilidade dos profissionais aos protocolos de actuação perante a identificação de um caso de TB;</p> <p>Implementar um algoritmo de decisão para caso suspeito de TB.</p> <p>Garantir a vacinação de BCG a 99% do nº total de crianças nascidas / ano</p>	<p>Nº de casos novos de TP inscritos no ACeS em 2016/ população residente no ACeS</p> <p>Nº casos de TP que completaram o tratamento/ nº total de casos de TP no ano X 100 (%)</p> <p>Nº casos de TP bacilifera curados/nº total de casos de TP bacilíferos no ano X 100 (%)</p> <p>Nº casos de TP bacilifera tratados com TOD/nº total de casos de TP bacilíferos no ano X 100 (%)</p> <p>Nº casos de TP bacilifera com abandono terapêutico/nº total de casos de TP bacilíferos no ano X 100 (%)</p> <p>Monitorização continuada das DDO recebidas e respectivo inquérito epidemiológico</p>

COMENTÁRIOS FINAIS

COMENTÁRIOS FINAIS

No contexto actual, em que o concelho da Maia apresenta uma população mais jovem, em comparação com os dados disponíveis para a Região Norte, com uma esperança de vida ligeiramente superior (81.2 a), é fundamental identificar precocemente e limitar os problemas de saúde que condicionem ou diminuam a esperança de vida saudável (“healthy life expectancy”). Salientam-se as principais doenças evitáveis, tendo em conta as que são sensíveis aos cuidados médicos efectivos (pex. tuberculose, cancro da mama, cancro colo do útero, doenças hipertensivas e cerebrovasculares, DPCO...), quer aquelas passíveis de diminuição através da adequada promoção da saúde (pex. cancro traqueia brônquios e pulmão, cancro da pele, doença isquémica do coração, cirrose, acidentes de veículos a motor).

O PLS ao ser enquadrado nos Planos Regional e Nacional de Saúde tem de ser um processo dinâmico, agregador de sinergias, sensíveis às mudanças e evoluções, que possam ocorrer em saúde, devendo por isso manter a capacidade de monitorizar e de forma flexível, ser útil na adequada correcção das metas que se pretende atingir. Estas metas devem representar a participação e compromisso dos intervenientes, para a mudança.

Os novos sistemas de informação e a agilidade dos mesmos, irão permitir uma monitorização e avaliação mais eficiente do PLS, com novas capacidades de intervenção, já que, a referência na identificação dos problemas de saúde tem sido sobretudo as taxas de mortalidade e não as principais taxas de incidência e prevalência de patologias crónicas, com as respectivas condicionantes socioeconómicas e sociais, na Comunidade.

BIBLIOGRAFIA

- Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares
- Programa Nacional de Saúde Mental
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas
- Plano de Desempenho do ACeS Grande Porto IV – Maia
- Mort@lidades.ACeS, ARS Norte
- [Morbilid@des.hospitalar](#), ARS Norte
- Carga Global de Doença na Região Norte, ARS Norte
- Gomes, L. Factores de Risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na comunidade, J Pneumol 2001; 27(2): 97-114
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números 2010
- DGS – Bibliografia e Normas sobre abordagens terapêuticas disponíveis

ANEXOS

ANEXO I – QUADRO PARA PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

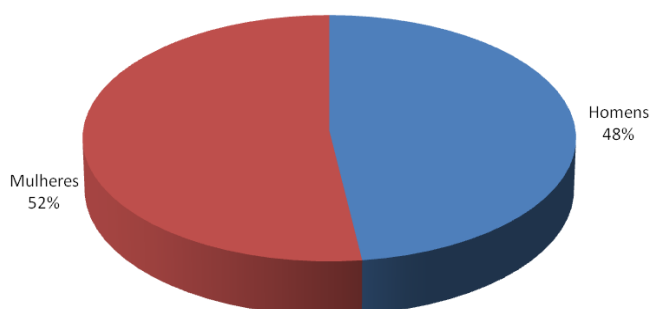
ANEXO II – TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 – POPULAÇÃO RESIDENTE (Nº.) POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, NOS ANOS 2001 E 2011

Local de residência	2001	2011
Portugal	10 356 117	10 555 853
Região Norte	3 687 293	3 689 713
ACeS Maia	120 111	135 049

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

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO (%) DO ACES GRANDE PORTO IV POR SEXO



Fonte: INE, Censos 2011 (resultados preliminares)

TABELA 2 – EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE ESTIMADA, 2006-2010

POPULAÇÃO RESIDENTE ESTIMADA POR GRUPO ETÁRIO (Ciclos de vida) – 2006-2010						
	ANOS	TOTAL	0-14 ANOS	15-24 ANOS	25-64 ANOS	≥ 65 ANOS
	2010	145 791	24 668	15 374	83 993	21 756
	2009	143 371	24 220	15 310	83 055	20 586
ACES	2008	140 859	24 113	15 383	81 826	19 537
	2007	138 226	23 734	15 531	80 431	18 530
	2006	135 700	23 385	15 725	78 955	17 635

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

GRÁFICO 2 – TAXA DE VARIAÇÃO (%) DA POPULAÇÃO RESIDENTE, 2001-2011

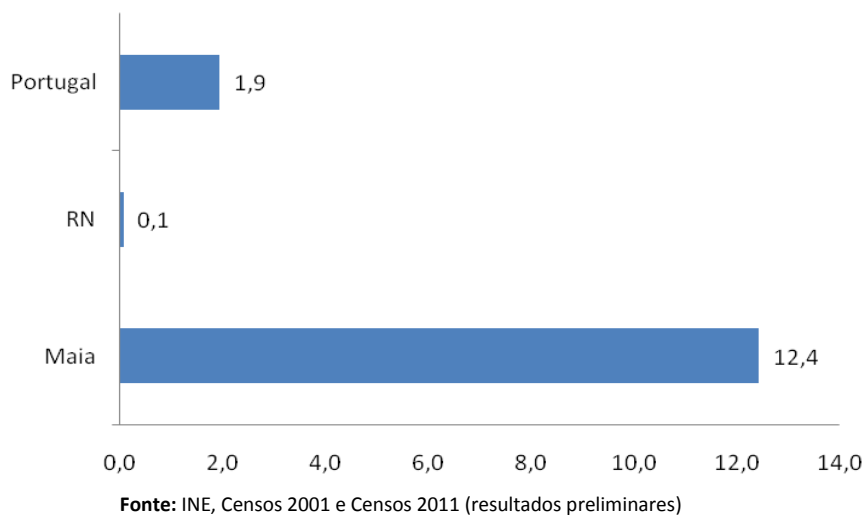


GRÁFICO 3 – EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO (%), 2000-2008

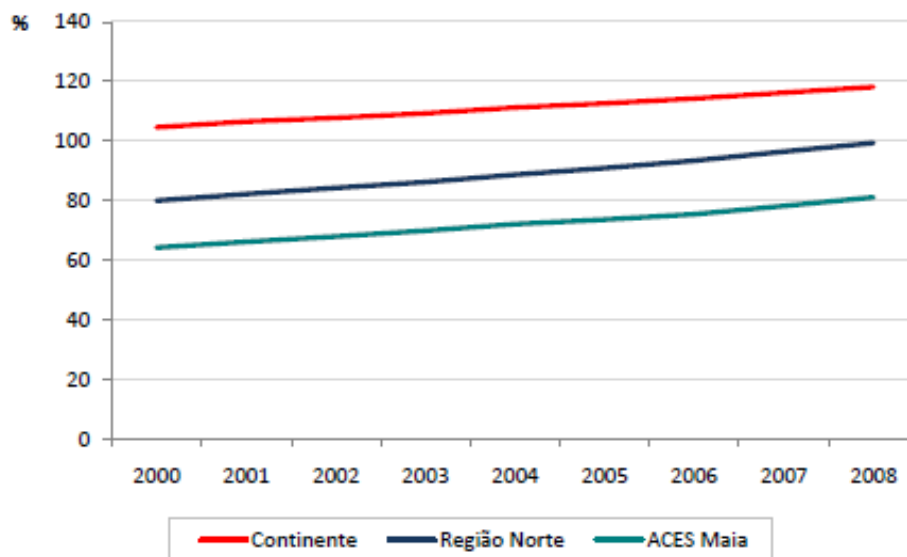
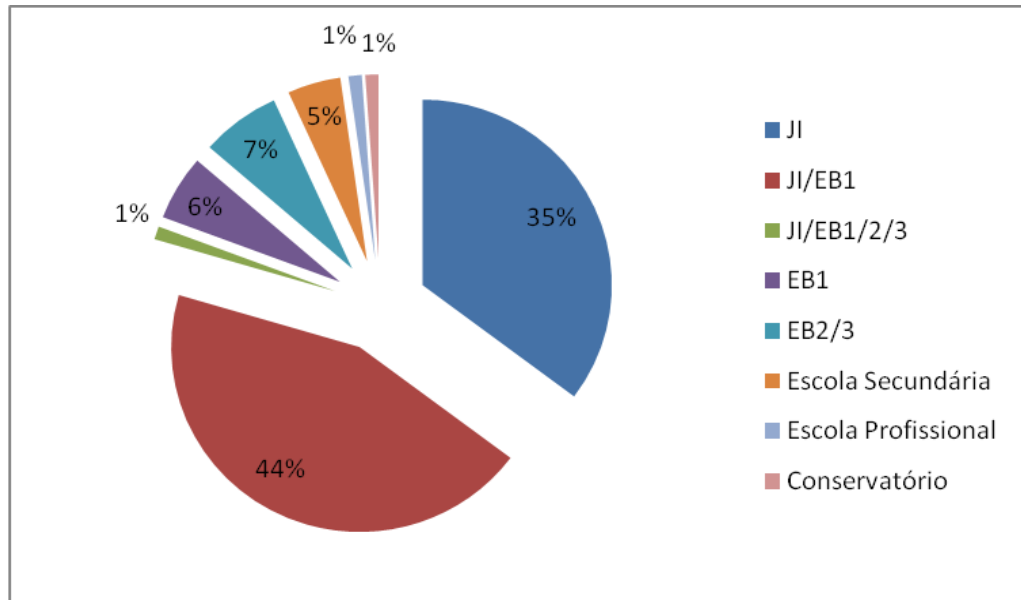
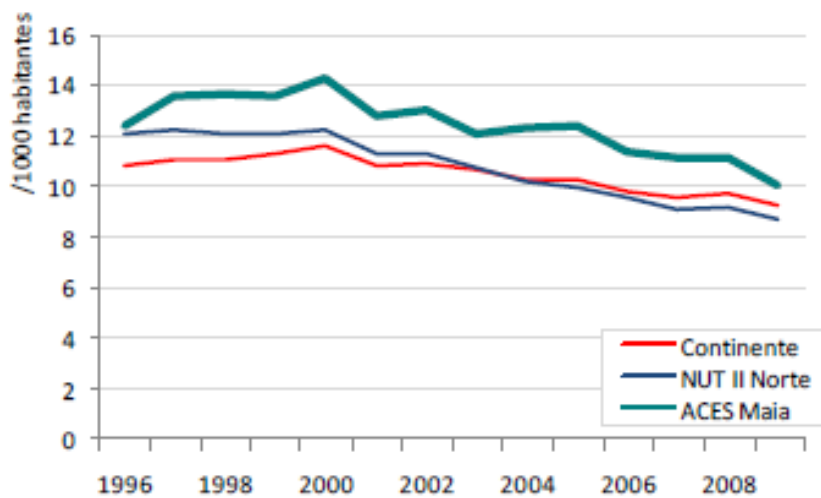


GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DO PARQUE ESCOLAR POR TIPO DE ESTABELECIMENTO



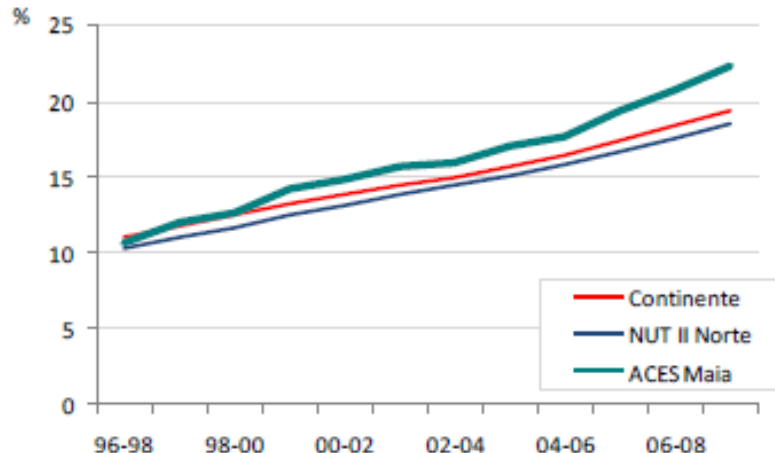
Fonte: USP Maia, Câmara Municipal da Maia e Ministério da Educação

GRÁFICO 5 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE NATALIDADE, 1996-2009



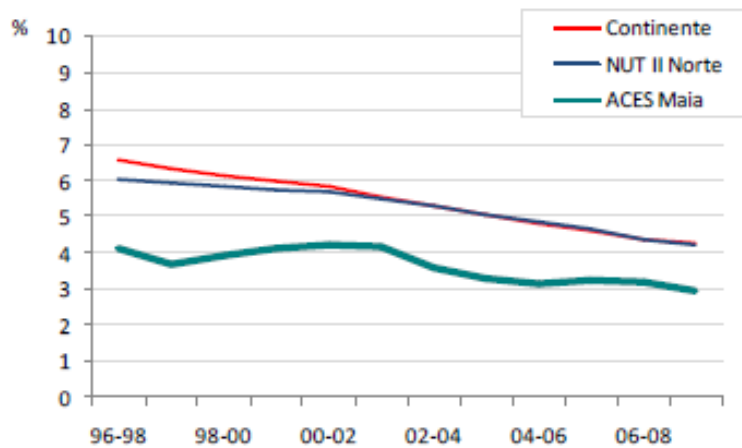
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 6 – PROPORÇÃO (%) DE NASCIMENTOS EM MULHERES COM MAIS DE 35 ANOS



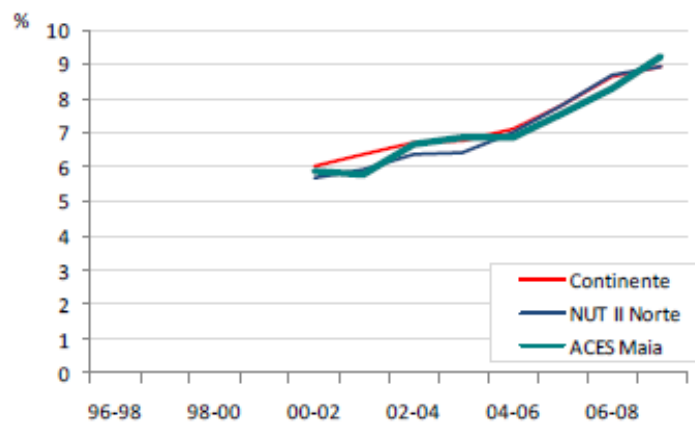
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 7 – PROPORÇÃO (%) DE NASCIMENTOS EM MULHERES COM MENOS DE 20 ANOS



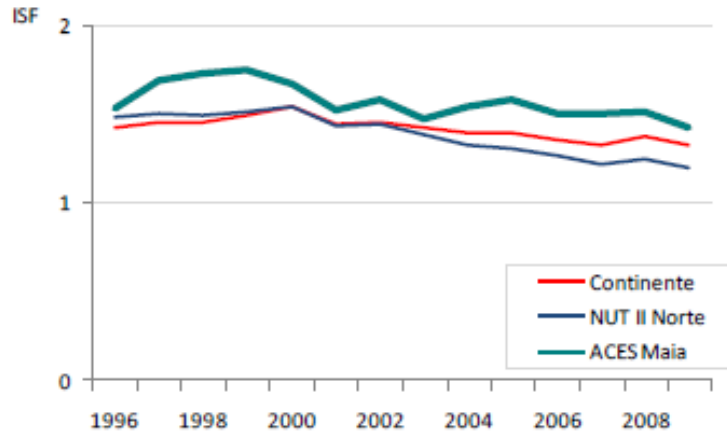
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 8 – PROPORÇÃO DE NASCIMENTOS PRÉ-TERMO



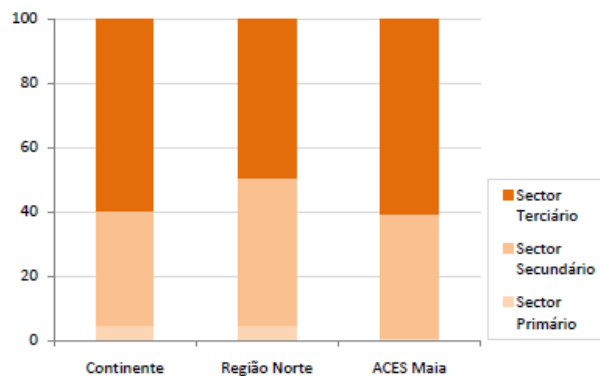
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 9 – EVOLUÇÃO DO ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDADE



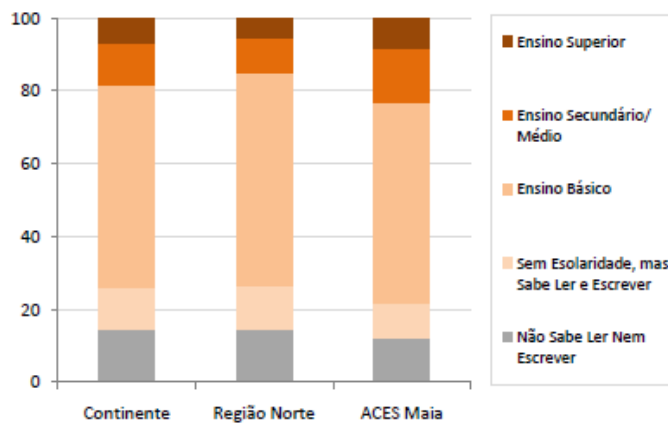
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 10 – DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO EMPREGADA POR SECTORES DE ACTIVIDADE



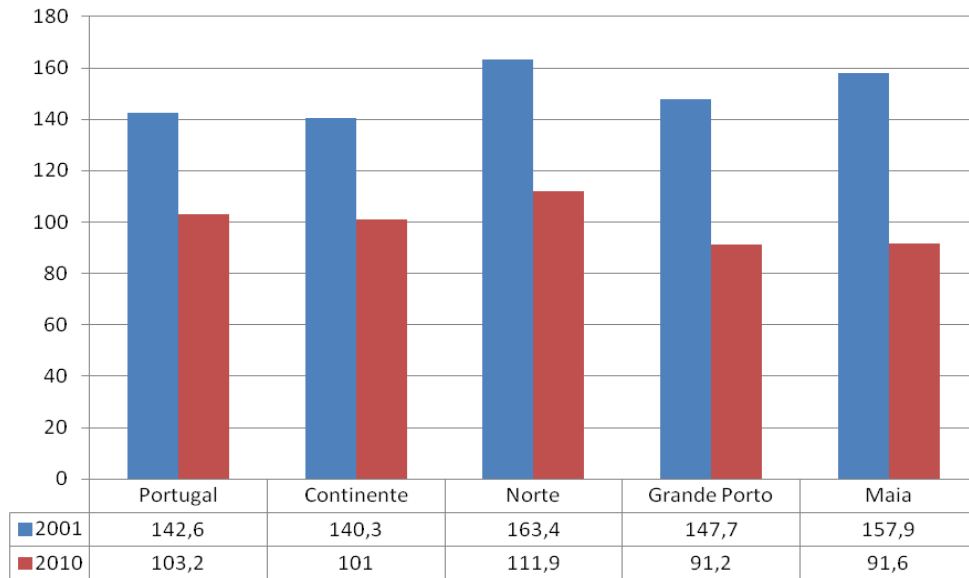
Fonte: Perfil de Saúde da Maia, ARS Norte

GRÁFICO 11 – DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR GRAU DE INSTRUÇÃO



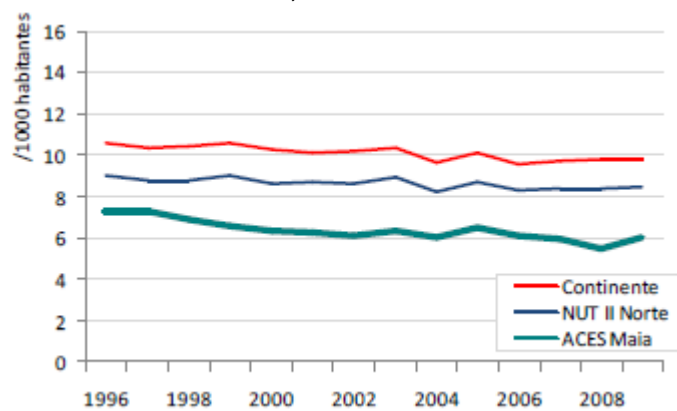
Fonte: Perfil de Saúde da Maia, ARS Norte

GRÁFICO 12 – ÍNDICE DE RENOVAÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ACTIVA (Nº.) POR ZONA GEOGRÁFICA



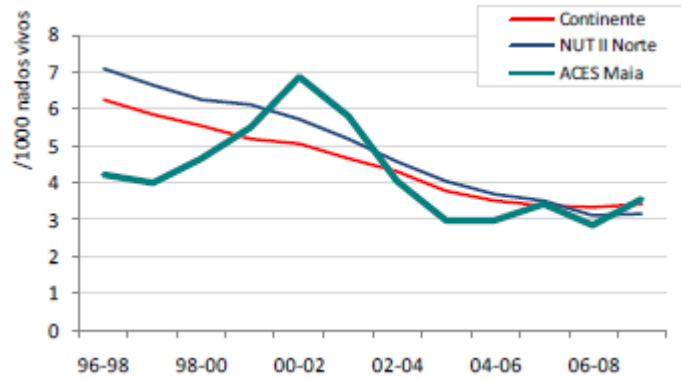
Fonte: INE, 2010 – Indicadores demográficos (Última actualização: 07 de Junho de 2011)

GRÁFICO 13 – EVOLUÇÃO DA TAXA BRUTA DE MORTALIDADE, 1996-2009



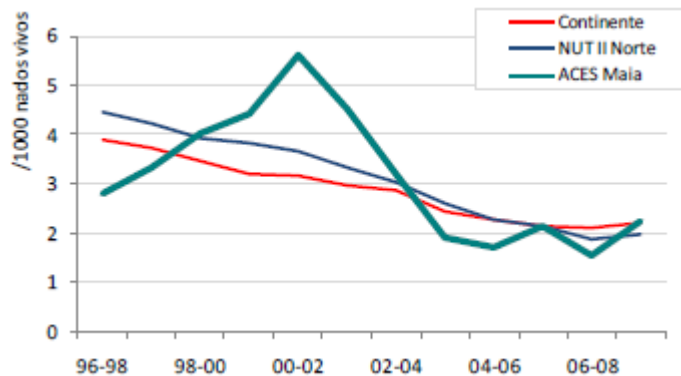
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 14 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, POR TRIÉNIOS



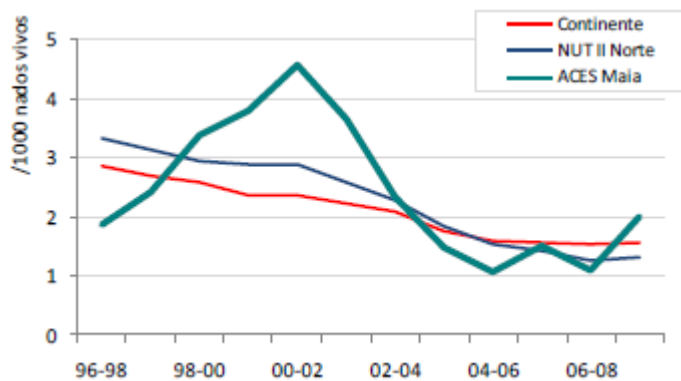
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 15 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL, POR TRIÉNIOS



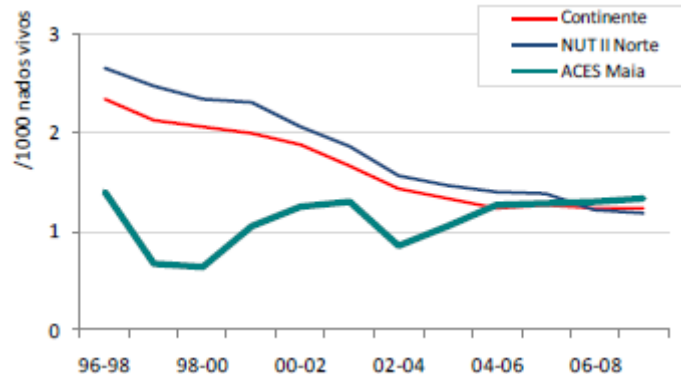
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 16 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOZE, POR TRIÉNIOS



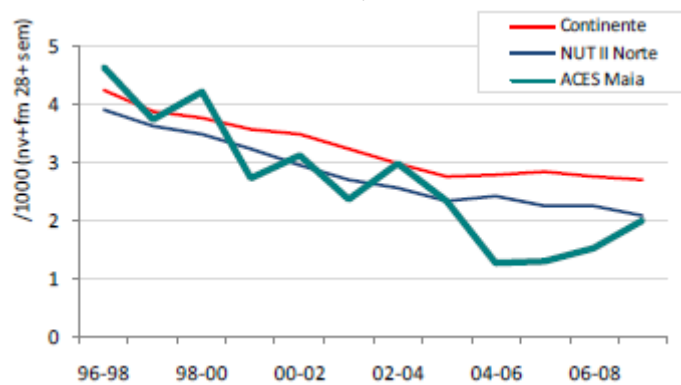
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 17 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL, POR TRIÉNIOS



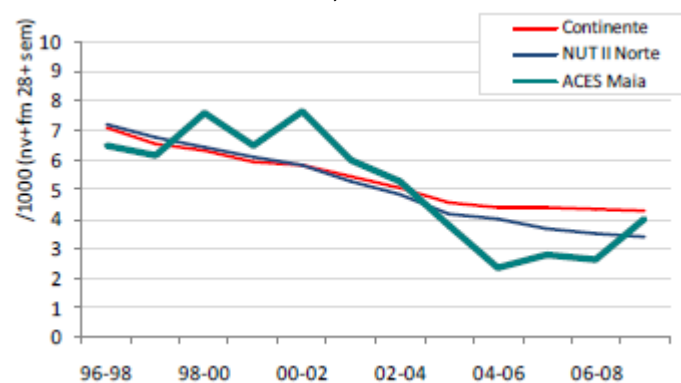
Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 18 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE FETAL TARDIA, POR TRIÉNIOS



Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

GRÁFICO 19 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL, POR TRIÉNIOS



Fonte: Natalidade, Mortalidade Infantil e componentes, Região Norte 1996-2009, ARS Norte

TABELA 3 – TAXA BRUTA DE MORTALIDADE DA POPULAÇÃO DO CONCELHO DA MAIA

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE PARA AMBOS OS SEXOS (/100000 HABITANTES) ACES MAIA	2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009
Doenças Cerebrovasculares	90,3	84,8	86,9	82,5	81,7
Doença Isquémica do Coração	43,5	38,2	34,2	31,2	34,6
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	31,3	31,6	35,2	34,6	32,2
Tumor Maligno do Cólon e Recto	16,8	17,0	20,8	20,0	22,9
Diabetes Mellitus	30,5	28,4	25,1	22,2	22,0
Pneumonia	24,1	26,6	27,8	24,1	20,3
Tuberculose	3,4	2,3	2,0	0,7	0,5

Fonte: mortalid@des.ACes, 2001-2009

TABELA 4 – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA 16 DA POPULAÇÃO DO CONCELHO DA MAIA

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA AMBOS OS SEXOS (/100000 HABITANTES) ACES MAIA	2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009
Doenças Cerebrovasculares	80,9	71,7	69,9	63,9	60,5
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	29,6	28,8	31,1	29,6	27,2
Doença Isquémica do Coração	39,2	34,0	29,0	25,6	27,0
Diabetes Mellitus	26,9	24,1	20,8	17,6	16,6
Tumor Maligno do Cólon e Recto	15,7	15,2	17,7	16,4	18,4
Pneumonia	21,5	22,9	22,7	19,2	15,6
Tuberculose	3,1	2,1	1,7	0,5	0,3

Fonte: mort@lidade.ACes, 2001-2009

TABELA 5 – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA DA POPULAÇÃO COM MENOS DE 65 ANOS DO CONCELHO DA MAIA

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA AMBOS OS SEXOS COM MENOS DE 65 ANOS (/100000 HABITANTES) ACES MAIA	2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009
Doenças Cerebrovasculares	8,8	8,4	6,8	7,0	6,6
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	16,2	16,2	18,8	17,7	17,1
Doença Isquémica do Coração	10,6	10,7	8,3	5,9	6,4
Diabetes Mellitus	3,5	3,8	3,4	2,8	3,0
Tumor Maligno do Cólon e Recto	5,3	5,5	6,0	5,6	5,5
Pneumonia	2,7	2,6	2,8	2,5	2,5
Tuberculose	1,9	1,3	0,7	0,0	0,0

Fonte: mort@lidade.ACes, 2001-2009

TABELA 6 – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA DA POPULAÇÃO DO SEXO MASCULINO DO CONCELHO DA MAIA

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA O SEXO MASCULINO E TODAS AS IDADES (/100000 HABITANTES) ACES MAIA	2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009
Doenças Cerebrovasculares	99,8	92,3	86,3	73,3	63,0
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	60,4	57,1	59,8	55,3	48,6
Doença Isquémica do Coração	57,7	50,0	39,7	35,3	40,0

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA O SEXO MASCULINO COM MENOS DE 65 ANOS (/100000 HABITANTES) ACES MAIA	2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009
Doenças Cerebrovasculares	12,6	10,6	8,2	7,3	7,6
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	31,0	29,2	31,9	27,6	25,2
Doença Isquémica do Coração	18,6	18,5	12,1	7,9	10,4

Fonte: mort@lidade.ACes, 2001-2009

TABELA 7 – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA DA POPULAÇÃO DO SEXO FEMININO DO CONCELHO DA MAIA

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA O SEXO FEMININO E TODAS AS IDADES (/100000 HABITANTES) ACES MAIA	2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009
Doenças Cerebrovasculares	68,2	58,1	59,1	57,5	57,8
Diabetes mellitus	25,7	23,4	20,1	17,5	16,6
Doença Isquémica do Coração	25,0	21,0	19,6	17,9	17,1

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA O SEXO FEMININO COM MENOS DE 65 ANOS (/100000 HABITANTES) ACES MAIA	2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009
Doenças Cerebrovasculares	5,2	5,4	4,6	5,4	4,2
Tumor Maligno da Mama (feminina)	9,6	9,2	7,7	9,4	9,0
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmões	1,7	2,7	4,1	5,5	6,2

Fonte: mort@lidade.ACeS, 2001-2009

TABELA 8 – TAXA DE INTERNAMENTO PADRONIZADA DA POPULAÇÃO DO ACES DA MAIA

TAXA DE INTERNAMENTO PADRONIZADA NO ANO DE 2007 (/100000 HABITANTES) ACES MAIA	HOMENS E MULHERES	HOMENS	MULHERES
Pneumonia	235,1	314,5	181,4
Doença Isquémica do Coração	197,9	296,5	107,2
Doenças Cerebrovasculares	139,9	146,3	132,8
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	125,0	174,7	82,9

Fonte: morbilid@des.hospitalar, 2007

TABELA 9 – PRINCIPAIS PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS NO ACES DA MAIA

PROBLEMA DE SAÚDE	Nº PROBLEMAS	POPULAÇÃO INSCRITA	PROBLEMAS DE SAÚDE POR 1000 INSCRITOS
Hipertensão (com e sem complicações)	18908	121372	155,79
Alterações no metabolismo dos lípidos	14301	121372	117,83
Abuso do tabaco	11082	121372	91,31
Obesidade e Excesso de Peso	10368	121372	85,42
Diabetes mellitus (tratamento com e sem insulina)	7200	121372	59,32
Perturbações depressivas	6709	121372	55,28

Fonte: SIARS, Outubro 2011

TABELA 10 – EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA NO CONCELHO DA MAIA

DDO	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Febre Escarionodular	1	1	0	0	0	2
Febre Tifóide/paratifóide	0	0	0	0	0	0
Outras Salmoneloses	9	5	3	1	6	24
Hepatite A	0	0	0	0	0	0
Hepatite B	1	0	1	1	3	6
Hepatite C	1	0	1	1	0	3
Hepatites Virais	0	0	0	0	0	0
Outras Hepatites	0	0	0	0	0	0
Infecções Gonocócicas	0	0	0	0	0	0
Malária	0	1	0	2	4	7
Meningite Meningocémica	4	1	0	0	1	6
Infecções Meningocócicas	0	1	1	1	0	3
Meningite por Haemofilus Influenza	0	0	0	0	0	0
Infecções por Haemofilus Influenza	0	0	0	0	0	0
Parotidite	1	3	0	4	2	10
Rubéola	0	0	0	0	0	0
Rubéola Congénita	0	0	0	0	0	0
Sarampo	0	0	0	0	0	0
Sífilis Congénita	0	1	0	0	0	1
Sífilis Precoce	0	0	1	0	0	1
Tétano	0	0	0	0	0	0
Tétano Neonatal	0	0	0	0	0	0
Tosse Convulsa	0	3	2	0	0	5
Tuberculose S.N.	0	0	0	0	0	0
Tuberculose Miliar	2	1	1	2	0	6
Tuberculose Respiratória	46	36	25	35	31	173
Doença dos Legionários	1	4	10	4	7	26
Febre Q	0	0	0	1	0	1
Doença de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	1	0	1
Leptospirose	0	0	0	0	1	1
Doença de Lyme	0	0	0	0	1	1

Fonte: USP ACeS Grande Porto IV – Maia, 2011

**ANEXO III — LISTAGEM DE ALGUNS DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO CONCELHO DA MAIA,
COMO POTENCIAL APOIO NA DIMINUIÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS**

ANEXO III – LISTAGEM DE ALGUNS DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO CONCELHO DA MAIA, COMO POTENCIAL APOIO NA DIMINUIÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

TABELA 19 – IDENTIFICAÇÃO DE RECURSOS DA COMUNIDADE

PROBLEMA DE SAÚDE	RECURSOS	QUEM DISPONIBILIZA
T. maligno da traqueia, brônquios e pulmões	Diagnóstico	USF / UCSP / Hospital
	Tratamento	Hospital
	Reabilitação	ACES / Hospital
	Consultas cessação tabágica	ACES / Hospital / Clínicas
	Formação profissionais	ARS / ACES
	Informação jovens	ACES / DREN
	SHST	Empresas
	Legislação	Ministério da Saúde
	Cumprimento da legislação	ASAE / Forças policiais / USP
Cumprimento do perímetro livre de fumo nas escolas	Autarquia / Escolas / PSP	
T. maligno da mama (feminino)	Rastreio	ACES / Autarquia / Liga Portuguesa contra o Cancro
	Diagnóstico	ACES / Hospital / Privados
	Tratamento	Hospital
	Formação profissionais	ARS / ACES
	Informação população em risco	ACES / Comunicação Social / Hospital / Privados
	Informação doentes	ACES / Hospital
Apoio social e psicológico	ACES / Autarquia / Juntas de Freguesia / Santa Casa Misericórdia / Segurança Social	
Doenças Cardiovasculares	Programa de controlo da diabetes	ACES
	Programa de controlo da hipertensão	ACES
	Sessões de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis	ACES / Autarquia / Juntas de freguesia / Escolas
	Formação de professores	ACES / Autarquia / DREN
	Consulta de nutrição	ACES
	Programas de educação alimentar nas escolas	ACES / Autarquia
	Formação de profissionais	ACES / Autarquia / Outras entidades
	Equipamentos para a prática do exercício físico	Autarquia / Juntas de freguesia / Entidades privadas
	Condições para a prática do exercício físico nas escolas	Autarquia / Juntas de freguesia
	Via Verde AVC	ARS
	Referenciação INEM	INEM / ACES
	Tratamento e reabilitação	Hospital
	Reabilitação	USF / UCSP / UCC / Rede Cuidados Continuados / Clínicas privadas / Hospital
Apoio social e psicológico	ACES / Autarquia / Juntas de Freguesia / Santa Casa Misericórdia / Segurança Social	

PROBLEMA DE SAÚDE	RECURSOS	QUEM DISPONIBILIZA
Tuberculose	Diagnóstico	USF / UCSP / CDP / Hospital / Privados
	Tratamento	CDP / USF / UCSP
	Rastreio de contactos	CDP / USP / Hospital
	Vacinação	USF / UCSP / Hospital
	Consultas cessação tabágica	ACES / Hospital / Clínicas
	Formação profissionais	ARS / ACES
	Informação jovens	ACES / DREN
	Informação doentes	ACES / Hospital
	Tratamento compulsivo	USP / Ministério da Justiça
	Tratamento alcoolismo	IDT / ACES / Hospital
Apoio social e psicológico	ACES / Autarquia / Juntas de Freguesia / Santa Casa Misericórdia / Segurança Social	
Diabetes mellitus	Diagnóstico	ACES / Hospital / Privados
	Tratamento	Hospital/ACES
	Formação profissionais	ARS / ACES
	Informação população em risco	ACES / Comunicação Social / Hospital / Privados
	Informação doentes	ACES / Hospital
Apoio social e psicológico	ACES / Autarquia / Juntas de Freguesia / Santa Casa Misericórdia / Segurança Social	
Pneumonia	Diagnóstico	USF / UCSP / Hospital / Privados
	Tratamento	USF / UCSP / Hospital / Privados
	Formação de profissionais	ACES / ARS Norte
	Informação população	ACES / Comunicação Social / Autarquia / Hospital
Consulta de Cessação Tabágica	ACES / Hospital	
Tumor maligno do cólon e reto	Rastreio	ACES / Autarquia / Liga Portuguesa contra o Cancro
	Diagnóstico	ACES / Hospital / Privados
	Tratamento	Hospital
	Formação profissionais	ARS / ACES
	Informação população em risco	ACES / Comunicação Social / Hospital / Privados
	Informação doentes	ACES / Hospital
	Apoio social e psicológico	ACES / Autarquia / Juntas de Freguesia / Santa Casa Misericórdia / Segurança Social

PROBLEMA DE SAÚDE	RECURSOS	QUEM DISPONIBILIZA
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	Diagnóstico	USF / UCSP / Hospital / Privados
	Tratamento	USF / UCSP / Hospital / Privados
	Formação dos profissionais	ARS Norte / ACES
	Informação população	ACES / Autarquia / Comunicação Social / ARS Norte
	Formação doentes	ACES / Hospital / Privados / ARS Norte
	Consulta cessação tabágica	ACES / Hospital
	Apoio Social e psicológico	ACES / Autarquia / Juntas de Freguesia / Santa Casa Misericórdia / Segurança Social
Reabilitação	USF / UCSP / UCC / Rede Cuidados Continuados / Clínicas privadas / Hospital	
Depressão	Diagnóstico	USF / UCSP / Hospital / Privados
	Tratamento	USF / UCSP / Hospital / Privados
	Formação profissionais	ARS Norte / ACES
	Formação doentes	ACES / Hospital / Privados / ARS Norte
	Reabilitação	USF / UCSP / Clínicas privadas / Hospital
	Apoio social e psicológico	USF / UCSP / UCC / Rede Cuidados Continuados / Clínicas privadas / Hospital
Abuso de álcool	Diagnóstico	USF / UCSP / Hospital / Privados
	Tratamento	USF / UCSP / Hospital / Privados
	Formação profissionais	ARS Norte / ACES
	Formação doentes	ACES / Hospital / Privados / ARS Norte
	Reabilitação	USF / UCSP / Clínicas privadas / Hospital
	Apoio social e psicológico	USF / UCSP / UCC / Rede Cuidados Continuados / Clínicas privadas / Hospital