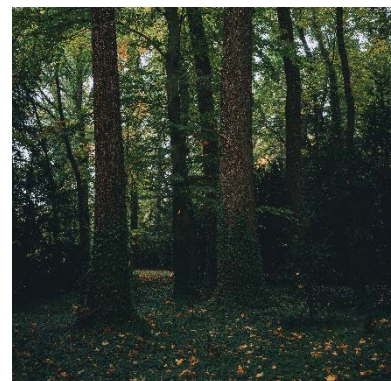




PLANO LOCAL DE SAÚDE MAIA VALONGO

23
/
25



Ficha técnica

Plano Local de Saúde Maia/Valongo 2023-2025

Autoria

Equipa Gestora do Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto III - Maia / Valongo: Miguel Cabral, Marcelo Vieira, Abel Fonseca, Adriana Pinheiro, Anabela Fernandes, Constância Sousa, Cristina Campeão, Diana Rocha, José Sousa, Marco Pires, Mariana Mota, Miguel Moreira, Raísa Guedes.

O conteúdo presente neste documento resultou de um processo colaborativo com as diferentes instituições comunitárias do território, através da discussão em grupos de trabalho e reuniões gerais. A elaboração deste documento e o trabalho desenvolvido foi apenas possível graças à colaboração e dedicação dos profissionais de todas estas entidades.

Edição

Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto III - Maia / Valongo

Av. Luís de Camões, nº 290, 3º andar

4474-004 Maia

Telefone: 229470940

Email: aces.maiavalongo@arsnorte.min-saude.pt | pls.maiavalongo@arsnorte.min-saude.pt

Tiragem: 200 exemplares.

A impressão deste documento é uma oferta da Câmara Municipal de Valongo.

Maia / Valongo, dezembro de 2022

Mensagem do Sr. Diretor Executivo

Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto III – Maia Valongo

O Plano Nacional de Saúde constitui a orientação fundamental das políticas de saúde em Portugal, definindo o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde.

Os Planos Locais de Saúde devem estar alinhados com as estratégias nacional e regional, contribuindo concertadamente para o cumprimento das metas nacionais, mas, devem também, traçar estratégias e intervenções específicas e individualizadas, orientadas para os potenciais ganhos em saúde da comunidade que servem, promovendo o objetivo último de melhoria justa do estado de saúde da sua população.

Tendo em consideração estes pressupostos, o ACES Maia Valongo, através da Unidade de Saúde Pública, decidiu avançar com a elaboração do seu PLS, promovendo o envolvimento dos profissionais do ACES, médicos, enfermeiros, técnicos superiores e demais profissionais, dos parceiros locais, como o Centro Hospitalar e Universitário de São João, as autarquias da Maia e de Valongo e Juntas de Freguesia que as constituem, Instituições Particulares de Solidariedade Social, e, outras entidades relevantes na vida de ambos os concelhos.

Na elaboração deste PLS tivemos como preocupação, promover a cidadania em saúde, promover a capacidade de os cidadãos exercerem de modo informado e responsável poder/influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema e dos serviços de saúde na área de abrangência do ACES Maia Valongo, ou seja, os concelhos da Maia e de Valongo.

A Cidadania em Saúde deve ser concretizada no dia a dia, quer através da adoção de hábitos de vida saudáveis, quer ainda, através de uma maior participação nos serviços de saúde, que pode ser concretizada de diversas formas, pela participação em Comissões de Utentes nas Unidades de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários, quer através das Comissões de Utentes existentes nos serviços Hospitalares, Ligas de Amigos, entre outras, e ainda, como se pode perceber, através da participação na elaboração de um Plano Local de Saúde.

O planeamento da atividade de qualquer organização, no caso específico da saúde, deve ter como base um diagnóstico, que se propõe traçar o perfil de saúde da população que serve, com vista a definir com clareza as intervenções prioritárias que promovam ganhos potenciais em saúde.



Maia/Valongo, dezembro de 2022

Júlio Ferreira Milheiro Nunes

Mensagem do Sr. Presidente da Câmara Municipal da Maia

Creio que o poder local democrático pode desempenhar, também na saúde, um papel essencial.

A ação efetiva que o poder local encetou, montando com prontidão, diversas respostas sociais e de saúde pública, no momento em que o país e o Mundo se viu confrontado com a terrível pandemia que se abateu sobre a Humanidade, foi por todos reconhecida como positivamente surpreendente, não só pela qualidade do suporte dado às pessoas, às famílias e aos milhares de idosos residentes em lares, mas principalmente porque foi publicamente visível, a dimensão da gigantesca logística que, em tempo recorde, foi montada e posta a funcionar. Uma logística que esteve claramente patente nas respostas de retaguarda aos hospitais, acolhendo de forma segregada os doentes portadores do vírus SARS-COV-2, e instalando noutras áreas, os idosos saudáveis ou portadores de enfermidades, mas não contagiados pela doença da COVID-19. E em ambas as situações, foram sempre absolutamente asseguradas todas as condições indispensáveis à garantia da dignidade humana de toda a pessoa.

As autoridades de saúde, repentinamente confrontadas com uma colossal procura de resposta emergente junto do SNS, tiveram no poder local, e em concreto no Município da Maia, um aliado estratégico fundamental, sempre recetivo e disponível, que colocou ao serviço da saúde dos portugueses, recursos humanos, materiais e financeiros que foram muito preciosos nesse combate, ajudando a aliviar a pressão sobre os hospitais e libertando os seus próprios recursos para acudir aos milhares que diariamente entravam pelas urgências. Uma parceria virtuosa que, mais tarde, se revelou igualmente eficaz, aquando da execução, em larga escala, do plano nacional de vacinação.

Sou, por funda convicção, apologista do planeamento atempado, programático e necessariamente, suportado em projeções orçamentais exequíveis. E em obediência a essa minha visão e consequente posição de princípio, congratulo-me com o surgimento de um Plano Local de Saúde, no quadro das competências do ACES Maia/Valongo, que plasma uma visão e respetiva estratégia orientadora das linhas de ação. Um plano que deverá ser permanentemente atualizado e aprofundado, definindo com toda a clareza possível, metas, indicadores, atividades, recursos, calendarização e, obviamente, clarificação de competências e responsabilidades.

Tratando-se da saúde das pessoas que vivem ou trabalham na nossa comunidade concelhia, a Câmara Municipal da Maia dirá sempre presente e assumirá as responsabilidades que lhe são próprias, incluindo as que foram, recentemente, objeto de transferência de competências da administração central para o poder local.

Estou certo que o Governo de Portugal saberá reconhecer que o Município da Maia trata de forma diferenciada o que é, para a sua comunidade, absolutamente essencial, como é a saúde, dando tratamento distinto desse, ao que, sendo importante, é acessório ou instrumental.

Fazendo jus à tradição institucionalista que constitui uma marca identitária do Município da Maia, o meu compromisso é, tal como aconteceu nos períodos mais críticos da pandemia, privilegiar e manter permanentemente aberta a via do diálogo pessoal e institucional sério e exigente, e uma disponibilidade plena para a cooperação e partilha colaborativa.



Maia, dezembro de 2022

António Silva Tiago

Mensagem do Sr. Presidente da Câmara Municipal de Valongo

O PODER LOCAL COLABORATIVO

Perante os enormes desafios com que as estruturas de poder se deparam, sejam eles eletivos ou desconcentrados, locais ou nacionais, não é suficiente querer para que esses desafios se superem e alcancem, será sempre preciso mais do que a mera vontade, mas sem ela, sem a inquietação inicial, sem o arrojo do desejo, dificilmente se alcança qualquer meta, por menos ambiciosa que seja.

O passo seguinte ao querer, aquele que verdadeiramente concretiza o poder, é o planeamento, tendente à subsequente realização. É sabido que podemos muito pouco quando estamos sozinhos, por isso, para que o imaginado realmente se concretize, é necessário que se alinhem vontades e esforços, que se consubstanciem de forma clara e objetiva, numa linguagem que todos os envolvidos entendam e que a todos pertença.

O documento que agora nos é apresentado é uma demonstração clara do poder local, nas suas mais variadas dimensões e, acima de tudo, do poder colaborativo.

A metodologia utilizada pelo ACES Maia Valongo para definir o *Plano Local de Saúde 2023/2025*, envolveu aqueles que conhecem o terreno e o influenciam, definindo, desta forma, quais as políticas e as ações prioritárias e as metas que pretendemos atingir. É fundamental reconhecer o mérito da Equipa de Gestão do PLS que liderou este processo de planeamento de forma tão competente, serena e partilhada.

O que se espera a partir daqui é a demonstração do poder da nossa comunidade, que depende do empenho coletivo na execução dos objetivos acordados, bem como da demonstração da nossa capacidade de colaboração e envolvimento por forma a enfrentar os percalços e desvios que possam surgir, à margem do que agora se prevê.

Imaginar como se pode obter ganhos em saúde com intervenções ao nível local, com ações concelhias dedicadas à prevenção e à mudança de hábitos de vida, é a marca de água do trabalho que em 2018 iniciamos no Município de Valongo, com a elaboração do nosso Plano Municipal de Saúde, em vigor desde janeiro de 2020. Desde essa altura que temos claramente definida a necessidade de trabalhar em rede, em cooperação e complementaridade com múltiplos parceiros, de forma coordenada, para que a uma gestão sustentável dos recursos corresponda um benefício efetivo para a comunidade.

A Câmara Municipal de Valongo orgulha-se de fazer parte deste processo de construção, desta afirmação do querer e do “Poder Local Colaborativo”, sendo certo que o mesmo foi igualmente um exercício de planeamento, que teve presente a necessidade de desagregação da atual estrutura por forma a voltar a criar, brevemente, o ACES de Valongo.

Este Plano Local de Saúde é, para o nosso município, mais um estímulo para continuar a trabalhar com todos e para todos. É também o reforço do nosso compromisso com os valonguenses no trabalho por *Melhor Saúde, Mais Cidadania*.



Valongo, dezembro de 2022

José Manuel Ribeiro

O Desenvolvimento do PLS Maia/Valongo

Existem muitos planos na área da saúde, mas há um papel único que os Planos Locais de Saúde assumem. Enquanto a maioria dos planos em saúde é de tipo institucional, os Planos Locais de Saúde são planos comunitários. Isto é, o envolvimento comunitário vem predominantemente antes do processo de planeamento em si. Isso implica que as diferentes fases do planeamento ocorram já com várias instituições no processo e que as decisões a tomar são feitas em conjunto e não com a preponderância de uma instituição apenas. O planeamento comunitário não substitui o planeamento institucional de cada entidade da comunidade. Ao invés, tenta constituir-se como uma ferramenta que agrega vontades, informação, conhecimento e recursos, potenciando a articulação e eficiência das intervenções comunitárias. Queremos melhorar a saúde da população e para isso, temos que envolver toda a comunidade. É essa a ideia dos Planos Locais de Saúde.

Os Planos Locais de Saúde, são projetos (um conjunto de ações e atividades que contribuem para um mesmo fim, com um período definido) cuja gestão deve ficar a cargo das Unidades de Saúde Pública, segundo as recomendações da Direção-Geral da Saúde. Isto faz com que os Planos Locais de Saúde tenham uma abrangência que coincide com as áreas de influência dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). No caso do ACES Grande Porto III - Maia/Valongo as populações abrangidas são as dos municípios da Maia e de Valongo.

Apesar dos Planos Locais de Saúde existirem há mais de uma década, a verdade é que não existiram ainda muitos momentos de criação destes planos, pelo que não existe muita experiência no desenvolvimento, gestão e avaliação deste tipo de processos participativos. Por isso, continuam ainda a ser processos com um grande potencial de aprendizagem para todos os envolvidos.

Desde o início do desenvolvimento do Plano Local de Saúde Maia/Valongo (PLS) 23-25, um dos aspetos essenciais foi o envolvimento comunitário. Isto porque, apesar de estar no conceito teórico do que deve ser um Plano Local de Saúde, a verdade é que é um processo complexo e desafiante e que ainda não é muito comum. Para nos orientar, seguimos os princípios do Código de Boas Práticas para a Participação Civil em Decisões Políticas da Conferência de Organizações Não Governamentais Internacionais do Concelho da Europa, tentando maximizar as oportunidades de envolvimento comunitário, sempre que possível. Para além disso, face às intenções partilhadas na Consulta Pública do Plano Nacional de Saúde de caminharmos para uma Saúde Sustentável e em linha com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, usámos também a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas. Serviu como um referencial comum intersectorial para o envolvimento comunitário e uma linha orientadora para os eixos do nosso trabalho. Esperamos assim trabalhar no âmbito do PLS sempre numa base de paz e parcerias, tendo em conta as pessoas, a prosperidade e o planeta. De forma a aproximar estes conceitos do trabalho em saúde, exploramos os mesmos, de acordo com alguns quadros teóricos mais habituais em saúde.

Pessoas: Usámos a referência do índice de florescimento desenvolvido pela Universidade de Harvard, que tenta considerar diferentes aspetos da pessoa que acabam por influenciar o seu bem-estar, de forma mais holística.

Prosperidade: Usámos o conceito de cuidados de saúde baseados em valor, na sua vertente de valor alocativo, que destaca a capacidade de criar valor num sistema com recursos limitados com base na realocação dos mesmos para onde possam ter maiores ganhos.

Planeta: Dentro do mesmo enquadramento de cuidados de saúde baseados em valor, usámos o conceito de valor técnico, remetendo para o uso adequado e eficiente de recursos.

Face à importância e urgência de se capitalizar as relações comunitárias criadas com a pandemia de COVID-19, definiu-se o prazo de início de implementação do PLS para o início de 2023. Já no que toca o período de vigência do projeto, foi definido o período até 2025 de forma a imprimir um sentimento de proatividade e dinamismo face a um período de ação relativamente curto. Iniciámos o processo com o desenvolvimento de um conjunto de definições conceptuais e princípios chave para o projeto a propor às entidades a envolver, de forma a garantir que podíamos avançar com celeridade, mas ainda assim estimular um envolvimento participado. Face aos prazos estabelecidos, foram sendo envolvidas as instituições da comunidade com prioridade para as que apresentam uma intervenção mais transversal em termos sectoriais. Contudo, dada a riqueza de instituições no território, o envolvimento de mais instituições continuou a ser feito ao longo das etapas de planeamento. Esta intenção de envolvimento continuado mantém-se e continuará a existir ao longo da implementação do PLS.

O Diagnóstico de Situação de Saúde resumiu os dados dos Sistemas de Informação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), do Instituto Nacional de Estatística e de outras fontes, com o propósito de apresentar às instituições comunitárias uma visão geral sobre a situação de saúde do território do ACES, que permitisse reflexão e discussão sobre quais os problemas de saúde que mais precisam de intervenção para melhorar. O diagnóstico foi por isso organizado por problemas de saúde, apresentando-se dados desagregados para ambos os municípios, permitindo maior compreensão da realidade no território, seguindo uma das orientações da Agenda 2030. Quanto mais envelhecida for uma população, maior será a sua mortalidade e morbilidade. Por isso, para podermos comparar a saúde da população de diferentes territórios e ao longo do tempo, é necessário padronizar os indicadores para a idade das populações. O documento de Diagnóstico de Situação de Saúde de Apoio ao PLS, foi partilhado com os parceiros e foram realizadas reuniões para discutir estes dados com as instituições com intervenção no território da Maia e outra reunião com as instituições com intervenção em Valongo. A versão mais atualizada do Diagnóstico de Situação de Saúde poderá ser consultada pela comunidade no portal BI-CSP do ACES Maia/Valongo, que pode ser acedido através do QR no final deste documento (<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10030/Pages/default.aspx>).

Em seguida avançámos para a priorização das áreas de intervenção do PLS 23-25. Antecipadamente definiu-se priorizar 3 a 4 áreas, de forma a ter um PLS focado de maneira a aumentar a probabilidade de impacto na saúde da população. Garantiu-se também um balanço justo entre a priorização das instituições de Valongo e da Maia (as duas áreas mais priorizadas pelas instituições de cada território foram consideradas como prioritárias). As instituições foram questionadas sobre as áreas em que pretendiam desenvolver atividade no contexto do PLS 23-25, caso fossem priorizadas, de forma a garantir uma ação efetiva nas áreas priorizadas. Tal resultou nas seguintes áreas de intervenção prioritárias do PLS 23-25: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Demências, Diabetes, e Obesidade e Excesso de Peso.

Após a definição das áreas de intervenção prioritária, foram formados Grupos de Trabalho para cada área de intervenção. Nesta fase, pretendeu-se que os grupos procedessem ao desenvolvimento de uma proposta para a fixação de objetivos. Em cada grupo de trabalho, elementos de várias instituições foram envolvidos, tendo-se voluntariado com base no seu interesse. Foram também dirigidos alguns convites a parceiros comunitários considerados importantes pelo seu conhecimento acerca de cada área de trabalho. Discutiram-se em maior detalhe os dados que tínhamos sobre o diagnóstico de situação de saúde desse problema, os programas e planos nacionais, os projetos e iniciativas locais, as oportunidades e desafios de cada área, entre outros. Considerando o foco em “ter um PLS que funcione” também os objetivos foram desenvolvidos para deixar claro se tal está a acontecer ou não. Por fim, numa reunião geral de todas as instituições envolvidas aprovaram-se os objetivos de forma coletiva, fazendo deles os objetivos do PLS 23-25.

Nos próximos meses e durante a vigência do PLS, cada um dos Grupos de Trabalho deverá continuar a crescer, integrando mais elementos e instituições da comunidade para definir com maior detalhe questões estratégicas e de operacionalização do PLS, de forma a atingir os objetivos definidos. Para além do dinamismo dos Grupos de Trabalho, continuará a ocorrer a divulgação dos recursos comunitários identificados, assim como reuniões de balanço do PLS para continuar a promover um funcionamento em rede. Esse será o sinal mais importante para mostrar que o PLS 23-25 é bem-sucedido: vermos uma rede que funciona em conjunto para melhorar a saúde da população.

De seguida, destacam-se mais detalhes de cada uma das áreas de intervenção prioritárias.

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Enquadramento

O AVC é a entidade mais comum do conjunto das doenças cerebrovasculares, que são doenças do aparelho circulatório que afetam os vasos sanguíneos que fornecem sangue ao cérebro. Os principais fatores de risco modificáveis são: hipertensão arterial, colesterol elevado, dieta pouco saudável, obesidade, sedentarismo, abuso do tabaco e abuso do álcool. Grande parte destas doenças resulta, portanto, de um estilo de vida pouco saudável.

Morbilidade nos CSP e Mortalidade

As Unidades de Saúde do **município da Maia** apresentam, em 2021, uma proporção de inscritos nos CSP com diagnóstico ativo de AVC de 1,5% para os homens e 1,2% para as mulheres. A Proporção de Diagnóstico Padronizada (PDP) de AVC (Figura 1) para os homens e mulheres segue uma tendência semelhante à verificada para a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), com uma subida ligeira até 2017 e descida ligeira desde então. Contudo, ao longo da última década, os valores no município da Maia são superiores de forma significativa, aos valores da ARSN.

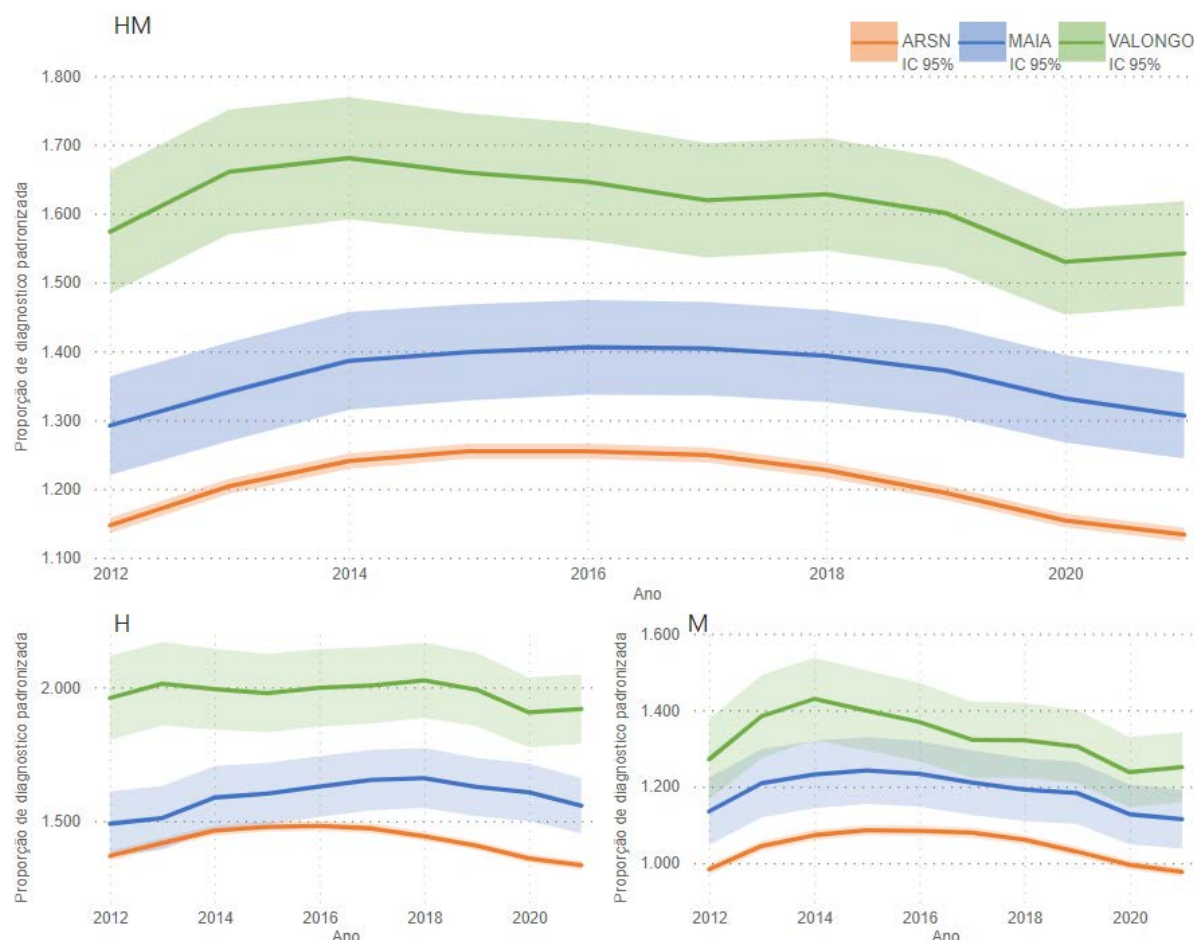


Figura 1: Proporção padronizada (por 100.000 habitantes) de diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral, por local de inscrição, nos Cuidados de Saúde Primários, 2012-2021.

Legenda: ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte; HM – Homens e Mulheres; H – Homens; IC 95% - Intervalo de confiança de 95%; M – Mulheres. Fonte: SIARS ACES Maia/Valongo, USP Maia e Valongo.

As Unidades de Saúde do **município de Valongo** apresentam, em 2021, uma proporção de inscritos nos CSP com diagnóstico ativo de AVC de 1,8% para os homens e 1,4% para as mulheres. A PDP de AVC (Figura 1) para os homens e mulheres segue uma tendência de ligeira subida até 2014, descendo desde então ligeiramente, mas encontra-se sempre significativamente superior à ARSN.

Quer na Maia, quer em Valongo, os valores brutos (não padronizados para a idade) têm vindo a crescer ligeiramente ou a manter-se estáveis, devido ao envelhecimento da nossa população. Por esse motivo, é particularmente relevante referir que a proporção da população com mais de 85 anos, com registo de AVC nos CSP é de cerca de 10% nos homens e de mais de 8% nas mulheres, em ambos os municípios.

No que concerne à taxa de mortalidade precoce (abaixo dos 75 anos), as doenças cerebrovasculares têm apresentado valores relativamente estáveis na última década em todo o nosso território de referência. Contudo, as doenças do aparelho circulatório, em que o AVC se inclui, continuam a ser, proporcionalmente, o grupo de patologias responsável por maior mortalidade nas mulheres e a segunda causa de mortalidade nos homens.

Importa também destacar que, no nosso território, alguns dos fatores de risco acrescido para o AVC, apresentam aumento da proporção de diagnóstico nos CSP, face aos indicadores da ARSN, conforme a Tabela 1, o que se mantém com a padronização dos dados.

Tabela 1: Proporção (%) de inscritos por diagnóstico ativo nos Cuidados de Saúde Primários – determinantes de saúde, 2021 (ordem decrescente para a ARSN).

Diagnóstico ativo nos CSP (ICPC-2)	ARSN			Maia			Valongo		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Excesso de peso (T83) e Obesidade (T82)	40,1	37,3	42,7	38,5	36,5	40,4	40,5	37,1	43,8
Alteração do metabolismo dos lípidos (T93)	26,0	25,4	26,6	21,8	22,1	21,4	24,1	23,2	24,9
Hipertensão (K86 e K87)	20,1	18,7	21,3	18,7	18,0	19,3	21,2	19,7	22,6
Abuso do tabaco (P17)	13,7	18,8	9,0	15,7	20,4	11,3	15,6	20,6	10,9
Abuso crónico do álcool (P15)	2,0	3,8	0,4	1,5	2,7	0,3	1,9	3,4	0,4

Legenda: ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte; CSP (ICPC-2) - International Classification of Primary Care/Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários; HM – Homens e Mulheres; H – Homens; M – Mulheres;
Fonte: SIARS ACES Maia/Valongo, USP Maia e Valongo.

Objetivos do PLS

No Grupo de Trabalho criado para esta área, foi discutida a importância da promoção da atividade física, sendo para isso relevante a acessibilidade dos recursos comunitários, a educação e a adesão terapêutica, como estratégias de prevenção primária, mas também secundária e terciária. Nesse sentido, discutiu-se também a necessidade de compilar e divulgar, de forma ampla informação sobre saúde e recursos, que possam ser relevantes nesta ótica preventiva. Tal permitirá maior facilidade em promover comportamentos saudáveis na população. Foi também alvo de discussão a importância de continuar a educar a população para o reconhecimento e procura de resposta imediata aquando do surgimento de sinais e sintomas suspeitos de AVC. No âmbito da recuperação pós-AVC foi também abordada a importância e urgência de garantir uma resposta de reabilitação atempada e adequada, que beneficiaria de melhor uso dos recursos de reabilitação já existentes. Foi também abordada a temática de apoio aos cuidadores e à gestão de sequelas de AVC nas situações mais graves.

Desta discussão, e face ao contexto de ação do PLS, definiram-se para a área do AVC os seguintes objetivos:

1. Desenvolver um programa de promoção de atividade física, para prevenção primária e secundária de AVC, abrangendo 4000 pessoas com risco aumentado de AVC, no final do primeiro semestre de 2025;
2. Incluir conteúdos relativos a literacia de AVC em todos os programas regulares de educação geral para a saúde implementados no território, até o final de 2024.

Demências

Enquadramento

A demência não é uma doença específica e sim um termo geral para a capacidade prejudicada de lembrar, pensar ou tomar decisões que interferem nas atividades quotidianas. A doença de Alzheimer e a demência vascular são os tipos mais comuns de demência. O principal fator de risco para a doença de Alzheimer é a história familiar da doença. No entanto, a demência vascular apresenta fatores de risco modificáveis semelhantes aos das outras doenças vasculares, com a hipertensão, dieta pouco saudável, abuso do tabaco, entre outros. Independentemente da causa, a demência não faz parte do envelhecimento normal, e podem ser tomadas medidas para prevenir o seu aparecimento ou abrandar a sua evolução, como por exemplo, o estímulo cognitivo e social, assim como a adoção de estilos de vida saudáveis, através de dieta adequada e prática de atividade física.

Morbilidade nos CSP

As Unidades de Saúde do **município da Maia** apresentam uma proporção de inscritos nos CSP com diagnóstico ativo de demência de 0,5% para os homens e 0,9% para as mulheres. A PDP (Figura 2) segue uma tendência de subida ou manutenção para ambos os sexos na maior parte do período em análise. Porém, a partir de 2018 inicia um decréscimo e termina o período analisado significativamente diminuída comparativamente com a ARSN para homens e mulheres.

M

As Unidades de Saúde do **município de Valongo** apresentam uma proporção de inscritos nos CSP com diagnóstico ativo de demência de 0,5% para os homens e 1,0% para as mulheres. A PDP (Figura 2) segue uma tendência de subida ou manutenção para ambos os sexos na maior parte do período em análise. Porém, a partir de 2018 inicia um decréscimo, não apresentando diferenças significativas comparativamente com a ARSN para homens e mulheres, nos últimos anos do período analisado

V

Contudo, estes dados encontram-se padronizados, o que, numa população em envelhecimento progressivo, se manifesta de forma absoluta de maneira distinta. Isto é, na nossa realidade concreta, o número absoluto de pessoas com demência tem vindo, genericamente, a crescer, mas são sobretudo pessoas com idade avançada. De facto, mesmo na análise ao nível de freguesia de residência, é possível identificar uma maior percentagem de população com diagnóstico de demência nas freguesias onde se verifica uma maior proporção de residentes com 65 e mais anos de vida. De forma concreta, a percentagem de população residente com diagnóstico de demência praticamente duplicou quer na Maia, quer em Valongo, e para cada um dos sexos. No entanto, é apenas a partir dos 70 anos que a percentagem de população com este diagnóstico ultrapassa o 1%, chegando a valores acima de 10% nos residentes com mais de 85 anos.

Objetivos do PLS

Na discussão do Grupo de Trabalho, foram discutidos vários temas sobre a doença em si, mas também sobre o impacto da doença na rede de apoio dos doentes. Sendo esta uma doença que está associada a cuidadores informais, muitas das vezes eles próprios idosos com limitações, este estatuto e as respostas atualmente em desenvolvimento para os apoiar foram também abordadas. Em particular focou-se a necessidade da preparação para a gestão da doença não só ao nível clínico, mas também ao nível da gestão familiar e de relação, particularmente num contexto das diferentes fases de progressão da doença.

Houve também um enfoque na discussão sobre a prevenção/atraso da progressão da demência por via do combate ao isolamento, atividade física e promoção da estimulação cognitiva, não só no contexto institucional (lares, centros de dia e de convívio), mas também na população geral.

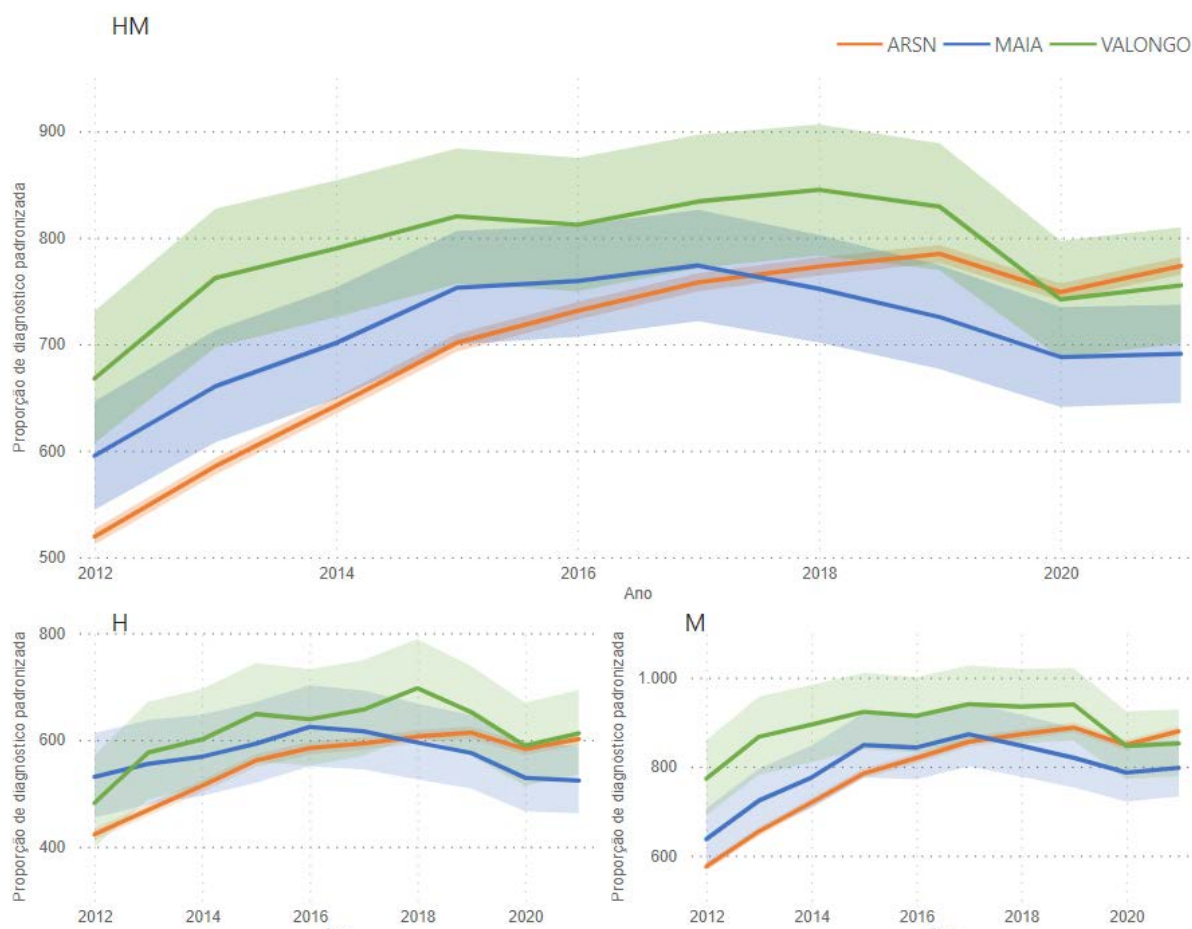


Figura 2: Proporção padronizada (por 100.000 habitantes) de diagnóstico de Demência, por local de inscrição, nos Cuidados de Saúde Primários, 2012-2021.

Legenda: ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte; HM – Homens e Mulheres; H – Homens; IC 95% - Intervalo de confiança de 95%; M – Mulheres. Fonte: SIARS ACES Maia/Valongo, USP Maia e Valongo.

Na sequência da partilha de várias respostas em curso surgiram algumas dúvidas sobre a divulgação da informação útil nesta área, mesmo para os atores comunitários, e a adequação das respostas às necessidades sentidas pela população. Assim considerou-se relevante o desenvolvimento de uma plataforma/guia digital onde a comunidade pudesse ter conhecimento atualizado dos recursos comunitários existentes, incluindo materiais que pudessem ser usados em momentos de educação para a saúde, ou mesmo de apoio a profissionais. Poderia, entre outros, ter um boletim de sinais e sintomas de alerta no contexto das demências, assim como da necessidade de despiste de uma causa orgânica (não relacionada com a demência em si) para esses sinais e sintomas.

Desta discussão, e face ao contexto de ação do PLS, definiram-se para a área das demências os seguintes objetivos:

1. Publicar um estudo multi-institucional, que caracterize a epidemiologia e impacto socioeconómico da demência no nosso território, até final de 2024;
2. Criar um repositório digital de recursos comunitários relevantes para a demência, avaliado pelas entidades integrantes do PLS com pelo menos 9 numa escala de 1 a 10 de utilidade, até final do primeiro semestre de 2024.

Diabetes

Enquadramento

A diabetes pode resultar de uma diminuição da produção de insulina, de uma resistência dos tecidos aos efeitos da insulina ou de ambas. Manifesta-se pelo aumento anormal dos valores de glicose no sangue e por distúrbios no metabolismo generalizados. A Diabetes é considerada uma causa importante de morte e incapacidade, sendo fator de risco para doença cardíaca isquémica, AVC, doença vascular periférica, insuficiência renal, neuropatia periférica, retinopatia, entre outras patologias.

A Federação Internacional da Diabetes considera como determinantes para a diabetes tipo 2, o tipo mais frequente de diabetes, os seguintes: excesso de peso e obesidade; estilo de vida sedentário; história familiar de diabetes, diabetes gestacional prévia; hipertensão arterial; dislipidemia; diminuição da tolerância à glicose; e consumo de fármacos que predisponha à diabetes.

Morbilidade nos CSP e mortalidade

A Diabetes, é a sétima doença mais registada nos CSP (8,5% dos inscritos na ARSN em 2021). Na Figura 3 é possível observar na evolução da PDP da Diabetes nos CSP na ARSN, uma tendência de subida ao longo da última década. Contudo, a tendência geral no nosso território tem sido diferente.

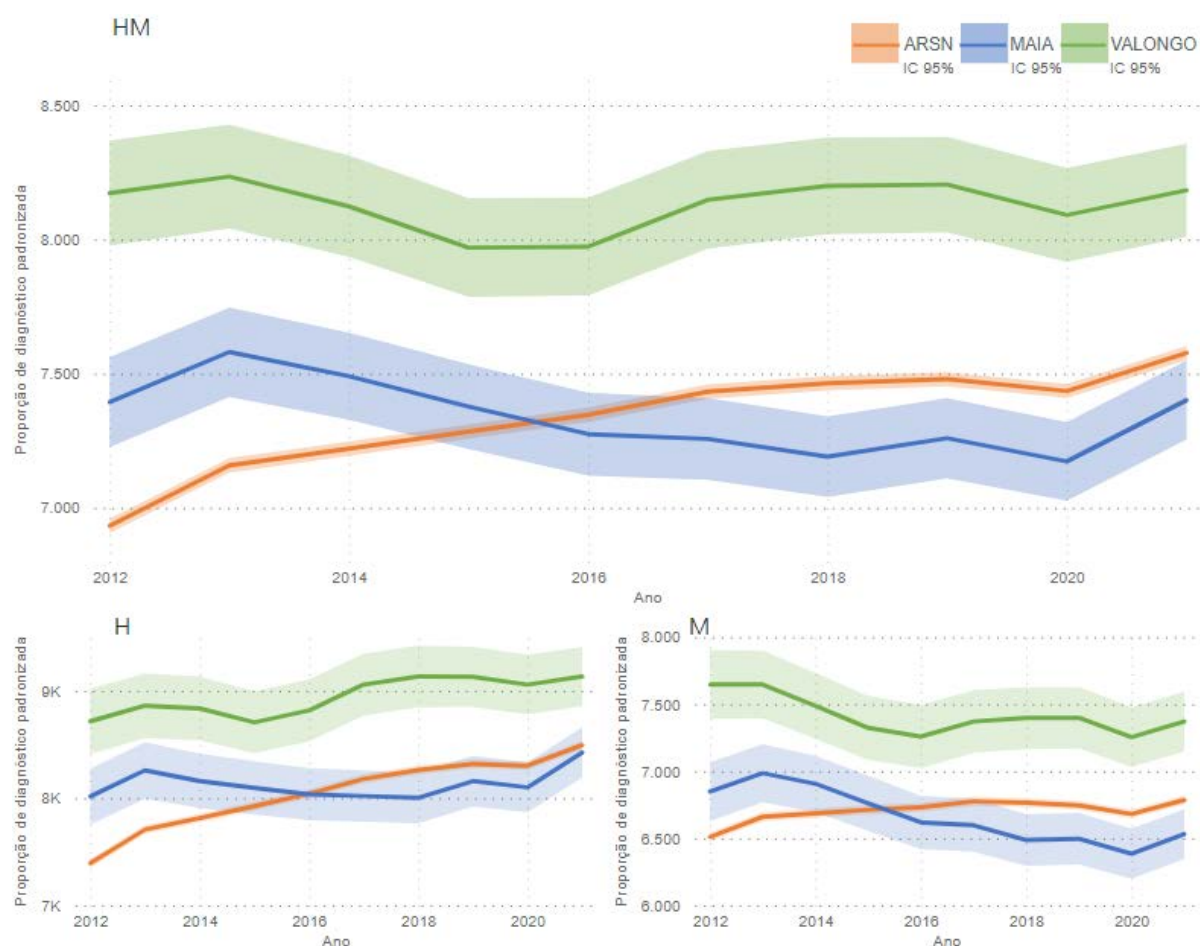


Figura 3: Proporção padronizada (por 100.000 habitantes) de diagnóstico de Diabetes, por local de inscrição, nos Cuidados de Saúde Primários, 2012-2021.

Legenda: ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte; HM – Homens e Mulheres; H – Homens; IC 95% - Intervalo de confiança de 95%; M – Mulheres. Fonte: SIARS ACES Maia/Valongo, USP Maia e Valongo.

As Unidades de Saúde do **município da Maia** apresentam, em 2021, uma proporção de inscritos nos CSP com diagnóstico ativo de Diabetes de 8,3% para os homens e 7,2% para as mulheres. A PDP para a Diabetes (Figura 3) apresenta, genericamente, uma tendência de ligeira descida entre 2013 e 2020, com uma ligeira subida em 2021, apresentando valores superiores à ARSN no início do período em análise e inferiores a partir de 2016, com diferenças estatisticamente significativas, na análise para ambos os sexos e nas mulheres.



As Unidades de Saúde do **município de Valongo** apresentam, em 2021, uma proporção de inscritos nos CSP com diagnóstico ativo de Diabetes de 9,1% para os homens e 8,3% para as mulheres. A PDP para a Diabetes (Figura 3) apresenta valores superiores aos da ARSN ao longo de todo o período em análise, com diferenças estatísticas significativas; observando-se uma estabilização dos valores em ambos os sexos, devido a um aumento ligeiro nos homens e uma descida ligeira nas mulheres.



Contudo, tal como referido noutros problemas de saúde, a análise dos dados brutos (não padronizados para a idade) indica, também nesta patologia, que a proporção da população com diagnóstico ativo de diabetes tem vindo a subir ligeiramente ao longo da última década. Para além disso, quando analisada por faixas etárias, observamos que nas faixas etárias a partir dos 55 anos a percentagem de pessoas com o diagnóstico aumenta para valores acima dos verificados na população geral, chegando a atingir mais de um quarto da população a partir da faixa dos 70 anos.

No que respeita a mortalidade prematura padronizada por diabetes, a mesma diminuiu até 2016, tendo ficado relativamente estável desde então, quer na Maia quer em Valongo e tendencialmente abaixo dos valores da ARSN.

Objetivos do PLS

Na discussão do Grupo de Trabalho, foi focada particularmente a gestão e controlo da doença numa perspetiva de sistema, considerando as várias fases da doença e os vários aspetos da gestão clínica e do dia-a-dia do doente e sua família. Apesar da Diabetes ser frequente na população, reconheceu-se que ainda há muito desconhecimento sobre a doença e sobre como a gerir, muitas das vezes, mesmo por parte de quem já tem a doença há vários anos. Adicionalmente, uma vez que esta gestão terá forçosamente de ser feita em família e não apenas por parte do indivíduo, identificou-se um valor acrescido em promover iniciativas que considerassem esta realidade. Fazendo uso de algumas iniciativas deste género já em curso para a infância e adolescência, focou-se também a necessidade de existir uma melhor articulação entre todas as instituições envolvidas no percurso do doente, de forma a maximizar o impacto da intervenção numa fase precoce da gestão da doença. Adicionalmente, reconheceu-se que haveria também benefício em ter respostas semelhantes mesmo para os doentes que já foram diagnosticados há mais tempo mas que continuam a não ter uma boa gestão da doença. Considerou-se ainda que, também por experiência em outros projetos nesta área, poderá haver benefício acrescido em intervenções de grupo, que fomentem a relação entre doentes em situações semelhantes, de forma a promover uma maior adesão aos programas de literacia e promoção de comportamentos saudáveis.

Desta discussão, e face ao contexto de ação do PLS, definiram-se para a área da Diabetes os seguintes objetivos:

1. Criar um programa multi-institucional de desenvolvimento de competências para a gestão da diabetes recém-diagnosticada pelos doentes e suas famílias, de acordo com o ciclo de vida, que abranja 30% dos novos diabéticos no primeiro semestre de 2025.
2. Criar um programa multi-institucional de promoção da adoção de estilos de vida saudáveis para doentes diabéticos com histórico de insucesso crónico de controlo glicémico, que no final de 2025, tenha pelo menos 10% de sucesso no controlo glicémico um ano após o início da adesão ao programa.

Obesidade e Excesso de Peso

Enquadramento

O excesso de peso e obesidade podem ser definidos como um acumular excessivo de gordura ou tecido adiposo, que produz efeitos deletérios para a saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a obesidade (Índice de Massa corporal acima de 30) é uma doença por direito próprio, sendo também, juntamente com o excesso de peso (Índice de Massa Corporal acima de 25), fatores de risco para várias doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes e alguns tipos de cancro. Os principais fatores de risco modificáveis da obesidade e excesso de peso são a inatividade física e a alimentação não saudável.

Morbilidade nos CSP

Excesso de peso e obesidade, no seu conjunto, são os diagnósticos ativos mais frequentes nos inscritos nos CSP em todo o território e na ARSN, sendo em 2021 responsáveis por uma proporção de inscritos com o diagnóstico ativo de cerca de 40,1% na ARSN.

Na Figura 4 podemos observar a evolução da PDP de excesso de peso e obesidade nos CSP, verificando-se em todas as áreas geográficas em análise uma subida gradual e mantida ao longo de todo o período em análise, com uma alteração marcada do declive entre 2017 e 2019, que provavelmente se deve, em parte, a uma alteração no sistema informático onde é realizado o registo, tornando-o mais facilitado.

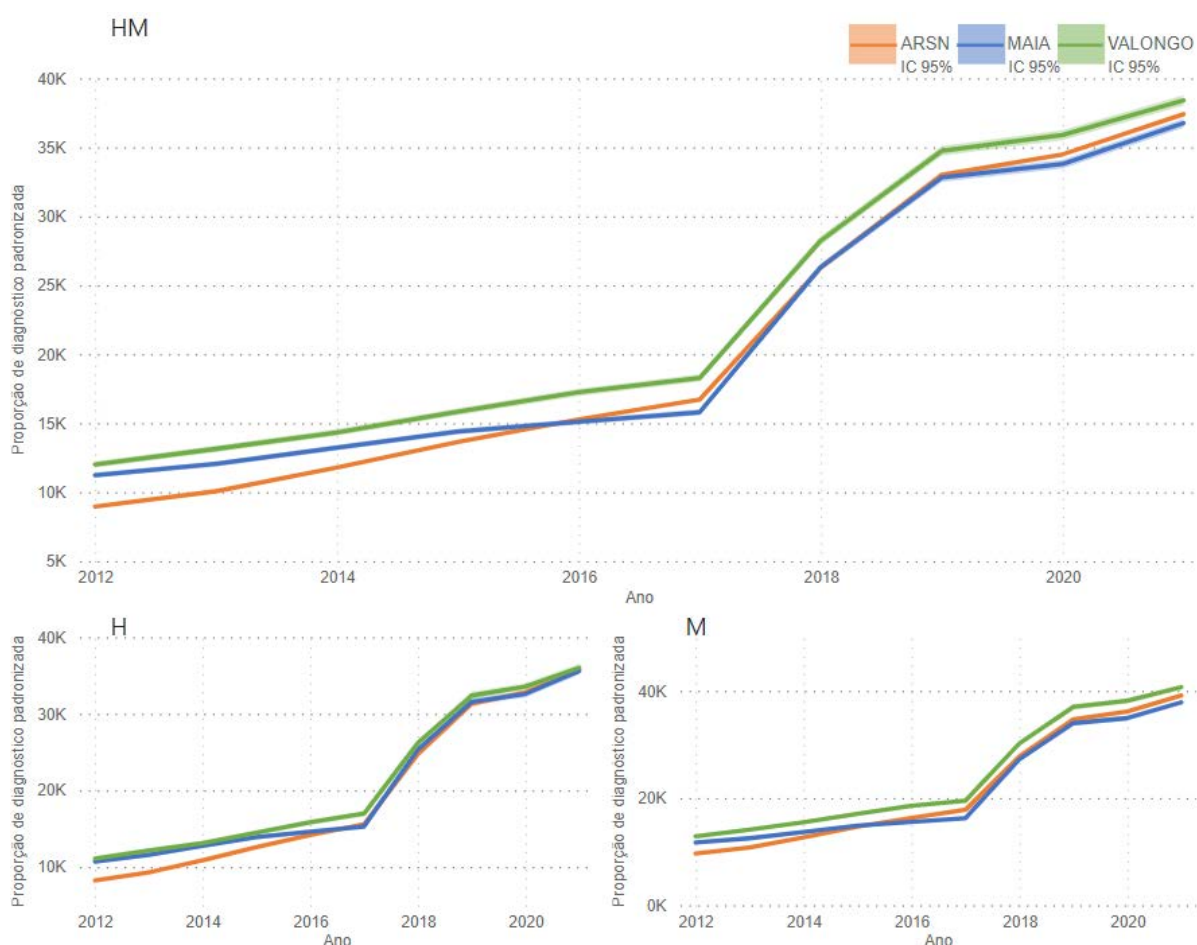


Figura 4: Proporção de inscritos padronizada com diagnóstico de obesidade e excesso de peso nos cuidados de saúde primários (por 100.000 habitantes), por local de inscrição nos cuidados de saúde primários, 2012-2021.

Legenda: ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte; HM – Homens e Mulheres; H – Homens; IC 95% - Intervalo de confiança de 95%; M – Mulheres. Fonte: SIARS ACES Maia/Valongo, USP Maia e Valongo.

As Unidades de Saúde do **município da Maia** apresentam uma proporção de inscritos nos CSP com diagnóstico ativo de excesso de peso ou de obesidade de 36,5% para os homens e 40,4% para as mulheres. A PDP (Figura 4) segue a tendência da ARSN, verificando-se nos últimos dois anos uma menor proporção de registo nas mulheres com significância estatística, e uma sobreposição dos intervalos de confiança de 95% para os homens.

As Unidades de Saúde do **município de Valongo** apresentam uma proporção de inscritos nos CSP com diagnóstico ativo de excesso de peso ou de obesidade de 40,5% para os homens e 40,4% para as mulheres. A PDP (Figura 4) segue a tendência da ARSN, mas com valores sempre estatisticamente superiores.

Também no caso do excesso de peso e obesidade, o número de diagnósticos na população aumenta de forma importante com a idade, conforme a Figura 5. O excesso de peso e obesidade afetam mais de 10% da população inscrita e residente na adolescência, subindo essa percentagem para valores próximos de 70% nas faixas etárias próximas dos 70 anos, a partir dos quais a percentagem começa a diminuir.

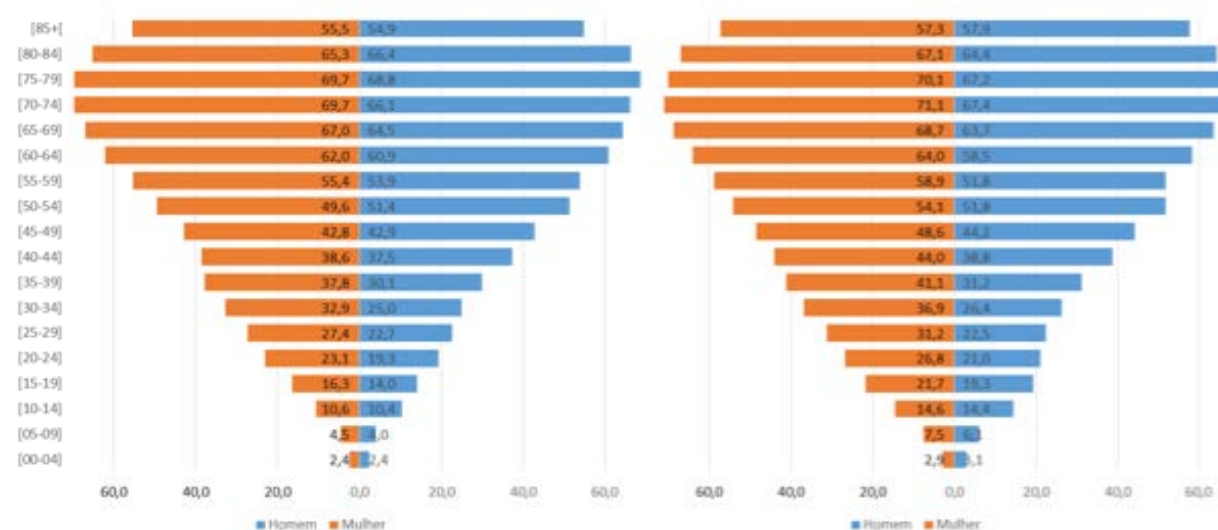


Figura 5. Proporção (%) da população inscrita nas Unidades de Saúde do território e residente na Maia (esquerda) e em Valongo (direita) com diagnóstico ativo de Obesidade ou Excesso de Peso, por faixas etárias quinquenais e sexo, 2021.

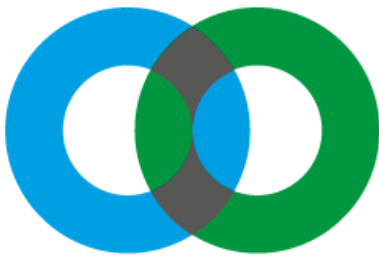
Fonte: SIARS ACES Maia/Valongo, USP Maia e Valongo.

Objetivos do PLS

Na discussão do Grupo de Trabalho criado nesta área, foram abordadas várias das iniciativas que têm vindo a ser implementadas no território para promover uma alimentação saudável e maior atividade física da população, particularmente na população mais jovem. Contudo, apesar de se entender que já há um investimento considerável em iniciativas de educação para a saúde nesta área, parece faltar a ligação entre o conhecimento e a aplicação do conhecimento (saber vs. saber fazer). Neste aspeto, da adoção de comportamentos e estilos de vida, apesar de os sistemas de informação em saúde estarem a melhorar, ainda são muito escassos os dados disponíveis. Ainda assim, foram identificadas várias possíveis fontes de dados que poderiam ser agregadas para fornecer um perfil mais completo. Foi destacada a importância de alterar os ambientes em que vivemos no sentido de promover estilos de vida mais saudáveis. Por fim, foi discutida a importância dos profissionais das instituições envolvidas no PLS, mesmo as especificamente da tutela de saúde, serem mais incentivadores de estilos de vida saudáveis, do início ao fim do ciclo de vida, aproveitando todas as oportunidades no ciclo de vida. Neste aspeto, foi também mencionada a importância de reconhecer que algumas das instituições que podem ter um impacto importante nos estilos de vida da população têm uma grande rotatividade de profissionais.

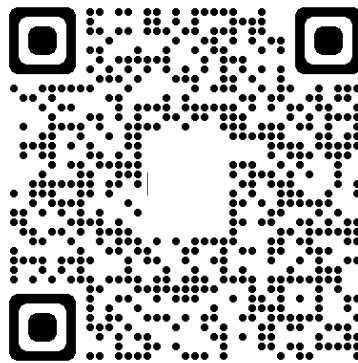
Desta discussão, e face ao contexto de ação do PLS, definiram-se para a área da Obesidade e Excesso de Peso os seguintes objetivos:

1. Publicar um diagnóstico anual da avaliação dos estilos de vida da população até ao final de cada ano, baseado na criação de um sistema multi-instituição para monitorização de estilos de vida.
2. Assegurar que 80% dos profissionais das instituições integrantes no PLS, tiveram algum tipo de formação sobre estilos de vida saudável durante a sua vigência, até final de 2025.



Instituições comunitárias envolvidas no PLS

O PLS Maia/Valongo pretende continuar a crescer e envolver mais instituições comunitárias.



<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10030/Pages/default.aspx>

Através deste *Código QR* poderá acompanhar a lista atualizada das instituições, aceder a documentos já existentes e às atualizações que venham a ser produzidas.