

***Programa Regional de Prevenção e Controlo***  
***das***  
***Doenças Cérebro – Cardiovasculares***

## Índice

Siglas e Acrónimos.....	2
1. Contextualização.....	3
2. População Alvo.....	3
3. Objectivos.....	4
4. Indicadores para Avaliação do Programa.....	4
5. Estratégias.....	5
6. Plano de Acção Local.....	9
7. Avaliação.....	10
8. Estrutura de gestão e operacionalização do programa.....	10
9. Anexo I - Plano de Acção / Cronograma.....	11
10. Bibliografia.....	12

### **Siglas e Acrónimos**

AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAE	Desfibriladores Automáticos Externos
DC	Doença Coronária
DIC	Doença Isquémica do Coração
DRS	Direcção Regional da Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EPS	Exame Periódico de Saúde
FV	Fibrilação Ventricular
HTA	Pressão Arterial Alta
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquérito Nacional de Saúde
PCR	Paragem Cardiorespiratória
RAA	Região Autónoma dos Açores
SREA	Serviço Regional de Estatística dos Açores

## 1. Contextualização

As doenças cérebro – cardiovasculares, nomeadamente os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e a Doença Coronária (DC) ou Doença Isquémica do Coração (DIC), são a principal causa de mortalidade na Região Autónoma dos Açores (RAA), tal como se verifica no resto do país e em muitos países ocidentais. Estas doenças são também importantes causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população.

As doenças cérebro-cardiovasculares têm, por conseguinte, graves consequências para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, o que determina que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que urge minorar, pese embora o facto das taxas de mortalidade por doenças cérebro – cardiovasculares virem a diminuir significativamente ao longo dos anos. Só no período 2003-2006 a taxa de mortalidade específica para os Açores sofreu um significativo decréscimo, ou seja, passou de 446,12 (%000) para 353,21 (%000), o que corresponde a uma variação percentual da ordem dos 19,76 óbitos.

Se tivermos em consideração que cerca de 16,3 % da população açoriana referiu<sup>1</sup> ter a pressão arterial alta (HTA) e que 1,4% e 1,0% sofreu de AVC e enfarte do miocárdio, respectivamente, bem como os valores da mortalidade específica acima referidos, continua a ser necessária a abordagem destas doenças, justificando uma actuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, através de um Programa Regional que tente não apenas evitar estas doenças, mas também reduzir as incapacidades por elas causadas. Importa, por isso, considerar a abordagem integrada de outros factores de risco de morbilidade e mortalidade cérebro-cardiovascular igualmente importantes como o tabagismo, a dislipidémia, a diabetes, o abuso de álcool, o sedentarismo, a obesidade ou o *stress* excessivo.

O presente **Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro-Cardiovasculares** deverá articular-se com o Programa Regional para a Utilização de Desfibriladores Automáticos Externos (DAE) por não Médicos e de Acesso Público à Desfibrilação e com os programas que venham a ser implementados na Região, no âmbito do Plano Regional de Saúde 2009-2012.

## 2. População Alvo

Deve considerar-se prioritariamente os portadores de factores de risco – *pressão arterial elevada, dislipidémia, hábitos tabágicos, alimentação inadequada (por ex. excesso de sal, gordura e açúcar ou carência de vegetais e leite), excesso de peso / obesidade, sedentarismo, diabetes mellitus, stress excessivo* - e de história pessoal ou

---

<sup>1</sup> Dados do 4º INS (2005-2006).

familiar de doença cérebro - cardiovascular, sem prejuízo de se considerar a população geral como população-alvo a atingir no desenvolvimento do presente Programa.

### 3. Objectivos

Reduzir a incidência do AVC e da DIC, nomeadamente do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), sobretudo abaixo dos 65 anos:

- Fomentando o diagnóstico precoce de hipertensos, dislipidémicos, diabéticos e de doentes com fibrilação auricular e promover o acompanhamento dos mesmos;
- Reduzindo a prevalência de fumadores;
- Combatendo os níveis elevados de sedentarismo e de obesidade;
- Melhorando as práticas profissionais nesta área;
- Melhorando a organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao Exame Periódico de Saúde (EPS) e à abordagem da dor pré-cordial e do AVC.

Desenvolver programas de reabilitação pós EAM e AVC.

### 4. Indicadores para Avaliação do Programa<sup>2</sup>

A monitorização e execução regional e local do *Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro – cardiovasculares* far-se-á através dos seguintes indicadores:

- Prevalência de hipertensos identificados/Proporção de hipertensos controlados;
- Prevalência de dislipidémicos identificados/Proporção de dislipidémicos controlados;
- Prevalência de fumadores identificados/Proporção de fumadores sob tratamento anti-tabágico;
- Prevalência de doentes com insuficiência cardíaca identificados/Proporção de internamentos por insuficiência cardíaca;
- Incidência de AVC /Proporção de internamentos por AVC;
- Incidência de EAM abaixo dos 65 anos;

---

<sup>2</sup> De acordo com o Plano de Acção Local devem ser efectuados os registos adequados que permitam a leitura dos indicadores escolhidos.

- Incidência de AVC abaixo dos 65 anos;
- Mortalidade anual por DC aguda;
- Mortalidade anual por DC aguda em indivíduos com idade inferior a 65 anos;
- Mortalidade anual por AVC;<sup>3</sup>
- Mortalidade anual por AVC em indivíduos com idade inferior a 65 anos;
- Mortalidade anual por cardiopatia isquémica;
- Mortalidade por cardiopatia isquémica em indivíduos com idade inferior a 65 anos;
- Número de anos perdidos por DC aguda;
- Número de anos perdidos por AVC;
- Prevalência de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) / proporção de Fibrilação Ventricular (FV) pré-hospitalar.

## 5. Estratégias

As estratégias de intervenção, no âmbito do presente programa, assentam na prevenção primária e secundária das doenças cérebro – cardiovasculares, através da complementaridade entre acções destinadas à população em geral ou a grupos sociais específicos e as acções individuais que compreendem as especificamente dirigidas a pessoas identificadas como portadoras de factores de risco cérebro – cardiovascular modificáveis e ainda nas acções de natureza informativa, formativa e normalizadora, dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a sua prática.

Das estratégias identificadas encontram-se algumas que são transversais a outros programas, razão pela qual elas potenciam a sua acção, nomeadamente através da respectiva articulação.

---

<sup>3</sup> Estes dados não se encontram desagregados nos “Óbitos por causas de morte” – Lista do INE/SREA.

Deste modo, as estratégias globais visam:

- Promoção do estilo de vida saudável
  - Divulgação de informação
  - Intervenção educacional
- EPS
  - Identificação de risco global cérebro – cardiovascular
  - Intervenções correctivas
  - Referenciação
- Intervenção secundária rápida
- Reabilitação e prevenção de recorrência

Constituem estratégias de intervenção:

- Intensificar campanhas de informação dirigidas à população em geral – As campanhas de informação, sobre estilos de vida saudáveis, factores de risco e sintomas precoces de situações agudas coronárias e cerebrovasculares, devem ser promovidas pelas estruturas centrais, regionais e locais de saúde e contar com a colaboração de profissionais de saúde e de educação, assim como de líderes, formais e informais, de opinião;
- Promover o diagnóstico precoce e instituir as medidas terapêuticas mais adequadas e identificar a presença concomitante de outros factores de risco cardiovascular e de lesão de órgãos alvo.

Para este efeito, o Gestor do Programa proporá à Direcção Regional da Saúde (DRS) para divulgação, adoptando, adaptando ou criando, os seguintes materiais de apoio:

- Orientações técnicas, com base em consensos internacionais adoptadas pela comunidade científica, sobre diagnóstico e tratamento da HTA destinadas aos profissionais de saúde;
- Manual de auto-ajuda para vigilância e controlo da tensão arterial, destinado ao doente hipertenso.

- Promover o diagnóstico precoce e instituir as medidas terapêuticas mais adequadas à correcção da dislipidémia.

Para este efeito, o Gestor do Programa proporá à DRS para divulgação, adoptando, adaptando ou criando, os seguintes materiais de apoio:

- Orientações técnicas sobre diagnóstico, tratamento e controlo das dislipidémias, destinadas aos profissionais de saúde.
- Prevenir e controlar o Tabagismo para promover não apenas a melhoria da informação sobre os malefícios do uso do tabaco, mas também sobre as vantagens da ajuda específica para a desabitação tabágica, através da consulta para cessação tabágica. Pretende-se, ainda, promover e incentivar a adopção de estilos de vida saudáveis e reforçar a componente antitabágica nos programas de saúde escolar e nos locais de trabalho, de forma a conseguir não apenas diminuir a incidência de novos fumadores como aumentar a incidência de ex-fumadores.

Para este efeito, o Gestor do Programa proporá à DRS para divulgação, adoptando, adaptando ou criando, os seguintes materiais de apoio:

- Orientações técnicas sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica;
  - Orientações técnicas sobre aconselhamento e acompanhamento de fumadores, em medicina geral e familiar e sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica destinadas aos gestores e profissionais de saúde;
  - Informação sobre os malefícios do uso do tabaco destinada à população jovem e adulta.
- Reduzir o número de pessoas com excesso de peso / obesidade, promovendo a melhoria da informação sobre os malefícios do excesso ponderal e das vantagens de uma alimentação e nutrição adequadas e promotoras de saúde, necessariamente acompanhadas da redução do consumo de álcool e efectivo aumento do exercício físico.

Para este efeito, o Gestor do Programa proporá à DRS para divulgação, adoptando, adaptando ou criando, os seguintes materiais de apoio:



- Informação sobre adequação alimentar e nutricional destinada à população em geral e a grupos etários específicos, como crianças, jovens e pessoas idosas.
- Aumentar a prática regular de actividade física, promovendo a melhoria da informação sobre as vantagens da actividade física, incentivando a prática desportiva nos jovens, estimulando a prática regular de exercício físico em todas as idades, envolvendo as autarquias na criação de condições favoráveis à sua prática.

Para este efeito, o Gestor do Programa proporá à DRS para divulgação, adoptando, adaptando ou criando, os seguintes materiais de apoio:

- Informação sobre os benefícios da actividade física e recomendações sobre promoção e prática de actividade física regular destinada à população em geral.
- Identificar portadores de factores de risco cardiovascular, através da realização do EPS, promovendo a melhoria das práticas profissionais no que se refere à efectivação do EPS, através da sua inclusão nos critérios de qualidade assistencial a desenvolver na prática profissional de rotina da clínica geral/medicina familiar e medicina interna criando, na população, o hábito da vigilância regular da saúde.

Para este efeito, o Gestor do Programa proporá à DRS para divulgação, adoptando, adaptando ou criando, os seguintes materiais de apoio:

- Orientações técnicas sobre EPS, na área cérebro – cardiovascular, destinadas aos profissionais de saúde;
- Informação sobre os benefícios do EPS destinada à população em geral.
- Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da DC, promovendo a melhoria do acesso do doente vítima de dor pré-cordial à rápida confirmação do diagnóstico e instituição da melhor terapêutica, mais adequada às síndromes coronárias agudas.

Para este efeito, o Gestor do Programa proporá à DRS para divulgação, adoptando, adaptando ou criando, os seguintes materiais de apoio:

- Orientações técnicas sobre o tratamento precoce da fase aguda da doença coronária, destinadas aos profissionais de saúde;

- Será de promover, ainda, o mais rápido acesso possível a consulta de referência dos doentes com hipótese de diagnóstico de cardiopatia isquémica, colocada pelo Clínico Geral.
- Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica do AVC, promovendo a melhoria do acesso do doente vítima de AVC a um rápido diagnóstico e tratamento adequado, incluindo a precocidade e continuidade de reabilitação.

Para este efeito, o Gestor do Programa proporá à DRS para divulgação, adoptando, adaptando ou criando, os seguintes materiais de apoio:

- Orientações técnicas sobre o tratamento precoce da fase aguda do AVC destinadas aos profissionais de saúde;
- Redes de referência, para diagnóstico e terapêutica, de doentes com suspeita ou fases iniciais de AVC;
- Orientações técnicas sobre reabilitação no pós AVC destinadas aos profissionais de saúde;
- Normas sobre circuitos de referência para reabilitação após AVC, de forma a ser evitada a descontinuidade no processo de reabilitação.
- Melhorar a informação sobre a epidemiologia da HTA, do AVC e da DC de forma a permitir o conhecimento da sua evolução.
- Optimizar a abordagem pré-hospitalar para possibilitar o acesso rápido à DAE.
- Uniformizar procedimentos clínicos e de referência com vista à elaboração de manual de boas práticas, adaptadas à realidade local.

## 6. Plano de Acção Local

A realidade social e económica actual da população da área de abrangência de cada Unidade de Saúde e a escassez de recursos, impõe a realização de uma reflexão no sentido da adopção das estratégias enunciadas neste Programa que se revelem adequadas e exequíveis, de modo a responderem de forma mais eficaz aos seus objectivos.

Conceptualizar a realidade local implica o estabelecimento de planos de acção que contemplem um número mais limitado de estratégias na forma de indicadores quantificados, pelo que se deve recorrer a metodologias de trabalho

flexíveis, inovadoras e participadas, para que possamos fazer frente às várias necessidades sentidas, definindo prioridades e gerindo os recursos disponíveis de uma forma racional, pragmática e eficaz. Esta gestão implica uma visão partilhada dos problemas locais, bem como a assunção por parte de todos os parceiros envolvidos das suas responsabilidades.

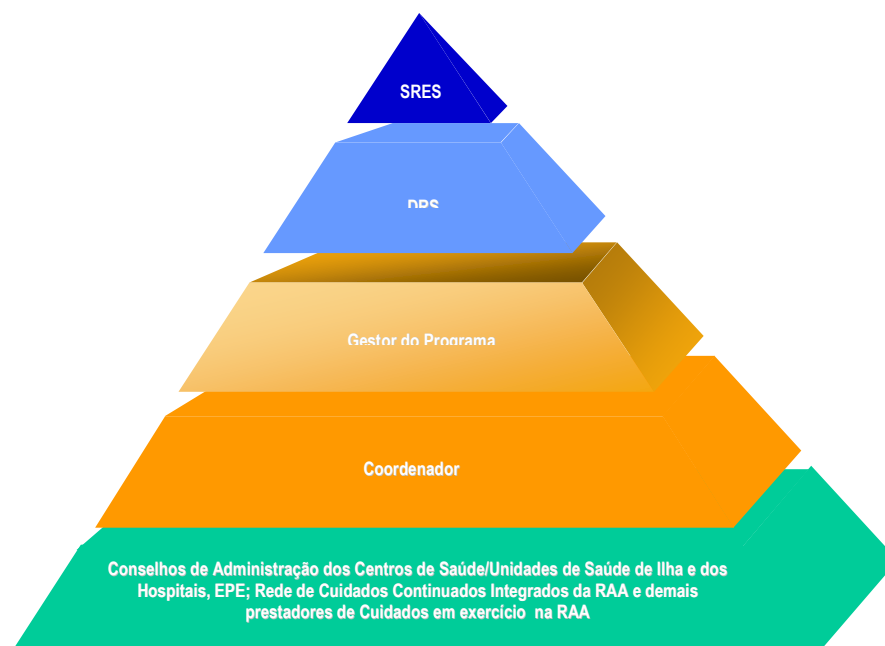
## 7. Avaliação

Importa ainda não esquecer que este Programa, enquanto modelo de conceptualização, operacionalização e avaliação de um programa de intervenção, pressupõe um processo dinâmico de avaliação que integra diferentes fases de avaliação:

- Avaliação diagnóstica – identificação de necessidades, definição de objectivos, de estratégias de intervenção;
- Avaliação de processo – operacionalização do programa através de um Plano de Acção – seu acompanhamento e monitorização;
- Avaliação de resultados – efectividades, custo - benefício, eficiência, eficácia e impacto do programa.

## 8. Estrutura de gestão e operacionalização do programa

A estrutura de gestão e operacionalização do programa é aquela que se encontra definida no Despacho nº850/2006, de 16 de Agosto, sendo que a esta se associam todos os intervenientes responsáveis pela prestação de cuidados de saúde na RAA, conforme se ilustra.



**9. Anexo I - Plano de Acção / Cronograma**

Centro de Saúde/Unidade de Saúde de Ilha \_\_\_\_\_

Estratégias (1)	Acção	Responsável	2010				2011				2012			
			Trimestres				Trimestres				Trimestres			
			1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
E1														
E2														
E3														
E4														
E5														
E6														
E7														
E...														

1) Corresponde às estratégias identificadas, no Centro de Saúde/Unidade de Saúde de Ilha, de acordo com a numeração atribuída no Plano de Acção/Cronograma (E1, E2, ...).

## 10. Bibliografia

- Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social, *Plano Regional de Saúde 1989*, Vol. I e II.
- Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social, *Plano Regional de Saúde 95-99*, Vol. I e II.
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, *Plano Regional de Saúde 2004-2006*.
- Ministério da Saúde, Direcção Geral, *Plano Nacional de Saúde, 2004-2010*, Vol. I e II.
- Plataforma Contra a Obesidade (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>).
- Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística, *4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006* ([www.ine.pt](http://www.ine.pt); [www.insa.pt](http://www.insa.pt)).
- Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Norte, IP, *Plano de Saúde 2009-2010* ([www.arsnorte.min-saude.pt](http://www.arsnorte.min-saude.pt); [arsn@arsnorte.min-saude.pt](mailto:arsn@arsnorte.min-saude.pt)).
- Ministério da Saúde, Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças cardiovasculares. Circular Normativa nº 3/DSPCS, de 06/02/06. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2006.
- Ministério da Saúde, Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Circular Normativa nº 4/DGCG, de 17/03/05. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2005.
- Ministério da Saúde, Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular Normativa nº 3/DGCG, de 17/03/05. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2005.
- Secretaria Regional da Ciência, Tecnologia e Equipamentos; Secretaria Regional da Saúde, Despacho Normativo nº 24/2009, de 8 de Abril – Regulamento do Programa Regional para a Utilização de Desfibriladores Automáticos Externos por Não Médicos e de Acesso Pública à Desfibrilação.
- Ministério da Saúde, Risco Global Cardiovascular. Circular Normativa nº 06/DSPCS, de 18/04/07. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2007.
- Ministério da Saúde, Orientação Técnica sobre Diagnóstico e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC). Circular Informativa nº 9/DSPCS, de 27/02/07. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2007.

- Ministério da Saúde, Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial. Circular Normativa nº 2/DGCG, de 31/03/04. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004.
- Ministério da Saúde, Planeamento da Alta do Doente com AVC – Intervenção dos Assistentes Sociais. Circular Normativa nº 7/DSPCS, de 28/04/04. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004.