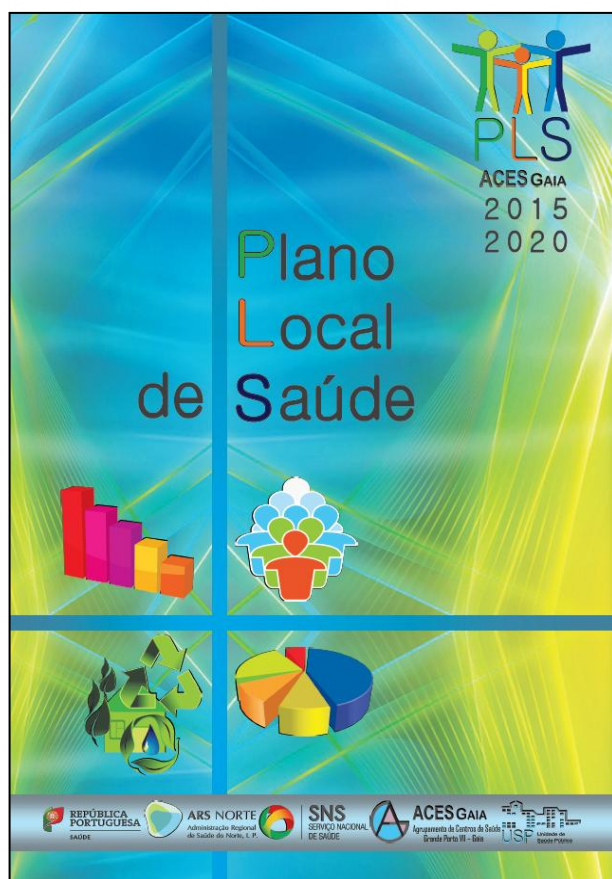




ACES GAIA
2015
2020

Plano Local de Saúde





FICHA TÉCNICA

Plano Local de Saúde do ACES Gaia

2015 – 2020

Editor:

Unidade de Saúde Pública do ACeS Gaia

Autores:

Brígida Silva

(Técnica de Saúde Ambiental)

Carlos Pratas Valente

(Médico de Saúde Pública)

Graciete Lourenço

(Técnica de Saúde Ambiental)

Gustavo Martins Coelho

(Médico Interno de Saúde Pública)

José Eduardo Rola

(Médico de Saúde Pública – Coordenador da Unidade de Saúde Pública)

Luz Magalhães

(Enfermeira Especialista de Saúde Pública)

Márcia Cardoso

(Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária)

Vera Sampaio

(Técnica de Saúde Ambiental)

Colaboradores:

Diana Adrião

(Médica interna de Saúde Pública)

Luís Renato Figueiredo

(Médico interno de Saúde Pública)

Teresa Maia

(Nutricionista)

Teresa Rodrigues

(Nutricionista)

ÍNDICE

PREFÁCIO	VI
SUMÁRIO EXECUTIVO	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE QUADROS	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	XIV
1. INTRODUÇÃO	2
1.1. PORQUÊ PLANEAR?	2
1.2. PLANO LOCAL DE SAÚDE — O QUE É?	2
1.3. PLANO LOCAL DE SAÚDE — QUAL A SUA UTILIDADE?.....	2
2. MÉTODO	5
2.1. FONTES DE DADOS.....	5
2.2. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE PRIORIDADES E DE DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	5
3. TERRITÓRIO	8
4. INDICADORES DEMOGRÁFICOS	10
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO ACES GAIA	10
4.2. ESTRUTURA FAMILIAR NO ACES GAIA	14
5. INDICADORES SOCIOECONÓMICOS	17
5.1. SECTORES DE ATIVIDADE ECONÓMICA E EMPREGO.....	17
5.2. DESEMPREGO	18
5.3. EDUCAÇÃO.....	18
5.3.1. Nível de escolarização no ACES Gaia	18
5.4. SECTOR DE ÁGUAS E RESÍDUOS	20
5.4.1. Rede pública de abastecimento de água	20
5.4.2. Rede pública de águas residuais	20
5.5. CONSTRUÇÃO E HABITAÇÃO	20
5.6. REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE APOIO A IDOSOS.....	21
6. INDICADORES DE SAÚDE	23
6.1. MORTALIDADE.....	23
6.1.1. Óbitos e taxa bruta de mortalidade.....	23
6.1.2. Nascimentos pré-termo	23
6.1.3. Baixo peso à nascença	24
6.1.4. Taxa de mortalidade infantil	24
6.1.5. Taxa de mortalidade neonatal	25
6.1.6. Taxa de mortalidade neonatal precoce	25
6.1.7. Taxa de mortalidade pós-neonatal	26

6.1.8. Mortalidade fetal tardia	27
6.1.9. Mortalidade perinatal	27
6.2. MORTALIDADE POR CAUSAS ESPECÍFICAS	29
6.2.1. Mortalidade padronizada	29
6.2.2. Mortalidade proporcional	32
6.3. DETERMINANTES DA SAÚDE.	33
6.3.1. Incidência de Diabetes Mellitus tipo 2	33
6.3.2. Prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2	34
6.3.3. Prevalência de abuso crónico do álcool	35
6.3.4. Prevalência de abuso crónico do tabaco	36
6.3.5. Excesso de peso	38
6.3.7. Obesidade na população residente	39
6.3.6. Incidência de infeção por VIH	40
6.3.7. Incidência de tuberculose	41
6.4. MORBILIDADE.	42
6.4.1. Morbilidade padronizada	42
6.4.2. Morbilidade proporcional	43
6.4.3. As dez causas de doença crónica mais frequentes	44
6.5. CÓDIGOS ICPC-2 MAIS FREQUENTES, POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS	44
6.5.1. Doença cardíaca isquémica com angina	44
6.5.2. Enfarte agudo do miocárdio	45
6.5.3. Doença isquémica cardíaca sem angina	45
6.5.4. Hipertensão sem complicações	46
6.5.5. Hipertensão com complicações	46
6.5.6. Acidente vascular cerebral	47
6.5.7. Neoplasia maligna do cólon e reto	48
6.5.8. Osteoartrose da anca	48
6.5.9. Osteoartrose do joelho	49
6.5.10. Osteoporose	50
6.5.11. Demência	50
6.5.12. Perturbações depressivas	51
6.5.13. Bronquite crónica	51
6.5.14. Neoplasia maligna dos brônquios e pulmão	52
6.5.15. Doença pulmonar obstrutiva crónica	52
6.5.16. Asma	53
6.5.17. Alteração do metabolismo dos lípidos	53
6.5.18. Neoplasia maligna da próstata	54
6.5.19. Neoplasia maligna do colo do útero	54
6.5.20. Neoplasia maligna da mama feminina	55

6.6. INDICADORES DE SAÚDE — SÍNTESE	56
6.6.1. Diferenças no estado de saúde relacionadas com a residência na área de influência do ACES Gaia	56
6.6.2. Dimensão das diferenças no estado de saúde relacionadas com o sexo, no ACES Gaia	56
7. IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE E DOS SEUS DETERMINANTES NA POPULAÇÃO DO ACES GAIA ..	59
7.1. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE	59
7.2. IDENTIFICAÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE	60
7.3. PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE	62
7.4. PROJEÇÃO DA EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CAUSAS PRIORITÁRIAS ATÉ 2020	62
8. OBJETIVOS E METAS — INDICADORES DE SAÚDE	66
9. ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE	68
9.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	68
9.2. PRINCIPAIS NECESSIDADES E ÁREAS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIAS NO ACES GAIA	68
10. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	71
10.1. INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO DO PLS	71
10.2. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PLS	71
11. ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO	74
11.1. COMUNICAÇÃO INTERNA	74
11.2. COMUNICAÇÃO EXTERNA	74
BIBLIOGRAFIA	75

PREFÁCIO

O Plano Local de Saúde (PLS) 2012-2015, como pioneiro nesta reforma dos Cuidados de Saúde Primários do SNS, iniciada pela criação das Unidades de Saúde Familiar e reforçada pela criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, tem vindo a constituir um elemento basilar da política de saúde local, traçando a estratégia de intervenção na área de influência do ACES Gaia.

A sua operacionalização, e porque esta área de influência confina com a do ACES Espinho Gaia integrando ambas o Concelho de Gaia, prosseguiu com a implementação dos dois planos locais de saúde, de uma forma sinérgica e partilhada, envolvendo todos os parceiros da comunidade.

Analisada a execução do plano e sua avaliação, e concluído o Diagnóstico da Situação 2015, pode ser elaborado este novo Plano Local de Saúde 2015-2020, alinhado com o Plano Nacional de Saúde.

O documento pretende conter as medidas consideradas mais relevantes para obtenção de mais ganhos em saúde por parte da população residente em Gaia, enquanto referencial para as políticas e ações no setor da Saúde, bem como demais sectores com impacto nesta área, dando particular enfoque à redução da mortalidade prematura (abaixo dos 75 anos) e à melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde, melhoria do desempenho de todos os que integram a comunidade do ACES Gaia, bem como a capacidade deste se desenvolver como um todo, nomeadamente através do fortalecimento de sistemas de informação para a tomada de decisão; integração de programas e projetos; e intervenções focadas em resultados.

O PLS visa rever e consolidar algumas das intervenções já implementadas, melhorar a qualidade das respostas existentes e desenvolver ações justificadas pelo atual contexto social e epidemiológico.

As prioridades identificadas para as necessidades de saúde tiveram em conta a magnitude do problema, a mortalidade prematura, a sensibilidade à promoção da saúde e aos cuidados de saúde e a incapacidade gerada,

O reforço da cidadania e da equidade, pretende incorporar todas as tendências da comunidade, através do acolhimento de novas e melhores recomendações e da atualização da situação local, nacional e internacional, considerado o Plano Local de Saúde como um instrumento que visa integrar e focar os esforços de todos, essencialmente, servir de plataforma de entendimento e de convergência que eleve a capacidade de todos para se perseguirem os objetivos comuns do Sistema de Saúde e a melhoria da saúde da população.

Dr.^a Isabel Chaves e Castro

Diretora Executiva do ACES Gaia

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este Plano Local de Saúde é simultaneamente um documento estratégico e um instrumento de gestão, de mudança e de comunicação interna e externa, agindo como uma ferramenta integradora e facilitadora da coordenação e da colaboração entre as múltiplas entidades locais de saúde e sendo um verdadeiro compromisso social entre todos os agendes coprodutores de saúde; é o resultado dum processo que a administração da saúde, em conjunto com a população, leva a cabo, para conseguir em áreas e prazos determinados os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficiente os recursos à sua disposição. Além de definir as principais necessidades de saúde da população, define as metas da melhoria do seu estado de saúde e contém recomendações para a tomada de decisão em saúde e o respetivo alinhamento das ações dos agentes de saúde.

Na elaboração do Plano Local de Saúde, aplicaram-se as técnicas de planeamento em saúde, iniciando-se com o diagnóstico de situação, continuando pela identificação e priorização dos problemas de saúde e terminando com a definição das estratégias de ação. Os dados utilizados foram recolhidos nas plataformas da ARS Norte, ACSS, SIARS e INE. As prioridades referentes às necessidades de saúde foram estabelecidas tendo como base a existência de desigualdades de saúde entre a população residente na área de influência do ACES Gaia e na ARS Norte e os objetivos foram quantificados tendo por base a tendência estimada para a ARS Norte.

O ACES Gaia cobre uma área geodemográfica correspondente a seis freguesias essencialmente urbanas do concelho de Vila Nova de Gaia, totalizando 43 km² e 152 062 habitantes. A população apresenta tendência de crescimento e envelhecimento, com redução da natalidade e da fecundidade e aumento da esperança de vida à nascença. O número de famílias clássicas também regista uma tendência de crescimento, embora a dimensão média familiar se encontre a diminuir. O número de alojamentos regista também um aumento, mas o número de edifícios tem vindo a diminuir.

O sector de atividade económica de maior relevo no ACES Gaia é o terciário, que se encontra em expansão. A sua população ativa representa mais de metade da população ativa do concelho de Vila Nova de Gaia, pouco mais de 10% da população ativa do Grande Porto e quase 5% da população ativa da região Norte e possui, predominantemente, o segundo ciclo do ensino básico completo.

Na população geral, o nível de escolaridade predominante continua a ser o primeiro ciclo do ensino básico, embora a proporção de habitantes com níveis de escolaridade superiores completos esteja a aumentar. O nível de escolaridade dos homens tende a ser superior aos das mulheres.

As redes públicas de abastecimento de água e de saneamento cobrem praticamente todo o território municipal, apresentando um elevado nível de qualidade.

Existem na área geográfica do ACES Gaia 35 instituições dirigidas à terceira idade, que prestam serviços tais como centro de convívio, centro de dia, lar de idosos e apoio domiciliário. Estas respostas sociais são mais abundantes em Santa Marinha, estando ausentes na Afurada.

A taxa bruta de mortalidade mantém-se abaixo das da Região Norte e do Continente, mas as taxas de mortalidade infantil, neonatal, neonatal precoce, pós-neonatal, fetal tardia e perinatal são superiores no ACES, em relação à Região norte e ao Continente. A mortalidade padronizada encontra-se também aumentada, relativamente à Região Norte, para a infeção por VIH/SIDA e o tumor maligno dos ossos, pele e mama, em ambos os sexos, para o tumor do lábio, cavidade oral e faringe, no sexo masculino, e para o tumor da mama feminina, no sexo feminino.

Relativamente à morbilidade, a proporção de utentes, de ambos os sexos, inscritos no ACES com diagnósticos de alteração de metabolismo dos lípidos, abuso do tabaco, perturbações depressivas, obesidade, excesso de peso, diabetes, asma, osteoporoze, acidente vascular cerebral, DPOC, doença cardíaca isquémica com angina, enfarte

agudo do miocárdio, demência, abuso de drogas e neoplasia maligna do colon e reto é superior aos valores registados para a Região Norte. No caso do sexo feminino, a proporção de utentes inscritos com diagnóstico de neoplasia da mama é também superior aos valores registados na Região Norte.

As prioridades identificadas para as necessidades de saúde, tendo em conta a desigualdade relativamente à Região Norte, a magnitude do problema, a mortalidade prematura, a sensibilidade à promoção da saúde e aos cuidados de saúde e a incapacidade gerada, foram, por ordem de prioridade: o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão; as doenças cerebrovasculares; o tumor maligno da mama feminina; o tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe; a diabetes; a infeção por VIH/SIDA; a pneumonia; o tumor do tecido linfático e órgão hematopoéticos; o tumor do pâncreas; e o tumor maligno do colo do útero.

O PLS tem por objetivo a redução da taxa de mortalidade pelas causas identificadas previamente, tendo por base o modelo previsional da regressão e como padrão os valores a atingir em 2020 para a ARS do Norte. As estratégias dirigidas aos problemas de saúde prioritários têm como pilares a vigilância epidemiológica e a participação dos profissionais de saúde e dos parceiros comunitários.

A avaliação do PLS realizar-se-á através de indicadores selecionados, com o objetivo de medir a evolução do estado de saúde da população relativamente às prioridades de saúde identificadas.

No que concerne ao excesso de peso infantil, área de intervenção alinhada com o Plano Nacional de Saúde, os resultados do Programa «Crescer, Comer e Correr», realizado no ACES Gaia no ano letivo 2015/2016, apontam para valores de prevalência de 38,4 % de crianças com excesso, de peso das quais 18,6 % são pré-obesas e 19,8 % são obesas. A atuação dirigida ao excesso de peso infantil tem como pilares a vigilância epidemiológica e a intervenção sobre os seus principais determinantes: os hábitos alimentares e a atividade física.

A capacidade de implementação do PLS assenta, em primeira instância, no envolvimento dos profissionais de saúde do próprio ACES e, logo a seguir, na partilha dos seus valores e objetivos, com os cidadãos e com os parceiros da comunidade. Para este efeito, o PLS inclui um plano de comunicação interna e externa. Internamente, o plano de comunicação destina-se a: fomentar a participação multidisciplinar dos profissionais do ACES; colocar o PLS na agenda do ACES, orientando os planos de atividade das UF e o plano de desempenho do ACES; definir os indicadores de contratualização do ACES como decorrentes das prioridades definidas no PLS; e alinhar os indicadores de desempenho de avaliação dos trabalhadores do ACES com as necessidades de saúde definidas no PLS. Externamente, o plano de comunicação visa criar um compromisso com as instituições da comunidade, através de parcerias, para a execução do PLS e para a preparação conjunta de respostas a ameaças de saúde.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organização administrativa do território das freguesias da área de influência do ACES Gaia.	8
Figura 2. População Residente (n.º) e Densidade Populacional (hab/km ²) nas freguesias da área de influência do ACES Gaia, 2011.	10
Figura 3. Taxa de Variação (%) da população residente no ACES Gaia e suas freguesias, década 2001-2011.	11
Figura 4. Pirâmide etária da população residente por sexo (n.º) no ACES Gaia, 2001 e 2011.	11
Figura 5. Índice de envelhecimento (n.º) no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e em Portugal, 2001 e 2011.	12
Figura 6. Índice de envelhecimento (idosos por 100 jovens) nas freguesias do ACES Gaia, 2011.	12
Figura 7. Evolução da taxa bruta de natalidade (nados vivos por 1000 habitantes) nos ACES Gaia e Espinho/Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, na região Norte e no Continente, 2004 a 2013.	13
Figura 8. Esperança média de vida à nascença (anos) para ambos os sexos, por Agrupamento de Centros de Saúde e Unidades Locais de Saúde da região Norte, triénio 2008-2010.	13
Figura 9. População e famílias residentes (n.º) no ACES Gaia e suas freguesias, 2001 e 2001.	14
Figura 10. Taxa de variação (%) de famílias residentes no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e em Portugal, década 2001-2011.	15
Figura 11. Famílias clássicas residentes (n.º) por grupos etários no ACES Gaia, 2011.	15
Figura 12. Distribuição da população empregada (%) no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e no Continente, por sector de atividade económica, 2001 e 2011.	17
Figura 13. População ativa (%) por nível de escolaridade mais elevado (completo) no ACES Gaia, 2011.	18
Figura 14. População total residente (n.º) por nível de escolaridade mais elevado (completo) no ACES Gaia, década 2001-2011.	19
Figura 15. População residente (n.º) por sexo e nível de escolaridade mais elevado (completo) no ACES Gaia, 2011.	19
Figura 16. Taxa de variação (%) de Alojamentos e Edifícios no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e em Portugal, década 2001-2011.	20
Figura 17. Estabelecimentos de apoio social a idosos (n.º) por freguesias do ACES Gaia, 2015.	21
Figura 18. Evolução da taxa bruta de mortalidade (óbitos por 100 000 habitantes) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 1996-2013.	23
Figura 19. Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.	24
Figura 20. Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.	24
Figura 21. Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.	25
Figura 22. Taxa de Mortalidade Neonatal (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.	25
Figura 23. Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.	26
Figura 24. Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.	26
Figura 25. Taxa de Mortalidade Fetal Tardia (por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.	27

Figura 26. Taxa de Mortalidade Perinatal (por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.	28
Figura 27. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100 000 habitantes), população com idade <75 anos de ambos os sexos, ACES Gaia e Espinho/Gaia, média móvel trienal, 2009-2011 e 2010-2012.	29
Figura 28. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (por 100 000 habitantes), população com idade <75 anos do sexo masculino, ACES Gaia e Espinho/Gaia, média móvel trienal 2009-2011 e 2010-2012.	30
Figura 29. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (por 100 000 habitantes), população com idade <75 anos do sexo feminino, ACES Gaia e Espinho/Gaia, média móvel trienal, 2009-2011 e 2010-2012.	31
Figura 30. Mortalidade proporcional para os grandes grupos de causas de morte, ACES Gaia e Espinho/Gaia ambos os sexos, média do triénio 2010-2012.	32
Figura 31. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de Diabetes tipo 2 (ICPC-2 — T90), relativamente ao total de diagnósticos por sexos, ACES Gaia, dezembro 2014.	34
Figura 32. Proporção de inscritos com diagnóstico de Diabetes tipo 2 (ICPC-2 — T90), por grupo etário, ACES Gaia, dezembro 2014.	34
Figura 33. Proporção de inscritos com diagnóstico de Diabetes tipo 2 (ICPC-2 — T90), por sexo e grupo etário, ACES Gaia, dezembro 2014.	34
Figura 34. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de Abuso crónico do álcool (ICPC-2 — P15), relativamente ao total de diagnósticos por sexos, ACES Gaia, dezembro 2014.	35
Figura 35. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de Abuso crónico do álcool (ICPC-2 — P15), por grupos etário, ACES Gaia, dezembro 2014.	35
Figura 36. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de Abuso crónico do álcool (ICPC-2 — P15), por grupo etário e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.	36
Figura 37. Proporção de utentes com diagnóstico de abuso crónico do tabaco (ICPC-2 — P17), relativamente ao total de diagnósticos, por sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.	36
Figura 38. Proporção de utentes com diagnóstico de abuso crónico do tabaco (ICPC-2 — P17), por grupos etários, ACES Gaia, dezembro 2014.	37
Figura 39. Proporção de utentes com diagnóstico de abuso crónico do tabaco (ICPC-2 — P17) por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.	37
Figura 40. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de excesso de peso (ICPC-2 — T83), relativamente ao total de inscritos, por sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.	38
Figura 41. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de excesso de peso (ICPC-2 — T83), por grupos etários, AceS Gaia, dezembro 2014.	38
Figura 42. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de excesso de peso (ICPC-2 — T83), por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.	38
Figura 43. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de obesidade (ICPC-2 — T82), relativamente ao total de diagnósticos, por sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.	39
Figura 44. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de obesidade (ICPC-2 — T82), por grupos etários, ACES Gaia, dezembro 2014.	39
Figura 45. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de obesidade (ICPC-2 — T82), por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.	40
Figura 46. Evolução da taxa de incidência (por 100 000 habitantes) da infecção por VIH (IAG+CRS+PA+SIDA) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 2007-2013.	40
Figura 47. Evolução da taxa de incidência (por 100 000 habitantes) de Tuberculose no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 2007-2013.	41
Figura 48. Proporção de residentes, padronizada pela idade, por diagnóstico ativo (/1000) utentes residentes no ACES Gaia e Espinho / Gaia e Região Norte, 2014.	42

Figura 49. Proporção de utentes (/1000) por diagnóstico ativo, população inscrita no ACES Gaia e população residente no ACES Gaia e Espinho / Gaia.	43
Figura 50. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>doença cardíaca isquémica com angina</i> (ICPC-2 — K74), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	44
Figura 51. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com enfarte agudo do miocárdio (ICPC-2 — K75), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	45
Figura 52. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>doença isquémica cardíaca sem angina</i> (ICPC-2 — K76), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	45
Figura 53. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>hipertensão sem complicações</i> (ICPC- 2, K86), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	46
Figura 54. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>hipertensão com complicações</i> (ICPC-2 — K87), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	46
Figura 55. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>trombose/acidente vascular cerebral</i> (ICPC-2 — K90), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	47
Figura 56. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>neoplasia maligna do colon e reto</i> (ICPC-2 — D75), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	48
Figura 57. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>osteoartrose da anca</i> (ICPC-2 — L89), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	49
Figura 58. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>osteoartrose do joelho</i> (ICPC-2 — L90), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	49
Figura 59. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>osteoporose</i> (ICPC-2 — L95), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	50
Figura 60. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>demência</i> (ICPC-2 — P70), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	50
Figura 61. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>perturbações depressivas</i> (ICPC-2 — P76), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	51
Figura 62. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>bronquite crónica</i> (ICPC-2 — R79), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	51
Figura 63. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>neoplasia maligna dos brônquios e pulmão</i> (ICPC-2 — R84), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	52
Figura 64. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>doença pulmonar crónica obstrutiva</i> (ICPC-2 — R95), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	52
Figura 65. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>asma</i> (ICPC-2 — R96), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	53
Figura 66. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com <i>alteração do metabolismo dos lípidos</i> (ICPC-2 — T93), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	53
Figura 67. Distribuição por grupo etário e total de homens da proporção de inscritos com <i>neoplasia maligna da próstata</i> (ICPC-2 — Y77), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	54
Figura 68. Distribuição por grupo etário e total de mulheres da proporção de inscritos com <i>neoplasia maligna do colo útero</i> (ICPC-2 — X75), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	54
Figura 69. Distribuição por grupo etário e total de mulheres da proporção de inscritos com <i>neoplasia maligna da mama feminina</i> (ICPC-2 — X76), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.	55
Figura 70. Mortalidade por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquio e Pulmão, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.	62
Figura 71. Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.	63

Figura 72. Mortalidade por Tumor da Mama Feminina, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.	63
Figura 73. Mortalidade por Diabetes <i>Mellitus</i> , <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.	63
Figura 74. Mortalidade por Tumor Maligno do lábio, cavidade oral e faringe, <75 anos, Homens. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.	64
Figura 75. Mortalidade por infecção por VIH/SIDA, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.	64

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição por sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos segundo as 10 doenças crónicas mais frequentes no ACES Gaia (%), ordem decrescente, no ACES Gaia, na ARS Norte e no Continente, dezembro de 2014.	44
Quadro 2. Determinantes de saúde dos principais problemas de saúde na população do ACES Gaia.	61
Quadro 3. Priorização das necessidades de saúde no ACES Gaia.	62
Quadro 4. Metas para 2020 para o ACES Gaia, expressas em Taxa de Mortalidade Padronizada	66

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES ou ACES Gaia	Agrupamento dos Centros de Saúde Grande Porto VII — Gaia
ACES Espinho/Gaia	Agrupamento dos Centros de Saúde Grande Porto VIII — Espinho/Gaia
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APA	Agência Portuguesa do Ambiente
ARSN ou ARS Norte	Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
CCC	Programa «Crescer, Comer e Correr»
COSI	<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>
CSP	Cuidados de saúde primários
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i> — anos de vida ajustados pela incapacidade
DCNT	Doenças crónicas não transmissíveis
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crónica
DSP	Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
ERSAR	Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos
HTA	Hipertensão arterial
ICPC-2	Classificação Internacional de Cuidados Primários, versão 2
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquérito Nacional de Saúde
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLS ou PLS 2015–2020	Plano Local de Saúde 2015–2020
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SIARS	Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ULS	Unidade Local de Saúde
USP ou USP do ACES Gaia	Unidade de Saúde Pública do Agrupamento dos Centros de Saúde Grande Porto VII — Gaia
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

CAPÍTULO 1



*Não digas tudo o que sabes
Não faças tudo o que podes
Não acredites em tudo que ouves
Não gastes tudo o que tens*

Porque:

*Quem diz tudo o que sabe,
Quem faz tudo o que pode,
Quem acredita em tudo o que ouve, Quem gasta tudo o
que tem;*

*Muitas vezes diz o que não convém,
Faz o que não deve,
Julga o que não vê,
Gasta o que não pode.*

Provérbio Árabe



O QUE PLANEAMOS?

1. INTRODUÇÃO

O **Planeamento em Saúde** consiste no processo que a administração da saúde, em conjunto com a população, leva a cabo, para conseguir em áreas e prazos determinados os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficiente os recursos à sua disposição.

1.1. PORQUÊ PLANEAR?

Essencialmente por seis razões:

1. Porque os recursos são cada vez mais escassos e é necessário utilizá-los da maneira mais eficaz e mais eficiente;
2. Porque é necessário intervir nas causas dos problemas;
3. Porque é necessário basear, cada vez mais, as decisões de intervenção e as diversas intervenções projetadas, na evidência científica que, a cada momento, for possível obter;
4. Porque é necessário ter instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção;
5. Porque é necessário evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
6. Porque é necessário utilizar e adequar os serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificados.

1.2. PLANO LOCAL DE SAÚDE — O QUE É?

- É um documento **estratégico** do ACES, cujas orientações contribuem para a obtenção de ganhos em saúde, promovendo mais saúde para toda a população;
- É um instrumento de **gestão**, que visa apoiar a tomada de decisão do Diretor Executivo, do Conselho Clínico, dos Coordenadores das Unidades Funcionais, dos Gestores de programas e projetos e do Conselho da Comunidade do ACES;
- É uma **ferramenta** que integra e facilita a coordenação e colaboração das múltiplas entidades locais de saúde, encarando-as em sentido lato, na sua riqueza interdisciplinar e na responsabilização da comunidade;
- É um instrumento de **mudança**, que não só define e quantifica a mudança desejada, como (re)centra o processo de planeamento nas necessidades de saúde e nos ganhos em saúde;
- É um instrumento de **comunicação** interna (dentro do ACES) e externa (faz a advocacia da saúde);
- É um **compromisso social**, na medida em que abre o processo de planeamento em saúde em todas as suas etapas, a outras disciplinas e sectores — a todas as partes interessadas — convidando-os a ser seus coprodutores.

1.3. PLANO LOCAL DE SAÚDE — QUAL A SUA UTILIDADE?

- Define as principais necessidades de saúde da população do ACES;
- Define as mudanças que, desejavelmente, deverão ocorrer, em termos da melhoria do estado de saúde da população do ACES;
- Contribui para a construção da visão estratégica do ACES;

- Orienta o planeamento em saúde do ACES, nomeadamente, o seu Plano de Desempenho/Plano de Atividades, bem como os Planos de Atividades das respetivas Unidades Funcionais;
- Ajuda a fazer as melhores escolhas (ou seja, não só as que são mais eficazes e eficientes, mas também as que são mais oportunas e efetivas);
- Comunica, interna e externamente, a informação sobre a saúde da população do ACES e seus principais problemas;
- Faz recomendações para a intervenção;
- Facilita a definição do papel dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na sua participação no processo de planeamento e tomada de decisão em saúde ao nível do ACES;
- Ajuda os serviços de saúde e os restantes sectores da comunidade a alinhar e/ou a manter alinhadas as suas ações com as principais necessidades de saúde da população.

CAPÍTULO 2

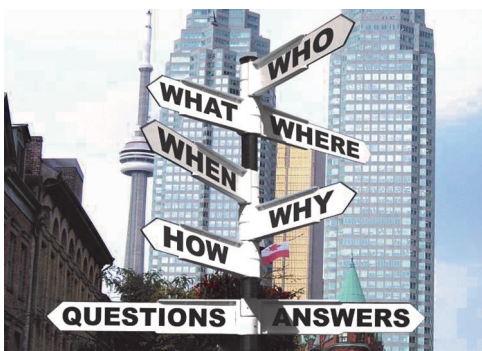


Sem medo, experimentar algo novo.

Os amadores construíram a Arca.

Os profissionais construíram o Titanic.

Anónimo



COMO PLANEAMOS?

2. MÉTODO

Na elaboração do Plano Local de Saúde aplicam-se as técnicas de Planeamento em Saúde, cujo objetivo é, com o conhecimento disponível sobre problemas de saúde da população (indicadores de mortalidade e morbidade) e determinantes de saúde (fatores de proteção e fatores de risco), definir as principais necessidades de saúde, definir as mudanças que desejavelmente deverão ocorrer, contribuir para uma visão estratégica do ACES e orientar os respetivos Planos de Desempenho e os Planos de Ação das suas Unidades Funcionais.

O Plano Local de Saúde segue a sequência metodológica aplicada ao processo de planeamento. Este processo contínuo inicia-se com o Diagnóstico de Situação, que permite o estabelecimento de prioridades de saúde, a partir dos problemas e necessidades em saúde identificados. Subsequentemente, procede-se à fixação de objetivos em saúde, a partir dos quais definimos estratégias para os alcançar, sendo que as estratégias e os objetivos para as atingir se moldam reciprocamente de forma dinâmica. Após a conclusão destes dois passos, procede-se ao planeamento das intervenções a desenvolver, identificando as atividades, os métodos e os recursos necessários para executar as estratégias anteriormente definidas. Por fim, após concluir o planeamento da intervenção, terá de haver uma preparação da execução e avaliação da mesma, com monitorização e posterior avaliação, que farão parte do Diagnóstico de Situação seguinte, encerrando assim o ciclo do processo de planeamento em saúde.

2.1. FONTES DE DADOS

A informação e resumos estatísticos foram recolhidos nas plataformas da ARS Norte, ACS, SIARS e INE.

2.2. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE PRIORIDADES E DE DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

As prioridades referentes às necessidades de saúde foram estabelecidas tendo como base a existência de desigualdades de saúde entre a população residente na área de influência do ACES Gaia e ARS Norte, bem como a relevância, em termos de mortalidade em idade prematura (inferior a 75 anos).

Assim, como critérios de priorização das necessidades de saúde do ACES Gaia, foram considerados:

- A desigualdade de saúde, traduzida por valores de mortalidade superiores aos verificados na Região Norte;
- A magnitude do problema, medida pelo indicador de mortalidade;
- A significância estatística da diferença de mortalidade entre o ACES Gaia e a Região Norte;
- A ocorrência de mortalidade aumentada em idade prematura (inferior a 75 anos);
- A sensibilidade aos cuidados de saúde;
- A sensibilidade às ações de prevenção primária;
- O facto da causa de morte ou morbidade pertencer ao grupo das quinze principais causas específicas dos anos de vida saudável perdidos (medidos em *DALY*) na região Norte.

Todos os critérios têm um valor de ponderação atribuído de 0 ou 1, exceto a magnitude, que é ponderada de acordo com a posição relativa na lista de prioridades, por ordem decrescente (máximo de 10 e mínimo de 1).

Em caso de empate na pontuação atribuída, o critério de desempate adotado foi a magnitude, medida pelo indicador de mortalidade.

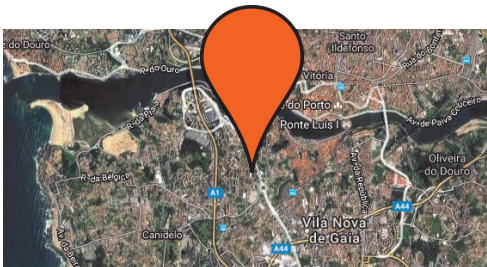
Na definição dos objetivos do PLS 2015–2020, considerámos, para a totalidade do período, a tendência crescente, decrescente ou estável da magnitude de cada problema de saúde e estabeleceram-se objetivos quantificados para 2020, tendo como base os valores previsionais para a ARS Norte.

CAPÍTULO 3



Quase tudo tem a ver com a geografia.

Judy Martz

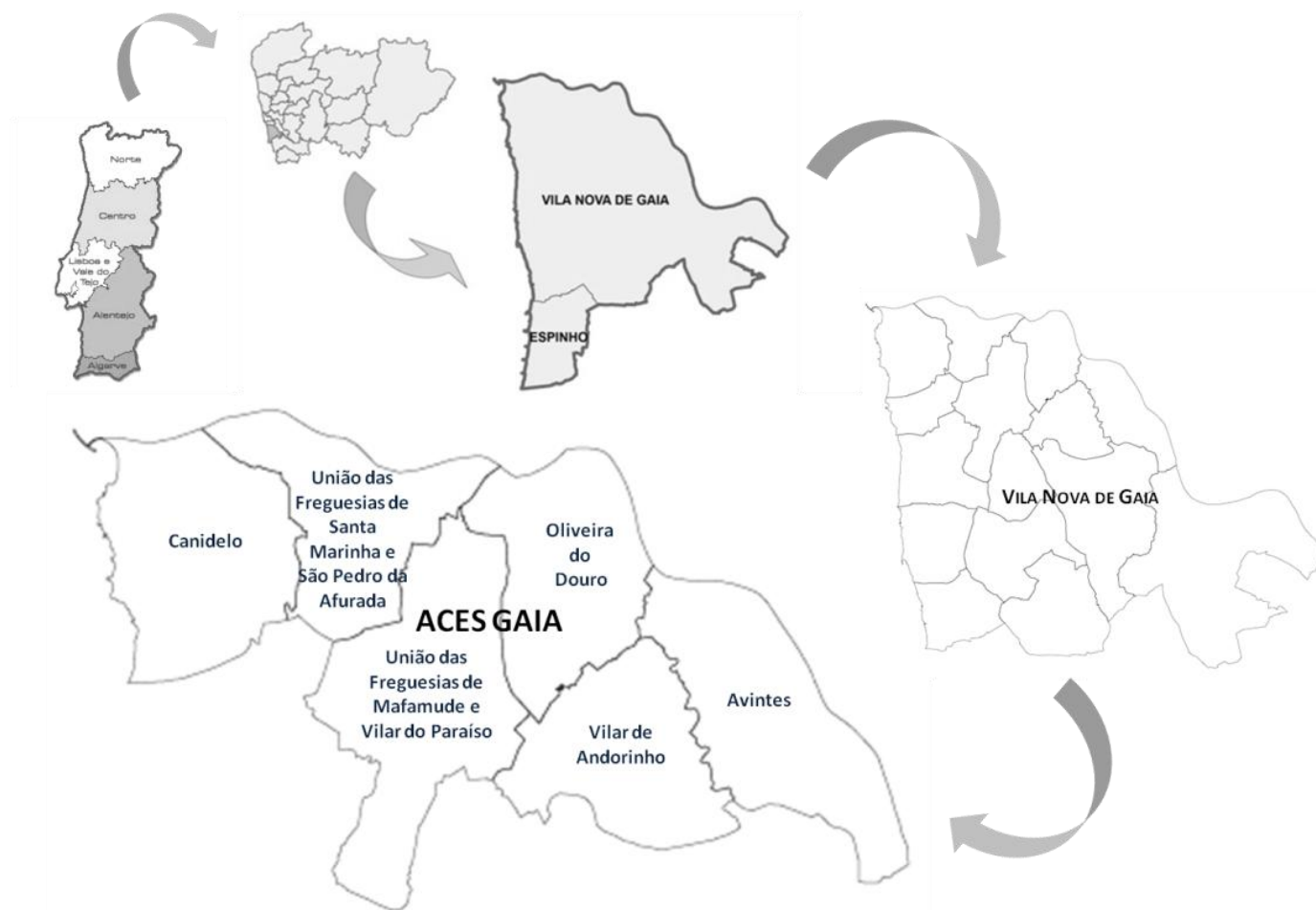


ONDE VIVEMOS?

3. TERRITÓRIO

A Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro, estabeleceu a reorganização administrativa do território das freguesias, através da criação de freguesias por agregação. Em função deste diploma, o concelho de Vila Nova de Gaia sofreu uma redução de freguesias, passando de 24 para 15, das quais as anteriores 7 pertencentes ao ACES Gaia passaram a 6, nomeadamente Canidelo, União de Freguesias de Santa Marinha e S. Pedro da Afurada, União de Freguesias de Mafamude e Vilar do Paraíso, Vilar de Andorinho, Oliveira do Douro e Avintes (Figura 1). Importa realçar que relativamente à extinta freguesia de Vilar do Paraíso, esta mantém-se ainda sob a influência do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto VIII — Espinho/Gaia. As freguesias da área de abrangência do ACES Gaia constituem-se como essencialmente urbanas e com maior densidade populacional, abrangendo uma área geográfica de 43 km² do concelho de Vila Nova de Gaia.

Figura 1. Organização administrativa do território das freguesias da área de influência do ACES Gaia.



Fonte: GAIURB — Urbanismo e Habitação, EM: <http://www.gaiurb.pt/home.htm> e DSP, Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia (Adaptado).

CAPÍTULO 4



Estamos perante a grande transição entre população, demografia e o que significa ser humano.

Grace Lee Boggs



QUEM SOMOS?

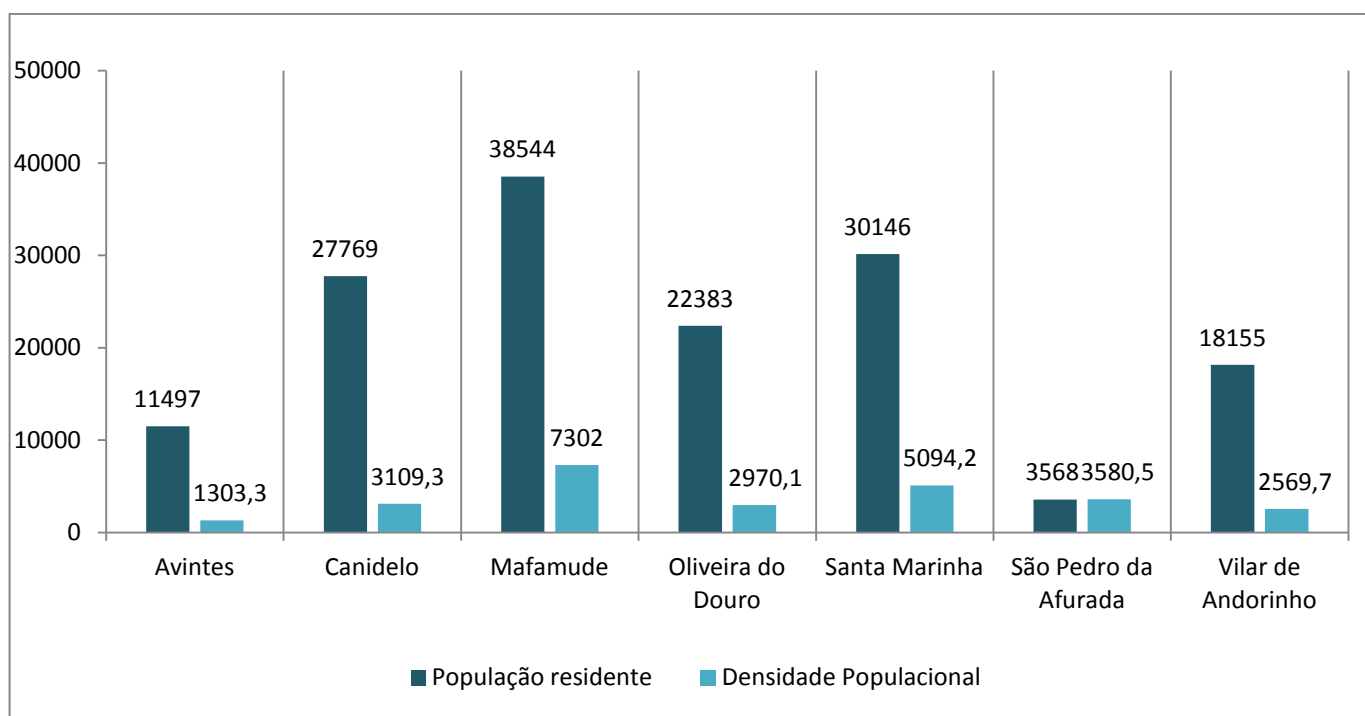
4. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO ACES GAIA

No ACES Gaia os resultados definitivos dos Censos 2011 do INE indicam que a população residente nas freguesias da sua área de influência é de 152 062 habitantes (71961 H; 80101 M). A Figura 2 mostra que as freguesias do ACES Gaia com mais população são Santa Marinha, Mafamude e Canidelo.

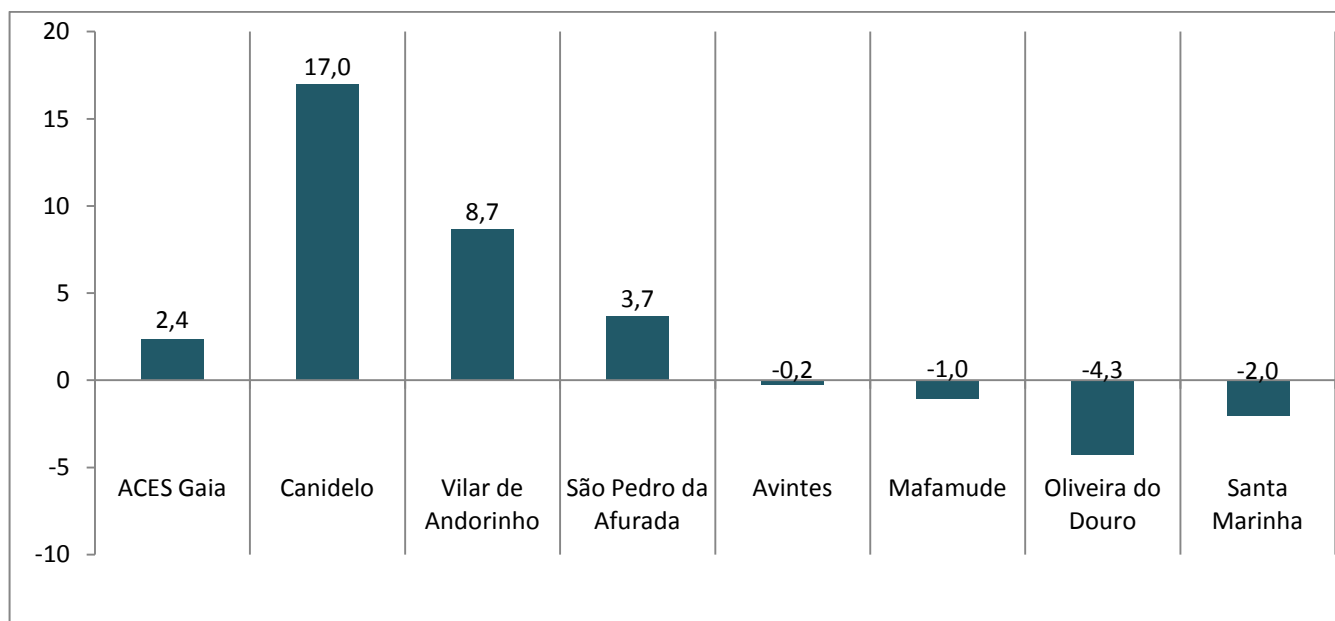
Analisando a evolução demográfica dos últimos dez anos no ACES, verifica-se um aumento da sua população de cerca de 2,4 % face a 2001. Das sete localidades que o constituem, somente três ganharam população — Canidelo, Vilar de Andorinho e S. Pedro da Afurada —, destacando-se o aumento muito significativo de 17 % em Canidelo, sendo a segunda freguesia do concelho de Vila Nova de Gaia a registar o maior crescimento. Nas restantes quatro freguesias, apuraram-se taxas de variação negativas, sendo a mais flagrante diminuição em Oliveira do Douro (-4,3 %; Figura 3).

Figura 2. População Residente (n.º) e Densidade Populacional (hab/km²) nas freguesias da área de influência do ACES Gaia, 2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 16 de fevereiro de 2013)

Figura 3. Taxa de Variação (%) da população residente no ACES Gaia e suas freguesias, década 2001-2011.

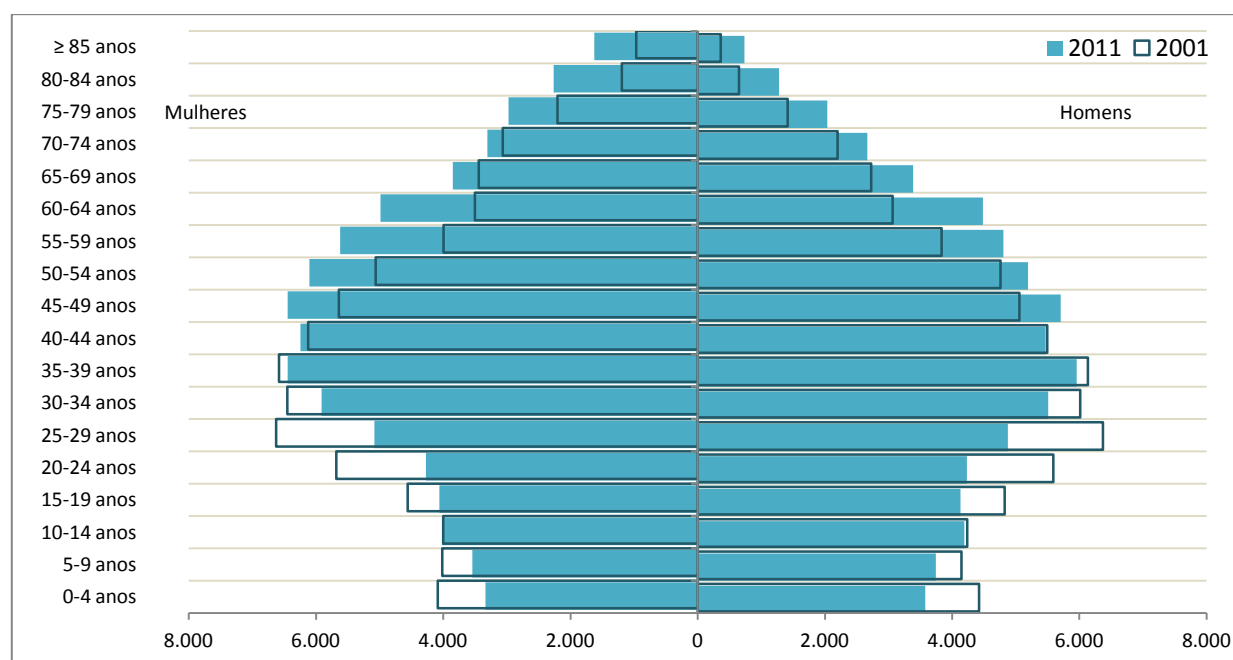


Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Séries Históricas (última atualização destes dados: 20 de novembro de 2012) (Adaptado).

As pirâmides etárias de 2001 e 2011 do ACES Gaia (Figura 4) evidenciam a diminuição da população mais jovem, que constitui a base da pirâmide, e o alargamento do topo, com o crescimento da população idosa.

Por sexo, observa-se em 2011, no ACES Gaia, que o número de mulheres excede o dos homens (52,7 % e 47,3 %, respetivamente). Apura-se ainda que a percentagem de jovens (0–14 anos) do sexo masculino é superior à do sexo feminino. Esta relação inverte-se para a população idosa (65 e mais anos), com a percentagem de mulheres a superar a dos homens. Este cenário é semelhante em todas as freguesias do ACES (Quadro 1, Anexo 1).

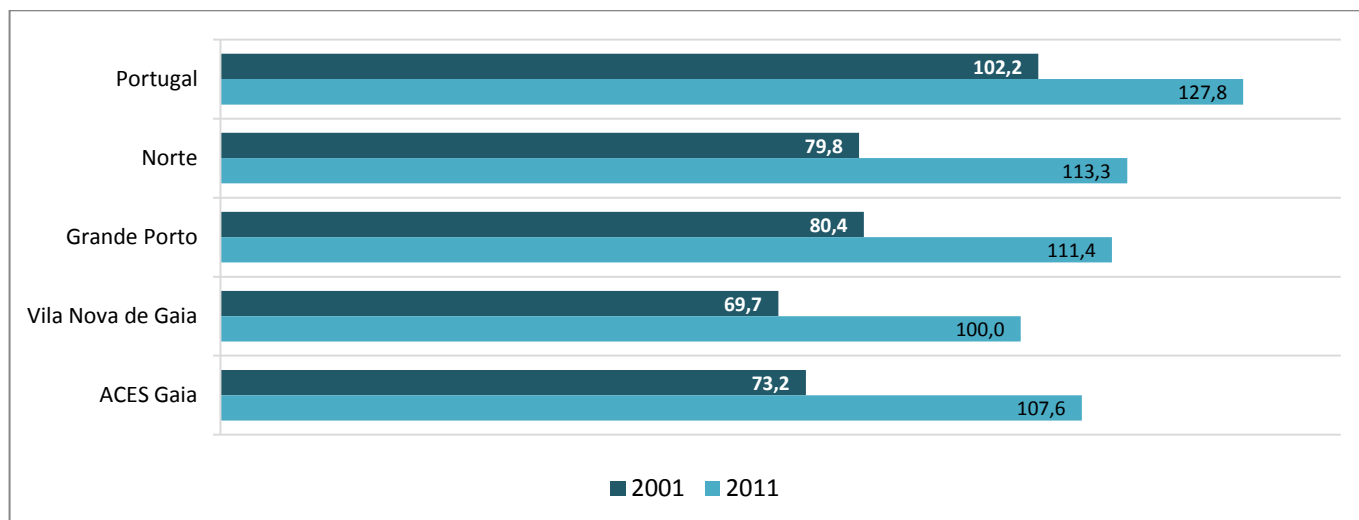
Figura 4. Pirâmide etária da população residente por sexo (n.º) no ACES Gaia, 2001 e 2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 31 de maio de 2007 e 20 de novembro de 2012).

O Índice de Envelhecimento da população no ACES aumentou na última década, registando-se em 2011 em 107,6, o que significa que por cada 100 jovens há atualmente cerca de 108 idosos (em 2001 este índice era de 73,2). Verifica-se que este é mais acentuado do que na média do conjunto do concelho de Vila Nova de Gaia (100) e inferior aos valores de Portugal, da região Norte e da NUTS III Grande Porto (Figura 5).

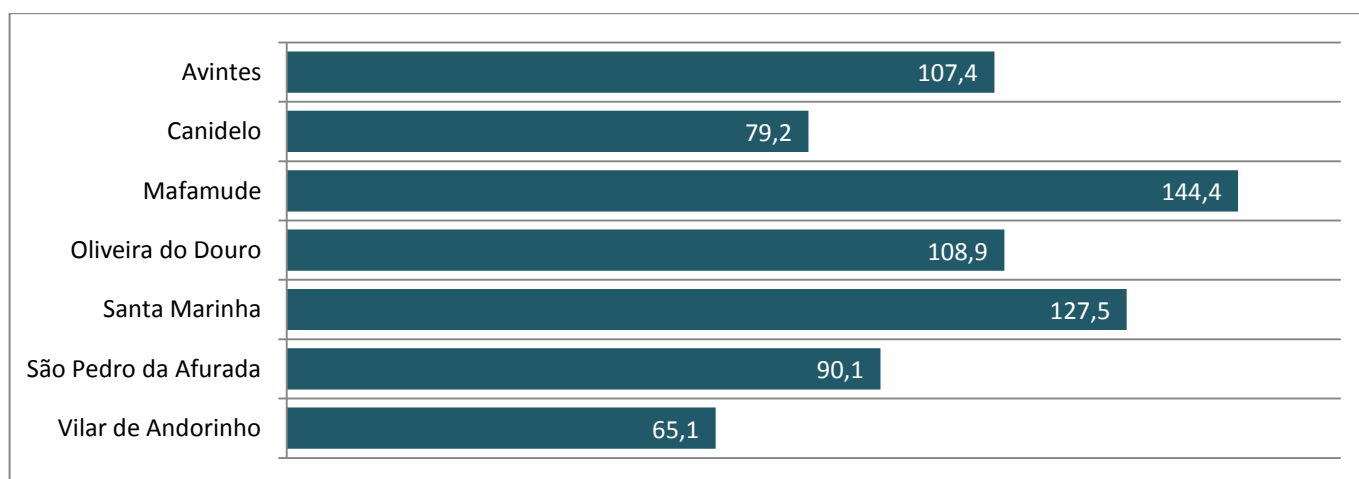
Figura 5. Índice de envelhecimento (n.º) no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e em Portugal, 2001 e 2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 31 de maio de 2007 e 16 de fevereiro de 2013) (Adaptado)

Da análise por freguesias da área do ACES Gaia (Figura 6), verifica-se que o Índice de Envelhecimento mais acentuado em 2011 é apurado em Mafamude (144 idosos por cada 100 jovens), seguido de Santa Marinha (127,5). Por outro lado, as freguesias de Vilar de Andorinho e Canidelo apresentam os menores Índices de Envelhecimento (respetivamente 65,1 e 79,2).

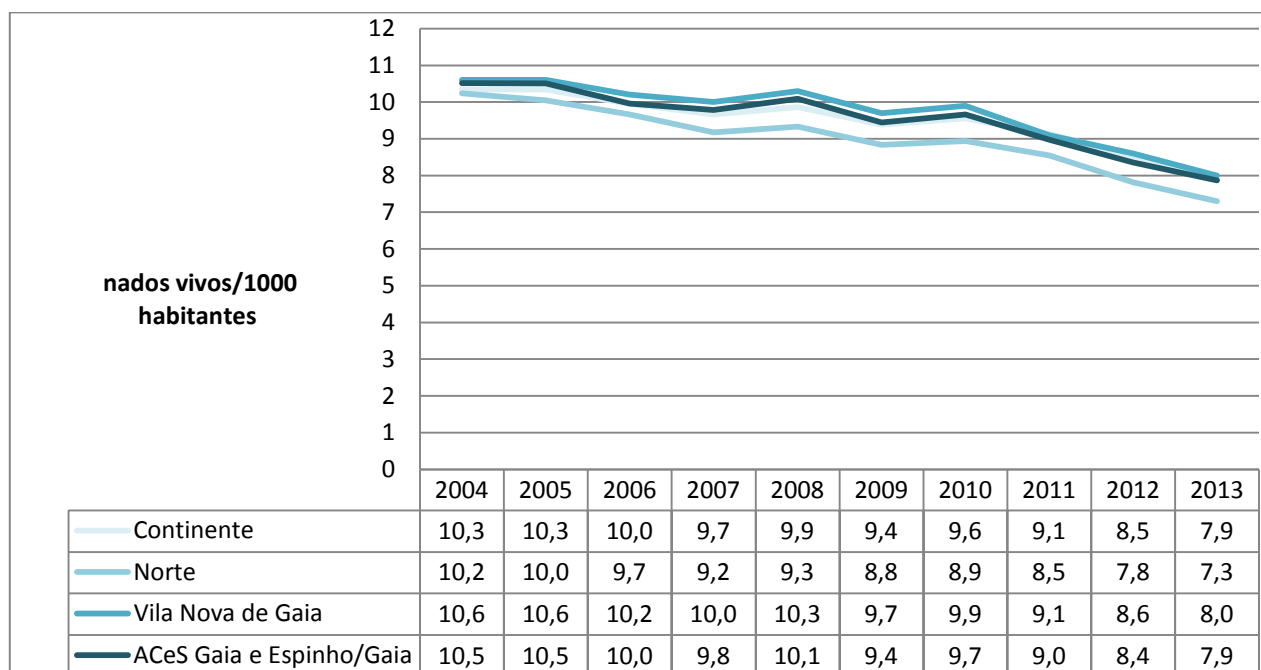
Figura 6. Índice de envelhecimento (idosos por 100 jovens) nas freguesias do ACES Gaia, 2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 16 de fevereiro de 2013).

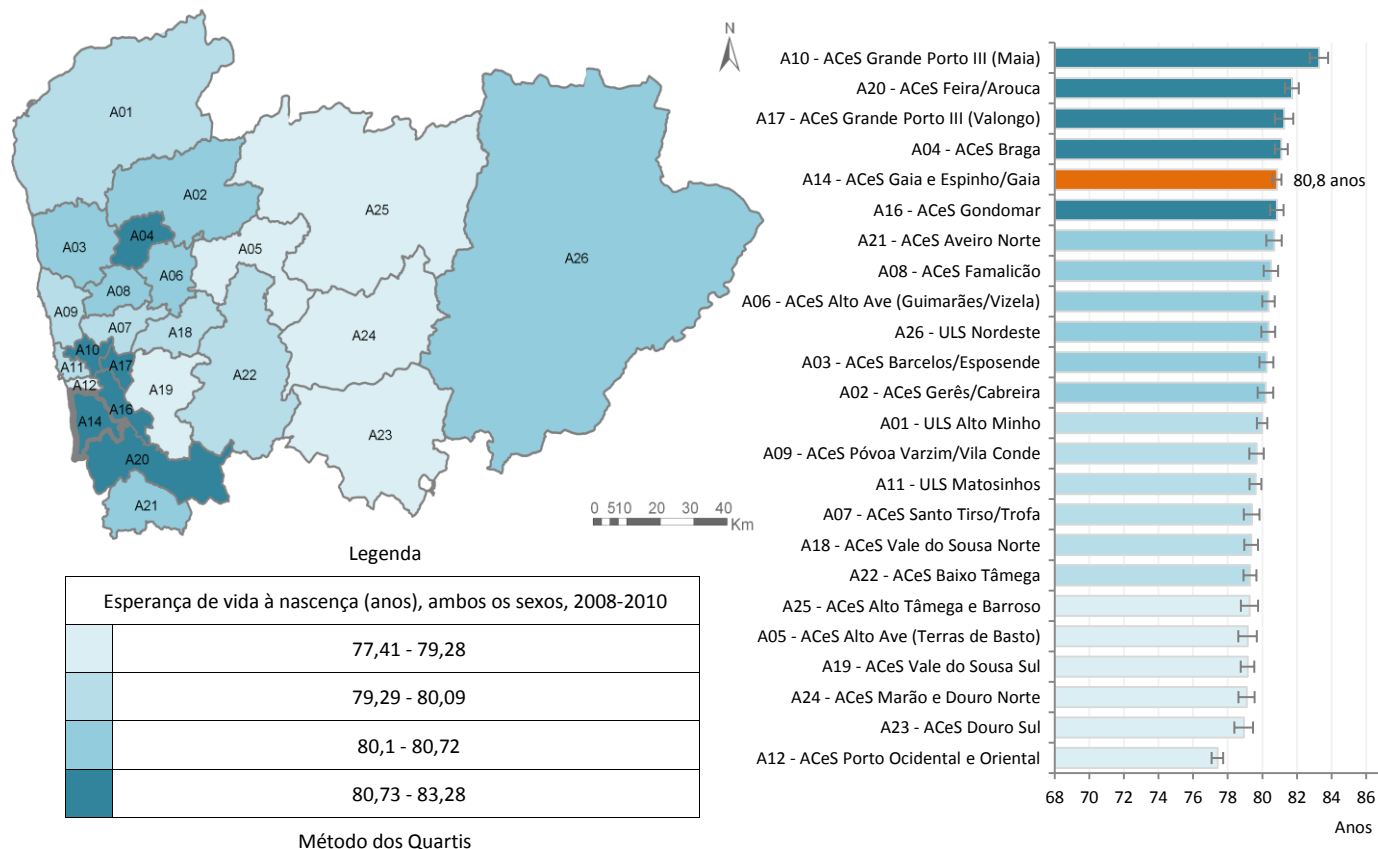
No concelho de Vila Nova de Gaia, a Taxa Bruta de Natalidade (este indicador não se encontra desagregado ao nível das freguesias) passou de 10,6 nados vivos por 1000 habitantes em 2004 para 8,0 em 2013, sendo superior aos valores médios observados na região Norte e no Continente (Figura 7).

Figura 7. Evolução da taxa bruta de natalidade (nados vivos por 1000 habitantes) nos ACES Gaia e Espinho/Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, na região Norte e no Continente, 2004 a 2013.



Fonte: Portal do INE, Indicadores Demográficos (última atualização destes dados: 14 de junho de 2013) e Machado, 2014 – mort@idades.infantil – Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

Figura 8. Esperança média de vida à nascença (anos) para ambos os sexos, por Agrupamento de Centros de Saúde e Unidades Locais de Saúde da região Norte, triénio 2008-2010.



Fonte: Machado, Teixeira & Mendonça Felício, 2012 – Kit de ferramentas para as Desigualdades em Saúde na região Norte.

Entre 2004 e 2013, a Taxa de Fecundidade Geral no município de Vila Nova de Gaia caiu de 39,3 nados vidos por cada 1000 mulheres em idade fértil para 32,1. No Grande Porto (as estatísticas no Portal do INE, somente são estendidas às NUTS III) esta idade subiu de 27,9 para 30,2 anos de idade entre os anos de 2004 e 2013.

A esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar gradualmente. No triénio 2008–2010, (Quadro 2, Anexo 1), a esperança de vida à nascença no ACES Gaia e ACES Espinho/Gaia apresenta valores mais elevados, quando comparados com o Continente e a região Norte, quer para o sexo masculino, quer para o sexo feminino. O número médio de anos que as mulheres esperam viver à nascença é de 83,4 e os homens de 78,1. A Figura 8 apresenta a posição que os ACES Gaia e Espinho/Gaia ocupam no conjunto de todos os ACES e ULS da região Norte no triénio 2008 – 2010, no respeitante à esperança de vida à nascença em ambos os sexos. Relativamente ao triénio 2011- 2013, último disponível, os valores são sobreponíveis.

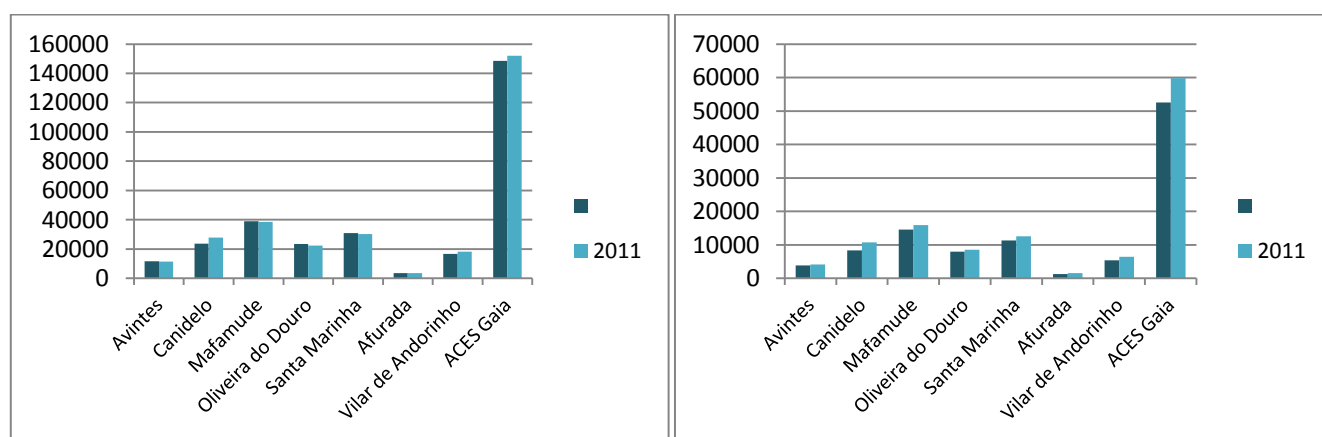
4.2. ESTRUTURA FAMILIAR NO ACES GAIA

A estrutura familiar no ACES Gaia (Quadro 3, Anexo 1 e Figura 9) assinalou uma taxa de variação positiva de famílias residentes (clássicas e institucionais) na última década (13,8 %). A média nacional registou um acréscimo de 11 %, a região Norte 10 %, o Grande Porto 12,2 % e Vila Nova de Gaia 15,3 % (Quadro 4, Anexo 1 e Figura 10).

O número de famílias cresceu em 2011, mas as famílias de maior dimensão têm vindo a perder expressão ao longo das últimas décadas. A dimensão média familiar volta a recuar em 2011, fixando-se em 2,6 indivíduos no concelho de Vila Nova de Gaia, dimensão sobreponível à média nacional. As famílias clássicas com duas pessoas são as mais expressivas no ACES Gaia (31,7 %), em consonância com o município de Vila Nova de Gaia (30,9 %), o Grande Porto (30,7 %), a região Norte (29,3 %) e o País (31,6 %).

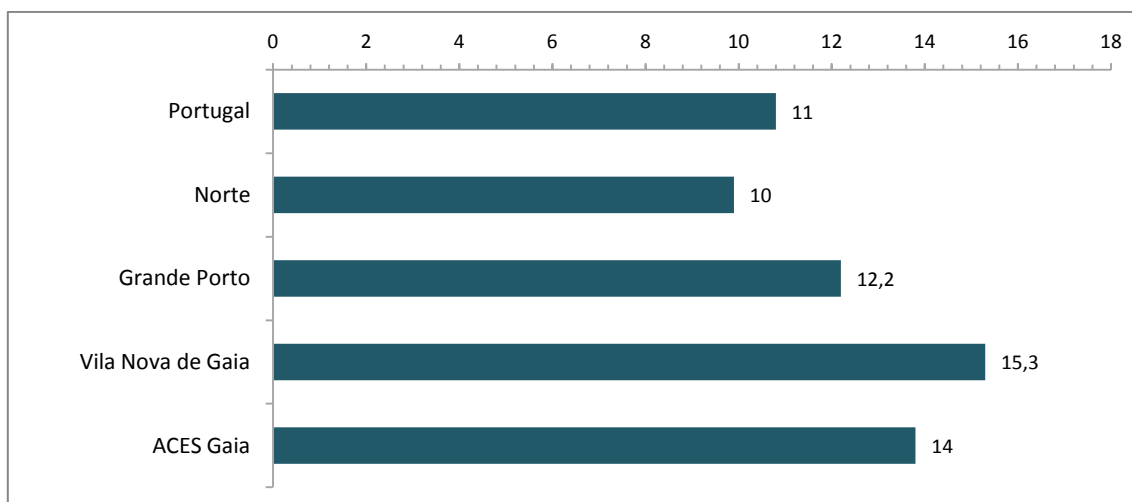
Na Figura 11, verifica-se que, em 2011, no conjunto do ACES, as famílias clássicas mais representativas encontram-se no grupo quinquenal dos 75 e mais anos, em consonância com o cenário nacional e da região Norte. É de realçar que, em 2001, no ACES Gaia, as famílias clássicas mais representativas se encontravam na faixa etária dos 35 aos 39 anos. Isto indica que, nas freguesias do ACES, deixaram de predominar as famílias mais jovens.

Figura 9. População e famílias residentes (n.º) no ACES Gaia e suas freguesias, 2001 e 2011.



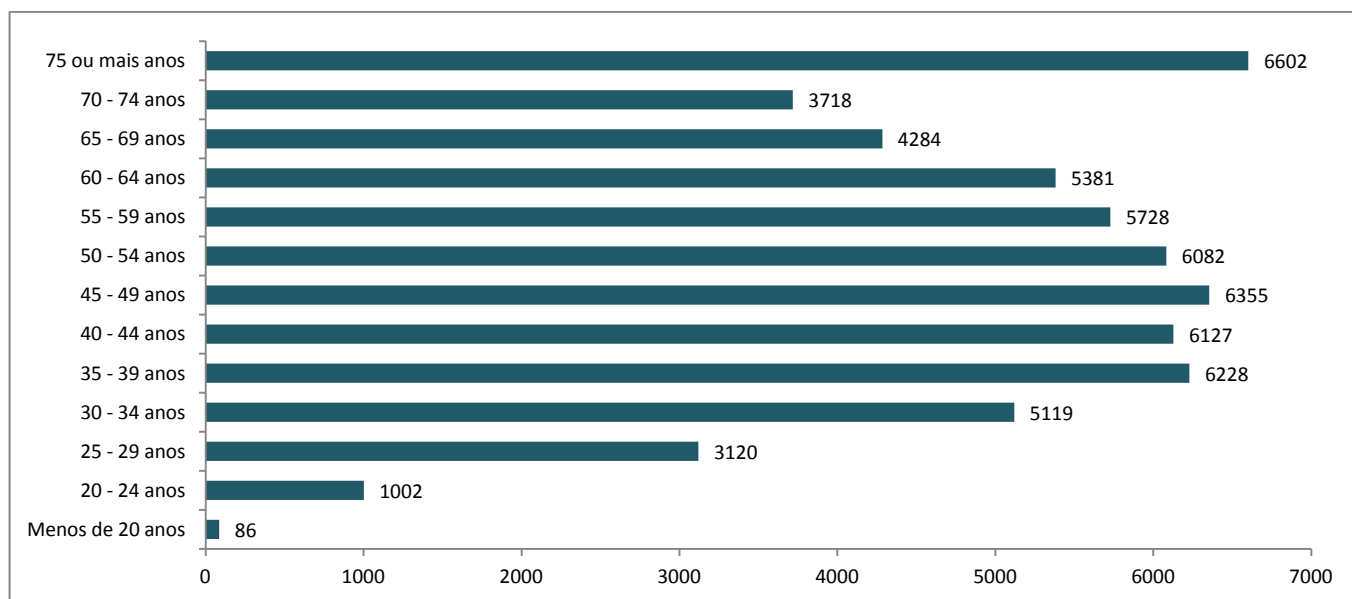
Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Séries Históricas (última atualização destes dados: 20 de novembro de 2012).

Figura 10. Taxa de variação (%) de famílias residentes no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e em Portugal, década 2001-2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 14 de janeiro de 2013) (Adaptado).

Figura 11. Famílias clássicas residentes (n.º) por grupos etários no ACES Gaia, 2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 20 de novembro de 2012) (Adaptado).

CAPÍTULO 5



Primeiro, sacrificamos a saúde para obter dinheiro.
Depois, sacrificamos o dinheiro para recuperar a saúde.

Dalai Lama



COMO VIVEMOS?

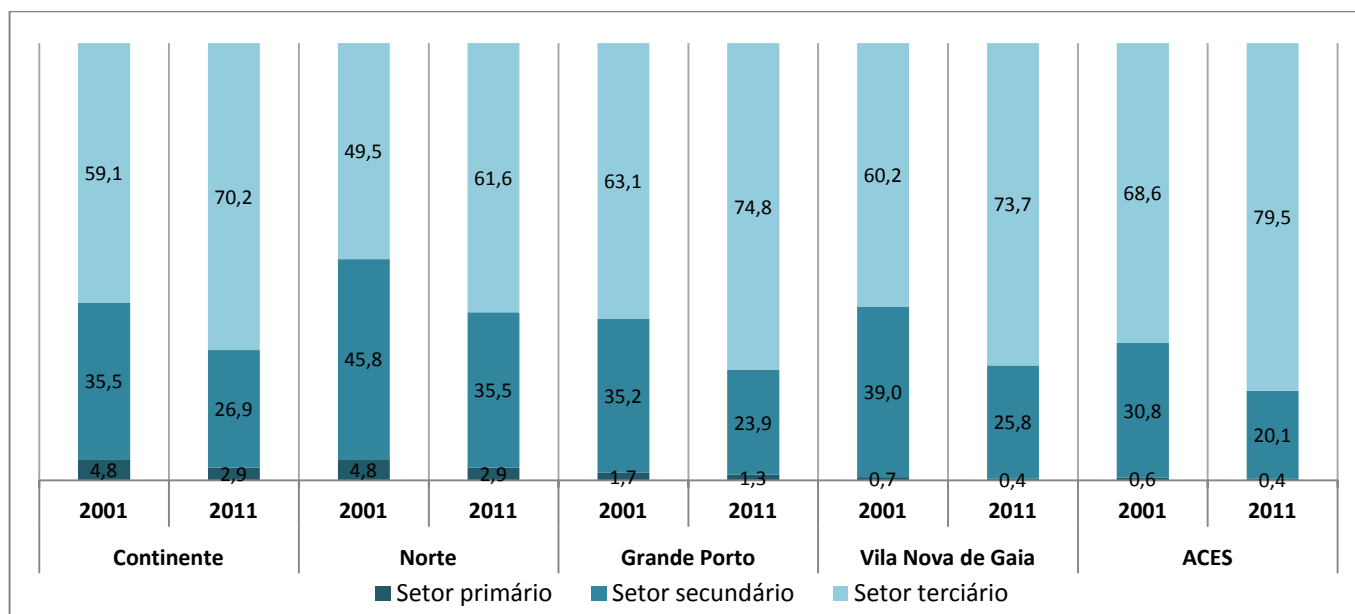
5. INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

5.1. SECTORES DE ATIVIDADE ECONÓMICA E EMPREGO

O sector de atividade económica de maior relevo nas freguesias da área de influência do ACES Gaia é o terciário, tendo 79,5 % do emprego alocado, de acordo com os últimos resultados censitários do INE.

A comparação dos resultados referentes aos Censos 2001 com os Censos 2011 do INE evidencia modificações ocorridas ao nível da estrutura sectorial do emprego nos três sectores económicos fundamentais no ACES Gaia. No último decénio verifica-se um recuo expressivo do sector secundário em detrimento do sector terciário (ou de serviços). O sector primário volta a perder importância, concentrando no mercado de trabalho cerca de 0,4 % da população total empregada no ACES — um peso muito residual. Este quadro acompanha a tendência verificada no conjunto do município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e em Portugal Continental (Figura 12).

Figura 12. Distribuição da população empregada (%) no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e no Continente, por sector de atividade económica, 2001 e 2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 30 de maio de 2007 e 20 de novembro de 2012) (Adaptado).

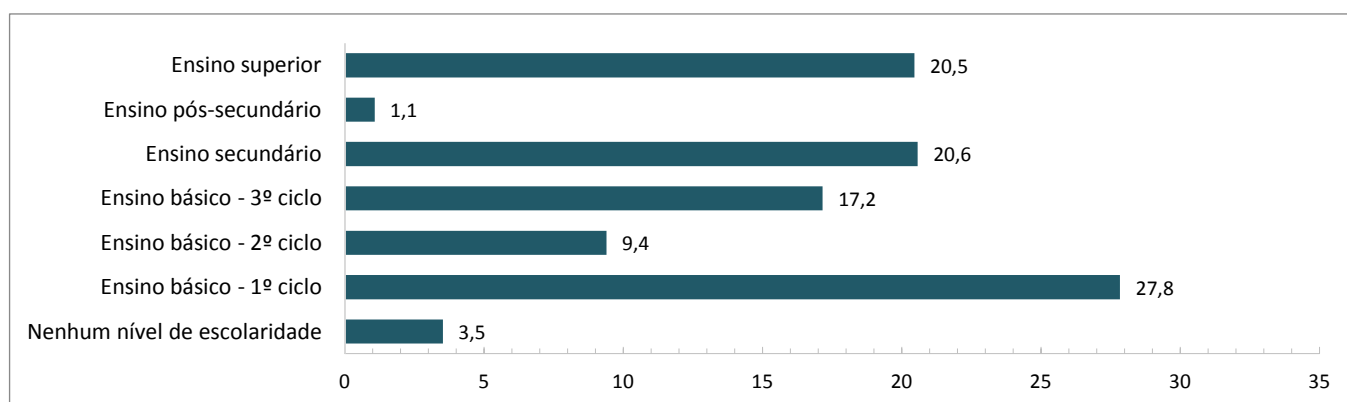
Analisando a distribuição da população empregada por sectores económicos nas freguesias da área de influência do ACES Gaia (Quadro 5, Anexo 1), percebe-se que, em 2001, somente em Avintes predominava o sector secundário (com 54,3 % do total da população empregada nesta freguesia), sendo nas restantes o sector terciário o preponderante. Verifica-se que em todas as localidades, sem exceções, existiu um decréscimo percentual no sector secundário, a favor das atividades terciárias. Podemos concluir que se assiste a um processo de terciarização, pela expansão do emprego nas atividades dos serviços, generalizado a nível nacional¹.

Os resultados censitários de 2011 do INE contabilizam, nas freguesias da área de influência no ACES Gaia, 62859 munícipes economicamente ativos (31909 homens e 30950 mulheres). A população ativa destas freguesias representava 50,2 % da população ativa do concelho de Vila Nova de Gaia, 11,8 % do Grande Porto e

¹ INE, 2012 — Censos 2011: Resultados Definitivos: Portugal.

4,1 % da região Norte. A classe etária mais representativa desta população, tanto nos homens como nas mulheres, situava-se entre os 30 e os 49 anos, possuindo a maioria a escolaridade do 2.º ciclo do ensino básico, seguida do ensino secundário e do ensino superior (Figura 13).

Figura 13. População ativa (%) por nível de escolaridade mais elevado (completo) no ACES Gaia, 2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 13 de fevereiro de 2014).

5.2. DESEMPREGO

No final do mês de dezembro de 2014 residiam em Vila Nova de Gaia 28000 pessoas sem atividade económica, representando, em relação ao Continente, uma percentagem de 5 % e, à região Norte, de 11 %. O perfil dos desempregados em Vila Nova de Gaia nessa data correspondia a um grupo de pessoas maioritariamente do sexo feminino (53 %), pertencentes ao segmento etário 35–54 anos (49 %), à procura de novo emprego (89 %), com escolaridade equivalente ao 1.º ciclo do ensino básico (25 %) e cujo tempo de inscrição é de 1 ano ou mais (59 %)².

5.3. EDUCAÇÃO

5.3.1. Nível de escolarização no ACES Gaia

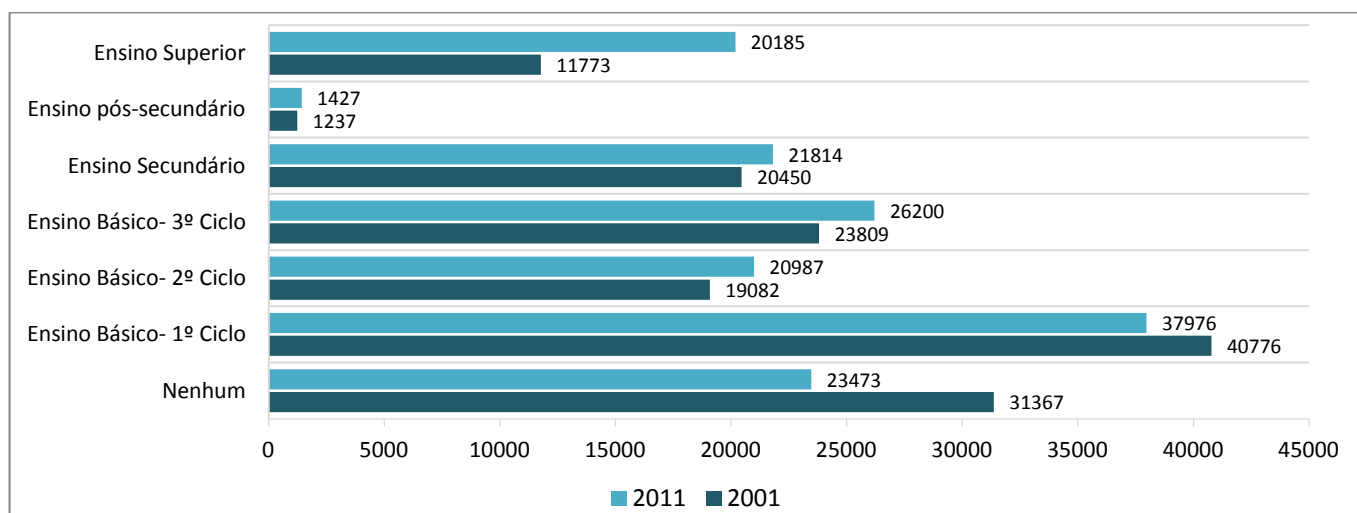
A evolução do nível de escolaridade no ACES Gaia entre os anos 2001 e 2011 (correspondentes aos dois últimos momentos censitários; Figura 14) revela que o nível de escolarização mais representativo continua a ser o 1.º ciclo do ensino básico, sendo aquele que regista um maior número de homens e mulheres com escolaridade completa. No entanto, é visível que de 2001 para 2011 houve um decréscimo da população residente com este nível concluído, de 40776 para 37976. Também se verifica que ocorreu uma diminuição da população residente sem qualquer escolarização em 2011 relativamente a 2001.

Por outro lado, observa-se que o 2.º e 3.º ciclos do ensino básico, o ensino secundário, o pós-secundário e o ensino superior registavam em 2011 um aumento do número de população residente que completou esses níveis, em relação ao momento censitário anterior. Esta variação positiva aponta para uma tendência também verificada a nível nacional, concluindo que temos uma população com um nível de escolarização mais elevado. «[...] Estamos mais velhos [mas] temos um nível de escolaridade mais elevado...»³.

² IEF, Concelhos: Estatísticas Mensais, 2014

³ INE, 2011- Censos 2011- Resultados Provisórios, p.1.

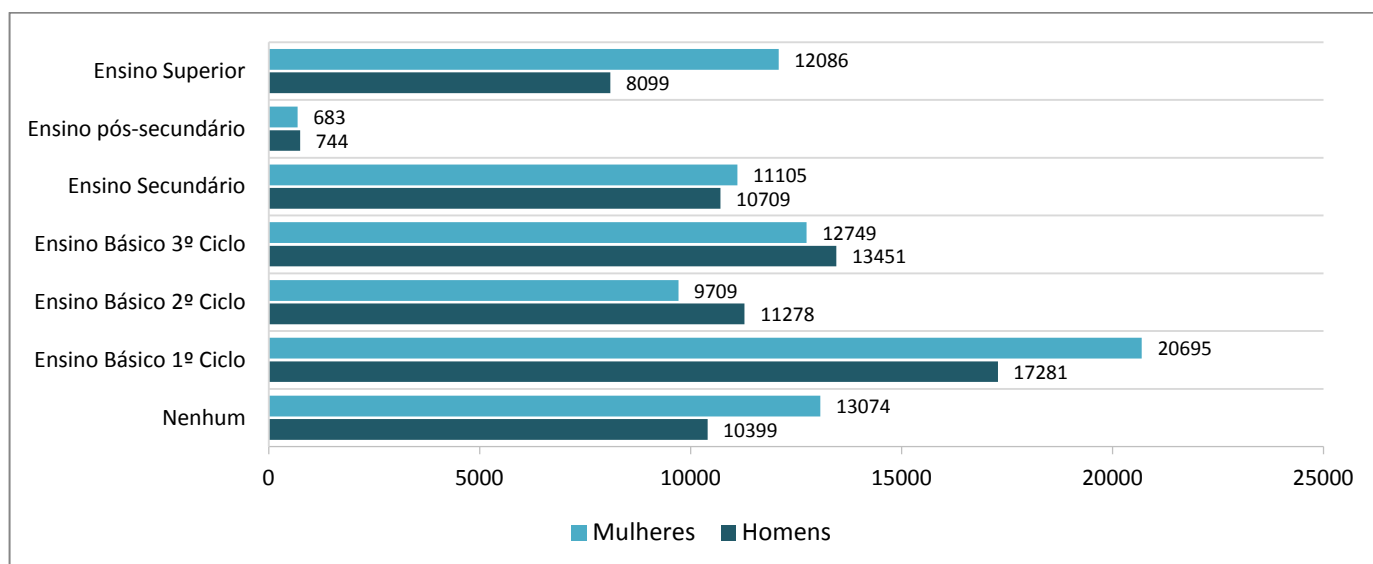
Figura 14. População total residente (n.º) por nível de escolaridade mais elevado (completo) no ACES Gaia, década 2001-2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 31 de maio de 2007 e 20 de novembro de 2012).

No tocante ao nível de instrução da população residente no ACES Gaia em 2011 (Figura 15), cabe à do sexo feminino o maior valor registado na conclusão do 1.º ciclo do ensino básico. O 2.º e o 3.º ciclo do ensino básico são, em contrapartida, aqueles que maioritariamente são completados pelo sexo masculino. Observa-se, por outro lado, que, para o ensino secundário e ensino superior, a população feminina ultrapassa a masculina em termos de conclusão destes níveis de escolaridade. No ensino pós-secundário, verifica-se uma ligeira vantagem dos homens em relação às mulheres. Por último, cabe ainda destacar o maior número de mulheres sem qualquer nível de escolaridade.

Figura 15. População residente (n.º) por sexo e nível de escolaridade mais elevado (completo) no ACES Gaia, 2011.



Fonte: Portal do INE, Censos 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 20 de novembro de 2012).

5.4. SECTOR DE ÁGUAS E RESÍDUOS

5.4.1. Rede pública de abastecimento de água

A rede pública de abastecimento de água cobre atualmente praticamente 100 % do território municipal. De acordo com a informação disponibilizada no sítio da Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos (ERSAR), a percentagem de análises efetuadas e de análises que cumprem com os valores paramétricos (análises e valores estipulados no Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de agosto), no período de 2004 a 2014, no município de Vila Nova de Gaia, registaram sempre valores de 100 % ou sensivelmente próximos, salientando-se o nível de qualidade da distribuição.

5.4.2. Rede pública de águas residuais

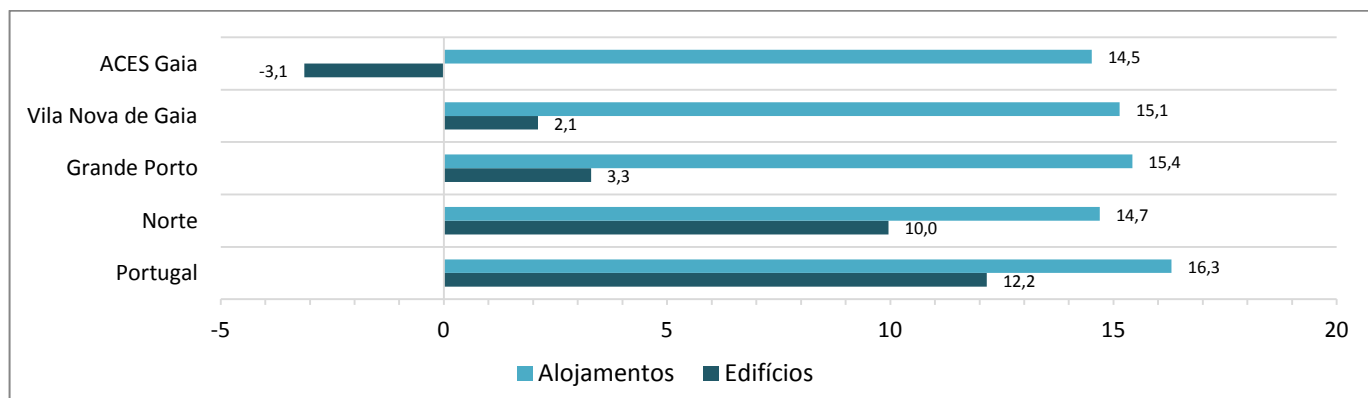
A rede pública de saneamento em «baixa» no município de Vila Nova de Gaia, que «[...] no ano 2000 não ultrapassava os 324 km e não servia mais que 32 % dos alojamentos existentes, cobre atualmente o território municipal, numa extensão de 1 224 km estando apta para receber todas as ligações prediais que a população solicite»⁴.

5.5. CONSTRUÇÃO E HABITAÇÃO

O crescimento populacional faz-se tradicionalmente acompanhar pelo aumento da construção de edifícios, ou seja, pelo aumento da urbanização do território. Trata-se de um crescimento que pode dar origem a novas dinâmicas de ocupação territorial, bem como ao delineamento de novas estruturas e respostas sociais.

O Quadro 6 do Anexo 1 e a Figura 16 permitem observar a evolução do número de edifícios e de alojamentos destinados à habitação entre os anos 2001 e 2011, baseada nas estatísticas dos Censos do INE. A variação no número de alojamentos não tem um padrão idêntico à dos edifícios no ACES Gaia: apesar de registar um acréscimo no número de alojamentos, viu o número de edifícios diminuir. É de salientar que o município de Vila Nova de Gaia, o Grande Porto e a Região Norte registam taxas de variação positivas de edifícios, mas que foram ainda inferiores aos valores apurados na década anterior, contrariando a trajetória de crescimento registada a nível nacional. No ACES Gaia existem, assim, em 2011, mais 9500 alojamentos e menos 827 edifícios.

Figura 16. Taxa de variação (%) de Alojamentos e Edifícios no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e em Portugal, década 2001-2011.



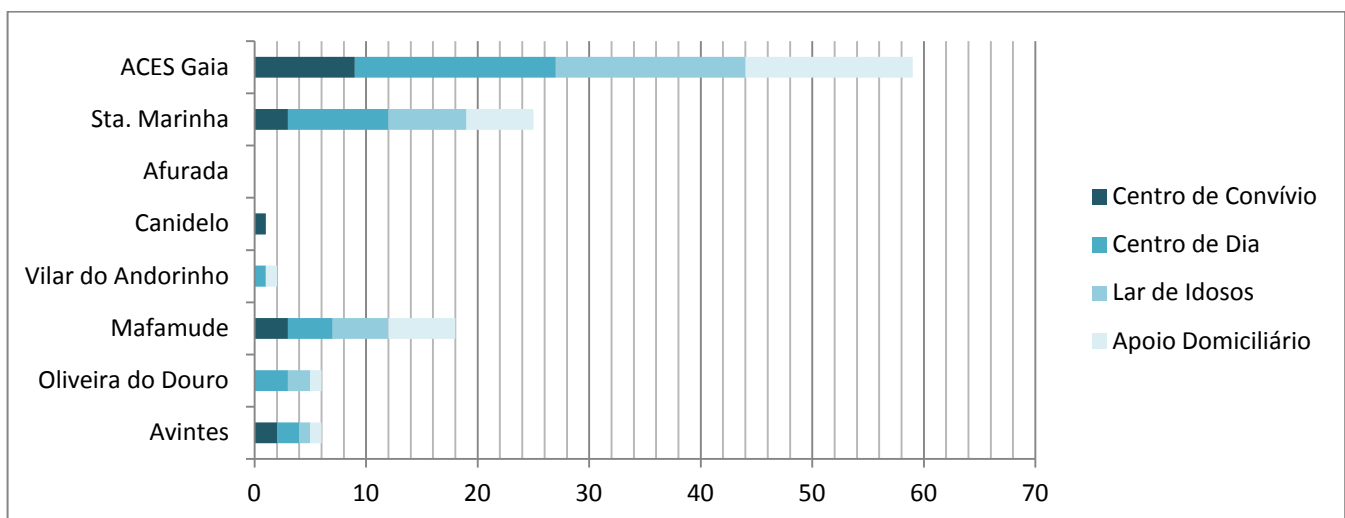
Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 5 de janeiro de 2010 e 20 de novembro de 2012) (Adaptado)

⁴ Águas e Parque Biológico de Gaia, EEM: <http://www.aguasgaia.pt/>

5.6. REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE APOIO A IDOSOS

Envelhecer é uma característica própria do Homem, que por enquanto ainda não se consegue evitar. As alterações ligadas à idade, nem sempre são previsíveis e resultam não só do envelhecimento, mas também da doença, do meio envolvente e de certas características pessoais. Cada situação é única. Evoluímos desde o nascimento até à morte. Para avaliar a saúde de um indivíduo, é preciso ter em conta os seus aspetos físicos e psicológicos. Também, a capacidade de adaptação, isto é, os esforços que cada um desenvolve, para se adaptar de maneira satisfatória, constitui um aspecto a ter em conta. As respostas sociais do ACES Gaia dirigidas à terceira idade encontram-se resumidas no Quadro 7 do Anexo 1 e na Figura 17. As 58 respostas sociais dirigidas à terceira idade no território do ACES Gaia são asseguradas por 35 instituições.

Figura 17. Estabelecimentos de apoio social a idosos (n.º) por freguesias do ACES Gaia, 2015.



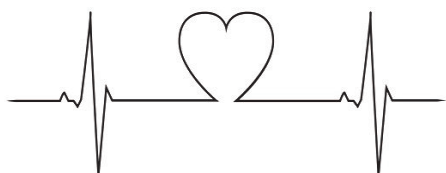
Fonte: USP do ACES Gaia.

CAPÍTULO 6



Cidadãos saudáveis são o melhor recurso que uma nação pode ter.

Winston Churchill



QUE SAÚDE TEMOS?

6. INDICADORES DE SAÚDE

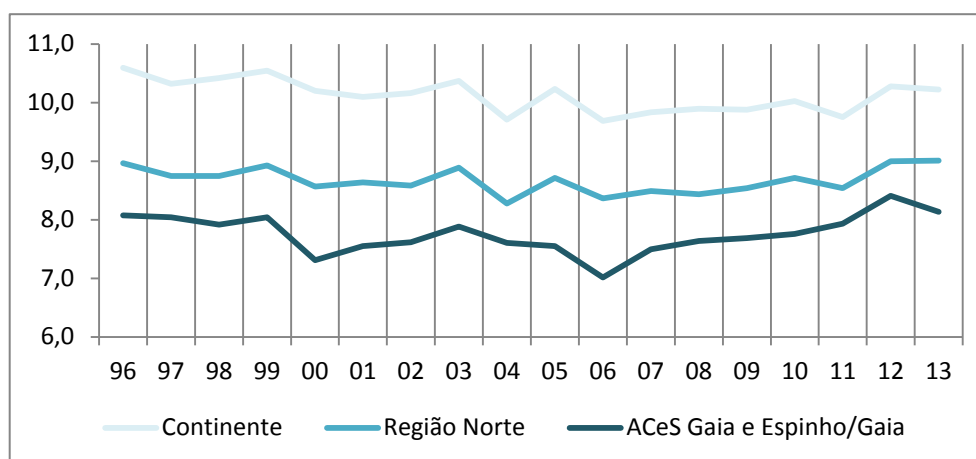
6.1. MORTALIDADE

6.1.1. Óbitos e taxa bruta de mortalidade

Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (expressa em número de óbitos por 1000 habitantes).

A taxa bruta de mortalidade manteve-se abaixo das da Região Norte e do Continente, para todo o período considerado, oscilando entre o valor mínimo de 7,0 óbitos por 100 000 habitantes em 2006 e máximo de 8,4 óbitos por 100 000 habitantes em 2012 (Quadros 8 e 9, Anexo 1 e Figura 18).

Figura 18. Evolução da taxa bruta de mortalidade (óbitos por 100 000 habitantes) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 1996-2013.



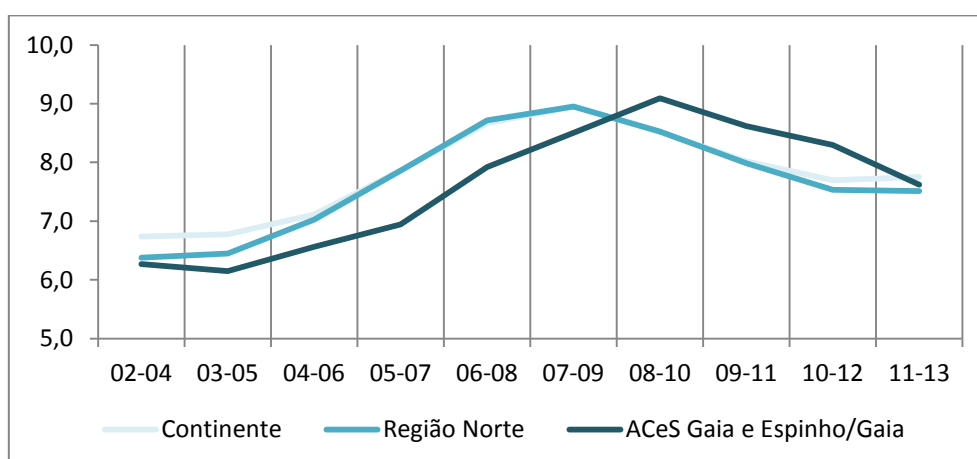
Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

6.1.2. Nascimentos pré-termo

Número de nados vivos com menos de 37 semanas de gestação.

A proporção de nascimentos pré-termo aumentou até ao triénio 2008–2010, invertendo a sua tendência nos últimos três triénios e apresentando no último (7,6 % em 2011–2013) valores semelhantes aos da região Norte e do Continente (Quadro 10, Anexo 1 e Figura 19).

Figura 19. Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.



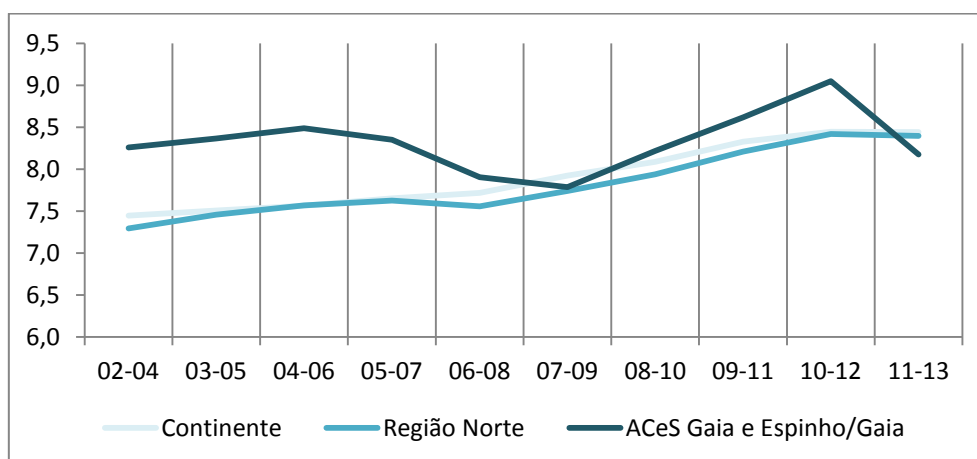
Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

6.1.3. Baixo peso à nascença

Número de nascimentos de crianças com peso inferior a 2 500 gramas.

A proporção de crianças com baixo peso à nascença (8,2 %) tem vindo a aumentar, apresentando para o último triénio (2011–2013) valores ligeiramente inferiores aos da região Norte (8,4 %) e do Continente (8,4 %; Quadro 11, Anexo 1 e Figura 20).

Figura 20. Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.



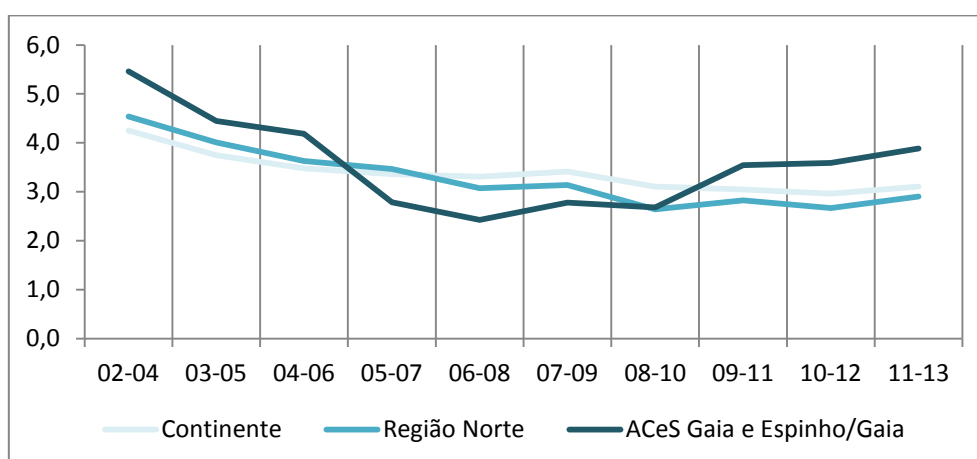
Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

6.1.4. Taxa de mortalidade infantil

Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade observado durante um determinado período de tempo, referido ao número de nados vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 nados vivos).

A taxa de mortalidade infantil do ACES (3,9 %) encontra-se em subida desde o triénio 2008–2010, apresentando no triénio 2011–2013 valores superiores aos da Região Norte (2,9 %) e Continente (3,1 %).

Figura 21. Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.



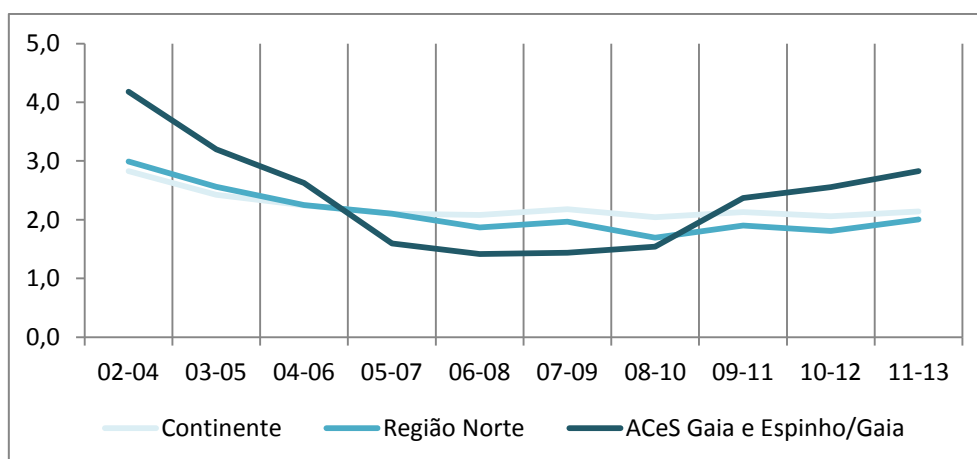
Fonte: Machado, 2014 — *mortalidades.infantil* — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

6.1.5. Taxa de mortalidade neonatal

Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, referido ao número de nados vivos do mesmo período (expressa em número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade por 1000 nados vivos).

A taxa de mortalidade neonatal do ACES (2,8 %) tem vindo a subir a partir do triénio 2008–2010, apresentando valores superiores aos da Região Norte (2,0 %) e do Continente (2,1 %) no triénio 2011–2013.

Figura 22. Taxa de Mortalidade Neonatal (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.



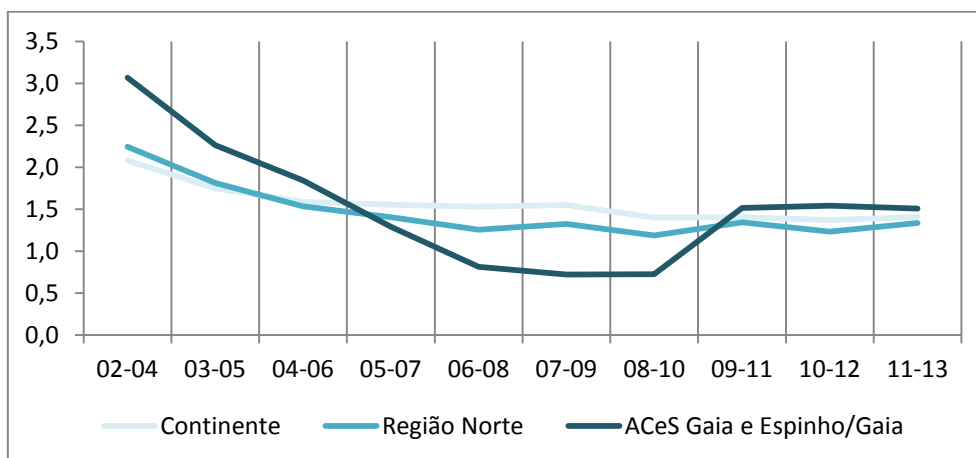
Fonte: Machado, 2014 — *mortalidades.infantil* — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

6.1.6. Taxa de mortalidade neonatal precoce

Número de óbitos de crianças com menos de 7 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, referido ao número de nados vivos do mesmo período (expressa em número de óbitos de crianças com menos de 7 dias de idade por 1000 nados vivos).

A taxa de mortalidade neonatal precoce do ACES (1,5 %) encontra-se estabilizada desde o triénio 2009–2011, com valores ligeiramente superiores aos da Região Norte (1,3 %) e do Continente (1,4 %) no triénio 2011–2013.

Figura 23. Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.



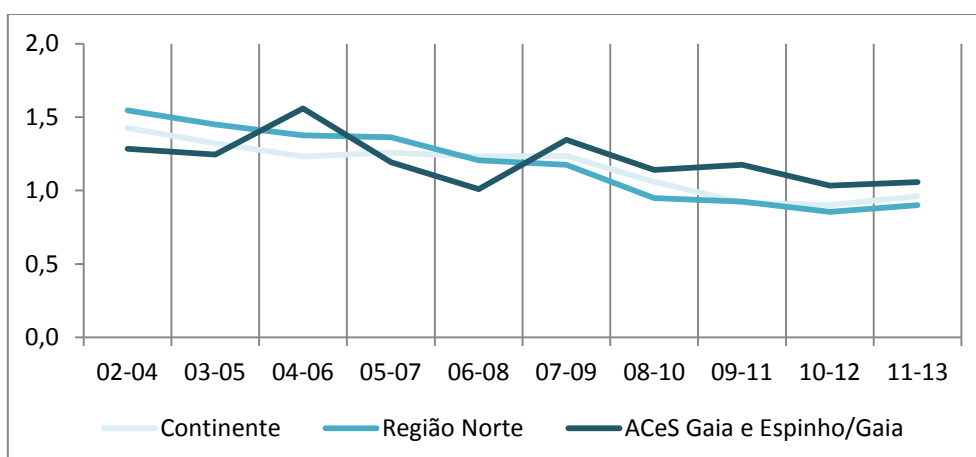
Fonte: Machado, 2014 — mort@lidades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

6.1.7. Taxa de mortalidade pós-neonatal

Número de óbitos de crianças com 28 ou mais dias de idade e menos de um ano de idade observado durante um determinado período de tempo, referido ao número de nados vivos do mesmo período (expressa em número de óbitos de crianças com mais de 27 dias e menos de um ano de idade por 1000 nados vivos).

A taxa de mortalidade pós-neonatal do ACES (1,1 %) tem apresentado uma tendência decrescente ao longo dos últimos quatro triénios, apresentando para o triénio 2011–2013 valores ligeiramente superiores aos da Região Norte (0,9 %) e do Continente (1,0 %).

Figura 24. Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.



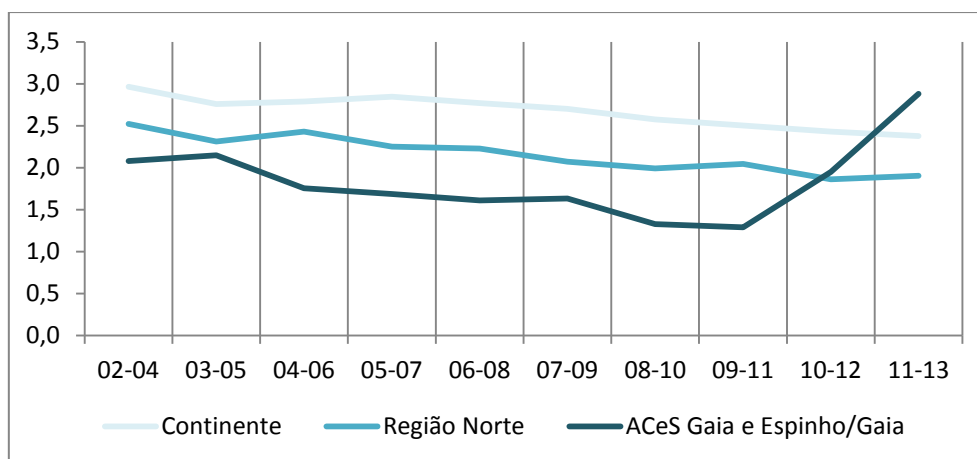
Fonte: Machado, 2014 — mort@lidades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

6.1.8. Mortalidade fetal tardia

Número de fetos mortos de 28 ou mais semanas observado durante um determinado período de tempo, referido ao número de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período (expressa em número de fetos mortos de 28 ou mais semanas por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas).

A taxa de mortalidade fetal tardia (2,9 %) no ACES tem subido desde o triénio 2009–2011, tendo superado os valores da Região Norte (1,9 %) e do Continente (2,4 %) no triénio 2011–2013.

Figura 25. Taxa de Mortalidade Fetal Tardia (por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.



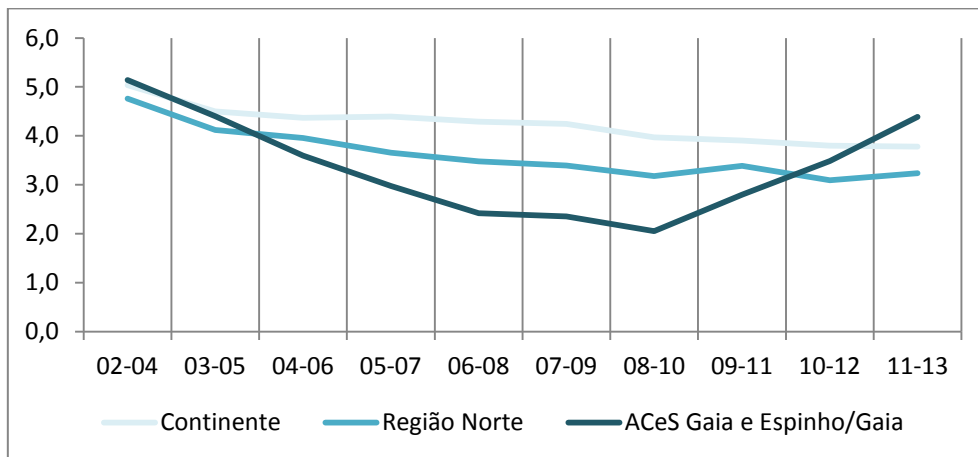
Fonte: Machado, 2014 — mort@lidades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

6.1.9. Mortalidade perinatal

Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, referido ao número de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas).

A taxa de mortalidade perinatal (4,4 %) no ACES tem aumentado desde o triénio 2008–2010, ultrapassando os valores da Região Norte (3,2 %) e do Continente (3,8 %) no triénio 2011–2013.

Figura 26. Taxa de Mortalidade Perinatal (por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.



Fonte: Machado, 2014 — [mort@lidades.infantil](#) — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.





6.2. MORTALIDADE POR CAUSAS ESPECÍFICAS

6.2.1. Mortalidade padronizada

A taxa de mortalidade padronizada para a idade difere de uma taxa bruta por ter sido padronizada para uma população diferente (população padrão) para remover a influência da idade.

Figura 27. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100 000 habitantes), população com idade <75 anos de ambos os sexos, ACES Gaia e Espinho/Gaia, média móvel trienal, 2009-2011 e 2010-2012.

Para a visualização e identificação mais rápida das diferenças testadas foi utilizada uma sinalética próxima dos semáforos, cujo significado se explica a seguir:

	A TMP é inferior com significância estatística
	A TMP é inferior sem significância estatística
	A TMP é superior sem significância estatística
	A TMP é superior com significância estatística

Grandes grupos de causas de morte	Continente		ARS Norte		ACES Gaia e Espinho/Gaia	
	09-11	10-12	09-11	10-12	09-11	10-12
Todas as causas	284,1	277,1	274,4	268,8	267,8	273,0
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados	27,7	28,1	31,8	32,4	34,6	37,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,7	9,9	8,9	8,1	12,2	12,0
Tuberculose	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,7
VIH / sida	5,7	5,1	3,9	3,5	7,5	7,1
Tumores malignos	106,1	105,5	104,3	103,6	104,5	109,4
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	4,7	4,7	4,6	4,5	4,8	5,7
Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu	37,9	37,8	39,4	38,9	39,1	38,4
Tumor maligno do esôfago	3,3	3,3	3,7	3,6	2,8	3,1
Tumor maligno do estômago	9,8	9,6	12,8	12,5	11,0	11,0
Tumor maligno do cólon e reto	13,3	13,3	12,1	11,9	12,7	11,9
Tumor maligno do pâncreas	5,2	5,2	4,7	4,7	5,7	5,3
Tumor maligno do aparelho respiratório	21,8	21,6	23,3	22,7	22,4	23,5
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	19,0	19,0	20,2	19,9	20,3	21,5
Tumor maligno dos ossos, pele e mama	10,3	10,3	8,7	8,8	10,0	10,7
Tumor maligno dos órgãos genitourinários	12,4	12,2	10,7	10,3	10,8	10,5
Tumor maligno da bexiga	2,2	2,3	2,1	2,0	1,6	1,2
Tumor maligno de outras localizações e de local. não esp.	9,6	9,7	9,6	10,0	9,9	11,5
Tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos	8,0	7,9	6,8	7,0	5,9	7,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11,0	10,9	10,5	10,5	11,2	11,1
Diabetes Mellitus	8,8	8,6	8,4	8,4	9,7	9,4
Doenças do aparelho circulatório	51,4	49,0	44,5	42,9	43,1	43,1
Doença isquémica do coração	16,8	15,8	11,7	11,1	10,0	8,7
Doenças cerebrovasculares	20,1	19,1	19,7	19,1	19,4	20,0
Doenças do aparelho respiratório	15,1	14,3	16,1	15,4	15,9	14,1
Pneumonia	5,7	5,5	5,3	5,2	5,3	5,2
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	3,7	3,5	4,5	4,3	4,4	3,9
Doenças do aparelho digestivo	17,2	16,5	18,7	18,2	16,8	15,8
Doença crónica do fígado e cirrose	9,3	8,9	10,8	10,7	11,0	10,0
Causas externas de mortalidade	24,8	23,2	20,2	19,0	11,4	12,7
Acidentes de transporte	8,0	7,1	6,0	5,5	2,4	3,5
Acidentes de veículos a motor	7,5	6,7	5,7	5,2	2,3	3,3
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios)	6,9	6,9	4,4	4,5	2,9	3,4

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Figura 28. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (por 100 000 habitantes), população com idade <75 anos do sexo masculino, ACES Gaia e Espinho/Gaia, média móvel trienal 2009-2011 e 2010-2012.

Para a visualização e identificação mais rápida das diferenças testadas foi utilizada uma sinalética próxima dos semáforos, cujo significado se explica a seguir:





	A TMP é inferior com significância estatística
	A TMP é inferior sem significância estatística
	A TMP é superior sem significância estatística
	A TMP é superior com significância estatística

Grandes grupos de causas de morte	Continente		ARS Norte		ACES Gaia e Espinho/Gaia	
	09-11	10-12	09-11	10-12	09-11	10-12
	Sintomas, sinais e achados anormais não classificados	42,4	43,3	48,8	49,8	52,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16,2	15,2	13,9	12,7	19,3	19,1
Tuberculose	1,4	1,4	1,6	1,6	1,4	1,2
VIH / sida	9,1	8,3	6,6	6,0	13,0	12,4
Tumores malignos	143,6	143,6	146,2	145,3	142,0	149,6
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	8,8	8,9	8,7	8,4	9,4	11,6
Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu	55,4	55,6	57,8	57,2	57,6	55,7
Tumor maligno do esôfago	6,4	6,4	7,3	7,1	5,7	6,2
Tumor maligno do estômago	14,0	14,0	18,3	17,9	15,5	14,9
Tumor maligno do cólon e reto	18,2	18,2	16,5	16,0	17,5	15,9
Tumor maligno do pâncreas	7,1	7,1	6,5	6,7	7,8	7,2
Tumor maligno do aparelho respiratório	38,7	38,4	41,9	41,0	39,9	41,3
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	33,2	33,2	35,9	35,4	35,4	37,0
Tumor maligno dos ossos, pele e mama	2,8	2,9	2,5	2,5	2,1	2,9
Tumor maligno dos órgãos geniturinários	14,0	14,0	12,5	12,0	11,0	10,3
Tumor maligno da próstata	6,9	6,7	5,9	5,6	4,5	4,6
Tumor maligno da bexiga	4,1	4,2	4,0	3,5	3,2	2,0
Tumor maligno de outras localizações e de local. não esp.	12,3	12,4	12,5	13,4	11,9	15,8
Tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos	10,0	9,9	8,8	9,2	7,7	9,9
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	13,3	13,2	12,6	12,7	12,9	13,0
Diabetes Mellitus	11,0	10,8	10,6	10,4	10,8	11,0
Doenças do aparelho circulatório	73,6	70,2	62,6	60,2	56,7	56,5
Doença isquémica do coração	26,8	25,5	18,7	17,8	15,0	13,6
Doenças cerebrovasculares	27,0	25,8	26,4	26,0	24,5	24,8
Doenças do aparelho respiratório	22,8	21,9	24,5	23,7	23,2	22,5
Pneumonia	8,5	8,3	7,9	7,7	8,1	8,0
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	6,5	6,1	7,7	7,2	7,2	6,9
Doenças do aparelho digestivo	26,9	26,0	28,1	27,7	24,7	24,2
Doença crónica do fígado e cirrose	15,8	15,2	17,3	17,4	16,9	16,8
Causas externas de mortalidade	39,9	37,5	32,0	30,0	16,3	18,9
Acidentes de transporte	12,9	11,6	9,5	8,8	4,3	5,7
Acidentes de veículos a motor	12,2	10,9	8,9	8,2	4,1	5,3
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios)	11,0	11,2	7,0	7,2	3,4	3,8

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Figura 29. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (por 100 000 habitantes), população com idade <75 anos do sexo feminino, ACES Gaia e Espinho/Gaia, média móvel trienal, 2009-2011 e 2010-2012.

Para a visualização e identificação mais rápida das diferenças testadas foi utilizada uma sinalética próxima dos semáforos, cujo significado se explica a seguir:

	A TMP é inferior com significância estatística
	A TMP é inferior sem significância estatística
	A TMP é superior sem significância estatística
	A TMP é superior com significância estatística

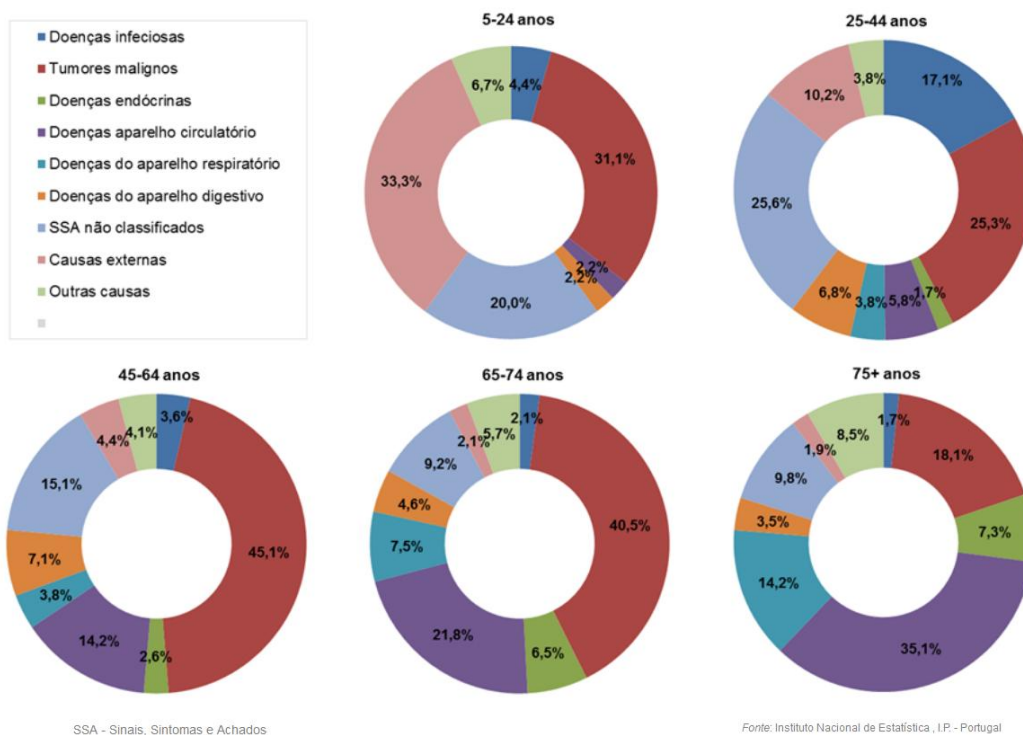
Grandes grupos de causas de morte	Continente		ARS Norte		ACES Gaia e Espinho/Gaia	
	09-11	10-12	09-11	10-12	09-11	10-12
Todas as causas	179,7	174,5	171,4	167,4	178,2	176,5
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados	14,5	14,3	16,6	16,7	18,5	19,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,7	5,0	4,3	4,0	5,7	5,5
Tuberculose	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3
VIH / sida	2,4	2,1	1,3	1,1	2,5	2,3
Tumores malignos	73,8	72,7	68,2	67,6	71,8	74,2
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	1,0	0,9	0,9	0,9	0,7	0,5
Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu	22,7	22,5	23,5	23,2	23,0	23,3
Tumor maligno do esôfago	0,5	0,5	0,4	0,5	0,1	0,3
Tumor maligno do estômago	6,1	5,9	8,0	7,7	7,0	7,7
Tumor maligno do cólon e reto	9,2	9,1	8,4	8,4	8,5	8,3
Tumor maligno do pâncreas	3,5	3,6	3,1	3,0	3,9	3,7
Tumor maligno do aparelho respiratório	7,1	7,1	7,1	6,8	7,1	7,9
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	6,7	6,7	6,7	6,5	7,1	7,9
Tumor maligno dos ossos, pele e mama	17,0	16,9	14,2	14,3	16,9	17,5
Tumor maligno da mama (feminino)	15,3	15,2	12,6	13,0	15,8	16,5
Tumor maligno dos órgãos genitourinários	11,3	10,8	9,4	9,1	10,8	10,8
Tumor maligno do colo do útero	2,9	2,6	2,5	2,1	3,1	2,5
Tumor maligno da bexiga	0,7	0,7	0,6	0,6	0,2	0,5
Tumor maligno de outras localizações e de local. não esp.	7,2	7,3	7,1	7,1	8,0	7,5
Tumor maligno do tecido linfático e órgão hematopoéticos	6,3	6,1	5,1	5,1	4,4	5,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	9,0	8,9	8,7	8,7	9,8	9,3
Diabetes Mellitus	6,9	6,7	6,6	6,7	8,8	8,0
Doenças do aparelho circulatório	32,3	30,8	28,9	28,0	31,2	31,3
Doença isquémica do coração	8,1	7,4	5,7	5,4	5,6	4,4
Doenças cerebrovasculares	14,2	13,3	14,1	13,4	15,1	15,9
Doenças do aparelho respiratório	8,6	7,9	9,0	8,4	9,6	6,9
Pneumonia	3,3	3,1	3,0	3,1	2,8	2,7
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	1,4	1,3	1,9	1,8	1,9	1,3
Doenças do aparelho digestivo	8,5	8,2	10,5	9,8	9,7	8,4
Doença crónica do fígado e cirrose	3,6	3,3	5,1	4,7	5,8	4,1
Causas externas de mortalidade	10,8	10,1	9,3	8,9	7,0	6,9
Acidentes de transporte	3,3	2,8	2,7	2,3	0,6	1,5
Acidentes de veículos a motor	3,1	2,7	2,6	2,3	0,6	1,5
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios)	3,1	3,0	2,0	2,1	2,3	3,0

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

6.2.2. Mortalidade proporcional

Proporção relativa de cada causa de morte no total dos óbitos (todas as idades) ocorridos no período de tempo em análise para ambos os sexos.

Figura 30. Mortalidade proporcional para os grandes grupos de causas de morte, ACES Gaia e Espinho/Gaia ambos os sexos, média do triénio 2010-2012.



Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

6.3. DETERMINANTES DA SAÚDE

Indicadores propostos para a monitorização do PLS do ACES Gaia 2015 – 2020:

- Taxa de Incidência de Diabetes mellitus tipo 2;
- Taxa de Prevalência de Abuso Crónico do Álcool;
- Taxa de Prevalência de Consumo Diário de Tabaco;
- Índice de Massa Corporal na População Residente;
- Taxa de Incidência de infeção por VIH;
- Percentagem de indivíduos com prática regular de exercício físico;
- Taxa de consumo de frutos e vegetais.

A única fonte para colheita de dados de monitorização do PLS do ACES Gaia é o SIARS. As incidências e prevalências obtidas desta forma dizem respeito apenas aos utentes inscritos, sendo, portanto, proporções (percentagens, permilagens, proporções em utentes inscritos) e não taxas de incidência ou prevalência de base populacional.

A esta limitação acresce o facto da codificação com a ICPC-2 no SAM/S-Clínico se ter desenvolvido progressivamente e ainda não refletir um valor dos indicadores aproximado do real, mesmo para os utentes inscritos.

6.3.1. Incidência de Diabetes Mellitus tipo 2

A Diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de diabetes, resultando da existência de insulinoopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência. Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de diabetes e, muitas vezes, está associada a obesidade (principalmente abdominal), a hipertensão arterial e a dislipidemia.

Fonte: Norma nº 002/2011 da Direcção-Geral da Saúde – Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus

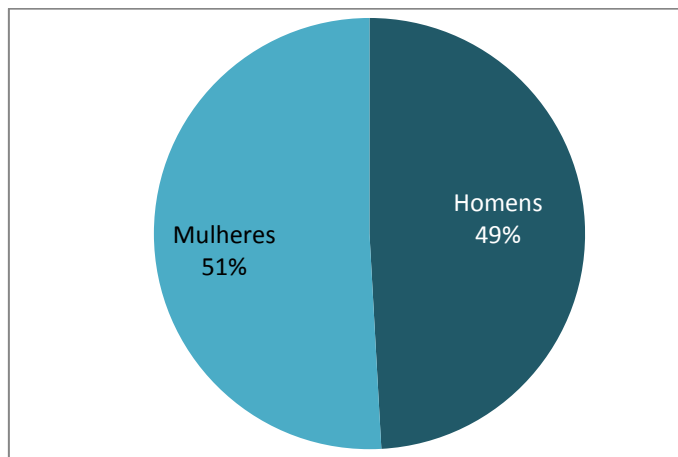
Não estando disponível a taxa de incidência de Diabetes tipo 2 para a população do ACES Gaia, apresenta-se a incidência nos utentes inscritos e a prevalência por grupos etários nos utentes inscritos no ACES Gaia.

Em 2014, foram diagnosticados 946 novos casos de diabetes *mellitus* de tipo 2, resultando numa incidência de 6,3 novos casos por 1 000 inscritos. A mortalidade por diabetes tipo 2 é a quinta prioridade em saúde definida no PLS, com uma taxa de mortalidade padronizada de 9,4 por 100 000 habitantes.

A prevalência da diabetes tipo 2, embora não prevista como indicador de monitorização do PLS, poderá ser útil para caracterizar a atual evolução do sistema de informação.

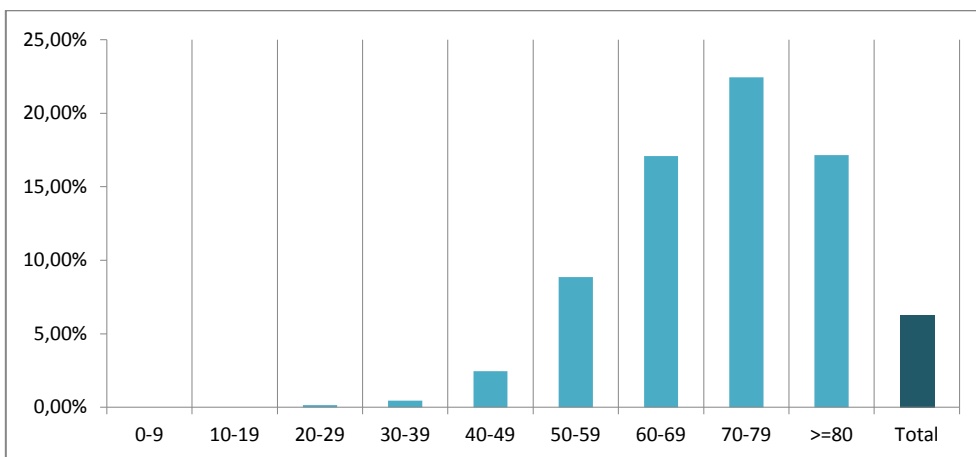
6.3.2. Prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2

Figura 31. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de Diabetes tipo 2 (ICPC-2 — T90), relativamente ao total de diagnósticos por sexos, ACES Gaia, dezembro 2014.



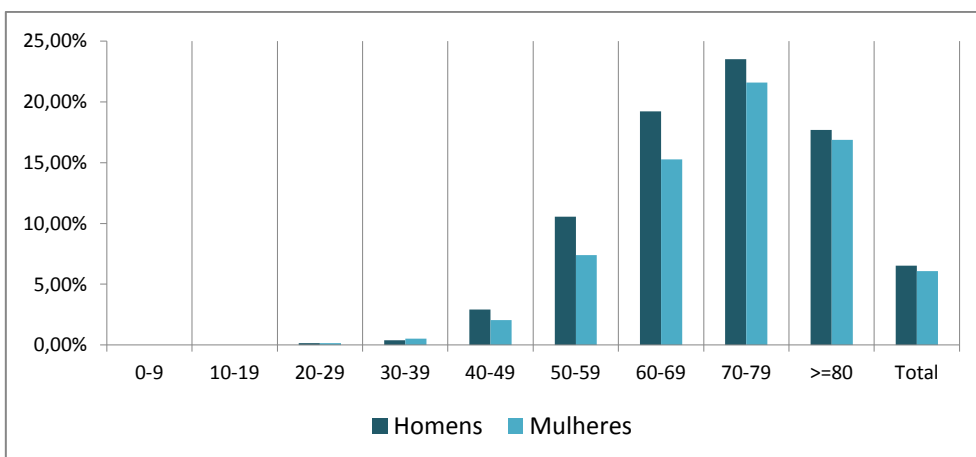
Fonte: SIARS.

Figura 32. Proporção de inscritos com diagnóstico de Diabetes tipo 2 (ICPC-2 — T90), por grupo etário, ACES Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

Figura 33. Proporção de inscritos com diagnóstico de Diabetes tipo 2 (ICPC-2 — T90), por sexo e grupo etário, ACES Gaia, dezembro 2014.



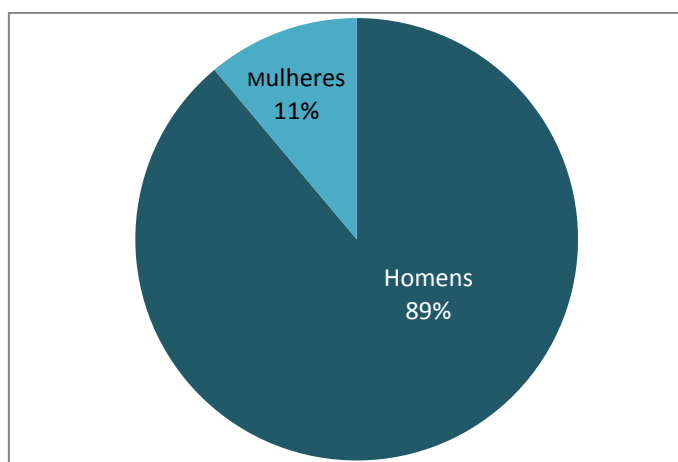
Fonte: SIARS.

6.3.3. Prevalência de abuso crónico do álcool

O álcool é a terceira causa de doença e morte prematura a nível mundial. Na Europa é também o terceiro principal fator de risco de morbimortalidade, superado pelo consumo de tabaco e pela hipertensão arterial, mas mais importante do que a dislipidémia e o excesso de peso. O álcool é um fator de risco importante de várias doenças entre as quais se encontram as neoplasias, doenças cardiocerebrovasculares, doenças hepáticas, infeção pelo VIH, tuberculose, pneumonia e depressão. É ainda responsável pelo aumento dos níveis de criminalidade, violência doméstica e sinistralidade rodoviária. O abuso crónico do álcool é definido na classificação ICPC2 como “perturbação devida ao consumo do álcool e que resulta em um ou mais episódios clínicos de grave prejuízo para a saúde, dependência, estado de privação ou distúrbios psicóticos”.

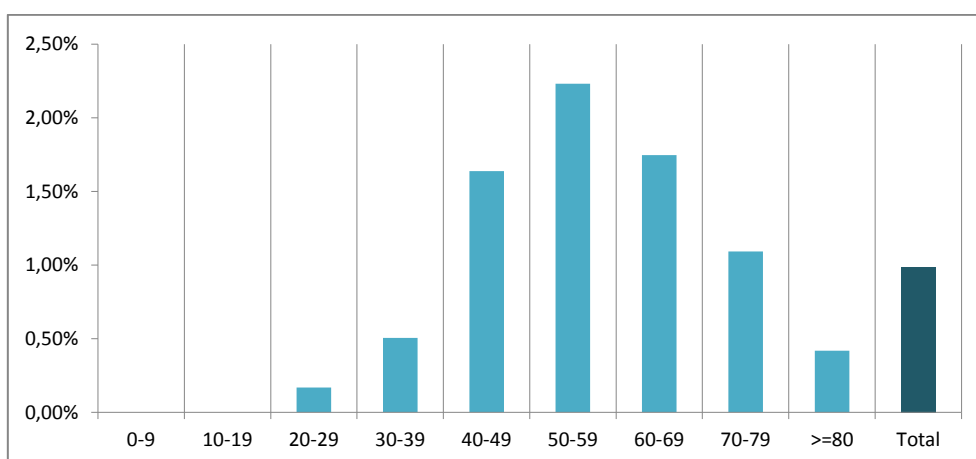
Fonte: Norma nº 030/2012 da Direcção-Geral da Saúde – Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool

Figura 34. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de Abuso crónico do álcool (ICPC-2 – P15), relativamente ao total de diagnósticos por sexos, ACES Gaia, dezembro 2014.



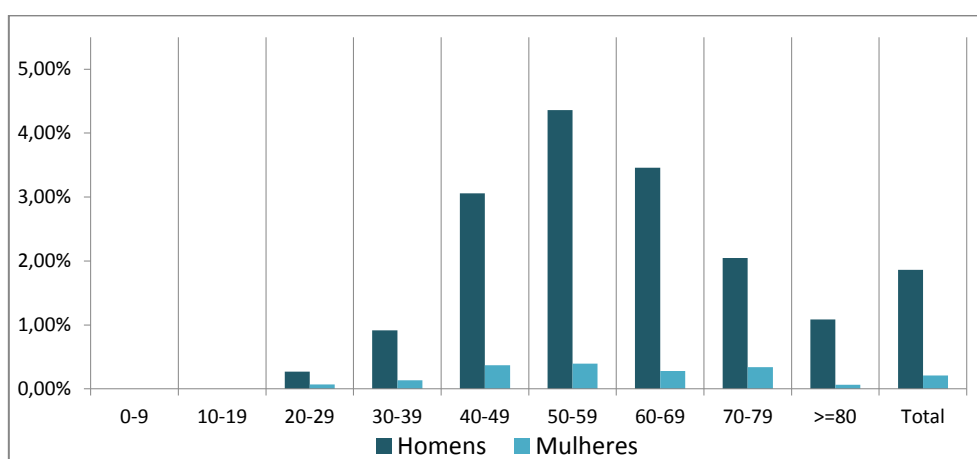
Fonte: SIARS.

Figura 35. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de Abuso crónico do álcool (ICPC-2 – P15), por grupos etário, ACES Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

Figura 36. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de Abuso crónico do álcool (ICPC-2 — P15), por grupo etário e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.



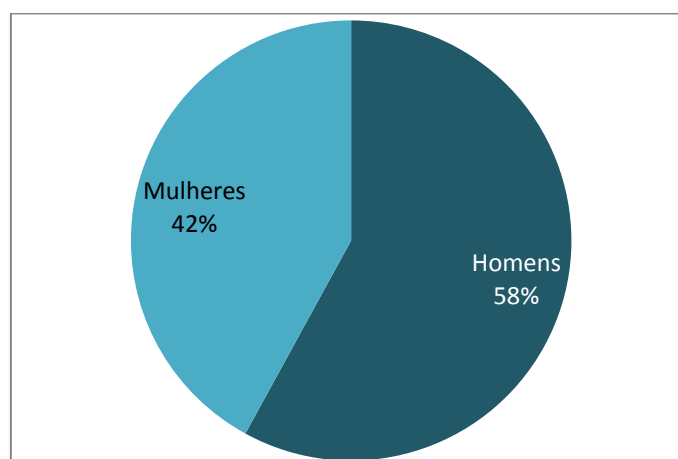
Fonte: SIARS.

6.3.4. Prevalência de abuso crónico do tabaco

O consumo de tabaco é um factor de risco para seis das oito principais causas de morte mundial, das quais se destacam a doença isquémica cardíaca, a doença cerebrovascular, as doenças respiratórias, a DPOC, e o cancro. O abuso do tabaco é definido na classificação ICPC-2 como «perturbação devida ao consumo de tabaco que leva a uma ou mais intoxicações agudas, uso com prejuízo clinicamente grave para a saúde, dependência ou estado de privação».

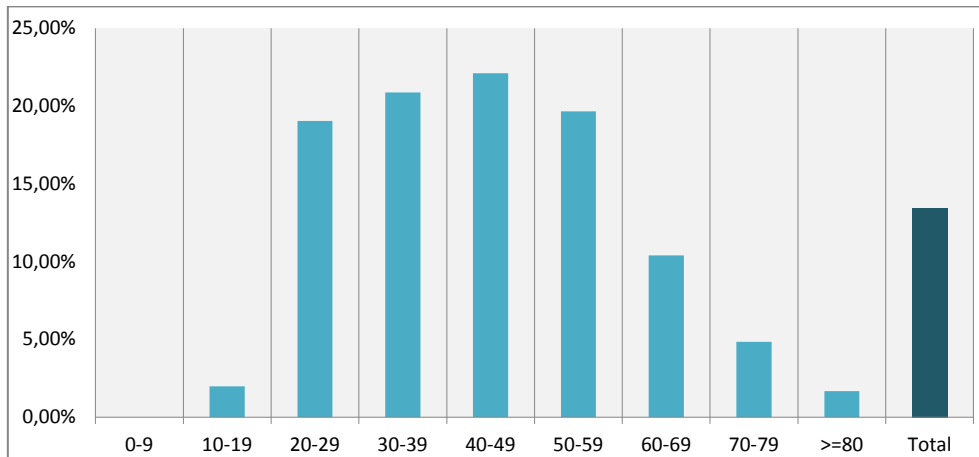
Fonte: <http://www.fundacaoportuguesadopolmao.org>

Figura 37. Proporção de utentes com diagnóstico de abuso crónico do tabaco (ICPC-2 — P17), relativamente ao total de diagnósticos, por sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.



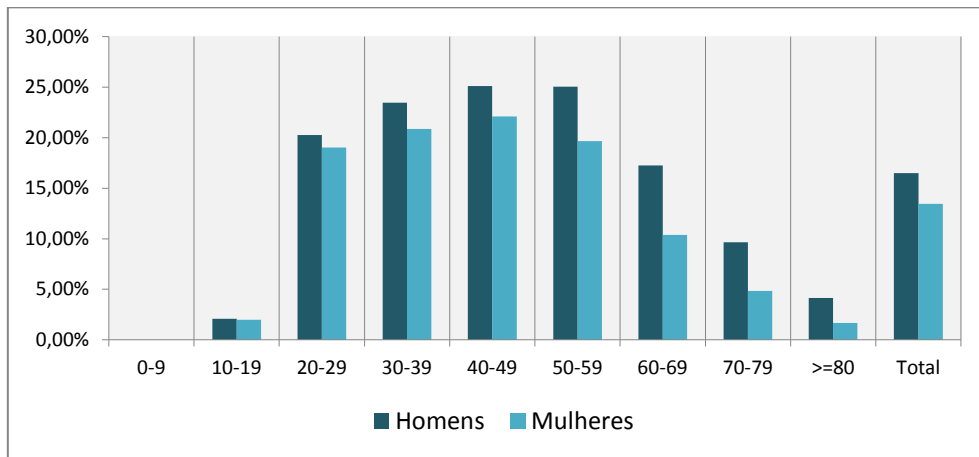
Fonte: SIARS.

Figura 38. Proporção de utentes com diagnóstico de abuso crónico do tabaco (ICPC-2 — P17), por grupos etários, ACES Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

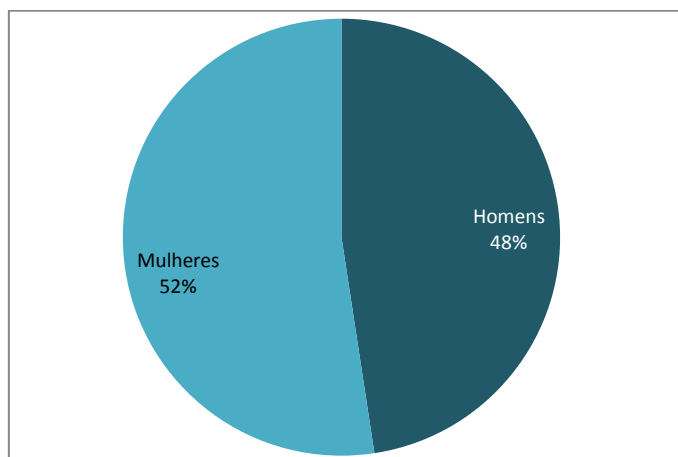
Figura 39. Proporção de utentes com diagnóstico de abuso crónico do tabaco (ICPC-2 — P17) por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

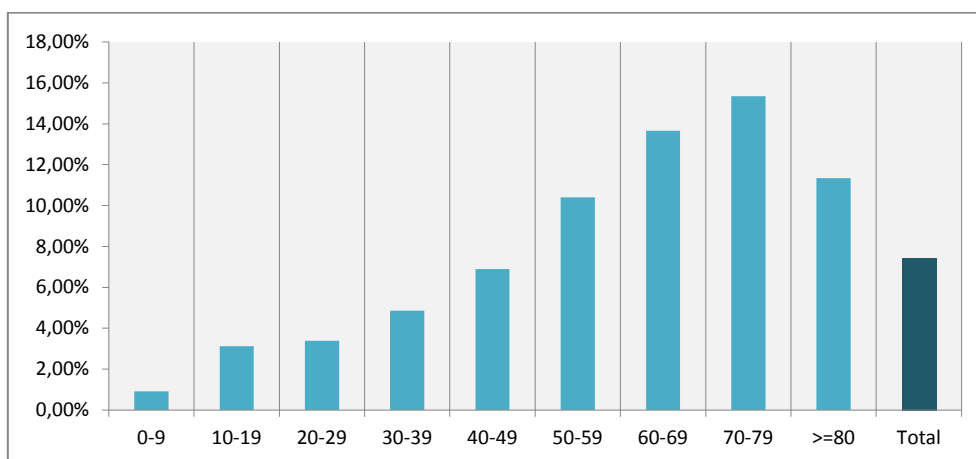
6.3.5. Excesso de peso

Figura 40. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de excesso de peso (ICPC-2 — T83), relativamente ao total de inscritos, por sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.



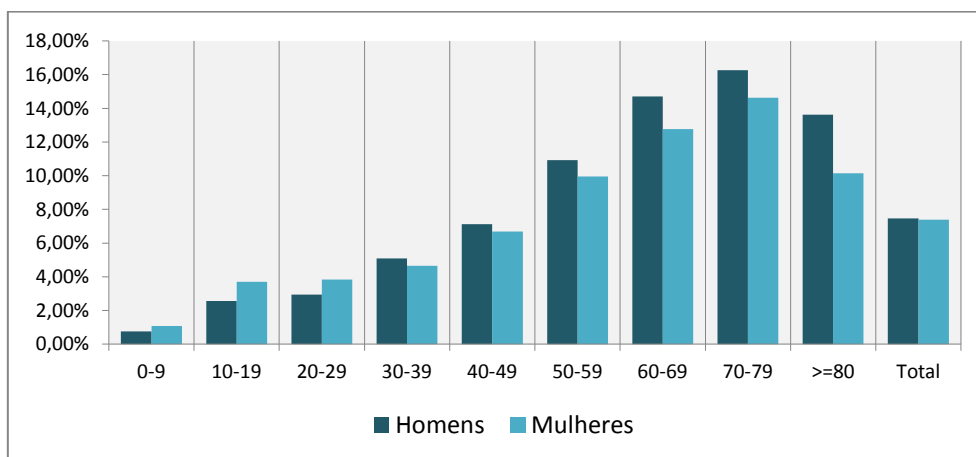
Fonte: SIARS.

Figura 41. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de excesso de peso (ICPC-2 — T83), por grupos etários, Aces Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

Figura 42. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de excesso de peso (ICPC-2 — T83), por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.



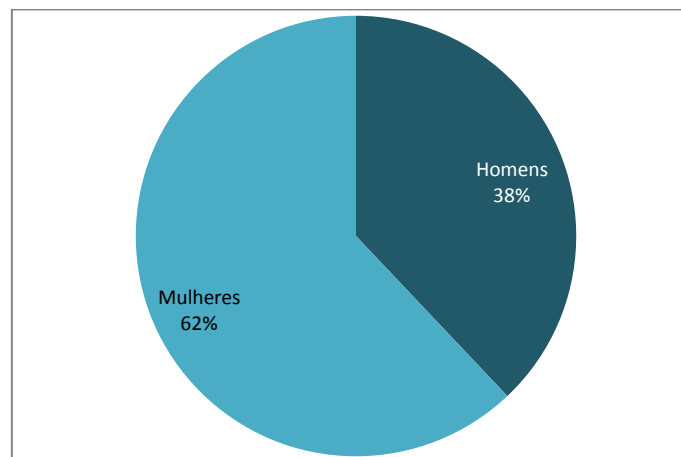
Fonte: SIARS

6.3.7. Obesidade

A obesidade e pré-obesidade são definidas como condições em que existe uma acumulação anormal e/ou excessiva de massa gorda corporal, podendo resultar num agravamento do estado de saúde dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ambas são diagnosticadas através do cálculo do índice de massa corporal (IMC), que se obtém dividindo-se o peso pelo quadrado da estatura ($IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$). Um valor de IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m² significa um estado de pré-obesidade, enquanto um IMC igual ou superior a 30,0 kg/m² confere um diagnóstico de obesidade.

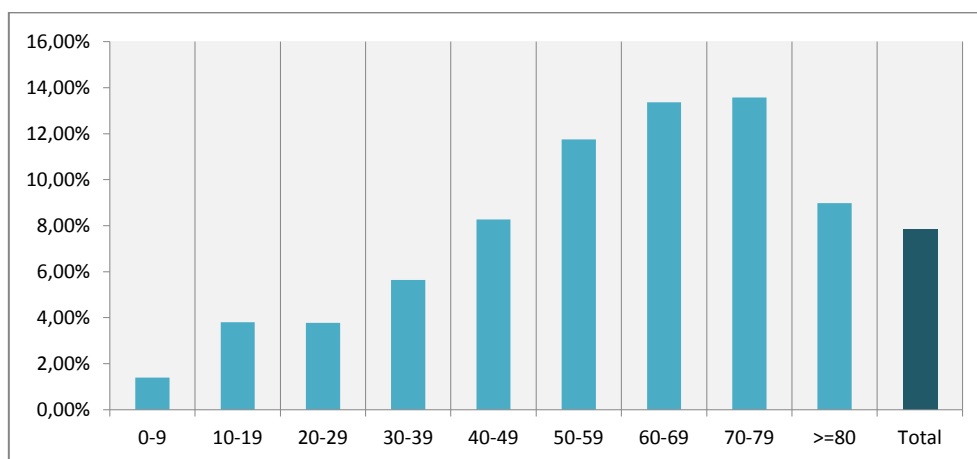
Fonte: Processo Assistencial Integrado da Pré-Obesidade no Adulto, 2ª edição, 2016, Direcção-Geral da Saúde

Figura 43. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de obesidade (ICPC-2 — T82), relativamente ao total de diagnósticos, por sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

Figura 44. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de obesidade (ICPC-2 — T82), por grupos etários, ACES Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

Figura 45. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de obesidade (ICPC-2 — T82), por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

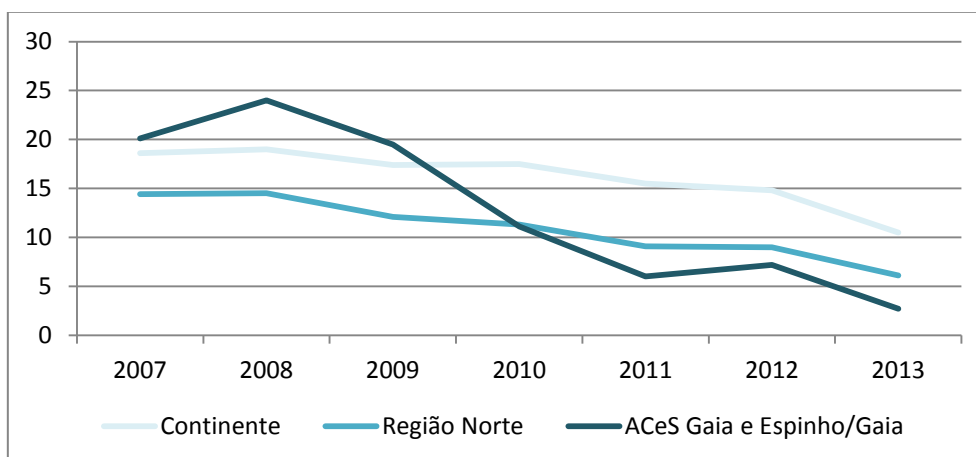
6.3.6. Incidência de infeção por VIH

O vírus da imunodeficiência humana (HIV ou VIH) tem como alvo o sistema imunitário, especificamente as células CD4 (células T), que participam no combate a infeções. Sem tratamento, o HIV reduz o número de células CD4, tornando os indivíduos gradualmente imunodeficientes, o que resulta no aumento da suscetibilidade a infeções oportunistas e algumas neoplasias. A fase mais avançada da infeção HIV designa-se por SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) podendo levar entre 2 a 15 anos a desenvolver-se. A infeção HIV é uma infeção sexualmente transmissível, mas também pode ser adquirida através do contacto com sangue contaminado ou transmissão vertical durante a gravidez, parto ou amamentação. Atualmente não existe cura, contudo, a replicação viral pode ser controlada através de terapia antiretroviral, reduzindo drasticamente a progressão da doença. A infeção HIV mantém-se como um problema major de saúde pública, tendo sido responsável por 35 milhões de mortes até à data.

Fonte: <http://www.who.int>; <https://www.cdc.gov>

A taxa de incidência da infeção por VIH tem sofrido oscilações e registou um decréscimo acentuado desde 2009 (Figura 46).

Figura 46. Evolução da taxa de incidência (por 100 000 habitantes) da infeção por VIH (IAG+CRS+PA+SIDA) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 2007-2013.



Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

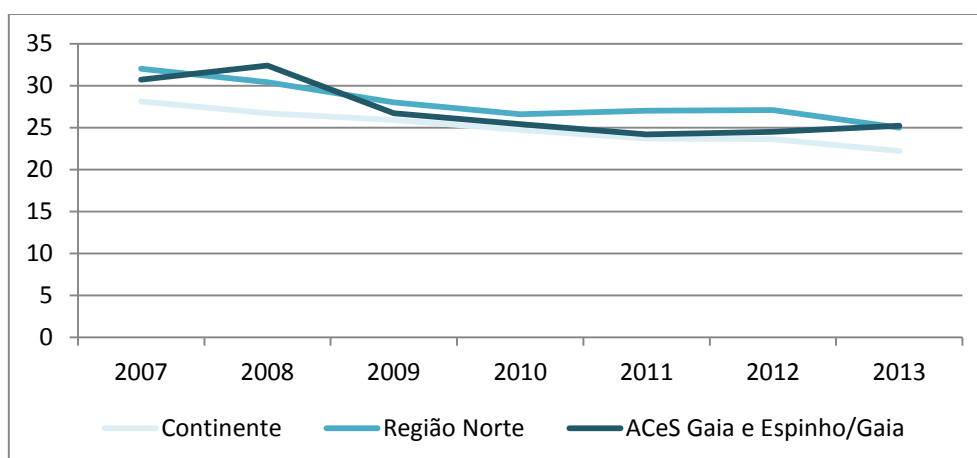
6.3.7. Incidência de tuberculose

A tuberculose constitui, no início do século XXI, um dos maiores problemas mundiais de saúde pública, tendo sido declarada uma emergência pela Organização Mundial de Saúde. O agente responsável pela tuberculose é o *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado bacilo da tuberculose ou bacilo de Koch (BK). A tuberculose transmite-se de pessoa a pessoa por via aérea e por isso, regra geral, só são contagiosas as pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea. O diagnóstico é bacteriológico, com identificação do *Mycobacterium tuberculosis*. Os medicamentos (anti-bacilares) mais eficazes e mais vezes utilizados são administrados por via oral, sendo a duração mínima do tratamento de seis meses. O tratamento correcto e eficaz leva a uma cura em mais de 95% dos casos, sendo fundamental o rigoroso cumprimento da medicação pelo tempo total estipulado, caso contrário pode ocorrer o desenvolvimento de resistência aos antibacilares.

Fonte: <http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org>

A taxa de incidência de tuberculose (25,2/100 mil habitantes) tem vindo a diminuir desde 2000, apesar de ter estabilizado neste últimos quatro anos (Figura 47). Em 2013 apresentou um valor semelhante ao da região Norte (25,0) e ligeiramente superior ao do Continente (22,2).

Figura 47. Evolução da taxa de incidência (por 100 000 habitantes) de Tuberculose no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 2007-2013.



Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

6.4. MORBILIDADE

6.4.1. Morbidade padronizada

Figura 48. Proporção de residentes, padronizada pela idade, por diagnóstico ativo (/1000) utentes residentes no ACES Gaia e Espinho / Gaia e Região Norte, 2014.

A proporção de utentes residentes, padronizada pela idade, no ACES/ULS com diagnóstico ativo (/1.000 inscritos) é:

	Inferior à da Região Norte, com significância estatística
	Inferior à da Região Norte, sem significância estatística
	Superior à da Região Norte, sem significância estatística
	Superior à da Região Norte, com significância estatística

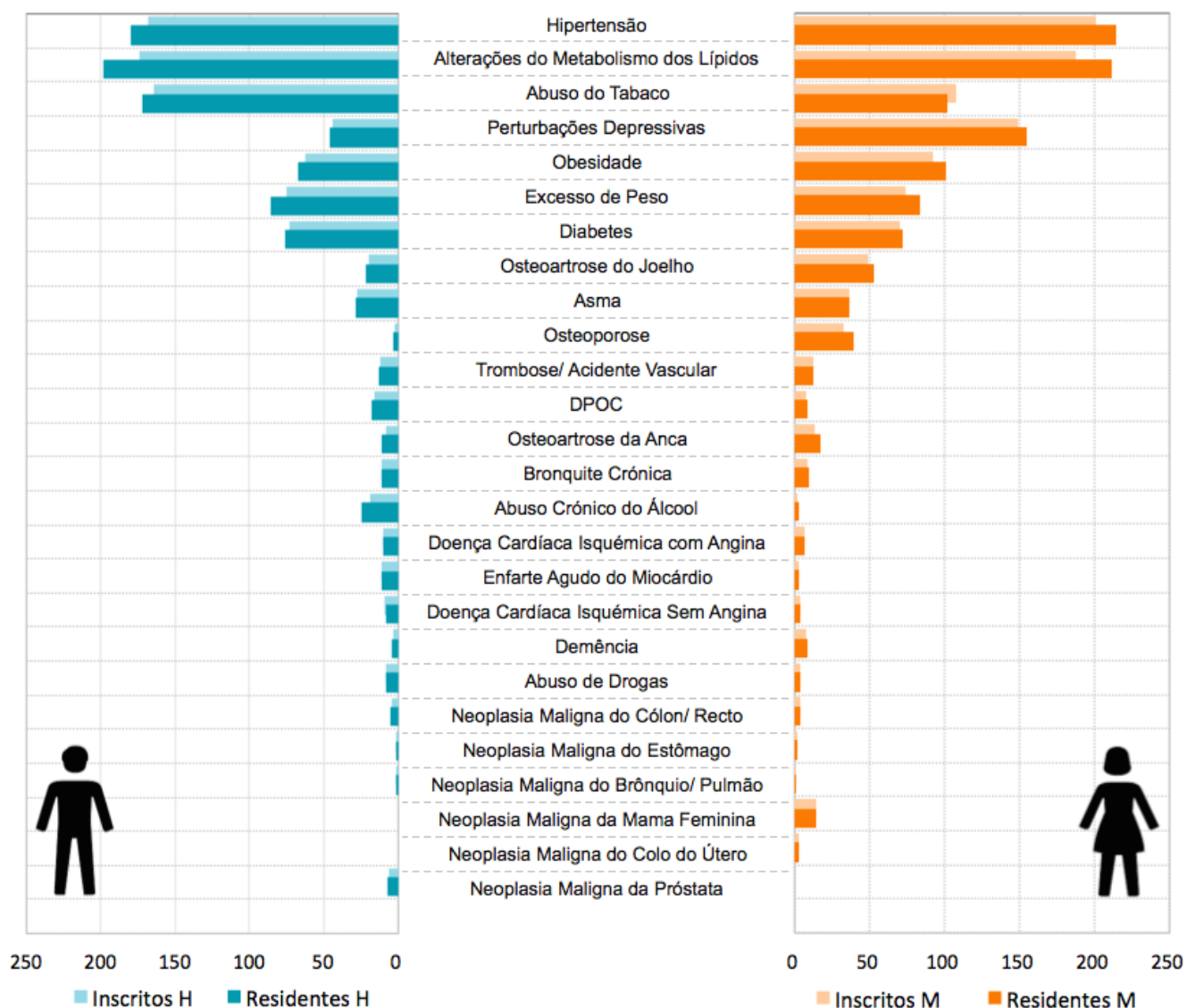
Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Região Norte			População Residente ACES Gaia e Espinho/Gaia		
	HM	H	M	HM	H	M
Hipertensão	204,8	198,0	210,2	201,9	196,1	206,6
Alterações do Metabolismo dos Lípidos	194,1	195,8	190,9	202,9	201,2	203,3
Abuso do Tabaco	101,8	137,0	70,0	128,1	163,6	96,6
Perturbações Depressivas	87,7	37,0	133,1	98,9	45,0	146,4
Obesidade	70,7	58,3	81,4	83,8	67,6	97,6
Excesso de Peso	56,0	59,3	53,5	84,0	88,2	81,0
Diabetes	74,3	80,9	68,5	75,7	82,0	70,3
Osteoartrose do Joelho	41,2	27,0	52,6	39,5	24,9	51,2
Asma	23,2	20,2	25,6	32,9	28,7	36,2
Osteoporose	20,8	3,4	34,6	23,1	3,9	38,2
Trombose/ Acidente Vascular	12,7	15,1	11,0	13,6	15,4	12,2
DPOC	12,8	18,5	8,4	13,4	20,1	8,2
Osteoartrose da Anca	18,9	15,3	21,8	15,0	12,4	16,9
Bronquite Crónica	11,4	12,6	10,4	10,6	12,1	9,3
Abuso Crónico do Álcool	14,6	27,0	3,6	12,5	24,0	2,5
Doença Cardíaca Isquémica com Angina	6,9	9,7	4,7	8,5	11,7	5,9
Enfarte Agudo do Miocárdio	6,2	10,7	2,6	7,2	12,6	2,9
Doença Cardíaca Isquémica Sem Angina	5,6	8,7	3,1	5,8	9,0	3,2
Demência	6,6	5,3	7,4	7,1	5,9	7,8
Abuso de Drogas	4,3	6,0	2,8	5,9	8,2	3,7
Neoplasia Maligna do Cólon/ Recto	4,3	5,5	3,4	4,7	5,7	3,9
Neoplasia Maligna do Estômago	1,7	2,2	1,4	1,7	2,0	1,5
Neoplasia Maligna do Brônquio/ Pulmão	0,7	1,1	0,4	0,8	1,1	0,5
Neoplasia Maligna da Mama Feminina	--	--	11,6	--	--	13,5
Neoplasia Maligna do Colo do Útero	--	--	2,4	--	--	2,5
Neoplasia Maligna da Próstata	--	9,1	--	--	8,4	--

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres | --- : Não aplicável

Fonte: Observatório Regional de Saúde do Norte, a partir de dados do SIARS.

6.4.2. Morbilidade proporcional

Figura 49. Proporção de utentes (/1000) por diagnóstico ativo, população inscrita no ACES Gaia e população residente no ACES Gaia e Espinho / Gaia.



Fonte: Observatório Regional de Saúde do Norte, a partir de dados do SIARS, Dezembro de 2014.

6.4.3. As dez causas de doença crónica mais frequentes

Quadro 1. Distribuição por sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos segundo as 10 doenças crónicas mais frequentes no ACES Gaia (%), ordem decrescente, no ACES Gaia, na ARS Norte e no Continente, dezembro de 2014.

Diagnóstico ativo ICPC-2	Continente			ARS Norte			ACES Gaia		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Hipertensão (K86 ou K87)	19,6	17,7	21,3	19,7	17,6	21,6	19	17	21
Alterações do metabolismo dos lípidos (T93)	16,6	15,9	17,3	17,9	17,6	18,2	17,4	18,7	18,1
Perturbações depressivas (P 76)	7,6	3,1	11,7	8,1	3,3	12,5	10	4	15
Diabetes (T89 ou T90)	6,9	7,2	6,6	7,1	7,3	7,0	7	8	7
Obesidade (T82)	5,1	4,2	5,9	6,0	4,9	7,1	8	6	9
Doenças dos dentes e das gengivas (7 anos) (D82)	4,4	4,5	4,4	4,8	4,9	4,8	7,0	6,6	6,8
Osteoartrose do joelho (L90)	3,3	2,0	4,4	3,6	2,1	4,9	3	2	5
Asma (R96)	1,9	1,7	2,1	2,1	1,8	2,3	3	3	4
Osteoporose (L95)	2,0	0,3	3,6	1,9	0,3	3,4	2	0	3
Doença isquémica cardíaca (K74 ou K76)	1,4	1,7	1,2	1,1	1,5	0,8	2	2	0

Fonte: SIARS.

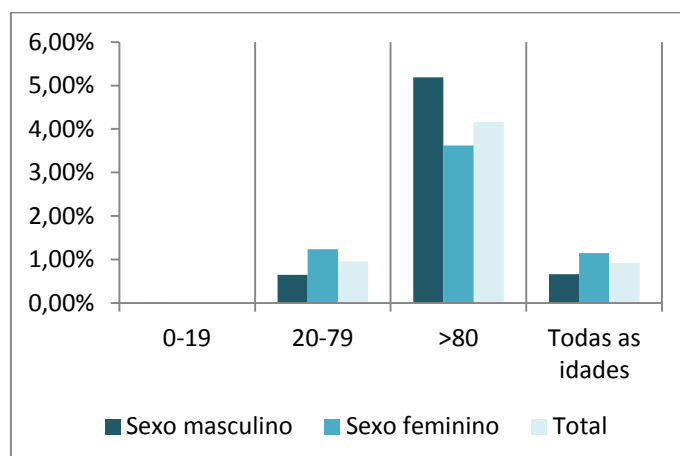
6.5. CÓDIGOS ICPC-2 MAIS FREQUENTES, POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS

6.5.1. Doença cardíaca isquémica com angina

Em 2013, pela primeira vez em Portugal, o peso relativo das doenças do aparelho circulatório na mortalidade total situou-se abaixo dos 30%. Contudo, as doenças cardiovasculares ainda são a principal causa de morte em Portugal, justificando-se que se mantenham no topo das prioridades no que se refere ao planeamento em saúde. Angina estável é um síndrome clínico caracterizado pelo aparecimento de dor ou de desconforto no peito, mandíbula, ombros, dorso, braços ou epigastro, relacionada habitualmente com o exercício físico, stress emocional ou frio intenso e aliviada pela nitroglicerina sublingual ou o repouso. O termo angina estável é habitualmente relacionado com isquémia miocárdica por doença aterosclerótica das artérias coronárias. Fisiopatologicamente, a angina resulta do desequilíbrio entre o fornecimento e as necessidades de oxigénio para o músculo cardíaco, na presença de lesões obstrutivas das artérias coronárias. No caso de angina em repouso ou desencadeada pelo frio e na angina vasoespástica, a vasoconstrição coronária constitui o mecanismo mais importante para o aparecimento da angina.

Fonte: <http://www.dgs.pt>; Norma nº 046/2011 da Direcção-Geral da Saúde – Abordagem terapêutica farmacológica da angina estável

Figura 50. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *doença cardíaca isquémica com angina* (ICPC-2 — K74), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



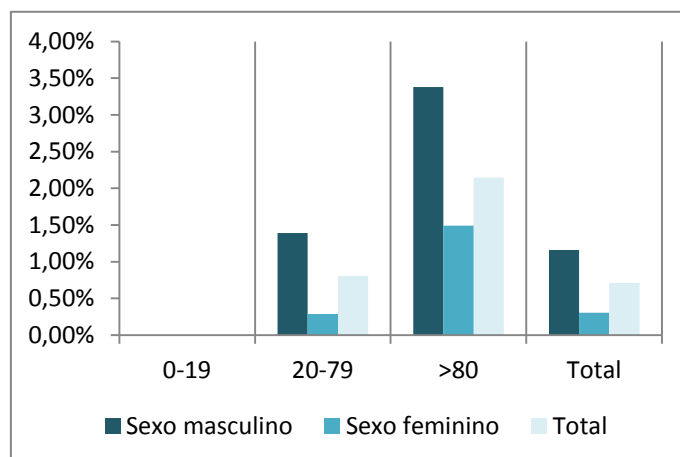
Fonte: SIARS.

6.5.2. Enfarte agudo do miocárdio

Enfarte do miocárdio corresponde à necrose do músculo cardíaco causada por obstrução da circulação coronária, sendo a principal causa a aterosclerose.

Fonte: <http://www.spc.pt>

Figura 51. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *enfarte agudo do miocárdio* (ICPC-2 — K75), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

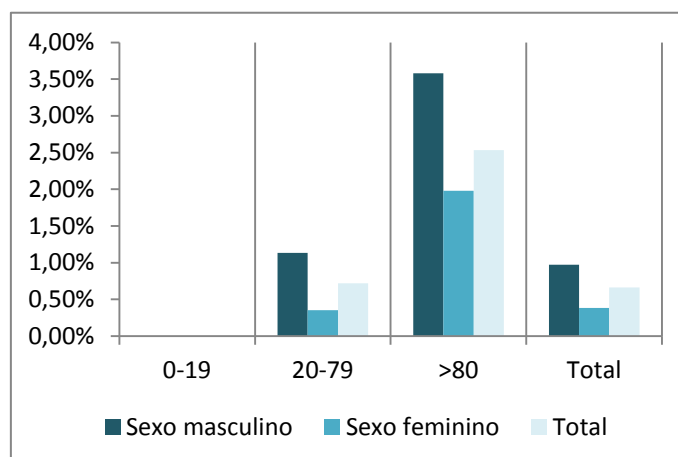


Fonte: SIARS.

6.5.3. Doença isquémica cardíaca sem angina

Doença isquémica cardíaca sem angina é definida na classificação ICPC-2 pela presença de «história clínica compatível mais ECG, ou manifestações imagiológicas de um enfarte do miocárdio antigo; ou evidência no ECG em repouso ou de esforço de isquémia do miocárdio; ou evidência, por investigação, de estenose da artéria coronária ou aneurisma ventricular».

Figura 52. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *doença isquémica cardíaca sem angina* (ICPC-2 — K76), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



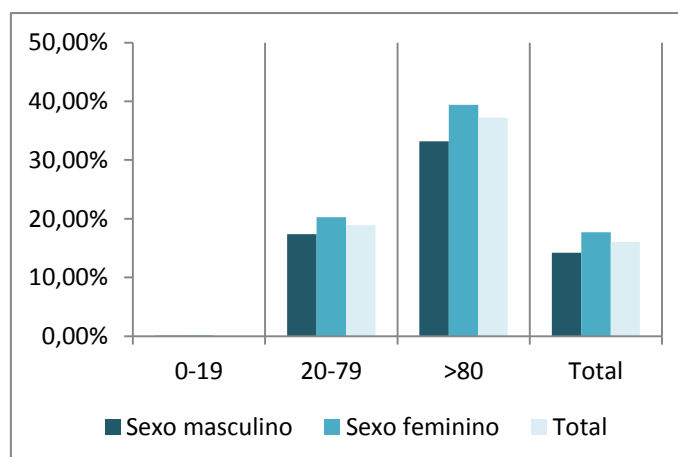
Fonte: SIARS.

6.5.4. Hipertensão sem complicações

A HTA é o fator de risco cardiovascular mais prevalente na população portuguesa. O diagnóstico de HTA define-se, em avaliação de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg.

Fonte: Norma nº 020/2011 da Direcção-Geral da Saúde – Hipertensão Arterial: definição e classificação

Figura 53. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *hipertensão sem complicações* (ICPC- 2, K86), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



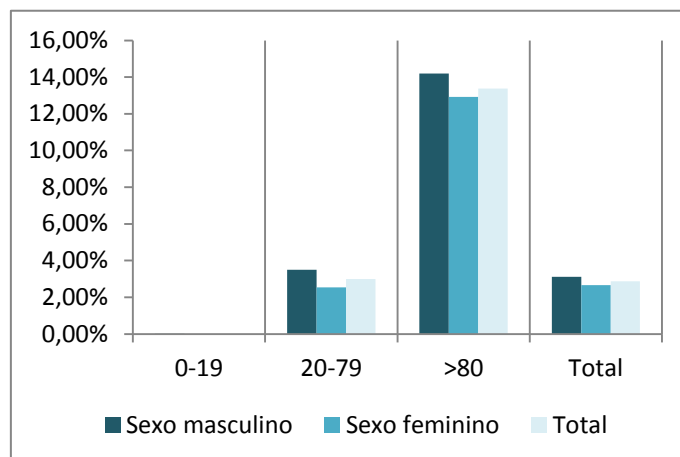
Fonte: SIARS.

6.5.5. Hipertensão com complicações

A HTA pode provocar lesões em órgãos alvo, nomeadamente no cérebro, rim, olhos e coração. Assim, a pessoa com HTA tem maior risco de desenvolver patologias como acidente vascular cerebral, insuficiência renal, alterações da visão, enfarte do miocárdio e insuficiência cardíaca.

Fonte: <http://www.spc.pt>

Figura 54. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com hipertensão com complicações (ICPC-2 — K87), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



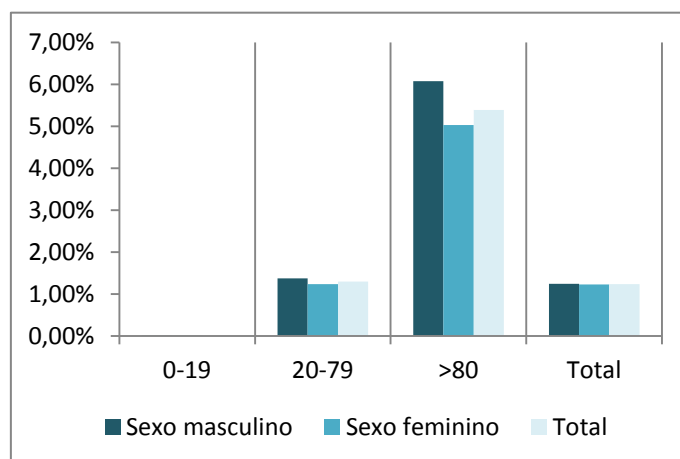
Fonte: SIARS.

6.5.6. Acidente vascular cerebral

As doenças cérebro-cardiovasculares constituem a principal causa de morte em Portugal, à semelhança do que se passa na generalidade dos países europeus. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é causado pela interrupção do suprimento sanguíneo para o cérebro, geralmente causado pela rutura de uma artéria cerebral ou pelo seu bloqueio por um trombo. Os sintomas do AVC dependem da região cerebral que é atingida. A Direção-Geral da Saúde recorda que a adoção de estilos de vida saudáveis é considerada, comprovadamente, a melhor medida preventiva.

Fonte: <http://www.dgs.pt>; <http://www.who.int>

Figura 55. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com trombose/acidente vascular cerebral (ICPC-2 — K90), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



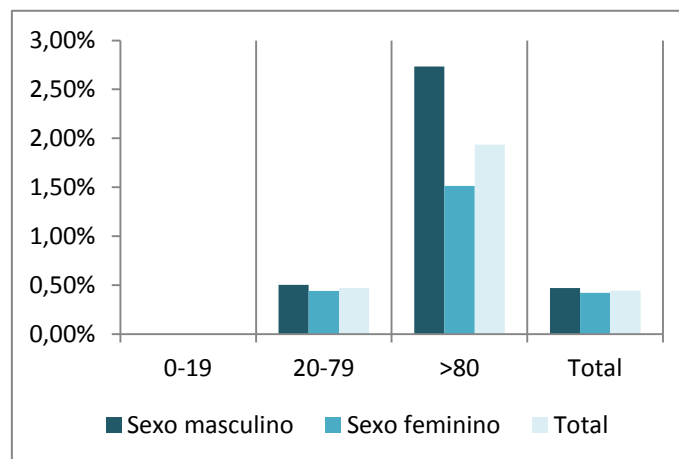
Fonte: SIARS.

6.5.7. Neoplasia maligna do cólon e reto

A neoplasia maligna do cólon e reto é aquela que tem origem nas células localizadas no cólon ou reto. É uma das neoplasias mais comuns nos países desenvolvidos, sendo considerada a segunda causa de morte por cancro. A grande maioria é esporádica, embora possa ser hereditário/familiar em cerca de 15% dos casos. A taxa de incidência dos tumores malignos do cólon e do reto tem vindo a apresentar uma tendência ligeiramente crescente, sendo em 2007 de 30,3/100000 habitantes para os tumores do cólon e de 17,5/100000 habitantes para os tumores do reto.

Fonte: Direção Geral da Saúde — Norma nº 003/2014.

Figura 56. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com neoplasia maligna do colon e reto (ICPC-2 — D75), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



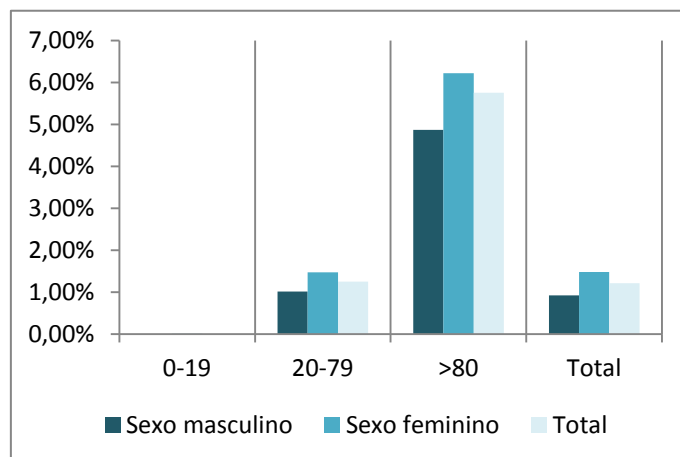
Fonte: SIARS.

6.5.8. Osteoartrose da anca

A osteoartrose é uma doença que atinge, fundamentalmente, a cartilagem articular, que é um tecido conjuntivo elástico que se encontra nas extremidades dos ossos que se articulam entre si. Não é sinónimo de envelhecimento articular, embora seja mais frequente nos indivíduos idosos que, naturalmente, tiveram mais anos para irem desgastando as articulações. É a doença mais frequente da raça humana. Em Portugal existe cerca de meio milhão de doentes artrósicos. A doença afeta os dois sexos igualmente, embora depois dos 50 anos haja um ligeiro predomínio no sexo feminino. As intervenções cirúrgicas mais frequentes efetuadas nas artroses são as próteses totais, em particular a da anca. A sua causa é desconhecida; provavelmente, será devida a várias causas: fatores mecânicos, hereditários, hormonais, metabólicos, etc.

Fonte: Doenças reumáticas: manual de Autoajuda para adultos, DGS.

Figura 57. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *osteoartrite da anca* (ICPC-2 — L89), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



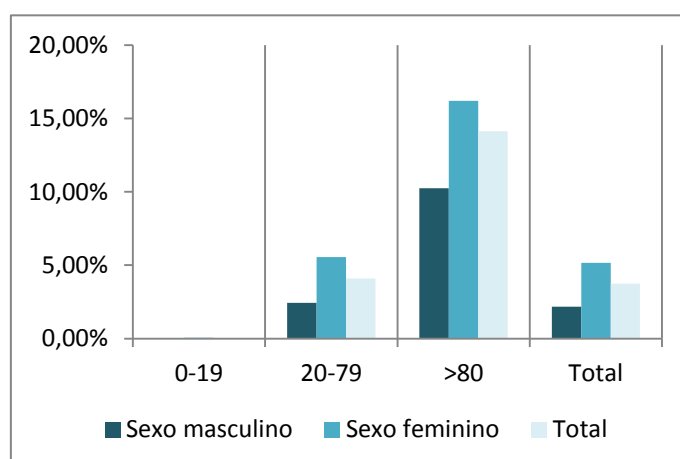
Fonte: SIARS

6.5.9. Osteoartrite do joelho

A osteoartrite é uma doença que atinge, fundamentalmente, a cartilagem articular, que é um tecido conjuntivo elástico que se encontra nas extremidades dos ossos que se articulam entre si. Não é sinónimo de envelhecimento articular, embora seja mais frequente nos indivíduos idosos que, naturalmente, tiveram mais anos para ir desgastando as articulações. É a doença mais frequente da raça humana. Em Portugal existe cerca de meio milhão de doentes artrósicos. A doença afeta os dois sexos igualmente, embora depois dos 50 anos haja um ligeiro predomínio no sexo feminino. Entre as articulações mais frequentemente envolvidas na população portuguesa encontram-se os joelhos. A sua causa é desconhecida; provavelmente, será devida a várias causas: fatores mecânicos, hereditários, hormonais, metabólicos, etc.

Fonte: Doenças reumáticas: manual de Autoajuda para adultos, DGS.

Figura 58. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *osteoartrite do joelho* (ICPC-2 — L90), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



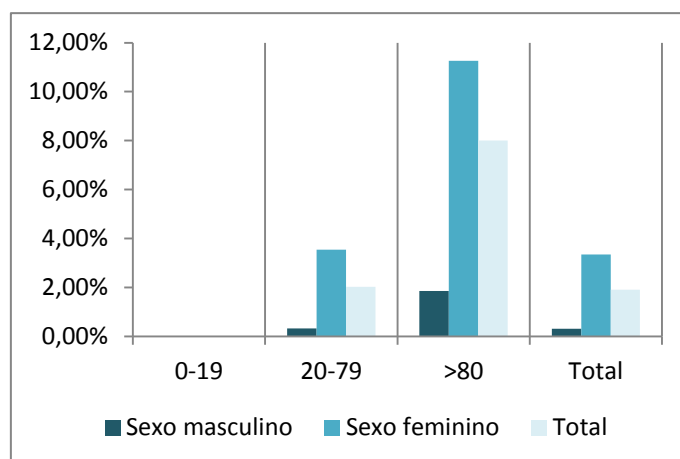
Fonte: SIARS.

6.5.10. Osteoporose

É uma doença esquelética sistémica que se caracteriza pela diminuição da massa óssea e por uma alteração da qualidade micro estrutural do osso, levando a uma diminuição da resistência óssea e ao conseqüente aumento do risco de fraturas. As fraturas mais frequentes ocorrem nas vértebras dorsais e lombares, na extremidade distal do rádio e no fémur proximal.

Fonte: <http://www.dgs.pt>

Figura 59. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com osteoporose (ICPC-2 — L95), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



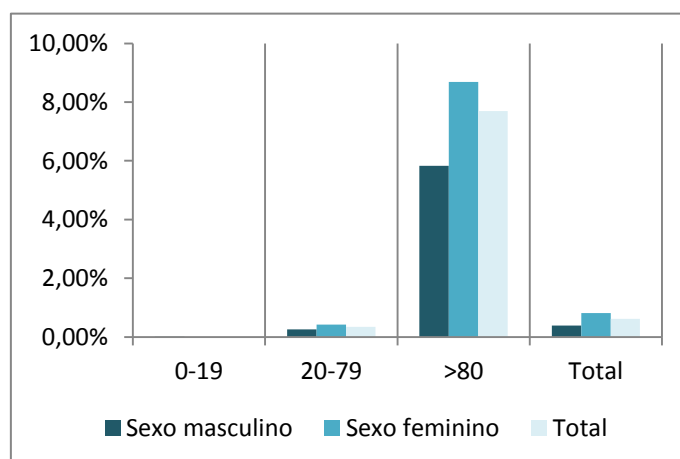
Fonte: SIARS.

6.5.11. Demência

Demência é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais.

Fonte: <http://alzheimerportugal.org>.

Figura 60. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com demência (ICPC-2 — P70), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



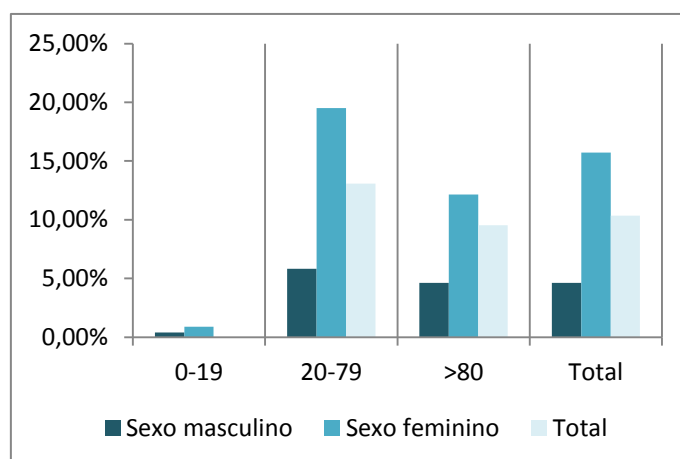
Fonte: SIARS.

6.5.12. Perturbações depressivas

A depressão é a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. Os custos pessoais e sociais da doença são muito elevados. Uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão. Um em cada cinco utentes dos cuidados de saúde primários portugueses encontra-se deprimido no momento da consulta.

Fonte: <http://www.dgs.pt>

Figura 61. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com perturbações depressivas (ICPC-2 — P76), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

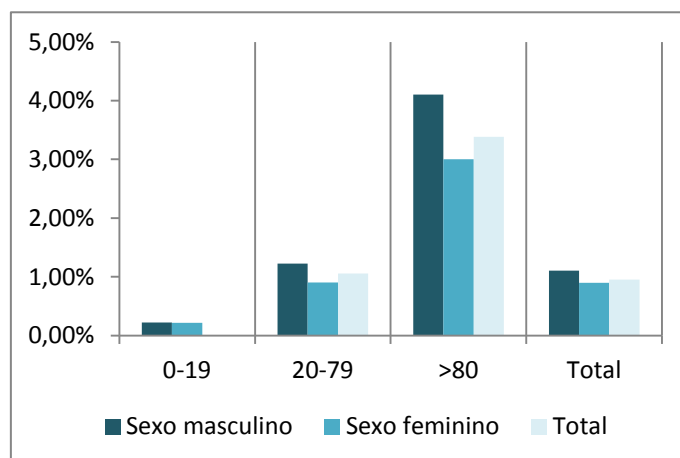


Fonte: SIARS.

6.5.13. Bronquite crónica

Inflamação crónica da mucosa que reveste os brônquios, normalmente provocada pelo tabagismo, e que origina uma alteração da função respiratória, causando várias complicações que, em conjunto, deterioram a qualidade de vida.

Figura 62. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com bronquite crónica (ICPC-2 — R79), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



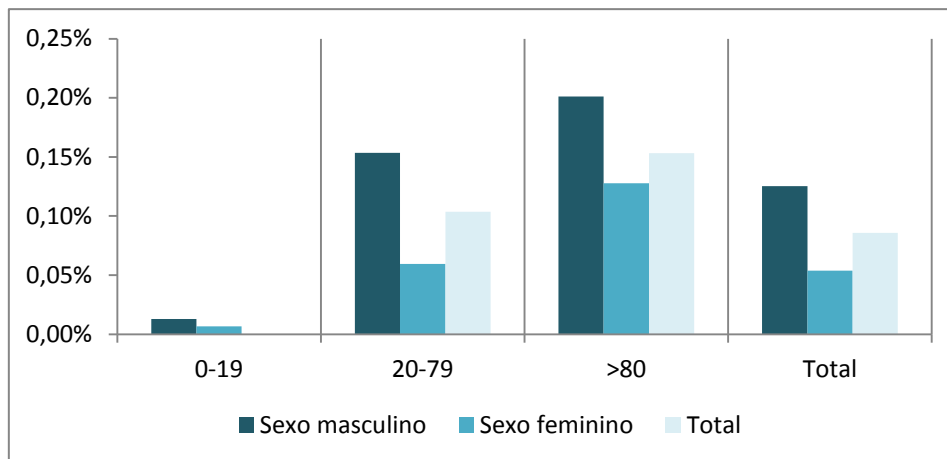
Fonte: SIARS.

6.5.14. Neoplasia maligna dos brônquios e pulmão

O cancro de pulmão é o mais comum dos tumores malignos. A sua incidência aumenta a um ritmo de 0.5% por ano. Em Portugal ocupa o 4º lugar em termos de incidência e o 2º lugar em mortalidade. Estimam-se mais de 3000 novos casos/ano. O prognóstico da doença está relacionado à fase em que é diagnosticada. O tabagismo é o principal fator de risco, sendo responsável por 85% a 90 % dos casos.

Fonte: <http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org>

Figura 63. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com neoplasia maligna dos brônquios e pulmão (ICPC-2 — R84), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



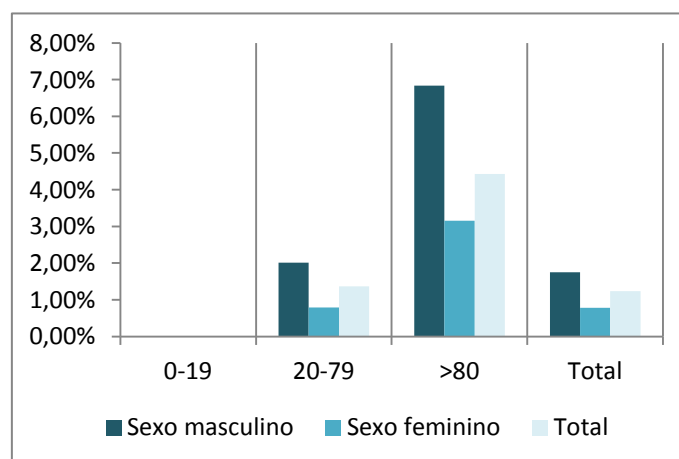
Fonte: SIARS.

6.5.15. Doença pulmonar obstrutiva crónica

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é caracterizada por uma limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. A limitação ventilatória é geralmente progressiva, e está associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos. Estima-se que a DPOC afete, em Portugal, cerca de 5,3% da população. O tabagismo é o principal fator de risco.

<https://www.sns.gov.pt>

Figura 64. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com doença pulmonar crónica obstrutiva (ICPC-2 — R95), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



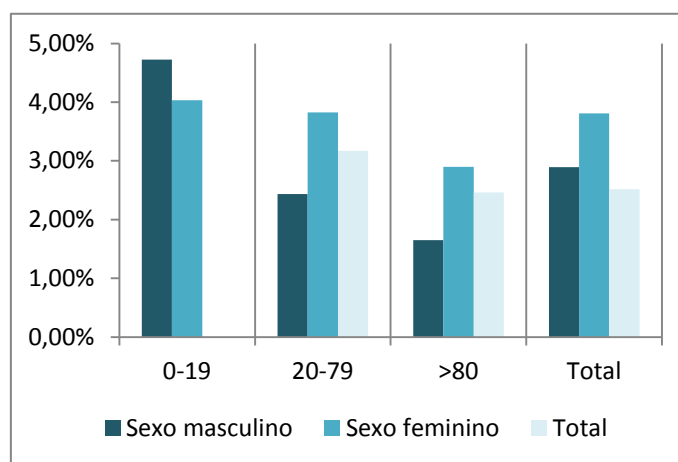
Fonte: SIARS.

6.5.16. Asma

A asma brônquica é uma doença inflamatória crónica das vias respiratórias que, em Portugal, como nos países industrializados, constitui um importante problema de saúde pública por ser a afeição crónica mais frequente em todos os grupos etários. Em indivíduos suscetíveis origina episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico, cansaço e tosse (particularmente noturna ou no início da manhã). Estes sintomas estão geralmente associados a uma obstrução generalizada, mas variável, das vias aéreas, a qual é frequentemente reversível, espontaneamente ou através de tratamento.

(<https://www.sns.gov.pt>; <http://www.doencasrespiratorias.dgs.pt>)

Figura 65. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com asma (ICPC-2 – R96), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

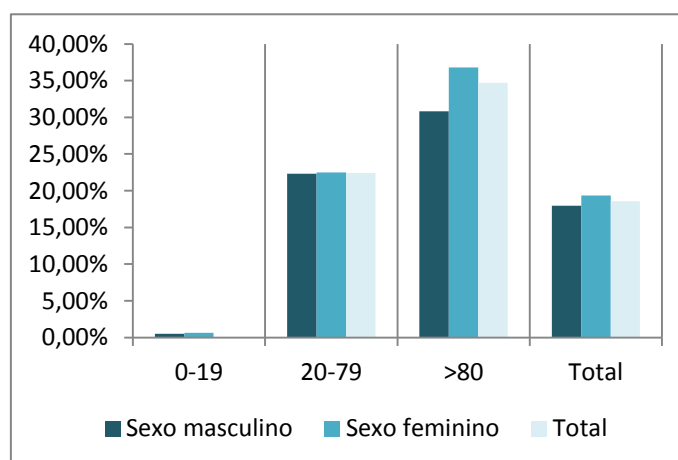


Fonte: SIARS.

6.5.17. Alteração do metabolismo dos lípidos

Definida na classificação ICPC2 como «hiperlipidemia, níveis anormais de lipoproteínas, níveis elevados de colesterol e triglicéridos, xantoma».

Figura 66. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com alteração do metabolismo dos lípidos (ICPC-2 – T93), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

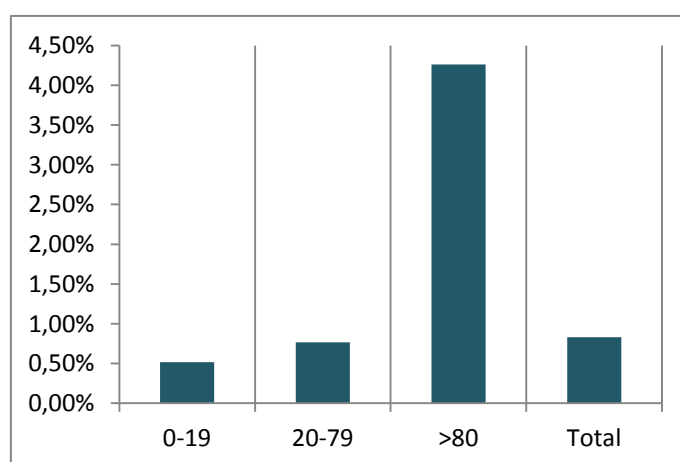
6.5.18. Neoplasia maligna da próstata

A neoplasia maligna da próstata é atualmente reconhecida como um dos principais problemas médicos enfrentados pela população masculina. À medida que a esperança média de vida aumenta, observa-se um aumento da sua incidência e da mortalidade. Para além da idade, o fator de risco primário é a hereditariedade e os dados clínicos parecem sustentar que os fatores exógenos podem ter um impacto relevante no seu risco de desenvolvimento (raça, dieta com alto teor de gordura animal, exposição a metais pesados, etc.)

A principal diferença destes para os outros tumores malignos é a lenta evolução observada na maioria dos casos, o que faz com que, por vezes, alguns sintomas se manifestem apenas em fases avançadas da doença.

Fonte: Associação Portuguesa de Urologia – <http://www.apurologia.pt/>

Figura 67. Distribuição por grupo etário e total de homens da proporção de inscritos com neoplasia maligna da próstata (ICPC-2 — Y77), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



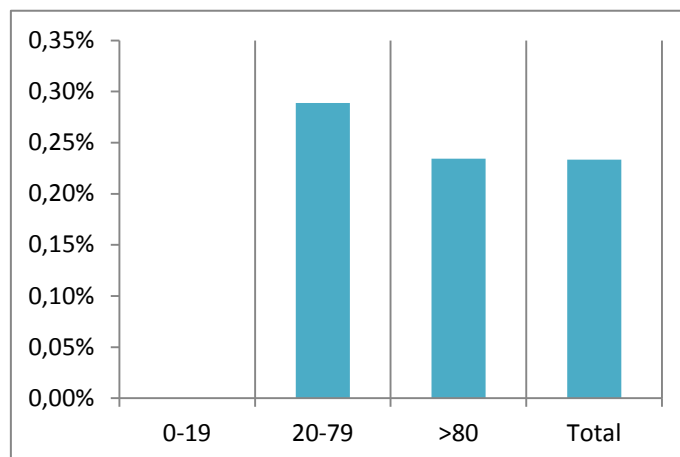
Fonte: SIARS.

6.5.19. Neoplasia maligna do colo do útero

O cancro do colo do útero é o segundo tumor ginecológico maligno mais frequente nas mulheres portuguesas com menos de 50 anos. A incidência é de 10,8 casos/100.000 mulheres/ano. As mulheres entre os 25 e os 65 anos representam o grupo de maior risco pelo que se aconselha um exame ginecológico regular, de forma a assegurar um rastreio atempado. É causado por uma infeção persistente do vírus HPV e o seu desenvolvimento é silencioso.

Fonte: <http://www.dgs.pt>

Figura 68. Distribuição por grupo etário e total de mulheres da proporção de inscritos com *neoplasia maligna do colo útero* (ICPC-2 — X75), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



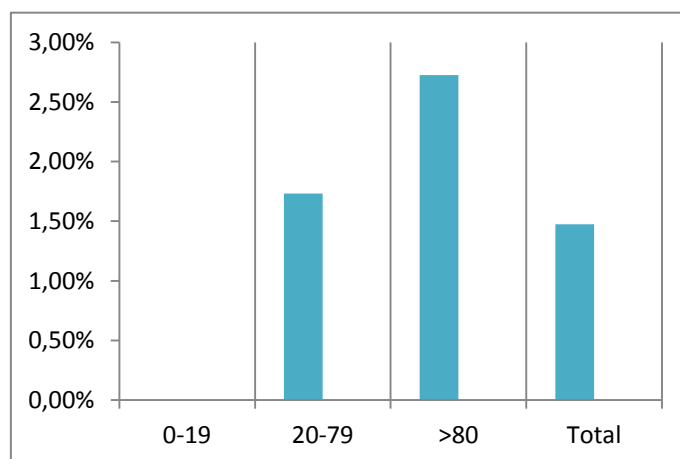
Fonte: SIARS.

6.5.20. Neoplasia maligna da mama feminina

O cancro da mama é a neoplasia com maior incidência no sexo feminino na Europa. Afeta 1 em cada 9 mulheres e constitui a causa mais frequente de mortalidade na faixa etária entre os 35 aos 55 anos de idade na União Europeia. A incidência de cancro da mama tem vindo a aumentar devido ao rastreio mamográfico e ao envelhecimento da população. No entanto, a mortalidade tem vindo a diminuir, essencialmente devido à deteção precoce e a terapêuticas mais eficazes, nomeadamente terapêuticas adjuvantes.

Fonte: Norma nº 051/2011 da Direcção-Geral da Saúde – Abordagem Imagiológica da Mama Feminina; Norma nº 023/2013 da Direcção-Geral da Saúde – Carcinoma da mama – tratamento adjuvante

Figura 69. Distribuição por grupo etário e total de mulheres da proporção de inscritos com *neoplasia maligna da mama feminina* (ICPC-2 — X76), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.



Fonte: SIARS.

6.6. INDICADORES DE SAÚDE — SÍNTESE

6.6.1. Diferenças no estado de saúde relacionadas com a residência na área de influência do ACES Gaia

- A população residente, de ambos os sexos, com idade inferior a 75 anos, apresenta mortalidade aumentada, com significância estatística, para as seguintes causas de morte: infecção por VIH/SIDA e tumor maligno dos ossos, pele e mama, relativamente aos valores registados para a ARS Norte.
- A população residente, de ambos os sexos, com idade inferior a 75 anos, apresenta mortalidade aumentada, sem significância estatística, para as seguintes causas de morte: tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe; tumor maligno do pâncreas; tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão; tumor maligno dos órgãos genitourinários; tumor maligno do tecido linfático e órgãos hematopoéticos; diabetes *mellitus*, e doenças cerebrovasculares relativamente aos valores registados para a ARS Norte.
- As taxas de mortalidade infantil, no último triénio, são superiores aos valores encontrados na Região Norte e no Continente.
- A proporção de utentes inscritos, em todas as idades e em ambos os sexos, com diagnósticos de alteração de metabolismo dos lípidos, abuso do tabaco, perturbações depressivas, obesidade, excesso de peso, diabetes, asma, osteoporose, acidente vascular cerebral, DPOC, doença cardíaca isquémica com angina, enfarte agudo do miocárdio, demência, abuso de drogas e neoplasia maligna do colon e reto é superior, com significância estatística, relativamente aos valores registados para a ARS Norte.

6.6.2. Dimensão das diferenças no estado de saúde relacionadas com o sexo, no ACES Gaia

- A população residente, do sexo masculino, com idade inferior a 75 anos, apresenta mortalidade aumentada, com significância estatística, para as causas de morte: infecção por VIH/SIDA e tumor do lábio, cavidade oral e faringe, relativamente aos valores registados para a ARS Norte.
- A população residente, do sexo masculino, com idade inferior a 75 anos, apresenta mortalidade aumentada, sem significância estatística, para as seguintes causas de morte: tumor maligno do pâncreas; tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão; tumor maligno dos ossos, pele e mama; tumor maligno do tecido linfático e órgãos hematopoéticos; diabetes *mellitus*; e pneumonia, relativamente aos valores registados para a ARS Norte.
- A proporção de utentes inscritos, em todas as idades, do sexo masculino, com diagnósticos de alteração do metabolismo dos lípidos, abuso do tabaco, perturbações depressivas, obesidade, excesso de peso, asma, osteoporose, DPOC, doença cardíaca isquémica com angina, enfarte agudo do miocárdio, demência, e abuso de drogas, é superior, com significância estatística, relativamente aos valores registados para a ARS Norte.
- A população residente, do sexo feminino, com idade inferior a 75 anos apresenta mortalidade aumentada, com significância estatística, para as seguintes causas de morte: infecção por VIH/SIDA e tumor da mama feminina, relativamente aos valores registados para a ARS Norte.
- A população residente, do sexo feminino, com idade inferior a 75 anos apresenta mortalidade aumentada, sem significância estatística, para as seguintes causas de morte: tumor maligno do pâncreas, tumor maligno do colo do útero, tumor maligno do tecido linfático e órgãos hematopoéticos, diabetes *mellitus*, doenças cerebrovasculares e lesões autoinfligidas intencionalmente (suicídios) relativamente aos valores registados para a ARS Norte.

- A proporção de utentes inscritos, em todas as idades, do sexo feminino, com diagnóstico de alteração do metabolismo dos lípidos, abuso do tabaco, perturbações depressivas, obesidade, excesso de peso, diabetes, asma, osteoporose, acidente vascular, doença cardíaca isquémica com angina, enfarte agudo do miocárdio, demência, abuso de drogas, neoplasia do reto e neoplasia da mama feminina, é superior, com significância estatística, relativamente aos valores registados para a ARS Norte.

CAPÍTULO 7

“The best six doctors anywhere
And no one can deny it
Are sunshine, water, rest, and air
Exercise and diet.
These six will gladly you attend
If only you are willing
Your mind they'll ease
Your will they'll mend
And charge you not a shilling.”

“Os melhores seis doutores em qualquer lugar
E ninguém o pode negar
São sol, água, sossego e ar
Dieta e exercitar.
Estes seis de bom grado irás visitar
Se por acaso te agradar
A tua mente eles vão aliviar
A tua vontade reparar
E nem um cêntimo vão cobrar. “

Letra de canção infantil de embalar citada por
Wayne Fields em “What the River Knows”, 1990.
Traduzida e adaptada



IDENTIFICAR E PRIORIZAR

7. IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE E DOS SEUS DETERMINANTES NA POPULAÇÃO DO ACES GAIA

7.1. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

Na morbidade nos CSP, medida pela proporção de inscritos com qualquer diagnóstico ativo baseado na ICPC-2, destacam-se a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos, as perturbações depressivas (com valores acima dos da região Norte), a obesidade e a diabetes.

A obesidade é a segunda causa de morte passível de prevenção à escala mundial e a sua prevalência é tão elevada, que a OMS a considera a epidemia do século XXI. Como já foi referido anteriormente, a proporção de utentes inscritos no ACES Gaia, de ambos os sexos e de todas as idades, com diagnóstico de obesidade, é de 8,0 %, valor superior aos dados registados para o Continente e para a ARS Norte, respetivamente de 5,1 % e de 6,0 %. Comparando com os dados da DGS, para o mesmo ano, os números não são muito diferentes nos utentes inscritos nos CSP da região Norte: proporção de 7,4 % com diagnóstico de obesidade.

A proporção de utentes inscritos no ACES Gaia, de ambos os sexos, com 20 ou mais anos, com diagnóstico de pré-obesidade e obesidade é de, respetivamente, 8,7 % e 9,1%. De acordo com o INS, 52,8 % da população portuguesa, com 18 ou mais anos, apresenta um IMC compatível com excesso de peso e obesidade, afetando particularmente o sexo feminino e a faixa etária dos 45–74 anos, o que permite colocar a hipótese de que a tendência é semelhante no que diz respeito ao sexo e à faixa etária, mas os números disponibilizados pelo SIARS parecem subestimar a sobrecarga ponderal nos utentes inscritos no ACES Gaia.

Relativamente ao excesso de peso infantil, estima-se que cerca de 200 milhões de crianças em idade escolar, em todo o mundo, apresentem excesso de peso e, de acordo com os dados de 2013 do COSI, Portugal é um dos países da Europa com maior prevalência de pré-obesidade e obesidade infantil, na faixa etária dos 6–9 anos, com valores de excesso de peso infantil de 31,6 %, correspondente ao somatório de 17,7 % de pré-obesidade e 13,9 % de obesidade. Em Vila Nova de Gaia os resultados do CCC, realizado no ano letivo 2015/2016, numa amostra de 177 crianças pertencentes ao Agrupamento de Escolas de Santa Marinha, com idades médias correspondentes a $8,9 \pm 0,5$ anos, apontam para valores de prevalência superiores, num total de 38,4 % de crianças com excesso de peso, 18,6 % pré-obesas e 19,8 % obesas, de acordo com as curvas da OMS. Segundo os dados do SIARS, ao nível do ACES Gaia, a proporção de utentes, na faixa etária dos 0 aos 9 anos, com diagnóstico de excesso de peso é de 0,91 % e com obesidade é de 1,39 %, aumentando para 3,12 % e 3,80 %, respetivamente, entre os 10 e os 19 anos, sendo estes valores claramente inferiores aos registados, quer pelo CCC, quer pelo COSI.

Em relação a comorbilidades, é inegável a relação entre o excesso de peso e a prevalência de DCNT, das quais se destacam as seguintes: DM2, HTA e alterações do metabolismo dos lípidos.

Na população residente na área de influência do ACES Gaia, a proporção de indivíduos com diagnóstico de DM2, padronizada pela idade, é de 7,57 %, valor superior com significância estatística, ao encontrado na ARS do Norte que se situou em 7,43 %, no ano 2014.

Nos utentes inscritos no ACES Gaia, com idade entre os 20 e os 79 anos, a prevalência de DM2 diagnosticada é de 7,8 %, valor muito semelhante aos dados registados para o Continente e para a ARS Norte, respetivamente de 7,4 % e de 7,1 %. Já os dados do INE, relativos à população residente em Portugal, com 15 ou mais anos de idade, no mesmo ano, apontam para uma proporção de 9,3 % de diabéticos. Ainda, de acordo com a Sociedade Portuguesa da Diabetologia, em 2013 foram registados, nos CSP, 806 novos casos por 100 000 utentes. Em 2015, o ACES Gaia registou uma proporção de novos casos de 8,2 %, tendo sido registado no Continente uma

proporção de 5,2 %, no ano de 2014. O risco de DM2 associado ao IMC superior a 30 kg/m² é de 3,24 (IC 95 % 3,10–3,40).

De igual forma, a proporção de utentes inscritos no ACES Gaia com diagnóstico de HTA apresenta valores muito semelhantes aos do Continente e aos da região Norte. Assim, este valor é de 19,0 % no ACES Gaia, afetando maioritariamente os indivíduos com 80 ou mais anos, de 19,6 % no Continente e de 19,7 % na ARS Norte. Dados do estudo *Portuguese Hypertension and salt study* (PHYSA), realizado entre novembro de 2011 e dezembro de 2012, confirmam a tendência de uma prevalência mais elevada na população mais velha, com valores de 79,1 % nas mulheres e 74,7 % nos homens, com mais de 70 anos.

Quanto às alterações do metabolismo dos lípidos, o SIARS disponibiliza dados relativos a: hiperlipemia, níveis anormais de lipoproteínas, níveis elevados de colesterol e triglicéridos ou xantoma. A proporção total de utentes inscritos no ACES Gaia, de ambos os sexos, com alteração do metabolismo dos lípidos, é de 17,4 %, verificando-se uma maior expressão a partir dos 20 anos de idade, correspondente a 23,1 %. Tal como no caso da DM e da HTA, os valores registados no Continente e na ARS Norte, não são muito diferentes — respetivamente 16,6 % e 17,9 %. Em Portugal, um estudo de caracterização do perfil lipídico, realizado em cerca de 16.000 utentes dos CSP (VALSIM, 2013), sugere uma prevalência muito mais elevada na população adulta, com valores de 47 % para hipercolesterolemia (considerando colesterol total ≥ 200 mg/dl), de 38 % para níveis aumentados de colesterol LDL (≥ 130 mg/dl) e de 13 % para aumento dos triglicéridos e diminuição do colesterol HDL (considerando valores ≥ 200 mg/dl e < 40 mg/dl, respetivamente). A partir dos 40 anos de idade, 54,1 % desta população preenche os critérios de elegibilidade para terapia farmacológica, com maior expressão nos homens e agravando com a idade, sendo os referidos critérios calculados através do risco cardiovascular total (por sua vez aferido pela SCORE baseada nos valores do colesterol total, pressão arterial sistólica, consumo de tabaco, idade e sexo).

Tal como no caso da obesidade infantil e do adulto, os números disponibilizados pelo SIARS parecem subestimar a DM2, a HTA e as alterações do metabolismo dos lípidos, nos utentes inscritos no ACES Gaia. No entanto, as incidências e prevalências obtidas pelo SIARS dizem respeito apenas aos utentes inscritos sendo, portanto, proporções (percentagens, permilagens, proporções em utentes inscritos) e não taxas de incidência ou prevalência de base populacional.

A esta limitação acresce o facto da Codificação com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) no SAM/S-Clínico se ter desenvolvido progressivamente e ainda não refletir um valor dos indicadores aproximado do real, mesmo para os utentes inscritos. Assim, tal como acontece com outras patologias, os números disponibilizados pelo SIARS parecem subestimar o excesso de peso infantil nos utentes inscritos no ACES Gaia, pois são claramente inferiores aos registados, quer pelo CCC, quer pelo COSI.

É, pois, provável que as estimativas apresentadas sejam um misto de realidade epidemiológica e reflexo do estado atual do sistema de informação, o que reforça a necessidade sentida de melhoria das ferramentas / registos disponíveis.

Em todo o caso, de acordo com o SIARS, pode concluir-se que, no ACES Gaia, a proporção de utentes inscritos, em todas as idades e ambos os sexos, com diagnóstico de obesidade, diabetes, hipertensão arterial e alterações do metabolismo dos lípidos é igual ou superior aos valores registados para o Continente e região Norte.

7.2. IDENTIFICAÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE

O termo «determinantes da saúde» refere-se aos fatores que foram considerados de maior influência na saúde. A saúde é o resultado de um conjunto de determinantes relacionados não apenas com o indivíduo — fatores genéticos e biológicos —, mas também com o seu estilo de vida e com a estrutura da sociedade. O termo «determinantes da saúde» refere-se, assim, aos fatores com maior influência na saúde, estando mais

relacionado com o contexto estrutural do que propriamente com o individual, genético ou biológico, até porque as políticas públicas de saúde influenciam e/ou guiam o comportamento individual e os estilos de vida.

Desta forma, conceptualização da saúde através dos seus determinantes é extremamente importante, porque estes podem ser rapidamente influenciados pelas políticas e intervenções nas várias áreas e locais onde as pessoas vivem e trabalham.

Os mesmos determinantes normalmente influenciam um conjunto de problemas de saúde, enquanto os problemas de saúde individuais são, tipicamente, um produto de vários determinantes. Isto significa que políticas, intervenções e ações fora do setor da saúde podem atingir mais fácil e diretamente os determinantes da saúde.

Nesta perspetiva, a caracterização do estado de saúde da população pode ser avaliada mais corretamente através dos determinantes da saúde, do que através de uma abordagem fundamentada em indicadores mais tradicionais — morbidade e mortalidade.

Conforme já referido, o ACES Gaia não dispõe de estudos que qualifiquem os determinantes de saúde envolvidos no controlo das doenças que caracterizam o nível de saúde da sua população, pelo que terá de assumir o conhecimento e os valores nacionais publicados.

As DCNT, principalmente as cardiovasculares, a diabetes, o cancro e as doenças respiratórias são responsáveis por um elevado número de mortes, sendo algumas passíveis de prevenção.

Assim, relativamente aos principais problemas de saúde na população do ACES Gaia (sobrecarga ponderal e DCNT), identificaram-se os respetivos determinantes de saúde que, por sua vez, se dividiram em fatores protetores e de risco, conforme ilustrado no Quadro 2.

Quadro 2. Determinantes de saúde dos principais problemas de saúde na população do ACES Gaia.

Fatores	Protetores	De risco
Alimentação	Alimentação saudável	Alimentação desequilibrada
Exercício físico	Prática regular	Sedentarismo
Nível de educação em saúde	Literacia em saúde e competências para o autocuidado	Baixa literacia em saúde

7.3. PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Os critérios de priorização das necessidades de saúde no ACES Gaia foram descritos no capítulo 2. O Quadro 3 apresenta o resultado desse processo, identificando o resultado de cada problema de saúde em cada critério e a prioridade final atribuída.

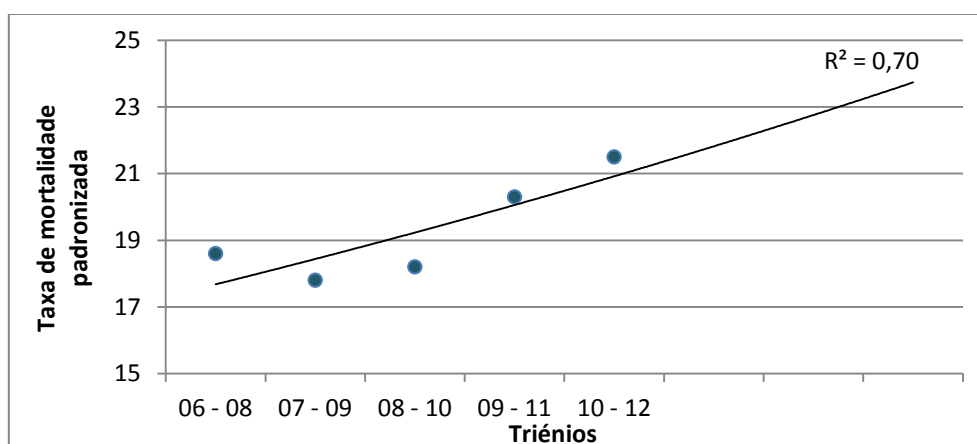
Quadro 3. Priorização das necessidades de saúde no ACES Gaia.

Problema de saúde	Significância estatística	Magnitude	Idade Prematura	Sensível a promoção de saúde	Sensível a cuidados de saúde	DALY	Pontuação	Prioridade
Infecção por VIH / SIDA	Sim	7,1	Sim	Sim	Sim	Sim	9	6º
Diabetes	Não	9,4	Sim	Sim	Sim	Sim	11	5º
Doenças cerebrovasculares	Não	20,0	Sim	Sim	Sim	Sim	13	2º
Pneumonia	Não	8,0 (H)	Sim	Sim	Sim	Não	8	7º
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	Sim	11,6 (H)	Sim	Sim	Sim	Não	11	4º
Tumor do Pâncreas	Não	5,3	Sim	Sim	Não	Não	4	9º
Tumor do tecido linfático e órgão hematopoéticos	Não	7,6	Sim	Não	Sim	Não	7	8º
Tumor maligno do colo do útero	Não	2,5	Sim	Sim	Sim	Não	4	10º
Tumor Maligno da Mama feminina	Sim	16,5	Sim	Sim	Sim	Sim	13	3º
Tumor maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	Não	21,5	Sim	Sim	Não	Sim	13	1º

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

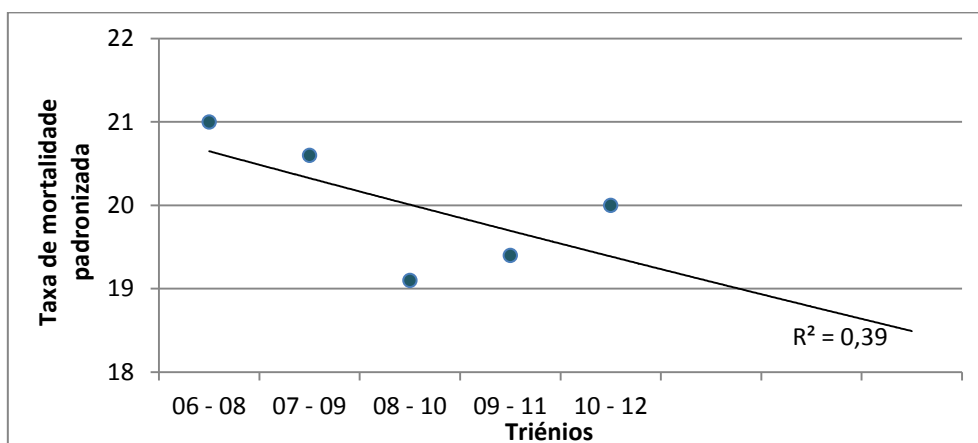
7.4. PROJEÇÃO DA EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CAUSAS PRIORITÁRIAS ATÉ 2020

Figura 70. Mortalidade por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquio e Pulmão, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.



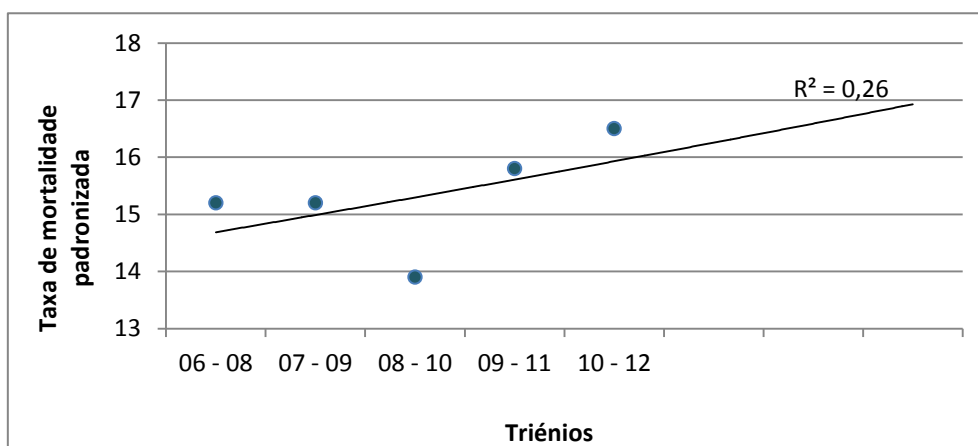
Fonte: Cálculo próprio, a partir de dados da ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfis Locais de Saúde dos ACES Gaia e Espinho/Gaia — 2009, 2012 e 2015.

Figura 71. Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.



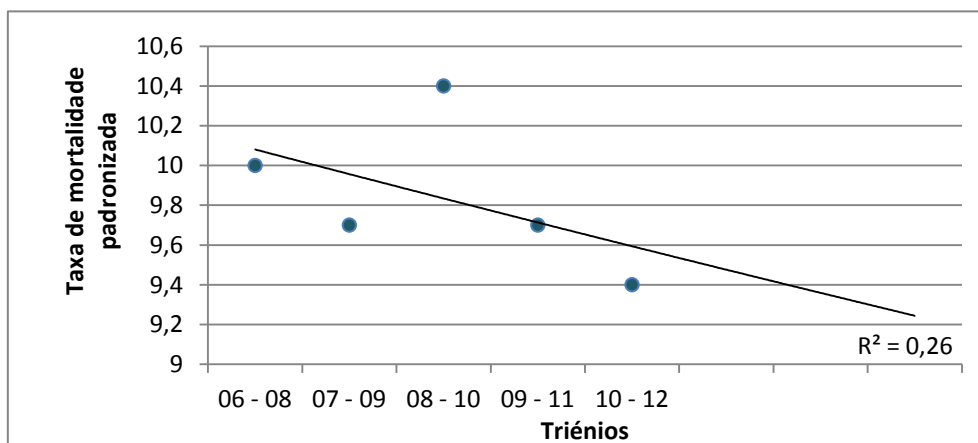
Fonte: Cálculo próprio, a partir de dados da ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfis Locais de Saúde dos ACES Gaia e Espinho/Gaia — 2009, 2012 e 2015.

Figura 72. Mortalidade por Tumor da Mama Feminina, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.



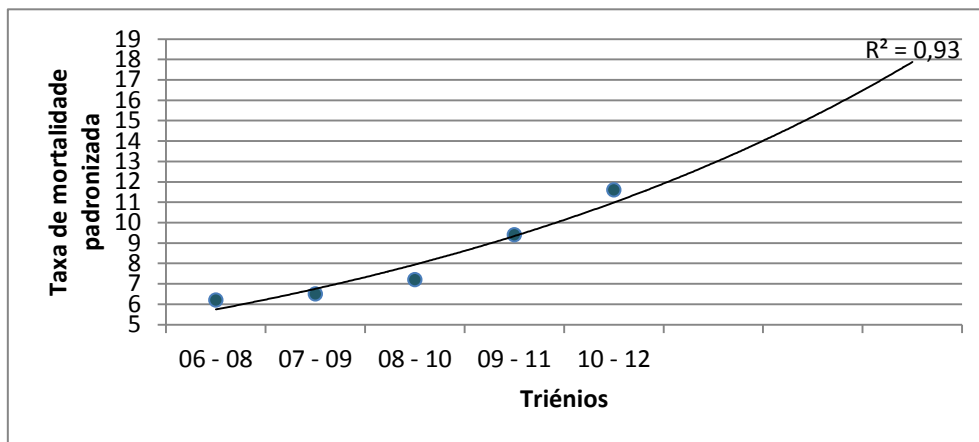
Fonte: Cálculo próprio, a partir de dados da ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfis Locais de Saúde dos ACES Gaia e Espinho/Gaia — 2009, 2012 e 2015.

Figura 73. Mortalidade por Diabetes Mellitus, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.



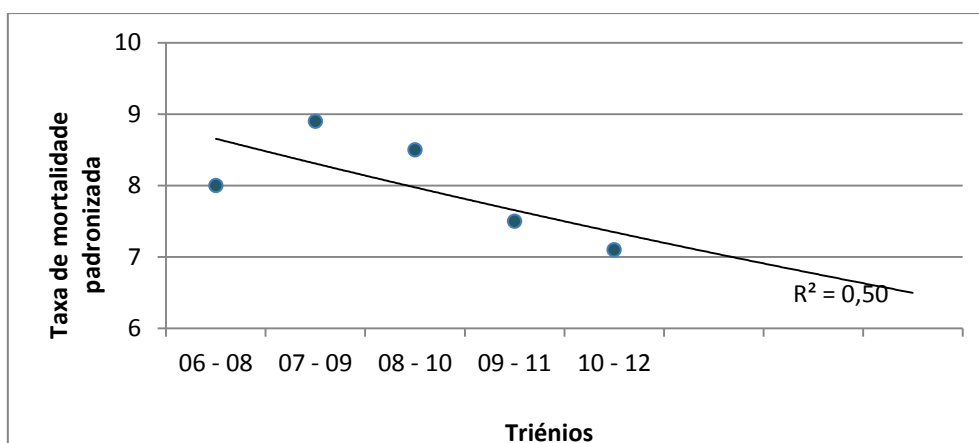
Fonte: Cálculo próprio, a partir de dados da ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfis Locais de Saúde dos ACES Gaia e Espinho/Gaia — 2009, 2012 e 2015.

Figura 74. Mortalidade por Tumor Maligno do lábio, cavidade oral e faringe, <75 anos, Homens. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.



Fonte: Cálculo próprio, a partir de dados da ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfis Locais de Saúde dos ACES Gaia e Espinho/Gaia — 2009, 2012 e 2015.

Figura 75. Mortalidade por infecção por VIH/SIDA, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia.



Fonte: Cálculo próprio, a partir de dados da ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfis Locais de Saúde dos ACES Gaia e Espinho/Gaia — 2009, 2012 e 2015.

CAPÍTULO 8



Não se pode mudar o vento, mas podem ajustar-se as velas do barco para chegar onde se quer.

Confúcio



ONDE QUEREMOS CHEGAR

8. OBJETIVOS E METAS — INDICADORES DE SAÚDE

As metas definidas para alguns indicadores de saúde contemplam objetivos para homens e mulheres, quando identificada e reconhecida a existência de diferenças entre sexos e por idade. São considerados os valores de taxas de mortalidade e mortalidade por doença específica e é utilizado um modelo previsional de regressão, tendo como padrão os valores a atingir em 2020 para a ARS Norte (Anexo 2).

Quadro 4. Metas para 2020 para o ACES Gaia, expressas em Taxa de Mortalidade Padronizada

PRIORIDADES DE SAÚDE		
INDICADOR	DE (2015)	PARA (2020)
	(Taxa de Mortalidade Padronizada; óbitos/100.000 habitantes)	(Taxa de Mortalidade Padronizada; óbitos/100.000 habitantes)
1 — Taxa de Mortalidade por Tumor maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	21,5	[19,9; 20,1]
2 — Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares	20,0	[15; 16]
3 — Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama Feminina	16,5	[13; 14]
4 — Taxa de Mortalidade por Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe, no sexo masculino	11,6	[9; 9,5]
5 — Taxa de Mortalidade por Diabetes	9,4	[7,5; 8,0]
6 — Taxa de Mortalidade por infecção por VIH/SIDA	7,1	[2; 3]

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia e projeção da Unidade de Saúde Pública.

CAPÍTULO 9



A essência da estratégia é escolher o que não fazer.

Michael Porter



QUE CAMINHO SEGUIREMOS?

9. ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE

É atualmente consensual que a promoção da saúde /prevenção da doença assumem um papel preponderante na diminuição da incidência de DCNT, contribuindo para a diminuição da taxa de mortalidade prematura por algumas dessas doenças.

Para tal, considera-se necessário que, por um lado, a comunidade se proteja de fatores de risco e promova os fatores protetores e, por outro lado, que os serviços de prestação de cuidados de saúde primários tenham, na sua programação, atividades e medidas concretas no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária, dirigidas aos problemas prioritários.

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

9.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Desenvolvimento do sistema de informação e comunicação: acesso *online* a todos os sistemas de informação, que permita a vigilância epidemiológica, monitorização do estado de saúde da população e a avaliação do impacto em saúde do funcionamento dos serviços de saúde;
- *Big Data* em cuidados de saúde primários: conceção e desenvolvimento da base de dados dos cuidados de saúde primários — diferentes fontes: processo clínico eletrónico, conferência de faturas, bases de dados externas, etc.

A atuação dirigida ao excesso de peso infantil tem como pilar a vigilância epidemiológica, mantida regionalmente através do COSI e, localmente, através dos registos internos do ACES, seja a nível populacional (através de projetos de vigilância alimentar e nutricional; de pesquisas e/ou inquéritos populacionais sobre a prevalência de excesso de peso e fatores associados; ou de outros projetos e programas de âmbito comunitário), seja ao nível do processo clínico dos utentes em idade pediátrica (melhorando o diagnóstico e a deteção precoce do excesso de peso infantil, através do aperfeiçoamento dos programas / *software* S-Clínico e dos mecanismos de referenciação à Consulta de Nutrição).

9.2. PRINCIPAIS NECESSIDADES E ÁREAS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIAS NO ACES GAIA

As prioridades de intervenção são definidas a partir das principais necessidades face aos problemas encontrados e seus determinantes, previamente divididos em fatores protetores e de risco.

Assim, em relação aos problemas encontrados no ACES Gaia, as principais necessidades são:

- Diminuir a prevalência de excesso de peso na população residente, em todo o ciclo de vida;
- Diminuir as taxas de incidência de DCNT, nomeadamente de DM2, HTA e dislipidemias;
- Diminuir a taxa de prevalência de Abuso Crónico do Álcool;
- Diminuir a taxa de prevalência de Consumo Diário de Tabaco;
- Diminuir a taxa de incidência de infeção por VIH.

Quanto aos seus determinantes:

- Aumentar a percentagem de indivíduos com hábitos alimentares saudáveis, nomeadamente aumentar a taxa de consumo de frutos e vegetais;

- Aumentar a percentagem de indivíduos com hábitos regulares de exercício físico;
- Aumentar a percentagem de indivíduos com capacidade para obter, processar e compreender informação sobre a saúde, de forma a maximizar as competências ao nível do autocuidado, conforme descrito no Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado.

As áreas de intervenção prioritárias resultam da análise dos fatores protetores e de risco identificados e do seu cruzamento com as dinâmicas comunitárias existentes, conforme já descrito. Assim, ao nível do ACES Gaia, o principal objetivo é diminuir a proporção de utentes inscritos com o diagnóstico de excesso de peso e obesidade e, com vista a alcançá-lo, devem ser delineadas as seguintes estratégias:

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

Reconhecendo-se a diminuição da prevalência de excesso de peso na população infantil residente como uma das necessidades prioritárias do ACES e sabendo-se que os seus principais determinantes são os hábitos alimentares e a atividade física, devem ser delineadas estratégias que resultem da sua análise, alinhando-as com a realidade e as dinâmicas comunitárias existentes.

As estratégias locais de combate ao excesso de peso infantil são, pois:

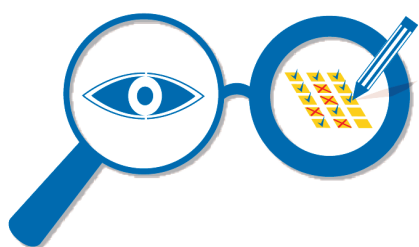
- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis:
 - Alimentação saudável;
 - Prática regular de exercício físico.
- Desenvolver programas estruturados de alteração dos comportamentos, abrangendo:
 - Cuidados individuais/familiares, priorizando o acesso à consulta de Nutrição; ○ Intervenções de grupo.
- Facilitar a celebração de parcerias, que permitam melhorar os recursos comunitários no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente:
 - Oferta / disponibilidade alimentar;
 - Disponibilização de espaços e condições para a prática de exercício físico.
- Aumentar a capacidade de intervenção dos profissionais de saúde na área da alimentação saudável através de ações de formação.

CAPÍTULO 10



“Tudo o que pode ser contado não tem necessariamente que contar. Tudo o que conta não tem que necessariamente ser contado.

Albert Einstein



MONITORIZAR E AVALIAR

10. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A monitorização deve ser realizada a meio do horizonte temporal do plano e a avaliação no seu termo, centrando-se na recolha e verificação de resultados nos diferentes indicadores previamente definidos.

Indicadores de Saúde são instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde, bem como dos fatores que a determinam. Consideram-se quatro grandes grupos de indicadores de saúde: estado da saúde e determinantes de saúde, desempenho do sistema de saúde e contexto. Neste documento consideram-se, como indicadores de avaliação, apenas os indicadores de estado de saúde e de determinantes de saúde.

Os indicadores do estado de saúde permitem analisar o quão saudável é a população através de dimensões como: mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar, enquanto os indicadores dos determinantes de saúde possibilitam o conhecimento dos fatores que influenciam o estado de saúde e a utilização dos cuidados de saúde: comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais.

Os indicadores do Plano Local de Saúde 2015–2020 são os selecionados, de entre os indicadores de saúde, para as áreas que o Plano propõe para intervenção e para as quais se prevêem ganhos em saúde.

10.1. INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO DO PLS

- Prevalência de excesso de peso.
- Taxa de incidência de diabetes;
- Taxa de incidência de HTA;
- Taxa de incidência de dislipidemias;
- Percentagem de indivíduos com prática regular de exercício físico;
- Percentagem de indivíduos que ingerem 5 ou mais porções diárias de hortofrutícolas;
- Percentagem de indivíduos com literacia em saúde e competências para o autocuidado;
- Percentagem de atividades/iniciativas de promoção da saúde, em cada área de intervenção, efetivamente executadas.
- Percentagem de indivíduos com consumo diário de tabaco.
- Percentagem de indivíduos com abuso crónico do álcool.
- Taxa de incidência do HIV.

Quanto ao excesso de peso infantil, os indicadores de monitorização são:

- Percentagem de crianças que ingerem 5 ou mais porções diárias de hortofrutícolas;
- Percentagem de parcerias, atividades e iniciativas promotoras de espaços comunitários salutogénicos;
- Percentagem de espaços comunitários com condições para a prática de exercício físico;
- Percentagem de profissionais com literacia em hábitos alimentares promotores de saúde.

10.2. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PLS

- Taxa de mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão;
- Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares;
- Taxa de mortalidade por tumor maligno da mama feminina;
- Taxa de mortalidade por diabetes;

- Taxa de mortalidade por tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe;
- Taxa de mortalidade por infecção por VIH/SIDA;
- Anos potenciais de vida perdidos, geral e por causa específica.

Quanto ao excesso de peso infantil, os indicadores de avaliação são:

- Prevalência de excesso de peso infantil;
- Percentagem de crianças com prática regular de exercício físico;
- Percentagem de espaços comunitários com oferta alimentar saudável.



CAPÍTULO 11

Podemos analizar o passado, mas temos que construir o futuro .

Edward de Bono



O QUE DIZEMOS?

11. ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO

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

Para tal, é necessário desenvolver um plano e uma estratégia de comunicação eficazes, definindo, para cada destinatário, as principais vias de comunicação e as mensagens-chave, capazes de despertar a assunção de um compromisso, quer das equipas internas do ACES, quer dos parceiros externos.

11.1. COMUNICAÇÃO INTERNA

Todos os profissionais, de todas as unidades funcionais do ACES devem ter conhecimento das linhas estratégicas do PLS e das diferentes formas de participação e aplicação, integrando a dinâmica do PLS e implementando os seus objetivos, no âmbito da sua prática profissional:

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

11.2. COMUNICAÇÃO EXTERNA

As instituições da comunidade — Câmara Municipal, associações empresariais, instituições de solidariedade social, etc. — devem definir as respetivas formas de intervenção, através do compromisso e/ou criação de parcerias formais, para a execução do PLS e preparação conjunta de respostas a riscos para a saúde.

- Apostar no presidente do Conselho da Comunidade como elemento catalisador dos parceiros externos, uma vez que este é o representante da autarquia, com acesso à rede social da área geográfica;
- Divulgar o PLS de modo a motivar as instituições e os serviços para a execução das estratégias definidas como prioritárias e definir mensagens chave, por área de intervenção, que possam ser usadas pelos parceiros durante o processo de implementação;
- Criar a sintonia entre o PLS e diferentes atividades de instituições parceiras, no sentido de desenhar estratégias globais para a integração de programas, a compatibilização de objetivos e a harmonização de populações-alvo, nas diferentes áreas de intervenção do PLS;
- Envolver a comunidade na sua diversidade (instituições e cidadãos) na co-produção de saúde, através do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado.

BIBLIOGRAFIA

- Águas e Parque Biológico de Gaia, EEM. <http://www.aguasgaia.pt/> (consultado em outubro de 2015).
- Alzheimer Portugal — Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. <http://alzheimerportugal.org/public/gfx/logo.png> (consultado em setembro de 2015).
- Cortez-Dias, N., Robalo, Martins, S., Belo, A., Fiúza, M., em nome dos investigadores do Estudo VALSIM. (2013) Caracterização do perfil lipídico nos utentes dos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 32:987-996
- Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de agosto. *Diário da República n.º 164, I Série, de 2007/08/27*. Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional. Lisboa. <http://dre.pt/> (consultado em outubro de 2015).
- DGS, Direção-Geral da Saúde (2015) A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Lisboa.
- DGS, Direção-Geral da Saúde (2016) Portugal — Alimentação Saudável em Números — 2015.
- Diagnóstico de Situação de Saúde do ACES Gaia 2015.
- DSP, Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P. (2015). *Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho Gaia*. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/70CB6ED0337C63E7E040140A11027471> (consultado em setembro de 2015).
- ERSAR, Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos. <http://www.ersar.pt/> (consultado em outubro de 2015).
- GAIURB — Urbanismo e Habitação, EM. http://www.gaiurb.pt/empresa_00.htm (consultado em setembro de 2015).
- IEFP, Instituto do Emprego e Formação Profissional. Concelhos: Estatísticas Mensais, 2014. <http://www.iefp.pt/estatisticas/MercadoEmprego/ConcelhosEstatisticasMensais/Paginas/Home.aspx> (consultado em outubro de 2015).
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011 — Resultados Definitivos — Portugal. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2 (consultado em setembro de 2015).
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 — Resultados Definitivos — Região Norte*. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=156638623&PUBLICACOESmodo=2 (consultado em setembro de 2015).
- INE, Instituto Nacional de Estatística — Inquérito Nacional de Saúde 2014. Disponível em <https://www.ine.pt>
- INE, Instituto Nacional de Estatística. Portal de Estatísticas Oficiais. Dados Estatísticos. Base de Dados. <http://www.ine.pt> (consultado no período de outubro de 2015).
- Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro. *Diário da República n.º 19, 1.º suplemento, Série I, de 2013-01-28*. Assembleia da República. Lisboa. <http://dre.pt> (consultado em setembro de 2015).
- Machado, Vasco (2014). *mort@idades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013*. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. — Departamento de Saúde Pública, Observatório Regional de Saúde. Porto. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>

saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3

%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/mort%40lidades (consultado em setembro de 2015).

Machado, Vasco; Teixeira, Lara & Mendonça Felício, Manuela (2012). *Kit de ferramentas para as Desigualdades em Saúde na região Norte*. Administração Regional da Saúde do Norte, I.P. — Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P. Porto., Observatório Regional de Saúde. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Saúde%20Pública/Planeamento%20em%20Saúde/Desigualdades%20em%20Saúde> (consultado em setembro de 2015).

Plano Local de Saúde do ACES Gaia 2011-2016.

Planos Locais de Saúde do Norte 2011–2016: Avaliação Intercalar 2014/2015.

Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt> (consultado em setembro de 2015).

Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado, 2016.

Reforma do Serviço Nacional de Saúde, Coordenação Nacional para os Cuidados de Saúde Primários — Plano Estratégico e Operacional 2016.

Rito, A., Graça, P. (2015) *Childhood Obesity Surveillance Initiative* — COSI Portugal 2013. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

SIARS — Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde.

Sociedade Portuguesa da Diabetologia (2014) Diabetes: Factos e Números 2014

WHO (2014) European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Regional Committee for Europe — 64th session

ANEXO 1

Informação adicional

Quadro 1. Distribuição da população residente por sexo e grupo etário (n.º e %) no ACES Gaia e suas freguesias, 2011.

Grupo etário (anos)	Sexo	ACES Gaia		Avintes		Canidelo		Mafamude		Oliveira do Douro		Santa Marinha		São Pedro da Afurada		Vilar de Andorinho	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
0–14	H	11513	16,0	892	15,9	2334	17,5	2587	14,6	1649	15,5	2165	15,4	259	14,9	1627	18,4
	M	10898	13,6	836	14,2	2171	15,1	2445	11,7	1690	14,4	1983	12,3	237	12,9	1536	16,5
15–24	H	8358	11,6	678	12,1	1396	10,4	2009	11,3	1270	11,9	1579	11,2	194	11,2	1232	14,0
	M	8331	10,4	647	11,0	1459	10,1	2081	10,0	1216	10,4	1584	9,8	191	10,4	1153	12,4
25–64	H	41994	58,4	3241	57,8	8056	60,3	10183	57,4	6169	57,9	8172	58,1	1110	63,9	5063	57,4
	M	46849	58,5	3347	56,8	8787	61,0	11973	57,5	6752	57,6	9375	58,3	1130	61,7	5485	58,8
≥65	H	10096	14,0	792	14,1	1576	11,8	2955	16,7	1563	14,7	2138	15,2	174	10,0	898	10,2
	M	14023	17,5	1064	18,1	1990	13,8	4311	20,7	2074	17,7	3150	19,6	273	14,9	1161	12,4
Total	H	71961	47,3	5603	3,7	13362	8,8	17734	11,7	10651	7,0	14054	9,2	1737	1,1	8820	5,8
	M	80101	52,7	5894	3,9	14407	9,5	20810	13,7	11732	7,7	16092	10,6	1831	1,2	9335	6,1

Fonte: Portal do INE, Censos 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 20 de novembro de 2012).

Quadro 2. Evolução da esperança de vida à nascença (anos) por sexo, nos ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, triénios 2004-2006 a 2008-2010.

Zona Geográfica	Sexo	Triénio				
		2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010
Continente	HM	78,6	78,9	79,3	79,5	79,7
	H	75,3	75,6	76,1	76,4	76,7
	M	81,8	82,0	82,4	82,5	82,7
Norte	HM	78,7	79,0	79,5	79,8	80,1
	H	75,5	75,8	76,3	76,7	77,0
	M	81,9	82,1	82,6	82,7	83,0
ACES Gaia e Espinho/Gaia	HM	79,3	79,9	80,3	80,5	80,8
	H	76,3	76,7	77,2	77,7	78,1
	M	82,2	82,9	83,3	83,1	83,4

Nota: Os valores da esperança de vida no Kit de ferramentas para as Desigualdades em Saúde foram calculados com base em tábuas de mortalidade abreviadas, com intervalos de idade de 5 anos (exceto para os 0 anos e para o grupo etário 1 a 4 anos) e o fecho da tábua ocorre no grupo etário aberto 85 e mais anos. O INE utiliza tábuas completas de mortalidade, por idade, ano a ano, até aos 100 anos, para homens, mulheres e ambos os sexos, a partir das quais obtém os valores oficiais da esperança média de vida, calculada através da nova metodologia adotada a partir de 2007.

Fonte: Machado, Teixeira & Mendonça Felício, 2012 — Kit de ferramentas para as Desigualdades em Saúde na região Norte.

Quadro 3. Famílias residentes (n.º) no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e em Portugal, 2001 e 2011.

Zona Geográfica	Famílias Clássicas		Famílias Institucionais		Famílias Residentes	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Portugal	3 650 757	4 043 726	3876	4832	3 654 633	4 048 559
Norte	1 210 631	1 330 892	959	1235	1 211 590	1 332 127
Grande Porto	436 346	489471	353	435	436 699	489 906
Vila Nova de Gaia	99 096	114263	46	65	99 142	114 328
ACES Gaia	52 560	59 832	22	26	52 582	59 858

Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Séries Históricas (última atualização destes dados: 31 de maio de 2007 e 20 de novembro de 2012) (Adaptado).

Quadro 4. População e famílias residentes (n.º) no ACES Gaia e suas freguesias, 2001 e 2011.

Zona Geográfica	População Residente		Famílias Residentes	
	2001	2011	2001	2011
Avintes	11523	11497	3809	4120
Canidelo	23737	27769	8294	10772
Mafamude	38940	38544	14514	15928
Oliveira do Douro	23384	22383	7937	8510
Santa Marinha	30758	30146	11343	12531
São Pedro da Afurada	3442	3568	1268	1537
Vilar de Andorinho	16710	18155	5417	6460
ACES Gaia	148494	152062	52582	59858

Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Séries Históricas (última atualização destes dados: 20 de novembro de 2012).

Quadro 5. Distribuição da população empregada (%) no ACES Gaia e suas freguesias, por sector de atividade económica, 2001-2011.

Zona Geográfica	Sector primário		Sector secundário		Sector terciário	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Avintes	0,4	0,4	54,3	35,0	45,3	64,6
Canidelo	1,2	0,8	30,4	19,9	68,4	79,3
Mafamude	0,3	0,2	23,3	15,5	76,4	84,3
Oliveira do Douro	0,4	0,2	36,4	22,8	63,2	77,0
Santa Marinha	0,3	0,2	25,0	16,9	74,6	83,0
São Pedro da Afurada	4,9	3,8	26,7	18,4	68,4	77,8
Vilar do Andorinho	0,5	0,2	36,3	24,3	63,2	75,5
ACES Gaia	0,6	0,4	30,8	20,1	68,6	79,5

Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Recenseamento da População e Habitação (última atualização destes dados: 31 de maio de 2007 e 20 de novembro de 2012).

Quadro 6. Alojamentos e edifícios (n.º) no ACES Gaia, no município de Vila Nova de Gaia, no Grande Porto, na região Norte e em Portugal, 2001 e 2011.

Zona Geográfica	Alojamentos		Edifícios	
	2001	2011	2001	2011
Portugal	5054922	5878756	3160043	3544389
Norte	1613781	1850890	1100329	1209911
Grande Porto	541110	624550	264744	273491
Vila Nova de Gaia	123647	142364	63742	65088
ACES Gaia	65470	74970	26486	25659

Fonte: Portal do INE, Censos 2001 e 2011 — Séries Históricas (última atualização destes dados: 30 de junho de 2011) (Adaptado)

Quadro 7. Respostas sociais dirigidas à Terceira Idade (n.º) no ACES Gaia e suas freguesias, 2015.

Respostas Sociais	Avintes	Oliveira do Douro	Mafamude	Vilar do Andorinho	Canidelo	Afurada	Sta. Marinha	ACES Gaia
Centro de Convívio	2	0	3	0	1	0	3	9
Centro de Dia	2	3	4	1	0	0	9	18
Lar de Idosos	1	2	5	0	0	0	7	17
Apoio Domiciliário	1	1	6	1	0	0	6	15
Total	6	6	18	2	1	0	25	58

Fonte: USP do ACES Gaia.

Quadro 8. Evolução do número de óbitos no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 1996-2013.

Zona Geográfica	Anos									
	1996	1998	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Continente	101466	100844	102665	99706	103321	102323	98668	99335	97962	101655
Região Norte	32009	31569	32432	31775	32917	32322	31504	31610	31455	32874
ACES Gaia e Espinho/Gaia	2458	2468	2539	2438	2579	2490	2492	2566	2654	2715

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Quadro 9. Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100 000 habitantes) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 1996-2013.

Zona Geográfica	Anos									
	1996	1998	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Continente	10,6	10,4	10,5	10,1	10,4	10,2	9,8	9,9	9,8	10,2
Região Norte	9,0	8,7	8,9	8,6	8,9	8,7	8,5	8,5	8,5	9,0
ACES Gaia e Espinho/Gaia	8,1	7,9	8,0	7,5	7,9	7,5	7,5	7,7	7,9	8,1

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Quadro 10. Evolução da proporção (%) de nascimentos de pré-termo no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.

Zona Geográfica	Triénio									
	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13
Continente	6,7	6,8	7,1	7,9	8,7	9,0	8,5	8,0	7,7	7,8
Região Norte	6,4	6,4	7,0	7,9	8,7	9,0	8,5	8,0	7,5	7,5
ACES Gaia e Espinho/Gaia	6,3	6,1	6,6	6,9	7,9	8,5	9,1	8,6	8,3	7,6

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Quadro 11. Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.

Zona Geográfica	Triénio									
	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13
Continente	7,4	7,5	7,6	7,7	7,7	7,9	8,1	8,3	8,4	8,4
Região Norte	7,3	7,5	7,6	7,6	7,6	7,7	7,9	8,2	8,4	8,4
ACES Gaia e Espinho/Gaia	8,3	8,4	8,5	8,4	7,9	7,8	8,2	8,6	9,0	8,2

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Quadro 12. Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.

Zona Geográfica	Triénio									
	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13
Continente	4,3	3,7	3,5	3,4	3,3	3,4	3,1	3,0	3,0	3,1
Região Norte	4,5	4,0	3,6	3,5	3,1	3,1	2,6	2,8	2,7	2,9
ACES Gaia e Espinho/Gaia	5,5	4,4	4,2	2,8	2,4	2,8	2,7	3,5	3,6	3,9

Fonte: Machado, 2014 — mort@lidades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

Quadro 13. Taxa de Mortalidade Neonatal (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.

Zona Geográfica	Triénio									
	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13
Continente	2,8	2,4	2,2	2,1	2,1	2,2	2,0	2,1	2,1	2,1
Região Norte	3,0	2,6	2,3	2,1	1,9	2,0	1,7	1,9	1,8	2,0
ACES Gaia e Espinho/Gaia	4,2	3,2	2,6	1,6	1,4	1,4	1,5	2,4	2,6	2,8

Fonte: Machado, 2014 — mort@lidades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

Quadro 14. Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.

Zona Geográfica	Triénio									
	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13
Continente	2,1	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4
Região Norte	2,2	1,8	1,5	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	1,3
ACES Gaia e Espinho/Gaia	3,1	2,3	1,8	1,3	0,8	0,7	0,7	1,5	1,5	1,5

Fonte: Machado, 2014 — mort@lidades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

Quadro 15. Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (por 1000 nados vivos) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.

Zona Geográfica	Triénio									
	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13
Continente	1,4	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	0,9	0,9	1,0
Região Norte	1,5	1,4	1,4	1,4	1,2	1,2	0,9	0,9	0,9	0,9
ACES Gaia e Espinho/Gaia	1,3	1,2	1,6	1,2	1,0	1,3	1,1	1,2	1,0	1,1

Fonte: Machado, 2014 — mort@lidades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

Quadro 16. Taxa de Mortalidade Fetal Tardia (por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.

Zona Geográfica	Triénio									
	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13
Continente	3,0	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4
Região Norte	2,5	2,3	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9
ACES Gaia e Espinho/Gaia	2,1	2,1	1,8	1,7	1,6	1,6	1,3	1,3	1,9	2,9

Fonte: Machado, 2014 — mort@lidades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

Quadro 17. Taxa de Mortalidade Perinatal (por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, média móvel trienal, 2002–2004 a 2011–2013.

Zona Geográfica	Triénio									
	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13
Continente	5,0	4,5	4,4	4,4	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	3,8
Região Norte	4,8	4,1	4,0	3,7	3,5	3,4	3,2	3,4	3,1	3,2
ACES Gaia e Espinho/Gaia	5,1	4,4	3,6	3,0	2,4	2,4	2,0	2,8	3,5	4,4

Fonte: Machado, 2014 — mort@lidades.infantil — Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes, Região Norte, 1996-2013.

Quadro 18. Prevalência de Diabetes tipo 2 (ICPC-2 – T90), em utentes inscritos no ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0-9	2	7215	0,00 %	1	6788	0,00 %	3	14003	0,00 %
10-19	0	8444	0,00 %	6	8040	0,00 %	6	16484	0,00 %
20-29	12	8617	0,14 %	13	8599	0,15 %	25	17216	0,15 %
30-39	42	10808	0,39 %	61	11964	0,51 %	103	22772	0,45 %
40-49	341	11678	2,92 %	268	13033	2,06 %	609	24711	2,46 %
50-59	1.115	10569	10,55 %	906	12244	7,40 %	2021	22813	8,86 %
60-69	1.645	8559	19,22 %	1524	9987	15,26 %	3169	18546	17,09 %
70-79	1206	5128	23,52 %	1404	6503	21,59 %	2610	11631	22,44 %
> = 80	440	2487	17,69 %	792	4695	16,87 %	1232	7182	17,15 %
Total	4803	73505	6,53 %	4975	81853	6,08 %	9778	155358	6,29 %

Fonte: SIARS.

Quadro 19. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de abuso crónico do álcool (ICPC-2- P15), por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0-9	0	7215	0,00 %	0	6788	0,00 %	0	14003	0,00 %
10-19	0	8444	0,00 %	0	8040	0,00 %	0	16484	0,00 %
20-29	23	8617	0,27 %	6	8599	0,07 %	29	17216	0,17 %
30-39	99	10808	0,92 %	16	11964	0,13 %	115	22772	0,51 %
40-49	357	11678	3,06 %	48	13033	0,37 %	405	24711	1,64 %
50-59	461	10569	4,36 %	48	12244	0,39 %	509	22813	2,23 %
60-69	296	8559	3,46 %	28	9987	0,28 %	324	18546	1,75 %
70-79	105	5128	2,05 %	22	6503	0,34 %	127	11631	1,09 %
> = 80	27	2487	1,09 %	3	4695	0,06 %	30	7182	0,42 %
Total	1368	73505	1,86 %	171	81853	0,21 %	1539	155358	0,99 %

Fonte: SIARS.

Quadro 20. Proporção de utentes com diagnóstico de abuso crónico do tabaco (ICPC-2 – P17), por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0-9	0	7215	0,00 %	0	6788	0,00 %	0	14003	0,00 %
10-19	177	8444	2,10 %	150	8040	1,87 %	327	16484	1,98 %
20-29	1.745	8617	20,25 %	1532	8599	17,82 %	3277	17216	19,03 %
30-39	2.537	10808	23,47 %	2217	11964	18,53 %	4754	22772	20,88 %
40-49	2.933	11678	25,12 %	2529	13033	19,40 %	5462	24711	22,10 %
50-59	2.648	10569	25,05 %	1838	12244	15,01 %	4486	22813	19,66 %
60-69	1.476	8559	17,25 %	451	9987	4,52 %	1927	18546	10,39 %
70-79	495	5128	9,65 %	68	6503	1,05 %	563	11631	4,84 %
> = 80	103	2487	4,14 %	17	4695	0,36 %	120	7182	1,67 %
Total	12114	73505	16,48 %	8802	81853	10,75 %	20916	155358	13,46 %

Fonte: SIARS.

Quadro 21. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de excesso de peso (ICPC-2 – T83), por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo Masculino			Sexo Feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0-9	55	7215	0,76 %	73	6788	1,08 %	128	14003	0,91 %
10-19	217	8444	2,57 %	297	8040	3,69 %	514	16484	3,12 %
20-29	253	8617	2,94 %	329	8599	3,83 %	582	17216	3,38 %
30-39	551	10808	5,10 %	556	11964	4,65 %	1107	22772	4,86 %
40-49	831	11678	7,12 %	871	13033	6,68 %	1702	24711	6,89 %
50-59	1.154	10569	10,92 %	1219	12244	9,96 %	2373	22813	10,40 %
60-69	1.258	8559	14,70 %	1276	9987	12,78 %	2534	18546	13,66 %
70-79	834	5128	16,26 %	951	6503	14,62 %	1785	11631	15,35 %
> = 80	339	2487	13,63 %	476	4695	10,14 %	815	7182	11,35 %
Total	5492	73505	7,47 %	6048	81853	7,39 %	11540	155358	7,43 %

Fonte: SIARS.

Quadro 22. Proporção de utentes inscritos com diagnóstico de obesidade (ICPC-2 – T82), por grupos etários e sexo, ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo Masculino			Sexo Feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0-9	84	7215	1,16 %	111	6788	1,64 %	195	14003	1,39 %
10-19	305	8444	3,61 %	322	8040	4,00 %	627	16484	3,80 %
20-29	254	8617	2,95 %	396	8599	4,61 %	650	17216	3,78 %
30-39	538	10808	4,98 %	747	11964	6,24 %	1285	22772	5,64 %
40-49	828	11678	7,09 %	1216	13033	9,33 %	2044	24711	8,27 %
50-59	1.042	10569	9,86 %	1639	12244	13,39 %	2681	22813	11,75 %
60-69	900	8559	10,52 %	1579	9987	15,81 %	2479	18546	13,37 %
70-79	513	5128	10,00 %	1066	6503	16,39 %	1579	11631	13,58 %
> = 80	159	2487	6,39 %	486	4695	10,35 %	645	7182	8,98 %
Total	4623	73505	6,29 %	7562	81853	9,24 %	12185	155358	7,84 %

Fonte: SIARS.

Quadro 23. Evolução da taxa de incidência (por 100 000 habitantes) da infecção por VIH (IAG+CRS+PA+SIDA) no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 2007-2013.

Zona Geográfica	Anos						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Continente	18,6	19,0	17,4	17,5	15,5	14,8	10,5
Região Norte	14,4	14,5	12,1	11,3	9,1	9,0	6,1
ACES Gaia e Espinho/Gaia	20,1	24,0	19,5	11,1	6,0	7,2	2,7

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Quadro 24. Evolução da taxa de incidência (por 100 000 habitantes) de Tuberculose no ACES Gaia e Espinho/Gaia, na região Norte e no Continente, 2007-2013.

Zona Geográfica	Anos						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Continente	28,1	26,7	25,9	24,7	23,7	23,6	22,2
Região Norte	32,0	30,4	28,0	26,6	27,0	27,1	25,0
ACES Gaia e Espinho/Gaia	30,7	32,4	26,7	25,4	24,2	24,5	25,2

Fonte: Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., 2015 — Perfil Local de Saúde 2015 — ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Quadro 25. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *doença cardíaca isquémica com angina* (ICPC-2 — K74), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	1	15659	0,01 %	0	14828	0,00 %	1	30487	0,003 %
20–79	359	55359	0,65 %	770	62330	1,24 %	1.129	117689	0,96 %
>80	129	2487	5,19 %	170	4695	3,62 %	299	7182	4,16 %
Total	489	73505	0,67 %	940	81853	1,15 %	1429	155358	0,92 %

Fonte: SIARS.

Quadro 26. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *enfarte agudo do miocárdio* (ICPC-2 — K75), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	0	15659	0,00 %	0	14828	0,00 %	0	30487	0,00 %
20–79	770	55359	1,39 %	179	62330	0,29 %	949	117689	0,81 %
>80	84	2487	3,38 %	70	4695	1,49 %	154	7182	2,14 %
Total	854	73505	1,16 %	249	81853	0,30 %	1103	155358	0,71 %

Fonte: SIARS.

Quadro 27. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *doença isquémica cardíaca sem angina* (ICPC-2 — K76), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	0	15659	0,00 %	0	14828	0,00 %	0	30487	0,00 %
20–79	627	55359	1,13 %	221	62330	0,35 %	848	117689	0,72 %
>80	89	2487	3,58 %	93	4695	1,98 %	182	7182	2,53 %
Total	716	73505	0,97 %	314	81853	0,38 %	1030	155358	0,66 %

Fonte: SIARS.

Quadro 28. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *hipertensão sem complicações* (ICPC-2 — K86), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	14	15659	0,09 %	19	14828	0,13 %	0	30487	0,00 %
20–79	9608	55359	17,36 %	12642	62330	20,28 %	22.250	117689	18,91 %
>80	825	2487	33,17 %	1849	4695	39,38 %	2.674	7182	37,23 %
Total	10.447	73505	14,21 %	14510	81853	17,73 %	24924	155358	16,04 %

Fonte: SIARS.

Quadro 29. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com hipertensão com complicações (ICPC-2 — K87), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	1	15659	0,01 %	0	14828	0,00 %	0	30487	0,00 %
20–79	1.937	55359	3,50 %	1580	62330	2,53 %	3.517	117689	2,99 %
>80	353	2487	14,19 %	607	4695	12,93 %	960	7182	13,37 %
Total	2.291	73505	3,12 %	2187	81853	2,67 %	4477	155358	2,88 %

Fonte: SIARS.

Quadro 30. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com trombose/acidente vascular cerebral (ICPC-2 — K90), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	1	15659	0,01 %	1	14828	0,01 %	0	30487	0,00 %
20–79	760	55359	1,37 %	769	62330	1,23 %	1.529	117689	1,30 %
>80	151	2487	6,07 %	236	4695	5,03 %	387	7182	5,39 %
Total	912	73505	1,24 %	1006	81853	1,23 %	1916	155358	1,23 %

Fonte: SIARS.

Quadro 31. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com neoplasia maligna do colon e reto (ICPC-2 — D75), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	0	15659	0,00 %	0	14828	0,00 %	0	30487	0,00 %
20–79	278	55359	0,50 %	275	62330	0,44 %	553	117689	0,47 %
>80	68	2487	2,73 %	71	4695	1,51 %	139	7182	1,94 %
Total	346	73505	0,47 %	346	81853	0,42 %	692	155358	0,45 %

Fonte: SIARS.

Quadro 32. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com osteoartrose da anca (ICPC-2 — L89), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	0	15659	0,00 %	1	14828	0,01 %	0	30487	0,00 %
20–79	559	55359	1,01 %	916	62330	1,47 %	1.475	117689	1,25 %
>80	121	2487	4,87 %	292	4695	6,22 %	413	7182	5,75 %
Total	680	73505	0,93 %	1209	81853	1,48 %	1888	155358	1,22 %

Fonte: SIARS.

Quadro 33. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com osteoartrose do joelho (ICPC-2 – L90), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	3	15659	0,02 %	8	14828	0,05 %	0	30487	0,00 %
20–79	1.345	55359	2,43 %	3461	62330	5,55 %	4.806	117689	4,08 %
>80	255	2487	10,25 %	760	4695	16,19 %	1.015	7182	14,13 %
Total	1.603	73505	2,18 %	4229	81853	5,17 %	5821	155358	3,75 %

Fonte: SIARS.

Quadro 34. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com osteoporose (ICPC-2 – L95), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	1	15659	0,01 %	0	14828	0,00 %	0	30487	0,00 %
20–79	178	55359	0,32 %	2206	62330	3,54 %	2.384	117689	2,03 %
>80	46	2487	1,85 %	529	4695	11,27 %	575	7182	8,01 %
Total	225	73505	0,31 %	2735	81853	3,34 %	2959	155358	1,90 %

Fonte: SIARS.

Quadro 35. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com demência (ICPC-2 – P70), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	1	15659	0,01 %	0	14828	0,00 %	0	30487	0,00 %
20–79	143	55359	0,26 %	263	62330	0,42 %	406	117689	0,34 %
>80	145	2487	5,83 %	408	4695	8,69 %	553	7182	7,70 %
Total	289	73505	0,39 %	671	81853	0,82 %	959	155358	0,62 %

Fonte: SIARS.

Quadro 36. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com perturbações depressivas (ICPC-2 – P76), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	63	15659	0,40 %	134	14828	0,90 %	0	30487	0,00 %
20–79	3220	55359	5,82 %	12162	62330	19,51 %	15.382	117689	13,07 %
>80	115	2487	4,62 %	570	4695	12,14 %	685	7182	9,54 %
Total	3398	73505	4,62 %	12866	81853	15,72 %	16067	155358	10,34 %

Fonte: SIARS.

Quadro 37. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *bronquite crónica* (ICPC-2 — R79), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	35	15659	0,22 %	32	14828	0,22 %	0	30487	0,00 %
20–79	677	55359	1,22 %	564	62330	0,90 %	1.241	117689	1,05 %
>80	102	2487	4,10 %	141	4695	3,00 %	243	7182	3,38 %
Total	814	73505	1,11 %	737	81853	0,90 %	1484	155358	0,96 %

Fonte: SIARS.

Quadro 38. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *neoplasia maligna dos brônquios e pulmão* (ICPC-2 — R84), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	2	15659	0,01 %	1	14828	0,01 %	0	30487	0,00 %
20–79	85	55359	0,15 %	37	62330	0,06 %	122	117689	0,10 %
>80	5	2487	0,20 %	6	4695	0,13 %	11	7182	0,15 %
Total	92	73505	0,13 %	44	81853	0,05 %	133	155358	0,09 %

Fonte: SIARS.

Quadro 39. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *doença pulmonar crónica obstrutiva* (ICPC-2 — R95), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	1	15659	0,01 %	1	14828	0,01 %	0	30487	0,00 %
20–79	1.113	55359	2,01 %	493	62330	0,79 %	1.606	117689	1,36 %
>80	170	2487	6,84 %	148	4695	3,15 %	318	7182	4,43 %
Total	1.284	73505	1,75 %	642	81853	0,78 %	1924	155358	1,24 %

Fonte: SIARS.

Quadro 40. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com *asma* (ICPC-2 — R96), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	740	15659	4,73 %	598	14828	4,03 %	0	30487	0,00 %
20–79	1.347	55359	2,43 %	2386	62330	3,83 %	3.733	117689	3,17 %
>80	41	2487	1,65 %	136	4695	2,90 %	177	7182	2,46 %
Total	2.128	73505	2,90 %	3120	81853	3,81 %	3910	155358	2,52 %

Fonte: SIARS.

Quadro 41. Distribuição por grupo etário, sexo e total de homens e mulheres da proporção de inscritos com alteração do metabolismo dos lípidos (ICPC-2 — T93), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	81	15659	0,52 %	94	14828	0,63 %	0	30487	0,00 %
20–79	12.359	55359	22,33 %	14025	62330	22,50 %	26.384	117689	22,42 %
>80	766	2487	30,80 %	1727	4695	36,78 %	2.493	7182	34,71 %
Total	13.206	73505	17,97 %	15846	81853	19,36 %	28877	155358	18,59 %

Fonte: SIARS.

Quadro 42. Distribuição por grupo etário e total de homens da proporção de inscritos com neoplasia maligna da próstata (ICPC-2 — Y77), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo masculino		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	81	15659	0,52 %
20–79	425	55359	0,77 %
>80	106	2487	4,26 %
Total	612	73505	0,83 %

Fonte: SIARS.

Quadro 43. Distribuição por grupo etário e total de mulheres da proporção de inscritos com neoplasia maligna do colo útero (ICPC-2 — X75), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo feminino		
	N.º Problemas	N.º Utentes Inscritos	Proporção
0–19	0	14828	0,00 %
20–79	180	62330	0,29 %
>80	11	4695	0,23 %
Total	191	81853	0,23 %

Fonte: SIARS.

Quadro 44. Distribuição por grupo etário e total de mulheres da proporção de inscritos com neoplasia maligna da mama feminina (ICPC-2 — X76), utentes inscritos ACES Gaia, dezembro 2014.

Grupo Etário	Sexo feminino		
	Nº Problemas	Nº Utentes Inscritos	Proporção
0–19	0	14828	0,00 %
20–79	1080	62330	1,73 %
>80	128	4695	2,73 %
Total	1208	81853	1,48 %

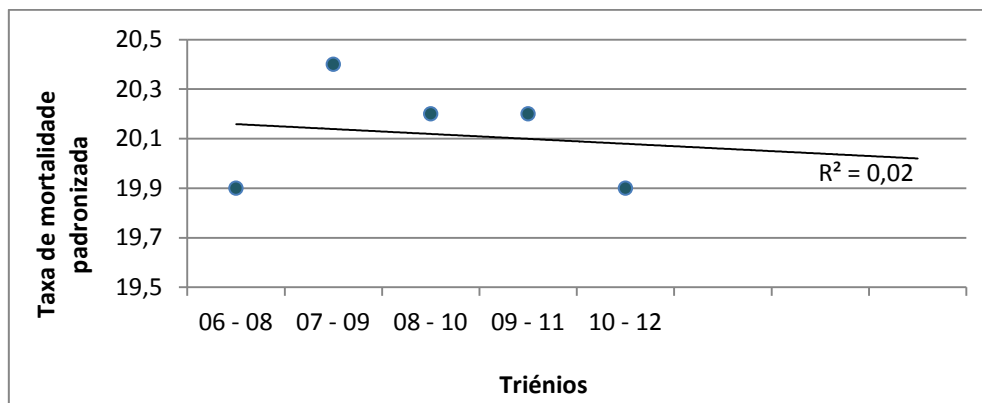
Fonte:

SIARS.

ANEXO 2

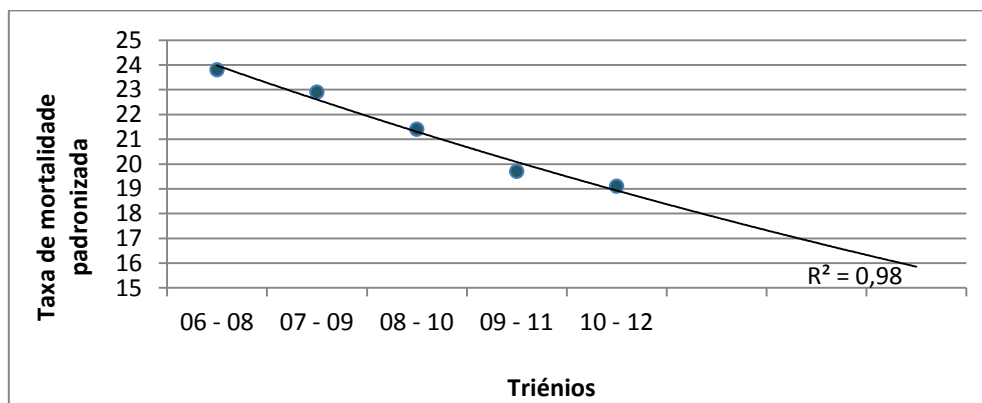
Taxas de mortalidade padronizadas na Região Norte

Figura 1. Mortalidade por Tumor Maligno da Traqueia, Brônquio e Pulmão, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, na ARS Norte.



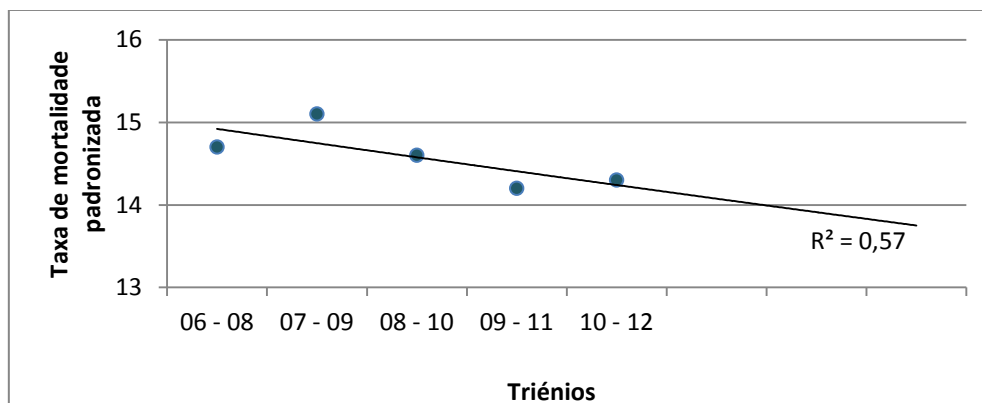
Fonte: ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfil Local de Saúde 2009,2012,2015, ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Figura 2. Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares, 75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, na ARS Norte.



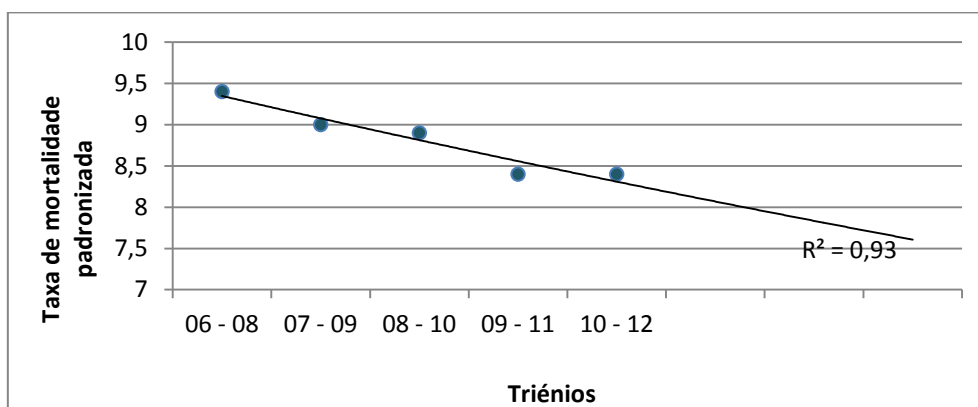
Fonte: ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfil Local de Saúde 2009,2012,2015, ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Figura 3. Mortalidade por Tumor da Mama Feminina, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, na ARS Norte.



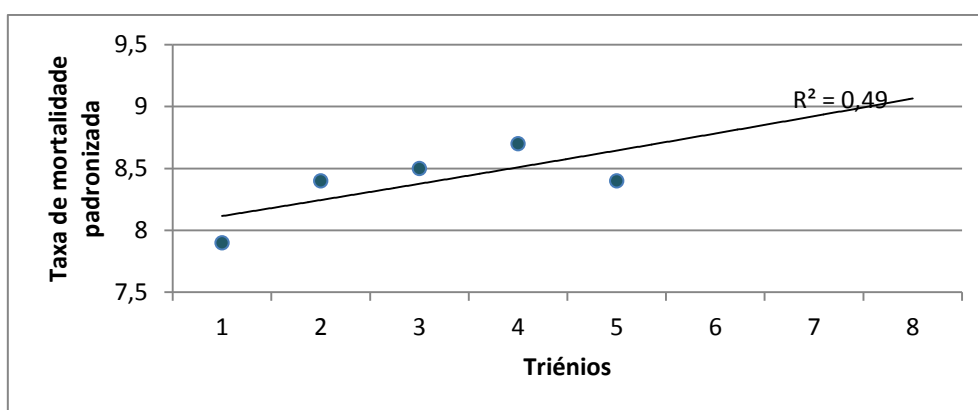
Fonte: ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfil Local de Saúde 2009,2012,2015, ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Figura 4. Mortalidade por Diabetes *Mellitus*, <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, na ARS Norte.



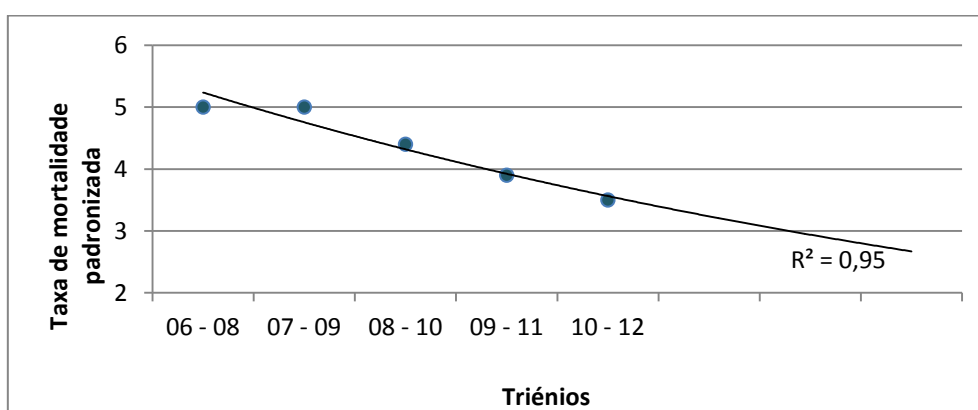
Fonte: ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfil Local de Saúde 2009,2012,2015, ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Figura 5. Mortalidade por Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe, <75 anos, homens. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, na ARS Norte.



Fonte: ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfil Local de Saúde 2009,2012,2015, ACES Gaia e Espinho/Gaia.

Figura 6. Mortalidade por infecção por VIH/SIDA, idade <75 anos, ambos os sexos. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada 2005 a 2012, média por triénio, e projeção da tendência até 2020, na ARS Norte.



Fonte: ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. Perfil Local de Saúde 2009,2012,2015, ACES Gaia e Espinho/Gaia.

ANEXO 3

Caracterização da obesidade e excesso de peso infantil no ACES Gaia

No âmbito do CCC, é possível caracterizar o estado nutricional e o estilo de vida de um conjunto de crianças (n = 177) que frequentam o 3.º ano de escolaridade dum Agrupamento de Escolas da área de influência do ACES Gaia.

Avaliaram-se 177 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos (média: $8,9 \pm 0,5$). Quanto ao sexo, foram avaliadas 47,5 % raparigas (n = 84) e 52,5 % rapazes (n = 93).

Estado nutricional

A classificação das crianças em classes de IMC efetuou-se de acordo com as curvas da OMS, presentes na Norma n.º 010/201,3 de 31/05/2013 da DGS, verificando-se que 38,4 % das crianças apresenta excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade infantil), e 53,7 % se encontram numa situação de peso normoponderal, conforme ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição por IMC, de acordo com os critérios da OMS.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Magreza	14	7,9 %
Normoponderal	95	53,7 %
Pré-Obesidade	33	18,6 %
Obesidade	35	19,8 %
Excesso de Peso (Pré-Obesidade + Obesidade Infantil)	68	38,4 %
Total	177	100,0 %

Características relativas ao estilo de vida das crianças

No que diz respeito às características do estilo de vida das crianças, os resultados são apresentados tendo em conta as respostas reportadas pelos encarregados de educação (n = 157), e/ou pelas crianças (n = 177). Em alguns casos, são também efetuadas comparações entre as respostas fornecidas pelos encarregados de educação e pelas crianças, as quais nem sempre são coincidentes.

Como o questionário aplicado às crianças é de administração indireta, os resultados aludem sempre às 177 crianças em estudo. No caso dos encarregados de educação, tendo em conta a administração direta do questionário, os resultados variam consoante o número de respostas obtidas em cada questão.

Deslocação casa–escola e escola–casa

De acordo com respostas dos encarregados de educação (80,2 %, n = 142), o carro próprio é o meio de transporte mais utilizado (66,2 %, n = 94) no caminho casa-escola, sendo a deslocação a pé a segunda opção mais utilizada (28,2 %, n = 40). Com uma expressão reduzida aparecem o transporte público, utilizado por 2,8 % (n = 4) das crianças e o autocarro escolar, por apenas 3 crianças (2,1 %). A deslocação no caminho contrário apresenta uma distribuição semelhante: segundo 131 encarregados de educação, a deslocação dos seus educandos no caminho de regresso a casa da escola, faz-se principalmente de automóvel (55,7 %, n = 62) e a pé (32,1 %, n = 42). Uma

pequena parte das crianças, 8,4 % (n = 11), utiliza outras formas de deslocação como o autocarro escolar e apenas 4 crianças (3,0 %) utilizam o transporte público (Quadro 2).

Quadro 2. Forma de deslocação das crianças no caminho para e da escola (informação reportada pelos encarregados de educação).

	Ida para a escola		Regresso da escola	
	Frequência (n)	Percentagem (%)	Frequência (n)	Percentagem (%)
Autocarro escolar	3	2,1 %	11	8,4 %
Transporte Público	4	2,8 %	4	3,0 %
Automóvel	94	66,2 %	73	55,7 %
Vai a pé	40	28,2 %	42	32,1 %
Outra	1	0,7 %	1	0,8 %
Total	142	100,0 %	131	100,0 %

Quanto à questão sobre a distância entre a escola e a residência da criança (Quadro 3), verificou-se que, na maior parte dos casos, esta distância é inferior a 1 quilómetro (39,1 %, n = 59). Cerca de 27,8 % (n = 42) dos alunos reside a uma distância entre 1 a 2 quilómetros da escola. Com uma percentagem semelhante, 13,2 %, n = 20 e 14,6 % n = 22, encontram-se os alunos que residem a uma distância que varia entre 3 a 4 quilómetros e mais de 6 quilómetros do local de residência, respetivamente. Por último, com um valor percentual inferior, 5,3 %, n = 8, estão os alunos em que a distância escola-residência é de 5 a 6 quilómetros. Estas respostas foram obtidas junto de um total de 151 encarregados de educação.

Quadro 3. Distância entre a escola e a residência da criança (informação reportada pelos encarregados de educação).

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Menos de 1 km	59	39,1 %
1–2 Km	42	27,8 %
3–4 Km	20	13,2 %
5–6 Km	8	5,3 %
Mais de 6 Km	22	14,6 %
Total	151	100,0 %

A maioria dos encarregados de educação (60,0 %, n = 93), num total de 155 respostas, considera o percurso casa-escola-casa seguro para que o seu educando o faça a pé ou de bicicleta, como se pode visualizar no Quadro 4.

Quadro 4. Segurança no percurso casa-escola-casa (informação reportada pelos encarregados de educação).

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	93	60,0 %
Não	62	40,0 %
Total	155	100,0 %

Hábitos de sono

A questão relativa ao número de horas de sono diárias das crianças foi respondida pela maioria dos encarregados de educação participantes (95,5 %, n = 150).

Através da análise do Quadro 5, verifica-se que a grande maioria das crianças (72,0 %, n = 108) dorme entre 9 a 10 horas por dia.

Quadro 5. Horas de sono diárias das crianças

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Menos do que 9 horas	26	17,3 %
Entre 9 e 10 horas	108	72,0 %
Mais do que 10 horas	16	10,7 %
Total	150	100,0 %

Atividade física

Quanto à prática de atividade física organizada extraescolar, obtiveram-se 143 respostas, verificando-se que mais de metade (74,8 %, n = 107) dos encarregados de educação afirma que o seu educando está inscrito em algum desporto fora da escola (Quadro 6).

Quadro 6. Inscrição em atividades físicas organizadas fora da escola (informação reportada pelos encarregados de educação).

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	107	74,8 %
Não	36	25,2 %
Total	143	100,0 %

No que diz respeito à atividade física não organizada (brincadeiras ativas), das 150 respostas obtidas junto dos encarregados de educação, conclui-se que, em dias de semana, 40,0 % das crianças (n = 60) nunca brinca, e apenas 3 crianças (2,0 %) brincam cerca de 3 ou mais horas por dia. Ao fim de semana, a situação inverte-se e 58 crianças (39,7 %) brincam 3 ou mais horas por dia, enquanto apenas 14 (9,6 %) não brincam. De referir que se verificou uma diferença no número de respostas obtidas em relação ao número de horas que a criança brinca nos dias da semana e nos fins-de-semana, 150 e 146 respostas obtidas, respetivamente (Quadro 7).

Quadro 7. Atividade física não organizada das crianças (informação reportada pelos encarregados de educação).

	Dia de semana		Fim-de-semana	
	Frequência (n)	Percentagem (%)	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nunca	60	40,0 %	14	9,6 %
Menos de 1 hora por dia	38	25,3 %	10	6,8 %
Cerca de 1 hora por dia	36	24,0 %	21	14,4 %
Cerca de 2 horas por dia	13	8,7 %	43	29,5 %
Cerca de 3 ou mais horas por dia	3	2,0 %	58	39,7 %
Total	150	100,0 %	146	100,0 %

Em relação ao tempo despendido em atividades sedentárias (de lazer), a taxa de participação dos encarregados de educação foi de 97,5 % (n = 153) para a pergunta respeitante ao número de horas diárias despendidas pelos respetivos educandos no computador ou consola em dias de semana e de 96,2 % (n = 151) para o fim-de-semana. Para a pergunta relativa ao número de horas diárias a ver televisão, a taxa de resposta foi 97,8 % (n = 153) e 97,1 % (n = 152), respetivamente à semana e ao fim de semana.

Os resultados, que se encontram ilustrados no Quadro 8, foram os seguintes: em dias de semana, 49,0 % (n = 75) das crianças joga menos de uma hora por dia no computador / consola, e 31,4 % (n = 48) não joga de todo. Quanto ao visionamento de televisão, também em dias de semana, 43,1 % (n = 66) dos encarregados de educação afirma que os seus educandos veem menos de uma hora por dia, e 31,4 % (n = 48) cerca de uma hora. Apenas 6 crianças (3,9 %) não veem televisão e 2 (1,3 %) veem cerca de três horas ou mais, durante os dias de semana.

Ao fim de semana, há um aumento do tempo passado à frente quer da televisão, quer do computador / consola. Assim, no caso do computador / consola, apenas 4 (2,6 %) não joga, enquanto 59 (39,1 %) crianças fazem-no cerca de 1 hora por dia, e 46 (30,5 %) cerca de duas horas por dia. No que diz respeito à televisão, 73 (40,8 %) vê televisão pelo menos 2 horas por dia, e 43 (28,3 %) mais de três horas diárias, não existindo relato de crianças que não vejam televisão ao fim-de-semana.

Quadro 8. Tempo despendido pelas crianças em atividades sedentárias — computador, consola, e Televisão (informação reportada pelos encarregados de educação)

	Utilização de computador/ consola				Visionamento de televisão			
	Semana		Fim-de-semana		Semana		Fim-de-semana	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	48	31,4 %	4	2,6 %	6	3,9 %	0	0,0 %
Menos de 1 hora / dia	75	49,0 %	29	19,2 %	66	43,1 %	9	5,9 %
Cerca de 1 hora / dia	25	16,3 %	59	39,1 %	48	31,4 %	27	17,8 %
Cerca de 2 horas / dia	3	2,0 %	46	30,5 %	31	20,3 %	73	48,0 %
3 ou mais horas / dia	2	1,3 %	13	8,6 %	2	1,3 %	43	28,3 %
Total	153	100,0 %	151	100,0 %	153	100,0 %	152	100,0 %

Hábitos alimentares

Relativamente às questões colocadas às crianças e aos encarregados de educação sobre os hábitos alimentares na refeição do pequeno-almoço, foi realizado o teste de *McNemar* no sentido de verificar se existiam diferenças nas respostas. Assim, quando o valor de prova (p) obtido é inferior a 0,05, pode-se concluir que existem diferenças significativas nas respostas dos dois grupos à pergunta em questão. No Quadro 9, apresentado de seguida, podem-se observar os valores relativos às respostas afirmativas para o consumo diário de cada alimento, grupo de alimentos ou bebida. A comparação entre as respostas das crianças e as dos respetivos encarregados de educação permite concluir que não existem diferenças significativas, isto é, as respostas foram concordantes nos itens ingestão de leite e derivados (iogurte ou queijo), fruta fresca/sumo de fruta natural, bolos/bolachas/biscoitos/donuts, refrigerantes e chá/café, como se pode comprovar pelo respetivo valor de p. Por outro lado, pode-se afirmar que existem diferenças significativas ($p = 0,000$), ou seja, não há concordância nas respostas, no que concerne ao consumo de pão e equivalentes e de cereais de pequeno-almoço, verificando-se que, à semelhança dos anos anteriores do estudo, os encarregados de educação reportam um maior consumo destes alimentos.

Quadro 9. Comparação dos dados reportados sobre hábitos alimentares na refeição do pequeno-almoço das Crianças vs Encarregados de Educação

Valores em percentagem (%)	Alimentos consumidos pequeno-almoço dia anterior *	Alimentos consumidos pequeno-almoço diariamente **	Valor de p
Leite e derivados (iogurte ou queijo)	93,0	86,5	0,093
Pão e equivalentes (tostas, outras bolachas)	45,3	72,3	0,000
Cereais	40,7	71,6	0,000
Fruta fresca / Sumo de fruta natural	3,5	9,0	0,210
Bolos / Bolachas doces / Biscoitos / Donuts	5,8	6,5	1,000
Refrigerantes (Cola, outros sumos)	2,9	0,6	0,375
Chá / Café	4,1	4,5	1,000

*informação reportada pelas 177 crianças avaliadas

**informação reportada pelos encarregados de educação

Pequeno-almoço

A grande maioria das crianças observadas (97,2 %, $n = 172$) afirma ter tomado o pequeno-almoço no dia da avaliação (Quadro 10). Da mesma forma, a maior parte dos encarregados de educação (98 %, $n = 150$) refere que o seu educando faz esta refeição diariamente. Apenas três encarregados de educação afirmam que os seus educandos nunca tomam o pequeno-almoço (2,0 %), como se pode verificar no Quadro 11, que ilustra a frequência da ingestão de pequeno-almoço pelas crianças, de acordo com a informação dos encarregados de educação.

Quadro 10. Ingestão de pequeno-almoço no dia da avaliação (informação reportada pelas crianças avaliadas)

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	172	97,2 %
Não	5	2,8 %
Total	177	100,0 %

Quadro 11. Ingestão de pequeno-almoço (informação dos encarregados de educação)

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Todos os dias	150	98,0 %
1 a 3 dias por semana	0	0,0 %
4 a 6 dias por semana	0	0,0 %
Nunca	3	2,0 %
Total	153	100,0 %

Ingestão de sopa

Quando questionadas sobre a ingestão de sopa de legumes no dia anterior, mais de metade das crianças avaliadas (52,0 %, n = 92) afirmou ter comido sopa duas vezes, enquanto 41,2 % (n = 73) pelo menos uma vez, e 6,8 % (n = 12) afirma não ter ingerido sopa no dia anterior (Quadro 12).

Quadro 12. Ingestão de sopa (informação das crianças).

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nenhuma	12	6,8 %
1 por dia	73	41,2 %
2 por dia	92	52,0 %
3 por dia	0	0,0 %
Total	177	100,0 %

A grande maioria das crianças referiu ter ingerido sopa pelo menos uma vez no dia anterior (93,2 %, n = 165), sendo estes resultados concordantes com os dos encarregados de educação que responderam à questão (97,5 %, n = 153), pois a maioria (82,3 %, n = 126) afirmou que os seus educandos consomem sopa pelo menos uma vez por dia (Quadro 13).

Quadro 13. Ingestão de sopa (informação dos encarregados de educação)

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nunca ou < 1 por mês	0	0,0 %
1 - 3 por mês	3	2,0 %
1 por semana	4	2,6 %
2 - 4 por semana	6	3,9 %
5 - 6 por semana	14	9,2 %
1 por dia	57	37,2 %
2 - 3 por dia	62	40,5 %
≥ 4 por dia	7	4,6 %
Total	153	100,0 %

Ingestão de fruta

No que diz respeito à ingestão de fruta, 37,3 % (n = 66) das crianças avaliadas refere consumir uma peça de fruta por dia, sendo que 33,3 % (n = 59) refere consumir duas vezes por dia, e 13,6 % (n = 24) reporta uma ingestão de três peças diárias. Por outro lado, 24 crianças (13,6 %) dizem nunca comer fruta e apenas 4 crianças (2,2 %) afirmam ingerir quatro ou mais peças de fruta por dia (Quadro 14).

Quadro 14. Ingestão de fruta (informação das crianças)

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nenhuma	24	13,6 %
1 por dia	66	37,3 %
2 por dia	59	33,3 %
3 por dia	24	13,6 %
≥ 4 por dia	4	2,2 %
Total	177	100,0 %

Estas respostas não coincidem com as dos encarregados de educação, pois a grande maioria (52,0 %, n = 79), dos 152 encarregados de educação que responderam a esta questão, afirma que o seu educando consome entre 2 a 3 peças de fruta diariamente (Quadro 15).

Quadro 15. Ingestão de fruta (informação dos encarregados de educação)

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nunca ou < 1 por mês	0	0,0%
1 a 3 por mês	0	0,0%
1 por semana	3	2,0%
2 a 4 por semana	12	7,9%
5 a 6 por semana	10	6,6%
1 por dia	39	25,6%
2 a 3 por dia	79	52,0%
≥ 4 por dia	9	5,9%
Total	152	100,0%

Frequência alimentar

A análise do questionário de frequência alimentar reportado pelos encarregados de educação encontra-se ilustrada no Quadro 16. De forma a facilitar a leitura, os valores mais elevados para cada alimento, encontram-se assinalados.

É possível verificar que os alimentos mais frequentemente consumidos, pelas crianças avaliadas, correspondem aos mais saudáveis. De destacar a ingestão de água, que apresenta uma frequência de seis ou mais vezes por dia, seguida da fruta fresca, do leite magro ou meio gordo e pão, com uma frequência de ingestão de duas a três vezes por dia. Outros alimentos, também de consumo diário, mas não superior a 1 vez por dia, são os hortícolas, o leite aromatizado, o iogurte, a carne e o peixe. Contudo, é de realçar o consumo, numa base semanal, de alguns alimentos com baixo valor nutricional e elevada densidade calórica, como biscoitos/bolachas doces, outros doces, refrigerantes com açúcar, rebuçados, gomas ou chocolates.

Os alimentos menos consumidos pelas crianças, com uma frequência de 1 a 3 vezes por mês, são: sumos de fruta 100 %, batatas fritas de pacote e outros salgados, e *pizza*. Por fim, é de salientar que a maior parte das crianças nunca ou raramente consome leite gordo, sobremesas lácteas, ou refrigerantes *diet* ou *light*.

Quadro 16. Frequência alimentar das crianças (informação dos encarregados de educação) — consumo por mês, por semana e por dia, expresso em percentagens

	Nunca ou < 1 mês	1–3 por mês	1 por semana	2–4 por semana	5–6 por semana	1 por dia	2–3 por dia	4–5 por dia	≥ 6 por dia
Fruta fresca	0,0	0,0	2,0	7,9	6,6	25,7	52,0	2,6	3,3
Hortícolas	0,7	4,8	6,2	10,3	6,9	35,2	29,7	2,1	4,1
Sumo de fruta 100 %	23,0	24,3	18,2	18,9	2,7	10,8	1,4	0,0	0,7
Refrigerantes	17,2	13,2	27,8	17,9	3,3	19,9	0,7	0,0	0,8
Refrigerante Diet ou Light	79,4	9,2	6,4	2,8	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0
Leite Magro ou ½ Gordo	7,3	0,0	2,0	2,6	7,9	35,8	37,1	2,0	5,3
Leite Gordo	90,4	0,7	0,0	1,5	0,0	2,2	4,4	0,0	0,7
Leite Aromatizado	27,1	8,6	10,0	16,4	4,3	28,6	3,6	1,4	0,0
Queijo	24,2	5,4	8,7	28,9	8,1	20,1	2,7	0,0	2,0
logurte	2,6	2,6	3,2	22,7	14,9	31,2	20,1	0,0	2,6
Sobremesas lácteas	35,3	18,3	19,6	16,3	3,3	5,2	1,3	0,7	0,0
Carne	0,7	0,0	1,3	21,1	20,4	49,3	5,9	0,7	0,7
Peixe	2,0	0,7	3,3	38,2	10,5	41,4	3,3	0,7	0,0
Salgados	21,3	39,3	31,3	6,0	0,7	1,3	0,0	0,0	0,0
Rebuçados e chocolates	14,5	25,7	37,5	11,8	1,3	8,6	0,7	0,0	0,8
Biscoitos, bolachas, doces	7,5	18,4	22,4	23,1	9,5	15,0	3,4	0,0	0,7
Pizza	15,0	40,5	39,9	2,0	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0
Sopa de legumes	0,0	2,0	2,6	3,9	9,2	37,3	40,5	0,7	3,9
Pão	0,0	0,7	2,0	5,9	11,1	36,6	38,6	2,6	2,6
Água	0,6	0,0	0,0	0,6	3,2	17,4	22,6	22,6	32,9
Ovos	6,5	14,4	40,5	32,0	2,0	3,3	1,3	0,0	0,8