

1 - INTRODUÇÃO

O Plano Local de Saúde (PLS) é um documento estratégico com orientações para que as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos públicos ou privados, da área da saúde e de outros sectores de actividade, possam contribuir para a promoção e obtenção de ganhos em saúde de toda a população residente na área de influência dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). É um instrumento de gestão que visa sustentar política, técnica e financeiramente os ACeS. Integra e facilita a coordenação e colaboração das múltiplas entidades do sector da saúde, encarando-a em sentido lato, na sua riqueza interdisciplinar e na responsabilização da comunidade. Define prioridades e metas a alcançar até 2016.

O PLS assenta nas principais prioridades e orientações estratégicas definidas a nível europeu (principais conclusões da conferência "Health Strategies in Europe", Lisboa, 2007), no respeito pela identidade regional e pelos diferentes matizes da sua população; no reconhecimento de que os principais determinantes da saúde se situam nos domínios social, económico e ambiental, no pressuposto da co-responsabilização e *co-participação* dos cidadãos, bem como dos diferentes sectores da sociedade, na intervenção em saúde, no ACeS.

O Plano Local de Saúde baseia-se nas principais necessidades de saúde da população do ACeS, identificadas a partir do diagnóstico da situação e do perfil de saúde do ACeS a actualizar anualmente; em estudos regionais de identificação de necessidades, de âmbito mais restrito/específico, como é o caso do estudo das "Necessidades em cuidados continuados na região Norte" (Teixeira, C., 2006); nas principais prioridades e orientações estratégicas definidas a nível nacional através do Plano Nacional de Saúde de acordo com os seus princípios e finalidades.

O PLS destina-se a definir as principais necessidades de saúde da população do ACeS e as mudanças que desejavelmente deverão ocorrer, em termos da melhoria do estado de saúde da população do ACeS; a contribuir para a construção da visão estratégica do ACeS e a orientar o planeamento em saúde; a facilitar as melhores escolhas em termos de eficácia, eficiência e oportunidade e a gerar conhecimento, interna e externamente; a fazer recomendações para a intervenção e influenciar os

decisores locais no sentido de alertar para as prioridades em saúde; a facilitar a definição do papel dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na sua co-participação no processo de mudança.

2 - METODOLOGIA

Elaborar o Diagnóstico de Situação a partir do acesso às seguintes fontes de informação:

- Fontes de informação existentes no SNS (ARS Norte, GDH's, Centro de Diagnóstico Pneumológico, ACeS Barcelos/Esposende, Equipa Projecto de Braga e SIARS);
- Fontes de informação fora do SNS (INE e Autarquias Locais).

Este Diagnóstico permite identificar as necessidades e os problemas de saúde prioritários do ACeS, os factores de risco e de protecção da comunidade, os principais indicadores e, sempre que possível, a sua evolução.

2.1 - O que pretendemos mudar?

Na priorização das necessidades em saúde do ACES serão tomados em consideração os seguintes critérios:

- *Magnitude;*
- *Transcendência social;*
- *Vulnerabilidade;*

Os principais problemas e necessidades em saúde do ACES foram identificados através do diagnóstico de situação, do SIARS, da Equipa Projecto de Braga e do INE:

- Mortalidades específicas por patologia;
- Mortalidade infantil, neonatal total, neonatal precoce e perinatal;
- Morbilidades específicas por patologia registadas em 2010.

Uma vez priorizados os problemas de saúde foram identificados os factores determinantes e os recursos de saúde existentes na comunidade. A seguir foram seleccionadas as estratégias mais adequadas para atingir os objectivos do Plano Local de Saúde e seleccionadas as metas e os indicadores de saúde propostos atingir neste ACeS, no período compreendido entre 2011 e 2016.

3 - IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

Um problema de saúde consiste num "estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, o profissional de saúde ou a comunidade" (Pineault, 1987). Para a identificação dos problemas de saúde da população utilizamos os indicadores de mortalidade e morbilidade (informação sobre a doença, morte prematura e morte evitável).

A identificação das morbilidades e mortalidades específicas de uma população é uma prática fundamental uma vez que são consideradas medidas directas das necessidades em cuidados de saúde, reflectindo a carga global da doença na população, não só em termos da sua incidência, como da capacidade de a tratar. Daí a importância dos indicadores de morbilidade e mortalidade no processo de planeamento da saúde e dos serviços de saúde. Os indicadores de morbimortalidade podem ser melhoradas reduzindo o risco da população (encorajando a prática de estilos de vida mais saudáveis e a diminuição ou cessação de comportamentos de risco), aumentando a precocidade do diagnóstico das doenças e melhorando a efectividade do seu tratamento.

De acordo com a metodologia de identificação dos problemas acima referida, as principais causas de mortalidade e morbilidade específicas deste ACeS, até 2010, encontram-se registadas nos quadros I e II.

Quadro I - Taxas de mortalidade - 2005/2010 (projectção de tendência para 2011)

TAXAS DE MORTALIDADE 100.000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mortalidade Geral/1.000	708,9	717,7	678,1	645,6	682,9		
Mortalidade por Tumores Malignos	147,3	149,3	166,6	158,7	172,9		
Mortalidade por Cancro do Estômago	25,2	24,5	25,0	21,3	25,0	23,1	22,8
Mortalidade por Cancro do Pulmão	20,2	21,3	30,7	27,5	36,2	38,6	42,5
Mortalidade por Cancro da Próstata	10,1	11,3	6,9	9,4	6,9	6,4	5,6
Mortalidade por Cancro do Cólon	11,3	13,8	12,5	15,6	20,6	20,9	22,9
Mortalidade por Cancro da Mama Feminino	6,3	7,5	11,3	10,0	11,0	12,8	14,0
Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares	128,4	114,8	114,6	108,7	82,4	80,3	70,5
Mortalidade por Acidentes de Transporte	20,2	8,8	6,3	11,3	7,5	4,0	1,7
Mortalidade por Lesões Auto-provocadas	4,4	0,0	5,0	3,4	3,8	4,0	4,2
Mortalidade por Pneumonia	33,4	32,6	33,8	20,6	26,8	21,9	19,3
Mortalidade por Cardiopatia Isquémica	29,0	33,3	20,0	26,3	26,2	23,2	21,9
Mortalidade por Doenças Crónicas do Fígado	19,5	17,6	14,4	13,8	19,4	15,7	15,3
Mortalidade por Diabetes Mellitus	20,8	16,3	16,9	13,8	23,7	19,3	19,6
Mortalidade por SIDA	1,9	0,0	1,9	0,0	1,9	1,4	1,4
Mortalidade Infantil	4,8	4	3,5	3,4	3,1		
Mortalidade Neonatal Total	2,7	2,2	2,5	2,6	2		
Mortalidade Neonatal Precoce	2,3	1,8	1,9	1,7	1,1		
Mortalidade Perinatal	3,7	2,8	3,1	2,8	3,1		
Tuberculose Pulmonar (Incidência/100.000)		40,7	33,2	29,4	22,5	33,1	

Quadro II - Vinte e três causas de morbilidade no ACeS Barcelos/Esposende - 2010

PROBLEMAS DE SAÚDE	Nº DE PROBLEMAS	POPULAÇÃO INSCRITA	PROBLEMAS DE SAÚDE POR 1.000 INSCRITOS
Abuso crónico do álcool	727	169.510	1,3
Abuso do Tabaco	3.188	169.510	18,8
Alterações do Metabolismo dos Lípidos	12.007	169.510	70,8
Asma	1.037	169.510	6,1
Bronquite Crónica	691	169.510	4,1
Demência	218	169.510	1,3
Diabetes Mellitus	8.220	169.510	48,5
Neoplasia Maligna do Cólon e Recto	221	169.510	1,3
Doença do Esófago	391	169.510	2,3
Doença Cardíaca Isquémica	528	169.510	3,1
Hipertensão Arterial	19.742	169.510	116,5
Isquemia Cerebral Transitória	50	169.510	0,3
Acidente Vascular Cerebral	859	169.510	5,1
Osteoartrose do Joelho	1.802	169.510	10,6
Osteoporose	970	169.510	5,7
Perturbações Depressivas	4.297	169.510	25,4
Rinite Alérgica	831	169.510	4,9
Neoplasia Maligna do Colo do Útero	346	169.510	0,4
Neoplasia Maligna do Mama	346	169.510	2,0
Hipertrofia Benigna da Próstata	1.256	169.510	7,4
Obesidade	1.513	169.510	8,9
Excesso de Peso	589	169.510	3,5
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	390	169.510	2,3

4 - NECESSIDADES DE SAÚDE DO ACeS BARCELOS/ESPOSENDE

As necessidades requeridas para reduzir ou eliminar os problemas de saúde de uma população podem ser subdivididas em necessidades de saúde, necessidades de serviços e necessidades de recursos materiais e humanos.

As necessidades de saúde, podem ser definidas como "a diferença entre o estado de saúde de uma população (principais problemas de saúde) e o estado de saúde desejado". O estado de saúde que deveria existir mede-se através das metas e dos indicadores de saúde definidos no PLS e propostos atingir no período 2011/2016.

Para uma melhor compreensão do modo como neste processo de decisão, foram utilizados os critérios acima enunciados, passamos a expor, de um modo mais detalhado, a forma como foram definidos:

- O primeiro critério foi a *magnitude*, tendo sido consideradas para avaliação da dimensão das necessidades de saúde, as taxas de mortalidade específica e as taxas de incidência e de prevalência identificadas nas fontes de recolha de dados;
- O segundo critério consistiu na avaliação de uma das vertentes da *transcendência*, ou seja, na forma como as famílias ou a comunidade valorizam a morbimortalidade nos diferentes grupos etários;
- O terceiro critério consistiu na avaliação da *vulnerabilidade* do problema de saúde à prevenção primária e aos rastreios considerados eficientes para diagnóstico precoce.

Embora o Conselho da Comunidade já se encontre formado neste ACeS, devido ao curto espaço de tempo de que dispomos para elaborar o PLS a apresentar na ARS Norte e ao facto de nos encontrarmos em período de férias, foi decidido por consenso que a primeira etapa da priorização dos problemas e identificação das principais necessidades de saúde seria efectuada por profissionais da USP, por uma enfermeira da UCC, por um médico de família e um interno do ano comum que se encontra a estagiar neste ACeS. A segunda etapa será efectuada durante o próximo mês de Outubro ou Novembro após uma reunião a realizar entre o Director Executivo, o Conselho Clínico e os Coordenadores das USF e USCP, durante a qual será apresentado o PLS.

Uma vez constituído o grupo responsável pela priorização, foi-lhe entregue a listagem de mortalidades e morbilidades específicas ocorridas no ACeS, entre 2005 e 2010, a definição dos critérios utilizados (magnitude, transcendência e vulnerabilidade) e uma tabela para priorização das necessidades de saúde (Anexo I).

De acordo com estes critérios, os problemas priorizados foram, por ordem decrescente, a mortalidade antes dos 65 anos por doenças cerebrovasculares, tumor maligno do pulmão, tumor maligno do cólon e recto, cardiopatia isquémica e diabetes mellitus e a prevalência da hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes mellitus. Como esta patologia já tinha sido seleccionada como causa de morte antes dos 65 anos e a hipertensão arterial e as dislipidemias são factores de risco da mortalidade por doenças cerebrovasculares e cardiopatias isquémicas, passamos a considerar a tuberculose pulmonar, como a primeira causa de morbilidade, devido em grande parte ao aumento do número de casos registados neste ACeS em 2010 (quadro III).

Quadro III - Priorização dos problemas de saúde da população no ACeS Barcelos/Esposende - 2011

PROBLEMAS DE SAÚDE	SUBTOTALS										PRIORIDADES
Mortalidade Doenças Cerebrovasculares	24	22	22	25	24	30	24	28	23	22	244
Mortalidade do Cancro do Pulmão	22	27	24	20	25	21	24	28	25	27	243
Mortalidade do Cancro do Cólon e Recto	24	26	23	23	26	22	20	24	24	25	237
Mortalidade por Cardiopatia Isquémica	23	24	19	20	21	22	15	22	19	23	208
Mortalidade por Diabetes Mellitus	24	26	24	18	22	12	14	17	23	24	204
Prevalência da Hipertensão Arterial	23	25	25	13	24	25	22	22	26	21	226
Prevalência da Diabetes Mellitus	24	25	17	12	24	25	19	18	24	23	211
Prevalência das Dislipidemias	19	25	20	12	19	25	21	19	20	20	200
Incidência da Tuberculose Pulmonar	16	20	24	13	19	18	22	20	18	23	193

5 - IDENTIFICAÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE

Entende-se por determinantes da saúde os factores que alteram a probabilidade de ocorrência de doença ou morte evitável ou prematura. Os determinantes da saúde podem ser classificados em demográfico-sociais, económicos, biológicos ou endógenos, ambientais, estilos de vida e sistema de cuidados de saúde. Para a medição dos factores determinantes da saúde de uma população utilizamos as medidas adequadas ao determinante em causa (por exemplo, prevalência de obesidade, incidência de tuberculose, mortalidade por cancro do cólon, cobertura vacinal, demora média de tratamento de tuberculose, percentagem de abandonos de terapêutica da tuberculose, razão entre os diabéticos controlados e os não controlados, etc.). Os determinantes da saúde podem aumentar (factores de risco) ou diminuir (factores de protecção) a probabilidade de ocorrência de um acontecimento geralmente indesejado, seja de uma doença ou morte, no decurso de um determinado período de tempo.

A partir desta definição e atendendo à priorização das mortalidades e morbilidades ocorridas neste ACeS, no período compreendido entre 2005 e 2010, o passo seguinte consiste na identificação dos principais determinantes de cada um dos problemas de saúde.

1. Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares e Cardiopatia Isquémica:

- Idade e sexo;
- Diabetes Mellitus (a redução de 1% da taxa de glicose e a sua manutenção no diabético evita as complicações mais frequentes);
- Hipertensão Arterial (aumenta o risco de formação de placas de ateroma e de rotura vascular);
- Dislipidemias;
- Tabagismo;
- Obesidade (aumenta o risco de sofrer de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias);
- Alcoolismo;
- Dieta pobre em frutas;

- Stress psicossocial;
- Sedentarismo (por cada 2 horas de inactividade aumenta em mais de 20% o risco de ser obeso e em 10% de se tornar diabético);
- Actividade física regular (por exemplo, caminhar pelo menos 30 minutos, durante cinco dias da semana).

2. Mortalidade por Cancro do Pulmão

- Tabagismo: Fumar é o principal factor de risco para o cancro do pulmão. Cerca de 87% das mortes por cancro do pulmão estão relacionadas com o tabaco. O risco de desenvolver cancro do pulmão nos fumadores é várias vezes superior ao dos não fumadores. Quanto maior a quantidade e o número de anos que se fuma, maior é o risco. A profundidade da inalação do fumo também pode ter importância. O fumo do tabaco contém várias substâncias carcinogénicas, que com o tempo vão danificando os pulmões, e levam ao aparecimento do cancro.
- Radão: O radão é um gás radioactivo, invisível e sem cheiro que resulta da degradação do urânio existente em algumas rochas e solos de determinadas regiões. Os dados mostram que é o segundo factor de risco mais importante nos fumadores e nos não fumadores parece ser o primeiro. Mesmo assim é muito inferior ao do tabaco.
- As radiações ionizantes são uma forma de energia que inclui o grupo das radiações electromagnéticas de baixo comprimento de onda e alta-frequência, como os raios-x (usados no diagnóstico radiológico), e a radiação gama (usada no tratamento de radioterapia de diferentes tipos de tumores). Existe, ainda, a radiação alfa (núcleos de átomos de hélio com dois prótons e dois neutrões) e os raios beta (feixes de electrões).
- O risco de provocar cancro parece ser maior se uma dose de radiação for acumulada durante um curto intervalo de tempo, comparativamente à acumulação durante longos períodos. Em termos gerais, o cancro provocado pelas radiações (radiogénico) é

pouco frequente, sendo responsável por menos de 30 casos anuais de cancro, por cada milhão de pessoas.

- No nosso organismo, quase todos os órgãos são vulneráveis aos efeitos carcinogénicos da radiação, embora os tecidos mais radiosensíveis sejam a medula óssea, as glândulas mamárias e a tiróide.
- Os efeitos carcinogénicos dos campos electromagnéticos, provocados por aparelhos eléctricos nas casas (ex: televisões, ecrãs de computadores, telefones celulares) e linhas de alta tensão, continuam a não estar provados e são controversos.
- Asbestos (Amianto): asbestos são fibras derivadas de minerais que existem naturalmente em algumas rochas - como a sílica - e que são usados em certas indústrias. As fibras de asbestos podem libertar-se e quando inaladas aumentam significativamente o risco de cancro do pulmão, para 3 a 4 vezes mais. Este risco demonstrou-se na indústria da construção de navios, minas e de fabrico de amianto usado em fatos anti-fogo, revestimentos e algumas peças de automóveis como os travões.
- Os trabalhadores devem usar o equipamento de protecção adequado e seguir as normas em vigor nas empresas. Actualmente, na generalidade dos países há uma muito reduzida utilização destes produtos, que em muitos casos foram mesmo proibidos. Em algumas casas e edifícios públicos mais antigos ainda existem revestimentos anti-incêndio à base de amianto, mas que não se consideram perigosos a não ser quando são removidos durante obras de renovação, demolição ou por deterioração desses edifícios.
- Os asbestos também estão muito relacionados com outro tipo de cancro, o mesotelioma pleural, que se origina na membrana que envolve os pulmões.
- Poluição: foi identificada, ainda que não esteja bem definida, a possível ligação entre o cancro do pulmão e a exposição a certos poluentes do ar, como os subprodutos da combustão de combustíveis e outros elementos químicos como: arsénio, brenthium, cádmio, sílica e níquel. História pessoal e familiar: uma pessoa que já tenha tido cancro do pulmão tem maior probabilidade de desenvolver um segundo cancro do

pulmão do que as que nunca tiveram. Deixar de fumar, quando o cancro do pulmão é diagnosticado, pode diminuir a probabilidade de desenvolvimento de um segundo cancro do pulmão.

3. Mortalidade por Cancro do Cólon e Recto

- Polipose Adenomatosa Familiar (PAF): é uma doença hereditária, rara. Consiste na formação de centenas de pólipos no tubo digestivo, sobretudo no cólon e no recto; deve-se a uma alteração num gene chamado APC. Se a polipose adenomatosa familiar não for tratada, pode originar cancro colo-rectal, por volta dos 40 anos de idade. A PAF representa menos de 1% dos casos de cancro colo-rectal;
- História pessoal de cancro colo-rectal: quem já teve cancro colo-rectal, pode voltar a desenvolver o mesmo tipo de cancro. As mulheres com história de cancro do ovário, do útero (endométrio) ou da mama apresentam, de alguma forma, risco aumentado de desenvolver cancro colo-rectal;
- Doença de Crohn ou colite ulcerosa: uma pessoa que teve, durante muitos anos, uma doença que causa inflamação do cólon, como a colite ulcerosa ou a doença de Crohn, apresenta risco acrescido de desenvolver cancro colo-rectal;
- Alimentação: alguns estudos sugerem que uma alimentação rica em gorduras, sobretudo gordura animal e pobre em cálcio, folatos e fibras, pode aumentar o risco de cancro colo-rectal. Outros sugerem, ainda, que as pessoas que fazem uma alimentação muito pobre em fruta e legumes podem ter risco acrescido de desenvolver cancro colo-rectal. Faça uma dieta rica em frutas e vegetais. É necessário continuar a investigar de que forma a alimentação contribui para o risco de cancro colo-rectal;
- Tabagismo: os fumadores podem apresentar risco aumentado de desenvolver pólipos e cancro colo-rectal;
- Actividade física e/ou excesso de peso: o sedentarismo e o excesso de peso representam risco aumentado para vários tipos de cancro, como o cancro do cólon.

4. Mortalidade por Diabetes Mellitus:

- Idade maior ou igual a 45 anos;
- História familiar de DM (pais, filhos e irmãos);
- Sedentarismo;
- Alimentação;
- Excesso de peso;
- HDL-c baixo ou triglicédeos elevados;
- Hipertensão arterial;
- Doença coronária;
- DM gestacional prévia;
- Filhos com peso superior a 4 Kg, abortos de repetição ou morte de filhos nos primeiros dias de vida;
- Uso de medicamentos que aumentam a glicose sanguínea (corticosteróides, diuréticos tiazídicos e beta-bloqueadores).

5. Incidência de Tuberculose Pulmonar:

- Idade: mais frequente entre os 20 e os 49 anos;
- Sexo masculino (69%);
- Nível socioeconómico;
- Grau de escolaridade;
- Alimentação;
- Alcoolismo;
- Tabagismo;
- Habitat;
- Qualidade do ar;
- Qualidade da habitação: compartimentos pequenos e sem arejamento natural;
- AIDS e doenças imunossupressoras: apresentam um risco para contrair tuberculose três vezes maior do que os não portadores destas doenças;

- Trabalhadores de pedreiras: risco quatro vezes superior ao dos restantes indivíduos (quadro IV).

Quadro IV - Identificação dos determinantes de saúde

Indicador	Problema	Demográficos	Biológicos	Ambientais	Estilos de Vida	Sistema de Cuidados de Saúde
MORTALIDADE	Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares e Cardiopatia Isquémica	Idade	Sexo	Espaços para actividade física	Alimentação Sedentarismo Stress Tabaco Alcoolismo	Controlo de Hipertensão Controlo de Excesso peso/ Obesidade Controlo da Diabetes Mellitus Controlo das Dislipidemias Controlo Tabagismo/ Alcoolismo
	Mortalidade por Cancro do Pulmão			Qualidade ar Qualidade ar interior Exposição ocupacional	Tabaco Profissão	Consultas de cessação tabágica PELT nas escolas EB23 e Secundárias Proibição de consumo de tabaco nos estabelecimentos de restauração e bebidas
	Mortalidade por Cancro do cólon		Sexo Genéticos	Espaços para actividade física	Alimentação Tabaco Sedentarismo	Rastreio de sangue oculto nas fezes e colonoscopia de 2 em 2 anos dos 50-74 anos; Colonoscopia periódica a doentes de Crohn, Colite Ulcerosa ou Polipose Adenomatosa Familiar
	Mortalidade por Diabetes Mellitus	Idade	Genéticos	Espaços para actividade física	Sedentarismo Alimentação	Controlo da glicemia, da HbA1C, do pé diabético, das dislipidemias, do excesso de peso, da hipertensão, da doença coronária, da retinopatia diabética e insuficiência renal
MORBILIDADE	Incidência de Tuberculose Pulmonar	Idade Género Socio-económicos	Sexo Imunodepressão SIDA	Habitat Exposição ocupacional	Tabaco Alimentação Alcoolismo	Rastreio de contactos Demora média diagnóstico/tratamento Tratamento observado directamente (TOD) Cura de todos os casos bacilíferos Internamento compulsivo em caso de abandono

6 - RECURSOS DA COMUNIDADE

Para a realização de um programa que tenha por objectivo principal o controlo das principais necessidades de saúde da população, seja a nível nacional, regional ou local é necessário que existam recursos materiais, humanos e económicos.

Antes de definirmos os objectivos a concretizar e as metas a atingir relativamente às necessidades de saúde prioritizadas neste ACeS, é necessário verificar se os recursos existentes na comunidade são ou não suficientes para a sua prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação ou reintegração social.

Para isso é necessário identificar os contributos que a saúde pode dar (ACeS, Hospital e Clínicas Privadas), as Autarquias Locais, a Rede Social, as empresas, o Ministério da Educação, os Grupos de Auto-ajuda, os Bombeiros, as forças policiais, o Ministério Público e o Ministério da Saúde que também já contribuiu para a concretização de algumas prioridades (quadro V).

Quadro V - Identificação dos Recursos da Comunidade

NECESSIDADES DE SAÚDE	RECURSO 1		RECURSO 2		RECURSO 3	
	O que existe?	Quem disponibiliza?	O que existe?	Quem disponibiliza?	O que existe?	Quem disponibiliza?
Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares e Cardiopatia Isquémica	Controlo da HTA Controlo do Peso/IMC Controlo da DM Controlo das Dislipidemias	ACeS Hospitais Clínicas Privadas	Espaços para actividade física Controlo do Alcoolismo e Tabagismo	Autarquias Ministério Educação ACeS/Hospitais Clínicas Privadas Ministério da Saúde	PELT (escolas EB23 e Secundárias) PASSE (Cantinas Dos JI e escolas EB1)	ACeS Ministério da Educação Autarquias
Mortalidade por Cancro do Pulmão	Consulta de Cessação Tabágica PELT	ACeS Clínicas Privadas Ministério da Educaçã	SHST	ACeS Hospitais Clínicas Privadas	DL nº 237/2007, de 14 de Agosto (Tabagismo)	Ministério da. Saúde
Mortalidade por Cancro do Cólon	Rastreios (PSO e colonoscopia de 2 em 2 anos entre os 50-70 anos; PASSE (Cantinas dos JI e escolas EB1).	ACeS Hospitais Clínicas Privadas Ministério Educação	PELT (escolas EB23 e Secundárias) Consulta de Cessação Tabágica DL 237/07, de 14/08	ACeS Ministério Educação Ministério da Saúde	Espaços para exercício físico Grupos de Apoio aos Ostomizados	Autarquias ACeS Europacoln Associações/Rede Social Clínicas Privadas
Mortalidade por Diabetes Mellitus	Vigilância do pé Monitorização da HbA1c Controlo Peso Consulta de Nutrição, de Oftalmologia e Nefrologia	ACeS Hospital Clínicas Privadas	Espaços para exercício físico	Autarquias Ministério da Educação	Alimentação PASSE (Cantinas dos JI e escolas EB1).	ACES Autarquias Ministério Educação
Incidência de Tuberculose Pulmonar	Consulta cessação tabágica Rastreo de contactos TOD/cura de bacilíferos Vacinação	ACeS Hospital	Habitação social Etiqueta Respiratória PELT SHST	Autarquias ACeS Clínicas Privadas	Intern. compulsivo Alimentação DL nº 237/2007, de 14 de Agosto	Ministério Público/ ACeS, Lares 3ª idade e empresas com cantina Minisrério da Saúde

7 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

A selecção das estratégias de saúde adoptadas face às necessidades de saúde prioritizadas pretende identificar os processos e as técnicas mais adequadas para reduzir os problemas de saúde, satisfazendo desse modo as necessidades de saúde prioritárias da população.

A estratégia de saúde pode não ser uma estratégia respeitante ao domínio exclusivo dos serviços de saúde. Um exemplo concreto é as doenças gastrointestinais de origem infecciosa em que um dos principais factores de risco é as deficientes condições de abastecimento de água.

Foram as seguintes as estratégias seleccionadas para reduzir as taxas de mortalidade e de morbilidade prioritizadas neste ACeS:

- Mortalidade por doenças cerebrovasculares
- Mortalidade por cancro do pulmão
- Mortalidade por cancro do cólon e do recto
- Mortalidade por cardiopatias isquémicas
- Mortalidade por diabetes mellitus
- Incidência de tuberculose pulmonar

- **Programa de controlo das doenças Cerebrovasculares e Cardiopatias Isquémicas**

☞ Prevenção primária.

1. Redução / eliminação do consumo de tabaco (PELT nas escolas EB23 e secundárias);
2. Aumento do consumo de legumes e frutas e redução do consumo de gorduras saturadas (PASSE nos Jardins Infantis e escolas EB1);
3. Promoção da prática de exercício físico (meios de comunicação social, actividade física nas escolas, formação de Centros culturais e desportivos, criação de Parques Desportivos Municipais, etc.)
4. Participação nos programas escolares sobre os riscos atribuídos ao consumo de álcool.

☞ Prevenção secundária:

1. Desintoxicação alcoólica hospitalar ou clínicas privadas;
2. Apoio da Liga dos Alcoólicos Anónimos para abandono do consumo de álcool;
3. Controlo das dislipidemias e hipertensão arterial;
4. Consulta de cessação tabágica;
5. Tratamento médico ou cirúrgico atempado das cardiopatias isquémicas e enfartes do miocárdio.

☞ Prevenção terciária:

1. Via verde (nos casos de Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT) ou Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), realização de TAC para diagnóstico diferencial entre uma situação hemorrágica ou isquémica);
2. Integração na Rede de Cuidados Continuados de Saúde Integrados nos casos de AVC, com possibilidade de recuperação funcional.

• **Programa de controlo das Neoplasias Pulmonares**

☞ Prevenção primária.

1. Redução/eliminação do consumo de tabaco (PELT nas escolas EB23 e secundárias);
2. Utilização dos meios de protecção individual nos locais de trabalho.

☞ Prevenção Secundária.

1. Consulta de cessação tabágica

• **Programa de controlo das Neoplasias do Cólon e Recto**

☞ Prevenção primária.

1. Redução/eliminação do consumo de tabaco (consulta de cessação tabágica e PELT nas escolas EB2,3);
2. Aumento do consumo de legumes e frutas e redução do consumo de gorduras saturadas e de enchidos fumados (PASSE nos Jardins Infantis, EB1);

3. Promoção da prática de exercício físico (meios de comunicação social, promoção da actividade física nas escolas, formação de Centros culturais e desportivos, etc.)

☞ Prevenção secundária:

1. Rastreio do cancro do cólon por pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO) e realização de colonoscopias de 2 em 2 anos entre os 50-70 anos;
2. Realização de colonoscopias periódicas a portadores de doença de Crohn, colite ulcerosa ou polipose adenomatosa familiar.

☞ Prevenção terciária:

1. Controlo ou substituição das ostomias a doente submetidos a ressecção cirúrgica do cólon ou recto (ACeS, Europacolon, Rede Social, Clínicas Privadas).

• **Programa de controlo da Diabetes Mellitus**

☞ Prevenção primária.

1. Promoção de uma alimentação equilibrada (PASSE nos JI e EB1);
2. Promoção da prática de exercício físico (meios de comunicação social, escolas, Centros culturais e desportivos, etc.).

☞ Prevenção secundária:

1. Controlo da Glicemia e da HbA1C;
2. Consulta de nutrição e de vigilância do pé;
3. Controlo da hipertensão arterial;
4. Controlo da obesidade e das dislipidemias
5. Controlo das cardiopatias isquémicas;
6. Evitar, sempre que possível, a prescrição de fármacos que aumentem a glicose Sanguínea (corticosteróides, diuréticos tiazídicos e agonistas-B)

☞ Prevenção terciária:

1. Indicação das próteses mais adequadas em casos de amputação;
2. Consulta de referência de oftalmologia;

3. Consulta de referência de nefrologia.

- **Programa de controlo da Tuberculose Pulmonar**

- ☞ **Prevenção primária:**

1. Vacinação BCG aos recém-nascidos;
2. Educação da população;
3. PELT nas escolas EB23 e Secundárias;
4. Formação dos profissionais;
5. Utilização de meios de protecção individual nas pedreiras;
6. Mudança de local de trabalho quando o operário contrai silicose pulmonar.

- ☞ **Prevenção secundária:**

1. Informação aos doentes, familiares, colegas de trabalho e outros contactos;
2. Formação dos profissionais;
3. Rastreio de grupos de maior risco (conviventes, prisioneiros, etc.);
4. Vigilância Epidemiológica;
5. Diagnóstico e tratamento precoces;
6. TOD (toma observada directa);
7. Cura de todos os doentes bacilíferos ou com cultura positiva;
8. Controlo dos abandonos de tratamento;
9. Consulta de cessação tabágica.

- ☞ **Prevenção terciária:**

1. Internamento de todos os casos de bacilos resistentes até à negativação;
2. Internamento compulsivo no caso de abandono de tratamento;
1. Tratamentos de longa duração quando adequado.

8 – DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS DE SAÚDE E DOS INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

PROBLEMA/ NECESSIDADE	OBJECTIVOS DE SAÚDE	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO
<p>Diminuição da mortalidade por doenças cerebrovasculares</p>	<p>Objectivo geral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diminuir a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares de 80,3 /100.000 para 75,8/100.000, no período 2001- 2016. <p>Objectivos operacionais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar em 5% o nº de inscritos que frequentam a consulta de cessação tabágica, realizada no ACeS, em 2011; 2. Aumentar em 5% a taxa de sucesso da consulta de cessação tabágica, realizada no ACeS, em 2011; 3. Aumentar a % de JI onde se realiza o PASSE de 66,3% para 68,3%, no ano lectivo de 2011/2012; 4. Aumentar a % de EB1 onde se realiza o PASSE de 71,8% para 73,8%, no ano lectivo de 2011/2012. 5. Aumentar para 95% os Hipertensos com p/menos uma medição da PA, por semestre; 6. Aumentar para 85% os Hipertensos com p/menos um registo de IMC, no ano; 7. Aumentar para 95% os Hipertensos com a vacina antitetânica actualizada; 8. % de Escolas EB2,3 do ACeS abrangidos pelo PELT no ano Lectivo de 2011/2012 = 5%; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nº de óbitos por doenças cerebrovasculares, do grupo etário <65 anos, inscrita no ACeS, em 2016/ população residente no ACeS, em 2016, com menos de 65 anos X 100.000 = 75,8/100.000 2. Nº de escolas EB2,3 onde é realizado o PELT/ Nº total de escolas EB23 e Secundárias existentes no ACeS x 100 = 5%; 3. Nº de utentes inscritos que frequentam a consulta de cessação tabágica, em 2011/nº total de utentes inscritos x 100.000 = 91,8/100.000 4. Nº de utentes inscritos que deixaram de fumar, em 2011/nº total de utentes inscritos que frequentaram a consulta x 100 = 11,5/100.000 5. Nº de JI com PASSE/Nº total de JI existentes no ACeS x 100 = 68,3% 6. Nº de EB1 com PASSE/Nº total de EB1 existentes no ACeS x 100 = 73,8% 7. Nº de hipertensos com pelo menos uma medição da PA, por semestre/Nº total de hipertensos inscritos x 100 = 95% 8. Nº de hipertensos com pelo menos um registo anual de IMC/Nº total de hipertensos inscritos x 100 = 85% 9. Nº de hipertensos com a vacina antitetânica actualizada/Nº total de hipertensos inscritos x 100 = 95%

PROBLEMA/ NECESSIDADE	OBJECTIVOS DE SAÚDE	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO
<p>Diminuição da mortalidade por cancro do Pulmão</p>	<p>Objectivo geral:</p> <p>1. Diminuir a taxa de mortalidade por cancro do pulmão de 38,6/100.000 para 37,9/100.000, no ACeS Barcelos/Esposende no período 2011-2016.</p> <p>Objectivos operacionais:</p> <p>1. Aumentar em 5% o nº de inscritos que frequentam a consulta de cessação tabágica, realizada no ACeS, em 2011;</p> <p>2. Aumentar em 5% a taxa de sucesso da consulta de cessação tabágica, realizada no ACeS, em 2011.</p> <p>3. Percentagem de Escolas EB2,3 e Secundárias, existentes no ACeS, abrangidas pelo PELT, no ano Lectivo de 2011/2012 – 5%.</p>	<p>1. Nº total de óbitos por cancro do pulmão, do grupo etário <65 anos, inscrita no ACeS, em 2016/população total residente no ACeS, com menos de 65 anos, em 2016 X 100.000 = 37,9/100.000</p> <p>1. Nº de utentes inscritos que frequentaram a consulta de cessação tabágica/nº total de utentes inscritos x 100.000, em 2011 = 91,8/100.000;</p> <p>2. Nº de utentes inscritos que frequentaram a consulta e que deixaram de fumar/nº total de utentes inscritos que frequentaram a consulta, em 2011 x 100 = 11,5 %.</p> <p>3. Nº de escolas EB2,3 e Secundárias abrangidas pelo PELT/nº total de escolas existentes no ACeS x 100 = 5%;</p>

PROBLEMA/ NECESSIDADE	OBJECTIVOS DE SAÚDE	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO
<p>Diminuição da mortalidade por cancro do cólon e do recto</p>	<p>Objectivo geral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diminuir a taxa de mortalidade por cancro do cólon de 20,9/100.000 para 20,3/100.000, no grupo etário <65 anos no ACeS Barcelos / Esposende, no período 2011-2016. <p>Objectivos operacionais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar a percentagem de JI abrangidos pelo PASSE de 66,3% para 68,3, no ano Lectivo de 2011/2012; 2. Aumentar a percentagem de EB1 abrangidos pelo PASSE de 71,8% para 73,8%, no ano lectivo de 2011/2012; 4. Percentagem de alunos do 4º ano de escolaridade, com consumo diário de fruta, no ano lectivo de 2011-2012; 5. Percentagem de alunos do 4º ano de escolaridade com consumo diário de legumes, no ano lectivo 2011-2012; 6. Percentagem de alunos do 4º ano de escolaridade que pratica exercício físico diário na escola, no ano lectivo de 2011/2012; 7. Aumentar para 1,6 o nº de utentes inscritos com registo de PSO e colonoscopia de 2 em 2 anos entre os 50-70 anos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nº total de óbitos por cancro do cólon e recto da população inscrita no ACeS, do grupo etário <65 anos de idade, em 2016/população total residente no ACeS, com menos de 65 anos, em 2016 X 100.000 = 20,3/100.000; 1. Nº de JI com PASSE existentes no ACeS/ Nº total de JI existentes no ano lectivo 2011/ 2012 X 100 = 68,3%; 2. Nº de escolas EB1 com PASSE, existentes no ACeS/Nº total de escolas EB1 existentes, no ano lectivo 2011/2012 X 100 = 73,8%; 3. Percentagem de alunos do 4º ano de escolaridade, que consomem diariamente fruta (inquérito); 4. Percentagem de alunos do 4º ano de escolaridade, que consomem diariamente legumes (inquérito); 5. Percentagem de alunos do 4º ano de escolaridade, que praticam diariamente exercício físico (inquérito); 6. Nº de utentes com idade entre os 50-70 anos, com registo de PSO e colonoscopia de 2 em 2 anos/ Nº de utentes com idade entre os 50-70 anos X 100 = 1,6.

PROBLEMA/ NECESSIDADE	OBJECTIVOS DE SAÚDE	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO
<p>Diminuição da Incidência por Tuberculose Pulmonar</p>	<p>Objectivo geral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diminuir a taxa de incidência por tuberculose pulmonar (TP) de 33,1/100.000 para 29,9/100.000, no ACeS Barcelos/Esposende, no período 2011-2016. <p>Objectivos operacionais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar a percentagem de doentes que completam o tratamento para 100%, no ano; 2. Diminuir a demora média entre o diagnóstico e o início do tratamento para 1 dia, no ano; 3. Curar 100% dos doentes bacilíferos ou com cultura positiva, no ano; 4. Tratar por Toma Observada Directamente (TOD) 100% dos doentes bacilíferos, no ano; 5. Evitar que nenhum doente abandone o tratamento, no ano; 6. Manter a cobertura do BCG de crianças < 12 meses em 99%, no ano; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nº de casos novos de Tuberculose, inscritos no ACeS, em 2016/população total residente no ACeS, em 2016 x 100.000 = 29,9/100.000. 2. Nº de casos de TP que completaram o tratamento/Nº total de casos de TP, no ano X 100 = 100%; 3. Nº de casos de TP bacilífera curados/Nº total de casos de TP bacilífera x 100, no ano = 100%; 4. Nº de casos de TP bacilífera tratada por TOD/nº de casos de TP bacilífera tratados,no ano x 100 = 100%; 5. Nº de casos de TP bacilífera que abandonaram o tratamento/nº de casos de TP bacilífera x 100 = 0% 6. Nº de inoculações de BCG em 31.12.2010/nº total de crianças nascidas na coorte de 2010 x 100 = 99%

PROBLEMA/ NECESSIDADE	OBJECTIVOS DE SAÚDE	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO
<p>Diminuição da mortalidade por diabetes mellitus</p>	<p>Objectivo geral:</p> <p>1. Diminuir a taxa de mortalidade por diabetes mellitus de 19,3/100.000 para 18,8/100.000, no grupo etário <65 anos, no período 2001-2016.</p> <p>Objectivos operacionais:</p> <p>1. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas no ano - 90%;</p> <p>2. Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano - 90%;</p> <p>3. Percentagem de diabéticos com pelo menos dois controlos do peso registados no ano - 90%;</p> <p>4. Percentagem de diabéticos com pelo menos uma consulta de retinopatia diabética registada no ano - 90%;</p> <p>5. Percentagem de diabéticos que frequentaram a consulta de nutrição, no ano - 10%;</p>	<p>1. Nº total de diabéticos, inscritos no ACeS, do grupo etário <65 anos, em 2016/população residente no ACeS, com menos de 65 anos, em 2016 X 100.000 = 18,8/100.000</p> <p>2. Nº de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas no ano/nº total de diabéticos inscritos x 100 = 90%;</p> <p>3. Nº de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano/nº total de diabéticos inscritos x 100 = 90%;</p> <p>4. Nº de diabéticos com pelo menos dois controlos do peso registado no ano/nº total de diabéticos inscritos x 100 = 90%;</p> <p>5. Nº de diabéticos com pelo menos uma consulta de retinopatia diabética registada no ano/nº total de diabéticos inscritos x 100 = 90%;</p> <p>6. Nº de diabéticos que frequentaram a consulta de nutrição no ano/nº total de diabéticos inscritos x 100 = 10%</p>

PROBLEMA/ NECESSIDADE	OBJECTIVOS DE SAÚDE	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO
<p>Diminuição da mortalidade por cardiopatia isquémica</p>	<p>Objectivo geral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diminuir a taxa de mortalidade por cardiopatia isquémica da população inscrita no ACeS, do grupo etário <65 anos, de 23,2/100.000 para 21,2/100.000, no período 2011- 2016. <p>Objectivos operacionais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % de escolas EB23 e Secundárias do ACeS abrangidas pelo PELT no ano lectivo de 2011/2012 = 5% 2. Aumentar em 5% o nº de inscritos que frequentam a consulta de cessação tabágica, realizada no ACeS, em 2011; 3. Aumentar em 5% a taxa de sucesso da consulta de cessação tabágica, realizada no ACeS, em 2011; 4. Aumentar a % de JI onde se realiza o PASSE de 66,3% para 68,3%, no ano lectivo de 2011/2012; 5. Aumentar a % de EB1 onde se realiza o PASSE de 71,8% para 73,8%, no ano lectivo de 2011/2012. 6. Aumentar para 95% os Hipertensos com pelo menos uma medição da PA, por semestre; 7. Aumentar para 85% os Hipertensos com p/menos um registo de IMC, no ano; 8. Aumentar para 95% os Hipertensos com a vacina antitetânica actualizada; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nº total de óbitos por cardiopatia Isquémica, da população inscrita no ACeS, com menos de 65 anos, em 2016/ população residente no ACeS, com menos de 65 anos, em 2016 X 100.000 = 21,2/100.000 1. Nº de escolas EB2,3 do ACeS onde é realizado o PELT/Nº total de escolas EB2,3 existentes no ACeS x 100 = 5%; 2. Nº de utentes inscritos que frequentam a consulta de cessação tabágica/nº total de utentes inscritos x 100.000 = 91,9/100.000; 3. Nº de utentes inscritos que deixaram de fumar, no ano/nº total de utentes inscritos que frequentaram a consulta, no ano x 100 = 11,5%; 4. Nº de JI com PASSE/Nº total de JI existentes no ACeS x 100 = 68,3%; 5. Nº de EB1 com PASSE/Nº total de EB1 existentes no ACeS x 100 = 73,8%; 6. Nº de hipertensos com pelo menos uma medição da PA, por semestre/Nº total de hipertensos inscritos x 100 = 95% ; 7. Nº de hipertensos com pelo menos um registo anual de IMC/Nº total de hipertensos inscritos x 100 = 85%; 8. Nº de hipertensos com a vacina antitetânica actualizada/Nº total de hipertensos inscritos x 100 = 95%

9 - COMENTÁRIOS FINAIS

Com o aumento progressivo da esperança de vida nos países desenvolvidos, nos quais nos incluímos, é cada vez mais importante identificar os problemas de saúde que com maior frequência se encontram associados à incapacidade, deficiência e diminuição da esperança de vida saudável.

Apesar da mortalidade por causas específicas representar uma das formas mais directas de identificar as patologias que afectam com maior frequência a população humana os certificados de óbito nem sempre são preenchidos de acordo com a legislação actual. Os acidentes vasculares cerebrais e os enfartes do miocárdio, por exemplo, são muitas vezes registados como causa de óbito, quando na realidade a causa básica de morte foram a hipertensão arterial ou a diabetes mellitus. Esta situação, ao impedir o registo da verdadeira causa básica de morte contribui não só para reduzir a sua importância como fonte de recolha de dados, como para desvalorizar o seu significado médico, jurídico e epidemiológico.

Com a informatização do Serviço Nacional de Saúde e a criação das USF, os Sistemas de pesquisa de informação do SNS tem procurado recolher no SAM informação sobre as patologias que com maior frequência afectam a população inscrita nas equipas de saúde familiar. Embora esta seja uma área promissora para recolha de informação sobre morbidade, credível e com qualidade, ainda é muito cedo para o fazer, uma vez que ainda existe uma enorme discrepância das patologias registadas no SAM em 2009 e 2010, pelos médicos de família. No entanto, podemos afirmar que estamos no caminho certo e que a informatização do SNS se torna cada vez mais importante, não só para facilitar a recolha de dados e avaliação do trabalho das equipas nucleares de saúde, mas também para verificar mais de perto os gastos decorrentes da prescrição terapêutica e da requisição de meios complementares de diagnóstico efectuadas nos Hospitais, Unidades Locais de Saúde e nos ACeS.

Desta forma, podemos afirmar que o PLS deste ACeS ainda está um pouco aquém da realidade, uma vez que a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população

se baseou sobretudo nas taxas de mortalidade e não nas doenças mais prevalentes na comunidade que, além de poderem gerar graves problemas sociais, são muitas vezes causa de deficiência e de diminuição da esperança de vida com qualidade.

ANEXO 1

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES			
Valor da Escala	CRITÉRIO		
	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
0 - 10	Dimensão do problema, quer relativamente à taxa de mortalidade, taxa de incidência ou de prevalência.	Avaliação do impacto económico sofrido pela família e a forma como esta valoriza a morte nos diferentes grupos etários.	Modo como o problema de saúde é sensível à prevenção primária (alimentação, exercício físico, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, habitação, habitat, meio ambiente, etc) e aos rastreios para diagnóstico precoce.

TAXAS DE INCIDÊNCIA/PREVALÊNCIA – 2006/2010

TAXAS DE INCIDÊNCIA/PREVALÊNCIA 1.000	2006	2007	2008	2009	2010
Hipertensão Arterial				80,5	116,5
Dislipidemias				45,7	70,8
Diabetes Mellitus				38,1	48,5
Tuberculose Pulmonar (incidência/100.000)	40,7	33,2	29,4	22,5	33,1

TAXAS DE MORTALIDADE – 2005/2009 (projecção de tendência para 2011)

TAXAS DE MORTALIDADE 100.000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mortalidade Geral	708,9	717,7	678,1	645,6	682,9		
Tumores Malignos	147,3	149,3	166,6	158,7	172,9		
Cancro do Estômago	25,2	24,5	25,0	21,3	25,0	23,1	22,8
Cancro do Pulmão	20,2	21,3	30,7	27,5	36,2	38,6	42,5
Cancro da Próstata	10,1	11,3	6,9	9,4	6,9	6,4	5,6
Cancro do Cólon	11,3	13,8	12,5	15,6	20,6	20,9	22,9
Cancro da Mama Feminino	6,3	7,5	11,3	10,0	11,0	12,8	14,0
Doenças Cerebrovasculares	128,4	114,8	114,6	108,7	82,4	80,3	70,5
Acidentes de Transporte	20,2	8,8	6,3	11,3	7,5	4,0	1,7
Lesões Auto-provocadas	4,4	0,0	5,0	3,4	3,8	4,0	4,2
Pneumonia	33,4	32,6	33,8	20,6	26,8	21,9	19,3
Cardiopatía Isquémica	29,0	33,3	20,0	26,3	26,2	23,2	21,9
Doenças Crónicas do Fígado	19,5	17,6	14,4	13,8	19,4	15,7	15,3
Diabetes Mellitus	20,8	16,3	16,9	13,8	23,7	19,3	19,6
SIDA	1,9	0,0	1,9	0,0	1,9	1,4	1,4
Mortalidade Infantil	4,8	4	3,5	3,4	3,1		
Mortalidade Neonatal Total	2,7	2,2	2,5	2,6	2		
Mortalidade Neonatal Precoce	2,3	1,8	1,9	1,7	1,1		
Mortalidade Perinatal	3,7	2,8	3,1	2,8	3,1		

PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE													
Taxas de Mortalidade, Taxas de incidência/prevalência	CRITÉRIOS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Mortalidade por cancro do Estômago/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por cancro do Pulmão/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por cancro da Próstata/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por cancro do Cólon/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por cancro da Mama/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por Acidentes de Transporte/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												

Taxas de Mortalidade, Taxas de incidência / prevalência	CRITÉRIOS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Mortalidade por Lesões Auto-provocadas/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por Pneumonia/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por Cardiopatia Isquémica/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por D. Crónicas do Fígado/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por Diabetes Mellitus/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade por SIDA/100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade Infantil (1000)	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade Neonatal Total (1000)	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												

Taxas de Mortalidade, Taxas de incidência / prevalência	CRITÉRIOS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Mortalidade Neonatal Precoce (1000)	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Mortalidade Perinatal (1000)	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Hipertensão Arterial (prevalência/1000)	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Dislipidemias (prevalência/1000)	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Diabetes Mellitus (prevalência/1000)	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												
Tx Incidência por Tuberculose Pulmonar/ 100.000	Magnitude												
	Transcendência												
	Vulnerabilidade												
	SUBTOTAL												