

Plano Local de Saúde

ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul

2011-2016

Revisão maio 2015

Autoria: Unidade de Saúde Pública do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul

E-mail de contacto: asparedes@csparedes.min-saude.pt

Índice geral

Introdução.....	1
Metodologia.....	2
Principais problemas de saúde	3
Priorização das necessidades de saúde	5
Determinantes de Saúde	8
Recursos e estratégias de saúde	10
Objectivos de saúde e metas	12
Recomendações para a operacionalização.....	16
Monitorização e acompanhamento.....	17
Anexos.....	19

Índice de tabelas

Tabela 1. Critérios de priorização de problemas de saúde e respectiva valoração.....	2
Tabela 2. Problemas de saúde identificados do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul.....	5
Tabela 3. Priorização de problemas de saúde do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul.	6
Tabela 4. Carga de doença em DALYs atribuível aos 10 principais factores de risco estudados e respectivo peso no total, para a região Norte de Portugal, por sexo	8
Tabela 5. Principais problemas de saúde da população do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul e seus determinantes.....	9
Tabela 6. Identificação dos recursos e estratégias de saúde para as principais necessidades de saúde da população do ACES	11
Tabela 7. Objectivos de saúde e indicadores.....	13
Tabela 8. Determinantes de saúde - resultados obtidos	15
Tabela 9. Indicadores de impacto e de actividade utilizados para avaliação do cumprimento de objectivos.....	18

Lista de siglas e abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACES VSS	ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul
ARS	Administração Regional de Saúde
DALY	Disability Adjusted Life Year
DE	Diretor Executivo
DL	Decreto-Lei
IpC	Indicador <i>per Capita</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRNS	Plano Regional Saúde Norte
PRS	Plano Regional de Saúde
TIP	Taxa Internamento Padronizada
TMP	Taxa Mortalidade Padronizada
UCC	Unidade Cuidados Continuados
UE	União Europeia
UF	Unidades Funcionais
USP	Unidade de Saúde Pública

Introdução

O planeamento em saúde é entendido como “a racionalização na **utilização de recursos escassos** com vista a atingir os **objectivos fixados**, no âmbito de **problemas de saúde** identificados como **prioritários**, implicando a **coordenação de esforços** dos vários sectores sócio-económicos”.

Neste contexto, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) elabora regularmente o Plano Nacional de Saúde (PNS), um instrumento orientador onde são definidas as estratégias que permitirão maximizar ganhos em saúde de forma eficiente e enquadrar a actuação dos diversos actores que intervêm directa e indirectamente na política de saúde.

O Plano Local de Saúde (PLS), com um âmbito centrado na população do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), é um documento mais operacional, adaptado às necessidades da saúde específicas dessa população. No PLS definem-se objectivos, estratégias e orientações que irão “guiar” a intervenção e possibilitar a obtenção de ganhos em saúde na comunidade local.

O PLS contribui para a construção da visão estratégica do ACES, servindo de suporte para os Planos de Desempenho e de Actividades e para os Planos de Actividades das suas Unidades Funcionais (UF) ao apontar para as escolhas mais eficientes e mais oportunas. É ainda um instrumento de comunicação interna e externa, que liga os profissionais de saúde à comunidade em que estão inseridos.

O PLS é elaborado sob a coordenação técnica da Unidade de Saúde Pública (USP) do ACES, dada a sua função de observatório local de saúde da população e as competências técnicas específicas que detém na área do planeamento em saúde. No entanto, a sua produção não é exclusiva da USP. O PLS baseia-se nas prioridades e orientações estratégicas definidas a nível nacional (PNS) e a nível regional (PRS) e na valorização dos principais determinantes e problemas da saúde local, na co-responsabilização e co-participação dos cidadãos (plano individual) bem como dos diferentes sectores da sociedade (plano político-institucional).

No PLS priorizam-se os principais problemas e necessidades de saúde da população servida pelo ACES – identificados e quantificados no Diagnóstico de Situação de Saúde por indicadores apropriados –, e definem-se as melhores estratégias para a intervenção.

A monitorização e avaliação do PLS são também responsabilidade da USP, conforme previsto no Decreto-Lei (DL) n.º 81/2009 de 2 de Abril, alterado pelo DL n.º 137/2013 de 7 de Outubro. É nesse enquadramento que se publica este documento, fazendo-se uma revisão do PLS 2011-2016 (aprovado pelo ACES e actualmente em vigor) tendo como base os resultados obtidos até ao momento e os ajustes tidos como necessários a meio deste ciclo.

Metodologia

A metodologia utilizada na produção deste documento reflecte a sequência clássica do planeamento em saúde, um processo cíclico iniciado com a determinação das necessidades de saúde da população e que se reinicia com a avaliação das intervenções implementadas e consequente identificação de novas (ou das mesmas) necessidades em saúde.

Os problemas e as necessidades de saúde foram elencados e descritos utilizando como base o *Diagnóstico da Situação de Saúde* do ACES, um documento actualizado anualmente. Para a priorização foram tomados em consideração os seguintes critérios *major* ou clássicos:

- Critérios de magnitude (dimensão do problema utilizando, sobretudo, indicadores de mortalidade e morbilidade);
- Critérios de transcendência social e económica;
- Critérios de vulnerabilidade (baseados no potencial de ou possibilidade de prevenção e intervenção).

Estes critérios foram valorados de acordo com a escala adaptada de *Imperatori e Giraldes, 1982* (Tabela 1). Na definição de prioridades, foi considerada uma ponderação de um terço para cada critério: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Para além disto, também se consideraram as prioridades definidas no Plano Nacional de Saúde e os critérios de perspectiva geográfica, tendo-se assim em conta assimetrias sub-regionais e nacionais.

2

Tabela 1. Critérios de priorização de problemas de saúde e respectiva valoração.

Valor da escala	Magnitude	Transcendência		Vulnerabilidade
		Social	Económica	
1	Problema não preocupante pelos indicadores de morbilidade e mortalidade	O problema não afecta significativamente a população	Problema sem repercussão económica	Grandes dificuldades práticas ou técnicas na redução do problema
2	Importância média	Afecta parcialmente a população ou grupos importantes	Problemas de efeito médio	Problema redutível mas as medidas ou tecnologias a utilizar são de difícil aplicação
3	Dimensão importante nos indicadores	Afecta toda a população ou grupos importantes	Grande repercussão económica por incapacidade ou perdas de produção	Problema que responde às medidas e tecnologias que se apliquem

De acordo com o Plano de Monitorização e Acompanhamento estabelecido no PLS, apuraram-se os resultados de saúde obtidos até 31 de dezembro de 2014, quantificados nos indicadores de saúde propostos no início do ciclo (2011) e noutros indicadores de actividade e impacto que agora se propõem. Tendo em conta os resultados obtidos e a situação do ACES na região Norte e em Portugal, foram revistos objectivos de saúde e algumas linhas estratégicas a seguir. Este documento é, simultaneamente, uma avaliação dos resultados obtidos até ao momento e uma revisão do PLS que estará em vigor até ao final de 2016.

Principais problemas de saúde

O Agrupamento de Centros de Saúde Tâmega II – Vale do Sousa Sul (ACES VSS), localizado na região de saúde do Norte, integra os concelhos de Castelo de Paiva, Paredes e Penafiel – servindo uma população de cerca de 176 mil habitantes (Censos 2011).

A população do ACES VSS aumentou consistentemente ao longo do último século, embora a taxa de crescimento efectivo se aproxime de zero na última década. A contribuir para este facto estão o envelhecimento da população, que apesar de ainda não ser tão marcado como no restante território nacional segue uma tendência bem evidente (o índice de envelhecimento mais do que duplicou entre 1991 e 2014), a diminuição progressiva das taxas de fecundidade (que se reduziu praticamente a metade entre 1991 e 2014), e saldos migratórios negativos (reflectindo em parte o agravamento das condições socioeconómicas da região). Este padrão permite prever a inversão progressiva da pirâmide etária, com um aumento das classes etárias superiores e consequente agravamento dos índices de dependência à medida que mais indivíduos vão deixando a idade activa.

Globalmente, o nível de saúde da população do ACES VSS tem melhorado, como se pode inferir pela melhoria progressiva dos principais indicadores de desenvolvimento humano – a esperança média de vida à nascença era de 79,8 anos no triénio 2011-13 (mais 4 anos do que em 1996-98), e a taxa de mortalidade infantil foi de apenas 2,8‰ no triénio 2010-12 (contra 5,9‰ em 2001-03). Apesar destas melhorias, a esperança média de vida no ACES VSS continua a ser cerca de um ano inferior à da Região Norte e do Continente.

3

O abastecimento público de água ainda não cobre uma proporção significativa da população, especialmente no concelho de Paredes, onde 30% da população não tem água da rede pública. Apesar de uma melhoria gradual da situação, existem neste concelho muitos sistemas de abastecimento públicos de água – poucos deles credíveis – com prejuízo da qualidade da água para consumo humano.

Do ponto de vista socioeconómico o ACES VSS continua a ter uma situação pior do que a restante região Norte e o Continente, com rendimentos inferiores nos três concelhos da sua área de influência (principalmente no concelho de Castelo de Paiva). A população do ACES, tradicionalmente ligada ao sector secundário das actividades económicas, vai gradualmente transitando para o sector terciário, o que se associa, por um lado, às dificuldades atravessadas pelas indústrias das madeiras (principalmente no concelho de Paredes) e das pedreiras (no concelho de Penafiel) e, por outro, ao aumento da taxa de desemprego (sobretudo no sexo feminino e em Castelo de Paiva). Devido à ocorrência de exposição ocupacional, os trabalhadores em pedreiras têm frequentemente silicose, o que constitui um factor de risco para o desenvolvimento de tuberculose activa.

As doenças do aparelho circulatório (cérebro e cardiovasculares) constituem a causa de morte mais frequente em ambos os sexos e para todas as idades no ACES VSS, sendo a situação semelhante ao que acontece a nível regional e a nível nacional. A doença cerebrovascular (especificamente o Acidente Vascular Cerebral) é a segunda causa de mortalidade prematura (ocorrida antes dos 65 anos) e a maior responsável por anos de vida saudável perdidos por incapacidade ou morte (*disability adjusted life years* – DALY), reflectindo a gravidade dos eventos agudos e as sequelas a médio e longo prazo.

Apesar do peso destas doenças do aparelho circulatório na população, em particular na mais envelhecida, há doenças ou problemas de saúde que ocorrem mais precocemente na vida e que têm mais impacto na saúde da população. Os tumores malignos (especialmente os das vias respiratórias) e as causas externas (especialmente os acidentes de viação) provocam mais frequentemente morte prematura, levando a que, no ACES VSS, se percam proporcionalmente mais anos potenciais de vida por estas causas do que na restante região Norte e Continente.

A “Carga Global da Doença” tem em conta não só os anos de vida perdidos pela morte prematura por essa doença, mas também os anos de vida saudável perdidos pela incapacidade resultante da mesma. Considerando estes componentes, a doença mental (especialmente as perturbações depressivas) e as perturbações devidas ao uso abusivo de álcool passam a constar da lista das mais importantes em termos de impacto na saúde da população. Também a diabetes mellitus, sendo simultaneamente doença e factor de risco para doenças macro e microvasculares, assume destaque no *ranking* das causas que levam a mais anos de vida saudável perdidos.

Em termos de determinantes de saúde (factores que influenciam a probabilidade do aparecimento de doença), assumem particular destaque o consumo de tabaco e a hipertensão arterial (HTA).

Segundo o último Inquérito Nacional de Saúde 2005-06, a prevalência de consumo de tabaco na região norte era de 19,6% em maiores de 15 anos. Na área de influência do ACES VSS, 11% da população inscrita em 2014 foi identificada como fumadora (informação extraída do Sistema de Informação da ARS [SIARS]). No entanto, em estudo desenvolvido pela Unidade de Saúde Pública concluiu-se que 20,5% dos alunos do 12º ano de escolaridade em 2013/14 fumavam – o que levanta a hipótese de os dados extraídos do SIARS ainda subestimarem a situação real.

4

Numa população como a do ACES VSS, em que o envelhecimento da população se associa a uma elevada prevalência de doenças pulmonares crónicas, as pneumonias assumem destaque como importante causa de internamento hospitalar e morte, o que se associa a custos relevantes para o sistema de saúde.

A tuberculose continua a ser um importante problema de saúde no ACES VSS, afectando especialmente o centro-leste do concelho de Penafiel. Nesse concelho estão algumas das freguesias com a mais alta taxa de incidência da Europa, carecendo de especial atenção e mobilização de recursos de saúde e da comunidade.

Priorização das necessidades de saúde

Uma necessidade de saúde é um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, pelo profissional de saúde ou pela comunidade (Pineault, 1989).

Para a identificação das necessidades de saúde da população do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul, analisaram-se os indicadores de mortalidade e morbilidade relativos aos problemas que constam do documento Diagnóstico da Situação de Saúde e que se enumeram na tabela 2.

Tabela 2. Problemas de saúde identificados do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul

Doenças vasculares	Doenças cerebrovasculares
	Doenças cardíacas isquémicas
Tumores malignos	Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões
	Tumor maligno do cólon e recto
	Tumor maligno da mama feminina
	Tumor maligno do estômago
Doenças infecciosas	Pneumonias
	Tuberculose
	VIH/Sida
Doenças respiratórias	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
	Silicose
Problemas atribuíveis ao álcool	Doença crónica do fígado e cirrose
	Acidentes de viação
Doença mental	Distúrbios depressivos
	Suicídio

A definição de prioridades em saúde é fundamental para que se possam desenhar e desenvolver as intervenções em saúde mais oportunas e mais eficientes. Na tabela 3 estão listados aqueles que foram considerados os problemas de saúde mais relevantes no ACES VSS, ordenados de acordo com a sua prioridade.

Tabela 3. Priorização de problemas de saúde do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul.

Prior.	Problema de saúde	M	T		V	TT	TMP 2007-2009	Justificação
			S	E				
1	Doenças cérebro vasculares (DCV)	3	1	1,5	3	8,5	TMP ACES: 116 TMP Norte: 82,7	As DCV são a principal causa de mortalidade em todas as idades e a segunda causa de mortalidade prematura em Portugal e, com valores mais desfavoráveis, no ACES. Foram também identificadas como a 1.ª causa de DALY na região Norte. A DCI tem factores de risco semelhantes e é igualmente fatal e incapacitante, pelo que se considera conjuntamente com a DCV como grande prioridade de saúde do ACES.
	Doença cardíaca isquémica (DCI)	2,5	1	1,5	3	8	TMP ACES: 32,5 TMP Norte: 30,4	
2	Tumor maligno traqueia, brônquios e pulmão (TMTBP)	2,5	1	1,5	3	8	TMP ACES: 29,1 TMP Norte: 25,2	O cancro é simultaneamente a principal causa de morte prematura e a segunda causa de mortalidade em todas as idades. No ACES, o TMTBP é a principal causa de morte por cancro e é muito sensível à diminuição/cessação de exposição ao tabaco.
3	Diabetes mellitus (DM)	3	1	1	3	8	TMP ACES: 22,7 TMP Norte: 22,6	O aumento de incidência de DM tipo 2 relaciona-se principalmente com factores ambientais e comportamentais sensíveis à prevenção primária. É particularmente preocupante o aumento de prevalência da obesidade infantil. Constituindo-se a DM simultaneamente como doença metabólica e como factor de risco para doenças vasculares, é-lhe atribuída muita importância em todos os níveis de prevenção.
4	Tuberculose	2	1,5	1,5	2,5	7,5	TMP ACES: 2,4 TMP Norte: 1,6	Apesar de não se constituir como uma causa <i>major</i> de mortalidade, a tuberculose pulmonar é uma doença infecciosa que põe em risco uma parte importante da população do ACES, com morbilidade significativa e englobando elevados custos sociais e económicos. O ACES VSS (e Penafiel em particular) destaca-se pela negativa na região Norte, com taxas de incidência da ordem dos 50 por 100 000 habitantes (alta incidência), tendo sido identificados vários factores a contribuir para esta realidade.
5	Doenças respiratórias	2	1	1	2	6	TMP ACES: 32,7 TMP Norte: 23,7	As doenças respiratórias, incluindo DPOC e pneumonia, continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência para aumento de prevalência a nível nacional. No ACES, a taxa de mortalidade padronizada é superior à verificada na região Norte, pelo que, apesar de muitas vezes a pneumonia ser um evento final num doente com várias co-morbilidades, se considera uma patologia vulnerável à aplicação de medidas de higiene respiratória.
6	Tumor maligno do estômago	1,5	1	1	2	5,5	TMP ACES: 17,8 TMP Norte: 20,3	A taxa de mortalidade por tumores malignos do aparelho digestivo é menor no ACES no que na restante região Norte, mas, ainda assim, mais mortes seriam evitáveis através de medidas de prevenção primária (diminuição/cessação da exposição ao tabaco) e secundária (diagnóstico precoce - PSOF a partir dos 50 anos).
7	Tumor maligno do cólon e recto	2	1	1	2	6	TMP ACES: 17,2 TMP Norte: 20,2	

Prior.	Problema de saúde	M	T	V	TT	TMP	Justificação
8	Acidentes de viação	1,5	1,5	1	1,5	5,5 TMP ACES: 9,2 TMP Norte: 6,2	O ACES VSS apresenta uma maior taxa de mortalidade por acidentes de viação do que a região Norte, pelo que, apesar da tendência decrescente verificada nos últimos anos, é responsável por uma importante fatia de anos de vida perdidos, por atingir principalmente a população jovem.
9	Tumor maligno da mama	2	1	1	1,5	5,5 TMP ACES: 11,9 TMP Norte: 16,6	O cancro da mama é a principal causa de mortalidade prematura em mulheres e é, mais uma vez, sensível a medidas de prevenção primária e secundária (mamografia bianual em mulheres dos 50 aos 69 anos).
10	Doenças atribuíveis ao álcool	1,5	0,75	1,25	2	5,5 Cirrose TMP ACES: 10,3 TMP Norte: 12,6	Na região Norte, o consumo excessivo de álcool é o terceiro factor de risco com maior carga de doença associado, logo a seguir ao tabaco e à elevação da tensão arterial. As consequências deste consumo verificam-se não na taxa de mortalidade por cirrose e doenças hepáticas crónicas, mas também se associa, por exemplo, a problemas de saúde mental e à diminuição da eficácia do tratamento com tuberculostáticos.
11	Infecção VIH/SIDA	1	0,75	0,75	3	5,5 TMP ACES: 3,2 TMP Norte: 3,9 (PRS, 2009-2011)	A infecção por VIH é uma prioridade no PNS, atendendo às particularidades de transmissão, às consequências sociais e económicas a longo prazo e à grande vulnerabilidade a medidas de controlo. É particularmente importante manter controlada a imunodeficiência por infecção VIH em regiões com tuberculose, até porque esta constitui critério definidor de Sida.
12	Doenças depressivas	2	1	1	1,5	5,5 Suicídio TMP ACES: 5,1 TMP Norte: 4,4 (PRS, 2009-2011)	A proporção estimada de indivíduos com perturbações depressivas no ACES é de 9,5%. Na região Norte, estas perturbações ocupam o 2.º lugar em DALY, reflectindo não só os anos de vida perdidos por suicídio em idade precoce mas, principalmente, os anos vividos com incapacidade. Situação semelhante se prevê neste ACES, pelo que se opta por o considerar como um problema prioritário.

Prior.: prioridade; M: magnitude; T: transcendência; E: económica; S: social; V: vulnerabilidade; TT: total; TMP: Taxa de Mortalidade Padronizada; DALY: *disability adjusted life years* (anos de vida saudável perdidos); PSOF: pesquisa de sangue oculto nas fezes; VIH: vírus da imunodeficiência humana; PNS: Plano Nacional de Saúde

Determinantes de Saúde

À medida que os países se desenvolvem social e economicamente e são realizadas intervenções de saúde pública como a vacinação e medidas sanitárias, os tipos de doença que afectam a população sofrem uma mudança de paradigma das doenças transmissíveis para as doenças não transmissíveis. Identificam-se um conjunto de factores de risco comportamentais comuns a várias doenças não transmissíveis que podem ser modificados, com ganhos para a saúde das populações.

O tabagismo é a primeira causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos e foi identificado como o factor de risco responsável pela maior quantidade de anos de vida saudável perdidos na região Norte (responsável por 11,4% da carga total de doença). A hipertensão arterial (HTA) e o consumo de álcool são responsáveis por 8,1% e 7,6% do total de anos de vida saudável perdidos (DALY), respectivamente. Ainda incluídos nos 10 principais factores de risco, responsáveis por mais anos de vida saudável perdidos na região Norte, encontram-se: excesso de peso/obesidade, elevação do colesterol, drogas ilícitas, inactividade física, baixo consumo de frutas e legumes, sexo desprotegido e deficiência de ferro (Tabela 4).

Tabela 4. Carga de doença em DALYs atribuível aos 10 principais factores de risco estudados e respectivo peso no total, para a região Norte de Portugal, por sexo

Ordem	Ambos os sexos		DALYs		Ordem	Sexo masculino		DALYs		Ordem	Sexo feminino		DALYs	
	Persons	Nº	% total			Males	Nº	% total			Females	Nº	% total	
1	Tabaco <i>Tobacco</i>	53907	11,4		1	Tabaco <i>Tobacco</i>	42809	16,8		1	Tensão arterial elevada <i>High blood pressure</i>	17767	8,2	
2	Tensão arterial elevada <i>High blood pressure</i>	38150	8,1		2	Álcool <i>Alcohol</i>	27521	10,8		2	IMC elevado <i>High BMI</i>	16258	7,5	
3	Álcool <i>Alcohol</i>	35878	7,6		3	Tensão arterial elevada <i>High blood pressure</i>	20383	8,0		3	Tabaco <i>Tobacco</i>	11098	5,1	
4	IMC elevado <i>High BMI</i>	31283	6,6		4	IMC elevado <i>High BMI</i>	15025	5,9		4	Álcool <i>Alcohol</i>	8357	3,8	
5	Colesterol elevado <i>High cholesterol</i>	20170	4,3		5	Colesterol elevado <i>High cholesterol</i>	12041	4,7		5	Colesterol elevado <i>High cholesterol</i>	8129	3,7	
6	Drogas ilícitas <i>Illicit drugs</i>	13225	2,8		6	Drogas ilícitas <i>Illicit drugs</i>	9681	3,8		6	Inactividade física <i>Physical inactivity</i>	5284	2,4	
7	Inactividade física <i>Physical inactivity</i>	11211	2,4		7	Inactividade física <i>Physical inactivity</i>	5927	2,3		7	Drogas ilícitas <i>Illicit drugs</i>	3544	1,6	
8	Baixo consumo frutas e legumes <i>Low fruit and vegetable intake</i>	7550	1,6		8	Baixo consumo frutas e legumes <i>Low fruit and vegetable intake</i>	4911	1,9		8	Sexo Desprotegido <i>Unsafe sex</i>	2841	1,3	
9	Sexo Desprotegido <i>Unsafe sex</i>	6530	1,4		9	Sexo Desprotegido <i>Unsafe sex</i>	3689	1,4		9	Baixo consumo frutas e legumes <i>Low fruit and vegetable intake</i>	2640	1,2	
10	Deficiência de ferro <i>Iron deficiency</i>	2770	0,6		10	ocupacional <i>Occupational airborne</i>	1958	0,8		10	Deficiência de ferro <i>Iron deficiency</i>	1992	0,9	
TOTAL DALY		472.305			TOTAL DALY		254.836			TOTAL DALY		217.469		

Extraído de: Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016, ARS Norte, IP

Da análise dos problemas de saúde, identificam-se um conjunto de determinantes de saúde que lhes estão associados e que são responsáveis por uma grande parte da carga global de doença da nossa população (Tabela 5).

Tabela 5. Principais problemas de saúde da população do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul e seus determinantes.

Problema de saúde	Determinantes			
	Demográficos	Biológicos	Ambientais	Estilos de vida
Doenças vasculares	Envelhecimento populacional	Factores genéticos, idade, sexo, hipertensão, dislipidemia	Espaços para a actividade física, ambientes livres de fumo	Alimentação, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, stress
Tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão	Industrialização	Factores genéticos, idade	Qualidade do ar, ambientes livres de fumo	Tabagismo
Diabetes mellitus	Envelhecimento populacional	Factores genéticos, obesidade, síndrome metabólico	Espaços para a actividade física	Alimentação, alcoolismo, sedentarismo, tabagismo
Tumores malignos do cólon e recto	Oferta alimentar	Factores genéticos, história familiar, idade	Espaços para a actividade física	Ausência de consumo de fibras alimentares, sedentarismo, consumo tabaco e álcool
Tumores malignos da mama	Etnia	Factores genéticos, sexo, história pessoal e familiar	Terapêutica hormonal	Amamentação
Tuberculose	Factores sócio-económicos, profissão	Co-morbilidades (silicose)	Qualidade do ar, não uso da máscara protectora, pedreiras	Tabagismo, alcoolismo, desemprego, trabalho precário
Pneumonia	Envelhecimento populacional	Co-morbilidades	Qualidade do ar, Inverno	Tabagismo, alcoolismo, DPOC/bronquite crónica

Recursos e estratégias de saúde

A saúde e a sua promoção requerem um trabalho em equipa, pois além dos contributos dos serviços de saúde existentes e dos seus profissionais, pretende-se o contributo da sociedade (cidadãos, associações e organizações). O PNS 2011-2016 reforça a necessidade de articulação e o envolvimento dos serviços de saúde com a comunidade, as estruturas e os recursos e, também na necessidade de envolver o cidadão e organizações representativas dos interesses do cidadão nos processos de decisão em saúde.

A identificação dos recursos da comunidade implica tomar em consideração diferentes tipos de recursos, tais como: indivíduos, instituições, organizações de cidadãos, agências governamentais, recursos físicos e naturais, bem como culturais e de lazer. Assim para cada necessidade de saúde identificou-se os recursos da comunidade conhecidos e que se encontram disponíveis com o objectivo de promover uma cultura de cidadania em saúde, bem como as estratégias de saúde a serem adoptadas baseadas nesses recursos (Tabela 6).

A estratégia local de saúde define-se como o conjunto de metas de saúde capazes de melhorar o estado de saúde da comunidade, num contexto de elevada complexidade. A questão principal definida pelas estratégias de saúde é “ Quais os processos/técnicas mais adequados para reduzir os problemas de saúde ou satisfazer as necessidades de saúde prioritárias da população?”.

Tabela 6. Identificação dos recursos e estratégias de saúde para as principais necessidades de saúde da população do ACES

Necessidades de saúde	Recursos		Estratégias		
	O que existe	Quem disponibiliza?	Prevenção primária	Prevenção secundária	Prevenção Terciária
Menor mortalidade por doenças do aparelho circulatório na população com menos de 65 anos	Escolas com escolhas alimentares saudáveis; Projectos de saúde escolar (PASSE); Circuitos manutenção e equipamentos desportivos; Instituições Sociais das Freguesias da área de influência do ACES VSS; Consultas de cessação tabágica; Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI's).	Agrupamentos escolares; ACES Vale do Sousa Sul; Associações; Autarquia; IPSS's.	Intensificar campanhas de informação estilos de vida saudáveis dirigidas à população geral; Prevenir o Tabagismo; Reduzir o número de pessoas com Excesso de Peso/Obesidade; Aumentar a prática regular de Actividade Física.	Melhorar o diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial, Dislipidemia e Diabetes; Controlar o Tabagismo; Identificar portadores de factores de risco cardiovascular, através da realização do Exame Periódico de Saúde; Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária e ao Acidente Vascular.	Cuidados de reabilitação; Apoio psicossocial.
Menor mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão na população com menos de 65 anos	PELT; Consulta cessação tabágica; Cuidados Paliativos no Domicílio.	ACES VSS; ECCI's; Escolas.	Combate a factor de risco conhecido: Evitar o consumo do tabaco e a exposição ao fumo de tabaco ambiental.	Diagnóstico precoce e tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade.	Reabilitação e reinserção social dos doentes; Apoio psicossocial.
Menor prevalência de diabéticos	Escolas com escolhas alimentares saudáveis; Programas para a saúde; Consulta Pé Diabético.	ACES VSS; CHTS.	Combate aos factores de risco conhecidos.	Diagnóstico precoce e tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade.	Promoção da qualidade dos cuidados de saúde a prestar à pessoa com diabetes.
Menor mortalidade por tumores malignos do cólon e recto	Rasteio adequado; Escolas com escolhas alimentares saudáveis; Projectos de saúde escolar (PASSE); Nutricionista.	ACES VSS; Ministério da Educação; Associações; Autarquia.	Promoção de uma alimentação saudável; Promoção de estilos de vida saudáveis.	Rastreio do CCR nas idades e periodicidade recomendada com base na evidência científica conhecida.	Através da reabilitação e reinserção social dos doentes; Apoio psicossocial.
Menor mortalidade por tumores malignos da mama	Rastreio adequado.	ACES VSS; CHTS.	Promoção de estilos de vida saudáveis.	Diagnóstico e tratamento precoce de casos.	Cuidados de reabilitação; Apoio psicossocial.
Menor taxa de incidência de tuberculose	Segurança no Trabalho; Saúde Ocupacional; Diagnóstico, TOD, Rastreios.	ACES VSS; CDP Penafiel.	Prevenção primária através do combate aos factores de risco conhecidos.	Cumprir estratégia TODS Coordenar as actividades de luta contra a tuberculose com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção pelo VIH/sida.	Cuidados de reabilitação.

ACES VSS: Agrupamento de Centros de Saúde Vale do Sousa Sul; IPSS's: Instituições Particulares de Solidariedade Social; CHTS: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; CDP: Centro de Diagnóstico Pneumológico; PELT: Programa Escolas Livres de Tabaco.

Objectivos de saúde e metas

Para a elaboração de um Plano de Saúde é de extrema importância definir objectivos de Saúde. Estes são o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível (metas) de evolução de um problema de saúde, que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou impacto. Os objectivos permitem saber exactamente onde se pretende chegar em termos de saúde, o que é preciso fazer para lá chegar, como e em quanto tempo.

A presente actualização do PLS 2011-2016 refere as metas definidas como expectativas de percurso e de valores a alcançar no próximo ano de 2016, naquilo que pretende ser um contínuo processo de redução das desigualdades e obtenção de ganhos em saúde para a população do ACES. Na Tabela 7 são enunciados os principais objectivos de saúde para cada problema prioritário, os objectivos operacionais para os atingir, os indicadores de impacto e de actividade para os medir e os resultados obtidos no final de 2014. A Tabela 8 completa a anterior, tendo como base os cinco determinantes de saúde mais importantes na região Norte.

É importante referir que vários dos valores de referência e resultados apresentados poderão estar subestimados, como é o exemplo da prevalência de diabetes, da proporção de fumadores e da proporção de indivíduos com abuso do álcool. Isto pode resultar simultaneamente do sub-diagnóstico/sub-registo no sistema de informação de forma adequada. Ainda assim, observa-se aquilo que aparenta ser um aumento do registo destes determinantes de saúde por maior sensibilização dos profissionais que têm uma tarefa fundamental na recolha de dados fiáveis de saúde da população.

Tabela 7. Objectivos de saúde e indicadores

Problema de saúde	Objectivos de saúde	Valor referência 2011	Objectivos operacionais	Indicadores	Resultados 2014 (SIARS)
DCV	Diminuir TMP por doenças cerebro-vasculares em 20%	TMP ACES: 116 TMP Norte: 82,7 (ARS Norte, webmortalidades, 2007-2009)	Reduzir os factores de risco na população	% doentes com AVC/AIT com antiagregação	45,2%
				% hipertensos com história de AVC e/ou EAM nos últimos 12 meses	1,1%
				Relativos aos determinantes: tabagismo, HTA, dislipidemia, álcool (Tabela 8)	
DCI	Diminuir TMP por doenças cardíacas isquémicas em 20%	TMP ACES: 32,5 TMP Norte: 30,4 (ARS Norte, webmortalidades, 2007-2009)		% doentes com SCA/EAM com antiagregação dupla no primeiro ano após evento	20,9%
				Relativos aos determinantes: tabagismo, HTA, dislipidemia, obesidade (Tabela 8)	
TMTBP	Diminuir TMP por TMTBP	TMP ACES: 29,1 TMP Norte: 25,2 (ARS Norte, webmortalidades, 2007-2009)	Reduzir a proporção de fumadores	Indicadores relativos ao tabagismo (Tabela 8)	
DM	Diminuir TMP por diabetes	12,7%: prevalência total de DM (com e sem diagnóstico) na população dos 20-79 anos 7,2%: prevalência de DM diagnosticada Portugal, 2011 6% utentes com diagnóstico de DM no ACeS (SIARS, 2011)	Aumentar a prevalência de DM diagnosticada	% inscritos com diagnóstico DM tipo 2	5,97%
				% utentes com DM diagnosticada	7%
			Diminuir a proporção dos factores de risco para diabetes (síndrome metabólica)	% diabéticos com acompanhamento adequado	52,53%
				% diabéticos com última HbA1C <8%	68,8%
				% diabéticos vigiados com úlcera activa no pé	8,94%
				% diabéticos com exame oftalmológico no último ano	64,7%
			Garantir um bom controlo glicémico nos diabéticos (prevenção secundária)	% diabéticos com exame pés no último ano	87,7%
				% DM2 com compromisso vigilância	82,2%
	% utentes com diabetes, com idade < 65 anos, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5 %	39,7%			
TB	Diminuir taxa de incidência de tuberculose para <40 casos por 100 mil habitantes; Reduzir proporção de casos com internamento para <50%	Taxa de incidência TP: 41,1/100 000 habitantes (USP, 2012)	Sucesso terapêutico em 85% dos indivíduos	Taxa de notificação de tuberculose	39/100 000 habitantes (USP, 2014)
			Proporção de recidivas <10%	% de doentes com tuberculose diagnosticados com tratamento completo	92,2% (SVIG, 2013)
				% doentes com tuberculose que são recidivas	7,5% (SVIG, 2014)
			Proporção de casos hospitalizados <10%	% casos notificados com internamento (1 dia ou mais)	10,4%

Doenças respiratórias	Reduzir taxa de internamento padronizada por pneumonia em 30%	Pneumonia TMP ACES: 32,7 TMP Norte: 23,7 (ARS Norte, webmortalidades, 2007-2009)	Identificar utentes com DPOC e asma	% inscritos com diagnóstico de DPOC	1,3%
				% inscritos com diagnóstico de asma	2,1%
				Indicadores relativos ao tabagismo (Tabela 8)	
TMCR	Reduzir TMP TMCR	TMP ACES: 17,2 TMP Norte: 20,2 (ARS Norte, webmortalidades, 2007-2009)	Incluir 80% população 50-79 anos no rastreio CCR	% utentes 50-75 com rastreio CCR adequado	55,29%
Acidentes viação	Reduzir TMP por acidentes de viação em 30% (para valores semelhantes à restante r. Norte)	TMP ACES: 9,2 TMP Norte: 6,2 (ARS Norte, webmortalidades, 2007-2009)	Efectuar acções de formação nos agrupamentos de escola de prevenção rodoviária	TMP por acidentes de viação	
TM mama	Reduzir TMP por TM mama	1% utentes com diagnóstico de TM mama no ACeS (SIARS, 2011)	Garantir uma cobertura de rastreio de 90%	% mulheres 50-70 anos com mamografia nos últimos 2 anos	71,46%
				% utentes com diagnóstico de TM mama	1%
Doenças atribuíveis ao álcool	Reduzir TMP por doenças crónicas do fígado	Cirrose TMP ACES: 10,3 TMP Norte: 12,6 (ARS Norte, webmortalidades, 2007-2009)	Reduzir o consumo excessivo de álcool (Tabela 6)	Indicadores relativos ao álcool (Tabela 8)	
Infecção VIH/SIDA	Reduzir TMP por VIH/Sida	TMP ACES: 3,2 TMP Norte: 3,9 (PRS, 2009-2011) 11 novos casos no ACES em 2011	Reduzir incidência de infecção por VIH	TMP por infecção VIH/Sida	
				Taxa de incidência de VIH/Sida	3 novos casos em 2013
Depressão e saúde mental	Reduzir a TMP por suicídio	Suicídio TMP ACES: 5,1 TMP Norte: 4,4 (PRS, 2009-2011) 10% inscritos com diagnóstico de perturbações depressivas (SIARS, 2013)	Reduzir a prevalência de depressão Fomentar estilos de vida saudáveis Reduzir o consumo de benzodiazepinas	% inscritos com diagnóstico de perturbações depressivas	10%
				% suicídios nos inscritos com diagnóstico de depressão a cumprir terapêutica anti-depressiva	1,65%
				% idosos sem ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos	58,9%

DCV: doença cardiovascular; DCI: doença cardíaca isquémica; TMTBP: tumor maligno traqueia, brônquios e pulmão; DM: Diabetes mellitus; TB: tuberculose; TMCR: tumor maligno do cólon e recto; TMP: taxa de mortalidade padronizada; Fontes: SIARS (Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde do Norte); ARS Norte webmort@lidades; Perfil Regional de Saúde.

Tabela 8. Determinantes de saúde - resultados obtidos

Determinantes saúde	Valores referência 2011	Objectivos operacionais	Indicadores	Resultados 2014 (SIARS)
Tabagismo	5% de inscritos com registo de consumo de tabaco	Melhorar o registo do consumo de tabaco em consulta	% inscritos com registo de abuso do tabaco (ICPC 2 - P17)	11%
			% utentes com > 14 anos com registo de hábitos tabágicos (2013.047.01 FX)	67,8%
		Diminuir o consumo de tabaco na população	% fumadores com consulta relacionada com tabaco no último ano (2013.048.01 FX)	16,7%
			% alunos 12.º ano que fumam diariamente	20,5% (USP, 2014)
			% alunos abrangidos pelo PELT (Programa de Escolas Livres de Tabaco)	
Hipertensão arterial	Prevalência estimada de HTA na população portuguesa: 42,1% (Cortez-Dias et al, 2009)	Diagnosticar a totalidade de indivíduos com hipertensão arterial	% inscritos com diagnóstico de hipertensão	18%
			% hipertensos com acompanhamento adequado	52,7%
	14,4% inscritos com diagnóstico de hipertensão	Reduzir a prevalência de hipertensão na população	% hipertensos vigiados com idade superior ou igual a 18 anos com TA controlada (<150/90)	59,2%
			% hipertensos com idade inferior a 65 anos com TA controlada (<150/90)	73,9%
	Hipertensos medicados: 39,0%		% hipertensos com história de AVC e/ou EAM nos últimos 12 meses	1,1%
	Hipertensos controlados: 11,2%		% HTA com compromisso de vigilância	85,6%
Álcool	1% utentes com registo de abuso de álcool	Melhorar o registo do consumo de álcool em consulta	% utentes ≥14 anos com registo do consumo de álcool	68,6%
		Reduzir o consumo excessivo de álcool	% inscritos com diagnóstico de abuso do álcool	2%
Excesso de peso/ Obesidade	7% utentes com registo de obesidade	Reduzir a proporção de utentes com excesso de peso/obesidade	% utentes > 14 anos com IMC nos últimos 3 anos	75,7%
			% inscritos com diagnóstico de obesidade	7%
	3% utentes com registo de excesso de peso (pré-obesidade)	Identificar 80% dos indivíduos com excesso de peso/obesidade	% inscritos com diagnóstico de excesso de peso	6%
		Abranger todos os agrupamentos de escolas do ACeS nos programas PASSE	% alunos abrangidos por PASSE	15,7%
Dislipidemias	12% utentes com diagnóstico de alteração do metabolismo dos lípidos	Diagnosticar a totalidade de indivíduos com dislipidemia	% inscritos com diagnóstico de alteração do metabolismo dos lípidos	19%
		Reduzir a prevalência da dislipidemia		
		Realizar controlo adequado aos indivíduos com dislipidemia	% inscritos com <40 anos com diagnóstico de dislipidemias com doseamento do perfil lipídico	9,2%

Recomendações para a operacionalização

O Plano Local de Saúde, enquanto co-produção que envolve toda a população (USP, órgãos de gestão do ACeS, restantes serviços ou unidades funcionais ACeS, outros serviços ou estabelecimentos de saúde e a comunidade), deve resultar num compromisso entre os intervenientes para atingir um nível de saúde desejado.

Numa perspectiva de reunir esforços para obter ganhos em saúde para toda a população do ACES VSS, o Plano Local de Saúde procura ser um documento referência e orientador, que permita uma articulação mais eficaz entre as unidades funcionais e outros serviços de saúde e que promova uma discussão interna regular sobre o desenvolvimento deste Plano. Recomenda-se que os problemas de saúde identificados como prioritários sejam considerados na contratualização e que sejam instituídas práticas de monitorização das actividades e do seu impacto, através do aprimoramento de indicadores de saúde que satisfaçam as reais necessidades da população no seu todo, sem descurar a pessoa em particular.

Para que seja dada uma resposta conjunta adequada no contexto do contacto do utente com os serviços de saúde, devem existir os recursos necessários e um modelo organizativo que assegure uma articulação eficiente entre os diversos níveis de prestação de cuidados. Assim, recomenda-se o reforço das Unidades de Saúde Familiar, assegurando a cobertura integral dos nossos utentes por equipas de Medicina Geral e Familiar, e das Unidades de Cuidados Continuados, de modo a responder à necessidade crescente das famílias, bem como a negociação de procedimentos de referenciação hospitalar mais eficientes e adequados.

Em relação à necessidade de reforçar a articulação dos serviços de saúde com a comunidade e de envolver o cidadão e organizações comunitárias na operacionalização em saúde, reforça-se que devem ser criadas oportunidades para a participação activa destes recursos na discussão pública das necessidades em saúde, na organização da oferta de cuidados, no planeamento de actividades e na avaliação dos ganhos em saúde.

Monitorização e acompanhamento

O Plano Local de Saúde exige a elaboração e implementação de um plano de monitorização e acompanhamento, da responsabilidade da Unidade de Saúde Pública.

A monitorização é o seguimento de rotina dos elementos-chave do desenvolvimento do Plano Local de Saúde, mediante a manutenção de registos, informações periódicas e sistemas de vigilância, e observações nos serviços de saúde. A avaliação é a quantificação periódica da mudança nos resultados alcançados em cada programa ou projecto e permite determinar a eficácia ou a validade de um programa ou projecto específico.

O PLS terá uma avaliação final no ano de 2016, em que será divulgado o grau de cumprimento dos objectivos de saúde, através da análise da evolução dos indicadores de impacto e de actividade definidos (tabela 9), e discutida a sua utilidade e exequibilidade.

Tabela 9. Indicadores de impacto e de actividade utilizados para avaliação do cumprimento de objectivos

Indicadores de impacto	Fonte
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório em todas as idades <ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade padronizada por AVC em todas as idades Taxa de mortalidade padronizada por doença cardíaca isquémica em todas as idades 	
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório < 65 anos <ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos Taxa de mortalidade padronizada por doença cardíaca isquémica antes dos 65 anos 	
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades <ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade padronizada por cancro da traqueia, brônquios e pulmão em todas as idades Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto em todas as idades Taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama em todas as idades Taxa de mortalidade padronizada por cancro do estômago em todas as idades 	ARS Norte webmortalidades
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos antes dos 65 anos <ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade padronizada por cancro da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos Taxa de mortalidade por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos Taxa de mortalidade por cancro da mama antes dos 65 anos Taxa de mortalidade padronizada por cancro do estômago antes dos 65 anos 	
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus em todas as idades	
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus antes dos 65 anos	
Taxa de mortalidade padronizada por pneumonia em todas as idades	
Taxa de mortalidade padronizada por acidentes de veículo a motor antes dos 65 anos	
Proporção de utentes com Hipertensão diagnosticada	SIARS
Proporção de hipertensos com história de AVC e/ou EAM nos últimos 12 meses	SIARS
Proporção de utentes com Diabetes mellitus diagnosticada	SIARS
Proporção de doentes diabéticos com acompanhamento adequado	SIARS
Taxa de incidência de tuberculose	USP
Proporção de doentes diagnosticados com tuberculose que completaram tratamento	SVIG
Proporção de doentes com tuberculose que são recidivas	SVIG
Proporção de casos notificados de tuberculose com internamento (1 ou mais dias)	SVIG
Proporção de alunos fumadores no final da escolaridade obrigatória	USP
Proporção de inscritos com diagnóstico de DPOC e asma	SIARS
Proporção de utentes 50-75 anos com rastreio CCR adequado	SIARS
Proporção de mulheres 50-70 anos com mamografia nos últimos 2 anos	SIARS
Proporção de inscritos com diagnóstico de perturbações depressivas	SIARS
Proporção de suicídios nos inscritos com diagnóstico de depressão a cumprir terapêutica anti-depressiva	SIARS
Indicadores de actividade	
Proporção de alunos abrangidos por actividades PASSE, PRESSE, PELT e PNPSO	USP
N.º consultas de cessação tabágica	SIARS
N.º acções de formação nos agrupamentos de escolas em prevenção rodoviária	USP

Anexos

Anexo 1: Carga global de doença: DALY (Disability-Adjusted Life Year) para as principais doenças e respectivo peso no total, para a região Norte, em ambos os sexos e por sexo. Contribuição das componentes YLL (Years of Life Lost) e YLD (Years Lost due to Disability) do DALY para cada doença

Ord	Doença	Ambos os Sexos				Homens		Mulheres	
		DALY				DALY		DALY	
		Nº	% total	% YLL	%YLD	% total	Ord	% total	Ord
1	Doenças cerebrovasculares	36324	7,7	70,7	29,3	7,3	1	8,1	2
2	Episódios depressivos (unipolar)	27145	5,7	0,1	99,9	3,6	5	8,2	1
3	Doença isquémica do coração	17626	3,7	75,7	24,3	4,5	3	2,8	6
4	Diabetes <i>Mellitus</i>	16266	3,4	46,4	53,6	2,9	9	4,1	4
5	Perda de audição	15791	3,3	0,0	100,0	3,1	8	3,7	5
6	Alzheimer e outras demências	15777	3,3	14,8	85,2	2,2	12	4,6	3
7	Perturbações devidas ao abuso de álcool	14949	3,2	4,4	95,6	4,8	2
8	Acidentes de viação	13818	2,9	82,0	18,0	4,3	4	1,4	13
9	Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	13795	2,9	36,0	64,0	3,4	6	2,3	10
10	Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	10714	2,3	97,5	2,5	3,4	7

Machado V, *et al.* Carga Global da Doença na região Norte de Portugal. ARS Norte. Abril 2011.

Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Carga_Global_Doenca_Regiao_Norte_2004.pdf)

[saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Carga_Global_Doenca_Regiao_Norte_2004.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Carga_Global_Doenca_Regiao_Norte_2004.pdf)

Anexo 2: Carga de Doença em DALY atribuível aos 10 principais factores de risco estudados e respectivo peso no total, para a região Norte de Portugal, por sexo

Ordem	Ambos os sexos Persons	DALYs		Ordem	Sexo masculino Males	DALYs		Ordem	Sexo feminino Females	DALYs	
		Nº	% total			Nº	% total			Nº	% total
1	Tabaco <i>Tobacco</i>	53907	11,4	1	Tabaco <i>Tobacco</i>	42809	16,8	1	Tensão arterial elevada <i>High blood pressure</i>	17767	8,2
2	Tensão arterial elevada <i>High blood pressure</i>	38150	8,1	2	Álcool <i>Alcohol</i>	27521	10,8	2	IMC elevado <i>High BMI</i>	16258	7,5
3	Álcool <i>Alcohol</i>	35878	7,6	3	Tensão arterial elevada <i>High blood pressure</i>	20383	8,0	3	Tabaco <i>Tobacco</i>	11098	5,1
4	IMC elevado <i>High BMI</i>	31283	6,6	4	IMC elevado <i>High BMI</i>	15025	5,9	4	Álcool <i>Alcohol</i>	8357	3,8
5	Colesterol elevado <i>High cholesterol</i>	20170	4,3	5	Colesterol elevado <i>High cholesterol</i>	12041	4,7	5	Colesterol elevado <i>High cholesterol</i>	8129	3,7
6	Drogas ilícitas <i>Illicit drugs</i>	13225	2,8	6	Drogas ilícitas <i>Illicit drugs</i>	9681	3,8	6	Inactividade física <i>Physical inactivity</i>	5284	2,4
7	Inactividade física <i>Physical inactivity</i>	11211	2,4	7	Inactividade física <i>Physical inactivity</i>	5927	2,3	7	Drogas ilícitas <i>Illicit drugs</i>	3544	1,6
8	Baixo consumo frutas e legumes <i>Low fruit and vegetable intake</i>	7550	1,6	8	Baixo consumo frutas e legumes <i>Low fruit and vegetable intake</i>	4911	1,9	8	Sexo Desprotegido <i>Unsafe sex</i>	2841	1,3
9	Sexo Desprotegido <i>Unsafe sex</i>	6530	1,4	9	Sexo Desprotegido <i>Unsafe sex</i>	3689	1,4	9	Baixo consumo frutas e legumes <i>Low fruit and vegetable intake</i>	2640	1,2
10	Deficiência de ferro <i>Iron deficiency</i>	2770	0,6	10	ocupacional <i>Occupational airborne</i>	1958	0,8	10	Deficiência de ferro <i>Iron deficiency</i>	1992	0,9
TOTAL DALY		472.305		TOTAL DALY		254.836		TOTAL DALY		217.469	

Lima G, *et al.* Carga da Doença atribuível a factores de risco na Região Norte de Portugal, ARS Norte. Fev. 2013.

Disponível

em:

http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/CargaDoencaAtribui velFactoresRisco_RegiaoNorte_2004.pdf

Anexo 3: Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) por causa de morte, no ACES Vale do Sousa Sul, em ambos os sexos, em todas as idades

Causa de Morte	01-03	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10
Todas as Causas	747,0	710,2	708,6	679,7	675,3	645,7	638,5	631,7
Sinais Sintomas e Achados Anormais Não Classif.	96,1	86,5	94,6	95,2	96,9	83,4	70,5	68,2
Doenças Infecciosas e Parasitárias	11,2	12,3	13,4	14,8	15,5	16,2	14,7	13,8
Tuberculose	2,4	3,0	2,8	2,5	2,4	2,5	2,4	1,7
HIV / sida	3,2	2,7	2,8	3,0	3,8	4,5	3,9	3,7
Tumores Malignos	144,5	146,1	141,2	143,1	135,3	142,6	147,6	156,4
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	2,6	2,4	3,1	3,5	4,5	4,9	4,6	4,0
Tumor Maligno do Esôfago	3,9	3,5	4,2	5,1	4,7	3,2	3,1	2,8
Tumor Maligno do Estômago	16,5	19,6	17,7	19,0	17,0	17,9	17,8	18,5
Tumor Maligno do Cólon e Recto	12,7	12,3	13,8	15,3	16,3	15,5	17,2	18,8
Tumor Maligno do Pâncreas	7,1	7,3	7,8	6,9	7,5	6,5	6,8	6,1
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	26,7	27,8	25,8	24,5	21,9	26,7	29,1	30,2
Tumor Maligno da Mama								
Tumor Maligno do Colo do Útero								
Tumor Maligno da Próstata								
Tumor Maligno da Bexiga	3,7	4,3	3,8	3,4	3,9	4,5	5,1	5,0
TM do Tecido Linfático e Órgãos Hematopoiéticos	11,6	11,9	11,8	11,5	11,1	8,6	7,8	10,0
Doenças Endocrinas, Nutricionais e Metabólicas	31,9	31,8	29,7	24,4	28,0	24,7	27,5	23,4
Diabetes Mellitus	30,9	30,9	28,9	22,7	23,9	20,4	22,7	19,9
Doenças do Aparelho Circulatório	257,5	238,1	235,5	209,5	210,8	194,0	193,0	183,2
Doença Isquêmica do Coração	47,5	45,4	41,5	34,3	33,4	31,8	32,5	30,8
Doenças Cerebrovasculares	162,3	145,0	147,5	131,1	131,4	117,3	116,0	109,0
Doenças do Aparelho Respiratório	90,6	86,4	86,9	88,3	88,6	80,4	74,8	71,3
Pneumonia	54,4	51,9	47,4	46,2	43,0	38,2	32,7	30,0
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)	16,7	15,0	17,4	19,1	18,8	17,1	17,3	18,3
Doenças do Aparelho Digestivo	27,7	29,5	28,3	29,4	30,4	31,4	33,6	31,8
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	13,6	11,2	9,7	9,3	11,0	10,2	10,3	8,7
Causas Externas de Mortalidade	47,8	38,5	35,3	30,4	28,2	30,4	32,3	33,0
Acidentes de Transporte	25,4	15,9	14,9	10,9	8,3	7,4	9,7	11,3
Suicídios e Lesões Autoprovocadas Intencional.	3,8	5,2	5,0	4,6	4,9	5,4	5,2	4,6

Legenda

- A TMP é inferior com **significância estatística**
- A TMP é inferior mas não estatisticamente significativa
- A TMP é superior mas não estatisticamente significativa
- A TMP é superior com **significância estatística**

Referência: Região Norte

Fonte: ARS Norte, DSP – webmort@lidades