



Ministério da Saúde



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



agrupamento
centros de saúde
entre douro e vouga I
feira | arouca



Plano Local de Saúde

**Agrupamento de Centros de Saúde Entre e Vouga I –
Feira/Arouca**

2012-2016

Agrupamento de Centros de Saúde Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca – Plano Local de Saúde 2012-2016

Elaborado pela Unidade de Saúde Pública

Agrupamento de Centros de Saúde Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca
Rua Professor Egas Moniz, n.º 7
4520 Santa Maria da Feira PORTUGAL

Junho de 2012

ÍNDICE

Chave de siglas e abreviaturas	4
Nota Introdutória	5
Metodologia.....	6
Caracterização da Situação de Saúde	7
Principais problemas de saúde.....	21
Recursos e estratégias de saúde.....	27
Objectivos e metas	30
Recomendações para a intervenção.....	32
Plano de monitorização e avaliação (M&A)	35
Anexos.....	39

Chave de siglas e abreviaturas

ACeS Agrupamento de Centros de Saúde

AVC Acidente vascular cerebral

AVPP Anos de Vida Potencialmente Perdidos

ARSN Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

CID-10 Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição

CSP Cuidados de Saúde primários

DALY Disability Adjusted Life Year

INE Instituto Nacional de Estatística

NUTS Nomenclatura das Unidades Territoriais

OMS Organização Mundial da Saúde

PLS Plano Local de Saúde

PNS 2004-2010 Plano Nacional de Saúde 2004-2010

PNS 2011-2016 Plano Nacional de Saúde 2011-2016

PRSN Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010

TMMF Tumor Maligno da Mama Feminina

TMP Taxas de mortalidade geral ou específica padronizada para a idade

USP Unidade de Saúde Pública

VHI/ SIDA Vírus de Imunodeficiência Adquirida/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Nota Introdutória

Nas sociedades desenvolvidas a saúde tornou-se não só um tema dominante nos discursos social e político, como também um objetivo major na vida das pessoas. Num curto espaço histórico de tempo (cerca de 100 anos), uma vida longa e mais saudável tornou-se num facto demográfico, num objetivo da sociedade e numa expectativa pessoal (Kickbusch, I. 2004).

Por outro lado, a evidência científica atual cada vez mais aponta para o facto dos fatores que mais influenciam a saúde das pessoas e das populações se situarem nos domínios social (condições de vida, educação, estilos de vida, entre outros), económico e ambiental.

Portanto, o objetivo e esforço globais de assegurar uma vida longa e saudável para toda a população, tem cada vez mais que se tornar numa responsabilidade partilhada por diferentes sectores, exigindo um esforço ativo por parte dos vários atores da sociedade (começando pelos chamados “cidadãos e cidadãs comuns”) e abrangendo diferentes áreas políticas de intervenção.

A saúde torna-se, assim e cada vez mais, uma coprodução, na qual todas e todos são chamados a ser os seus coprodutores (Harrison, D. 2002).

De igual modo, este ou qualquer outro Plano de Saúde só faz sentido se for encarado como um esforço cooperativo e coprodutivo, no qual os serviços de saúde são um dos seus múltiplos atores, sob pena de se tornar num Plano insustentável e ineficaz.

Os domínios prioritários do PNS 2011-2016, promoção da cidadania, das políticas públicas saudáveis, e equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, requerem parcerias sustentadas e constituem aspetos em que os planos locais de saúde podem ter um lugar privilegiado.

Parcerias locais sustentadas, entre a saúde e os mais significativos atores sociais e económicas, são ingredientes essenciais dos planos locais de saúde.

O presente documento pretende ser estrategicamente orientador, tendo em vista políticas intersectoriais concertadas, com a desejável cooperação interdepartamental, para potenciar as sinergias existentes, por um lado, e o maior impacte global possível, na melhoria da saúde da população, por outro.

Planear pressupõe intervir nas causas dos problemas, basear as decisões de intervenção projetadas na evidência que a cada momento for possível recolher e implementar abordagens integradas, estabelecendo um quadro de ação no domínio dos determinantes da saúde, cuidados de saúde, informação e monitorização.

O presente Plano Local de Saúde ACeS Feira/Arouca 2012-2016 assenta:

- Nas principais necessidades de saúde da(s) população(ões) dos concelhos Feira e Arouca identificadas a partir do diagnóstico da situação de saúde que também está incluído neste documento.
- Nas principais prioridades e orientações estratégicas definidas a nível nacional através do Plano Nacional de Saúde;
- Na mesma visão, princípios e finalidades expressos no atual Plano de Saúde da Região Norte;
- No reconhecimento de que os principais determinantes da saúde se situam nos domínios social, económico e ambiental;
- No pressuposto da coresponsabilização e *coparticipação* dos cidadãos (no plano individual), bem como dos diferentes sectores da sociedade (no plano político-institucional), na intervenção em saúde, na área geográfica do ACeS.

Metodologia

“O Planeamento para a Saúde envolve três tipos de atividades: “*assessment* do estado corrente de saúde, identificação do estado de saúde desejado no futuro e especificação das intervenções e outras atividades que farão as mudanças necessárias ao alcance do estado de saúde desejado.”¹

Para conhecer esse estado corrente de saúde e como 1.º passo no processo lógico do planeamento, apresenta-se uma versão resumida do diagnóstico da situação de saúde da população.

Segue-se a identificação e priorização dos problemas de saúde e a sua objetivação nas principais necessidades em saúde, considerando como necessidade de saúde “ a diferença entre o estado de saúde da população e o estado de saúde desejado e mede-se estimando o desvio entre o real e o desejado” (adaptado de Imperatori, 1993):

O presente PLS parte da identificação e definição das necessidades e problemas de saúde do ACES, não esquecendo as prioridades regionais e nacionais definidas nos atuais PRS e PNS.

Assim, o PLS apresenta também as principais necessidades de saúde do ACES, bem como os seus indicadores-mestre. Tomando como referência a situação atual do ACES e a

¹ (in Rundall, Thomas G. Health Planning and Evaluation. In Last, JM; Wallace RB, eds. Public Health & Preventive Medicine. 13 th ed. New Jersey: Prentice Hall Internacional; 1992)

sua posição face à Região Norte e ao Continente, em relação aos referidos indicadores, estabelece metas para o ano 2016 e para cada um dos indicadores-mestre.

Os aspetos metodológicos mais específicos, como sejam, os relativos à priorização das necessidades em saúde e definição das metas para 2016, serão apresentados nos respetivos capítulos.

No sentido de assegurar, promover e facilitar o envolvimento dos colaboradores do ACES e da sociedade (instituições, organizações e cidadãos) na sua construção, o PLS do ACES em elaboração será divulgado por todas as unidades funcionais do ACES e pelos representantes do Conselho da Comunidade. Uma vez considerados os contributos recebidos, foi elaborada e divulgada a versão final do documento.

O plano de comunicação consistirá na apresentação deste PLS, na sua versão completa, aos profissionais de saúde do ACES, instituições, organizações prestadoras de serviços de saúde que constituem o Conselho da Comunidade.

Uma versão simplificada será utilizada para divulgação pela população do ACES.

Caracterização da Situação de Saúde

Nota Introdutória

O ACES Feira/Arouca é a instituição de saúde que integra os Centros de Saúde de Santa Maria da Feira e Arouca. Tem por população alvo da sua ação a população residente, permanente ou provisoriamente, nos referidos concelhos, as pessoas inscritas nos referidos centros de saúde e os utilizadores esporádicos que o procurem.

O conhecimento das características demográfico-sociais, dos problemas e necessidades de saúde e dos fatores de risco e de proteção da população alvo é elemento essencial do processo de planeamento de uma instituição com as características de um ACES. A análise do diagnóstico da situação de saúde disponível serviu de base à priorização das principais áreas de intervenção, à seleção das estratégias a seguir e à definição dos compromissos a assumir.

Apresenta-se uma breve caracterização demográfico-social da população residente no ACES Feira/Arouca e da população inscrita nos centros de saúde do ACES, pela importância fundamental dos fatores demográficos e sociais como determinantes dos problemas de saúde identificados e do padrão de procura de cuidados de saúde, condicionando, pois, não só as necessidades de saúde como as de serviços e de recursos. São, depois, enunciados os indicadores específicos de saúde disponíveis, numa tentativa de caracterizar os problemas de saúde e os determinantes biológicos, comportamentais e ambientais a priorizar para intervenção.

Para a execução deste documento recorreu-se às seguintes fontes de informação: INE – Estimativas da População Residente; INE – Estatísticas Demográficas; INE – Projeções de População Residente; INE – Estatísticas da Saúde; Direcção-Geral da Saúde; Alto Comissariado da Saúde; Administração Central dos Sistemas de Saúde; Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde do Norte.

Caracterização demográfico – social

Os concelhos de Santa Maria da Feira e Arouca abrangem uma população residente de 161.671 pessoas (dados provisórios dos Censos 2011, elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística). No total da população do ACES, 48,37 % são homens (n= 78.196) e 51,63 % mulheres (n= 83.475).

O concelho de Santa Maria da Feira encontra-se situado na zona mais a norte do distrito de Aveiro e faz parte da Área Metropolitana do Porto desde Janeiro de 2005. Este concelho constitui, juntamente com os concelhos de Arouca, Oliveira de Azeméis, S. João da Madeira e Vale de Cambra, o agrupamento de concelhos de “Entre Douro e Vouga”, segundo o Decreto-Lei no 46/89, de 15/02, da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos.

O concelho de Santa Maria da Feira abrange uma população residente de 139.312 pessoas (dados provisórios dos Censos 2011, elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística), distribuída por trinta e uma freguesias: Lourosa, Argoncilhe, Santa Maria da Feira, Fiães, Escapães, Sanfins, S. João de Ver, Travanca, Fornos, Gião, Lobão, Milheirós de Poiares, Mosteirô, Sanguedo, Caldas de São Jorge, Mozelos, Nogueira da Regedoura, Arrifana, S. Paio de Oleiros, Paços de Brandão, Rio Meão, Santa Maria de Lamas, Souto, Canedo, Louredo, Vale, Espargo, Pigeiros, Vila Maior, Guisande, Romariz. Com uma área de aproximadamente 215,9 km², apresenta uma densidade populacional de 645,26 habitantes por Km², superior em cerca de 14 habitantes por Km² relativamente à observada, no concelho, em 2001.

No total da população do concelho de Santa Maria da Feira, 48,38% são homens (n= 67.396) e 51,62% mulheres (n= 71.916).

Quadro 1 - População residente por freguesia, Santa Maria da Feira, 1991,2001,2011

Freguesias do concelho de Santa Maria da Feira	População residente		
	1991	2001	2011
Argoncilhe	8318	8605	8420
Arrifana	5600	6544	6551
Canedo	4874	5782	6044
Escapães	2979	3028	3309
Espargo	1439	1309	1559
Feira	8231	11040	12511
Fiães	8842	8754	7991
Fornos	2536	2810	3397
Gião	1131	1676	1815
Guisande	1434	1474	1237
Lobão	5043	5761	5483
Louredo	1389	1459	1325
Lourosa	8113	9204	8636
Milheirós de Poiares	2823	3859	3791
Mosteiró	1855	2043	2038
Mozelos	4800	6502	7142
Nogueira da Regedoura	4259	5026	5790
São Paio de Oleiros	3682	4003	4069
Paços de Brandão	4469	4590	4867
Pigeiros	1217	1369	1181
Rio Meão	4324	4688	4931
Romariz	3358	3650	3023
Sanfins	1865	1970	1882
Sanguedo	3154	3542	3600
Santa Maria de Lamas	3900	5120	5073
São João de Ver	6981	8816	10579
Caldas de São Jorge	2199	2728	2716
Souto	4608	4835	4696
Travanca	1873	2201	2242
Vale	1867	2138	1903
Vila Maior	1478	1438	1511

Fonte: INE: Censos 1991, 2011, dados provisórios 2011

O concelho de Arouca situa-se no extremo NE do distrito de Aveiro, está integrado na NUT III do Entre Douro e Vouga e também faz parte da Área Metropolitana do Porto desde Janeiro de 2005.

O concelho de Arouca abrange uma população residente de 22. 359 pessoas (dados provisórios dos Censos 2011, elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística), distribuídas por vinte freguesias: Albergaria da Serra, Alvarenga, Arouca, Burgo, Cabreiros, Canelas, Chave, Covêlo de Paivó, Escariz, Espiunca, Fermêdo, Janarde, Mansores, Moldes, Rossas, Santa Eulália, S. Miguel do Mato, Tropêço, Urrô e Várzea. Com uma área de aproximadamente 327 Km² apresenta uma densidade populacional de 68,38 habitantes por Km² inferior em cerca de 6 habitantes por Km² relativamente à observada, no concelho, em 2001.

No total da população, 48,30% são homens (n= 10.800) e 51,70% mulheres (n= 11.559).

Quadro 2 - População residente por freguesia, Arouca, 1991,2001,2011

Freguesias do concelho de Arouca	População residente		
	1991	2001	2011
Albergaria da Serra	181	140	105
Alvarenga	1637	1368	1223
Arouca	2816	3098	3185
Burgo	2019	2067	1993
Cabreiros	253	186	126
Canelas	861	864	801
Chave	1398	1414	1253
Covelo de Paivó	202	169	103
Escariz	2055	2255	2222
Espiunca	545	477	382
Fermedo	1552	1504	1340
Janarde	254	159	119
Mansores	1125	1155	1081
Moldes	1596	1477	1257
Rossas	1527	1693	1599
Santa Eulália	2132	2339	2253
São Miguel do Mato	851	800	598
Tropeço	1277	1297	1150
Urrô	1068	1206	1029
Várzea	545	559	540

Fonte: INE: Censos 1991, 2011, dados provisórios 2011

Após um período de crescimento de cerca de 15.364 pessoas (10,61%) entre 1991 e 2001, o ACES Feira/Arouca continua a revelar um crescimento populacional. Entre 2001 e 2011 (dados provisórios dos Censos 2011) existiu um acréscimo populacional de residentes de cerca de 1.557 (0,97%).

No ano 2010, o saldo natural no ACES foi de 310 pessoas (taxa de crescimento natural de 0,18%). No concelho de Santa Maria da Feira foi de 321 pessoas (taxa de crescimento natural de 0,21%), no entanto o saldo natural no concelho de Arouca foi negativo -11 (taxa de crescimento natural de -0,05%). Em 2010, o saldo migratório no concelho de Santa Maria da Feira, foi de 572 (taxa de crescimento migratório de 0,38%) e

no concelho de Arouca o saldo migratório foi negativo -129 (taxa de crescimento migratório de -0,55%), pelo que a taxa de crescimento efetivo no concelho de Santa Maria da Feira foi igualmente positiva (0,60%) e no concelho de Arouca foi negativa (-0,60%).

Em 2010, a taxa bruta de natalidade no ACES Feira/Arouca foi de 8,7‰ (nados vivos: 1.500), ligeiramente superior, portanto, ao verificado em 2009 (8,4‰), valor inferior à média nacional (taxa bruta de natalidade Portugal em 2010: 9,5‰).

Em 2010, a taxa bruta de mortalidade no ACES Feira/Arouca foi de 6,9‰, ligeiramente superior, ao verificado em 2009 (6,8‰).

Os quadros seguintes representam a distribuição dos efetivos populacionais por sexo e idade, em 2010.

Quadro 3 - População residente por grupo etário e sexo, Santa Maria da Feira, 2010

Grupos etários (anos)	HM		H		M	
	nº	%	nº	%	nº	%
0 - 4	6504	4,4	3386	4,6	3118	4,1
5 - 9	7938	5,3	4090	5,6	3848	5,1
10 - 14	8506	5,7	4324	5,9	4182	5,5
15 - 19	8619	5,8	4449	6,1	4170	5,5
20 - 24	9101	6,1	4628	6,3	4473	5,9
25 - 29	10026	6,7	4990	6,8	5036	6,6
30 - 34	11109	7,4	5529	7,6	5580	7,3
35 - 39	12109	8,1	5998	8,2	6111	8,0
40 - 44	12293	8,2	6075	8,3	6218	8,2
45 - 49	12728	8,5	6299	8,6	6429	8,4
50 - 54	11054	7,4	5585	7,6	5469	7,2
55 - 59	9412	6,3	4574	6,3	4838	6,4
60 - 64	8071	5,4	3863	5,3	4208	5,5
65 - 69	6620	4,4	3066	4,2	3554	4,7
70 - 74	5752	3,9	2548	3,5	3204	4,2
75 - 79	4567	3,1	1961	2,7	2606	3,4
80 - 84	2913	2,0	1134	1,5	1779	2,3
85 e mais anos	2015	1,3	673	0,9	1342	1,8
Todas as idades	149337		73172		76165	

Fonte: INE, estimativas 2010

O quadro 3 apresenta a distribuição da população residente em Santa Maria da Feira, por sexo e grandes grupos etários, em 2010. Como se pode verificar, a proporção de mulheres é superior à dos homens nos grupos etários apresentados, com exceção dos mais jovens, como seria expectável. Tal como acontece em todo o país o peso relativo do sexo masculino em relação ao feminino vai-se reduzindo à medida que se analisam grupos etários de maior idade. No conjunto de toda a população, predominam as mulheres, numa

relação de 96,1 homens por 100 mulheres, ou, dito de outra forma, 49% da população total são homens e 51% são mulheres.

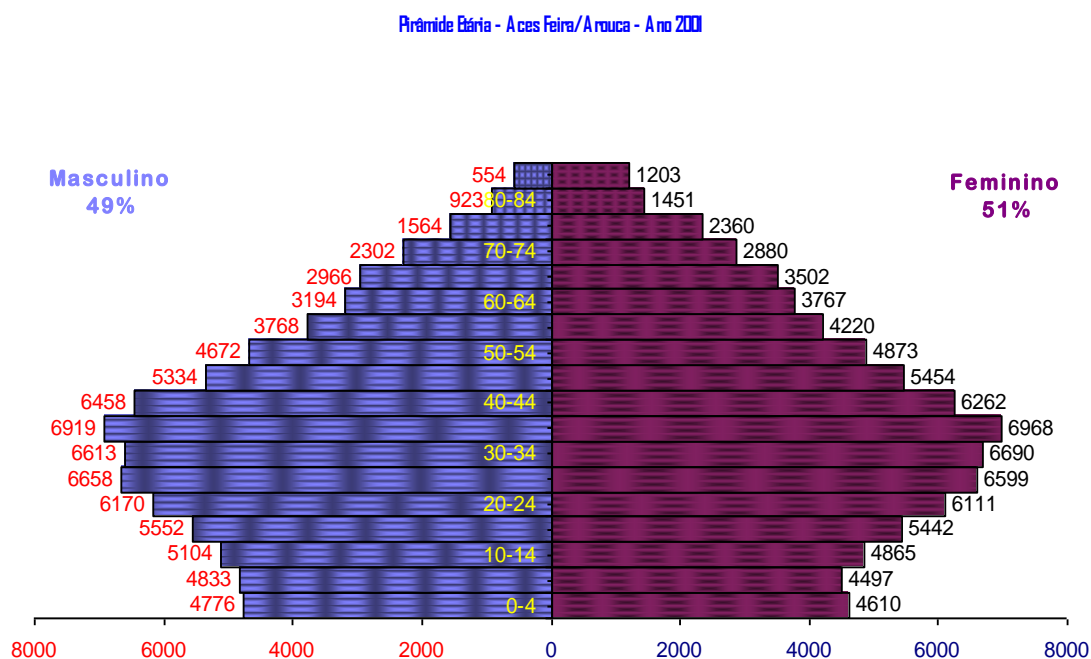
Quadro 4 - População residente por grupo etário e sexo, Arouca 2010

Grupos etários (anos)	HM		H		M	
	nº	%	nº	%	nº	%
0 - 4	1036	4,4	523	4,6	513	4,3
5 - 9	1082	4,6	531	4,6	551	4,6
10 - 14	1301	5,6	645	5,6	656	5,5
15 - 19	1369	5,8	713	6,2	656	5,5
20 - 24	1543	6,6	799	7,0	744	6,2
25 - 29	1865	8,0	953	8,3	912	7,6
30 - 34	2034	8,7	1057	9,2	977	8,2
35 - 39	1883	8,0	961	8,4	922	7,7
40 - 44	1690	7,2	845	7,4	845	7,1
45 - 4	1756	7,5	892	7,8	864	7,2
50 - 5	1516	6,5	768	6,7	748	6,3
55 - 59	1333	5,7	646	5,6	687	5,7
60 - 64	1123	4,8	524	4,6	599	5,0
65 - 69	953	4,1	406	3,5	547	4,6
70 - 74	918	3,9	389	3,4	529	4,4
75 - 79	822	3,5	341	3,0	481	4,0
80 - 84	606	2,6	253	2,2	353	3,0
85 e mais anos	588	2,5	222	1,9	366	3,1
Todas as idades	23418		11468		11950	

Fonte: INE, estimativas 2010

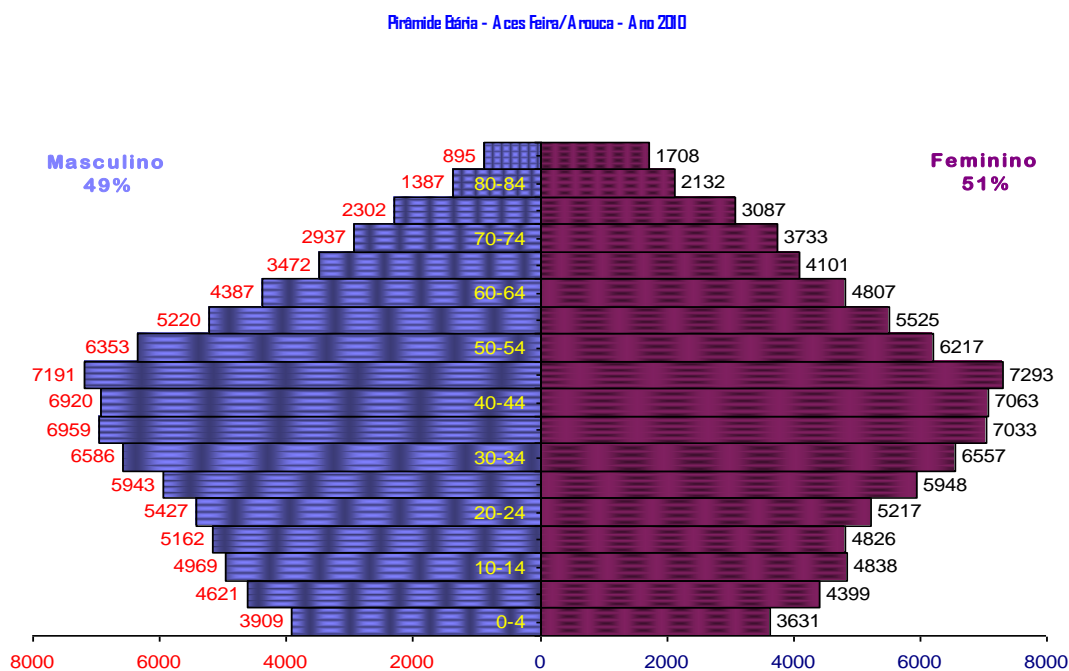
O quadro 4 apresenta a distribuição da população residente em Arouca, por sexo e grupo etário, em 2010. No conjunto de toda a população, o n.º de mulheres é ligeiramente superior ao n.º de homens. A relação de masculinidade para todas as faixas etárias é muito similar, no entanto há uma diminuição mais acentuada nos grupos etários acima dos 55 anos.

Figura 1 - Pirâmide etária do ACES Feira/Arouca, 2001



Fonte: Instituto Nacional de Estatística: População residente, por grupos etários, Censos 2001.

Figura 2 - Pirâmide etária do ACES Feira/Arouca, 2010



Fonte: Instituto Nacional de Estatística: Estimativas de população residente, por grupos etários para 2010

As pirâmides etárias do ACES Feira/Arouca 2001 e 2010, estão representadas nas figuras 1 e 2, respetivamente. Como se pode observar, a base da pirâmide mais recente é mais estreita do que a anterior. Verifica-se uma diminuição de efetivos populacionais até à faixa etária 35-39 o que traduz a diminuição da natalidade neste período.

Por outro lado, o vértice mais alargado em 2010, evidencia a redução da mortalidade evitável e prematura.

Quadro 5 - Variação da população residente no ACES Feira/Arouca entre 2001 e 2011, por grandes grupos etários

Grupos etários (anos)	2001		2011		Variação entre 2001 e 2011	
	n.º	(%) ²	n.º	(%)	n.º	(%) ³
0 - 14	28685	17,9	25505	15,8	-3180	-11,1
15 - 24	23275	14,5	18727	11,6	-4548	-19,5
25 - 64	88449	55,2	92627	57,3	4178	4,7
65 e mais anos	19701	12,3	24812	15,3	5111	25,9
Todas as idades	160110		161671		1561	1,0

Fonte: Instituto Nacional de Estatística: Censos 2001 e dados provisórios Censos 2011, por grupos etários

Entre 2001 e 2011, verificou-se um decréscimo importante do número de crianças, jovens e jovens adultos com idade inferior a 25 anos (-11,1% no grupo de idade inferior a 15 anos; -19,5% no grupo entre os 15 e os 24 anos), enquanto o grupo das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos aumentou 25,9%.

O aumento do peso proporcional dos idosos, grupo que representa parte da população economicamente não-ativa, a par da redução do grupo considerado ativo, tem repercussões importantes no equilíbrio económico e social das comunidades. Estes aspetos são bem evidenciados pela evolução dos índices de dependência, conforme se pode observar no quadro 6.

² A % apresentada diz respeito ao peso proporcional de cada grupo etário no total da população;

³ A % apresentada diz respeito ao peso proporcional de cada grupo etário no total da população;

Quadro 6 - Índices de dependência e índice de envelhecimento observados no ACES Feira/Arouca em 1991, 2001, e 2011

Ano	1991	2001	2011
Índice de dependência dos jovens	32,0	25,7	22,9
Índice de dependência dos idosos	14,8	17,6	22,3
Índice de dependência total	46,8	43,3	45,2
Índice de envelhecimento	41,6	68,7	97,3

Fonte: INE – Censos 1991, 2001 e dados provisórios censos 2011

No que diz respeito à análise do envelhecimento da população, em 2001, por cada 100 jovens residentes no ACES Feira/Arouca, existiam cerca de 68,7 idosos, valor diferente do verificado em 1991, em que o peso dos jovens superava claramente o dos idosos (por cada 100 jovens residentes existiam cerca de 46,4 idosos). Em 2011, o índice de envelhecimento no ACES Feira/Arouca foi de 97,3 idosos por cada 100 jovens, valor mais elevado do que em 2001 (68,7%) mantendo-se sempre inferior ao valor médio nacional (em 2001:104,2% e em 2011: 129%).

O índice de dependência dos jovens no ACES Feira/Arouca diminuiu entre 2001 e 2011 (25,3 para 22,7) e o índice de dependência dos idosos no mesmo período seguiu uma tendência inversa (17,6 para 22,3). Estes dois indicadores apontam no mesmo sentido dos valores a nível nacional.

Outro dado interessante no contexto do envelhecimento da população, é a diferente evolução no n.º de famílias unipessoais com mais de 65 anos nos dois concelhos. No concelho de Arouca houve uma ligeira diminuição de 1991 para 2001 de 0,03 (1991:7,49% e 2001:7,46%) enquanto no concelho de Santa Maria da Feira houve um aumento de 0,89% (1991:4,20 e 2001:5,09%), mantendo-se sempre em valores inferiores aos valores nacionais (a média em 2001 era de 8,79%).

Em resumo, embora discreto, mantém-se o crescimento populacional no ACES Feira/Arouca. Salientamos ainda que o índice de envelhecimento sofreu uma variação positiva de 28,6% entre 2001 e 2011.

Problemas de Saúde e Prioridades para Intervenção

No que respeita ao estado de saúde, o ACES Feira/Arouca tem participado ativamente na extraordinária evolução do nível de saúde da população infantil, o que se pode comprovar pelos indicadores de mortalidade infantil, que têm acompanhado nos últimos anos os indicadores de saúde infantil do Continente (Mortalidade Infantil e Neonatal, 2008-2010: 3,1% e 2,0% respetivamente). No entanto a Região Norte tem

obtido melhores resultados (Mortalidade Infantil e Neonatal, 2008-2010: 2,6% e 1,7% respetivamente).

Quadro 7- Taxa de Mortalidade Infantil e Componentes por triénios, ACES Feira/Arouca, Região Norte e Continente

Local de residência	96-98	97-99	98-00	99-01	00-02	01-03	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL													
Continente	6,2	5,8	5,5	5,2	5,0	4,6	4,3	3,7	3,5	3,4	3,3	3,4	3,1
Região Norte	7,1	6,7	6,3	6,1	5,7	5,2	4,6	4,0	3,7	3,5	3,1	3,1	2,6
ACES Feira/Arouca	7,8	8,1	5,7	5,2	3,3	3,6	2,7	3,4	3,4	3,4	2,8	2,9	3,1
TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL													
Continente	3,9	3,7	3,4	3,2	3,1	2,9	2,8	2,4	2,2	2,1	2,1	2,2	2,0
Região Norte	4,4	4,2	3,9	3,8	3,7	3,3	3,0	2,6	2,3	2,1	1,9	2,0	1,7
ACES Feira/Arouca	4,2	4,7	3,4	3,3	2,4	2,2	2,0	2,1	2,0	1,7	1,3	2,0	2,0
TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE													
Continente	2,8	2,7	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1	1,8	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4
Região Norte	3,3	3,1	2,9	2,9	2,9	2,6	2,3	1,8	1,5	1,4	1,3	1,3	1,2
ACES Feira/Arouca	2,6	2,8	1,9	1,9	1,6	1,3	1,3	1,5	1,4	1,1	0,7	1,8	1,8
TAXA DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL													
Continente	2,3	2,1	2,1	2,0	1,9	1,7	1,4	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1
Região Norte	2,7	2,5	2,3	2,3	2,1	1,9	1,5	1,4	1,4	1,4	1,2	1,2	0,9
ACES Feira/Arouca	3,6	3,3	2,2	1,9	0,9	1,4	0,7	1,3	1,4	1,7	1,5	0,9	1,1
TAXA DE MORTALIDADE FETAL TARDIA													
Continente	4,2	3,9	3,7	3,6	3,5	3,2	3,0	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,6
Região Norte	3,9	3,6	3,5	3,2	2,9	2,7	2,5	2,3	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0
ACES Feira/Arouca	3,3	2,8	3,4	3,1	3,3	2,5	2,2	2,5	2,2	2,7	3,5	3,2	2,7
TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL													
Continente	7,0	6,5	6,3	5,9	5,8	5,4	5,0	4,5	4,4	4,4	4,3	4,2	4,0
Região Norte	7,2	6,7	6,4	6,1	5,8	5,2	4,8	4,1	4,0	3,7	3,5	3,4	3,2
ACES Feira/Arouca	5,9	5,6	5,3	5,0	4,8	3,8	3,5	4,0	3,6	3,8	4,1	5,0	4,5

Fonte: INE

No geral, indicadores de saúde da população infantil disponíveis apontam no sentido de níveis de saúde comparáveis à média nacional, assim como nos adolescentes e jovens, em algumas áreas. Contudo, grandes desafios ainda se impõem.

Quadro 8 - Mortalidade Proporcional (%) no triénio 2007-2009, dos 5 aos 24 anos para os grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos Aces Feira/Arouca

Grandes Grupos de Causa de Morte	5-24 Anos
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	0,0
Tumores Malignos	40,9
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	0,0
Doenças do Aparelho Circulatório	0,0
Doenças do Aparelho Respiratório	0,0
Doenças do Aparelho Digestivo	0,0
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	36,4
Causas Externas de Mortalidade	13,6
Outras Causas de Morte	9,1

Fonte: INE

Quando analisamos a mortalidade para ciclo de vida (5-24 anos), as causas externas de mortalidade representam 13,6%, mesmo não sendo o valor mais significativo, será o primeiro a ter em conta em termos de mortes evitáveis. Este item engloba acidentes de transporte e lesões auto provocadas intencionalmente.

Como problemas de saúde específicos prioritários e determinantes major de intervenção nestes grupos etários, continuam a destacar-se os seguintes:

- Acidentes domésticos e os acidentes de viação (primeiras causas de morte nas crianças e jovens);
- Doenças evitáveis pela vacinação e outras doenças infecciosas eliminadas ou em processo de eliminação (p.e., sífilis congénita), que urge manter em valores nulos de incidência. O estudo da incidência das doenças evitáveis pela vacinação e a avaliação das coberturas vacinais mostram os excelentes resultados já alcançados neste âmbito, a nível global. Contudo, o estudo desagregado por freguesias revela algumas assimetrias.

Entre 2006 a 2011, não foi registado até aos 18 anos nenhum caso de tétano, difteria, sarampo ou poliomielite no ACES Feira/Arouca. No mesmo período, registaram-se 1 caso de Sífilis congénita e de carbúnculo, 2 casos de rubéola e de meningite meningocócica, 5 casos de outras infeções meningocócicas, de tosse convulsa, 5 casos de tuberculose respiratória e uma tuberculose miliar e 13 de parotidite epidémica. A avaliação das coberturas vacinais no final de 2011, mostra que pelo menos 97,64% das crianças tinham PNV atualizado aos 2 anos de idade e 95,84% de crianças com 7 anos se encontravam vacinados de acordo com os esquemas preconizados no Programa Nacional de Vacinação (PNV), assim como 93,80% das que completaram 14 anos.

- Gravidez na adolescência;
- Problemas de saúde oral;
- Toxicodependência, nos jovens;
- Infeções sexualmente transmissíveis (IST), nos jovens;
- Comportamentos protetores da saúde sobretudo através da alimentação adequada e prática adequada de exercício físico;
- Fatores de risco comportamentais, especialmente no que respeita ao consumo de álcool, de tabaco e de outras dependências, à possibilidade de ocorrência de acidentes e à possibilidade de IST;
- Carências do ponto de vista socioeconómico;
- Acessibilidade aos serviços prestadores de cuidados de saúde, nos jovens.

A taxa de mortalidade padronizada no triénio 2007-2009 para todas as idades em ambos os sexos observada no ACES Feira/Arouca mantém-se abaixo da taxa de mortalidade na região Norte e do Continente: entre 2007 e 2009, o risco estimado de morrer no ACES foi de 5,1 óbitos por 1.000 residentes, e o risco médio nacional foi de 6,1 por 1.000. É de realçar a redução do risco de morrer, em cerca de 1,0 por 1.000, entre o triénio 2001-2003 e o triénio 2007-2009 no ACES Feira/Arouca.

No triénio 2007-2009 as principais causas de morte em idade inferior a 65 anos foram os tumores malignos: 62,5%000, as causas externas: 18,2%000, (onde pesam, de forma relevante, os acidentes de viação) e as doenças do aparelho circulatório: 15,4%000.

No que se refere à população de todas as idades para ambos os sexos por grandes grupos de causa de morte, no triénio 2007-2009, as doenças do aparelho circulatório seguidas pelos tumores malignos foram as mais letais. Esta ordem inverte-se na idade prematura (< 65 anos), sendo os tumores malignos a principal causa de morte (ver quadro 9)

Quadro 9 - Mortalidade proporcional (%) para os grandes grupos de causas de morte no triénio 2007-2009, para todas as idades e idade prematura (<65 anos), por sexo, ACES Feira/Arouca

Grandes Grupos de Causa de Morte	Todas as Idades			Idade Prematura		
	HM	H	M	HM	H	M
Algumas Doenças Infeciosas e Parasitárias	1,8	2,1	1,5	4,3	5,3	2,3
Tumores Malignos	24,5	27,6	21,2	39,8	36,6	46,8
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	4,1	3,3	4,9	1,9	1,7	2,3
Doenças do Aparelho Circulatório	29,4	24,7	34,2	9,8	10,4	8,7
Doenças do Aparelho Respiratório	11,8	13,5	10,1	4,9	5,9	2,8
Doenças do Aparelho Digestivo	4,1	4,4	3,7	5,1	4,7	6,0
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	13,4	13,1	13,8	16,4	18,4	11,9
Causas Externas de Mortalidade	4,1	5,3	2,7	11,6	12,5	9,6
Outras Causas de Morte	7,0	6,0	7,9	6,2	4,7	9,6

Fonte: mort@lidades Proporcional

Os tumores malignos foram a principal causa de morte proporcional por ciclo de vida, por grandes grupos, no triénio 2007-2009, dos 5 aos 74 anos. Em idades superiores aos 75 anos estes dão lugar às doenças do aparelho circulatório. As causas externas de mortalidade são a segunda causa de morte entre os 5 e os 44 anos. Para faixas etárias superiores, dos 45 aos 74 as doenças do aparelho circulatório representam a 2.ª causa de morte.

Quando analisamos as taxa brutas de mortalidade no triénio 2007-2009 no ACES Feira/Arouca, encontramos como maiores causas as doenças cerebrovasculares (78,0 por 100.000) e por doença isquémica do coração (40,2 por 100.000), no entanto se nos restringirmos à taxa bruta de mortalidade para pessoas com idade inferior a 65 anos, outras causas se destacam. O quadro x mostra as 10 maiores causas de morte no ACES Feira/Arouca.

Quadro 10 – Mortalidade proporcional (%) no triénio 2007-2009, por ciclos de vida para os grandes grupos de causa de morte, ambos os sexos.

Grandes Grupos de Causa de Morte	5-24 anos	25-44 anos	45-64 anos	65-74 anos	75+ anos
Algumas Doenças Infeciosas e Parasitárias	0,0	7,9	3,4	1,6	1,0
Tumores Malignos	40,9	28,5	44,5	36,5	16,6
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	0,0	0,7	2,2	3,6	4,9
Doenças do Aparelho Circulatório	0,0	4,0	12,4	23,4	37,0
Doenças do Aparelho Respiratório	0,0	5,3	5,2	8,2	14,9
Doenças do Aparelho Digestivo	0,0	6,6	5,0	6,2	3,2
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	36,4	19,2	15,0	11,4	13,0
Causas Externas de Mortalidade	13,6	23,2	8,0	3,8	1,7
Outras Causas de Morte	9,1	4,6	4,4	5,3	7,6

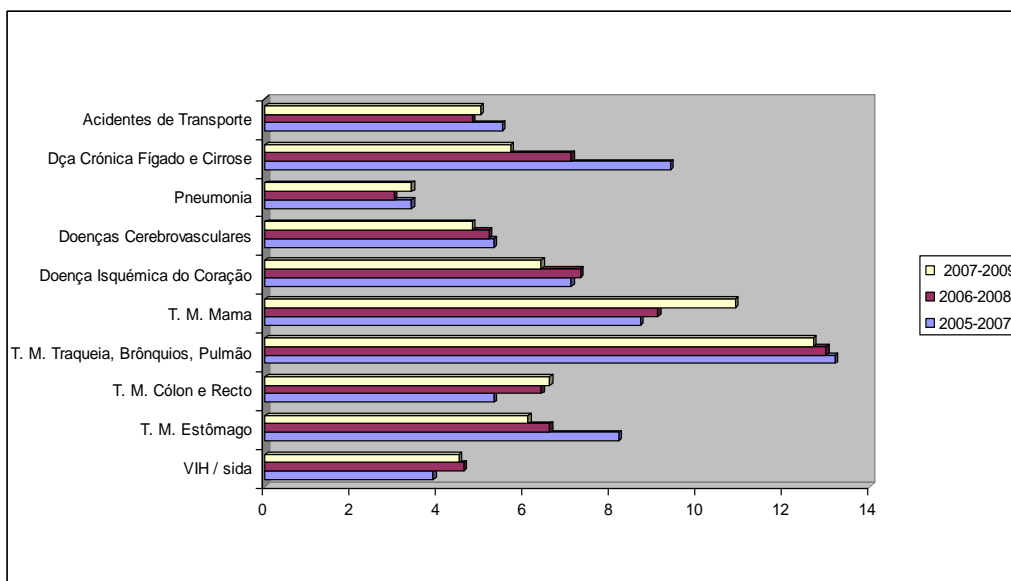
Fonte: Fonte: mort@lidades Proporcional

Quadro 11 – Taxa de Mortalidade Padronizada, por ordem decrescente de valor, por grandes grupos de causa de morte, todas as idades e precoce, no triénio 2007-2009.

	Todas as idades	<65 anos
Causas de morte (TBM)	1 Doenças Cerebrovasculares	Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão
	2 Doença Isquémica do Coração	Tumor maligno da mama
	3 Pneumonia	Tumor Maligno do Cólon e Reto
	4 Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	Doença Isquémica do Coração
	5 Diabetes Mellitus	Tumor Maligno do Estômago
	6 Tumor Maligno do Cólon e Reto	Doença Crónica do Fígado e Cirrose
	7 Tumor Maligno do Estômago	Acidentes de Transporte
	8 Tumor Maligno da mama	Doenças Cerebrovasculares
	9 Tumor Maligno do Tecido Linfático e órgãos hematopoiéticos	VIH/SIDA
	10 Bronquite Crónica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma	Pneumonia

Fonte: mort@lidades.ACeS

Figura 1 - Evolução das taxas brutas de mortalidade antes dos 65 anos pelas 10 maiores causas acima referidas, entre 2005 e 2009, no ACES Feira/Arouca



Fonte: mort@lidades.ACeS

O gráfico 1 mostra a evolução das taxas brutas de mortalidade antes dos 65 anos pelas 10 maiores causas acima referidas, entre 2005 e 2009, no ACES Feira/Arouca.

O risco de morrer precocemente por tumor da mama aumentou em 0,12 por 1.000 mulheres desde 2005 até 2009, apesar de ser a 2.ª causa de morte no triénio 2007-2009. O mesmo aconteceu com o tumor do cólon e reto que, apesar de ter sido a 3.ª maior causa de

morte no triénio 2007-2009, teve um aumento de 0,01 em cada 1.000 pessoas no mesmo período, evidenciando a necessidade de um estudo mais aprofundado dos fatores determinantes dos resultados encontrados. Pelo contrário e apesar de se manter nas 10 primeiras causas de morte precoce no triénio 2007-2009 no ACES Feira/Arouca, o risco de morrer por tumor do estômago e por doença crónica do fígado e cirrose tem vindo a diminuir.

Quando comparados os valores da taxa de mortalidade padronizada pela idade para todas as causas entre o ACES Feira/Arouca e a região Norte, salientamos que a bronquite, enfisema e asma apresentaram valores superiores à região Norte com significância estatística. Também para a doença isquémica do coração se verificaram valores superiores à região Norte mas sem significância estatística.

Da informação disponível relativa ao estado de saúde da população adulta em idades prematuras (< 65 anos), lamentavelmente algo escassa, destacam-se os seguintes problemas de saúde prioritários e determinantes major para intervenção:

- Tumores malignos, principalmente o Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão, o tumor maligno da mama, do cólon e reto e do estômago;
- Doenças cardiovasculares: cerebrovasculares e doença isquémica do coração;
- Causas externas de mortalidade
- Infecção pelo vírus de imunodeficiência humana / Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (VIH/SIDA).
- Infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Dependência do tabaco, do álcool e de drogas de administração endovenosa;
- Instabilidade social e económica;
- Acessibilidade aos serviços prestadores de cuidados de saúde, nos adultos jovens.
- Alimentação e atividade física

Principais problemas de saúde

Um problema de saúde é “um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, o profissional de saúde ou a comunidade” (Pineault, 1989)

Para a identificação dos problemas de saúde da população do ACES Feira/Arouca foram analisados os documentos que nos permitem ter informações desagregadas por ACeS, disponíveis no sítio da internet da ARSNorte:

- Perfil Local de Saúde 2009 ACES Feira/Arouca;

- morbilitad@des.hospitalar (Análise dos internamentos hospitalares na região norte, 2007);
- mort@lidades.evita (Mortalidade evitável uma análise na região norte no período 2001-2005);
- mort@lidades.geres (Mortalidade geral e específica na região norte 2001-2005);
- mort@lidades.infantil (Natalidade, mortalidade infantil e componentes região norte 1996-2009).

Foram ainda analisados os documentos sem desagregação por ACES:

- Medir para Mudar;
- mort@lidades.prop (Mortalidade proporcional);
- Mortalidade evitável: uma análise evolutiva na região norte de Portugal;
- Carga global da doença na região norte de Portugal – Abril 2011;
- Perfil de Saúde Região Norte – edição de 2009.

Analisaram-se os indicadores de mortalidade e morbidade, que constam do presente documento. Em particular, foram analisadas:

- as taxas brutas de mortalidade e morbidade por causas específicas até aos 65 anos, e sua tendência evolutiva;
- as taxas de mortalidade padronizadas (TMP) anuais e plurianuais e a respetivas comparações com a Região Norte para identificação das causas em que o risco de morrer no ACES é significativamente superior ao da Região Norte;
- a mortalidade proporcional por grupos etários, bem como para a mortalidade evitável sensível aos cuidados médicos e sensível à promoção da saúde;
 - os resultados do estudo da Carga Global da Doença na Região Norte, nomeadamente as 15 principais causas com maior carga global de doença na Região Norte de Portugal.

A identificação dos problemas de saúde da população do ACES resulta da análise dos indicadores referidos anteriormente e traduz a magnitude que estes problemas de saúde apresentam na população do concelho e também na Região Norte.

Procurou-se ainda identificar áreas prioritárias suscetíveis de ação pelo serviço de saúde conducentes a ganhos potenciais em saúde. O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (em discussão) propõe, como base da identificação de ganhos potenciais em saúde, a consideração das áreas nas quais existem maiores desigualdades entre níveis. Assim:

- Áreas prioritárias nacionais são identificadas como aquelas em que Portugal se encontra com maior intervalo relativamente a outros países com melhores valores;

- Áreas prioritárias regionais, para uma determinada Região, são aquelas em que uma Região se encontra com um maior intervalo relativamente a outra com melhores valores;

- O mesmo processo se aplica na definição de áreas prioritárias locais, institucionais, utilizando-se como referência a unidade do mesmo nível, equiparável, com melhor valor.

Foram identificados dez problemas saúde passíveis de serem eleitos como problemas de saúde prioritários no ACES. Á “posteriori” aplicou-se uma técnica de consenso, a técnica de comparação por pares; encontrando-se a seguinte ordenação dos problemas identificados:

- ✓ Mortalidade por tumor maligno estômago, em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade;
- ✓ Prevalência de doença oste muscular, em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade;
- ✓ Mortalidade por tumor maligno traqueia, brônquio e pulmões, em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade;
- ✓ Mortalidade por tumor maligno da mama, no sexo feminino, antes dos 65 anos de idade;
- ✓ Mortalidade por doenças crónicas do fígado e cirrose, em ambos os sexos, antes dos 65 anos;
- ✓ Mortalidade por tumor maligno do cólon e reto, em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade;
- ✓ Mortalidade por DPOC, em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade;
- ✓ Mortalidade por doenças cerebrovasculares, em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade;
- ✓ Mortalidade por doença isquémica do coração, em ambos os sexos, antes dos 65 anos de idade;
- ✓ Incidência de VIH/SIDA.

A definição de prioridades em saúde exige a utilização de uma metodologia específica que permite identificar quais os problemas prioritários, ou seja aqueles onde deverão desenvolver-se intervenções oportunas e para os quais se deverá continuar a investigar.

As etapas a seguir na definição de prioridades são: pré-seleção dos problemas; definição dos critérios de decisão; estudo dos problemas à luz dos critérios selecionados, sua classificação ordenada e, finalmente, a análise conjunta da importância do problema e da capacidade de intervenção tendo em consideração os seguintes critérios major ou clássicos:

- Critérios de magnitude (dimensão do problema utilizando, sobretudo, indicadores de mortalidade);

- Critérios de transcendência social (trata-se de uma simples ponderação por grupos, neste caso, grupos etários, de maneira a valorizar as mortes por determinada causa nesses diferentes grupos) e transcendência económica;
- Critérios baseados numa perspetiva de avaliação do potencial de ou possibilidade de prevenção e intervenção, também designado por vulnerabilidade;
- Critérios baseados numa perspetiva de benchmarking (as prioridades e as metas definidas no Plano Nacional de Saúde; as prioridades estratégicas europeias);
- Critérios baseados numa perspetiva demográfica (diferenças de idade e de género), geográfica (assimetrias sub-regionais, nomeadamente com a Região Norte e continente) e de avaliação dos chamados riscos futuros (infeções emergentes: VIH/sida e pandemia de gripe, entre outros);
- Outros critérios: evolução; irreversibilidade do dano; conformidade legal; atitude da população; fatores económicos; conhecimento da relação entre fator de risco e gravidade do problema).

Todo este processo resultou na priorização e seleção dos principais problemas de saúde do ACES e identificação dos principais determinantes.

Quadro 12 – Principais determinantes dos problemas de saúde prioritários

Problemas de saúde	Determinantes				
	Demográficos	Biológicos	Ambientais	Estilos de Vida	Medidas de saúde
Mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em ambos os sexos, antes dos 65 anos	Idade	- Fatores Genéticos; - Co morbilidade por alterações de desenvolvimento pulmonar;	- Exposição a partículas;	- Tabagismo	- Educação para a saúde; - Consultas de cessação tabágica; - Deteção precoce
Mortalidade por tumor maligno da mama feminina, antes dos 65 anos	Idade	- Fatores genéticos		- Alimentação; - Tabagismo; - Amamentação	- Educação para a saúde; - Deteção precoce

Mortalidade por tumor maligno do cólon e reto, ambos os sexos, antes dos 65 anos	Idade e género	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores Genéticos; - Co morbilidade por Doença Intestinal Crónica 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaços para atividade física 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação; - Alcoolismo; - Obesidade; - Sedentarismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação para a saúde; - Detecção precoce
Mortalidade por doenças do aparelho circulatorio, ambos os sexos, antes dos 65 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Género masculino; - Idade > 45 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores Genéticos; - Co morbilidade (hipertensão, dislipidemia e diabetes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaços para atividade física 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação inadequada; - Excesso de peso/obesidade - Alcoolismo; - Tabagismo; - Stress excessivo; - Sedentarismo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação para a saúde; - Consulta de hipertensão e diabetes; - Controlo dislipidemia e glicemia; - Via verde AVC; - Via verde coronárias; - Consultas de cessação tabágica; - Detecção precoce
Mortalidade por tumor maligno do estômago, ambos os sexos, antes dos 65 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Idade; - Sexo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores Genéticos; - Co morbilidade por: acloridria, anemia perniciosa, gastrite crónica, Helicobacter Pylori 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaços para atividade física 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação inadequada; - Alcoolismo; - Tabagismo; - Obesidade; - Sedentarismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação para a saúde; - Detecção precoce
Mortalidade por Diabetes Mellitus, ambos os sexos, antes dos 65 anos	Idade > 45 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores Genéticos; - Etnia; - Excesso de peso/obesidade; - Co morbilidade por hipertensão, dislipidemia e intolerância à glicose) 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaços para atividade física 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação inadequada; - Alcoolismo; - Sedentarismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação para a saúde; - Consulta Diabetes Gestacional; - Consulta Diabetes; - Detecção precoce

Existe um conjunto de fatores de risco comportamentais, comuns à maioria das doenças não transmissíveis, que são as principais causas de morte e incapacidade em quase todos os países desenvolvidos, que se baseiam em comportamentos que podem ser modificados. Os principais fatores de risco para a mortalidade global são: a elevada

pressão arterial (responsável por 13% das mortes no mundo), seguida pelo tabagismo (9%), aumento de glicose no sangue (6%), o sedentarismo e a inatividade física (6%), o excesso de peso/obesidade (5%) e ainda o elevado colesterol. O elevado consumo de álcool e a incorreta nutrição são também importantes fatores de risco comportamentais.

Necessidades prioritárias de saúde

Quadro 13 – Necessidades técnicas do ACES Feira / Arouca

Necessidade de saúde	Justificação
Menor mortalidade por Tumor Maligno da traqueia, brônquios e pulmão, em ambos os sexos, antes dos 65 anos	No triénio 2007-2009 no ACES Feira/Arouca os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão foram responsáveis por 12,0 por 100.000 mortes prematuras. Os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão estão atualmente classificados como uma das causas de morte evitável sensível à promoção da saúde.
Menor mortalidade por Tumor Maligno da mama Feminina, antes dos 65 anos.	O risco de morrer precocemente por tumor da mama aumentou em 0,12 por 1.000 mulheres desde 2005 até 2009, apesar de ser a 2.ª causa de morte no triénio 2007-2009.
Menor mortalidade por Tumor Maligno do cólon e reto, ambos os sexos, antes dos 65 anos.	O risco de morrer precocemente por tumor do cólon e reto que, apesar de ter sido a 3.ª maior causa de morte no triénio 2007-2009, teve um aumento de 0,01 em cada 1.000 pessoas no mesmo período, evidenciando a necessidade de um estudo mais aprofundado dos fatores determinantes dos resultados encontrados.
Menor mortalidade por doenças cerebrovasculares, ambos os sexos, antes dos 65 anos.	As doenças Cerebrovasculares são das principais doenças crónicas e estão atualmente classificadas como uma das causas de morte evitável e sensível aos cuidados médicos. Apresentam a maior carga Global da Doença na Região Norte, sendo responsáveis por 7,7% do total de anos de vida saudáveis perdidos (DALYS). No triénio de 2007-2009, a taxa de mortalidade padronizada por doença Cerebrovasculares no ACES Feira/Arouca, com idade inferior a 65 anos, é de 4,6/1000.000 valor inferior a região Norte (9,4/100.000) e Continente (9,8/100.000).
Menor mortalidade por doença Isquémica Cardíaca, ambos os	A doença Isquémica Cardíaca é a terceira causa com maior Carga Global de Doença na Região Norte, responsável por 3,7% do total de anos de vida

<p>sexos, antes dos 65 anos.</p>	<p>saudáveis perdidos. Está atualmente classificada como uma das causas de morte evitável e sensível à promoção da saúde. No triénio de 2007-2009, a taxa de mortalidade padronizada por doença Isquémica Cardíaca no ACES Feira/Arouca, com idade inferior a 65 anos, é de 6,0/1000.000 valor inferior a região Norte (6,2/100.000) e Continente (9,9/100.000).</p>
<p>Menor mortalidade por Tumor Maligno do estômago, ambos os sexos, antes dos 65 anos.</p>	<p>Tumor maligno do estômago (no sexo Masculino e Feminino) na região Norte, apresenta uma carga da doença superior à de Portugal e da Europa. O tumor maligno do estômago, no ACES Feira/Arouca, no triénio 2007-2009, foi responsável por 9,8% (9,8% no sexo masculino) das mortes prematuras atribuíveis aos tumores malignos. No triénio 2007-2009 a TMP (todas as idades, ambos os sexos) foi de 14,1/100000, valor este inferior, com significância estatística, ao do Norte (20,3/100000) e ao do Continente (15,4/100000).</p>
<p>Menor mortalidade por diabetes Mellitus, ambos os sexos, antes dos 65 anos</p>	<p>A diabetes é indicada como a 4ª ou 5ª causa de morte nos países mais desenvolvidos e as suas complicações incluem doença arterial coronária, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, nefropatia, neuropatia e retinopatia, o que representa, tanto em termos de anos de vida perdidos por morte prematura como anos de vida perdidos por doença e/ou incapacidade, um ónus para qualquer sociedade. Na Região Norte de Portugal, a diabetes representa 3,4% do número total de DALYs, um número superior ao do grupo de países <i>Europa A</i> no qual Portugal se enquadra. Os valores em causa estabelecem uma prevalência da diabetes em torno dos 6% na população do ACES Feira/Arouca. Uma das conclusões do estudo PREVADIAB foi a existência de aproximadamente 44% de população diabética por diagnosticar nas idades dos 20 aos 79 anos.</p>

Recursos e estratégias de saúde

Neste capítulo pretende-se: desenvolver e disseminar estratégias inovadoras para situações e contexto específicos no âmbito das áreas consideradas como prioritárias.

O processo de seleção das estratégias de saúde a serem adotadas face às necessidades de saúde prioritizadas pretende dar resposta à seguinte questão: “Quais os processos/técnicas mais adequados para reduzir os problemas de saúde/satisfazer as necessidades de saúde prioritárias da população?”

As opções pessoais são condicionadas por fatores de ordem genética, pela informação e conhecimentos disponíveis e por fatores psicológicos e emocionais, que se

expressam no contacto com o meio físico, social, económico e cultural. A adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis nem sempre é fácil ou possível, o que implica dispor da literacia, das competências, da motivação e das condições materiais e sociais que a possibilitem.

Uma estratégia de articulação intersectorial, facilitada através do gestor de caso, cuja missão inclui mobilizar os recursos sociais necessários para cada situação, através dos diversos intervenientes (Saúde, Segurança Social e Autarquias) (Dias e Queirós, 2010; Lopes et al, 2010).

Pretendemos realizar compromissos entre oportunidades e recursos, aos diversos níveis, nacional, regional e local, de modo a maximizar os ganhos em saúde. Assim garantir o acesso e a redução das desigualdades.

A promoção da saúde em todas as políticas deve envolver as instituições, agências e departamentos com responsabilidade nos planos: central, regional, local e institucional, bem como as instituições de ensino superior e as sociedades científicas.

Quadro 14 – Principais recursos e estratégias de saúde para as principais necessidades de saúde da população do ACES Feira/Arouca

Necessidade de saúde	Recursos		Estratégias
	O que existe	Quem disponibiliza	
Menor mortalidade por Tumor Maligno da traqueia, brônquios e pulmão, em ambos os sexos, antes dos 65 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Equipas de saúde escolar; - PELT; - Consulta desabituação tabágica; - Cuidados Paliativos no Domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> - ACES; - CHEDV; - Autarquia 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção primária, através do combate a fatores de risco conhecidos: evitar o consumo de tabaco e exposição ambiental e ocupacional; - Prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade. - Prevenção terciária, através da reabilitação dos doentes.
Menor mortalidade por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Rastreio; - Cantinho da amamentação; - Curso de preparação para o parto 	<ul style="list-style-type: none"> - ACES Feira/Arouca; - Liga portuguesa contra o cancro 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do auto exame da mama; - Promoção do aleitamento materno; - Diagnóstico e tratamento precoce de casos

<p>Menor mortalidade por tumor maligno do cólon e reto, ambos os sexos, antes dos 65 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipas de saúde escolar; - Rastreio; - Escolas com escolhas alimentares saudáveis; - Circuitos de manutenção e equipamentos desportivos 	<ul style="list-style-type: none"> - ACES Feira/Arouca; - Ministério da Educação; - Associações; - Autarquia 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de uma alimentação saudável; - Rasteio do Carcinoma do Cólon e Reto nas idades e periodicidade recomendadas com base na evidência científica conhecida;
<p>Menor mortalidade por doenças do aparelho circulatório, ambos os sexos, antes dos 65 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escolas com escolhas alimentares saudáveis; - Circuitos de manutenção e equipamentos desportivos; - Equipas de saúde escolar; - Equipas de Cuidados Continuados Integrados; - Projeto Cuidar de Quem Cuida (cuidador informal) 	<ul style="list-style-type: none"> - ACES Feira/Arouca; - Ministério da Educação; - Associações; - Autarquia; - Rede Social dos concelhos 	<ul style="list-style-type: none"> - Intensificar campanhas de informação dirigidas à população geral; - Melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial e dislipidémia; - Prevenir e controlar o tabagismo; - Reduzir o número de pessoas com excesso de peso/ obesidade; - Aumentar a prática regular de atividade física; - Identificar portadores de fatores de risco cardiovascular, através da realização do Exame Periódico de Saúde – EPS; - Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária e ao Acidente Vascular
<p>Menor mortalidade por tumor maligno do estômago, ambos os sexos, antes dos 65 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipas de saúde escolar; - Escolas com escolhas alimentares saudáveis; - Circuitos de manutenção e equipamentos desportivos 	<ul style="list-style-type: none"> - ACES Feira/Arouca; - Ministério da Educação; - Associações; - Autarquia 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de uma alimentação saudável

<p style="text-align: center;">Menor mortalidade por Diabetes Mellitus, ambos os sexos, antes dos 65 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de promoção para a saúde; - Equipas de saúde escolar; - Escolas com escolhas alimentares saudáveis; 	<ul style="list-style-type: none"> - ACES Feira/Arouca; - CHEDV; - Autarquia 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção primária, através do combate aos fatores de risco conhecidos; - Prevenção secundária, através do 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.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para a concretização da estratégia de saúde, em todas as políticas é necessário que o sector da saúde assuma um papel de advocacia da saúde, construa o conhecimento e as bases de evidência que fundamentem as medidas de política e as decisões a adotar, crie plataformas de diálogo intersectorial e promova o trabalho em parceria com os restantes sectores.

Objetivos e metas

Finalmente formulam-se para cada necessidade, os respetivos objetivos de Saúde. Estes são o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível 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 impacte. Os objetivos permitem saber exatamente onde se pretende chegar em termos de saúde, o que é preciso fazer para lá chegar, como e em quanto tempo.

As metas de saúde tornaram-se um instrumento muito utilizado para promover a saúde da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde (Smith; Busse 2010). Expressam um compromisso para atingir resultados específicos num determinado período de tempo. Podem ser quantitativas ou qualitativas e envolver uma mudança nos resultados ou processos. As metas a estabelecer devem ser *SMART*, ou seja caracterizadas da seguinte forma: específicas; mensuráveis; exequíveis; realistas; com horizonte temporal definido (Wismar *et al*, 2008).

Para estabelecer metas é importante saber a natureza do problema que se pretende combater. Este processo envolve a recolha e análise da informação relevante sobre a saúde da população alvo (Srivastava; Mckee, 2008).

Um problema de saúde pode ser quantificado através de vários indicadores, que tentam traduzir a situação atual e a evolução desse problema (Imperatori; Giraldes, 1993). A tendência de um problema representa a sua evolução no passado.

A projeção da tendência é a determinação da situação do problema no futuro, de acordo com a sua evolução natural no passado, e caso as condições atuais, tecnológicas e outras, se mantenham (Tavares, 1992).

Deste modo, na elaboração de metas é importante ter em conta a estimativa dos “valores de base” e das “tendências temporais” das situações em causa e a respetiva análise da efetividade das medidas necessárias para realizar as metas. Somente desta forma é que posteriormente, se pode distinguir entre a evolução natural do problema e os efeitos da intervenção.

Quadro 15 – Proposta de metas para 2016

Indicador	Local	Valores		Projeção para 2016	Melhor valor Região 2016 (PNS)	Meta 2016 (1000.000/hab)
		2001-2003	2007-2009			
Mortalidade padronizada por doença do aparelho cerebrovascular, ambos os sexos, antes dos 65 anos (CID10: I 60-I69)	ACES	11,4	4,6	1,5	4,9 (Região Norte)	4,0
	Região Norte	14,8	9,4	5		
Mortalidade padronizada por doença Isquémica cardíaca, ambos os sexos, antes dos 65 anos (CID10: I 20-I25)	ACES	7,2	6,0	5,3	2,6 (Região Centro)	5,5
	Região Norte	12,6	6,2	2,1		
Mortalidade por tumor maligno do cólon e recto, ambos os sexos, antes dos 65 Anos (CID10:C18-C20)	ACES	7,1	6,2	4,5	6,6 (Região Norte)	5,5
	Região Norte	6,6	6,7	6,1		
Mortalidade por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos (CID10:50)	ACES	11,6	9,9	5,8	8,0 (Região Centro)	8,0
	Região Norte	11,4	10,8	8,6		
Mortalidade por tumor maligno do estômago, ambos os sexos, antes dos 65 anos (CID10:C16)	ACES	8,5	5,9	3,5		5,0
	Região Norte	9,5	9,0	8,8		
Mortalidade por Diabetes Mellitus, ambos os sexos, antes dos 65 anos (CID10:E 10-E14)	ACES	4,3	2,0	0,6		2,0
	Região Norte	4,9	3,1	1,7		

Mortalidade por Tumor Maligno da traqueia, brônquios e pulmão, em ambos os sexos, antes dos 65 anos (CID10: C33-C34)	ACES	9,3	12,0	22,7	< 12,0
	Região Norte	13,2	13,4	12,8	

Objetivos de saúde:

- ✓ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por doenças Cerebrovasculares de 4,6/100000 para **4,0/100000** na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no ACES Feira/Arouca, entre 2012 e 2016
- ✓ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca de 6,0/100000 para **5,5/100000** na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no ACES Feira/Arouca, entre 2012 e 2016
- ✓ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada pelo tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão para menos de **12,0/100000** na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no ACES Feira/Arouca, entre 2012 e 2016
- ✓ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do cólon e reto de 6,2/100.000 para **5,5/100000** na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente no ACES Feira/Arouca, entre 2012 e 2016
- ✓ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada pelo tumor maligno da mama feminina de 9,9/100000 para **8,0/100000** na população do sexo feminino até aos 65 anos, e residente no ACES Feira/Arouca, entre 2012 e 2016
- ✓ Diminuir taxa de mortalidade por diabetes mellitus de 2,0/100000 para menos de **1,7/100000**, em ambos os sexos, no ACES Feira/Arouca, entre 2012 e 2016
- ✓ Diminuir taxa de mortalidade por **tumor maligno do estômago** de 5,9/100000 para **5,0/100000**, em ambos os sexos, no ACES Feira/Arouca, entre 2012 e 2016

As metas fixadas podem ser revistas regularmente, mantendo-se os mesmos objetivos de convergência.

Recomendações para a intervenção

São necessários mecanismos efetivos para facilitar a implementação das metas, quando estas são estabelecidas. A experiência demonstra que a implementação tende a ter mais sucesso, quando as metas são claramente definidas e quando correspondem a um efetivo envolvimento dos diferentes atores de organizações que vão participar na sua implementação (Srivastava; Mckee, 2008).

Estabelecidas as metas, coloca-se a questão como se realizam as metas adotadas. Existem quatro formas de responder a esta interrogação:

- Implementando projetos que presumem uma racionalidade preestabelecida (de cima para baixo, tipo comando e controlo);
- Estabelecer cenários que dão origem a diferentes planos de contingência, adotando um ou outro de acordo com a situação real;
- Adotando ações de inovação que implicam criatividade local (soluções de baixo para cima);
- Adotar dispositivos de aprendizagem constante. As *Learning organizations* são organizações centradas em produtos que nascem e desaparecem todos os dias”, “organizações informais capazes de atuar em ambientes muito pouco estruturados”.

Pode-se afirmar que o Estado atinge mais facilmente os seus objetivos estimulando a colaboração das organizações implementadas na sociedade civil. Se este envolvimento não estiver bem alicerçado ou não for desejado, poder-se-á estar a comprometer o sucesso de todo o trabalho. É necessário reconhecer a importância das organizações da sociedade civil e desenvolver parcerias, quando consentâneas com as orientações estratégicas (PNS, 2004).

A cooperação intersectorial permite reduzir ao mínimo a duplicação, e possibilita, ao mesmo tempo a otimização dos recursos e dos resultados, para atingir a máxima sinergia e eficiência.

Há que salvaguardar, no entanto, que a implementação das estratégias leva à mudança pretendida. São vários os atores que poderão estar envolvidos: profissionais de saúde, da área social, do desporto, educadores, arquitetos, empresários, etc. Para isso deverão estabelecer-se parcerias nos diferentes grupos profissionais e parcerias dentro das organizações, com vista ao envolvimento de todos para o bem comum e à definição do papel de cada um nas ações concretas.

Atendendo à necessidade de reforçar a articulação e o envolvimento dos serviços de saúde com a comunidade, envolvendo o cidadão e organizações representativas dos interesses do cidadão nos processos de decisão em saúde, recomenda-se:

- ✓ A identificação mais completa de recursos da comunidade tais como: instituições, organizações de cidadãos, agências governamentais, recursos físicos e naturais, bem como culturais e de lazer, que possam complementar a intervenção do ACeS face a determinantes da saúde e possam reforçar a oferta na área dos cuidados continuados e apoio a populações vulneráveis;

- ✓ Criação oportunidades para a participação ativa destes recursos na discussão pública de necessidades em saúde, na organização da oferta de cuidados, no planeamento de atividades e na avaliação dos ganhos em saúde.
- ✓ A criação da Comissão municipal de saúde comunitária;
- ✓ Celebração de protocolos com a autarquia tendo como objeto o acompanhamento de programas intersectoriais para prevenção e promoção da saúde, nomeadamente no que respeita a doenças crónicas, doenças transmissíveis e determinantes sociais e ambientais, que constituam risco para a saúde pública das populações, bem como o incremento de estilos de vida saudáveis.

Uma resposta adequada no contexto do contacto do utente com os serviços de saúde está condicionada pela existência de recursos adequados, em número e diferenciação, bem como por um modelo organizativo que assegure uma articulação complementar, eficaz e eficiente, entre os diversos níveis de prestação de cuidados. Considerando estes aspetos e, ainda, o perfil demográfico da nossa população e a sua tendência, recomenda-se:

- ✓ O reforço das Unidades de Saúde Familiar, assegurando a cobertura integral dos nossos utentes por equipas de Medicina Geral e Familiar;
- ✓ O reforço de estruturas de Cuidados Continuados, de modo a responder à sua necessidade crescente;
- ✓ Procedimentos de Referenciação, negociados intersectorialmente, de modo a garantir uma articulação eficiente, com um horizonte temporal de resposta adequado à situação.

Recomenda-se, ainda:

- ✓ Uma articulação mais eficaz entre as diversas unidades funcionais;
- ✓ Uma discussão interna, alargada e regular, sobre o desenvolvimento deste Plano;
- ✓ Que os problemas de saúde, identificados como prioritários, sejam considerados na contratualização com as diversas unidades funcionais;
- ✓ A constituição de um grupo interdisciplinar que assegure a monitorização das atividades e do seu impacto.

Plano de monitorização e avaliação (M&A)

Existem inúmeros autores que se têm debruçado sobre as questões da monitorização e avaliação de programas, fornecendo uma ampla combinação de métodos e técnicas de análise utilizadas nestes processos.

A avaliação de programas consiste na análise de informação sobre o programa ou um dos seus aspetos, de modo a decidir sobre as medidas a tomar. A avaliação de programas pode incluir uma ou uma variedade de diferentes tipos de avaliação, tal como a avaliação de necessidades, a acreditação, a análise custo-benefício, a efetividade, a eficiência, os objetivos, os processos e resultados entre outros (Mcnamara, 1998).

A avaliação efetiva dos programas é uma maneira sistemática de melhorar e responsabilizar as ações efetuadas, através da utilização de procedimentos úteis, exequíveis, éticos e precisos (Milstein *et al.*, 1999).

Estes autores desenvolveram um quadro de referência composto por seis passos que devem ser tomados em qualquer avaliação:

- ✓ O envolvimento dos *stakeholders* (aquelas pessoas envolvidas ou afetadas pelo programa ou os utilizadores primários da avaliação);
- ✓ A descrição do programa (as necessidades, os efeitos esperados, atividades, recursos, a fase, o contexto, o modelo lógico);
- ✓ A focalização no desenho da avaliação (o propósito, os utilizadores, as questões, os métodos e os acordos);
- ✓ A junção de evidência credível (indicadores, as fontes, a qualidade, a quantidade, a logística);
- ✓ A justificação das conclusões (standards, análise, a interpretação, as conclusões, as recomendações);
- ✓ A garantia de utilização e partilha das lições aprendidas (o desenho, a preparação, o feedback, o *follow-up* e a disseminação).

A avaliação e a monitorização é um modo de compreender, verificar ou aumentar o impacto dos programas, assim como melhorar a sua eficiência, constitui uma forma de verificar se o programa está a conseguir realizar, aquilo a que se tinha proposto atingir (Mcnamara, 1998).

Na monitorização e avaliação das metas é essencial assegurar o desenvolvimento de dispositivos de gestão da informação em saúde, de modo a proporcionar a que os fluxos e os conteúdos da informação sejam produzidos em tempo útil na tomada de conhecimento para os processos de decisão em saúde.

É da competência da Unidade de Unidade de Saúde Pública (USP) monitorizar o estado de saúde da população, pois exerce a função de Observatório Local de Saúde. Nesse sentido a USP compromete-se em elaborar relatórios anuais que permitam monitorizar o grau de cumprimento da execução das metas do Plano Local de Saúde e identificar desvios, utilizando os indicadores disponíveis.

Quadro 16 - Indicadores de impacto

Indicador	Numerador	Denominador	Fonte
Taxa de mortalidade padronizada por cancro da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	Óbitos de indivíduos com menos de 65 anos por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (CID C10: C33-C34)	Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos	INE
Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	Óbitos por DIC (CID10:I20-I25) de indivíduos com idade inferior a 65 anos	Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos	INE
Taxa de mortalidade padronizada por Doença cerebrovascular antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	Óbitos por AVC (CID10:I60-I69) de indivíduos com idade inferior a 65 anos	Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos	INE
Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e reto antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	Óbitos por cancro do cólon e reto (CID10:C18-C20) de indivíduos com idade <65 anos	Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos	INE
Taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	Óbitos por tumor maligno da mama feminina (CID 10: C50) em mulheres antes dos 65 anos	Nº de indivíduos do sexo feminino com idade inferior a 65 anos	INE
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	Óbitos por diabetes mellitus (CID 10: E10-E14) na população antes dos 65 anos	Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos	INE
Percentagem de alunos abrangidos por projetos de Educação para o consumo	Nº de crianças e jovens abrangidas por projetos de educação para a saúde em Saúde Escolar	Nº de crianças e jovens matriculados no período em análise	DGS

Quadro 17 - Ganhos em saúde

Indicador	Fonte
Taxa padronizada de AVPP ⁴ por cancro da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	INE
Taxa padronizada de AVPP por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	INE
Taxa padronizada de AVPP por Doença cerebrovascular antes dos 65 anos (/100000 habitantes)	INE
Taxa padronizada de AVPP por cancro do cólon e reto antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	INE
Taxa padronizada de AVPP por cancro da mama antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	INE
Taxa padronizada de AVPP por diabetes mellitus antes dos 65 anos (/100 000 habitantes)	INE

Comentários Finais

O Plano Local Saúde do Norte 2012-2016 procura assentar na identificação das principais necessidades em saúde do ACES Feira/Arouca, apesar da carente informação, sobre morbilidade, sobre a carga global de doença (“global burden of disease”) e determinantes de saúde, que permitiriam trazer ao de cima outro tipo de necessidades e problemas de saúde. Embora os dados de mortalidade continuem a ser os mais válidos e fiáveis e, também, imprescindíveis, torna-se cada vez mais importante identificar quais os problemas de saúde mais associados à incapacidade, deficiência (em todas as idades) e diminuição da esperança de vida saudável (“*healthy life expectancy*”).

Para que possamos continuar a ter efetivos ganhos em saúde importa identificar os grupos da população que, devido à sua vulnerabilidade, apresentem necessidades em saúde especiais/ específicas (não esquecendo a idade pediátrica).

Portanto, pode-se dizer que este PLS constitui um primeiro desenho das principais necessidades e problemas de saúde do ACES Feira/Arouca. Contudo, tendo em conta o perfil epidemiológico dos chamados países desenvolvidos, nos quais nós nos inserimos, importa identificar a situação de saúde nas áreas de saúde mental, diabetes, doenças dos aparelhos músculo-esquelético e articular, DPOC, infeções sexualmente transmissíveis e os acidentes, entre outros.

⁴ APVP = Soma dos produtos dos óbitos ocorridos em cada grupo etário (até aos 70 anos) e a diferença entre os 70 anos e a idade média de cada grupo etário.

Também não existe atualmente informação evidente sobre necessidades em saúde ambiental e em saúde ocupacional, pelo que não foi possível incluí-las neste PLS.

As opções metodológicas de conteúdo e de forma consideradas na elaboração deste PLS, basearam-se no reconhecimento de que o Planeamento em Saúde é um processo dinâmico e dialéctico, que tem que ser suficientemente flexível para se adaptar ao constante evoluir do perfil epidemiológico das populações e suficientemente ágil para poder cumprir a sua função eminentemente instrumental de apoio à decisão (política e técnico-profissional) para a ACÇÃO em Saúde.

Anexos

ANEXO 1: Evolução das taxas brutas de mortalidade prematura (até aos 65 anos), no ACES Feira/Arouca, por triénios 2001- 2009

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (/100000 HABITANTES)

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	189,7	190,1	183,0	174,4	167,2	157,5	156,9
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	30,5	20,3	20,4	21,8	28,5	26,4	25,7
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	5,2	5,4	5,6	4,1	5,7	5,7	6,8
Tuberculose	1,2	0,9	1,2	0,5	0,5	0,5	0,2
VIH / sida	3,5	3,5	3,2	2,5	3,9	4,6	4,5
Tumores Malignos	54,7	60,0	62,9	63,2	61,7	61,2	62,5
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	1,9	0,9	1,4	1,6	1,8	2,0	2,0
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	21,4	25,9	26,1	24,4	20,6	20,5	19,1
Tumor Maligno do Esófago	1,4	2,6	1,9	2,5	2,5	3,2	3,0
Tumor Maligno do Estômago	8,2	10,3	12,0	11,3	8,2	6,6	6,1
Tumor Maligno do Cólon e Recto	6,6	6,8	6,0	4,8	5,3	6,4	6,6
Tumor Maligno do Pâncreas	2,1	2,8	2,1	2,8	1,8	2,0	1,4
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	10,3	8,9	11,6	14,2	16,7	15,5	15,7
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	8,9	7,0	9,0	11,3	13,2	13,0	12,7
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	6,8	7,7	7,2	7,6	5,9	5,7	7,0
Tumor Maligno dos Órgãos Geniturinários	3,5	4,4	4,6	5,5	4,8	5,2	5,2
Tumor Maligno da Bexiga	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	0,5
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.	4,5	6,1	6,9	5,5	6,2	6,8	8,9
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoéticos	5,6	5,1	4,2	3,4	3,9	3,9	3,2
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	5,4	7,2	5,3	5,1	2,7	3,0	3,0
Diabetes Mellitus	4,0	5,4	3,9	3,9	2,3	2,0	2,0
Doenças do Aparelho Circulatório	25,8	25,5	22,7	20,5	18,5	18,2	15,4
Doença Isquémica do Coração	6,6	7,5	6,9	7,1	7,1	7,3	6,4
Doenças Cerebrovasculares	10,3	7,5	6,2	4,8	5,3	5,2	4,8
Doenças do Aparelho Respiratório	9,4	9,1	10,4	9,0	9,1	6,8	7,7
Pneumonia	3,5	3,5	3,9	3,2	3,4	3,0	3,4
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada , Enfisema e Asma	0,7	0,7	0,9	0,7	0,7	0,5	0,7
Doenças do Aparelho Digestivo	18,8	18,9	16,7	15,4	13,5	10,0	7,9
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	13,9	13,1	11,3	10,1	9,4	7,1	5,7
Causas Externas de Mortalidade	26,1	30,4	24,3	23,2	16,9	18,7	18,2
Acidentes de Transporte	13,4	15,2	11,3	9,7	5,5	4,8	5,0
Acidentes de Veículos a Motor	12,7	14,5	11,1	9,4	5,5	4,8	5,0
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	4,0	4,7	3,5	1,8	1,6	2,7	3,2

Fonte: INE

No Sexo masculino

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (/100000 HABITANTES)

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	255,7	254,3	257,3	246,6	244,2	220,2	214,6
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	48,4	31,3	35,6	38,1	48,4	41,9	39,5
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	8,9	8,9	9,3	6,9	9,1	9,6	11,3
Tuberculose	2,4	1,9	1,9	0,5	0,5	0,9	0,5
VIH / sida	6,1	6,1	6,0	5,1	6,8	7,7	7,7
Tumores Malignos	64,9	71,5	79,6	81,3	83,1	78,2	78,5
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	3,3	1,9	2,8	3,2	3,7	4,1	4,1
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	28,2	34,1	36,1	34,4	28,8	26,4	24,0
Tumor Maligno do Esôfago	2,4	4,7	3,2	4,6	4,6	6,4	5,9
Tumor Maligno do Estômago	10,8	15,0	17,6	15,6	10,5	7,7	7,7
Tumor Maligno do Cólon e Recto	7,1	5,6	6,0	5,5	6,4	7,3	7,7
Tumor Maligno do Pâncreas	2,8	4,2	3,2	4,6	2,7	2,3	0,9
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	17,9	14,5	18,0	23,0	29,2	27,7	28,6
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	15,5	11,2	13,9	17,9	23,3	23,2	22,7
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	0,9	1,4	1,9	2,8	2,3	1,4	1,8
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários	3,3	3,7	3,2	4,1	4,6	5,9	5,0
Tumor Maligno da Próstata	1,4	1,4	1,4	1,4	0,9	0,9	0,9
Tumor Maligno da Bexiga	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,9	0,9
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.	4,7	7,9	9,7	7,8	7,8	6,8	9,5
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoéticos	6,6	7,5	6,5	4,6	4,6	4,5	4,1
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	4,7	7,5	5,6	6,0	3,2	3,2	3,6
Diabetes Mellitus	3,8	6,1	4,2	4,6	2,7	2,3	2,7
Doenças do Aparelho Circulatório	34,3	35,5	35,2	32,1	30,1	26,4	22,2
Doença Isquémica do Coração	9,4	11,2	11,6	12,4	13,2	12,7	11,3
Doenças Cerebrovasculares	14,1	10,7	9,7	7,3	7,3	5,9	4,5
Doenças do Aparelho Respiratório	12,2	12,2	14,8	11,9	12,8	10,9	12,7
Pneumonia	6,6	6,5	6,9	4,6	4,1	4,1	5,4
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada , Enfisema e Asma	0,9	0,5	1,4	0,9	1,4	0,9	0,9
Doenças do Aparelho Digestivo	27,3	25,2	23,6	20,2	19,2	12,7	10,0
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	20,7	16,8	14,8	11,5	12,8	9,1	7,7
Causas Externas de Mortalidade	41,4	47,7	37,9	37,2	27,8	29,6	26,8
Acidentes de Transporte	21,2	23,8	17,1	15,6	9,1	7,3	6,8
Acidentes de Veículos a Motor	19,7	22,4	16,7	15,2	9,1	7,3	6,8
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	6,1	7,5	6,0	3,2	2,3	4,5	5,0

Fonte: INE

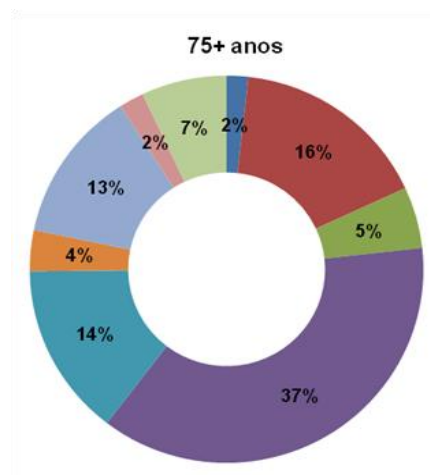
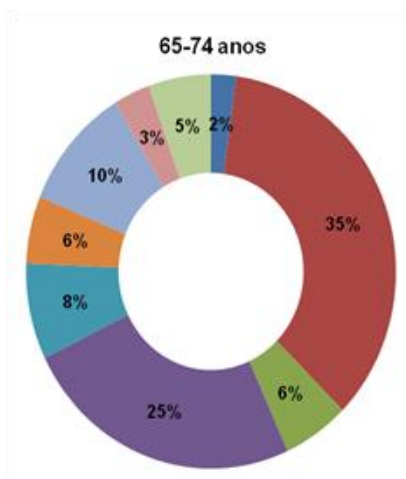
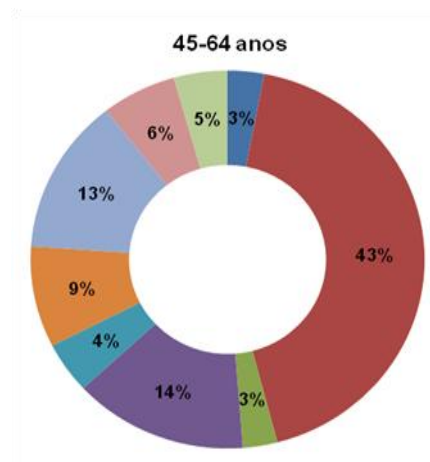
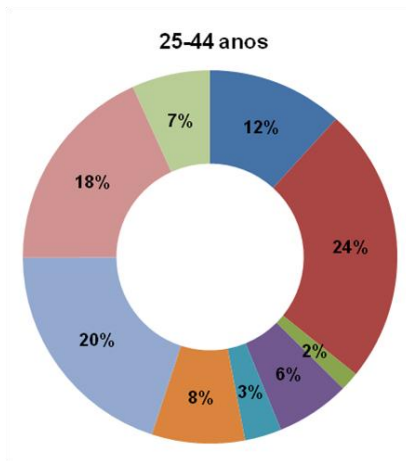
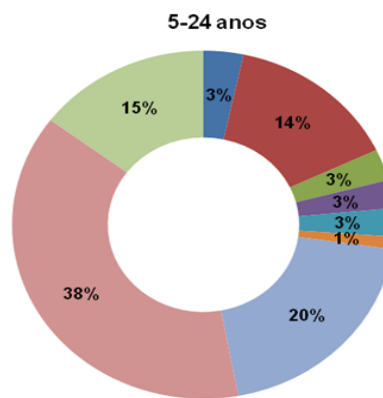
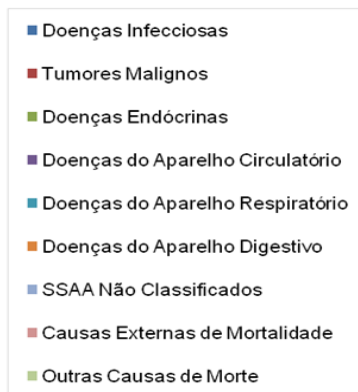
No Sexo feminino

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (/100000 HABITANTES)

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	123,8	126,0	108,8	102,1	90,1	94,8	99,1
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	12,7	9,3	5,1	5,5	8,7	10,9	11,8
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	1,4	1,9	1,9	1,4	2,3	1,8	2,3
Tuberculose	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0
VIH / sida	0,9	0,9	0,5	0,0	0,9	1,4	1,4
Tumores Malignos	44,5	48,5	46,3	45,1	40,2	44,2	46,4
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	14,5	17,7	16,2	14,3	12,3	14,6	14,1
Tumor Maligno do Esófago	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0
Tumor Maligno do Estômago	5,6	5,6	6,5	6,9	5,9	5,5	4,5
Tumor Maligno do Cólon e Recto	6,1	7,9	6,0	4,1	4,1	5,5	5,5
Tumor Maligno do Pâncreas	1,4	1,4	0,9	0,9	0,9	1,8	1,8
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	2,8	3,3	5,1	5,5	4,1	3,2	2,7
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	2,3	2,8	4,2	4,6	3,2	2,7	2,7
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	12,7	14,0	12,5	12,4	9,6	10,0	12,3
Tumor Maligno da Mama (Feminina)	11,7	13,5	12,0	12,0	8,7	9,1	10,9
Tumor Maligno dos Órgãos Geniturinários	3,8	5,1	6,0	6,9	5,0	4,6	5,5
Tumor Maligno do Colo do Útero	0,5	1,9	2,8	2,8	1,8	0,9	1,8
Tumor Maligno da Bexiga	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.	4,2	4,2	4,2	3,2	4,6	6,8	8,2
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoéticos	4,7	2,8	1,9	2,3	3,2	3,2	2,3
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	6,1	7,0	5,1	4,1	2,3	2,7	2,3
Diabetes Mellitus	4,2	4,7	3,7	3,2	1,8	1,8	1,4
Doenças do Aparelho Circulatório	17,3	15,4	10,2	8,7	6,9	10,0	8,6
Doença Isquémica do Coração	3,8	3,7	2,3	1,8	0,9	1,8	1,4
Doenças Cerebrovasculares	6,6	4,2	2,8	2,3	3,2	4,6	5,0
Doenças do Aparelho Respiratório	6,6	6,1	6,0	6,0	5,5	2,7	2,7
Pneumonia	0,5	0,5	0,9	1,8	2,7	1,8	1,4
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada , Enfisema e Asma	0,5	0,9	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5
Doenças do Aparelho Digestivo	10,3	12,6	9,7	10,6	7,8	7,3	5,9
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	7,0	9,3	7,9	8,7	5,9	5,0	3,6
Causas Externas de Mortalidade	10,8	13,1	10,6	9,2	5,9	7,7	9,5
Acidentes de Transporte	5,6	6,5	5,6	3,7	1,8	2,3	3,2
Acidentes de Veículos a Motor	5,6	6,5	5,6	3,7	1,8	2,3	3,2
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	1,9	1,9	0,9	0,5	0,9	0,9	1,4

Fonte: INE

Anexo 2: Mortalidade Proporcional (%) no ACES Feira/Arouca, no triénio 2007-2009, por ciclo de vida para os grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos



Anexo 3: Evolução das taxas de mortalidade padronizadas (TMP) antes dos 65 anos, no ACES Feira/Arouca, por triénios, 2001- 2009

Ambos os sexos

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (/100000 HABITANTES)

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	197,4	197,7	188,6	175,7	165,3	153,4	149,8
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	30,7	20,7	20,7	21,4	27,4	25,0	24,1
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	4,9	5,1	5,3	3,9	5,5	5,3	6,2
Tuberculose	1,1	0,9	1,2	0,5	0,4	0,4	0,2
VIH / sida	3,2	3,2	3,0	2,3	3,6	4,1	4,0
Tumores Malignos	57,3	63,0	64,9	63,8	61,0	59,7	59,2
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	1,9	1,0	1,4	1,5	1,7	2,0	2,0
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu				24,7	20,3	20,1	18,2
Tumor Maligno do Esófago	1,4	2,5	1,8	2,6	2,6	3,2	2,8
Tumor Maligno do Estômago	8,5	10,8	12,4	11,4	8,1	6,5	5,9
Tumor Maligno do Cólon e Recto	7,1	7,2	6,5	5,0	5,3	6,3	6,2
Tumor Maligno do Pâncreas	2,3	2,9	2,1	2,7	1,8	2,0	1,3
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório				14,5	16,5	14,9	14,7
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	9,3	7,4	9,5	11,5	13,2	12,5	12,0
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama				7,4	5,7	5,5	6,4
Tumor Maligno dos Órgãos Geniturinários				5,6	4,8	5,1	5,0
Tumor Maligno da Bexiga	0,0	0,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,4
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.				5,5	6,3	6,9	8,7
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoéticos	5,9	5,4	4,3	3,6	3,8	3,6	2,9
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	5,8	7,9	5,8	5,4	2,9	3,2	3,0
Diabetes Mellitus	4,3	5,8	4,2	4,1	2,4	2,0	2,0
Doenças do Aparelho Circulatório	28,4	27,3	23,8	20,6	18,4	17,8	14,7
Doença Isquémica do Coração	7,2	8,1	7,5	7,4	7,1	7,1	6,0
Doenças Cerebrovasculares	11,4	8,2	6,6	4,8	5,2	5,1	4,6
Doenças do Aparelho Respiratório	9,9	9,6	10,7	8,9	8,9	6,6	7,2
Pneumonia	3,8	3,7	4,1	3,2	3,4	2,8	3,1
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada , Enfisema e Asma				0,7	0,7	0,4	0,6
Doenças do Aparelho Digestivo	19,6	19,6	17,0	15,3	13,2	9,6	7,3
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	14,4	13,5	11,4	9,9	8,9	6,6	5,3
Causas Externas de Mortalidade	25,0	29,6	23,8	22,4	15,8	17,3	16,9
Acidentes de Transporte	12,6	14,7	11,1	9,4	5,1	4,3	4,7
Acidentes de Veículos a Motor				9,2	5,1	4,3	4,7
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	4,0	4,6	3,4	1,7	1,6	2,5	2,9

Fonte: INE

No Sexo masculino

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (/100000 HABITANTES)

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	272,4	271,1	270,7	251,9	244,5	218,1	208,0
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	48,9	32,5	37,0	37,8	46,8	39,7	37,2
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	8,6	8,6	9,0	6,6	8,9	9,1	10,6
Tuberculose	2,3	1,9	1,9	0,4	0,4	0,8	0,4
VIH / sída	5,7	5,6	5,6	4,7	6,4	7,2	6,9
Tumores Malignos	71,4	78,5	85,0	84,2	84,2	78,2	76,5
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Oral e Faringe	3,5	2,0	2,8	3,0	3,5	4,1	4,0
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu				35,5	29,1	26,7	23,6
Tumor Maligno do Esófago	2,3	4,7	3,2	4,8	4,8	6,6	5,7
Tumor Maligno do Estômago	11,6	16,3	18,6	16,1	10,6	8,0	7,7
Tumor Maligno do Cólon e Recto	8,5	6,5	6,9	6,0	6,6	7,4	7,5
Tumor Maligno do Pâncreas	3,3	4,4	3,2	4,4	2,6	2,2	1,0
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório				24,1	29,7	27,4	27,6
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	16,8	12,5	15,2	18,7	23,6	22,8	21,9
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama				2,8	2,2	1,4	1,7
Tumor Maligno dos Órgãos Geniturinários				4,5	4,7	5,8	4,7
Tumor Maligno da Próstata	1,7	1,7	1,6	1,6	1,0	1,0	0,9
Tumor Maligno da Bexiga	0,0	0,6	0,5	0,5	0,5	0,8	0,8
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.				7,7	8,0	7,0	9,6
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoéticos	7,1	8,1	7,0	5,1	4,6	4,4	3,8
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	5,1	8,3	6,2	6,5	3,5	3,8	4,0
Diabetes Mellitus	4,2	6,6	4,6	4,9	3,0	2,5	2,8
Doenças do Aparelho Circulatório	40,0	39,9	38,5	33,8	31,3	27,0	22,1
Doença Isquémica do Coração	10,8	12,6	13,0	13,4	13,9	13,2	11,3
Doenças Cerebrovasculares	16,6	12,4	10,8	7,8	7,7	5,9	4,4
Doenças do Aparelho Respiratório	13,2	13,2	15,8	12,1	12,9	11,0	12,2
Pneumonia	7,2	7,1	7,6	4,8	4,2	4,0	5,1
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada , Enfisema e Asma				1,1	1,5	0,9	0,8
Doenças do Aparelho Digestivo	29,6	27,0	24,2	20,4	18,9	12,4	9,2
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	22,5	18,1	15,1	11,5	12,4	8,7	7,2
Causas Externas de Mortalidade	39,9	46,9	37,7	36,1	26,2	27,8	25,1
Acidentes de Transporte	20,2	23,2	17,0	15,2	8,4	6,6	6,3
Acidentes de Veículos a Motor				14,7	8,4	6,6	6,3
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	6,2	7,4	5,9	3,0	2,2	4,2	4,5

Fonte: INE

No Sexo feminino

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (/100000 HABITANTES)

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Todas as Causas	127,5	129,0	111,1	102,9	89,6	91,6	94,7
Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados	13,2	9,5	5,1	5,7	9,0	11,1	11,7
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	1,4	1,8	1,8	1,3	2,1	1,6	1,9
Tuberculose	0,0	0,0	0,5	0,5	0,4	0,0	0,0
VIH / sida	0,8	0,8	0,4	0,0	0,9	1,2	1,2
Tumores Malignos	44,6	48,8	46,1	44,3	38,7	41,9	42,7
Tumor Maligno da Lábio, Cavidade Oral e Faringe	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu				14,3	11,9	13,9	13,0
Tumor Maligno do Esófago	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0
Tumor Maligno do Estômago	5,6	5,7	6,5	6,8	5,6	5,1	4,3
Tumor Maligno do Cólon e Recto	6,1	8,0	6,1	4,2	4,0	5,2	4,9
Tumor Maligno do Pâncreas	1,4	1,5	1,0	1,0	0,9	1,8	1,7
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório				5,5	4,0	3,0	2,5
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	2,3	2,8	4,3	4,7	3,2	2,6	2,5
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama				11,9	9,2	9,5	11,0
Tumor Maligno da Mama (Feminina)	11,6	13,1	11,5	11,4	8,3	8,6	9,9
Tumor Maligno dos Órgãos Geniturinários				6,7	4,8	4,3	5,1
Tumor Maligno do Colo do Útero	0,4	1,8	2,6	2,6	1,8	0,9	1,7
Tumor Maligno da Bexiga	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumor Maligno de Outras Localizações e de Localizações não Esp.				3,2	4,5	6,7	7,9
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgão Hematopoéticos	4,8	2,9	1,7	2,1	3,0	2,9	2,1
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	6,5	7,5	5,4	4,2	2,2	2,6	2,1
Diabetes Mellitus	4,4	4,9	3,9	3,3	1,8	1,7	1,2
Doenças do Aparelho Circulatório	18,2	15,8	10,2	8,3	6,3	9,3	8,0
Doença Isquémica do Coração	4,0	3,9	2,4	1,9	0,8	1,7	1,2
Doenças Cerebrovasculares	6,8	4,4	2,7	2,0	2,9	4,2	4,6
Doenças do Aparelho Respiratório	6,8	6,2	6,0	5,8	5,3	2,5	2,4
Pneumonia	0,5	0,5	0,9	1,7	2,6	1,7	1,2
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada , Enfisema e Asma				0,4	0,0	0,0	0,4
Doenças do Aparelho Digestivo	10,3	12,7	10,1	10,6	7,7	6,8	5,3
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	7,0	9,3	8,0	8,4	5,6	4,6	3,3
Causas Externas de Mortalidade	10,4	12,7	10,2	8,9	5,6	7,0	8,8
Acidentes de Transporte	5,1	6,3	5,3	3,7	1,7	2,0	3,1
Acidentes de Veículos a Motor				3,7	1,7	2,0	3,1
Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Suicídios)	1,9	1,9	0,9	0,5	0,9	0,8	1,2

Fonte: INE

Anexo 4: Taxas de mortalidade padronizada antes dos 65 anos, por grandes grupos de causas de morte, no ACES Feira/Arouca e Projeção (Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial)

