

P L A N O L O C A L D E S A Ú D E



**ACeS Grande Porto IX
Espinho/Gaia**

2011-2016

Director Executivo ACES Espinho/Gaia
Dr José Carlos Leitão

Coordenadora Unidade de Saúde Pública
Dra Elisa Teixeira

Equipa coordenadora

Dra Clara Alves Alves
Dra Maria da Gloria Rapazote
Dr Luís Sousa

Agradecimentos sinceros a todos os profissionais do ACES e aos elementos do Conselho da Comunidade que contribuíram para a elaboração do Plano Local de Saúde.

	ÍNDICE	Pág.
1.	INTRODUÇÃO	1
2.	METODOLOGIA	3
3.	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO ACeS	5
3.1.	MORTALIDADE PROPORCIONAL	12
3.2.	TAXA BRUTA DE MORTALIDADE – (TBM)	13
3.3.	MORTALIDADE PREMATURA	19
3.4.	TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA	21
3.5.	MORTALIDADE EVITÁVEL	23
3.6.	MORTALIDADE INFANTIL	24
3.7.	MORBILIDADE	26
3.8.	TAXA DE INTERNAMENTO BRUTA POR CAUSAS ESPECÍFICAS	28
3.9.	TAXA DE LETALIDADE	30
3.10.	DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA	30
3.11.	TAXA DE INCIDÊNCIA HIV/Sida e TUBERCULOSE	31
3.12.	DETERMINANTES DE SAÚDE	32
3.12.1.	<i>Hipertensão Arterial</i>	33
3.12.2.	<i>Consumo de Sal</i>	33
3.12.3.	<i>Consumo de Tabaco</i>	34
3.12.4.	<i>Inactividade Física</i>	35
3.12.5.	<i>Consumo de Frutos e Vegetais</i>	36
3.12.6.	<i>Excesso de Peso, Obesidade</i>	37
3.12.7.	<i>Consumo de álcool</i>	38
3.12.8.	<i>Proporção de Nascimentos em Mulheres em Idade de Risco</i>	39
3.12.9.	<i>Desempenho dos Serviços de Saúde como Determinante de Saúde</i>	40
4.	RECURSOS DA COMUNIDADE	41
4.1.	SAÚDE	41
4.2.	EDUCAÇÃO	42
4.3.	EQUIPAMENTOS SOCIAIS	42
4.4.	DESPORTO	42
4.5.	CULTURA E LAZER	42
4.6.	RELIGIÃO	42
4.7.	PODER LOCAL	43
4.8.	FORÇAS DE SEGURANÇA	43
4.9.	BOMBEIROS	43

4.10.	TRANSPORTES	43
4.11.	COMUNICAÇÃO SOCIAL	43
5.	IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	44
6.	IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE PRIORITÁRIAS DA POPULAÇÃO DO ACeS ESPINHO/GAIA	45
7.	RECURSOS PRIORIZADOS	46
8.	ESTRATÉGIAS DE SAÚDE	47
8.1.	COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL	47
8.2.	PROMOÇÃO DA SAÚDE	47
8.3.	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA/TERCIÁRIA	48
8.4.	ADEQUAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS MUDANÇAS NO ESTADO DE SAÚDE	48
9.	OBJECTIVOS	49
9.1.	OBJECTIVOS GERAIS DO PLANO LOCAL DE SAÚDE	50
9.2.	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO PLANO LOCAL DE SAÚDE	51
10.	PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE	52
11.	RECOMENDAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO	55
	BIBLIOGRAFIA	56

ÍNDICE DE FIGURAS		Pág.
Figura 1.	População residente por freguesia – 2011	5
Figura 2.	Densidade populacional por freguesia – 2011	6
Figura 3.	Variação percentual de população residente por freguesia – 2011	6
Figura 4.	Evolução de pirâmide etária	7
Figura 5.	Taxa de natalidade	9
Figura 6.	Taxa de mortalidade infantil	9
Figura 7.	Índice de dependência total	10
Figura 8.	Número de desempregados	10
Figura 9.	Taxa de pré-escolarização	11
Figura 10.	Mortalidade proporcional	12
Figura 11.	Mortalidade proporcional prematura	12
Figura 12.	Taxa bruta de mortalidade	13
Figura 13.	Taxas brutas de mortalidade por principais causas de morte	14
Figura 14.	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório	14
Figura 15.	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo o género	15
Figura 16.	Taxa de mortalidade segundo os principais tumores malignos	15
Figura 17.	Taxas de mortalidade segundo os principais tumores malignos no homem	16
Figura 18.	Taxas de mortalidade segundo os principais tumores malignos na mulher	16
Figura 19.	Taxa de mortalidade por tumor maligno do cólon e recto	16
Figura 20.	Taxa de mortalidade por tumor maligno do estômago por género doenças respiratórias	16
Figura 21.	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório	17
Figura 22.	Taxa de mortalidade por pneumonia por género	17
Figura 23.	Taxa de mortalidade por bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma por género	17
Figura 24.	Taxa de mortalidade por diabetes mellitus por género	18
Figura 25.	Taxa de mortalidade por tuberculose e HIV/Sida	18
Figura 26.	Taxa de mortalidade por tuberculose por género	18
Figura 27.	Taxa de mortalidade por HIV/Sida por género	18
Figura 28.	Taxa de mortalidade prematura por género	19
Figura 29.	Anos de vida potencialmente perdidos	19
Figura 30.	Evolução das taxas de mortalidade pelas principais causas de morte prematura	20

Figura 31.	Taxa de mortalidade prematura por tumor maligno no homem	20
Figura 32.	Taxa de mortalidade prematura por tumor maligno na mulher	20
Figura 33.	Taxa de mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório	21
Figura 34.	Evolução da taxa de mortalidade infantil	24
Figura 35.	Distribuição percentual de óbitos infantis	24
Figura 36.	Distribuição percentual de óbitos neonatais	25
Figura 37.	Evolução da taxa de mortalidade perinatal	25
Figura 38.	Distribuição percentual de óbitos perinatais	26
Figura 39.	<i>Incidência</i> de acidente vascular cerebral	27
Figura 40.	<i>Incidência</i> de acidente vascular cerebral e doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos	27
Figura 41.	Taxa internamento bruta segundo os três principais grupos de causas por grupo etário – 2007	28
Figura 42.	Taxa internamento bruta por causas específicas – 2007	29
Figura 43.	Taxa de letalidade 2007	30
Figura 44.	Doenças de declaração obrigatória ano 2010	30
Figura 45.	Evolução da taxa de incidência VIH/sida	31
Figura 46.	Comparação das disponibilidades diárias de alimentos per capita com o padrão alimentar saudável em Portugal – 2008	36
Figura 47.	Evolução do valor médio de IMC	38
Figura 48.	Consumo de litros de álcool em adultos >= 15 anos	39
Figura 49.	Identificação e priorização dos principais problemas de saúde	44

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.	
Quadro I.	Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade padronizada para todas as idades	22
Quadro II.	Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade padronizada em indivíduos com idade inferior a 65 anos	22
Quadro III.	Evolução da taxa de incidência da tuberculose	31
Quadro IV.	Percentagem de indivíduos que fuma diariamente, por género	35
Quadro V.	Percentagem de adolescentes escolarizados (2º e 3º ciclo) que consomem diariamente fruta	37
Quadro VI.	Percentagem de adolescentes escolarizados (2º e 3º ciclo) que consomem diariamente legumes	37
Quadro VII.	Percentagem de indivíduos com excesso de peso por género e grupo etário	37

Quadro VIII.	Percentagem de indivíduos com obesidade por género e grupo etário	37
Quadro IX.	Percentagem de excesso de peso e obesidade em crianças dos 6 aos 13 anos na área de influência do ACeS Espinho/Gaia	38
Quadro X.	Evolução de alguns indicadores de desempenho do ACeS Espinho/Gaia	40
Quadro XI.	Quantificação de objectivos 2014-2016	49

ANEXOS		Pág.
1.	População Residente no ACeS Espinho/Gaia – Censos 2001 e 2011	I
2.	Evolução da estrutura etária concelho de Vila Nova de Gaia e Espinho	II
3.	Distribuição da população residente por freguesia segundo o género - 2011	IX
4.	Taxa Bruta de Pré escolarização (%), Retenção e Desistência no ensino básico regular (%), Transição/Conclusão no ensino secundário regular (%) por localização geográfica	V
5.	Mortalidade Proporcional Prematura	VI
6.	Taxa Bruta de mortalidade por causas de morte, ACeS Espinho/Gaia – 2001 a 2009	VII
7.	Indicadores Sensíveis Aos Cuidados Médicos e Indicadores Sensíveis à Promoção da Saúde	X
8.	Mortalidade Evitável	XI
9.	Recursos Comunitários ACeS Espinho/Gaia	XIV
10.	Taxa Mortalidade 2001/2009 e projecções de mortalidade por regressão exponencial	XVI

Glossário

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACS – Alto Comissariado da Saúde
ACSS – Administração Central de Serviço de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CMVNG- Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia
CPCJ -Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
DVC – Doença cérebro-vascular
DIC – Doença Isquémica Cardíaca
DSP – Departamento de Saúde Pública
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio.
HBSC - Health Behaviour in School-aged Children
IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPO – Instituto Português de Oncologia
IPSS – Instituições Privadas de Solidariedade Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
PLS – Plano Local de Saude
PSOF- Pesquisa de sangue oculto nas fezes
SIARS – Sistemas de Informação das Administrações Regionais de Saúde
SNS – Sistema Nacional de Saúde
TBI – Taxa Bruta de Internamento
TBM – Taxa Bruta de Mortalidade
TIP – Taxa de Internamento Padronizada
TGNM- Técnica de Grupo Nominal Modificada
USP – Unidade de Saúde Pública

Nota Introdutória

A tónica principal do processo da reforma dos Cuidados de Saúde Primários em curso é o cidadão no centro do sistema e, neste contexto, princípios como a acessibilidade e a satisfação dos utentes são pedras de toque.

Deve-se, assim, trabalhar para que os cidadãos possam adquirir competências, de forma a serem parte activa na gestão da Saúde e da Doença, nomeadamente intervindo nos processos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação/paliação.

Neste sentido a Intervenção da comunidade no ACeS através da dinamização do Conselho da Comunidade e, principalmente, o envolvimento de um representante das autarquias no Conselho Executivo onde intervêm no processo de gestão.

Não podemos esquecer o longo historial de Parcerias da saúde com outras organizações do Estado, IPSS e ONG, que devem ser mantidas, mas revistas à luz da cultura organizacional actual.

A governação clínica e de saúde assegura que todo o utente/doente recebe o cuidado certo, no momento certo, do profissional certo, num ambiente seguro, honesto, transparente e cuidadoso. Sendo princípio da prestação de Cuidados de Saúde reger-se pelas Boas Práticas, a Governação Clínica nos ACeS, é um instrumento fundamental.

Dito isto é claro que um processo como o Plano Local de Saúde integra em si estas duas vertentes da reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

O trabalho que se segue apresenta uma qualidade que em muito dignifica o ACeS Espinho/Gaia no geral e os participantes e a USP em particular.

José Carlos Leitão

1-INTRODUÇÃO

O Plano Local de Saúde 2011-2016 (PLS) é um documento estratégico que tem por objectivo último contribuir para a melhoria do estado de saúde da população.

É um instrumento de apoio à gestão das actividades dos serviços de saúde e da comunidade orientando e integrando as diferentes tomadas de decisão que reconhecidamente têm impacto na saúde da população.

Identifica os problemas, prioriza as necessidades, define estratégias, traça objectivos quantitativos, os quais permitirão no futuro medir a mudança desejada, formulando recomendações para a sua operacionalização.

Estando dentro das competências da Unidade de Saúde Pública (USP) a coordenação técnica do PLS do Agrupamento de Centros de Saúde Espinho/Gaia (ACeS), foi fundamental o envolvimento dos restantes profissionais de saúde, órgãos de decisão e órgãos representativos do cidadão. Diferentes perspectivas ajudaram a definir melhor o caminho.

A crescente complexidade em que os problemas de saúde se desenvolvem, demanda um esforço conjunto do sistema de saúde e dos recursos comunitários. O predomínio das doenças crónicas não transmissíveis, as quais têm origem numa rede de causalidade múltipla, exige a intervenção nos diferentes determinantes, muitos deles relacionados com os estilos de vida adoptados e potencialmente modificáveis.

Define-se determinante da saúde como o factor que altera a probabilidade de ocorrência de doença ou morte evitável/prematura, quer no sentido negativo, ampliando o risco, quer no sentido positivo constituindo barreira protectora.

Neste contexto os serviços de saúde são por definição recursos imprescindíveis para o controlo dos problemas mas a comunidade, é de igual modo, proprietária de competências e recursos que funcionando em rede constituem a primeira grande barreira ao desenvolvimento da morbilidade e mortalidade dos seus elementos. Trata-se pois de uma responsabilidade conjunta e partilhada.

Os problemas de saúde duma comunidade só podem ser resolvidos se forem visíveis. Daí ser importante desenvolver e manter, adequados sistemas de

informação que permitam em tempo útil, integrar, medir e monitorizar a evolução dos problemas e seus determinantes. Dados menos actualizados, em especial de morbilidade e a ausência de indicadores locais ao nível dos determinantes de saúde, devem ser encarados não como um obstáculo mas como um desafio à melhoria dos sistemas de informação locais.

O presente PLS é na essência um instrumento estratégico que obriga a uma relação forte e próxima entre os serviços de saúde e a comunidade que atende.

É composto por uma análise da situação de saúde da população do ACeS Espinho/Gaia que com base na informação disponível identificou os problemas de saúde traduzidos em taxas de mortalidade e morbilidade, bem como os respectivos determinantes. Em paralelo foram identificados e quantificados os recursos quer de saúde quer comunitários, importantes para todo o processo de intervenção futura. Os problemas de saúde geraram obrigatoriamente necessidades de saúde, o que dito de outro modo clarificou o que é necessário fazer para remediar o problema identificado. Não sendo exequível a resolução de todos os problemas e necessidades de saúde, planear obrigou ainda a fazer escolhas, priorizando as principais necessidades.

Esta priorização foi realizada com o envolvimento alargado dos profissionais de saúde, órgãos de decisão do ACES e elementos representativos da comunidade. Por fim foram formuladas estratégias que com base nas necessidades identificadas estabelecem a ligação entre os objectivos propostos e as actividades a desenvolver.

O horizonte do PLS estende-se pelo período de 2011 a 2016, em que o ano de 2011 representou o ano zero, de preparação do PLS. Possui avaliações intercalares de periodicidade anual, que irão permitir validar e/ou corrigir as estratégias escolhidas para alcançar os objectivos propostos com a consequente melhoria do nível de saúde da comunidade, fim último do PLS.

2-METODOLOGIA

A Unidade de Saúde Pública (USP) na qualidade de Observatório Local de Saúde, identificou os problemas de saúde da comunidade com base nos indicadores disponíveis. Foram consultadas diferentes fontes de informação: INE, DSP IEFP, ACS, ACSS, OMS.

Em reunião de trabalho da USP, foram criados grupos homogéneos de profissionais (um grupo de seis médicos especialistas em Saúde Pública, um grupo de quatro enfermeiros de Saúde Comunitária e um grupo de cinco Técnicos de Saúde Ambiental) que com base na informação disponibilizada, procederam à priorização das cinco necessidades de saúde. Foram usados os critérios de magnitude (afecção em termos de impacto nos indicadores de morbi-mortalidade de um determinado problema de saúde), transcendência (mede o nível de afecção social em termos de grupos populacionais e ou sócio económicos) e vulnerabilidade (mede o grau de aplicabilidade/ dificuldade de prevenção/resolução de um problema de saúde).

A validação das necessidades de saúde propostas pela USP foi feita em dois momentos distintos, através de duas consultas; consulta interna (aos órgãos de decisão e coordenadores de todas as unidades funcionais do ACeS) e consulta externa (através dos elementos que constituem o Conselho da Comunidade).

A consulta interna foi precedida dum reunião geral com o Director Executivo do ACeS, Conselho Clínico e Coordenadores das Unidades Funcionais. Nessa reunião foi partilhada a metodologia a usar na construção do PLS. Foram divulgadas as necessidades de saúde priorizadas pela USP e distribuído um Diagnóstico de Situação do ACeS. Solicitou-se aos diferentes profissionais que validassem as necessidades de saúde propostas pela USP e ou identificassem novas, bem como os recursos tidos por necessários. Procedimento idêntico foi tido com os elementos do Conselho da Comunidade do ACeS.

Após um prazo de 20 dias foram recolhidas as necessidades identificadas quer pelos profissionais quer pelos elementos da comunidade tendo-se obtido um total de 12. Os profissionais de saúde e os elementos da comunidade foram convidados a participar em 2 reuniões onde se procedeu a Técnica de Grupo Nominal Modificada

(TGNM), no sentido de encontrar consenso relativo às necessidades de saúde a priorizar no PLS.

Para a Consulta Interna, foram contactados aleatoriamente representantes dos diferentes grupos profissionais do ACeS, que incluiu médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar (3) Enfermeiros (3) Psicólogos (1) Nutricionista (1) Técnico Administrativo (1) Técnico do Serviço Social (1) Técnico Operacional (1). Estiveram presentes 9 elementos dos convocados (81,8%). Através da TGNM procedeu-se à priorização das cinco principais Necessidades de Saúde bem como os principais Recursos da Comunidade.

Para a Consulta Externa foram contactados todos os representantes das instituições que fazem parte do Conselho da Comunidade do ACeS:

- Câmaras Municipais (Espinho e V.N.Gaia)
- Assembleia Municipal de Espinho
- Assembleia Municipal de V.N.Gaia
- Assembleia Municipal de Gondomar
- Centro Distrital da Segurança Social (Espinho e V.N.Gaia)
- Escolas e Agrupamentos de Escolas (Espinho e V.N.Gaia)
- Instituições Privadas de Solidariedade Social
- Associações de Utentes do ACeS
- Associações Sindicais da Comissão Permanente da Concertação social
- Associações de Empregadores da Comissão Permanente da Concertação social
- Hospital de referência - Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia
- Equipas de Voluntariado Social
- Comissão de Protecção da Criança e Jovem (Espinho e V.N.Gaia)

Estiveram presentes 8 dos 13 elementos contactados (62%). Através da TGNM procedeu-se à priorização das 5 principais Necessidades de Saúde bem como dos principais recursos da comunidade

Após as 3 Consultas (USP, Profissionais do ACeS e Comunidade) obtiveram-se 3 listas de cinco necessidades de saúde não totalmente coincidentes.

Finalmente, visando definir a lista final, realizou-se a intersecção das listas de necessidades dos 3 grupos, mediante os seguintes critérios:

- Inclusão no PLS da necessidade referida nos 3 grupos de priorização
- Inclusão no PLS da necessidade referida em 2 grupos de priorização.
- Nova consulta aos órgãos de Gestão do ACeS para selecção das necessidades de saúde que foram referidas por apenas 1 grupo de priorização.

3-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO ACeS

O ACeS Espinho/Gaia é responsável pela prestação de cuidados de saúde da população residente num conjunto de 23 freguesias pertencentes a três concelhos distintos, Espinho (5) Vila Nova de Gaia (17) e Gondomar (1) num total de 183.524 habitantes. (censo 2011) (Anexo 1)

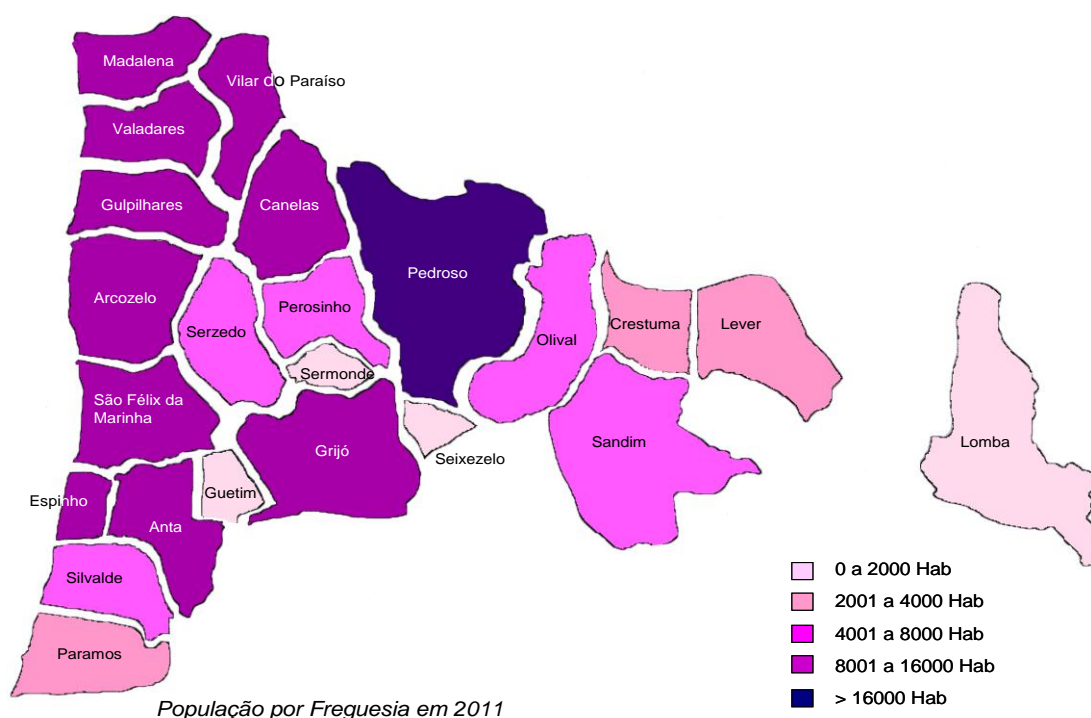


Figura 1-População Residente por Freguesia 2011 (INE)

Esta característica, conjunto de freguesias pertencentes a 3 concelhos distintos, explica que múltiplos indicadores de saúde usados para a caracterização do estado de saúde da população, ao não estarem desagregados a nível de freguesia, se refiram ao conjunto da população pertencente aos dois ACeS: Gaia e Espinho/ Gaia.

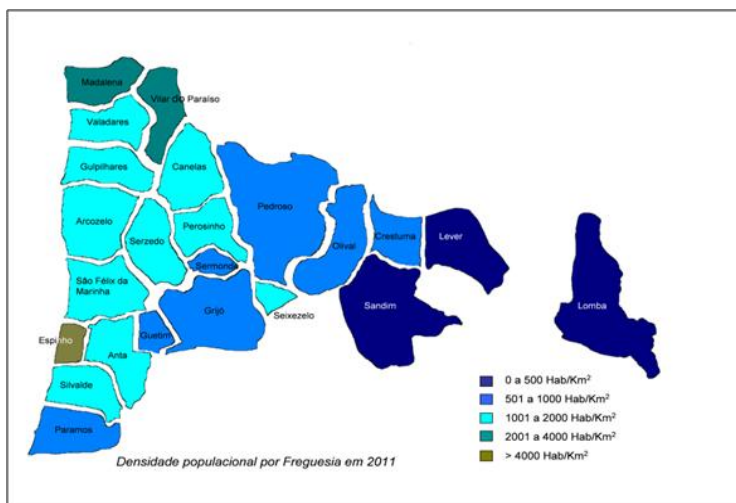


Figura 2-Densidade Populacional por freguesia 2011 (INE)

As freguesias do ACeS Espinho/Gaia apresentam densidades populacionais distintas que oscilam entre um valor de 109 hab/Km² (Lomba) e o valor de 6384 hab/km² (Espinho). As freguesias com densidades mais elevadas encontram-se predominantemente junto à faixa litoral, sendo que 30% da população do ACeS Espinho/Gaia vive em localidades com uma densidade populacional inferior a 1000 hab/Km².

Varição Percentual Intercensitária (2001 - 2011) da População Residente por Freguesia do ACES Espinho/Gaia

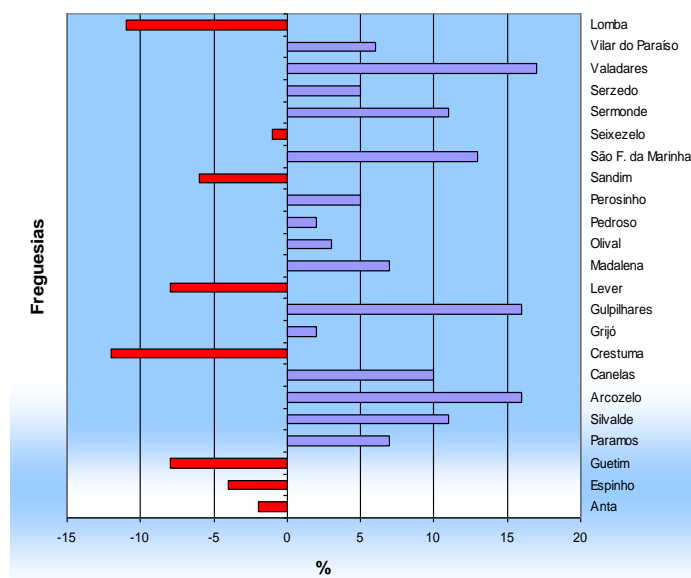
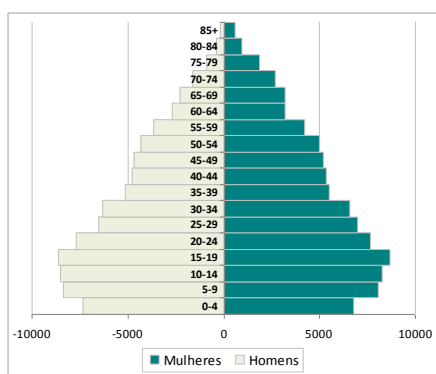


Figura 3-Varição Percentual da população residente por freguesia 2011 (INE)

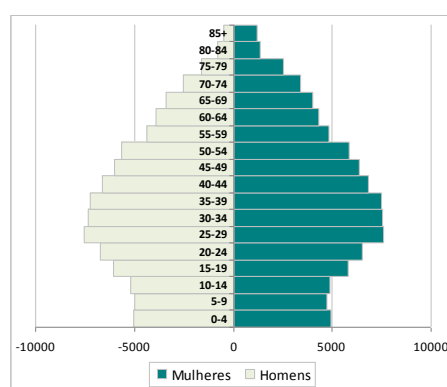
Na última década registou-se um aumento da população residente de 5%, não sendo esse crescimento homogéneo em todas freguesias. No concelho de Espinho

apenas as freguesias de Silvalde e Paramos apresentaram um acréscimo populacional. No concelho de Vila Nova de Gaia as freguesias de Seixezelo, Sandim, Lever e Crestuma bem como a freguesia da Lomba do Concelho de Gondomar registaram perda de população.

Comparando os dados dos censos de 1981 e 2001 (não estão ainda disponíveis os dados de 2011 desagregados a nível de freguesia) percebe-se a mudança ocorrida na estrutura etária da população. Existe um estreitamento progressivo da base da pirâmide, resultado da diminuição dos efectivos populacionais mais jovens por baixos níveis de natalidade e um aumento dos efectivos populacionais mais velhos que reflectem uma esperança de vida aumentada.



ACeS Gaia/Espinho Censo 1981 (INE)



ACeS/Espinho Censo 2001(INE)

Figura 4-Evolução da Pirâmide Etária

Em ambos os concelhos, Espinho e Vila Nova de Gaia existe uma tendência decrescente na proporção da população jovem, abaixo dos 15 anos, mais acentuada no concelho de Espinho (2001 – 16%; 2010 – 14%), enquanto no concelho de Vila Nova de Gaia o valor desceu de 17% em 2001 para 16% em 2010 (Anexo 2). Em contrapartida, a população acima dos 65 anos apresenta uma tendência crescente entre 2001 e 2010, evoluindo no concelho de Espinho de 14 para 17 %, e no concelho de Vila Nova de Gaia de 13 para 16%, o que traduz o nível de envelhecimento da população.

Esta característica de envelhecimento progressivo da população torna-se mais evidente ao analisarmos a evolução do índice de envelhecimento; no concelho de Espinho em 2001 existiam 92 idosos (65 anos ou mais) por cada 100 jovens (dos 0- 15 anos) enquanto em 2010 esse valor subiu para 122 (valor idêntico ao

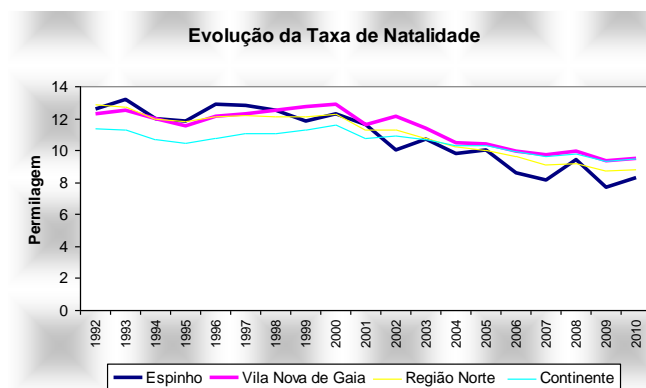
nacional). No concelho de Vila Nova de Gaia registava-se em 2001 cerca de 75 idosos por cada 100 jovens e em 2010 o valor subiu para cerca de 102 idosos por cada 100 jovens.

No concelho de Espinho, em 2001, a proporção de idosos com mais de 75 anos era de cerca de 40% do total de pessoas com mais de 65 anos (índice de Longevidade) enquanto que em 2010 esse valor subiu para 43,2%; no concelho de Vila Nova de Gaia o índice de longevidade situou-se em 2001 nos 37,7% subindo em 2010 para os 44,3%. Não só aumentou a proporção de população com mais de 65 anos como dentro desta subpopulação os indivíduos com mais de 75 anos estão a atingir um considerável peso relativo.

É necessário reconhecer este envelhecimento da comunidade como um ganho civilizacional; se por um lado resulta de menores taxas de natalidade por outro depende da diminuição da mortalidade geral que conduzem a um sustentado aumento da esperança de vida.

A população dos ACeS Gaia e Espinho/Gaia apresentou uma esperança de vida à nascença para ambos os sexos, no triénio 2005 -2007 de 79,9 anos, valor superior ao registado no Continente (78,9 anos) e na Região Norte (79,0). As mulheres apresentaram uma expectativa de vida (82,9 anos) superior à dos homens (76,7 anos) e, em ambos os casos os valores registados foram superiores aos valores do Continente (Homens 75,6 anos e Mulheres 82,0 anos) e aos da Região Norte (Homens 75,8 e Mulheres 82,1).

Em média, cerca de 52 % da população residente nas freguesias do ACeS são do género feminino (Censos 2011), valor que analisado de forma estratificada por grupo etário, sofre um elevado acréscimo a partir dos 75 anos de idade, com uma percentagem de cerca de 62 % em ambos os concelhos (Anexo 3) resultado duma menor taxa de mortalidade no género feminino.



Fonte: INE
 Figura 5-Taxa de Natalidade

A taxa bruta de natalidade, que relaciona o número de nascimentos com a população média, quer no concelho de Espinho quer no concelho de Vila Nova de Gaia apresentou nas últimas décadas uma tendência decrescente em linha com o registado quer a nível regional quer nacional, sendo que o menor valor se regista no concelho de Espinho onde em 2010 apenas nasceram 8 nados – vivos por cada mil habitantes, valor inferior ao registado no Continente (9.5‰).

O Índice Sintético de Fecundidade que estima o número médio de filhos por mulher mantêm-se em queda contínua atingindo em 2009, na população de ambos os concelhos o valor de 1.32 afastado do valor de referencia de 2,1 mínimo necessário para garantir a substituição das gerações.

Apesar de nascerem menos crianças as que nascem morrem menos. A taxa de mortalidade infantil registou um declínio acentuado alcançando no triénio 2007/09 o valor de 2,8 óbitos por mil nascimentos facto que traduz quer melhores condições ambientais quer adequados cuidados médicos dirigidos às mães e crianças.

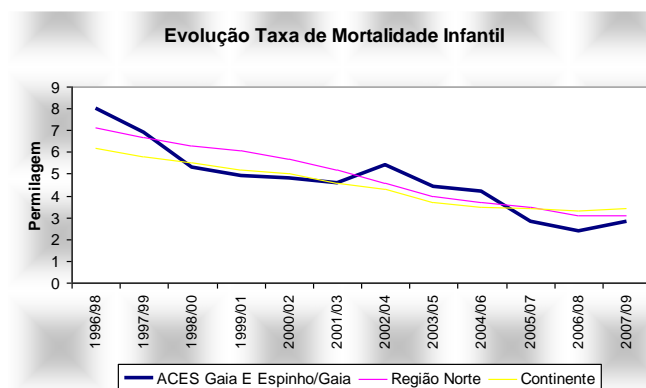


Figura 6-Mortalidade Infantil (Fonte: DSP)

O índice de dependência total, indicador que estima o peso da população não activa (menores de 15 anos e maiores de 65 anos) relativamente ao número de pessoas em idade activa (dos 15 aos 64 anos de idade), tem na última década

aumentado em ambos os concelhos situando-se em 2010 em cerca de 46 indivíduos dependentes por cada 100 elementos da população activa. O valor do índice de dependência total atingiu no Continente os 50,2.

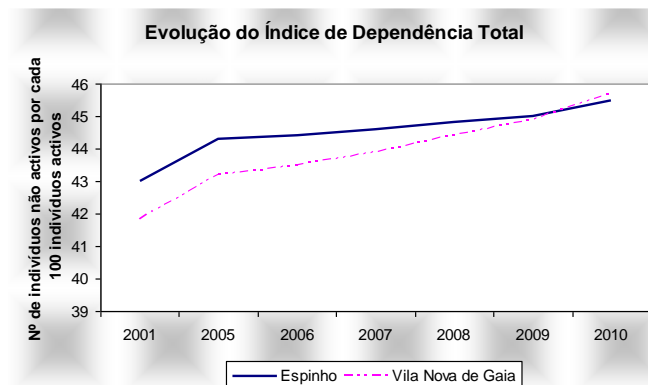


Figura 7-Índice de Dependência Total (Fonte: INE)

O contexto sócio económico, tal como o demográfico, é também um importante determinante do estado de saúde da população. O ganho médio mensal dos residentes no concelho de Espinho situou-se em 2009 nos 811.4 Euros enquanto que no concelho de Vila Nova de Gaia o valor médio registado foi de 993.3 Euros; em ambos os casos valores inferiores à média do Continente que atingiu o valor de 1036.4 Euros.

A taxa de desemprego não está disponível a nível concelhio socorrendo-nos para a sua aproximação da evolução do número de desempregados registados por concelho no Instituto de Emprego e Formação Profissional.

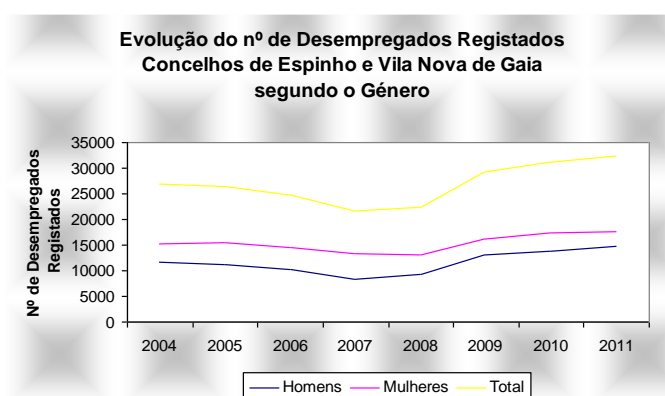


Figura 8- Evolução do Número de Desempregados (Fonte: IEFP)

Em ambos os concelhos registou-se, a partir de 2007, uma tendência crescente do número de indivíduos desempregados sendo as mulheres o género mais atingido.

O número de crianças escolarizadas entre os 3 e os 5 anos de idade evoluiu nos últimos anos de forma positiva, notando-se no entanto que no concelho de Vila Nova de Gaia os valores têm estado sustentadamente abaixo dos valores da Região Norte e Continente.

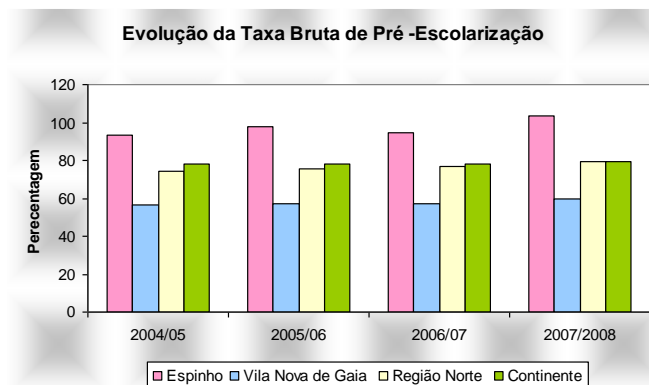


Figura 9-Taxa de Pré-Escolarização (Fonte:INE)

A Taxa de Retenção e Desistência no Ensino Básico Regular tem ao longo dos últimos anos assumido uma tendência decrescente situando-se no ano 2007/08 em ambos os concelhos no valor de cerca de 7%.

A Taxa de Transição/Conclusão no Ensino Secundário Regular, que expressa a dimensão do sucesso escolar no ensino secundário assume uma tendência crescente nos últimos anos situando-se nos 81% em ambos os Concelhos no ano 2007/2008. (Anexo 4)

3.1-MORTALIDADE PROPORCIONAL

A proporção de mortes para todas as idades atribuídas às doenças do Aparelho Circulatório e Tumores Malignos nos ACeS Gaia e Espinho/Gaia representaram mais de metade (55%) dos óbitos verificados no triénio 2007-09

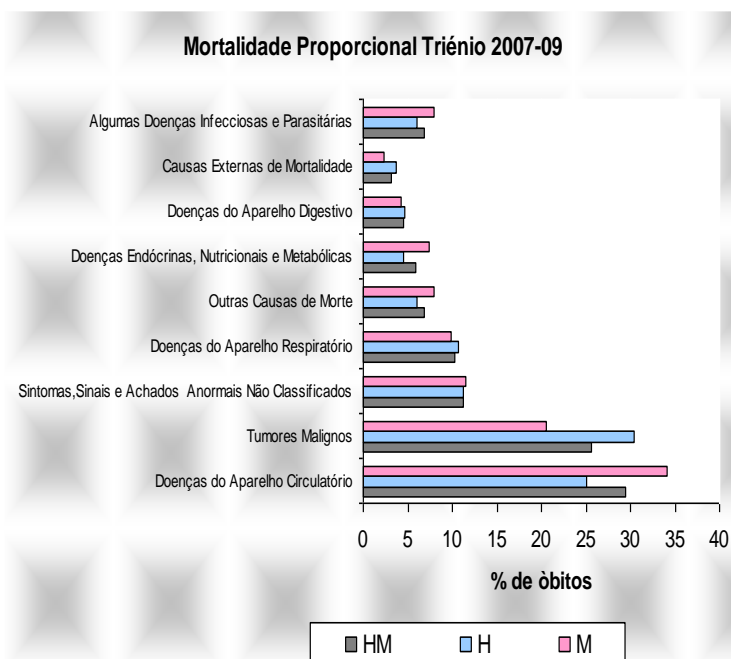


Figura 10- Mortalidade Proporcional (Fonte: DSP)

Nos indivíduos abaixo dos 65 anos e para ambos os géneros cerca de 40% dos óbitos ocorridos foram devidos aos tumores malignos. Nas mulheres este valor subiu para os 46%.

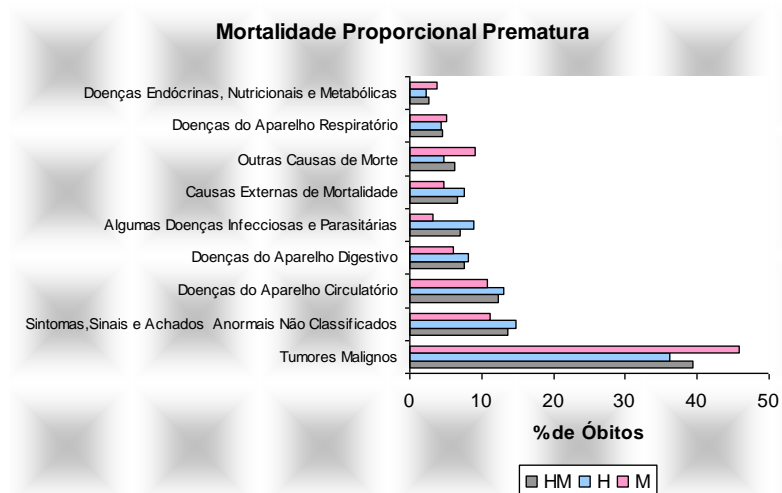


Figura 11-Mortalidade Proporcional Prematura (Fonte: DSP)

Nas idades mais jovens, dos 5 aos 24 anos, foram as Causas Externas de Mortalidade (29.5%), Causas Mal definidas (29,5%) e Tumores Malignos (16,4%) que contribuíram com mais de 75% dos óbitos verificados.

No grupo etário dos jovens adultos (25-44 anos de idade) os Tumores Malignos (25,2%), Causas Mal Definidas (22,7%) e Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (20,6%) representaram mais de 2/3 dos óbitos verificados.

Nos indivíduos acima dos 45 anos de idade, são os Tumores Malignos e as Doenças do Aparelho Circulatório as causas que determinaram mais de metade dos óbitos. (Anexo 5)

3.2-TAXA BRUTA DE MORTALIDADE – (TBM)

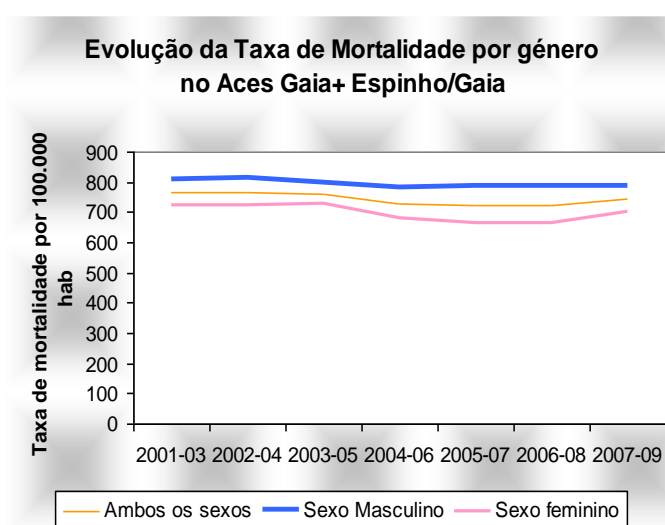


Figura 12- Taxa Bruta de Mortalidade (Fonte:DSP)

O risco de morrer no triénio 2007/09 ^(a) para a população de ambos os ACeS foi de 743 óbitos por 100.000 residentes (7,4 óbitos por cada 1000 residentes).

A taxa bruta de mortalidade no género feminino é de forma sustentada inferior à do género masculino, mas nos dois últimos triénios esse diferencial diminuiu à custa de um aumento da taxa de mortalidade nas mulheres.

a) Os últimos dados disponíveis de mortalidade referem-se ao triénio 2007/2009 pelo que as taxas de mortalidade expressas referem-se a esse período.

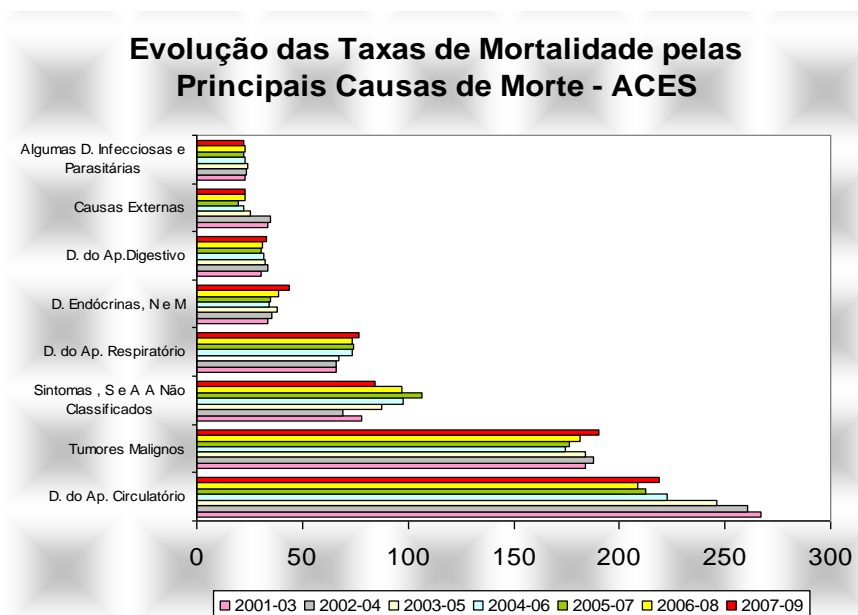


Figura 13-Taxas Brutas de Mortalidade Por Principais Causas de Morte

Fonte: DSP

As *Doenças do Aparelho Circulatório* foram a principal causa de morte. (Fig.13) Na última década assistiu-se a uma constante queda da taxa de mortalidade por esta causa, com excepção do triénio 2007-09 onde se registou uma discreta inflexão. A TBM foi de 218.6 óbitos por 100.000 habitantes. Dentro deste grande grupo de causas de morte predominou a mortalidade por *Doenças Cérebro Vasculares (DCV)* e *Doença Isquémica Cardíaca (DIC)* atingindo respectivamente os valores de 102.6 óbitos e 40,8 óbitos por 100.000 residentes. (Fig.14)

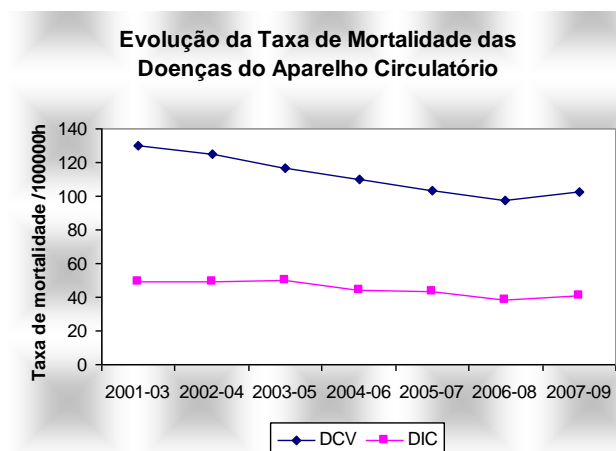


Figura 14-Taxa de Mortalidade Doenças do Aparelho Circulatório (Fonte: DSP)

A mortalidade por doenças do Aparelho Circulatório atingiu de forma diferente ambos os géneros. A mortalidade por DCV foi superior nas mulheres, enquanto a mortalidade por DIC foi mais elevada no género masculino (Fig15)

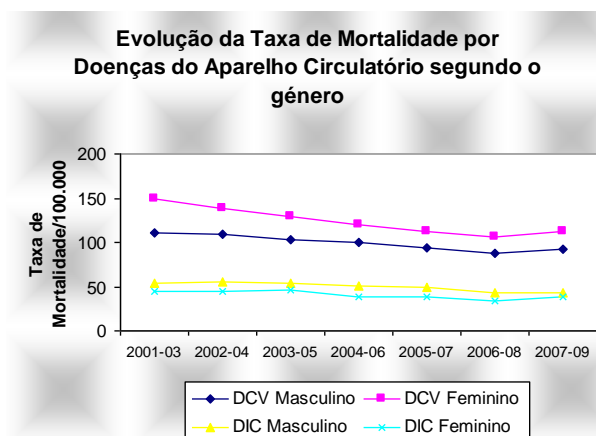


Figura 15-Taxa de Mortalidade por Doenças Aparelho Circulatório segundo o Género (Fonte: DSP)

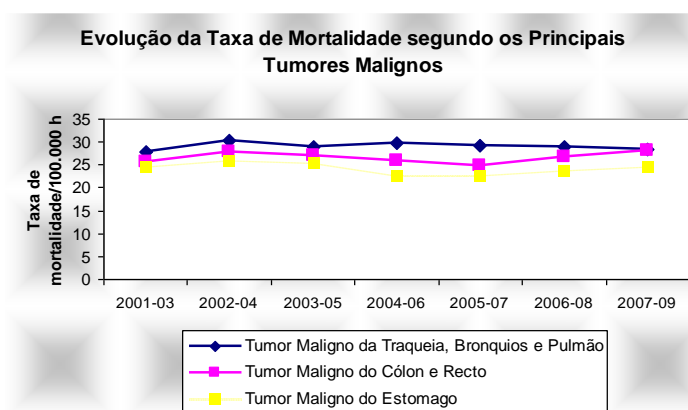


Figura 16- Taxa de Mortalidade segundo os Principais Tumores Malignos
Fonte: DSP

Os *Tumores Malignos* constituíram para o conjunto da população dos ACeS a segunda causa de morte. O género masculino foi o mais atingido, com uma taxa de mortalidade de 239.7‰, valor que ultrapassa a taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (197,1‰) (Anexo 6). Nas mulheres a taxa de mortalidade por tumores malignos foi de 143.7‰ o que equivale a um rácio de 1.22 homens para 1 mulher.

Nos homens, as causas de mortalidade mais frequentes por tumor maligno foram o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (47.6‰), do cólon e recto (33.4‰) e do estômago (33,4‰). (Fig.17)

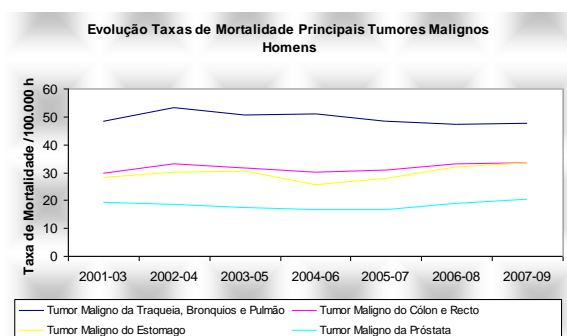


Figura 17 – TBM Principais Tumores Malignos Homens (Fonte: DSP)

Nas mulheres, o tumor maligno da mama manteve--se como a causa mais comum de morte por tumor maligno (24.5%⁰⁰⁰). (Fig.18) No entanto a mortalidade por tumor maligno do cólon e recto (23.2%⁰⁰⁰) registou nos últimos anos uma subida, que diminuiu a diferença de mortalidade por estes dois tumores. Verificou-se ainda uma redução da mortalidade por tumor maligno do estômago (16,0%⁰⁰⁰), fenómeno contrário ao verificado no género masculino. O tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão registou um aumento na mortalidade ao longo dos últimos anos (10,8%⁰⁰⁰)

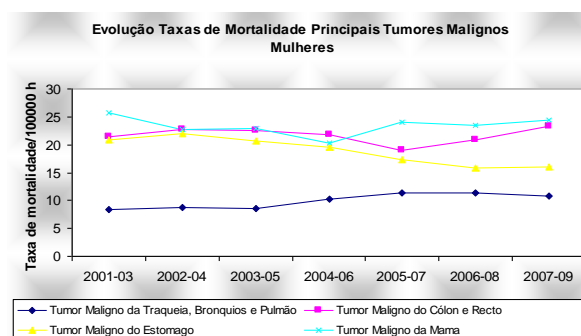


Figura 18 – TBM Principais Tumores Malignos Mulheres (Fonte: DSP)

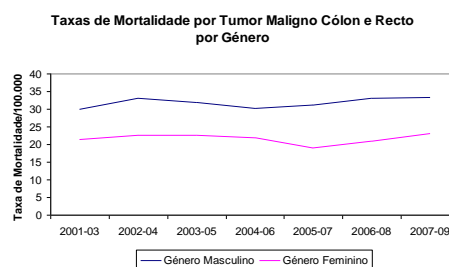


Figura 19-Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno Cólon e Recto segundo o Género (Fonte: DSP)

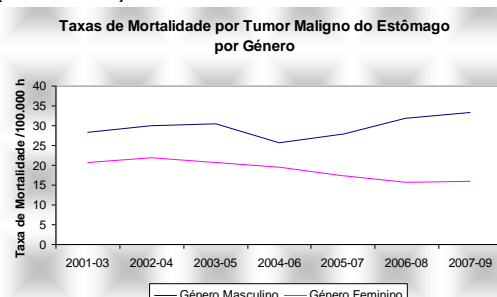


Figura 20-Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno do Estômago por Género

Os *Sintomas, Sinais e Achados Anormais Não Classificados* com uma taxa de mortalidade de 84,3%⁰⁰⁰, representaram a 3ª causa de morte. No triénio 2007-09 a proporção de mortes atribuídas a causas mal definidas foi cerca de 11% do total de óbitos, valor inferior ao registado na Região Norte que se situou nos 13%. Estes valores dificultam a identificação adequada do padrão de mortalidade.

As doenças do Aparelho Respiratório (76.7%⁰⁰⁰) constituíram a 4ª principal causa de morte. A entidade nosológica com maior peso é a Pneumonia com taxa de mortalidade de 26.0%⁰⁰⁰, enquanto as Doenças Crónicas das Vias Aéreas Inferiores (Bronquite, Asma e Enfisema) apresentaram uma taxa de mortalidade de 7,3%⁰⁰⁰. A mortalidade por ambas as patologias revelou uma tendência crescente ao longo dos últimos anos. (Fig.21)

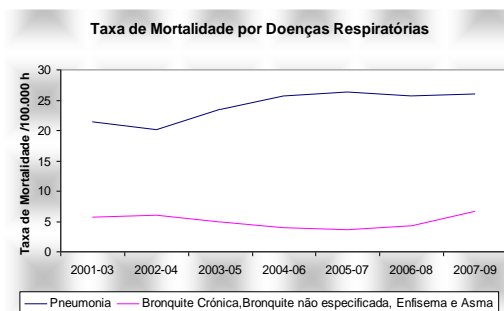


Figura 21 – Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Respiratório
Fonte: DSP

A mortalidade por Pneumonia ao longo dos anos revelou ser mais expressiva nos homens. (Fig.22) A Bronquite Crónica, Enfisema e Asma registou no triénio 2007/09 taxas de mortalidade idênticas em ambos os géneros, resultado sobretudo de um aumento da mortalidade por esta causa nas mulheres (Fig.23)

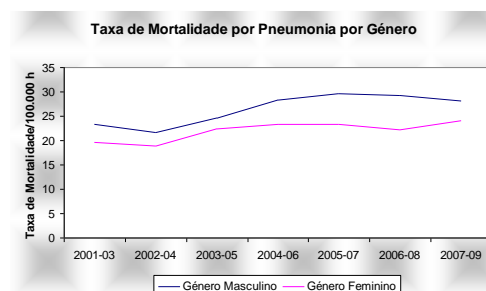


Figura 22 – Taxa de Mortalidade por Pneumonia por Género
Fonte: DSP

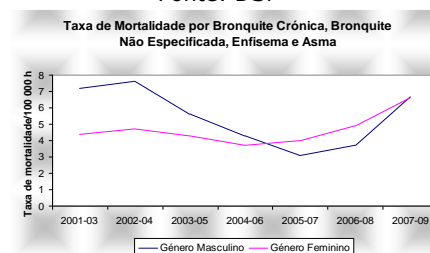
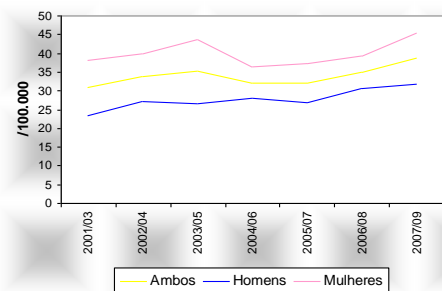


Figura 23 – Taxa de Mortalidade por Bronq./Enf/Asma por Género
Fonte: DSP



Fonte: DSP

Figura 24 - Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus por Género

As *Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas* foram a 5ª Causa de morte (44,4‰), valor que aumentou ao longo da década. A Diabetes Mellitus por si só foi responsável por uma TBM de 38,8‰. Prevaleram as mortes no género feminino. (Fig.24)

O Grupo de *Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias* foi responsável pela 8ª causa de morte, apresentando um discreto declínio ao longo do tempo. As principais causas de morte específicas foram a Tuberculose e o VIH/Sida. (Fig.25). Verifica-se que em ambas as patologias, o género masculino registou taxas de mortalidade mais elevadas, diferença que se acentuou na patologia por HIV/sida

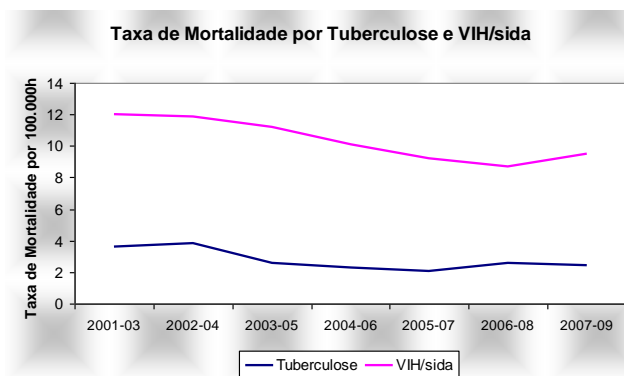


Figura 25-Taxa de Mortalidade por Tuberculose e VIH/sida (Fonte: DSP)

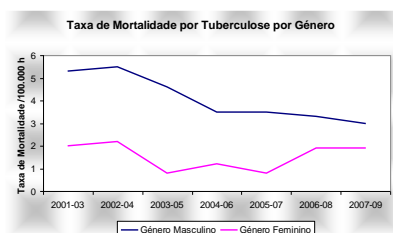


Figura 26-TBM por Tuberculose por género (Fonte: DSP)

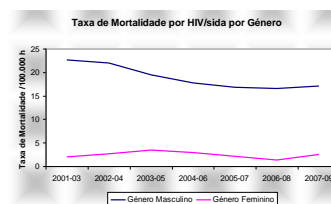


Figura 27-TBM por HIV/sida por género (Fonte: DSP)

3.3-MORTALIDADE PREMATURA

A Taxa Bruta de Mortalidade Prematura indica o risco de morte nos indivíduos com menos de 65 anos. Na população de ambos os ACeS, o valor atingido foi de 192.1‰⁰⁰⁰ apresentando uma tendência decrescente na última década.

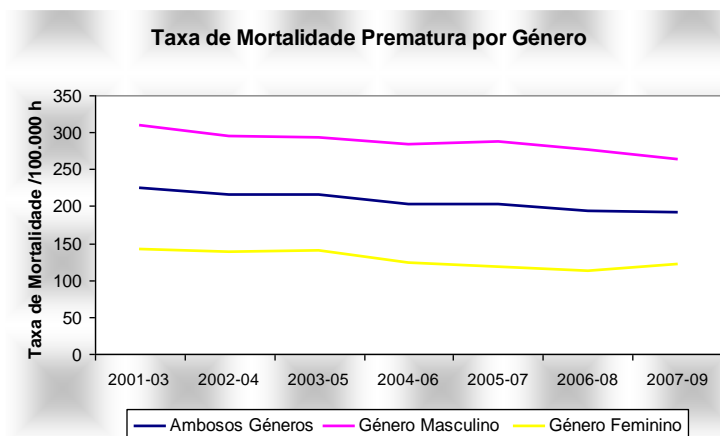


Figura-28 Taxa de Mortalidade Prematura por Género (Fonte: DSP)

Os Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)^(a) são um indicador que avalia o impacto da mortalidade prematura. No ano 2009 foram perdidos 3 874 anos potenciais de vida dos residentes na área de influência de ambos os ACeS. Mantemo-nos abaixo dos valores registados na Região e Continente. (Fig.29)

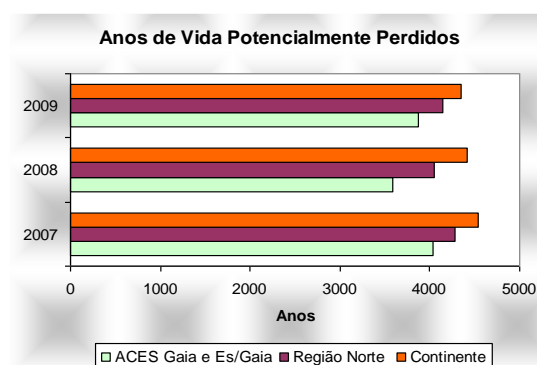


Figura 29-Anos de Vida Potencialmente Perdidos
Fonte ACSS

a) Calcula-se somando as diferenças entre uma idade mínima predeterminada (neste caso 70 anos) e a idade em que ocorreu o óbito, em indivíduos que faleceram antes dos 70 anos

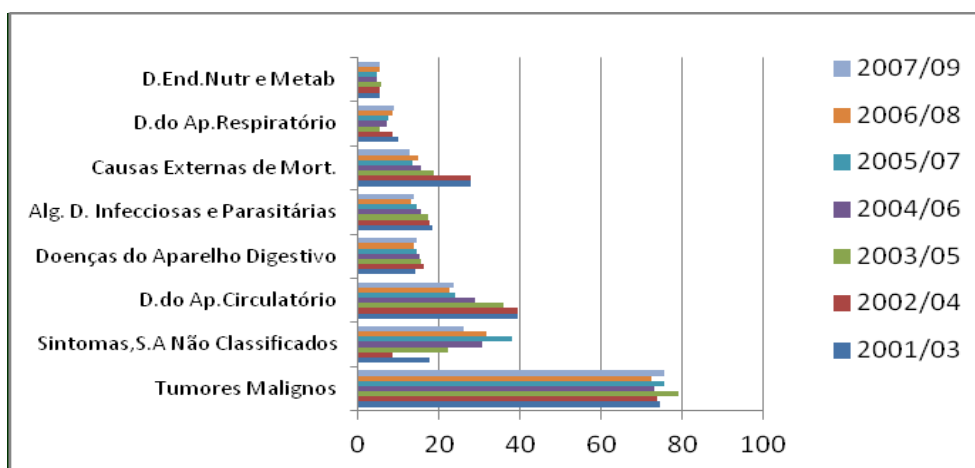


Figura 30- Evolução das Taxas de Mortalidade pelas Principais Causas de Morte Prematura
 Fonte: DSP

Os *tumores malignos* foram a principal causa de morte prematura (75,6 ‰) em ambos os géneros. (Fig.30) O risco de morrer prematuramente por esta causa foi superior no género masculino (95,8‰) sendo as principais causas o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (22,8‰) tumor maligno do estômago (13,7‰) e o tumor maligno do cólon e recto (10,7‰). (Fig.31)

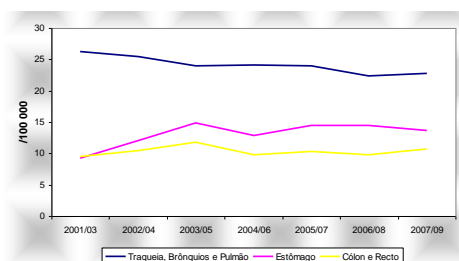


Figura 31-Taxas de Mortalidade Prematura por Tumor Maligno Homens (Fonte: DSP)

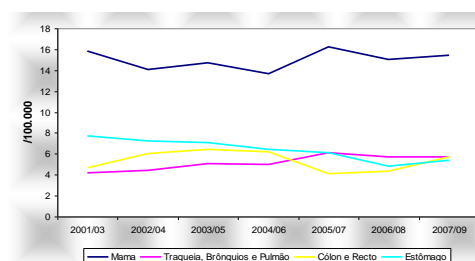


Figura 32-Taxas de Mortalidade Prematura por Tumor Maligno Mulheres (Fonte: DSP)

Nas *mulheres*, a taxa de mortalidade prematura por tumores malignos foi inferior (55,9‰). O tumor maligno da mama representou a principal causa de morte prematura (15,4 ‰) seguida pelo tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão e pelo tumor maligno do cólon e recto. (ambos 5,7‰) (Fig.32)

O grupo dos Sintomas, Sinais e Achados Anormais não Classificados, mortes mal definidas, destacaram-se como a segunda causa de morte prematura (26,1‰),

seguidas pela Doenças do Aparelho Circulatório (23,7‰) que apresentaram uma tendência de curva em declínio. (Fig.33)

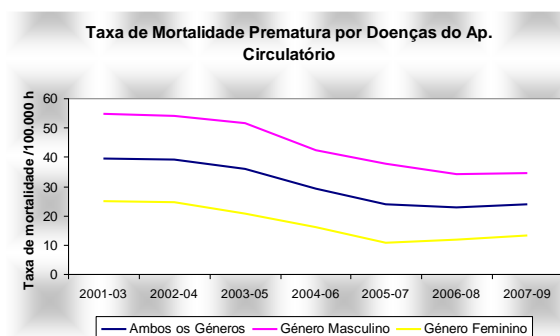


Figura 33-Taxa de Mortalidade Prematura por Doenças do Aparelho Circulatório

A principal diferença entre os gêneros, surgiu na 4ª causa de morte prematura. Nos homens foi o Grupo de Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (23,5‰) contribuindo o VIH /Sida com cerca de 18,4 óbitos por 100.000, enquanto no género feminino foram as doenças do Aparelho Digestivo com a Doença Crónica no Fígado e Cirrose a ser a causa mais predominante (5,0‰).

Nos homens a Doença Crónica do Fígado e Cirrose surgiu em 5º lugar com uma taxa de mortalidade de 15,3‰, enquanto nas mulheres são as Doenças do Aparelho Respiratório, com uma taxa de mortalidade de 6,3‰.


3.4-TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA


Uma vez que o efeito idade tem uma forte influência na mortalidade, o uso da Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) permite comparar populações com estruturas etárias distintas. Nos quadros I e II estão expressos os valores da taxa bruta de mortalidade pelas principais causas de morte por grupos específicos e os valores da TMP que compara os valores dos ACeS Gaia e Espinho/Gaia com a Região Norte no triénio 2007-2009.


Utilizou-se o método de semaforização para identificar de forma rápida as diferenças entre os padrões de mortalidade nos ACeS e na Região Norte.


Quadro I-Taxa Bruta de Mortalidade e Taxa de Mortalidade Padronizada Para todas as Idades Triénio 2007-2009

Causas de morte por grupos específicos em ambos os sexos para todas as idades	Taxa bruta de Mortalidade (%000) ACES Gaia e Esp/Gaia	Taxa Mortalidade Padronizada (%000) ACES Gaia e Esp/Gaia
Doenças cérebro-vasculares	102.6	74.2
Doença Isquémica cardíaca	40.8	29.5
Diabetes mellitus	38.8	27.2
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	28.5	22.5
Tumor Maligno do Cólon e Recto	28.1	21.7
Pneumonia	26.0	19.0
Tumor Maligno da Mama (Fem)	24.5	18.7
Tumor Maligno do Estômago	24.4	18.9
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	13.5	11.5
Tumor Maligno do Pâncreas	11.8	9.0
VIH/Sida	9.5	8.5
Bronquite Crónica/Enfisema/Asma	6.6	4.6

 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

Fonte: Fonte: Mort@lidades DSP

Para ambos os sexos e para todas as idades, a Diabetes Mellitus, Tumor Maligno do Pâncreas e VIH/sida apresentaram taxas de mortalidade padronizada superiores à Região Norte tendo essa diferença significância estatística. Sem significância estatística mas acima dos valores regionais estão a mortalidade por tumores malignos do Cólon e Recto, da Mama (fem.) e pela Bronquite Crónica, Asma e Enfisema. (Quadro - I)

Quadro II-Taxa Bruta de Mortalidade e Taxa de Mortalidade Padronizada < 65 anos – Triénio 2007-2009

Causas de morte por grupos específicos em indivíduos abaixo dos 65 anos de idade em ambos os sexos	Taxa bruta de Mortalidade (%0000) ACES Gaia e Es/Gaia	Taxa Mortalidade Padronizada (%000) ACES Gaia e Es/Gaia
Tumor Maligno da Mama (Fem)	15.4	13.1
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	14.1	12.2
VIH/Sida	10.4	9.0
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	10.1	8.7
Doenças cérebro-vasculares	9.9	8.6
Tumor Maligno do Estômago	9.5	8.3
Tumor Maligno do Cólon e Recto	8.1	7.1
Doença Isquémica cardíaca	6.2	5.4
Diabetes mellitus	4.0	3.5
Tumor Maligno do Pâncreas	3.4	3.0
Acidentes Veículo a motor	3.1	3.0
Pneumonia	2.6	2.3

Fonte: Mort@lidades DSP

Na população abaixo dos 65 anos, foi o VIH/sida a causa de morte que comparada com a Região Norte apresentou uma TMP superior e com significância estatística. Os tumores malignos da Mama (fem.), Cólon e Recto e Pâncreas, bem como a Diabetes Mellitus apresentaram taxas de mortalidade mais elevadas que o padrão regional, apesar dessa diferença não ter sido estatisticamente significativa.

3.5-MORTALIDADE EVITÁVEL

A mortalidade por causas evitáveis é um indicador que alerta para as doenças que no actual conhecimento médico, raramente ou nunca deveriam evoluir para óbito sendo um indicador indirecto do desempenho dos serviços de saúde. Baseia-se numa lista de causas de morte da OMS (Anexo 7) que se encontra dividida em Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Saúde (ISCS) que inclui 18 causas de morte e Indicadores Sensíveis à Promoção da Saúde (ISPS) que inclui 5 causas de morte.

Os dados disponíveis referem-se ao período de 2001-2005; comparam utilizando a razão de mortalidade padronizada (RPM) o padrão de mortalidade evitável verificado nos ACeS com a Região Norte. (Os dados foram retirados de Mortalidade Evitável - Uma análise evolutiva da Região Norte-DSP-ARSNorte)

A RMP relacionada com mortes evitáveis sensíveis aos cuidados médicos (prevenção secundária), na população do ACeS e para ambos os sexos foi inferior à Região Norte, ainda que sem significância estatística. O género feminino apresentou piores resultados com uma RMP superior ao valor regional, diferença com significância estatística, devido ao Tumor Maligno da Mama.

Nas mortes evitáveis relacionadas com a efectividade dos serviços de saúde na área da prevenção e promoção da saúde verificou-se que tanto nos homens como no género feminino os valores da RPM são inferiores ao valor regional tendo essa diferença significância. (Anexo 8)

3.6-MORTALIDADE INFANTIL

A meta estabelecida no Plano Nacional de Saúde para a mortalidade infantil para o ano 2010, foi fixada nos 2,6‰. O valor registado nos ACeS no triénio 2007 -09 foi de 2,8‰ o que indicia que este indicador venha a ser alcançado.

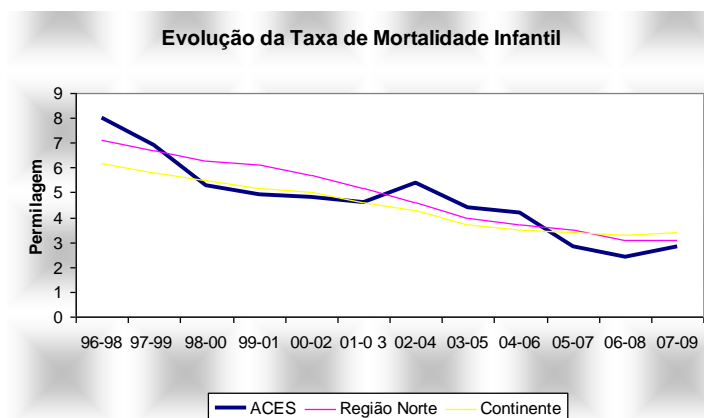


Figura 34-Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (Fonte: DSP)

Analisando este indicador nos seus dois componentes, taxa de mortalidade neonatal (mortes com menos de 28 dias de idade) (1,4‰), e pós neonatal (1,3‰) (mortes entre os 28 dias e 1 ano) verifica-se que esta última apresentou um valor superior ao registado na Região Norte (1,2‰) e Continente (1,2‰) ainda que essa diferença não tenha significância.

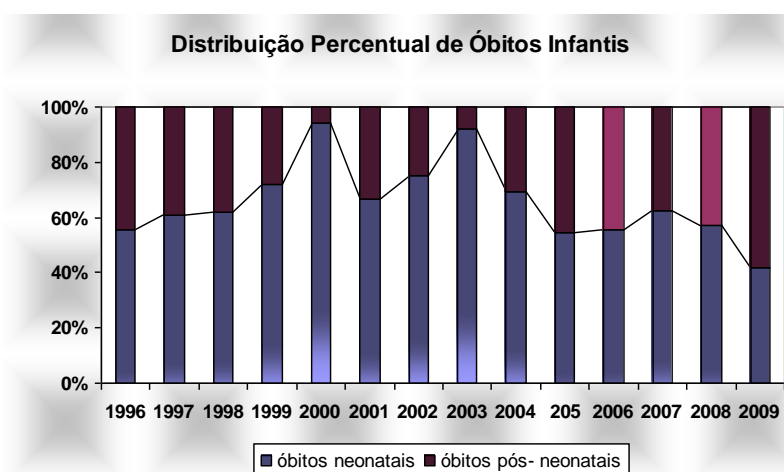
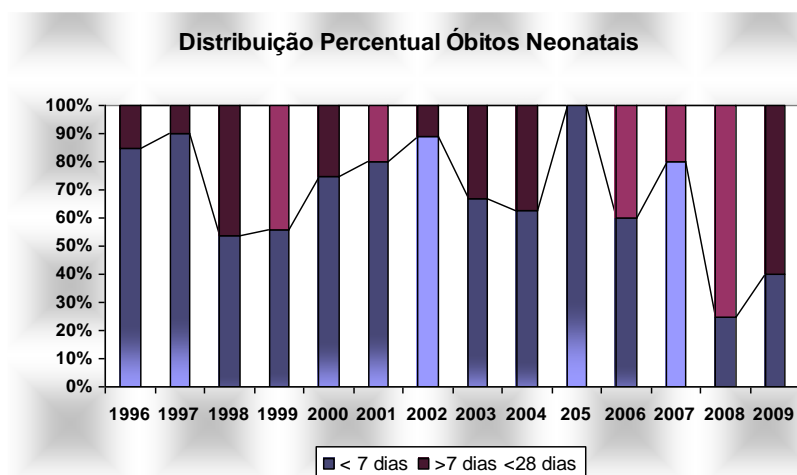


Figura 35-Distribuição Percentual de Óbitos Infantis (Fonte: DSP)

A análise da evolução dos óbitos infantis demonstra que, os óbitos em nados-vivos com menos de 1 ano de idade, se fazem sobretudo à custa dos óbitos neonatais (antes dos 28 dias de idade). Contudo, em 2009 pela primeira vez, são os óbitos pós - neonatais que contribuirão com maior peso para a mortalidade

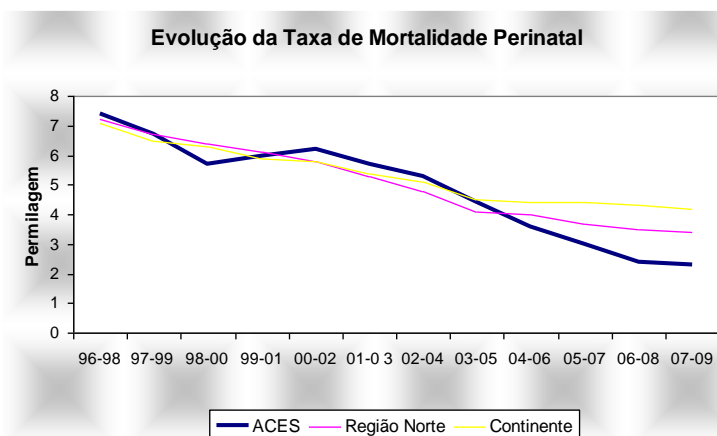
infantil. Tratando-se de um valor isolado e estando igualmente em presença de fenómenos que se traduzem por números pequenos (nº total de óbitos infantis em 2009 igual a 12), a variação não define tendência sendo necessário manter este indicador sob vigilância.



Fonte: DSP

Figura 36-Distribuição Percentual de Óbitos Neonatais

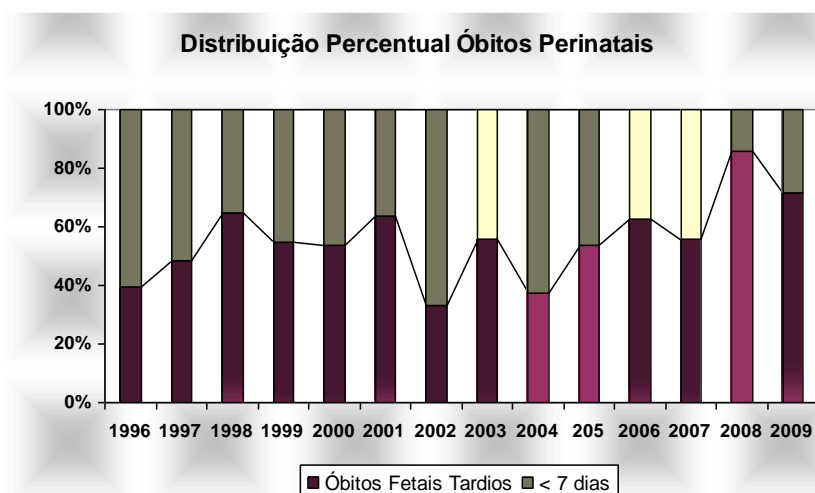
Ao longo dos anos, verifica-se que a grande concentração de óbitos neonatais se situou na primeira semana de vida; a partir do ano de 2008 foi maior a proporção de óbitos neonatais tardios, (após a 1ª semana e até aos 28 dias de idade).



Fonte: DSP

Figura 37 – Evolução da Taxa de Mortalidade Perinatal

A taxa de mortalidade perinatal nos ACeS registou um acentuado decréscimo na última década situando-se no valor de 2.3‰, valor inferior ao registado na Região Norte (3.4‰) e Continente (4.2‰).



Fonte: DSP

Figura 38-Distribuição Percentual Óbitos Perinatais

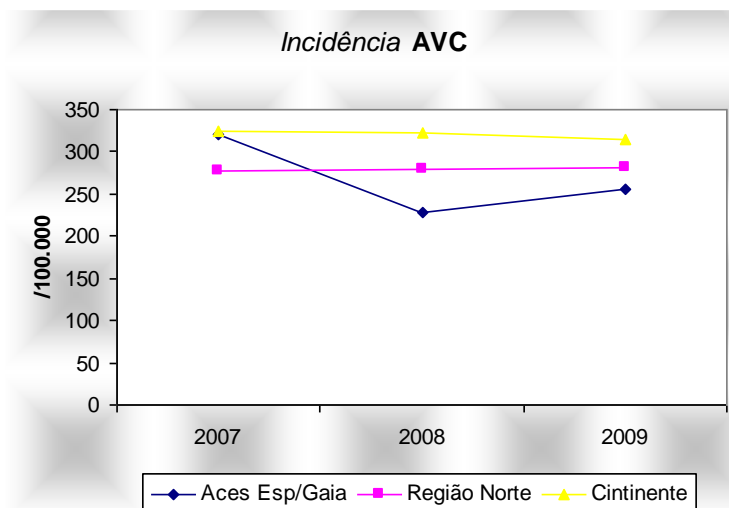
Analisando os componentes da mortalidade perinatal a maior proporção de óbitos nos últimos anos fez-se à custa do maior peso da mortalidade fetal em relação à neonatal precoce.

3.7-MORBILIDADE

Para a caracterização do estado de saúde duma população, os dados de mortalidade não são suficientes. Indicam as doenças que mais contribuem para a mortalidade não reflectindo as patologias que *ao não matarem moem*, produzindo níveis de mal-estar e incapacidade individual com reflexos na família e comunidade.

O conhecimento do nível de morbilidade duma população depende de múltiplas fontes de informação: registos clínicos de ambulatório e hospitalares, sistema de notificação obrigatório de doenças, inquéritos de morbilidade à comunidade, entre outros.

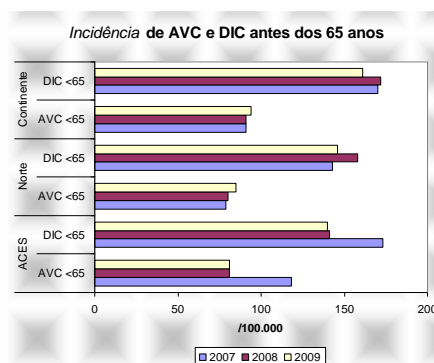
Nem sempre o que precisamos de conhecer se encontra disponível em tempo útil e por vezes os indicadores que estão disponíveis são construídos segundo os objectivos das instituições que os geram. Assim a leitura de indicadores de morbilidade, obriga a uma atitude crítica no sentido de identificar o que é que realmente medem.



Fonte ACSS

Figura 39- Incidência de Acidente Vascular Cerebral

Os dados disponíveis (fornecidos pelo ACSS) têm por base a morbilidade referida pelos hospitais do SNS e dizem respeito a internamentos e não a doentes, não constituindo uma verdadeira taxa de incidência. A sua utilização contextualizada permite-nos uma aproximação à real dimensão do fenómeno.



Fonte: ACSS

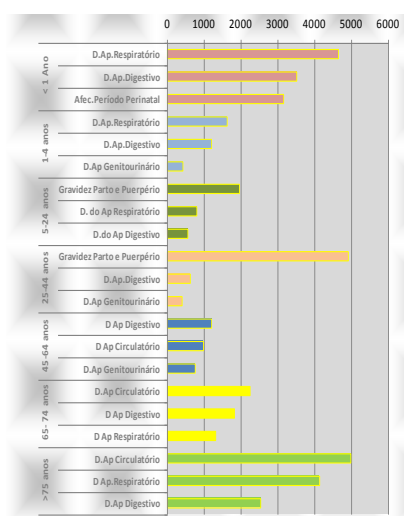
Figura 40 - Incidência de AVC E DIC antes dos 65 anos

O valor atingido em 2009 foi de 255 internamentos por AVC por 100.000 habitantes valor inferior ao regional e nacional. (Fig.39). Abaixo dos 65 anos de idade a incidência por DIC é superior à de AVC, padrão que se manteve nos últimos 3 anos (Fig.40)

3.8-TAXA DE INTERNAMENTO BRUTA POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Os dados referem-se a episódios de internamento de residentes nos ACeS Gaia e Espinho/Gaia com alta hospitalar durante o ano de 2007 e relativo aos hospitais do SNS. Um mesmo doente pode ser responsável por um ou mais episódios de internamento (considerando internamento como o período de duração igual ou superior a 24 horas). Os valores relacionados com as neoplasias podem estar subavaliados, dado que a nível do IPO é apenas registado o distrito de residência do doente.

O risco de internamento hospitalar por todas as causas para os residentes nos ACeS Gaia e Espinho/Gaia foi de 7133.8 internamentos por 100.000 residentes. Comparando com a região Norte, verifica-se que a Taxa de Internamento Padronizada (TIP) foi de 6700.7 (valor inferior ao da Região Norte), tendo essa diferença significância estatística.



Fonte: DSP

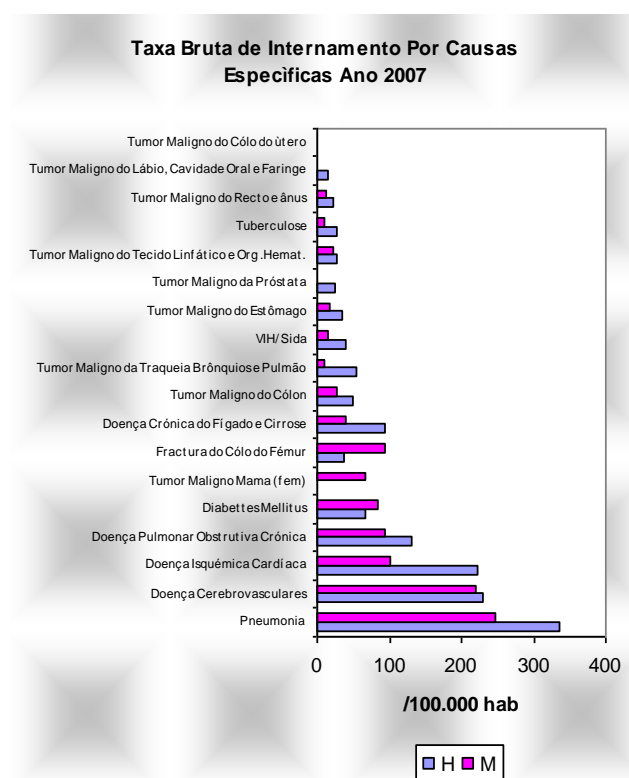
Fig.41-Taxa Internamento Bruta pelos principais Grupos de Causas por Grupo Etário - 2007

Dentro das principais causas de internamento por grupo etário, foram as Doenças do Aparelho Digestivo que surgiram como uma das 3 principais causas de internamento em todos os grupos etários; as Doenças Respiratórias estiveram entre as 3 principais causas de internamento nos grupos etários extremos (dos 0-24 anos e após os 65 anos de idade).

A partir da 4ª década as doenças do Aparelho Circulatório assumiram um papel importante na morbilidade que obrigou a internamento hospitalar. (Fig.41)

As principais causas específicas de internamento (ano 2007) (Fig.42) foram:

- Pneumonia com uma Taxa de Internamento Bruta (TIB)) de 289‰ atingindo predominantemente o género masculino
- Doenças cérebro-vasculares com uma TIB de 225,4‰ similar em ambos os géneros
- Doença isquémica Cardíaca com uma TIB de 159,7 ‰ predominante nos homens
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica uma com uma TIB de 110,67‰ atingindo predominantemente o género masculino
- A Diabetes Mellitus com uma TIB de 75,7‰ sendo que as mulheres registam uma taxa bruta de internamento superior.

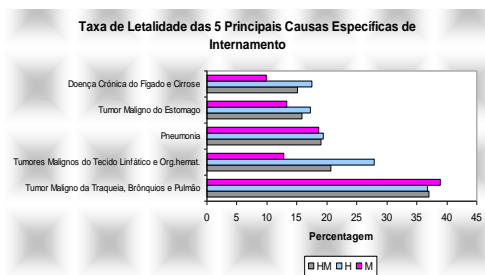


Fonte: DSP

Fig.42 –T BI por Causas Específicas Ano 2007

Utilizando as TIP (Taxa de Internamento Padronizada) para comparar o padrão de internamento dos ACeS com o padrão de Internamento da Região Norte, em nenhuma das causas específicas a TIP foi superior com significância estatística

3.9-TAXA DE LETALIDADE

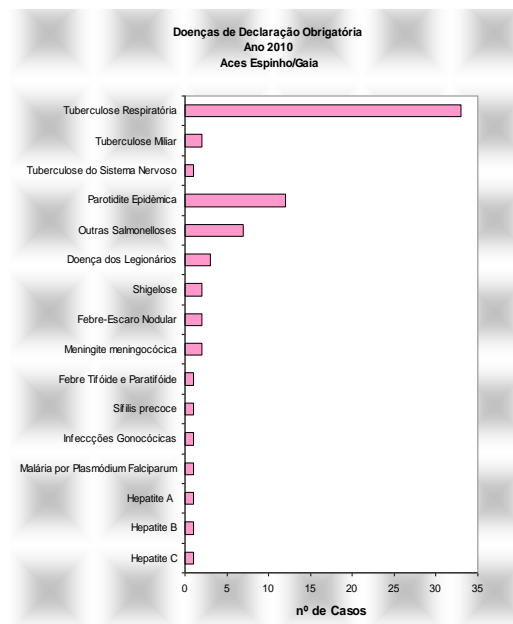


Fonte: DSP
 Figura 43- Taxa de Letalidade Intra-Hospitalar Ano 2007

Como o esperado os tumores malignos (Traqueia, Brônquios e Pulmão, Tec. linfático e Estômago) foram as patologias que apresentaram uma maior taxa de letalidade intra-hospitalar; no entanto a Pneumonia uma sub causa das Doenças Respiratórias, apresentou uma elevada taxa de letalidade intra-hospitalar (19%); o maior atingimento de grupos etários extremos (crianças e idosos) mais vulneráveis pode ser uma das razões explicativas.

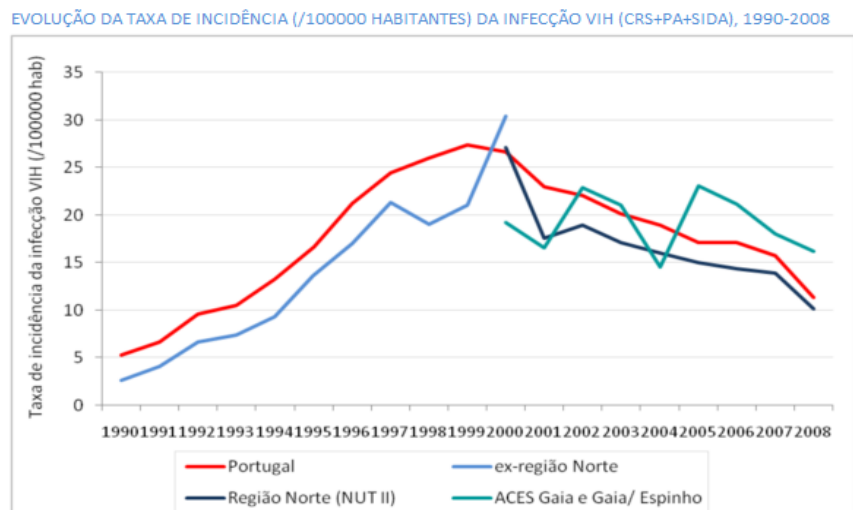
3.10-DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

O número total de casos de Doença de Declaração Obrigatória no ACeS Espinho/Gaia relativo ao ano de 2010 foi de 71 com uma taxa de notificação de 38,7 casos por 100,000 residentes. A Tuberculose representou mais de metade dos casos declarados (51 %) seguida pela Parotidite Epidémica, outras Salmoneloses e a Doença dos Legionários (Fig.44)



Fonte: USP ACES Espinho/Gaia
 Figura 44 - Doenças de Declaração Obrigatória - 2010

3.11-TAXA DE INCIDÊNCIA HIV/Sida e TUBERCULOSE



Fonte: Perfis de Saúde – DSP, ARS Norte, I.P.

Figura 45 – Evolução da Taxa de Incidência (/100000 habitantes) da Infecção por VIH, (1990-2008).

A Taxa de Incidência por VIH/Sida manteve-se desde 2005 acima do valor regional e nacional, apesar de apresentar uma tendência decrescente nos últimos 3 anos.

QUADRO III - EVOLUÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA (/100000 HABITANTES) DE TUBERCULOSE, 2000-2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Portugal	44,1	42,8	43,4	39,7	36,5	33,8	32,4	29,6	
Região Norte (NUT II)	52,7	50,4	51,4	47,8	43,4	41,1	38,2	35,0	32,5
ACES Gaia e Gaia/Espinho	62,0	58,8	53,1	58,9	37,8	44,9	44,5	34,8	33,1

Fonte: Perfis de Saúde – DSP, ARS Norte, I.P.

A incidência da tuberculose, apresentou uma redução de cerca de 46,6% de novos casos nos últimos 8 anos mantendo-se no entanto acima do valor regional.

3.12-DETERMINANTES DE SAÚDE

A forma como morremos e como adoecemos depende da prevalência dos diferentes determinantes de saúde (factores de risco e factores protectores) muitos deles ligados aos estilos de vida.

Quando falamos de determinantes de saúde referimo-nos às características demográficas, sociais e económicas, a factores biológicos endógenos intrinsecamente ligados ao indivíduo, às características ambientais, aos estilos de vida que se traduzem nas *escolhas* que fazemos ou nos estimulam a fazer e também ao desempenho do sistema de cuidados de saúde.

Para um número elevado de determinantes, a informação sobre a sua prevalência é a nível local escassa ou nula. Esta informação é usualmente obtida através de Inquéritos de Saúde periódicos ou estudos de prevalência dirigidos, recursos que não têm estado ao dispor dos ACeS.

Na quantificação dos diversos determinantes assumimos os valores nacionais como representativos da nossa comunidade.

"The five leading global risks for mortality in the world are high blood pressure, tobacco use, high blood glucose, physical inactivity, and overweight and obesity. They are responsible for raising the risk of chronic diseases, such as heart disease and cancers" OMS

3.12.1-Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é reconhecida como um dos principais factores de risco na morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares bem como de todo um conjunto de patologias como a demência, doença renal, disfunção eréctil. A OMS estima que 51% das mortes por AVC e 45% das mortes por DIC são atribuíveis a um nível elevado da pressão arterial sistólica. ⁽¹⁾

Os dados nacionais obtidos através do Estudo da Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal, da autoria do Prof. Dr. Espiga de Macedo realizado em 2005 aponta para uma prevalência de 42,1 % da HTA em Portugal ou seja em cada 100 indivíduos acima dos 18 anos de idade 42 são hipertensos. A região Norte revelou um valor mais baixo de 37,8%, com valores superiores no género masculino (46,4%) enquanto nas mulheres o valor estimado situou-se nos 30,5%.

A nível do ACeS Espinho Gaia, no ano de 2010 o número de utentes inscritos identificados como hipertensos foi de 25.104 (SIARS) numa população inscrita com mais de 15 anos de idade de 171.021 o que indica uma percentagem de hipertensos conhecidos de cerca de 15%.A confirmar-se a prevalência prevista a nível nacional um número elevado de elementos da nossa comunidade desconhecerá o seu estado de hipertenso.

3.12.2 - Consumo de Sal

São vários os factores que estão relacionados com o aumento da tensão arterial:

- Consumo exagerado de sal,
- Falta de exercício físico
- Excesso de peso
- Consumo excessivo de álcool

(1) *Global Health Risks-Mortality and Burden of Disease Atributable to Select Major Risks -OMS*

Para além das doenças cardiovasculares o excesso de sal na alimentação é um factor de risco para o aparecimento de obesidade, cálculos renais e cancro do estômago. ⁽¹⁾

O consumo de sal em Portugal afasta-se dos valores recomendados. Um estudo piloto realizado em 2006 por Jorge Polónia ⁽²⁾ estimou que a taxa média de consumo de sal por dia é de 12 gramas, mais do dobro recomendado pela OMS que são 5 gramas diários.

Os alimentos que mais contribuem para uma ingestão diária elevada são o pão, produtos enlatados, fiambre e enchidos, batatas fritas e a prática de adicionar sal na confecção e nos alimentos já cozinhados.

Estratégias de base populacional para redução do consumo de sal são mais custo-effectivas que quaisquer outras medidas de prevenção, controlo e tratamento da hipertensão arterial. ⁽³⁾

3.12.3-Consumo de Tabaco

O tabagismo é um factor de risco para o conjunto das doenças cardiovasculares, (DCV e DIC); tumores malignos (pulmão, laringe, cavidade oral, esófago, estômago, cólon e pâncreas); doenças respiratórias (doença pulmonar obstrutiva crónica e enfisema) e gestações de risco (prematividade, crianças com baixo peso, e atraso de crescimento intra-uterino)

Cerca de 12% das mortes nos homens e 6% nas mulheres são devidas ao uso de tabaco. O tabagismo é responsável por cerca de 71% dos tumores malignos do pulmão, 42% das doenças respiratórias crónicas e cerca de 10% das doenças cardiovasculares. ⁽⁴⁾

O Inquérito Nacional de Saúde 2005/06 indicou uma prevalência de 19,7% a nível nacional com uma proporção mais elevada no género masculino 28,9% contra

(1) (3) *Prevenção de doenças cardiovasculares pela redução do sal na alimentação Relatório da Reunião do Grupo de Especialista Organização Pan - Americana da Saúde Washington, D.C., EUA9-10 de Setembro de 2009*

(2) *Estimation of salt intake by urinary sodium excretion in a Portuguese adult population and its relationship to arterial stiffness- Revista Portuguesa de Cardiologia 2006 (9):801-17*

(4) *Global Health Risks-Mortality and Burden of Disease Atributable to Select Major Risks -OMS*

11,2% nas mulheres. O consumo é predominante no género masculino mas essa diferença reduz-se nos grupos etários mais jovens. É de esperar um aumento das patologias associadas ao consumo de tabaco no género feminino

Quadro IV- Percentagem de Indivíduos que Fuma Diariamente por Género

Grupo etário	Local	Homens	Mulheres
15-24 anos	Portugal	25.9	14.2
	Região Norte	27.2	10.1
25-44 anos	Portugal	37.6	17.5
	Região Norte	38.4	15.1
45-64 anos	Portugal	25.5	8.4
	Região Norte	23.8	5.3

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005/06

Os dados do Global Health Observatory da OMS indicaram para Portugal no ano 2008 uma taxa bruta de fumadores de 18,7% (Homens 27,6% e Mulheres 10,6%). Dados de 2010 do Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) indicam que 88% dos adolescentes não fuma.

3.12.4-Inactividade Física

Um nível regular e adequado de actividade física é um importante factor protector contra o surgimento das doenças crónicas não transmissíveis.

Estima-se que a inactividade física ⁽¹⁾ seja responsável por 21 a 25 % da morbi-mortalidade por tumores malignos do cólon e mama; 27% da morbi-mortalidade por Diabetes Mellitus e 30% da morbi-mortalidade por DIC. ⁽²⁾

Os dados do Global Health Observatory da OMS estimaram para Portugal (ano 2008) na população com idade igual ou superior a 15 anos, uma proporção de 53,9 % de indivíduos com insuficiente actividade física. Nas mulheres essa proporção sobe para os 57,5% enquanto o género masculino regista o valor de 50%.

Dados de 2010 do HBSC indicam que 48% dos adolescentes pratica actividade física três vezes ou mais por semana

⁽¹⁾ *Inactividade física definida como a prática de menos de 5 períodos de 30 minutos de moderada actividade por semana ou menos de 3 períodos de 20 minutos de actividade marcada por semana ou equivalente*

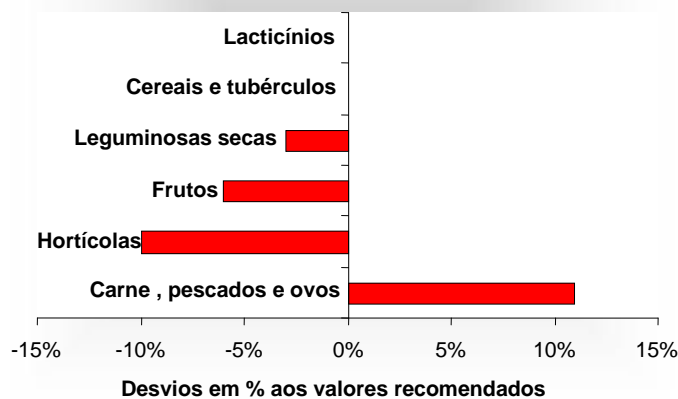
⁽²⁾ *Global Health Risks-Mortality and Burden of Disease Attributable to Select Major Risks -OMS*

3.12.5-Consumo de Frutos e Vegetais

Estima-se que o consumo insuficiente de frutos e vegetais seja responsável por cerca de 14% da mortalidade por tumores malignos do aparelho digestivo, 11% das mortes por DIC e 9% das mortes por AVC, em todo o mundo. ⁽¹⁾

Através da Balança Alimentar Portuguesa, (INE) cujos indicadores se baseiam nas quantidades diárias de produtos alimentares e bebidas disponíveis para consumo, verificou-se que no período de 2003 -2008 a dieta dos portugueses se afastou das boas práticas nutricionais.

O valor médio de consumo diário correspondeu às 3.883 Kcal valor acima do consumo diário recomendado para adulto (2000-2500 Kcal) registando-se um aumento de 4% face à década de 90. ⁽²⁾



Fonte:INE

Figura 46 -Comparação das disponibilidades diárias de alimentos per capita com o padrão alimentar saudável Portugal - Ano 2008

Os dados exibem um consumo excessivo de carne, pescado e ovos 11% acima do padrão recomendado, enquanto o grupo dos Hortícolas, Frutos e as Leguminosas Secas têm uma disponibilidade de consumo abaixo do padrão recomendado. O Leite e o grupo dos Cereais e tubérculos não exibem desvios aos valores recomendados.

(1)Global Health Risks-Mortality and Burden of Disease Atributable to Select Major Risks -OMS

(2)Dieta Portuguesa afasta-se das boas práticas nutricionais-Balança Alimentar Portuguesa 2003-2008 INE

Os dados do estudo HBSC indicam que na população dos adolescentes escolarizados a nível da Região Norte são insuficientes os consumos diários de fruta e legumes.

Quadro V- Percentagem de adolescentes escolarizados (2º e 3º Ciclo) que consomem diariamente fruta

Local	2002	2006	2010
Continente	49%	42,7%	41.6
Região Norte	51.3%	44.6%	41.3%

Fonte: Estudo HBSC Aventura Social & Aventura A Saúde dos Adolescentes em Portugal

Quadro VI -Percentagem de adolescentes escolarizados (2º e 3º Ciclo) que consomem diariamente legumes

Local	2002	2006	2010
Continente	27%	25,1%	26,8%
Região Norte	31,5%	26%	29,2%

Fonte: Estudo HBSC Aventura Social & Aventura A Saúde dos Adolescentes em Portugal

3.12.6 -Excesso de Peso, Obesidade

O excesso de peso contribui em 44% para a morbi-mortalidade por Diabetes Mellitus, 23% para a morbi-mortalidade por DIC e 7 a 41 % para a morbi-mortalidade de alguns tumores malignos. É ainda um factor de risco para o aparecimento das doenças osteoarticulares, uma das principais causas de incapacidade ⁽¹⁾

Na população portuguesa o valor médio do índice de massa corporal vem ao longo das últimas décadas em constante aumento, reflexo de erros alimentares e de níveis elevados de inactividade física (Fig.47)

(1)Global Health Risks-Mortality and Burden of Disease Attributable to Select Major Risks -OMS

Quadro VII- Percentagem de Indivíduos com Excesso de Peso por género e grupo etário

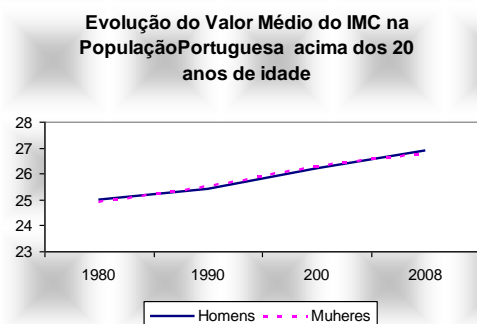
Grupos etários	Portugal		Região Norte	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
18-24	9.4	6.0	9.2	8.2
35-44	19.8	14.4	15.6	20.1
55-64	25.4	25.3	23.5	23.6

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006)

Quadro VIII- Percentagem de Indivíduos com Obesidade por género e grupo etário

Grupos etários	Portugal		Região Norte	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
18-24	4.2	3.4	5.0	5.0
35-44	12.8	12.7	14.1	11.5
55-64	22.0	24.3	21.2	24.7

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006)



Fonte: Global Health Observatory
 Figura 47- Evolução do Valor Médio IMC

Quadro IX - Percentagem de excesso de peso e obesidade em crianças dos 6-13 anos na área de influência do ACeS Espinho/Gaia.

	6 anos		13 anos	
	Excesso Peso (%)	Obesidade (%)	Excesso Peso (%)	Obesidade (%)
Masculino	9.3	10.2	9.7	7.5
Feminino	12.7	7.9	10.2	3.9
Total	22	18.1	19.9	11.4

Fonte: Estudo "Gordinho(a) ou nem por isso" (2010). ACeS Espinho Gaia

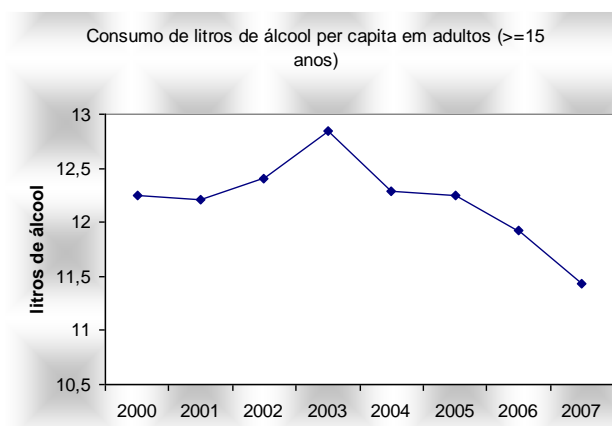
3.12.7 - Consumo de álcool

O consumo nocivo de álcool, acima das doses recomendadas ⁽¹⁾ é factor de risco para distintas doenças e problemas associados com repercussão no bem-estar do indivíduo, família e da comunidade. É responsável por cerca de 20% das mortes por acidentes rodoviários, 30% da mortalidade por tumor maligno do esófago, fígado, epilepsia, homicídio e 50% das mortes por cirrose hepática ⁽²⁾

Os dados do Global Health Observatory da OMS revelam que em Portugal, o consumo de álcool per capita em relação à população acima dos 15 anos de idade, apesar de evoluir numa tendência decrescente se situou em 2007 nos 12,25 litros de álcool por ano o dobro da média mundial (6,13 lit/ per capita/por ano).

(1) no homem 24g de álcool o que equivale a 25 cl de vinho ou 3 imperiais de cerveja (600ml) e na mulher 16g de álcool o que equivale a 15 cl de vinho ou 2 Imperiais de risco

(2) (Global Health Risks-Mortality and Burden of Disease Atributable to Select Major Risks -OMS



Fonte: Global Health Observatory

Figura 48-Consumo de litros de álcool em adultos > =15 anos

Os dados do II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral em Portugal indicaram haver um aumento da prevalência de consumo de álcool entre 2001 e 2007 em todos os grupos etários. Interrogados quanto a hábitos de consumo os dados referiram que se embriagaram no último ano:

- 20,7% dos portugueses
- 38,5% dos jovens dos jovens dos 20-24 anos
- 34,6% dos jovens dos 15-19 anos

3.12.8 - Proporção de Nascimentos em Mulheres em Idade de Risco

A gravidez em mulheres em idade de risco (abaixo dos 20 anos de idade e acima dos 35 anos) está associada a resultados desfavoráveis tanto para a mulher como para a criança.

A proporção de partos em mães adolescentes em ambos os ACeS tem tido uma evolução descendente situando-se em 2009 nos 4,1%.

Em contrapartida a proporção de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos tem tido marcado aumento na última década, sendo que em 2009 por cada 100 partos 24 foram em mulheres com mais de 35 anos de idade, valor acima do verificado na Região Norte (19,8%) e no Continente (20,6%).

3.12.9 - Desempenho dos Serviços de Saúde como Determinante de Saúde

Quadro X - Evolução de Alguns Indicadores de Desempenho ACeS Espinho/Gaia

Alguns Indicadores de Desempenho do ACeS Espinho/Gaia	2008	2009	2010
Número de utentes Inscritos	194 808	196 309	197 156
Número utentes inscritos sem médico de família	18 379	19732	13 994
Taxa de Utilização Global de Consultas		68.07	68.14
Percentagem de Utentes Inscritos com diagnóstico de hipertensão			15.44
Percentagem de hipertensos com compromisso de vigilância			80.96
Percentagem de utentes inscritos com diagnóstico de diabetes			6.22
Percentagem de diabéticos com compromisso de vigilância			77.1
Percentagem de mulheres dos 50-69 anos com mamografia realizada nos últimos 2 anos		48.25	56.8
Percentagem de inscritos dos 50-74 com PSOF/cólon. realizada nos últimos 2 anos		21.02	24.01
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos		91.62	94.16
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 7 anos		84.79	96.85
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 14 anos		85.37	84.67
Percentagem de indivíduos com mais de 65 anos com vacinação contra Vírus da Gripe (*)	55 % (2005/2006)		
Percentagem de indivíduos com mais de 65 anos com vacinação anti-pneumocócica (**)		4,54	

Fonte: SIARS;

(*) Estudo C.S. Boa Nova: Vacinação para a Gripe 2005/2006 – resultados obtidos por inquérito.

(**) Estudo ACeS Espinho-Gaia 2009: Imunização dos idosos com anti-pneumocócica Pn23 – resultados obtidos do registo de vacinação

4-RECURSOS DA COMUNIDADE

Define-se recurso da comunidade como "***uma ou mais qualidades, pessoas ou bens ou qualquer outro elemento que constitua uma vantagem, um item de valor para a comunidade.***"

Na elaboração do Plano Local de Saúde, a identificação e priorização dos recursos da comunidade assenta na convicção de que, embora as comunidades possam ter problemas/necessidades sociais e de saúde, possuem também o potencial, a capacidade e os recursos para dar resposta a esses mesmos problemas/necessidades.

Considerando os diferentes sectores de intervenção e com a certeza de não termos sido exaustivos, podemos englobar em diferentes áreas, os vários recursos da comunidade existentes na área de intervenção do ACeS Espinho/Gaia. (Anexo 9).

4.1-Saúde

ACeS Espinho/Gaia é constituído por:

- 8 - Unidades de Saúde Familiar (USF),
- 15 - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP),
- 4 - Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC),
- 1 - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)
- 1 - Unidade de Apoio à Gestão (UAG),
- 1 - Unidade de Saúde Pública (USP).

Hospital de referência - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E).

Unidade de Cuidados Continuados -curta duração

Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) - Presta assistência a todos os utentes dos Concelhos de Gaia e Espinho

É de salientar que ainda se encontram disponíveis Instituições ou Serviços de Saúde Privados: laboratórios de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e anatomia patológica, clínicas/consultórios de especialidades médicas, clínicas/consultórios de medicina dentária, farmácias, unidades de hemodiálise, unidades de medicina física e de reabilitação, unidades de radiodiagnóstico, centros de enfermagem e Serviços de Higiene e Segurança das empresas.

6 - Associações de doentes ou utentes.

4.2-Educação

- 9 - Agrupamentos Verticais de Escolas (jardins de infância e escolas do ensino básico);
- 6 - Escolas Ensino Básico3/Secundárias;
- 4- Institutos Superiores de Educação;
- 1 - Conservatório de Música de Espinho;
- 1 - Universidade Sénior de Espinho;
- 2 - Escolas de Ensino Profissionalizante;
- 3 - Academias de Música.

4.3-Equipamentos Sociais

- 42- Grupos ou Associações de Apoio/Solidariedade Social;
- 38 - Associações de Apoio à Terceira Idade;
- 22 - Associações de Acolhimento a Crianças e Jovens;
- 3 - Associações de Apoio a Crianças e Pessoas com Deficiência.

4.4-Desporto

- 58 - Grupos e Associações Desportivas.

4.5 -Cultura e Lazer

- 106 - Associações Culturais/Recreativas;
- 22 - Espaços de Lazer – parques, circuitos de manutenção, ciclovias e vias pedonais.

4.6-Religião

- 23 - Paróquias;
- 10 - Congregações Religiosas;
- 2 - Seminários.

4.7-Poder Local

- 3 - Autarquias (Gaia, Espinho, Gondomar)
- 23 - Juntas de Freguesia

4.8-Forças de Segurança

- 2 - Esquadras de Polícia de Segurança Pública (Valadares e Espinho)
- 4 - Postos territoriais da Guarda Nacional Republicana (Arcozelo, Pedroso, Canelas);
- 1 - Comando Local da Polícia Marítima
- 3 - Corporações de Polícia Municipal

4.9-Bombeiros

- 1 - Corporação de Bombeiros Municipais (Sapadores de Gaia)
- 7 - Corporações de Bombeiros Voluntários

4.10-Transportes

- 1 - Transporte Ferroviário (CP)
- 3 - Transportes Rodoviários

4.11-Comunicação Social

- 6 - Jornais
- 2- Rádio Locais
- 13 - Postos de Correio

5-IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

No capítulo da Metodologia foi descrito o processo de identificação dos problemas de saúde do ACeS, esquematizado em diagrama.(Fig.49)

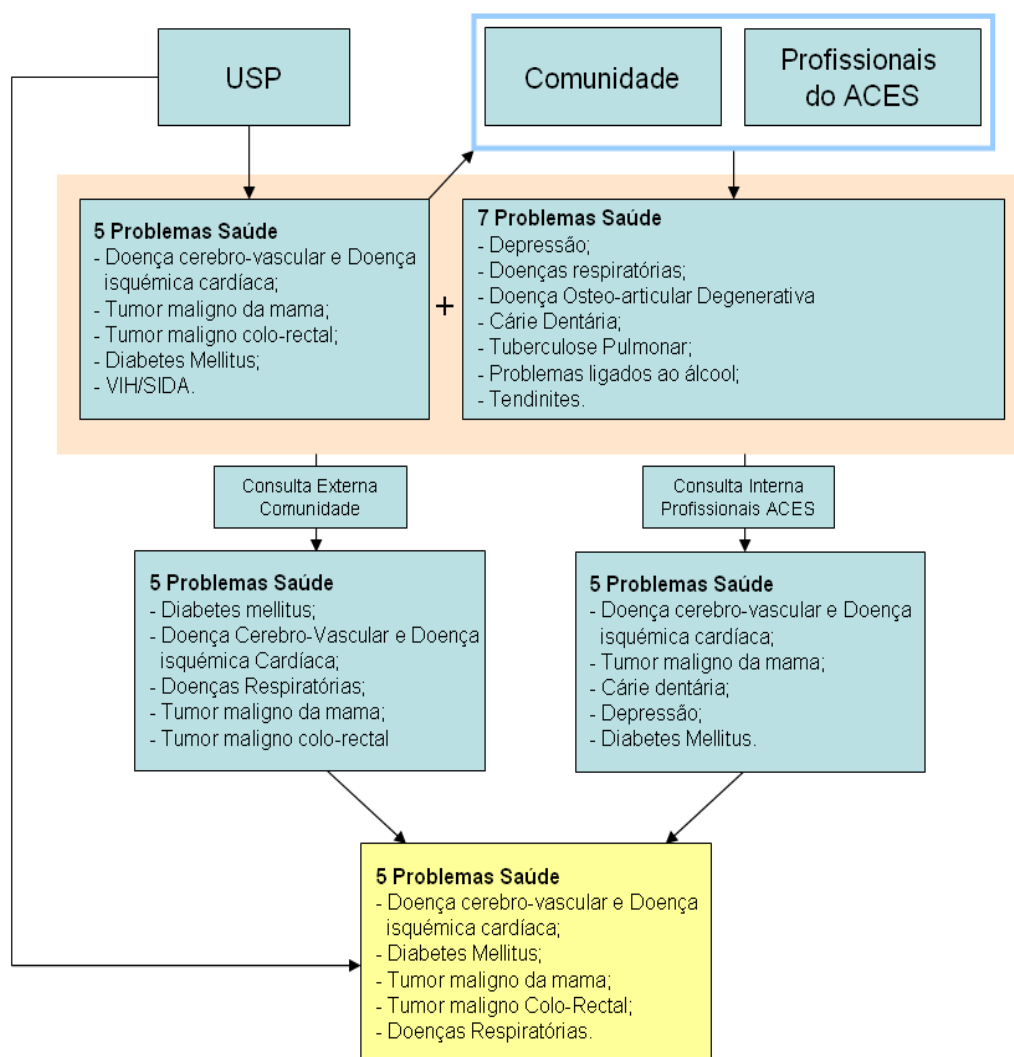


Figura 49- Identificação e Priorização dos principais Problemas de Saúde da população do ACeS Espinho/Gaia

6-IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE PRIORITÁRIAS DA POPULAÇÃO DO ACeS ESPINHO/GAIA

1. Diminuição da mortalidade por Doença Cérebro-Vascular e Doença Isquémica Cardíaca

2. Diminuição da mortalidade por Diabetes Mellitus.

3. Diminuição da mortalidade por Tumor Maligno da Mama (fem)

4. Diminuição da mortalidade por Tumor Maligno Cólon e Recto

5. Diminuição da morbilidade por Doenças do Aparelho Respiratório

7-RECURSOS PRIORIZADOS

Integrado no processo de priorização das necessidades de saúde do ACeS Espinho/Gaia, solicitou-se quer aos elementos do Conselho da Comunidade (Consulta Externa) quer aos profissionais de saúde do ACeS (Consulta Interna) que fossem identificados e priorizados os recursos comunitários, para a satisfação das necessidades de saúde identificadas.

Mediante este processo de consulta, foram identificados como prioritários os seguintes recursos:

Serviços de Saúde:

Hospitalares

Melhoria da articulação entre Médicos de Família e Médicos das diferentes especialidades hospitalares através de "ALERT©" – Consulta Externa;

Circuitos especializados de atendimento no serviço de urgência: via verde para EAM e via verde para AVC;

Cuidados de Saúde Primários – Diagnóstico precoce de Hipertensão, Diabetes Mellitus, Cancro da mama, Cancro do Cólon e Recto.

Educação:

Creches, jardins-de-infância e escolas: Promoção da saúde (intervenção através dos programas já em execução e a implantar)

Comunicação: Divulgação/ colaboração com os meios de comunicação social existentes, nomeadamente jornais publicados na área geográfica do ACES, rádio (Rádio Cidade de Espinho) e outros;

Serviços de Transporte:

Melhoria dos serviços de transporte rodoviário de forma a facilitar o acesso dos utentes/doentes às diferentes unidades de saúde

8. ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

As estratégias de saúde podem definir-se como *um conjunto coerente de técnicas específicas com o fim de alcançar determinados objectivos reduzindo assim um ou mais problemas de saúde.*

As necessidades de saúde hierarquizadas no ACeS Espinho /Gaia incidem na redução da morbi - mortalidade de doenças crónicas não transmissíveis que têm na sua génese um conjunto de factores de risco comuns. Muitos destes factores de risco estão fortemente associados aos estilos de vida.

Propõe-se a nível local 4 linhas estratégicas de intervenção

8.1- Cooperação Intersectorial

- 1-Estabelecimento de redes efectivas de comunicação entre parceiros locais com divulgação de informação relevante.
- 2-Estabelecimento de parcerias com instituições publicas e privadas, numa lógica de partilha de saberes, no sentido de um maior comprometimento dos profissionais dos diferentes sectores, nas actividades de promoção da saúde e prevenção da doença.
- 3-Encarar a intersectorialidade como um factor de inovação na concretização do PLS e, conseqüente melhoria do estado de saúde da comunidade.

8.2-Promoção da Saúde

- 1-Capacitação dos profissionais de saúde, através dum plano de formação contínua, na execução de actividades efectivas de promoção da saúde e prevenção da doença.
- 2-Estabelecimento de protocolos com instituições universitárias das áreas da nutrição, motricidade humana e *marketing* da saúde, no sentido de transformar o conhecimento em acção local.
- 3-Desenvolvimento de programas intersectoriais de promoção da saúde nas seguintes áreas prioritárias: Alimentação Saudável (diminuição do consumo de sal, gordura e açúcar; aumento da ingestão de frutos e vegetais,) Incremento da Actividade Física, Redução do Tabagismo e Redução do Consumo de Álcool.

8.3-Prevenção Secundária/Terciária

- 1-Capacitação dos profissionais de saúde, através dum plano de formação contínua na área de diagnóstico e tratamento.
- 2- Reforço de Boas Práticas Clínicas com adopção das Normas de Orientação Clínica
- 3- Fortalecimento da articulação com o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia /Espinho
- 4-Formação de cuidadores informais

8.4- Adequação dos Sistemas de Informação para Monitorização e Avaliação das Mudanças no Estado de Saúde

- 1-Promover a nível local o acesso a base de dados demográficos, de mortalidade e morbilidade.
- 2-Melhorar o registo clínico a nível do ACES dos problemas de saúde e determinantes
- 3-Assegurar sistema de vigilância e monitorização do PLS
- 4- Promover a investigação no ACES orientada para a prevalência de factores de risco e incidência dos problemas de saúde prioritizados.

9-OBJECTIVOS

Para a fixação dos objectivos gerais medidos através de indicadores de impacto elaborou-se uma previsão da evolução dos mesmos (Taxas de Mortalidade para todas as idades e abaixo dos 65 anos) utilizando uma fórmula de regressão exponencial disponibilizada pelo DSP; (Anexo 10). No entanto para a fixação das Metas este critério não foi exclusivo. Para além do sentido de evolução indicado pela projecção considerou-se igualmente importante a definição de uma meta exequível assente numa variação de até 20% nos próximos 5 anos relativamente ao valor alcançado no triénio 2007-2009.

Nos indicadores de impacto (morbilidade) ou de resultado e na ausência de séries temporais que permitissem a realização de projecções a sua quantificação foi feita por consenso entre profissionais.

Quadro XI- Quantificação de Objectivos 2014-2016

Indicador (Taxa Bruta de Mortalidade)	Unidade	Género	Meta PNS 2010 (*)	Alcançado Norte 2007- 2009	Alcançado ACeS 2007- 2009	Projeção ACeS 2014-2016	Meta ACeS 2014- 2016
Dç. Cérebro-Vascular	%000	HM		127,1	102,6	69,3	82
Dç. Cérebro-Vascular (<65a.)	%000	HM	12	10,1	9,9	4,8	8.0
Dç. Isquémica Cardíaca	%000	HM		44,7	40,8	34,5	32
Dç. Isquémica Cardíaca (<65a.)	%000	HM	11	6,6	6,2	2,5	5.0
Diabetes Mellitus	%000	HM		34.2	38.8	43.0	38,8
Diabetes Mellitus (<65a.)	%000	HM		3.4	4.0	3,3	3
Tumor maligno da mama (♂)	%000	M		22,1	24,5	23,0	19.6
Tumor maligno da mama (♂)(<65a.)	%000	M	10	12,0	15,4	15,8	14.5
Tumor maligno colo-rectal	%000	HM		27.7	28.1	27,6	26
Tumor maligno colo-rectal (<65a.)	%000	HM	6	7.1	8,1	7,3	7
Pneumonia	%000	HM		36,4	26,0	36,6	26
Pneumonia (<65a.)	%000	HM		2,8	2,6	2,7	2,1
DPOC e Asma	%000	HM		7	6,6	4,0	5,3
DPOC e Asma (<65a)	%000	HM		0,6	0,6	0,3	0,5

9.1-OBJECTIVOS GERAIS DO PLANO LOCAL DE SAÚDE – Indicadores-Chave

Horizonte Temporal -2011- 2016

- 1- *Diminuir a taxa de mortalidade por Doenças Cérebro Vasculares abaixo dos 65 anos de 9,9%⁰⁰⁰ para 8.0%⁰⁰⁰ em 2016*
- 2- *Diminuir a Incidência por Doenças Cérebro Vasculares em todas as idades de 268%⁰⁰⁰ para 242,3%⁰⁰⁰ em 2016*
- 3- *Diminuir a Incidência por Doenças Cérebro Vasculares antes dos 65 anos de 93,33%⁰⁰⁰ para 84,4%⁰⁰⁰ em 2016*
- 4- *Diminuir a Incidência por Doença Isquémica Cardíaca antes dos 65 anos de 151,33%⁰⁰⁰ para 136,8%⁰⁰⁰*
- 5- *Diminuir a taxa de mortalidade por Diabetes Mellitus antes dos 65 anos de 4.0%⁰⁰⁰ para 3.0%⁰⁰⁰.*
- 6- *Diminuir a taxa de mortalidade por Tumor maligno da mama antes dos 65 anos em 15,4%⁰⁰⁰ para 14,5%⁰⁰⁰.*
- 7- *Diminuir a taxa de mortalidade por cancro do cólon antes dos 65 anos de 8,1%⁰⁰⁰ para 7%⁰⁰⁰.*
- 8- *Manter a taxa de mortalidade por pneumonia em todas as idades em 26%⁰⁰⁰.*
- 9- *Diminuir a taxa de mortalidade por Bronquite, Asma e Enfisema em todas as idades de 6,6%⁰⁰⁰ para 5.3%⁰⁰⁰.*

9.2-OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

Horizonte Temporal -2011- 2016

1. *Aumento da percentagem de utentes inscritos no ACeS com diagnóstico de hipertensão de 15,44% para 25,44% em 2016.*
2. *Aumento da percentagem de hipertensos com compromisso de vigilância de 80,96% para 85,96% em 2016.*
3. *Aumento da percentagem de utentes inscritos com diagnóstico de diabetes de 6,22% para 11,22% em 2016.*
4. *Aumento da percentagem de utentes diabéticos com compromisso de vigilância de 77,1% para 85,1% em 2016.*
5. *Aumento da percentagem de mulheres dos 50-69 anos com mamografia nos últimos 2 anos de 56,8% para 66,8% em 2016.*
6. *Aumento da percentagem de inscritos dos 50-74 anos com PSOF/colonoscopias realizadas nos últimos 2 anos de 24,01% para 34,01 % em 2016.*
7. *Aumento da percentagem de indivíduos acima dos 65 anos vacinados contra a gripe de 55% para 64% em 2016.*
8. *Aumento da percentagem de indivíduos acima dos 65 anos vacinados contra a doença pneumocócica em 2% ao ano, até 2016.*
9. *Diminuição da prevalência de fumadores de 19,7% para 14,7% em 2016.*
10. *Aumento da percentagem de adolescentes sem hábitos tabágicos de 81% para 86% em 2016.*
11. *Diminuição da percentagem de indivíduos com mais de 15 anos com inactividade física de 53,9% para 43,9% em 2016.*
12. *Diminuição da percentagem de adolescentes com inactividade física de 52% para 42% em 2016*
13. *Aumento da percentagem de adolescentes que consomem diariamente fruta de 41,3% para 51,3%.*
14. *Aumento da percentagem de adolescentes que consomem diariamente legumes de 29,2% para 39,2 % em 2016.*
15. *Diminuição da percentagem de crianças com 6 anos de idade e excesso de peso de 22% para 17% em 2016.*
16. *Diminuição da percentagem de crianças com 6 anos de idade e obesidade de 18,1% para 13,1% em 2016*
17. *Diminuição da percentagem de jovens dos 15-19 anos que se embriagaram no último ano de 38,5% em 28,5% em 2016.*

10-PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

PLANO LOCAL DE SAÚDE ACES ESPINHO/GAIA 2011-2016

OBJECTIVOS GERAIS Horizonte Temporal 2011-2016	INDICADORES DE IMPACTO					
	Alcançado 2007/2009	Meta 2010/ 2012	Meta 2011/ 2013	Meta 2012/ 2014	Meta 2013/ 2015	Meta 2014/ 2016
<i>Diminuição da Taxa de mortalidade por DCV para todas idades</i>	102,6	98.0	94.0	90.0	86.0	82.0
<i>Diminuição Taxa de mortalidade por DCV em menores de 65 anos</i>	9,9	9.5	9.1	8.7	8.4	8.0
<i>Diminuição da Taxa de mortalidade por DIC para todas idades</i>	40,8	39,0	37,3	35,5	33,8	32,0
<i>Diminuição Taxa de mortalidade por DIC antes dos 65 anos</i>	6,2	6.0	5.8	5.6	5.3	5.0
<i>Diminuição Incidência por AVC em todas as idades</i>	268,0	262,6	257,3	252,2	247,1	242,3
<i>Diminuição Incidência por AVC antes dos 65 anos</i>	93,33	91,5	89,6	87,8	86,1	84,4
<i>Diminuição Incidência por DIC antes dos 65 anos</i>	151,33	148,3	145,3	142,4	139,6	136,8
<i>Manutenção da Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus para todas as idades</i>	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8
<i>Diminuição da Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus antes dos 65 anos</i>	4,0	3,8	3,6	3,4	3,2	3,0
<i>Diminuição da Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama para todas as idades</i>	24,5	23.5	22.5	21.5	20.5	19.6
<i>Diminuição da Taxa de Mortalidade por Tumor Maligno da Mama antes dos 65 anos</i>	15,4	15,3	15,1	14,9	14.7	14.5
<i>Diminuição da Taxa de mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Recto para todas idades</i>	28,1	27,7	27,3	26,8	26,4	26,0
<i>Diminuição da Taxa de mortalidade por Tumor Maligno do Cólon e Recto antes dos 65 anos</i>	8,1	7,9	7,7	7,4	7,2	7,0
<i>Manutenção da Taxa de Mortalidade por Pneumonia em todas as idades</i>	26,0	26	26	26	26	26,0
<i>Diminuição da Taxa de Mortalidade por Pneumonia antes dos 65 anos</i>	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1
<i>Diminuição da Taxa Bruta de Internamento por Pneumonia</i>	977,0 (2007)	957,5	938,3	919,5	901,2	883,1
<i>Diminuição da Taxa de Mortalidade por Bronquite, Asma e Enfisema</i>	6,6	6.4	6.2	5.9	5.6	5.3
<i>Diminuição da Taxa de Mortalidade por Bronquite, Asma e Enfisema antes dos 65 anos</i>	0,6	0.6	0.6	0.5	0.5	0,5

PLANO LOCAL DE SAÚDE ACES ESPINHO/GAIA 2011-2016

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS Horizonte Temporal 2011-2016	OUTCOME (%)					
	Alcançado 2010	Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016
<i>Aumento da percentagem de utentes inscritos com diagnóstico de hipertensão</i>	15.44	17.44	19.44	21.44	23.44	25.44
<i>Aumento da percentagem de hipertensos com compromisso de vigilância</i>	80.96	81.96	82.96	83.96	84.96	85.96
<i>Aumento da percentagem de utentes inscritos com diagnóstico de diabetes</i>	6.22	7.22	8.22	9.22	10.22	11.22
<i>Aumento da percentagem de utentes diabéticos com compromisso de vigilância</i>	77.1	79.1	81.1	83.1	84.1	85.1
<i>Aumento da percentagem de mulheres dos 50-69 anos com mamografia nos ult. 2 anos</i>	56.8	58.8	60.8	62.8	64.8	66.8
<i>Aumento da percentagem de inscritos dos 50-74 anos com PSOF/colonos.realiz.ult 2 anos</i>	24.01	26.01	28.01	30.01	32.01	34.01
<i>Aumento da percentagem de indivíduos acima dos 65 anos vacinados contra a gripe</i>	55 (*) (2005/2006)	57	59	60	62	64
<i>Aumento da percentagem de indivíduos acima dos 65 anos vacinados contra a doença pneumocócica</i>	-----	Δ (+2%)	Δ (+2%)	Δ (+2%)	Δ (+2%)	Δ (+2%)
<i>Diminuição da prevalência de fumadores</i>	19,7 (2005/06)	18.7	17.7	16.7	15.7	14.7
<i>Aumento da percentagem de adolescentes sem hábitos tabágicos</i>	81	82	83	84	85	86
<i>Diminuição da percentagem de indivíduos com mais de 15 anos com inatividade física</i>	53,9 (2008)	51.9	49.9	47.9	45.9	43.9
<i>Diminuição da percentagem de adolescentes com inatividade física</i>	52	50	48	46	44	42
<i>Aumento da percentagem de adolescentes que consomem diariamente fruta</i>	41.3	43.3	45.3	47.3	49.3	51.3
<i>Aumento da percentagem de adolescentes que consomem diariamente legumes</i>	29.2	31.2	33.2	35.2	37.2	39.2
<i>Diminuição da percentagem de crianças com 6 anos de idade e excesso de peso</i>	22	21	20	19	18	17
<i>Diminuição da percentagem de crianças com 6 anos de idade e obesidade</i>	18.1	17.1	16.1	15.1	14.1	13.1
<i>Diminuição da percentagem de jovens dos 15-19 anos que se embriagaram no último ano</i>	38.5	36.5	34.5	32.5	30.5	28.5

(*) Dados resultantes de Estudo sobre Vacinação contra a Gripe Intervenção nos utentes com 65 anos ou mais Centro de Saúde da Boa Nova (2005-2006)

11-RECOMENDAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO

Fortalecer a cooperação intersectorial como método de trabalho na interligação das diferentes actividades a desenvolver, para alcançarmos os objectivos do Plano Local de Saúde.

Mobilizar os recursos comunitários no sentido de contribuírem através dos respectivos Planos de Actividades, para a diminuição dos problemas de saúde prioritizados.

Desenvolver ambientes saudáveis promovendo:

- a qualidade do ar exterior e no interior dos edifícios
- a prática de actividade física adequada aos diferentes grupos etários
- a redução do consumo de sal nos alimentos
- a qualidade da dieta alimentar a nível das cantinas escolares, instituições de apoio a idosos, empresas.

Aumentar o diagnóstico precoce da hipertensão arterial, diabetes mellitus, cancro da mama, cancro do cólon e respectivos tratamentos

Aumentar o número de intervenções que reduzam a incidência e prevalência de fumadores.

Aumentar o número de intervenções que reduzam a incidência prevalência de bebedores excessivos

Aumentar o número de indivíduos com mais de 65 anos vacinados contra a doença pneumocócica e gripe.

Adequar sistema de informação em saúde à monitorização do PLS, aumentando a interoperabilidade entre os diferentes sistemas de Informação

Orientar a investigação – acção a desenvolver no ACeS para os problemas de saúde prioritizados bem como para os respectivos determinantes.

BIBLIOGRAFIA

Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Evolução dos Indicadores do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa; 2010.

Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa; 2011.

Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Plano de Saúde Região Norte 2009 – 2010. Porto; 2010.

Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Avaliação do Plano de Saúde Região Norte 2009 – 2010. Porto; 2011.

Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Morbid@des.hospitalar: Análise dos internamentos hospitalares da região Norte. Porto; 2010.

Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Mortalid@des.ACeS: ACeS Gaia e ACeS Espinho Gaia – Análise por Triénios 2001-2009. Porto; 2010.

Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Mortalid@des.ACeS: Região Norte – Análise por Triénios 2001-2009. Porto; 2010.

Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Natalidade, mortalidade infantil e componentes: Região Norte 1996-2009. Porto; 2011.

Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Mortalidade Evitável: uma análise evolutiva na região Norte no período 2001-2005. Porto; 2010.

Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Carga Global da Doença na região Norte de Portugal. Porto; 2011.

Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Perfil Local de Saúde 2009: ACeS Gaia e Espinho/Gaia. Porto; 2010.

Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os estilos de Vida. DGS 465/2003. Lisboa; 2008.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool. Lisboa; 2009.

Instituto Nacional de Estatística. Balança alimentar Portuguesa 2003-2008. Lisboa; 2009; [atualizada em 2010/Nov/01; acesso em 2011 Dez 06]. Disponível em: <http://www.alea.pt/html/actual/html/act55.html>.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Instituto Nacional de Estatística. Quarto Inquérito Nacional de Saúde. Lisboa; 2006.

Organização Mundial de Saúde; Alto Comissariado para a Saúde. Health Behaviour in School-Aged Children: Dados Nacionais 2010. Lisboa; 2011.

Organização Mundial de Saúde, Global Health Observatory. World Health Organization Statistics Report 2011. Génèbra; 2011.

Organização Mundial de Saúde, Global Information System on Alcohol and Health. World Health organization: Global Status Report on Alcohol and Health 2011. Génèbra; 2011.

Organização Mundial de Saúde. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Génèbra; 2009.

Orgnização Mundial de Saúde. El Aumento de la Actividad Física reduce el riesgo de enfermedades cardíacas y la diabetes: Aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Génèbra; 2008.

Polónia J, Maldonado J, Ramos R, et al. Estimation of salt intake by urinary sodium excretion in a Portuguese adult population and its relationship to arterial stiffness. Rev Port Cardil. 2006; 25(9):801-17.

PLANO LOCAL DE SAÚDE ACES ESPINHO/GAIA 2011-2016

Unidade de Planeamento em Saúde, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Planos Locais de Saúde: Termos de Referência para a sua Construção – Parte I e Parte II. Porto; 2011.

ANEXOS

ANEXO 1

População Residente Censos 2001 e 2011

<i>Freguesias</i>	<i>2001</i>	<i>2011</i>
<i>Aces Espinho/Gaia</i>	<i>Censo</i>	<i>Censo</i>
<i>Anta</i>	10 615	10 363
<i>Espinho</i>	10 225	9 832
<i>Guetim</i>	1 532	1 403
<i>Paramos</i>	3 789	3 515
<i>Silvalde</i>	7 540	6 673
<i>Arcozelo</i>	12 393	14 352
<i>Canelas</i>	12 303	13 459
<i>Crestuma</i>	2 962	2 621
<i>Grijó</i>	10 267	10 578
<i>Gulpilhares</i>	9 707	11 341
<i>Lever</i>	3 033	2 794
<i>Madalena</i>	9 356	10 040
<i>Olival</i>	5 616	5 812
<i>Pedroso</i>	18 449	18 714
<i>Perosinho</i>	5 950	6 359
<i>Sandim</i>	6 326	5 938
<i>São F. da Marinha</i>	11 171	12 706
<i>Seixezelo</i>	1 729	1 712
<i>Sermonde</i>	1 225	1 360
<i>Serzedo</i>	7 547	7 891
<i>Valadares</i>	9 095	10 678
<i>Vilar do Paraíso</i>	13 126	13 878
<i>Lomba</i>	1 711	1 505
Total	175 667	183 524

Fonte :INE

ANEXO 2

Evolução da estrutura etária concelho de Espinho

		Concelho de Espinho						
Grupo Etário (Ciclo de Vida)		2001	2006	2007	2008	2009	2010	Variação da População %
0-14	Total	5157	4573	4401	4272	4123	3975	-23
	Mas	2647	2393	2301	2235	2169	2104	-21
	Fem	2510	2180	2100	2037	1954	1871	-26
15-24	Total	4558	3622	3450	3274	3112	3027	-34
	Mas	2405	1868	1775	1687	1582	1536	-36
	Fem	2153	1754	1675	1587	1530	1491	-31
25-64	Total	18494	17609	17348	17084	16802	16374	-12
	Mas	8907	8572	8471	8349	8264	8057	-10
	Fem	9587	9037	8877	8735	8538	8317	-13
65-74	Total	2843	2831	2806	2766	2755	2754	-3
	Mas	1236	1274	1267	1244	1217	1209	-2
	Fem	1607	1557	1539	1522	1538	1545	-4
75 e mais	Total	1917	2014	2060	2085	2074	2097	+9
	Mas	701	743	749	762	768	793	+13
	Fem	1216	1271	1311	1323	1306	1304	+7

Fonte:INE

Evolução Estrutura Etária concelho de Vila Nova de Gaia

Grupo Etário (Ciclo de Vida)		Concelho de Vila Nova de Gaia						Variação da População %
		2001	2006	2007	2008	2009	2010	
	Total	48 721	49 935	49 760	49 714	49 601	49 384	+1
0-14	Mas	24983	25 473	25 396	25 455	25 352	25 207	+1
	Fem	23738	24 462	24 364	24 259	24 249	24 177	+2
	Total	38500	35 741	35 259	34 830	34 548	34 329	-11
15-24	Mas	19473	18255	17 991	17 732	17 602	17 453	-10
	Fem	19027	17486	17 268	17 098	16 946	16 876	-11
	Total	165 227	178 503	180 247	181 758	183 044	183 778	+11
25-64	Mas	80387	86 570	87 327	87 982	88 593	88 951	+11
	Fem	84840	91 933	92 920	93 776	94 451	94 827	+12
	Total	22746	25 041	25 656	26 347	27 159	27 979	+23
65-74	Mas	10056	11 310	11 668	11 994	12 418	12 841	+28
	Fem	12690	13 731	13 988	14 353	14 741	15 138	+19
	Total	13758	18 224	19 164	20 093	21 030	22 241	+62
75 e mais	Mas	5024	6 865	7 242	7 661	8 021	8 506	+69
	Femi	8734	11 359	11 922	12 432	13 009	13 735	+57

Fonte:INE

ANEXO 3

Distribuição da população residente por freguesia segundo o género - Ano 2011

Freguesia	Homens	Mulheres	Total	Percentagem de População Feminina
<i>Anta</i>	4935	5428	10 363	52
<i>Espinho</i>	4536	5296	9 832	54
<i>Guetim</i>	665	738	1 403	53
<i>Paramos</i>	1734	1781	3 515	51
<i>Silvalde</i>	3249	3424	6 673	51
<i>Arcozelo</i>	6944	7408	14 352	51
<i>Canelas</i>	6535	6924	13 459	52
<i>Crestuma</i>	1273	1348	2 621	51
<i>Grijó</i>	5115	5463	10 578	51
<i>Gulpilhares</i>	5439	5902	11 341	52
<i>Lever</i>	1367	1427	2 794	51
<i>Madalena</i>	4791	5249	10 040	52
<i>Olival</i>	2813	2999	5 812	52
<i>Pedroso</i>	9155	9559	18 714	51
<i>Perosinho</i>	3151	3208	6 359	50
<i>Sandim</i>	2864	3074	5 938	52
<i>São F,da Marinha</i>	6150	6556	12 706	51
<i>Seixezelo</i>	831	881	1 712	51
<i>Sermonde</i>	654	706	1 360	52
<i>Serzedo</i>	3767	4124	7 891	52
<i>Valadares</i>	5070	5608	10 678	52
<i>Vilar do Paraíso</i>	6650	7228	13 878	52
<i>Lomba</i>	729	776	1 505	52
Total	88 417	95 107	183 524	52

Fonte:INE

ANEXO 4

TAXA BRUTA DE PRÉ ESCOLARIZAÇÃO (%) POR LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA - *(crianças inscritas na educação pré-escolar/ população residente com idade entre os 3 a 5 anos *100)*

Área Geográfica	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008
<i>Concelho de Espinho</i>	93,4	98,0	94,9	103,2
<i>Concelho de Vila Nova de Gaia</i>	56,6	57,0	56,9	59,6
<i>Grande Porto</i>	69,2	69,7	71,1	73,0
<i>Região Norte</i>	74,2	75,6	76,8	79,3
<i>Continente</i>	77,8	78,1	78,0	79,5

Fonte:INE

TAXA DE RETENÇÃO E DESISTÊNCIA NO ENSINO BÁSICO REGULAR (%) POR LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

*(alunos do ensino básico regular que permanecem por razões de insucesso ou de tentativa voluntária de melhoria de qualificações no mesmo ano de escolaridade / alunos matriculados no ensino básico regular nesse mesmo ano lectivo *100)*

Área Geográfica	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008
<i>Concelho de Espinho</i>	10,8	11,4	8,7	7,2
<i>Concelho de Vila Nova de Gaia</i>	12,5	11,6	10,2	7,6
<i>Grande Porto</i>	11,2	11,1	9,9	7,4
<i>Região Norte</i>	11,1	10,3	9,7	6,6
<i>Continente</i>	11,5	10,6	10,0	7,7

Fonte:INE

TAXA DE TRANSIÇÃO/CONCLUSÃO NO ENSINO SECUNDÁRIO REGULAR (%) POR LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

*(alunos do ensino secundário regular que no final do ano lectivo obtêm aproveitamento, podendo transitar para o ano de escolaridade seguinte/ alunos matriculados no ensino secundário regular nesse ano lectivo*100)*

Área Geográfica	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008
<i>Concelho de Espinho</i>	78,1	73,2	79,7	80,7
<i>Concelho de Vila Nova de Gaia</i>	67,4	74,7	79,2	80,7
<i>Grande Porto</i>	71,1	71,3	77,7	80,6
<i>Região Norte</i>	70,0	70,9	76,9	81,2
<i>Continente</i>	68,1	69,4	75,4	79,4

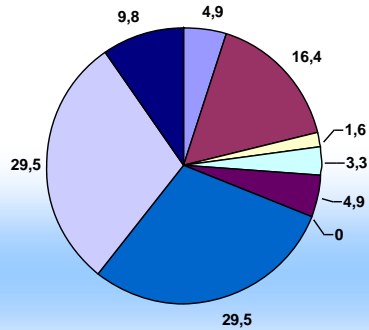
Fonte:INE

ANEXO 5

Mortalidade Proporcional Prematura

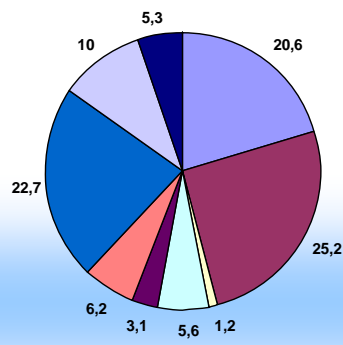
- Algunas doenças infecciosas e parasitárias
- Tumores malignos
- Doenças endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
- Doenças do Aparelho Circulatório
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Doenças do Aparelho Digestivo
- Sintomas, Sinais e Achados Anormais não classificados
- Causas externas de mortalidade
- Outras causas de morte

Mortalidade Proporcional (%)
5-24 anos
Triénio 2007/09



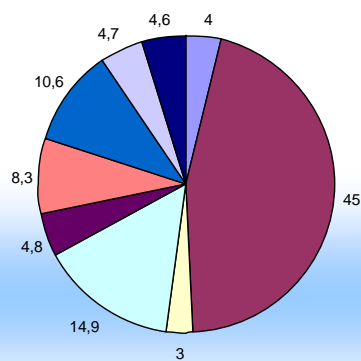
- Algunas doenças infecciosas e parasitárias
- Tumores malignos
- Doenças endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
- Doenças do Aparelho Circulatório
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Doenças do Aparelho Digestivo
- Sintomas, Sinais e Achados Anormais não classificados
- Causas externas de mortalidade
- Outras causas de morte

Mortalidade Proporcional(%)
25-44 anos
Triénio 2007-09



- Algunas doenças infecciosas e parasitárias
- Tumores malignos
- Doenças endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
- Doenças do Aparelho Circulatório
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Doenças do Aparelho Digestivo
- Sintomas, Sinais e Achados Anormais não classificados
- Causas externas de mortalidade
- Outras causas de morte

Mortalidade Proporcional (%)
45-64 anos
Triénio 2007/09



Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009

ANEXO-6

Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
Ambos os sexos							
TODAS AS CAUSAS	766,5	768,3	762	729,6	723,2	723,7	742,9
SINTOMAS,SINAIS E ACHADOS ANORMAIS NÃO CLASSIFICADOS	78	69,2	87,5	97,6	106,8	97,2	84,3
ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	23,1	23,4	23,8	23,1	22,5	23	21,9
Tuberculose	3,6	3,8	2,6	2,3	2,1	2,6	2,4
VIH/sida	12	11,9	11,2	10,1	9,2	8,7	9,5
TUMORES MALIGNOS	183,9	187,5	183,8	174,4	176,5	181,3	190
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade oral e Faringe	5,6	5,7	4,6	3,7	3,6	3,9	4,5
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	75,8	78,8	77,7	71,8	70,5	74,9	79,7
tumor maligno do esofago	7,3	6,7	5,7	4,3	3,9	3,9	4,4
tumor maligno do estômago	24,4	25,8	25,4	22,6	22,5	23,6	24,4
tumor maligno do cólon e recto	25,6	27,8	27,1	25,9	24,8	26,7	28,1
tumor maligno do pancreas	8,2	9,8	10,5	8,7	8,8	9,6	11,8
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	32,2	35	32,5	33,2	32,4	32,5	32,6
tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	27,8	30,3	28,9	29,9	29,3	28,8	28,5
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	16,8	14,6	14,6	13,7	16,1	15,3	15,6
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários	25,8	25,1	24,3	23	23,2	25	27,4
tumor maligno da bexiga	5,9	5,4	5,2	5	5,5	5,6	6
Tumor Maligno de Outras localizações e de localizações não especificadas	13,2	13,6	15,7	15,1	16,3	15,4	15,7
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgãos Hematopoiéticos	12,7	11,5	11,2	11,3	12,1	12	12,1
DOENÇAS ENDÓCRINAS,NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	33,3	35,7	37,8	34,2	35,2	39	44
Diabetes Mellitus	31	33,8	35,3	32,2	32,2	35,1	38,8
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	267,1	260,7	245,8	222,4	212,6	208,4	218,6
Doença Isquémica do Coração	48,8	49,5	49,6	44	43,1	38,3	40,8
Doenças Cerebro-Vasculares	130,4	124,7	116,8	109,9	103,2	97,5	102,6
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	65,8	65,7	67,3	73,4	73,9	73,6	76,7
Pneumonia	21,4	20,2	23,5	25,7	26,4	25,7	26
Bronquite Crónica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma	5,7	6,1	4,9	4	3,6	4,3	6,6
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	30,7	33,6	32,4	31,9	30,3	31,1	33,2
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	12,7	13,4	13,1	11,6	11,6	11,6	13,5
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE	33,6	34,8	25,5	22,3	19,5	22,8	22,7
Acidentes de Transporte	11,8	11,1	6,2	4,6	4,6	4,4	3,7
acidentes de veículos a motor	10,7	10,2	5,6	4,3	4,3	4,2	3,6
Lesões autoprovocadas intencionalmente(Suicídios)	6,1	8	5,7	4	2,1	3,1	3

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
TODAS AS IDADES SEXO MASCULINO							
TODAS AS CAUSAS	810,4	815,9	795,6	782,7	786,5	789,2	788,4
SINTOMAS,SINAIS E ACHADOS ANORMAIS NÃO CLASSIFICADOS	74,2	59,9	90,7	106,9	122,3	105,2	88,2
ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	36,2	35,5	32,9	32	31,5	31,6	29,3
Tuberculose	5,3	5,5	4,6	3,5	3,5	3,3	3
VIH/sida	22,6	21,9	19,4	17,7	16,8	16,5	17
TUMORES MALIGNOS	226,4	231,9	220,8	207,8	212,8	229,6	239,7
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade oral e Faringe	9,9	10,7	8,5	6,6	5,9	7,1	8,3
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	90,9	90,8	89,9	80,9	85,8	96,1	101,2
tumor maligno do esofago	12,7	11,4	10,2	6,8	6,1	6,3	7,1
tumor maligno do estômago	28,3	30,1	30,4	25,8	27,9	32	33,4
tumor maligno do cólon e recto	30	33,2	31,8	30,3	31,1	33	33,4
tumor maligno do pancreas	7,8	8,4	8,3	6,8	7,6	10,6	13,2
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	57,1	62	57,2	56,5	54,3	54,3	55,7
tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	48,6	53,4	50,6	51	48,5	47,4	47,6
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	4	4	3,5	4,5	4,9	4,5	3,4
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários	32,3	32,4	29,8	27,9	27,4	31,3	35,2
tumor maligno da próstata	19,5	18,7	17,5	16,9	16,6	18,9	20,4
tumor maligno da bexiga	8,9	8,8	8,7	8	9	8,3	9,3
Tumor Maligno de Outras localizações e de localizações não especificadas	15,2	16	16,6	17,3	18,6	19,5	17,6
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgãos Hematopoiéticos	14,8	12,2	11,7	10,3	12,7	14	15,6
DOENÇAS ENDÓCRINAS,NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	25,2	29	28,3	29,5	29,3	33,8	35,6
Diabetes Mellitus	23,3	27,1	26,6	27,9	26,8	30,5	31,8
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	240,8	238,6	220,6	204,1	197,3	189,7	197,1
Doença Isquémica do Coração	53,5	55,3	53,3	50,1	48,7	43,2	42,9
Doenças Cerebro-Vasculares	110,8	109,5	103,4	99,3	93,6	88,1	92,9
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	76,3	76,9	75,1	84,6	85	84,9	84,2
Pneumonia	23,3	21,7	24,6	28,3	29,7	28,3	28,1
Bronquite Crónica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma	7,2	7,6	5,6	4,3	3,1	3,7	6,7
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	37,4	40,2	38,1	38,6	38,3	37	37,4
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	18,8	19,8	18,1	17,1	17,8	18,7	20,4
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE	46,5	49,2	35,2	32,6	28,3	32,6	29,3
Acidentes de Transporte	18,2	16,8	9,8	7	7,6	7,1	6,3
acidentes de veículos a motor	16,3	15,1	8,5	6,4	7,2	6,9	6,3
Lesões autoprovocadas intencionalmente(Suicídios)	8,5	11,6	7,9	6,2	3,5	5,3	5,1

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
TODAS AS IDADES - Sexo Feminino							
TODAS AS CAUSAS	725,3	723,8	730,4	679,8	663,9	662,5	700,4
SINTOMAS,SINAIS E ACHADOS ANORMAIS NÃO CLASSIFICADOS	81,6	77,9	84,5	88,9	92,4	89,7	80,6
ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	10,9	12	15,2	14,7	14	15	14,9
Tuberculose	2	2,2	0,8	1,2	0,8	1,9	1,9
VIH/sida	2	2,6	3,5	2,9	2,1	1,3	2,5
TUMORES MALIGNOS	144,1	145,9	149,1	143,2	142,6	136,1	143,7
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade oral e Faringe	1,6	1	1	1	1,3	1	0,9
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	61,6	67,6	66,3	63,4	56,1	55,1	59,7
tumor maligno do esofago	2,2	2,4	1,6	1,9	1,7	1,7	1,9
tumor maligno do estômago	20,8	21,9	20,7	19,5	17,4	15,8	16
tumor maligno do cólon e recto	21,4	22,7	22,6	21,8	19	20,9	23,2
tumor maligno do pâncreas	8,5	11	12,5	10,4	10	8,7	10,6
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	8,9	9,7	9,4	11,4	11,9	12,2	11,1
tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	8,3	8,7	8,6	10,2	11,3	11,4	10,8
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	28,7	24,6	25	22,2	26,6	25,5	27
tumor maligno da mama (feminino)	25,8	22,7	23	20,3	24,1	23,4	24,5
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários	19,6	18,3	19,1	18,4	19,2	19	20
tumor maligno do cólo do útero	5,2	4,7	4,3	3,9	4,4	3,8	4,3
tumor maligno da bexiga	3,2	2,2	2	2,1	2,3	3	2,8
Tumor Maligno de Outras localizações e de localizações não especificadas	11,3	11,4	14,8	12,9	14,2	11,6	14
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgãos Hematopoiéticos	10,7	10,8	10,7	12,2	11,5	10,1	8,9
DOENÇAS ENDÓCRINAS;NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	41	42	46,6	38,6	40,8	43,9	51,7
Diabetes Mellitus	38,2	40	43,5	36,3	37,2	39,4	45,3
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	291,7	281,5	269,4	239,6	226,9	225,8	238,6
Doença Isquémica do Coração	44,4	44,2	46,2	38,3	37,7	33,8	38,9
Doenças Cerebro-Vasculares	148,8	139	129,3	119,8	112,1	106,3	111,6
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	55,9	55,2	59,9	63	63,4	63,1	69,7
Pneumonia	19,6	18,9	22,4	23,4	23,4	22,2	24
Bronquite Crônica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma	4,4	4,7	4,3	3,7	4	4,9	6,6
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	24,4	27,4	27,1	25,7	22,8	25,5	29,3
Doença Crônica do Fígado e Cirrose	6,9	7,5	8,4	6,4	5,7	4,9	7
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE	21,4	21,3	16,4	12,6	11,3	13,7	16,4
Acidentes de Transporte	5,7	5,7	2,9	2,3	1,7	1,9	1,3
acidentes de veículos a motor	5,5	5,5	2,9	2,3	1,5	1,7	1,1
Lesões autoprovocadas intencionalmente(Suicídios)	4	4,7	3,7	1,9	0,8	1,1	1,1

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
PREMATURA (<65 ANOS) AMBOS OS SEXOS							
TODAS AS CAUSAS	224,4	215,3	215,4	203,4	201,8	192,9	192,1
SINTOMAS,SINAIS E ACHADOS ANORMAIS NÃO CLASSIFICADOS	17,5	8,6	22,2	30,7	3,8	31,7	26,1
ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	18,2	17,6	17,1	15,4	14,3	12,9	13,6
Tuberculose	1,8	1,6	1,4	0,7	0,7	0,6	0,5
VIH/sida	13,4	13,4	12,6	11,2	10,1	9,4	10,4
TUMORES MALIGNOS	74,4	73,8	78,9	72,9	75,4	72,2	75,6
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade oral e Faringe	3,6	4	3,3	2,7	2,5	3	3,2
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	25	27,2	30,1	26,6	25,1	24,6	27,1
tumor maligno do esofago	3,2	2,9	3	2,4	1,6	1,8	2,5
tumor maligno do estômago	8,5	9,6	10,9	9,6	10,3	9,5	9,5
tumor maligno do cólon e recto	7,1	8,2	9,1	8	7,1	7	8,1
tumor maligno do pâncreas	3,1	3,4	4	3	2,4	2,8	3,4
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	18	17,7	16,8	16,7	17,1	16,7	16,5
tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	15,1	14,8	14,4	14,5	15	13,9	14,1
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	9,5	8,7	9,2	8,7	10,3	9,2	9,3
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários	6,5	5,4	5,7	5,4	5,9	6,1	7,2
tumor maligno da bexiga	1,3	1,2	1,2	0,9	0,9	0,8	1
Tumor Maligno de Outras localizações e de localizações não especificadas	5,8	6,1	8,4	7,8	8,3	7,4	7,3
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgãos Hematopoiéticos	5,2	3,9	4,4	4,3	4,8	4,4	3,9
DOENÇAS ENDÓCRINAS;NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	5,4	5,3	5,5	4,6	4,5	5,3	5,2
Diabetes Mellitus	4,5	4,1	4,2	3,8	3,5	4,1	4
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	39,4	39,2	36	29	23,9	22,6	23,7
Doença Isquémica do Coração	10,9	12,5	11,8	9,4	7,6	6,2	6,2
Doenças Cerebro-Vasculares	15,4	14,7	14,1	12,2	10,4	9,1	9,9
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	10	8,4	5,2	6,9	7,4	8,3	8,8
Pneumonia	2,7	2,8	2,1	2,9	2,8	2,6	2,6
Bronquite Crônica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma	1,3	0,7	0,2	0,3	0,7	0,6	0,6
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	14,1	16,1	15,5	15	14,3	13,9	14,4
Doença Crônica do Fígado e Cirrose	8,5	9,8	9,4	8,7	8,6	8,7	10,1
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE	27,9	27,8	18,5	15,5	13,5	14,7	12,7
Acidentes de Transporte	10,6	9,5	5,2	3,7	4	3,6	3,2
acidentes de veículos a motor	9,8	8,9	4,8	3,6	3,8	3,4	3,1
Lesões autoprovocadas intencionalmente(Suicídios)	6	7	4,8	3	2,2	2,8	2,6

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE
PREMATURA (<65 ANOS) SEXO MASCULINO

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
TODAS AS CAUSAS	308,9	294,6	293	284,5	288,1	276,3	264,3
SINTOMAS,SINAIS E ACHADOS ANORMAIS NÃO CLASSIFICADOS	25,5	11,4	33,9	48,5	56,8	48	39,1
ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	32,6	30,8	28,2	25,5	24	23	23,5
Tuberculose	3,3	3,1	2,8	1,4	1,4	0,9	0,7
VIH/sida	24,8	24,2	21,4	19,4	18	17,7	18,4
TUMORES MALIGNOS	94	93,6	97,4	90,9	95,9	95,4	95,8
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade oral e Faringe	6,4	7,1	5,9	4,9	4,7	5,8	6
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	32,8	35,3	40,7	35,4	36,9	37	39,8
tumor maligno do esôfago	6,2	5,7	6,1	4,9	3,3	3,7	5,1
tumor maligno do estômago	9,3	12,1	14,8	12,9	14,5	14,4	13,7
tumor maligno do cólon e recto	9,5	10,4	11,8	9,8	10,3	9,8	10,7
tumor maligno do pâncreas	3,3	3,3	3,8	2,6	2,8	3,3	4,2
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	31,9	31	28,5	28,1	28	27,7	27,7
tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	26,2	25,4	24	24,1	24	22,3	22,8
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	1,9	1,9	2,1	2,6	3,3	2,6	2,1
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários	5,2	4,5	4	4,4	4,4	5,4	5,8
tumor maligno da próstata	1,7	1,4	1,4	2,3	1,9	1,9	1,4
tumor maligno da bexiga	2,4	1,9	1,9	1,6	1,9	1,6	2,1
Tumor Maligno de Outras localizações e de localizações não especificadas	7,9	7,8	9,6	8,9	9,6	9,5	8,1
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgãos Hematopoiéticos	6,7	4,7	5,2	5,2	6,8	5,8	4,9
DOENÇAS ENDÓCRINAS,NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	5,7	6,4	6,1	5,9	5,4	6,8	5,8
Diabetes Mellitus	5	5,5	4,9	4,9	4,4	6,1	5,1
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	54,5	54	51,5	42,4	37,6	34	34,6
Doença Isquêmica do Coração	18,3	21,3	20,5	17,1	14,9	12,1	11,2
Doenças Cerebro-Vasculares	19,3	18	18,6	15,9	14,7	13	13,5
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	14,3	11,8	7,3	8,9	10	10,9	11,4
Pneumonia	4	4	3,1	4,2	4,4	3,7	3,3
Bronquite Crônica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma	1,4	0,7	0	0,2	0,5	0,5	0,5
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	20,5	23	21,9	22,7	22,9	21,4	21,6
Doença Crônica do Fígado e Cirrose	11,9	14	12,2	13,1	13,5	14,4	15,3
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE	42,8	44,1	28,9	25,5	21,9	23,7	19,8
Acidentes de Transporte	17,1	15,4	9,2	6,3	6,8	5,8	5,3
acidentes de veículos a motor	15,5	14,2	8,2	6,1	6,5	5,8	5,3
Lesões autoprovocadas intencionalmente(Suicídios)	8,6	10,2	6,6	4,7	3,5	4,2	4

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE

PREMATURA (<65 ANOS) SEXO FEMININO

	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009
TODAS AS CAUSAS	141,6	137,8	139,5	124,2	117,5	111,6	121,9
SINTOMAS,SINAIS E ACHADOS ANORMAIS NÃO CLASSIFICADOS	9,8	5,8	10,8	13,3	17,8	15,9	13,6
ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	4,2	4,6	6,2	5,5	4,8	2,9	4,1
Tuberculose	0,2	0,2	0	0	0	0,2	0,2
VIH/sida	2,3	2,8	3,9	3,2	2,5	1,4	2,7
TUMORES MALIGNOS	55,2	54,5	60,8	55,4	55,3	49,7	55,9
Tumor Maligno do Lábio, Cavidade oral e Faringe	0,9	0,9	0,7	0,5	0,5	0,2	0,5
Tumor Maligno do Aparelho Digestivo e Peritoneu	17,2	19,3	19,8	18,1	13,7	12,5	14,7
tumor maligno do esôfago	0,2	0,2	0	0	0	0	0
tumor maligno do estômago	7,7	7,2	7,1	6,4	6,1	4,8	5,4
tumor maligno do cólon e recto	4,7	6	6,4	6,2	4,1	4,3	5,7
tumor maligno do pâncreas	2,8	3,5	4,1	3,4	2	2,3	2,7
Tumor Maligno do Aparelho Respiratório	4,4	4,6	5,3	5,5	6,4	5,9	5,7
tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	4,2	4,4	5,1	5	6,1	5,7	5,7
Tumor Maligno dos Ossos, Pele e Mama	17	15,3	16,1	14,6	17,1	15,6	16,3
tumor maligno da mama (feminino)	15,8	14,1	14,7	13,7	16,2	15	15,4
Tumor Maligno dos Órgãos Genitourinários	7,7	6,3	7,4	6,4	7,3	6,8	8,6
tumor maligno do cólo do útero	4	3	2,8	2,7	3,4	3,2	3,2
tumor maligno da bexiga	0,2	0,5	0,5	0,2	0	0	0
Tumor Maligno de Outras localizações e de localizações não especificadas	3,7	4,4	7,1	6,6	7,1	5,2	6,6
Tumor Maligno do Tecido Linfático e Órgãos Hematopoiéticos	3,7	3	3,7	3,4	3	2,9	2,9
DOENÇAS ENDÓCRINAS,NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	5,1	4,2	4,8	3,4	3,6	3,9	4,5
Diabetes Mellitus	4	2,8	3,5	2,7	2,5	2,3	2,9
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	24,7	24,6	20,7	16	10,5	11,6	13,1
Doença Isquêmica do Coração	3,7	3,9	3,2	1,8	0,5	0,5	1,4
Doenças Cerebro-Vasculares	11,6	11,4	9,7	8,5	6,1	5,2	6,3
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	5,8	5,1	3,2	5	4,8	5,7	6,3
Pneumonia	1,4	1,6	1,2	1,6	1,1	1,6	2
Bronquite Crônica, Bronquite não especificada, Enfisema e Asma	1,2	0,7	0,5	0,5	0,9	0,7	0,7
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	7,9	9,3	9,2	7,5	5,9	6,6	7,5
Doença Crônica do Fígado e Cirrose	5,1	5,8	6,7	4,3	3,9	3,2	5
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE	13,3	11,8	7,4	5,7	5,2	5,9	5,9
Acidentes de Transporte	4,2	3,7	1,4	1,1	1,4	1,4	1,1
acidentes de veículos a motor	4,2	3,7	1,4	1,1	1,1	1,1	0,9
Lesões autoprovocadas intencionalmente(Suicídios)	3,5	3,9	3	1,4	0,9	1,4	1,4

ANEXO 7

Indicadores Sensíveis Aos Cuidados Médicos (ISCM)

	Grupo etário
Infecções Gastro-Intestinais	0 a 14
Tuberculose	5 a 64
Tumor maligno da Mama (feminina)	15 a 64
Tumor Maligno do Colo e Corpo do Útero	15 a 64
Tumor Maligno do Testículo	15 a 64
Doença de Hodgkin	5 a 64
Leucemias	0 a 14
Cardiopatias Reumáticas Crônicas	5 a 44
Doenças Hipertensivas e Cerebrovasculares	35 a 64
Doenças Respiratórias	1 a 14
Asma	5 a 49
Úlcera Péptica	15 a 64
Apendicite	5 a 64
Hérnia Abdominal	5 a 64
Colelitíase e Colecistite	5 a 64
Mortalidade Materna	
Anomalias Congénitas do Aparelho Circulatório	1 +
Mortalidade Infantil	0 a 1

Indicadores Sensíveis à Promoção da Saúde (ISPS)

Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	5 a 64
Tumor Maligno da Pele (não melanomas)	5 a 64
Doença Isquémica do Coração	5 a 64
Cirrose do Fígado	15 a 64
Acidentes a Veículo a Motor	Todas as idades

Fonte: Mortalidade Evitável DSP

ANEXO 8

Para melhor visualização utilizou-se a técnica de semaforização

RPM Diminuída e Significativa

RPM Diminuída mas não Significativa

RPM Aumentada mas não Significativa

RPM Aumentada e Significativa

INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS MÉDICOS RPM 106.4

AMBOS OS SEXOS

Razão de Mortalidade Padronizada (RMP)	Causa de Morte	Grupo Etário
RPM diminuída mas não significativamente	Infeccções gastro-intestinais	0-14
	Tuberculose	5-64
	Hérnia Inguinal	5-64
	Anomalias Con do A Circulatório	1+
	Doenças respiratórias	1-14
RPM aumentada mas não significativamente	Leucemias	0-14
	Doença de Hogkin	5-64
	Apendicite	5-64
	Colelitíase e Colecistite	5-64
	Asma	5-49
	Cardiopatas Reum crónicas	5-44
	Úlcera Péptica	15-64
	Doenças Hipertensivas e Cérebro-	
	Vasculares	35-64
	Mortalidade Infantil	0-1

Fonte: Mortalidade Evitável (DSP)

INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS MÉDICOS RPM 98,0**SEXO MASCULINO**

Razão de Mortalidade Padronizada (RMP)	Causa de Morte	Grupo Etário
RPM diminuída mas não significativamente	Infecções Gastro-Intestinais	0-14
	Tuberculose	5-64
	Apendicite	5-64
	Colelitíase e Colecistite	5-64
	Asma	5-49
	Tumor Maligno do Testículo	15-64
	Anomalias Cong.do Ap Circ	1+
	Mortalidade Infantil	0-1
RPM aumentada mas não significativamente	Leucemias	0-14
	Doenças Respiratórias	1-14
	Doença de Hodgkin	5-64
	Cardiopatias Reu.Crónicas	5-44
	Úlcera Péptica	15-64
	Doenças Hipertensivas e Cérebro-Vasculares	35-64

Fonte:Mortalidade Evitável (DSP)

INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS MÉDICOS RPM**113,7****SEXO FEMININO**

Razão de Mortalidade Padronizada (RMP)	Causa de Morte	Grupo Etário
RPM diminuída mas não significativamente	Infecções Gastro-Intestinais	0-14
	Leucemias	0-14
	Doenças Respiratórias	1-14
	Tuberculose	5-64
	Doença de Hodgkin	5-64
	Hérnia Abdomina	5-64
	Cardiopatias Reu.Crónicas	5-44
	Úlcera Péptica	15-64
	Tumor Maligno do Colo e Corpo do Útero	15-64
RPM aumentada mas não significativamente	Apendicite	5-64
	Colelitíase e Colecistite	5-64
	Asma	5-49
	Doenças Hipertensivas e Cérebro-Vasculares	35-64
	RPM aumentada e significativa	Tumor Maligno da Mama

Fonte:Mortalidade Evitável (DSP)

INDICADORES SENSÍVEIS à PROMOÇÃO DA SAÚDE RPM= 82.4 AMBOS OS SEXOS

Razão de Mortalidade Padronizada (RMP)	Causa de Morte	Grupo Etário
RPM diminuída e significativa	Cirrose do Fígado Acidentes de Veículo a Motor	15-64 Todas as idades
RPM diminuída mas não significativamente	Tumor Maligno da Pele (não Melanoma) Doença Isquémica Cardíaca	5-64 5-64
RPM aumentada mas não significativamente	Tumor Maligno da Traqueia , Brônquios e Pulmão	5-64

Fonte: Mortalidade Evitável (DSP)

INDICADORES SENSÍVEIS A PROMOÇÃO DA SAÚDE RPM = 84,7 SEXO MASCULINO

Razão de Mortalidade Padronizada (RMP)	Causa de Morte	Grupo Etário
RPM diminuída e significativa	Cirrose do Fígado Acidentes de Veículo a Motor	15-64 Todas as idades
RPM diminuída mas não significativamente	Doença Isquémica Cardíaca	5-64
RPM aumentada mas não significativamente	Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão Tumor Maligno da Pele (Não Melanoma)	5-64 5-64

Fonte: Mortalidade Evitável (DSP)

INDICADORES SENSÍVEIS à PROMOÇÃO DA SAÚDE RPM= 73.5 SEXO FEMININO

Razão de Mortalidade Padronizada (RMP)	Causa de Morte	Grupo Etário
RPM diminuída e significativa	Cirrose do Fígado Acidentes de Veículo a Motor	15-64 Todas as idades
RPM diminuída mas não significativamente	Tumor Maligno da Pele (não Melanoma) Doença Isquémica Cardíaca	5-64 5-64
RPM aumentada mas não significativamente	Tumor Maligno da Traqueia , Brônquios e Pulmão	5-64

Fonte: Mortalidade Evitável (DSP)

ANEXO-9

Recursos Comunitários ACeS Espinho/Gaia

	Total	Freguesias																						
		Arcozelo	Canelas	Crestuma	Grijó	Guilharezes	Lever	Madalena	Olival	Pedroso	Perosinho	Valadares	V. Paraiso	Sandim	S.F. Marinha	Seixezelo	Sermonde	Serzedo	Anta	Espinho	Guetim	Paramos	Silvalde	Lomba
SAÚDE																								
<i>Instituições de Saúde</i>																								
ACES Grande Porto IX - Espinho / Gaia																								
Unidade de Saúde Familiar (USF)	8	2	1								1		1	1				1	1					
Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP)	15	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1					1		2			1	1	
Unidade de Saúde Pública (USP)	1										1													
Unidade de Cuidados na Comunidade (UCCom)	4	1							1		1									1				
Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)	1																							
Unidade Apoio à Gestão (UAG)	1																							
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho (CHVNG/E)																								
Unidade I, II, III	3											1								1				
Unidade Cuidados Continuados	3	1									1									1				
Centro de Diagnóstico Pneumológico	1																							
<i>Instituições de Saúde Particulares</i>																								
Laboratório de Patologia Clínica, Análises Clínicas e Anatomia Patológica	30	4	1	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2	2						5				
Unidades de Hemodiálise	2				1				1															
Unidades de Medicina Física e Reabilitação	10				1			1	2	1				1					1	3				
Unidades de Radio-diagnóstico, Radioterapia e Medicina Nuclear	2								1											1				
Unidade de Tratamento, Reabilitação e Recuperação de Toxicodependentes	2									1		1												
Centros de Reabilitação	1													1										
Clínica/Consultório de Medicina Dentária	62	1	2	1	5	1	1	2	2	15	1	5	2	3	1			2	1	17				
Clínica/Consultório Médico	66	3	1		1	1	2		2	19			3	3	3	2	2		3	21				
Centro de Enfermagem	2								1											1				
Farmácia	49	4	2	1	2	2	1	2	1	5	1	4	3	3	3		1	1	2	6		1	3	1
Associação de Utentes ou Doentes	6				1							1		1						3				
EDUCAÇÃO																								
Educação Pré-escolar - Jardins de Infância	39		3	2	3	4	2	4	1			8	7	3			2							
Educação Escolar - Ensino Básico - 1º, 2º e 3º ciclo	52	3	5	2	5	3	2	4	2	2	1	7	3	5		1	3		2	1			1	
Educação Escolar - Ensino Secundário	6	1	1							1		1								2				
Educação Escolar - Ensino Superior	4		1		1							1								1				
Educação Escolar - Ensino Profissionalizante	2	1							1															
Educação Escolar - Ensino Sénior	1																			1				
Educação Extra-Escolar - Música	3												1	1						1				
Associação de Pais	4		1																	1	1			1
Centros de Estudo	21	3	4				2					1	1						9				1	
Programas de Saúde Escolar - PELT	3	1	1		1																			
Programas de Saúde Escolar - PRESSE	4	1			1															2				
Programas de Saúde Escolar - Prevenção de Acidentes	52	Todas as EB1 do ACES																						
Programas de Saúde Escolar - Programa Dentinho	39	Todos os Jardins de Infância do ACES																						
Programas de Saúde Escolar - Projecto de Inclusão Escolar	91	Todos os Agrupamentos Escolares do ACES (Jardim de Infância + EB1)																						
Creches, ATL Jardins Infância - Privados	22	3	3		1					4		2	3		3				1					2
ACÇÃO SOCIAL / APOIO SOCIAL																								
Grupo ou Associação de Apoio/Solidariedade Social	42	3	1		1	1		3	1	1	2	6	4		2			3	1	11				2
Acção social - 3ª Idade	38	2	2	2		4	1	3	4	3		5	1	1	3	3	1		2					1
Acção Social - Acolhimento crianças e Jovens	22				1	1		1	1	3		2		1	1		1		4	5				1
Acção social - Apoio a Crianças e Pessoas com Deficiência	3														1				1	1				
DESPORTO																								
Grupos e Associações Desportivas	58	3	1	1	2	3	1	2		7	1	2	3	1	3			3	15	9	1			
CULTURA E LAZER																								
Grupos ou Associações Culturais / Recreativas	106	2	5	4	1	14	6	9	4	1	1	11	9	2	11		1	3	2	7	3	1	1	8
Espaços de Lazer	22	9	1	2	1	1	1	2	1	1		1		1										1

RELIGIÃO																					
Paróquias	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Congregações Religiosas	10	1	1					3	2	3											
Seminários	2							1	1												
PODER LOCAL																					
Autarquia	3																				
Junta de Freguesia	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
FORÇAS DE SEGURANÇA / CORPORAÇÕES																					
Polícia de Segurança Pública	2									1											1
Guarda Nacional Republicana	4	1	1			1		1													
Polícia Marítima	1																				
Polícia Municipal	1																				
Bombeiros Municipais (Sapadores de Gaia)	1																				
Bombeiros Voluntários	7		1	1					1	1		1									2
TRANSPORTES																					
Ferrovíários (CP)	1																				
Rodoviários	3							1	1	1											
Aéreo	1																				1
COMUNICAÇÕES																					
CTT	13	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Comunicação Social - Jornais	6				1		1	1	1				1								1
Comunicação Social - Emissão Rádio	2																				1
Comunicação Social - Emissãp Televisão	1											1									
AMBIENTE																					
Grupos ambientais	2								1												1

NOTA: Encontram-se registados na tabela os elementos reconhecidos ou identificados na base de dados da USP até ao período de 31/12/2011.

Definem-se **recursos de uma comunidade** como uma ou mais qualidades, pessoas ou bens ou qualquer outra coisa que constitua uma vantagem ou um item de valor para a comunidade.

Consideram-se recursos de **Saúde**, todos os elementos, estruturas ou instituições que contribuem directa ou indirectamente para a prestação de cuidados ou serviços de saúde da população.

Consideram-se recursos de **Educação** todos os elementos ou instituições que contribuem para a instrução básica e complementar da população, bem como as estruturas de suporte educativo ou programas de saúde escolar.

Atendendo aos recursos comunitários no âmbito da **Ação e Apoio Social**, consideram-se grupos ou associações de apoio social todos elementos ou instituições de solidariedade suporte social, nomeadamente centro sociais das Juntas de freguesia, centros de acolhimento, associações comunitárias de Solidariedade Social, centros comunitários de apoio aos necessitados ou de integração a grupos de risco ou centros de reabilitação profissional. Consideram-se recursos de **acção social na 3ª idade** todos os lares de 3ª idade, centros sociais, centros de dia ou de apoio domiciliário, associações de solidariedade social especificamente dirigidos a pessoas da 3ª idade. Consideram-se recursos de **acção social para acolhimento de crianças e jovens**, todas os centros sociais e associações ou instituições de acolhimento de crianças ou jovens. Consideram-se recursos de **acção social para acolhimento de crianças e pessoas com deficiência**, todas os centros sociais, associações ou instituições de acolhimento e centros de reabilitação para esta população particular.

No que aos recursos comunitários **desportivos** diz respeito, consideram-se grupos e associações desportivas, todos os clubes, associações, complexos ou centros desportivos (futebol, ténis, andebol, basquetebol, vôleibol, artes marciais, natação, atletismo, hipismo, etc.).

Atendendo ao recursos **culturais** do ACES, consideram-se grupos ou associações culturais, todos os grupos recreativos de juntas de freguesia, grupos de folclore ou etnografia tradicional, associações recreativas das mais diversas indoles (p.e. columbofilia, música, teatro, dança, etc.), confrarias, colónias de férias e comissões de festas de freguesia.

Tendo em conta os recursos comunitários de **lazer**, consideram-se espaços lúdicos, todos os parques, complexos desportivos, pavilhões gimnodesportivos, piscinas, pistas de atletismo, ciclovias para peões e bicicletas.

Consideram-se recursos de cariz **religioso** todos os elementos ou instituições que contribuem para a instrução, integração e convivência religiosa da população, como paróquias, igrejas, mesquitas ou outros centros de congregação religiosa, seminários ou outras escolas de cariz religioso.

Consideram-se recursos comunitários de **transporte** todos os elementos ou instituições que contribuem para a mobilidade das populações, quer em termos colectivos, quer em termos individuais, públicos ou privados, como centros de transporte rodoviários, ferroviários, náuticos ou aéreos.

Consideram-se recursos comunitários de **comunicação** todos os elementos ou instituições que contribuem para a transmissão ou transporte de informação ou bens das populações, quer em termos colectivos, quer em termos individuais, públicos ou privados, como centros de correios, jornais, revistas, estações de emissão de rádio ou televisão, etc.

Finalmente, consideram-se recursos comunitários de índole **ambiental**, todos os elementos ou instituições que contribuem para a melhoria ou protecção das condições ambientais das populações.

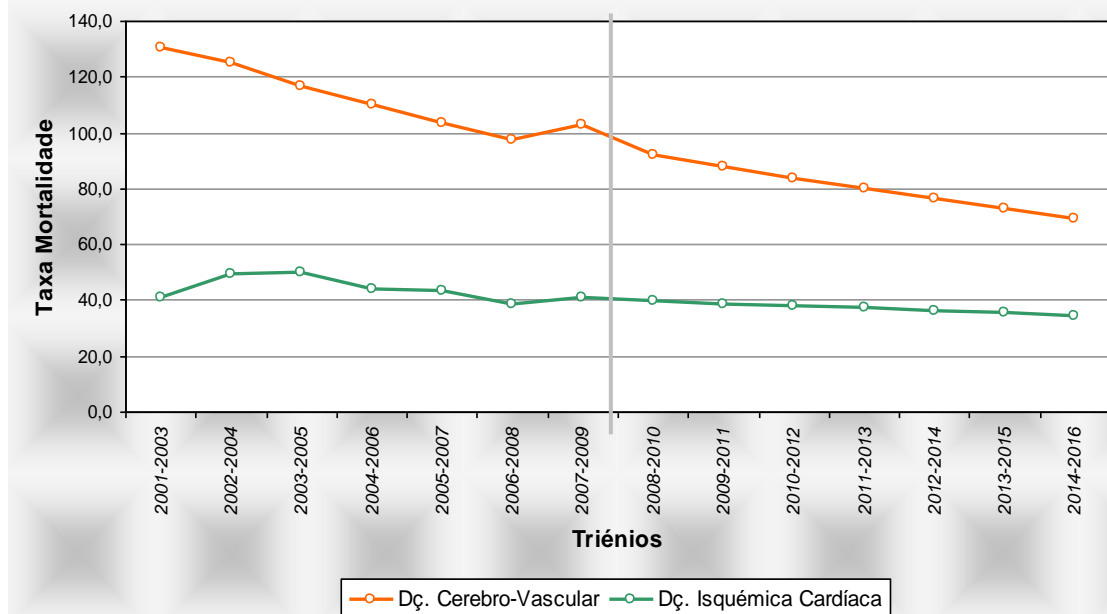
ANEXO 10

Taxa Mortalidade 2001/2009 e projecções de mortalidade por regressão exponencial

Taxa Bruta Mortalidade Causa	VALORES OBSERVADOS							VALORES ESTIMADOS POR REGRESSÃO EXPONENCIAL						
	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016
Dç. Cerebro-Vascular	130,4	124,7	116,8	109,9	103,2	97,5	102,6	92,2	87,9	83,8	79,9	76,2	72,7	69,3
Dç. Cerebro-Vascular (<65a)	15,4	14,7	14,1	12,2	10,4	9,1	9,9	8,3	7,6	6,9	6,3	5,7	5,2	4,8
Dç. Isquémica Cardíaca	40,8	49,5	49,6	44,0	43,1	38,3	40,8	39,7	38,7	37,9	37,0	36,1	35,3	34,5
Dç. Isquémica Cardíaca (<65a)	10,9	12,5	11,8	9,4	7,6	6,2	6,2	5,4	4,7	4,2	3,7	3,2	2,9	2,5
Tumor maligno Cólo-Rectal	25,6	27,8	27,1	25,9	24,8	26,7	28,1	27,0	27,1	27,2	27,3	27,4	27,5	27,6
Tumor maligno Cólo-Rectal (<65a)	7,1	8,2	9,1	8,0	7,1	7,0	8,1	7,6	7,5	7,5	7,4	7,4	7,4	7,3
Tumor maligno mama - F	25,8	22,7	23,0	20,3	24,1	23,4	24,5	23,2	23,1	23,1	23,1	23,0	23,0	23,0
Tumor maligno mama - F (<65a)	15,8	14,1	14,7	13,7	16,2	15,0	15,4	15,3	15,4	15,4	15,5	15,6	15,7	15,8
Diabetes	31,0	33,8	35,3	32,2	32,2	35,1	38,8	37,3	38,2	39,1	40,0	41,0	42,0	43,0
Diabetes (<65a)	4,5	4,1	4,2	3,8	3,5	4,1	4,0	3,7	3,7	3,6	3,5	3,4	3,4	3,3
Dç. Apararelho Respiratório	65,8	65,7	67,3	73,4	73,9	73,6	76,7	79,1	81,4	83,7	86,0	88,5	91,0	93,5
Dç. Apararelho Respiratório (<65a)	10,0	8,4	5,2	6,9	7,4	8,3	8,8	7,7	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6
Pneumonia	21,4	20,2	23,5	25,7	26,4	25,7	26,0	28,4	29,7	30,9	32,3	33,7	35,1	36,6
Pneumonia (<65a)	2,7	2,8	2,1	2,9	2,8	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7
DPOC e Asma	5,7	6,1	4,9	4,0	3,6	4,3	6,6	4,5	4,4	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0
DPOC e Asma (<65a)	1,3	0,7	0,2	0,3	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3

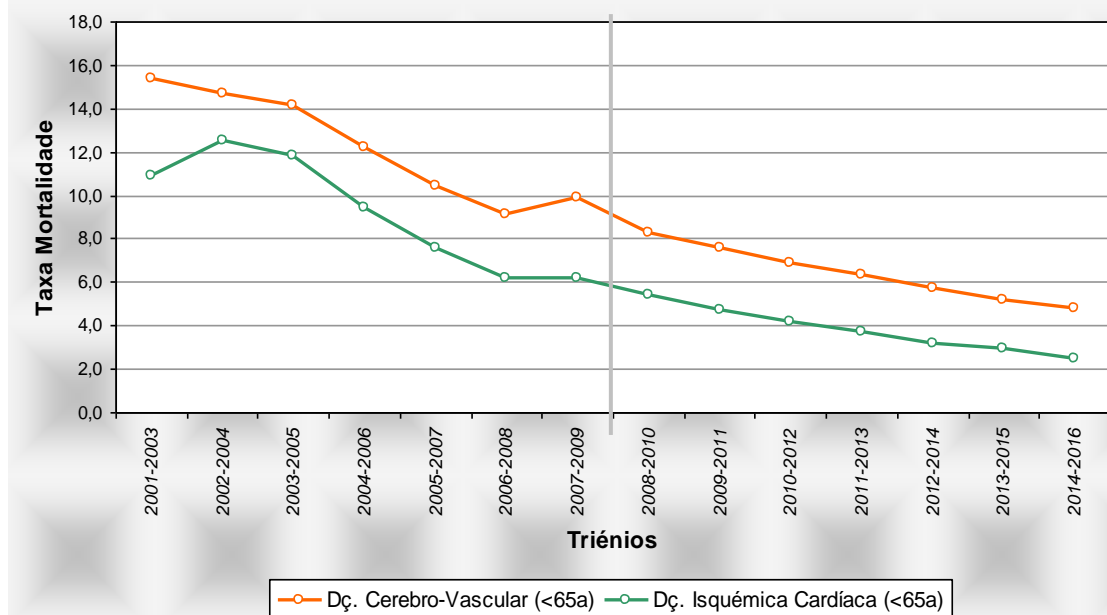
Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009; DSP Porto.

Evolução e Projecção da Taxa de mortalidade por Doença Cerebro-Vascular e Doença Isquémica Cardíaca do ACES Espinho/Gaia (2001-2016)



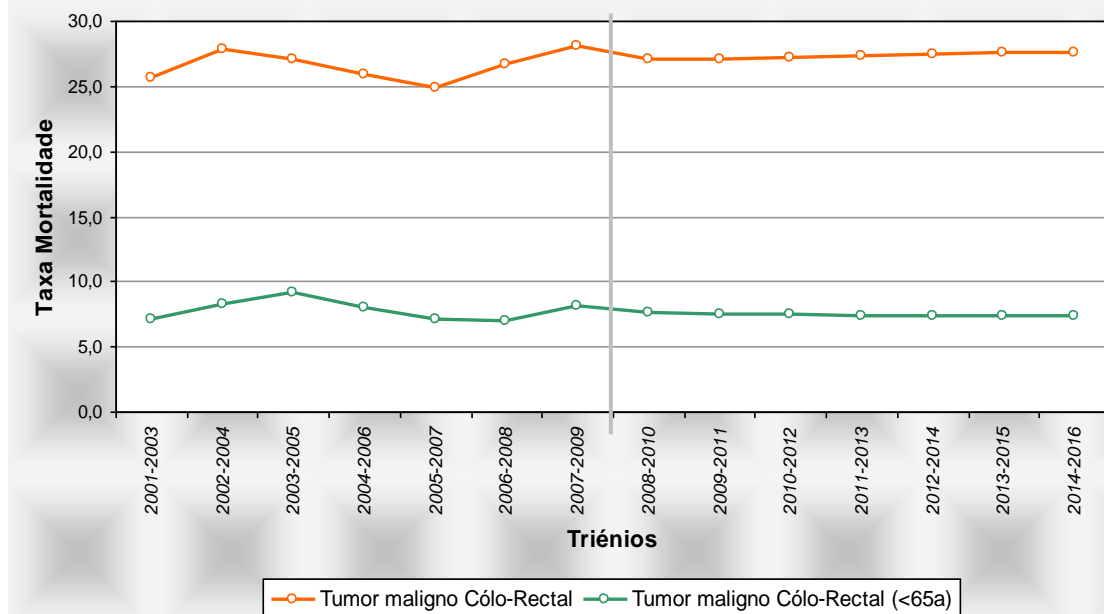
Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009; DSP Porto.

Evolução e Projecção da Taxa de mortalidade por Doença Cerebro-Vascular e Doença Isquémica Cardíaca (< 65 anos) do ACES Espinho/Gaia (2001-2016)



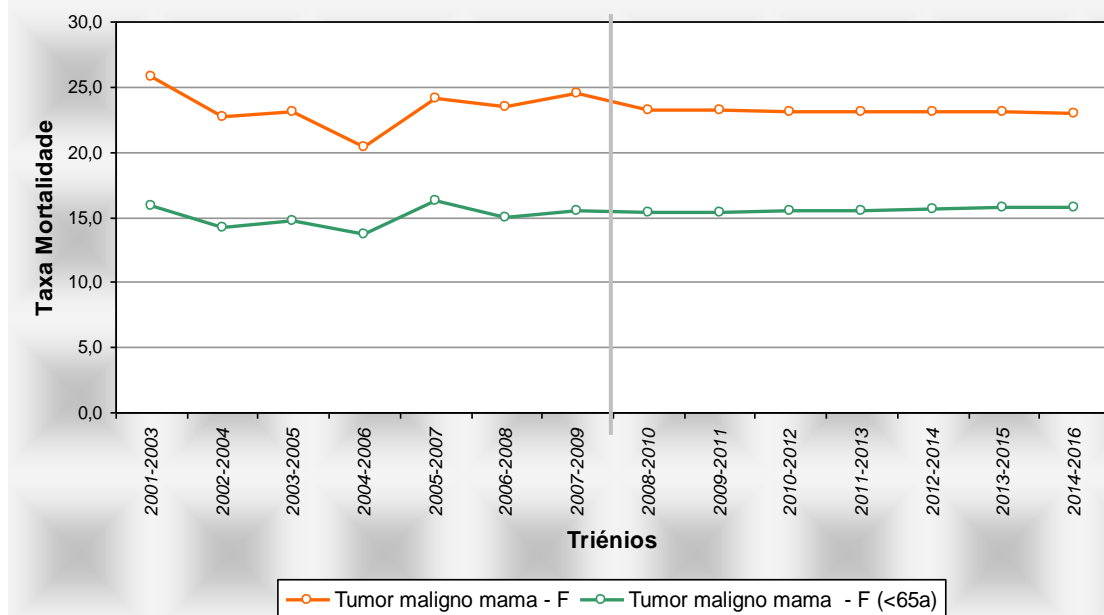
Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009; DSP Porto.

Evolução e Projecção da Taxa de mortalidade por Tumor maligno Cólo-Rectal (todas a idades e < 65 anos) do ACES Espinho/Gaia (2001-2016)



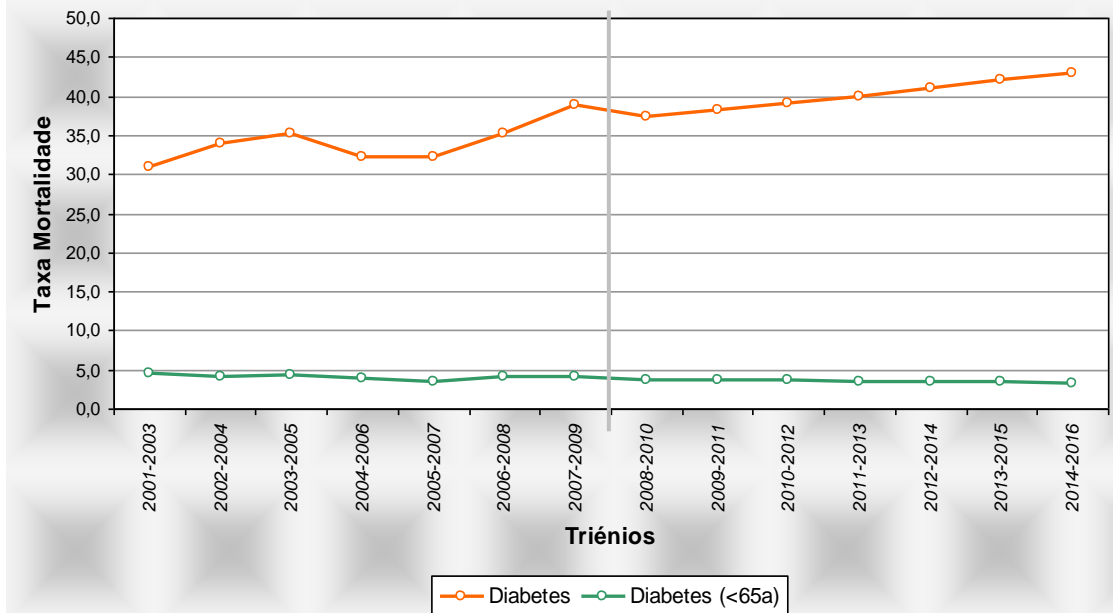
Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009; DSP Porto.

Evolução e Projecção da Taxa de mortalidade por Tumor maligno da mama, no sexo feminino (todas a idades e < 65 anos) do ACES Espinho/Gaia (2001-2016)



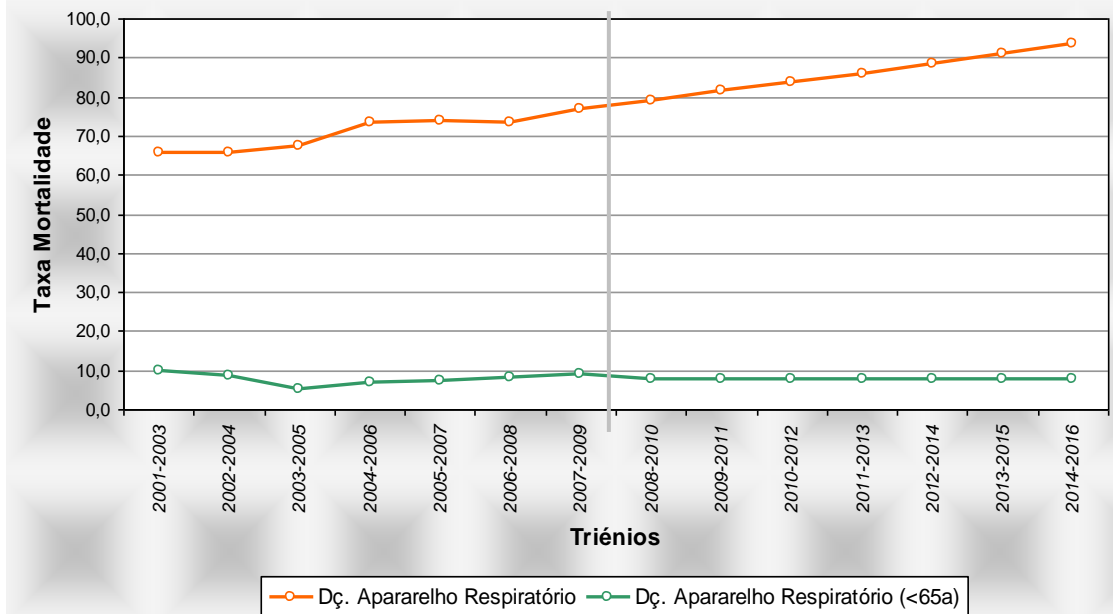
Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009; DSP Porto.

Evolução e Projecção da Taxa de mortalidade por Diabetes Mellitus (todas as idades e < 65 anos) do ACES Espinho/Gaia (2001-2016)



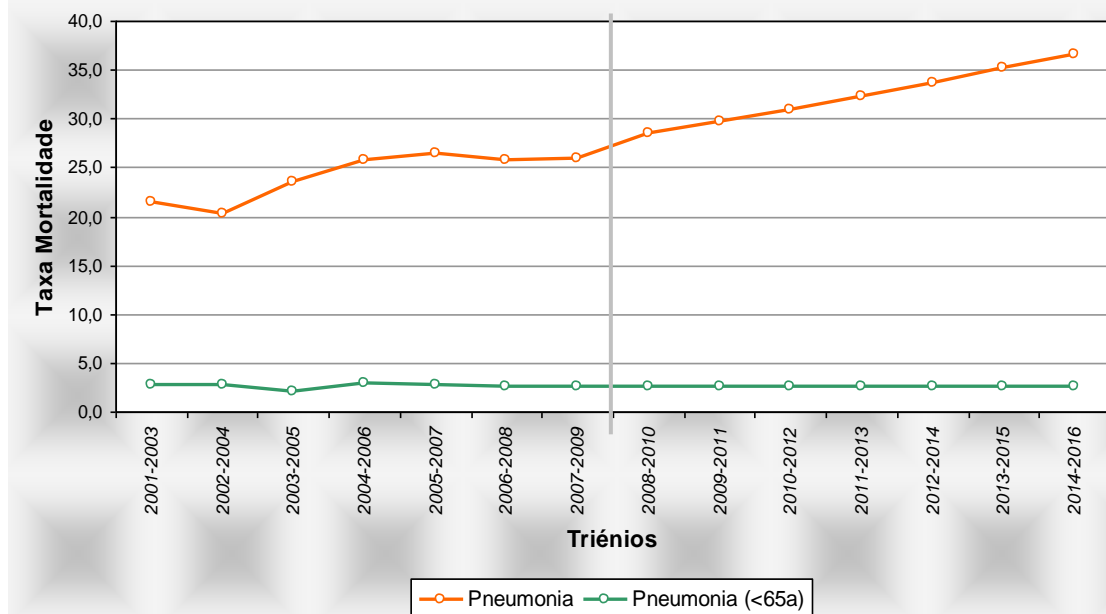
Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009; DSP Porto.

Evolução e Projecção da Taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Respiratório (todas as idades e < 65 anos) do ACES Espinho/Gaia (2001-2016)



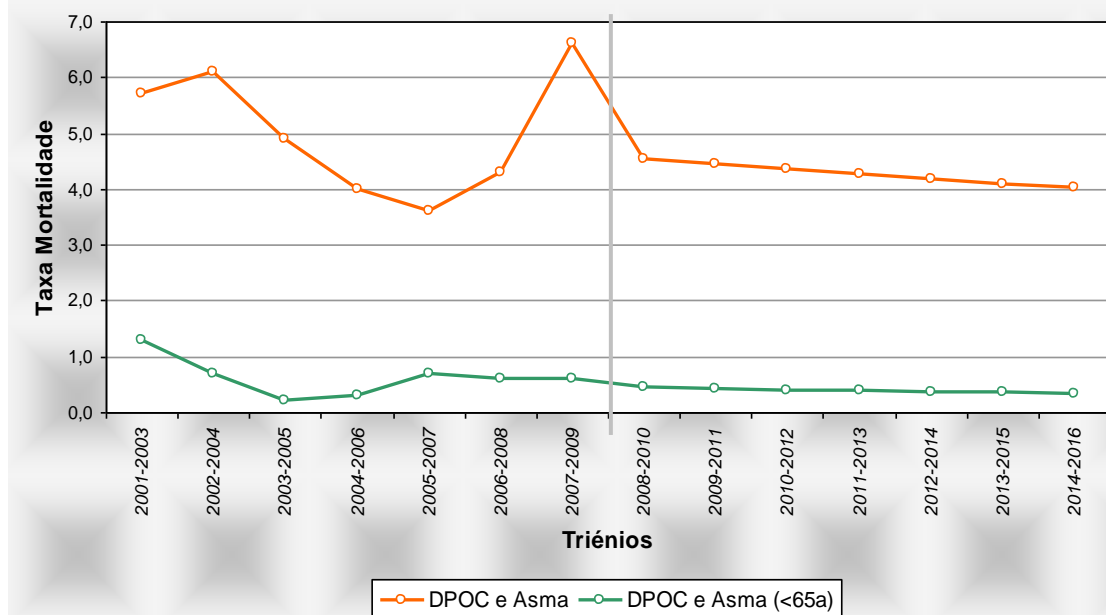
Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009; DSP Porto.

Evolução e Projecção da Taxa de mortalidade por Pneumonia (todas a idades e < 65 anos) do ACES Espinho/Gaia (2001-2016)



Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009; DSP Porto.

Evolução e Projecção da Taxa de mortalidade por Bronquite, Asma e Enfisema (todas a idades e < 65 anos) do ACES Espinho/Gaia (2001-2016)



Fonte: mort@lidades . ACeS ACeS Gaia e Espinho/Gaia- Análise por Triénios 2001-2009; DSP Porto.