

Plano Local de Saúde 2017-2020

ACeS Espinho/Gaia



Unidade de Saúde Pública
ACeS Espinho/Gaia

Índice

ÍNDICE	2
ÍNDICE DE FIGURAS	3
ÍNDICE DE QUADROS	5
SIGLAS	6
ABREVIATURAS	7
INTRODUÇÃO	8
METODOLOGIA	9
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	11
EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA ETÁRIA DO ACES.....	14
ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA.....	16
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS.....	17
<i>Ganho médio Mensal</i>	17
<i>Escolaridade</i>	17
PRIORIDADES DO PLS 2017-2020	20
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	21
PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	25
TUMOR MALIGNO DO CÓLON E RETO	28
ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	33
TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO	37
DIABETES	41
EVOLUÇÃO DOS AVPP PARA AS 6 PRIORIDADES	45
DETERMINANTES DE SAÚDE	46
HIPERTENSÃO ARTERIAL	46
<i>Consumo de Sal</i>	48
CONSUMO DE TABACO	49
INATIVIDADE FÍSICA.....	52
CONSUMO DE FRUTOS E VEGETAIS	53
EXCESSO DE PESO, OBESIDADE	54
CONSUMO DE ÁLCOOL.....	56

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição da população residente por freguesia (Censos 2011).....	11
Figura 2 - Distribuição da população residente por freguesia (Censos 2011).....	12
Figura 3 - Densidade Populacional por freguesia 2011 (Censos 2011).....	13
Figura 4 - Pirâmide etária da população residente na área de influência do ACeS Espinho /Gaia, 1991 e 2013	14
Figura 5 - Taxa de Natalidade (INE)	15
Figura 6 - Mortalidade Infantil (DSP)	15
Figura 7 - Evolução do índice de dependência total (INE).....	16
Figura 8 - Proporção de residentes com 15 ou mais anos, que possuem menos do que o 3º ciclo do ensino básico completo por freguesia (Censos 2011)	18
Figura 9 - Proporção de inscritos nos CSP com episódio de trombose/acidente vascular (SIARS)	21
Figura 10 - Taxa de internamento hospitalar por AVC em 2013 (DSP)	21
Figura 11 - Demora média (em dias) por internamento por AVC em 2013 (DSP) ..	22
Figura 12 - Letalidade hospitalar por internamento por AVC em 2013 (DSP)	22
Figura 13 - Taxa bruta de mortalidade por doenças cerebrovasculares, por triénio, 1995-2015 (INE)	23
Figura 14 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por doenças cerebrovasculares (INE)	23
Figura 15 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por doença cerebrovascular, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)....	24
Figura 16 - Proporção de inscritos nos CSP com episódio perturbação depressiva (SIARS)	25
Figura 17 - Taxa de internamento hospitalar por perturbações depressivas em 2013 (DSP)	25
Figura 18 - Demora média (em dias) por internamento por perturbações depressivas em 2013 (DSP)	26
Figura 19 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por suicídio, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)	27
Figura 20 - Proporção de inscritos nos CSP com neoplasia maligna do cólon ou reto (SIARS)	28
Figura 21 - Taxa de internamento hospitalar por tumor maligno do cólon ou reto em 2013 (DSP)	28
Figura 22 - Demora média (em dias) por internamento por tumor maligno do cólon e reto em 2013 (DSP)	29
Figura 23 - Letalidade hospitalar por tumor maligno do cólon ou reto em 2013 (DSP)	29
Figura 24 - Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno do cólon, por triénio, 1995-2015 (INE)	30
Figura 25 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por tumor maligno do cólon (INE).....	30
Figura 26 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por neoplasia do cólon, na população com idade inferior a 75 anos (DSP).....	31
Figura 27 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por neoplasia do recto, junção rectossigmóideia, ânus e canal anal, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)	31
Figura 28 -Proporção de inscritos nos CSP com doença cardíaca isquémica (SIARS)	33
Figura 29 - Taxa de internamento hospitalar por EAM em 2013 (DSP)	33
Figura 30 - Demora média (em dias) por internamento por EAM em 2013 (DSP) ..	34
Figura 31 - Letalidade hospitalar por EAM em 2013 (DSP)	34
Figura 32 - Taxa bruta de mortalidade por doença cardíaca isquémica, por triénio,	

1995-2015 (INE)	35
Figura 33 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por doença isquémica do coração (INE)	35
Figura 34 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por doença cardíaca isquémica, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)	36
Figura 35 - Proporção de inscritos nos CSP com neoplasia maligna dos brônquios, traqueia ou pulmões (SIARS)	37
Figura 36 - Taxa de internamento hospitalar por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em 2013 (DSP)	37
Figura 37 - Demora média (em dias) por internamento por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em 2013 (DSP).....	38
Figura 38 - Letalidade hospitalar por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em 2013 (DSP)	38
Figura 39 - Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, por triénio, 1995-2015 (INE)	39
Figura 40 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões (INE)	39
Figura 41 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)	40
Figura 42 - Proporção de inscritos nos CSP com diabetes (SIARS)	41
Figura 43 - Taxa de internamento hospitalar por diabetes em 2013 (DSP)	41
Figura 44 - Demora média (em dias) por internamento por diabetes em 2013 (DSP)	42
Figura 45 - Letalidade hospitalar por diabetes em 2013 (DSP).....	42
Figura 46 - Taxa bruta de mortalidade por diabetes, por triénio, 1995-2015 (INE).....	43
Figura 47 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por diabetes (INE)	43
Figura 48 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por diabetes mellitus, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)	44
Figura 49 - Evolução dos anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) no ACeS Espinho/Gaia (INE)	45
Figura 50 - Taxa de prevalência de hipertensão arterial em Portugal e na ARS Norte, por sexo, 2013 (Macedo & Ferreira, 2013).....	47
Figura 51 - Proporção de utentes inscritos (%) em Dezembro de 2014 com o diagnóstico ativo de hipertensão arterial, por sexo. (Perfil Local de Saúde do ACeS Gaia e Espinho/Gaia)	48
Figura 52 - Prevalência de fumadores diários e “nunca-fumadores” na população portuguesa jovem, entre 1998 e 2014 (HBSC, 2014).....	51
Figura 53 - Distribuição da proporção de fumadores no ACeS Espinho/Gaia, por grupo etário, 2015 (SIARS)	51
Figura 54 - Taxa bruta de inatividade física na população com idade igual ou superior a 18 anos, em Portugal e na Europa (OMS, 2010).....	52
Figura 55 - Desequilíbrio das disponibilidades diárias de alimentos per capita face ao recomendado, 2012 (DGS, 2014)	53
Figura 56 - Evolução do Valor Médio do Índice de Massa Corporal em Portugal, entre 1990 e 2014 (Global Health Observatory, 2014).....	54
Figura 57 - Distribuição da proporção de utentes do ACeS Espinho/Gaia com registo de Obesidade (T82), 2014 (SIARS)	55
Figura 58 - Distribuição da proporção de utentes do ACeS Espinho/Gaia com registo de Excesso de peso (T83), 2015, (SIARS)	56
Figura 59 - Distribuição da proporção de utentes do ACeS Espinho/Gaia com registo de Abuso crónico de álcool (P15), 2015 (SIARS)	57

Índice de Quadros

Quadro 1 - Evolução do ganho médio mensal (Euros) da população empregada por conta de outrem, para ambos os sexos.....	17
Quadro 2 - Proporção de residentes com 15 ou mais anos segundo o nível de escolaridade (Censos 2011)	18
Quadro 3 - Evolução dos desempregados inscritos no IEFP/1000 habitantes (idade superior a 15 anos) (Perfil Local de Saúde)	19
Quadro 4 - Prevalência do consumo diário de tabaco na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por grupo etário e sexo, em 2005/06 e 2014 (%) (INS 2005/06 e 2014).....	50
Quadro 5 - Percentagem de adolescentes que praticam atividade física pelo menos 3 vezes por semana, por ano, em Portugal.....	52
Quadro 6 - Percentagem de adolescentes que consomem mais do que uma vez por dia fruta, vegetais, refrigerantes e doces, por ano (HBSC 2014)	54
Quadro 7 - Percentagem de Indivíduos com Excesso de Peso, em 2014 (INS 2014)	55
Quadro 8 - Percentagem de Indivíduos com Obesidade, em 2014 (INS 2014)	55
Quadro 9 - Percentagem de excesso de peso e obesidade em crianças dos 6-13 anos na área de influência do ACeS Espinho/Gaia (Estudo "Gordinho(a) ou nem por isso" (2010) ACeS Espinho/Gaia.....	56

Siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
AEG – ACeS Espinho/Gaia
AG – ACeS Gaia
ACS – Alto Comissariado da Saúde
ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVPP – Anos de Vida Potencialmente Perdidos
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DSS – Diagnóstico de Situação de Saúde
DSP – Departamento de Saúde Pública
DIC – Doença Cardíaca Isquémica
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
HTA – Hipertensão Arterial
HBSC - Health Behaviour in School-aged Children
ICPC-2 – International Classification for Primary Care - 2
IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
INS – Instituto Nacional Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PeLS – Perfil Local de Saúde
PLS – Plano Local de Saúde
SIARS – Sistema de informação das Administrações Regionais de Saúde
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TBM – Taxa Bruta de Mortalidade
TGNM- Técnica de Grupo Nominal Modificada
USP – Unidade de Saúde Pública
VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

Abreviaturas

hab/km² - Habitante por quilometro quadrado

int. - Internamento

N.º/ nº - Número

V.N. Gaia - Vila Nova de Gaia

Introdução

O Plano Local de Saúde 2017-2020 (PLS) é um documento estratégico, que serve de apoio à gestão das atividades dos serviços de saúde e da comunidade com impacto reconhecido na saúde da população, tendo por objetivo último contribuir para a melhoria do estado de saúde da população.

O PLS identifica os problemas, prioriza as necessidades, define estratégias e traça objetivos 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), para 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 perspetivas 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 adotados e potencialmente modificáveis.

O presente PLS é composto por uma breve análise da situação de saúde da população do ACeS Espinho/Gaia, que serviu de base à identificação dos problemas de saúde prioritários.

Cada prioridade foi caracterizada tendo em conta o seu impacto na morbilidade nos cuidados de saúde primários e secundários e o impacto na mortalidade, de forma a podermos ter uma perspectiva global de quais os fatores mais relevantes em cada problema.

Esta priorização foi realizada com o envolvimento alargado dos profissionais de saúde, órgãos de decisão do ACeS e elementos representativos da comunidade.

O horizonte do PLS estende-se pelo período de 2017 a 2020, em que o ano de 2017 representa 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 objetivos propostos com a consequente melhoria do nível de saúde da comunidade, fim último do PLS.

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: Instituto Nacional de Estatística (INE), Departamento de Saúde Pública (DSP), Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), Alto Comissariado da Saúde (ACS), Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em reunião de trabalho da USP, um grupo de quatro médicos especialistas em Saúde Pública, um grupo de cinco enfermeiros de Saúde Comunitária e um grupo de cinco Técnicos de Saúde Ambiental, com base na informação disponibilizada pelo Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS), procederam à priorização das cinco necessidades de saúde. Foram usados os critérios de magnitude (afetação em termos de impacto nos indicadores de morbi-mortalidade de um determinado problema de saúde), transcendência (mede o nível afetação 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 efetuada durante uma reunião geral com o Diretor Executivo do ACeS, Conselho Clínico e de Saúde 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

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, calculou-se o valor ponderado, segundo a escala de resposta, tendo em consideração a proporção de respostas, entre os componentes de avaliação (Comunidade, profissionais - consulta interna, profissionais - consulta externa). Foi obtido um valor médio ponderado para cada

um dos componentes e um valor sumário final.

Diagnóstico de Situação de Saúde

O ACeS Espinho/Gaia é responsável pela prestação de cuidados de saúde da população residente num conjunto de 15 freguesias e uniões de freguesias pertencentes a três concelhos distintos, Espinho (4) Vila Nova de Gaia (10) e Gondomar (1) num total de 183.524 habitantes. (Censos 2011).

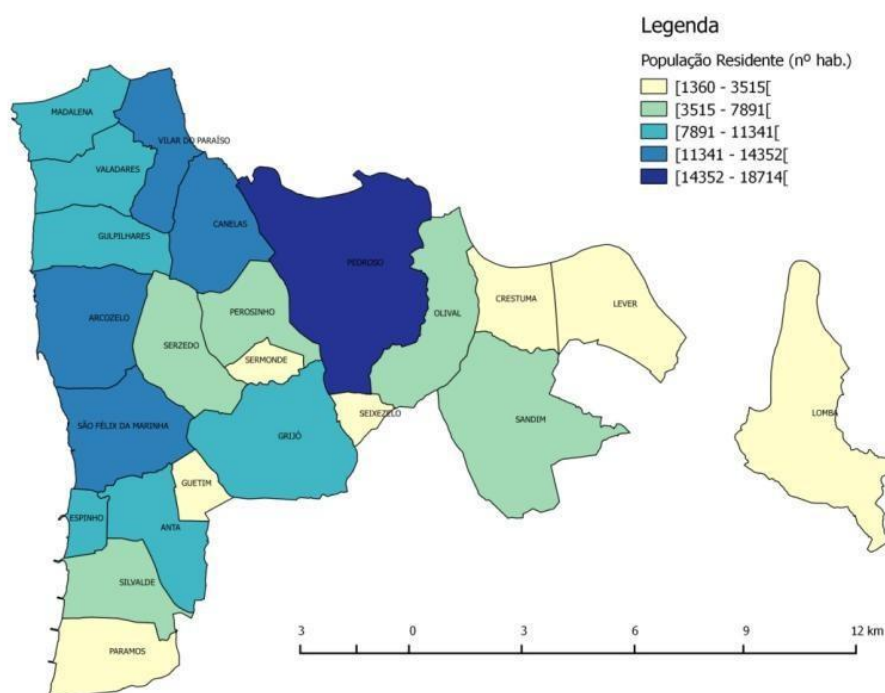


Figura 1 - Distribuição da população residente por freguesia (Censos 2011)

Esta característica, conjunto de freguesias pertencentes a três 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.

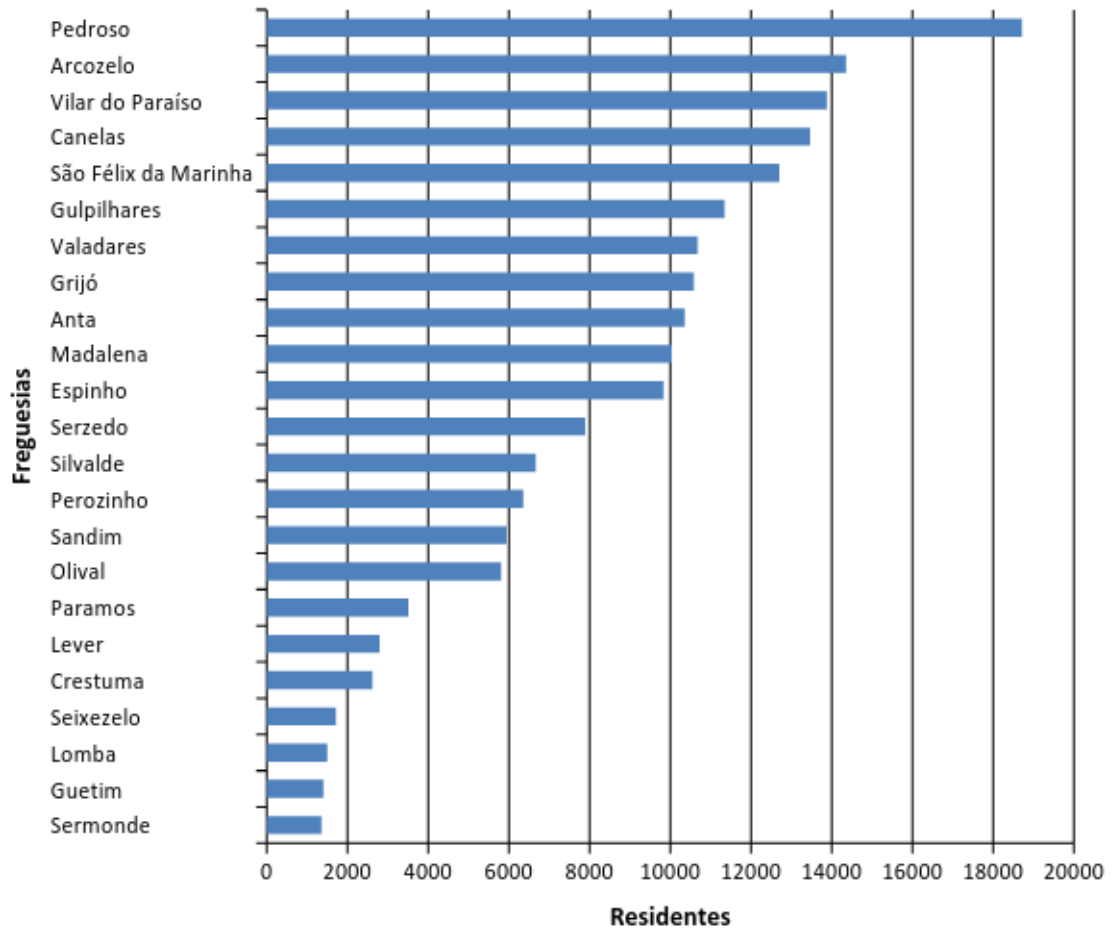


Figura 2 - Distribuição da população residente por freguesia (Censos 2011)

As freguesias do ACeS Espinho/Gaia apresentam densidades populacionais distintas que oscilam entre valores de 109 hab/Km² (Lomba) e 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.

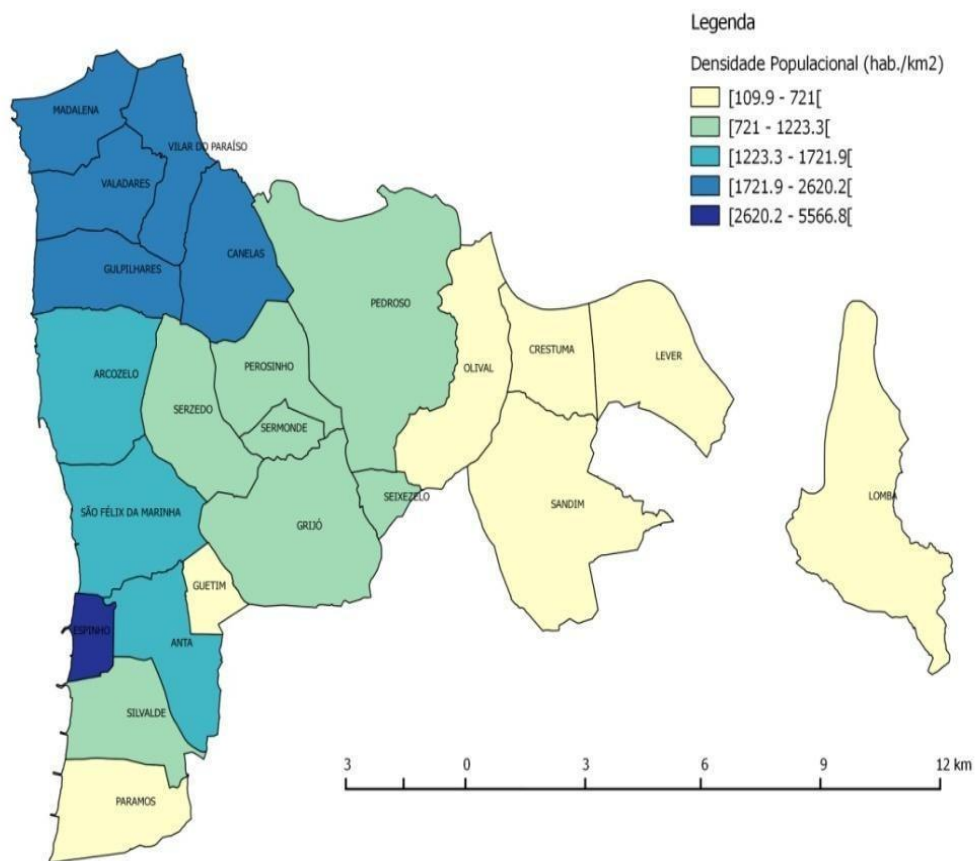


Figura 3 - Densidade Populacional por freguesia 2011 (Censos 2011)

Evolução da Estrutura Etária do ACeS

A evolução da estrutura da pirâmide etária da população demonstra um progressivo estreitamento da base, refletindo o peso cada vez menor das camadas mais jovens. Ao mesmo tempo existe um alargamento do topo da pirâmide, exprimindo a proporção crescente de idosos na população total. Reflete a simultaneidade de uma diminuição da taxa de natalidade e de um aumento da esperança média de vida.

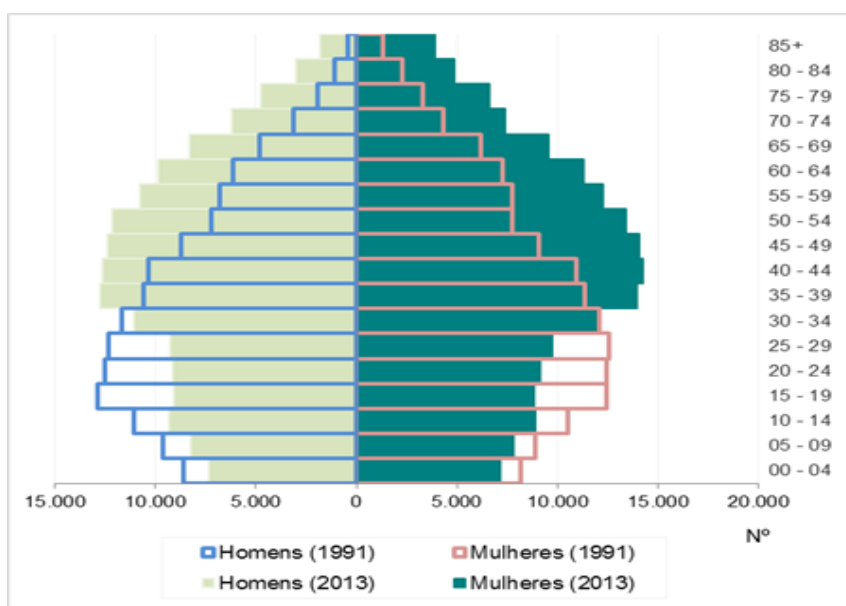


Figura 4 - Pirâmide etária da população residente na área de influência do ACeS Espinho/Gaia, 1991 e 2013

O índice de envelhecimento nos dois concelhos mantém um comportamento crescente observando-se em Espinho, em 2015, o maior valor (202.7) significando que por cada 100 jovens existiam cerca de 203 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. O concelho de Vila Nova de Gaia alcança o número de 123.7 enquanto no Continente se observa um índice de 149.6.

A proporção de população com mais de 75 anos na faixa etária acima dos 65 anos tem aumentado em ambos os concelhos, tendo atingido no ano 2015 o valor de 46% e de 43.3% em Espinho e Vila Nova de Gaia, respetivamente.

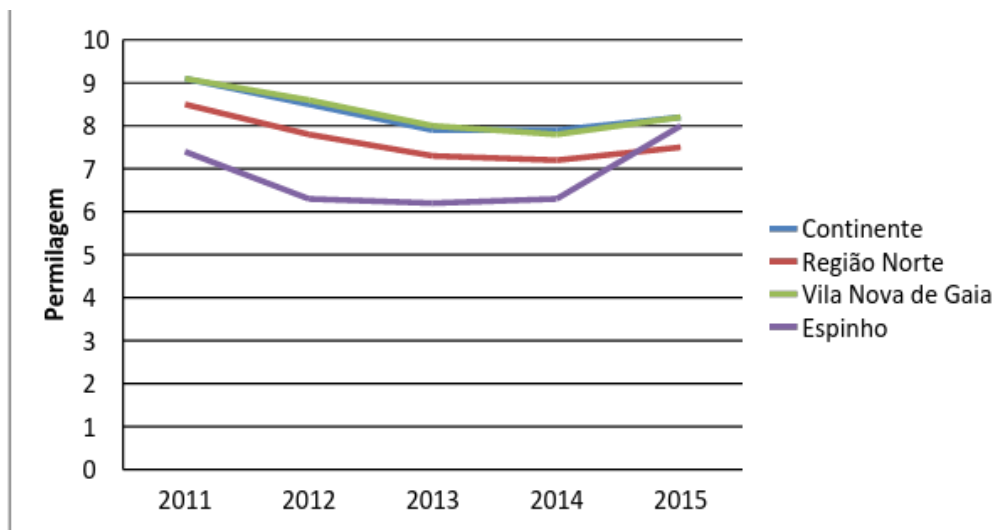


Figura 5 - Taxa de Natalidade (INE)

A taxa bruta de natalidade, que relaciona o número de nascimentos com a população média, decresceu em ambos os concelhos nos últimos anos, em linha com o registado nos níveis regional e nacional até ao ano 2014, observando-se um aumento no último ano onde em 2015 nasceram oito nados – vivos por cada mil habitantes, valor ligeiramente inferior ao registado no Continente (8,2‰).

A taxa de mortalidade infantil encontra-se em subida desde o triénio 2008-2010, apresentando no triénio 2012-2014 (3,1‰) valores superiores aos da Região Norte (2,8‰) e Continente (3‰).

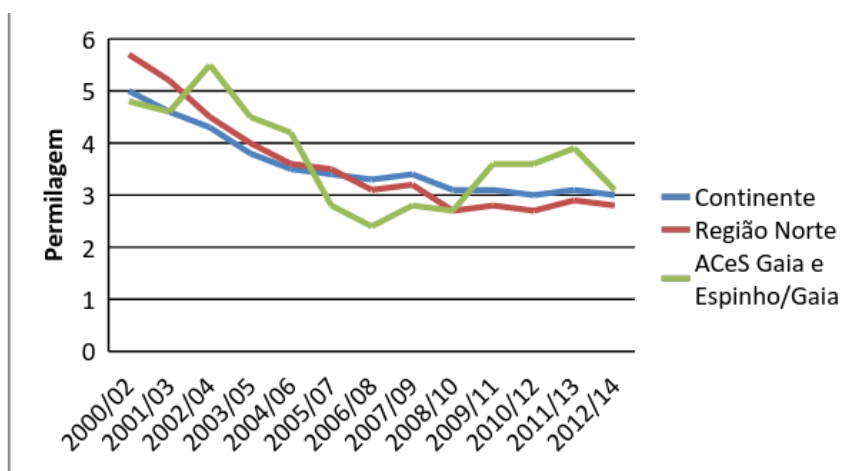


Figura 6 - Mortalidade Infantil (DSP)

Índice de Dependência

O índice de dependência total indica a relação entre a população dependente (jovens (0-14 anos) e idosos (65 ou mais anos)) e a população adulta em idade ativa. Em Espinho, em 2015, o índice de dependência total foi de 55,4 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, sendo superior aos índices do Continente e Região Norte. O valor registado em Vila Nova de Gaia foi de 46,7, mantendo-se inferior ao verificado para a Região Norte (48,2) e Continente (54,0). Globalmente, a nível de ambos os concelhos, da Região Norte e do Continente verifica-se um aumento do índice de dependência total nestes últimos cinco anos

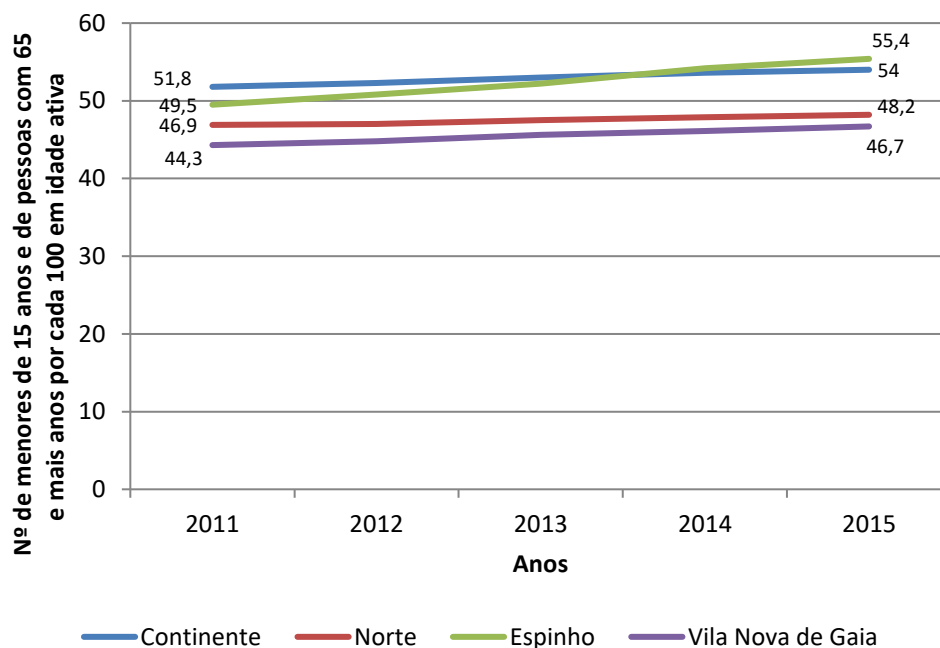


Figura 7 - Evolução do índice de dependência total (INE)

Indicadores Socioeconómicos

Ganho médio Mensal

O contexto socioeconómico, 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 2012 nos 885.97 Euros sendo este mesmo valor, no concelho de Vila Nova de Gaia, de 1026.23 Euros; ambos os concelhos registam ganhos médios mensais inferiores à média do Continente: 1095.59 Euros.

Quadro 1 - Evolução do ganho médio mensal (Euros) da população empregada por conta de outrem, para ambos os sexos

Ano	Continente	Região Norte	Espinho	Vila Nova de Gaia
2004	879.62	751.74	712.24	811.00
2005	909.17	785.18	737.92	842.24
2006	935.97	805.70	730.65	864.04
2007	965.25	832.61	766.06	890.24
2008	1010.38	877.26	791.70	950.23
2009	1036.44	901.37	811.41	993.28
2010	1076.26	940.71	855.00	1032.89
2011	1084.55	949.08	867.14	1029.52
2012	1095.59	958.11	885.97	1026.23

Escolaridade

Cerca de 51% da população residente na área de influência do ACeS Espinho/Gaia, com 15 ou mais anos de idade, possui um nível de escolaridade inferior ao 3.º Ciclo do Ensino Básico. Este valor é superior ao registado no Continente (50.1%) e inferior ao observado na Região Norte (54.7%). As freguesias da Lomba, Paramos e Guetim são as que atingiram valores mais elevados, ultrapassando os 62%. (Censos 2011).

A proporção de residentes com 15 ou mais anos que possui o grau de ensino superior completo, foi de 14%, valor idêntico ao do Continente (14%) e superior ao da Região Norte (12%). As freguesias que registaram maior proporção, ultrapassando o valor de 23% foram as freguesias de Espinho e Gulpilhares (Censos 2011).

Quadro 2 - Proporção de residentes com 15 ou mais anos segundo o nível de escolaridade (Censos 2011)

Local	Proporção de residentes com menos 3º Ciclo E. Básico completo	Proporção residentes com 3º Ciclo E. Básico completo	Proporção residentes com E. Secundário completo	Proporção residentes com E. Superior completo
Continente	50,1	19,1	15,8	14,0
ARS Norte	54,7	18,5	14,0	12,0
ACeS Espinho/Gaia	51,1%	18,6%	15,3	14,0

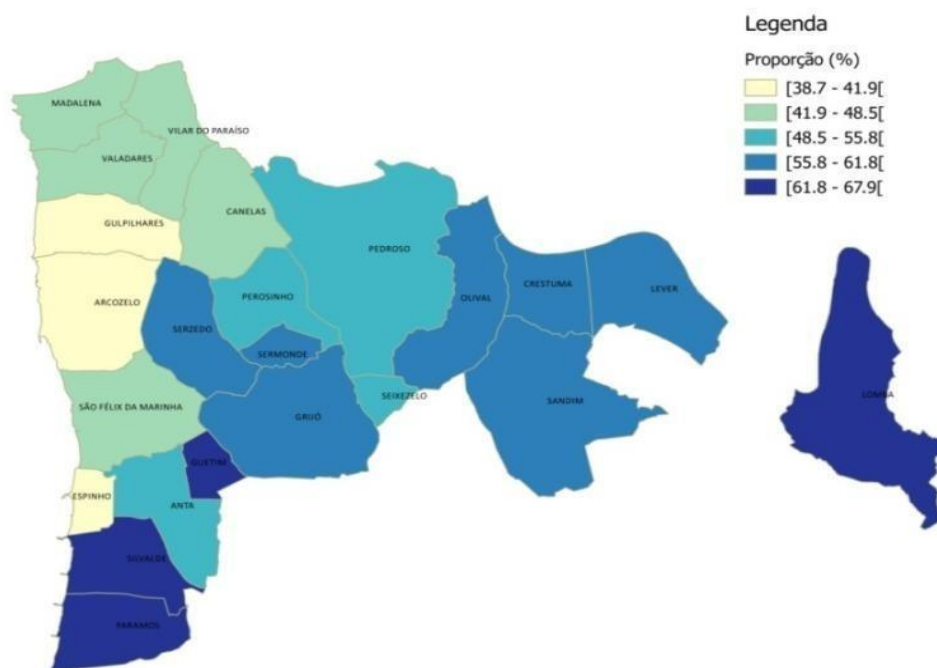


Figura 8 - Proporção de residentes com 15 ou mais anos, que possuem menos do que o 3º ciclo do ensino básico completo por freguesia (Censos 2011)

A taxa de abandono escolar, que mede a saída do sistema de ensino antes da conclusão da escolaridade obrigatória, foi na população do concelho de Espinho de 2,95%, valor superior ao registado no concelho de Vila Nova de Gaia (1,34%). Os valores observados para o Continente e Região Norte foram, respetivamente, de 1,54% e 1,45%. As freguesias da área de influência do ACeS Espinho/Gaia com

valores mais elevados, foram Paramos (5,20%) e Espinho (3,29%) (Censos 2011).

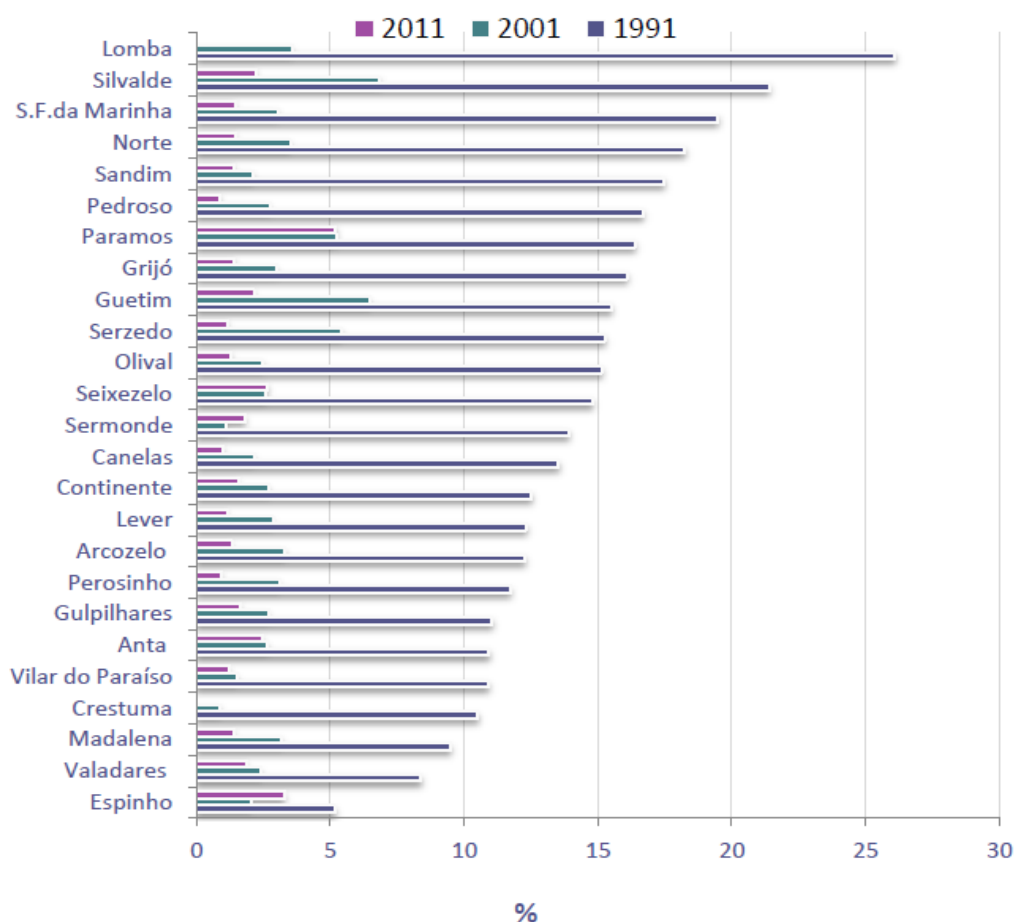


Figura 9 - Evolução da taxa de abandono escolar por freguesia (1991, 2001, 2011) (Censos 1991, 2001, 2011)

De acordo com os dados referentes aos censos de 2011 é no setor terciário (73,2%) que se continua a concentrar o maior peso de emprego da população ativa de ambos os concelhos. Seguem-se o setor secundário (26,3%) e por fim setor primário com apenas 0,5%. A evolução comparativa do número de desempregados inscritos no IEFP revela uma tendência crescente em ambos os concelhos. Em dezembro de 2011 o número de desempregados inscritos por mil habitantes foi de 118,4 subindo em dezembro de 2013 para 129.6.

Quadro 3 - Evolução dos desempregados inscritos no IEFP/1000 habitantes (idade superior a 15 anos) (Perfil Local de Saúde)

Ano	Continente	Região Norte	ACeS Gaia e Espinho Gaia
Dezembro 2011	67.4	81.1	118.4
Dezembro 2012	79.4	94.4	129.0
Dezembro 2013	76.9	93.2	129.6

Prioridades do PLS 2017-2020

Após processo de consulta e decisão que envolveu os profissionais da USP, do ACeS e da comunidade, as necessidades de saúde identificadas como prioridades de atuação para o ACeS Espinho/Gaia foram as seguintes:

1. **Acidente Vascular Cerebral**
2. **Perturbações Depressivas**
3. **Tumor maligno do cólon e reto**
4. **Enfarte Agudo do Miocárdio**
5. **Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões**
6. **Diabetes**

De forma a podermos perceber a dimensão do problema no ACeS Espinho/Gaia, e a estudar as potenciais áreas de intervenção para mitigação do problema, cada prioridade será caracterizada quanto aos seguintes indicadores:

- **Morbilidade**

- Cuidados de Saúde Primários**

- Proporção de inscritos nos CSP com diagnóstico (Nº de utentes com diagnóstico ativo/nº total de utentes inscritos) (2013, 2014, 2015, por sexo).

- Hospitalar**

- Taxa bruta de internamentos (int/100.000 habitantes)
 - Demora Média por internamento;
 - Letalidade intra-hospitalar (/100 internamentos).

- **Mortalidade**

- Taxa bruta de mortalidade;
 - Taxa de Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).
 - Taxa de mortalidade padronizada antes dos 75 anos.

Acidente Vascular Cerebral

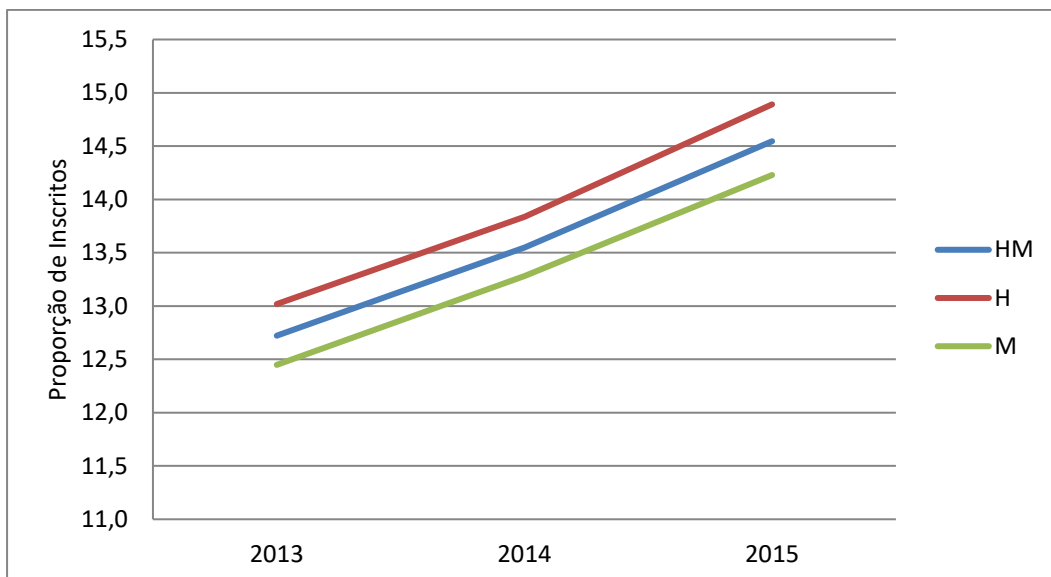


Figura 9 - Proporção de inscritos nos CSP com episódio de trombose/acidente vascular (SIARS)

A proporção de inscritos no ACeS Espinho/Gaia que sofreu um episódio de trombose ou acidente vascular tem aumentado de forma estável com valores de 12,7% em 2013 para 14,5% em 2015, para ambos os sexos.

Pode ainda observar-se que os episódios são mais frequentes no sexo masculino.

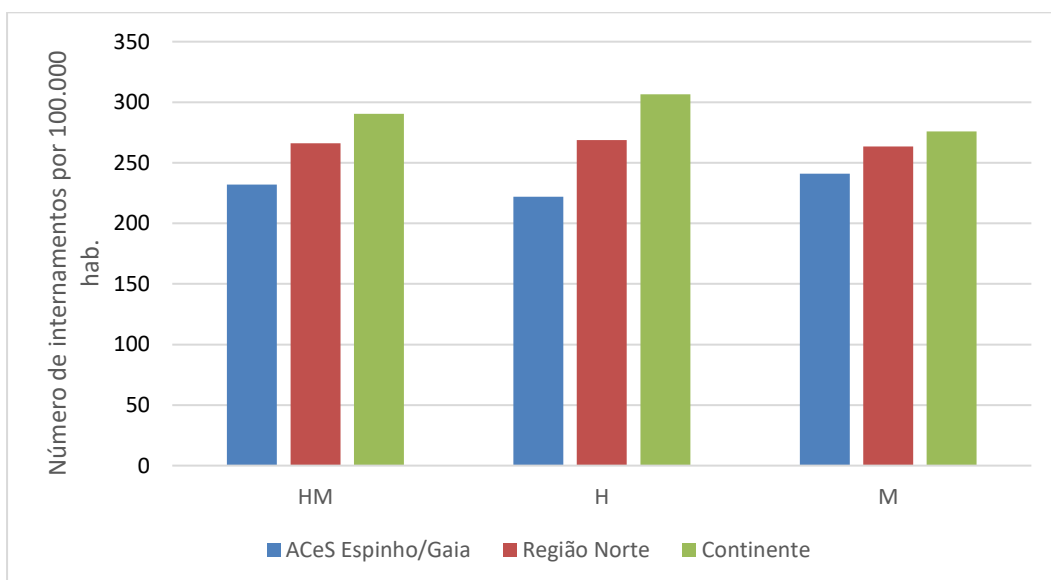


Figura 10 - Taxa de internamento hospitalar por AVC em 2013 (DSP)

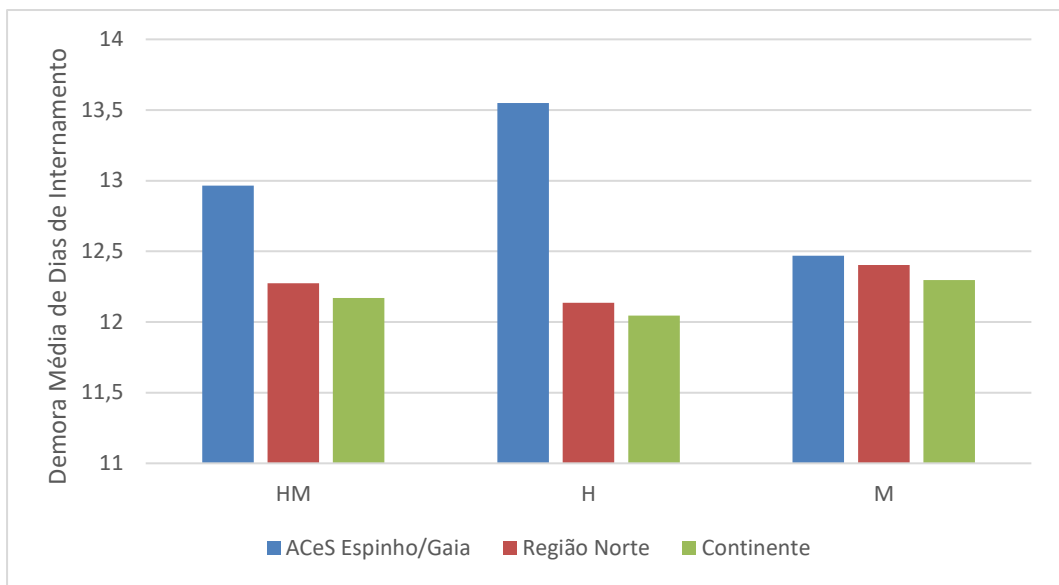


Figura 11 - Demora média (em dias) por internamento por AVC em 2013 (DSP)

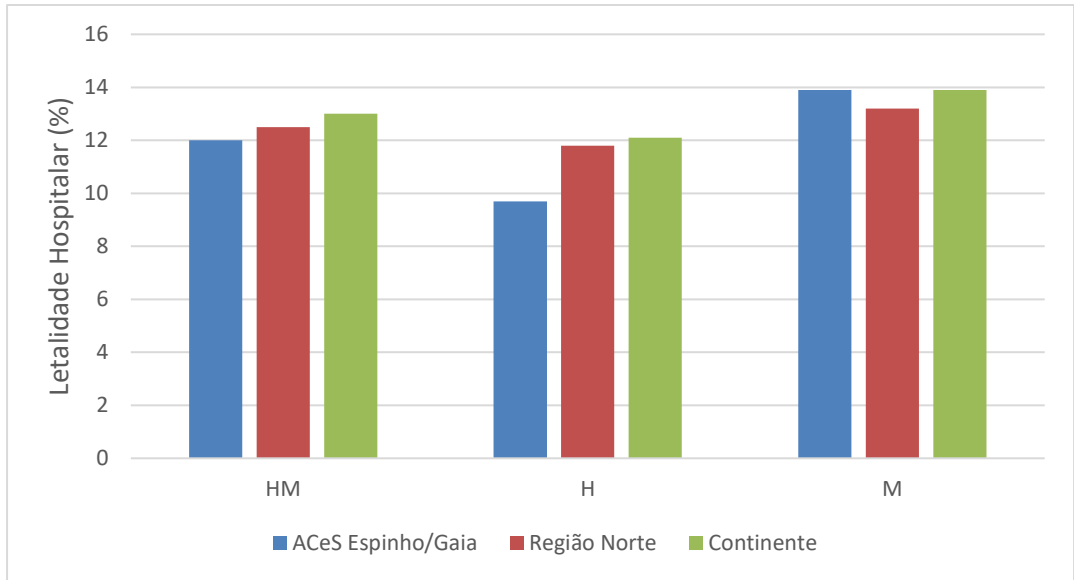


Figura 12 - Letalidade hospitalar por internamento por AVC em 2013 (DSP)

A nível de morbilidade hospitalar, o ACeS Espinho/Gaia apresenta valores inferiores em quase todos os indicadores quando comparados com a Região Norte e o Continente. O ACeS Espinho/Gaia apresenta, portanto, um número menor de internamentos hospitalares e por norma uma letalidade hospitalar inferior. Contudo, a letalidade hospitalar de doentes do sexo feminino com AVC é superior à Região Norte e igual ao continente.

Por outro lado, a demora média de internamento por doentes com AVC é superior no ACeS Espinho/Gaia, o que quando comparado à Região Norte e ao Continente.

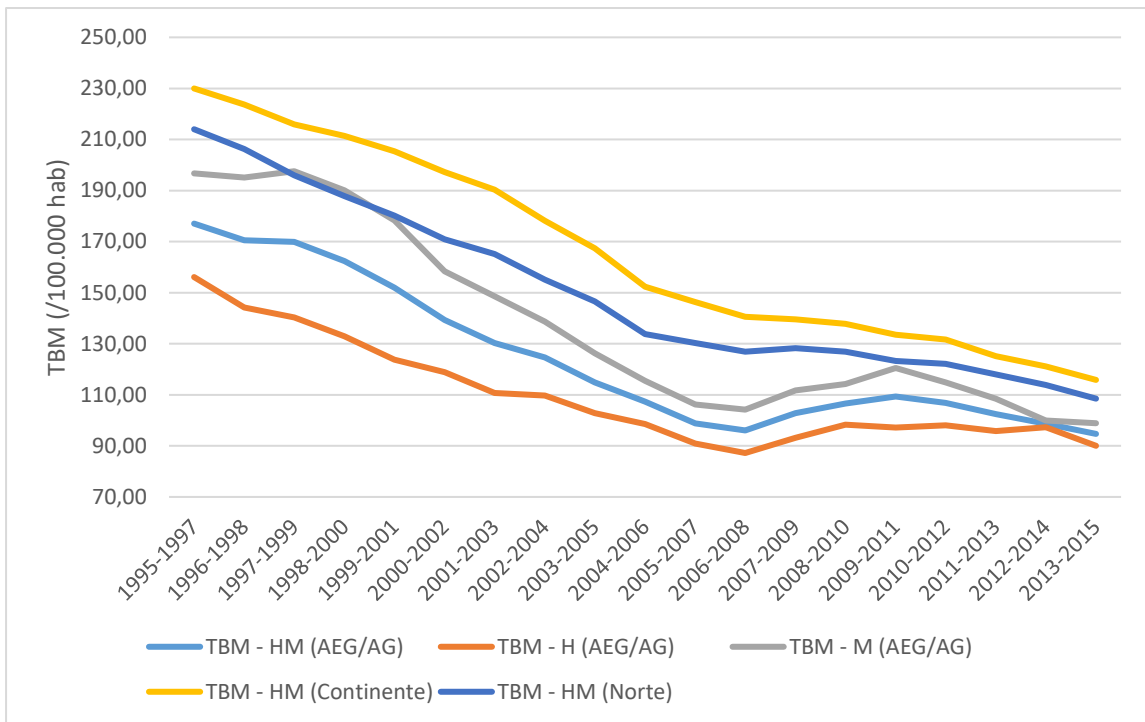


Figura 13 - Taxa bruta de mortalidade por doenças cerebrovasculares, por triênio, 1995-2015 (INE)

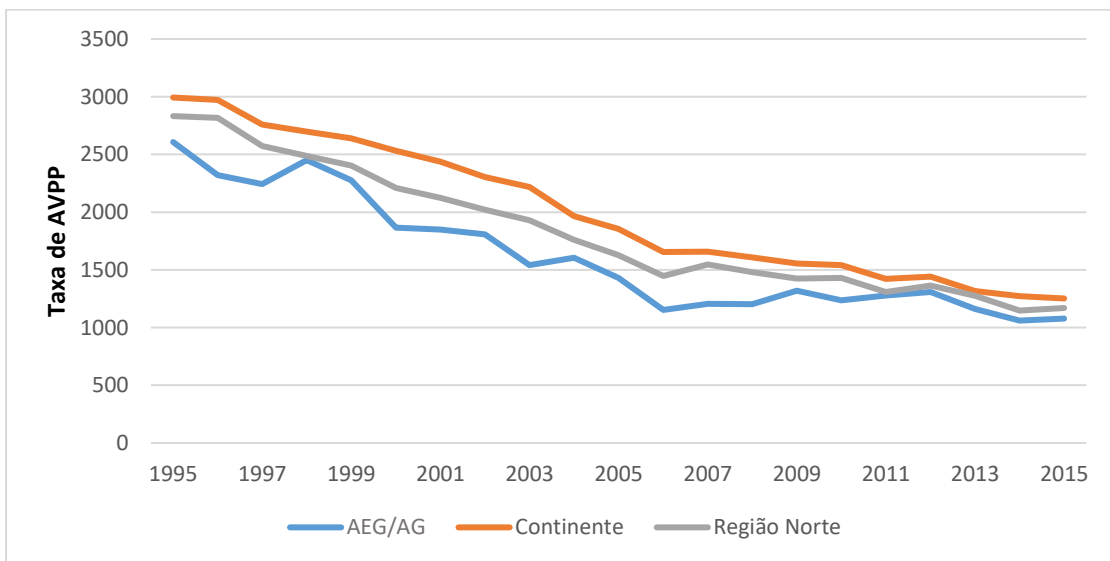


Figura 14 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por doenças cerebrovasculares (INE)

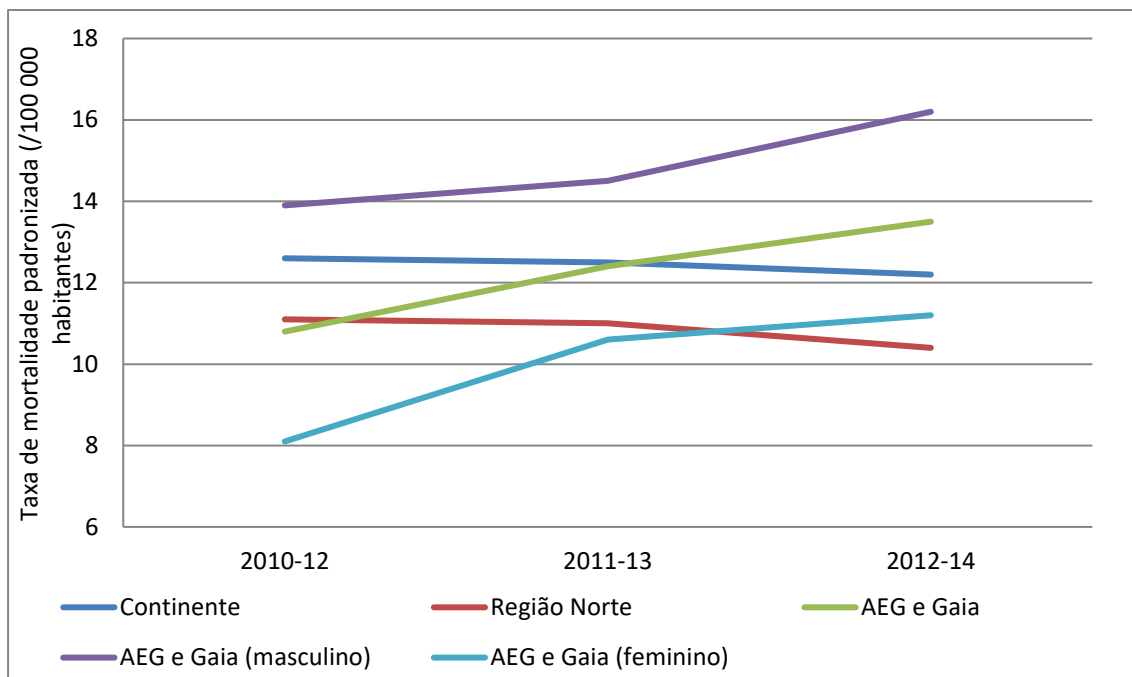


Figura 15 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por doença cerebrovascular, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)

Os indicadores de mortalidade reforçam os de morbilidade hospitalar, na medida em que o ACeS Espinho/Gaia apresenta uma taxa bruta de mortalidade e taxa de AVPP por doenças cerebrovasculares inferiores aos da Região Norte e Continente. É de salientar a taxa bruta de mortalidade no sexo feminino no ACeS Espinho/Gaia. Por outro lado, se analisarmos a taxa de mortalidade padronizada na população inferior a 75 anos, podemos observar que o ACeS Espinho/Gaia e ACeS Gaia têm um valor inferior às Regiões Norte e Continente, com impacto mais marcado no sexo masculino.

Perturbações Depressivas

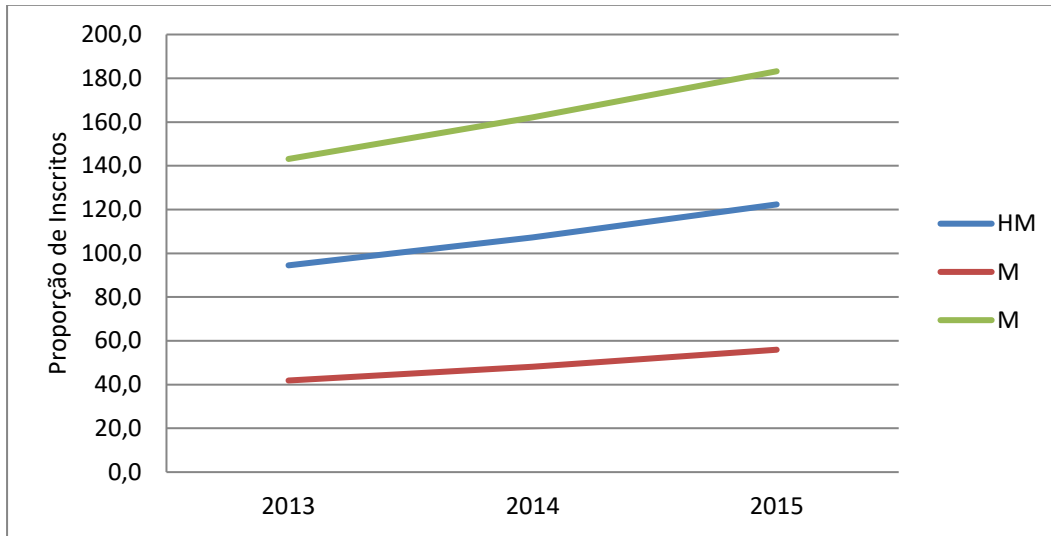


Figura 16 - Proporção de inscritos nos CSP com episódio perturbação depressiva (SIARS)

No ACeS Espinho/Gaia houve um aumento da proporção de inscritos por perturbações depressivas, em ambos os sexos. De salientar o fato dos valores registados nas mulheres serem superiores aos dos homens, verificando-se um valor de 183,2 em 2015 nas mulheres, e de 122,3 nos homens.

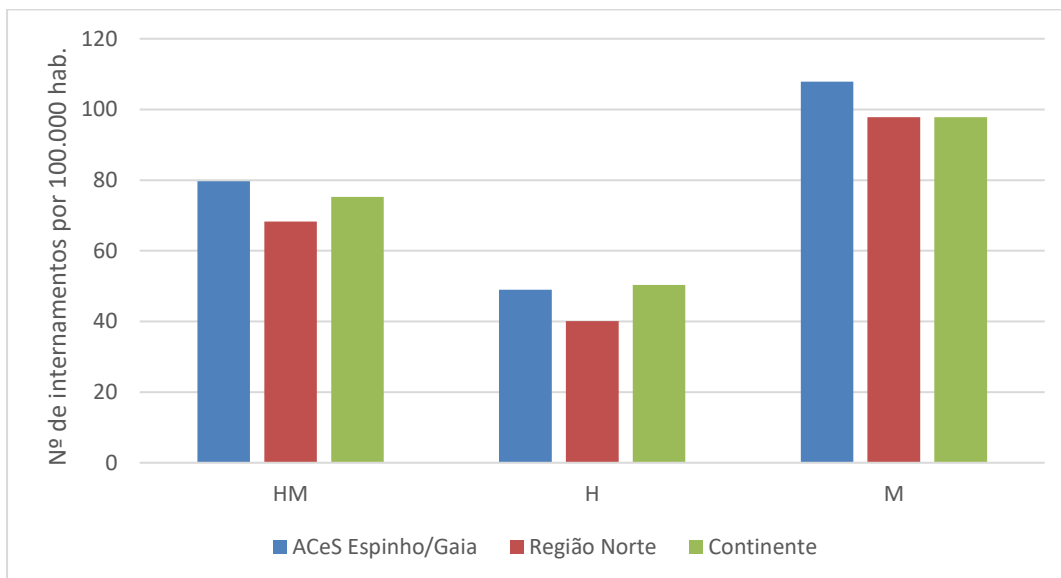


Figura 17 - Taxa de internamento hospitalar por perturbações depressivas em 2013 (DSP)

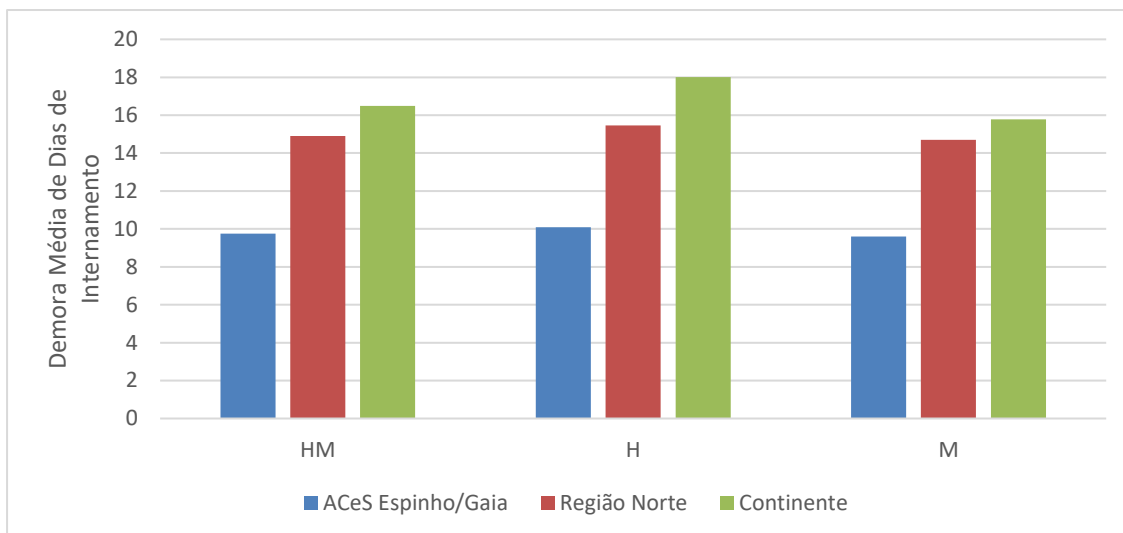


Figura 18 - Demora média (em dias) por internamento por perturbações depressivas em 2013 (DSP)

A nível de morbilidade hospitalar, podemos observar que o número de internamentos hospitalares do ACeS Espinho/Gaia é superior à Região Norte e ao Continente, com cerca de 80/100.000 hab. Por outro lado, a demora média desses internamentos é de apenas 10 dias, muito inferior à média de 15 dias para a Região Norte e o Continente.

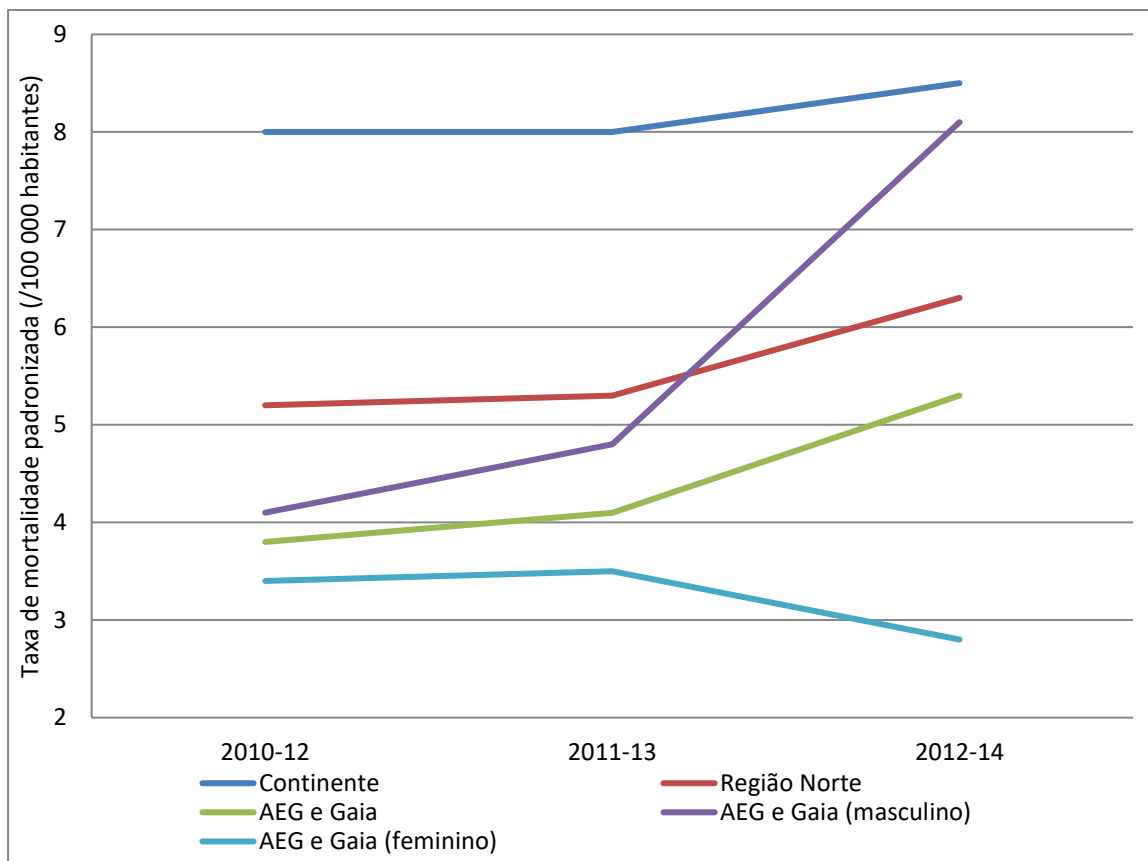


Figura 19 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por suicídio, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)

A mortalidade por suicídio poderá servir como um indicador indireto do impacto de perturbações depressivas na mortalidade. Neste caso, podemos observar que os valores do ACeS Espinho/Gaia e ACeS Gaia são superiores ao do Continente e Região Norte, podendo observar-se um pico na mortalidade padronizada no sexo masculino nos dois ACeS no último triénio avaliado.

Tumor maligno do cólon e reto

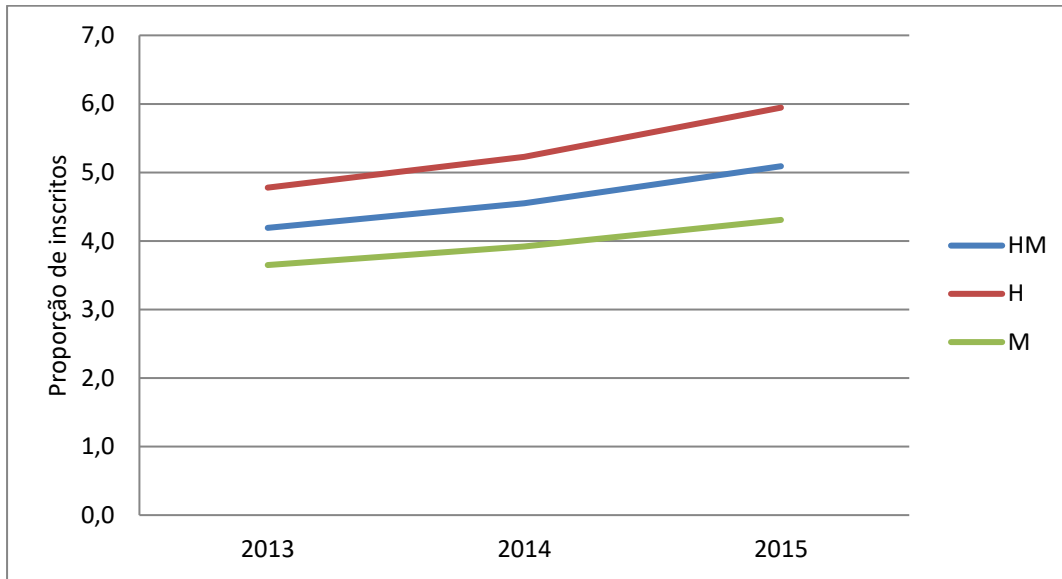


Figura 20 - Proporção de inscritos nos CSP com neoplasia maligna do cólon ou reto (SIARS)

A proporção de inscritos com o diagnóstico de Neoplasia maligna do cólon e reto tem aumentado em ambos os sexos, tendo em 2013 apresentado um valor de 4,2 e em 2015 de 5,1. O sexo masculino apresenta valores superiores ao sexo feminino.

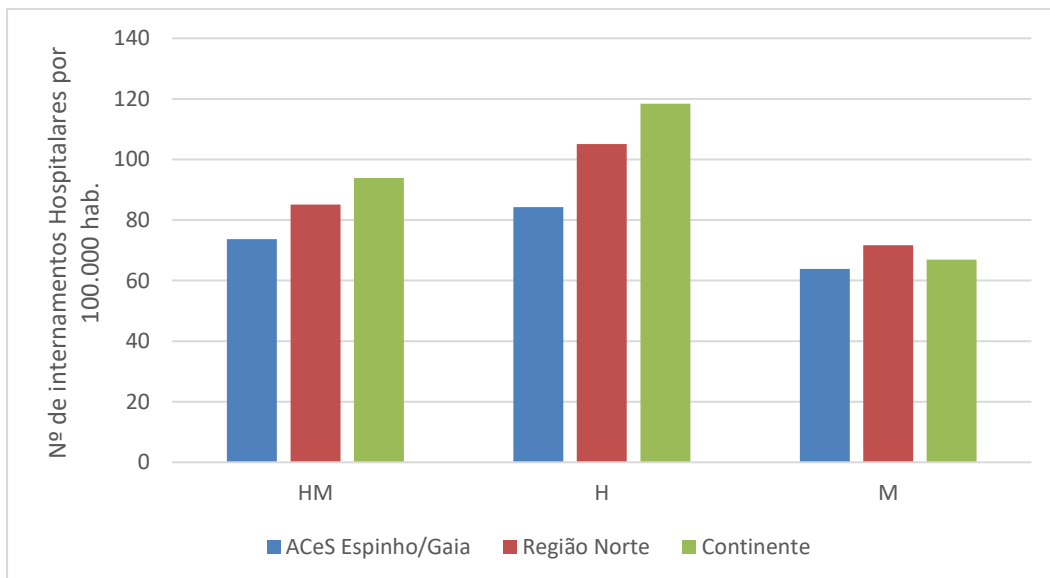


Figura 21 - Taxa de internamento hospitalar por tumor maligno do cólon ou reto em 2013 (DSP)

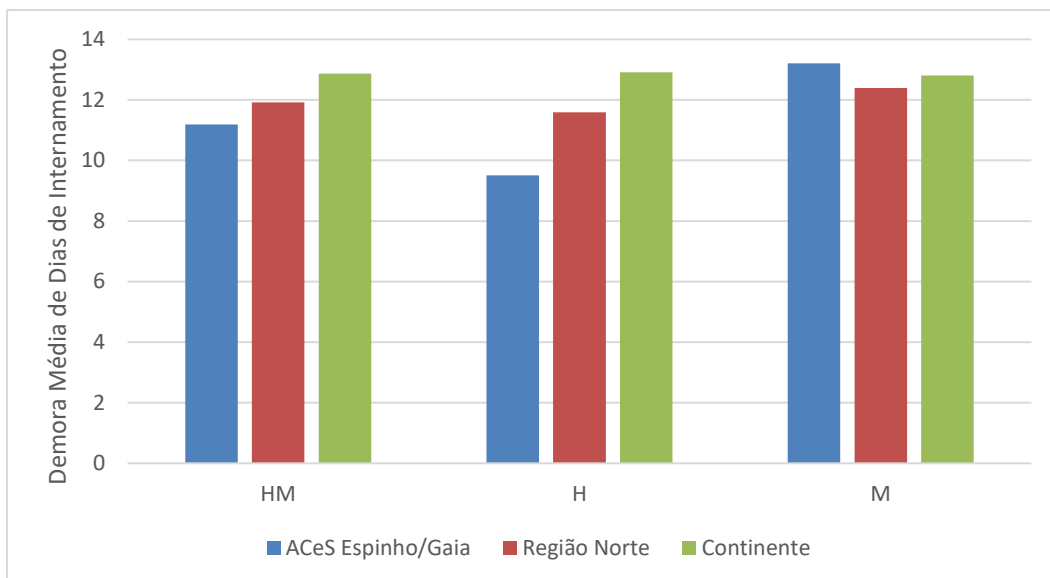


Figura 22 - Demora média (em dias) por internamento por tumor maligno do cólon e reto em 2013 (DSP)

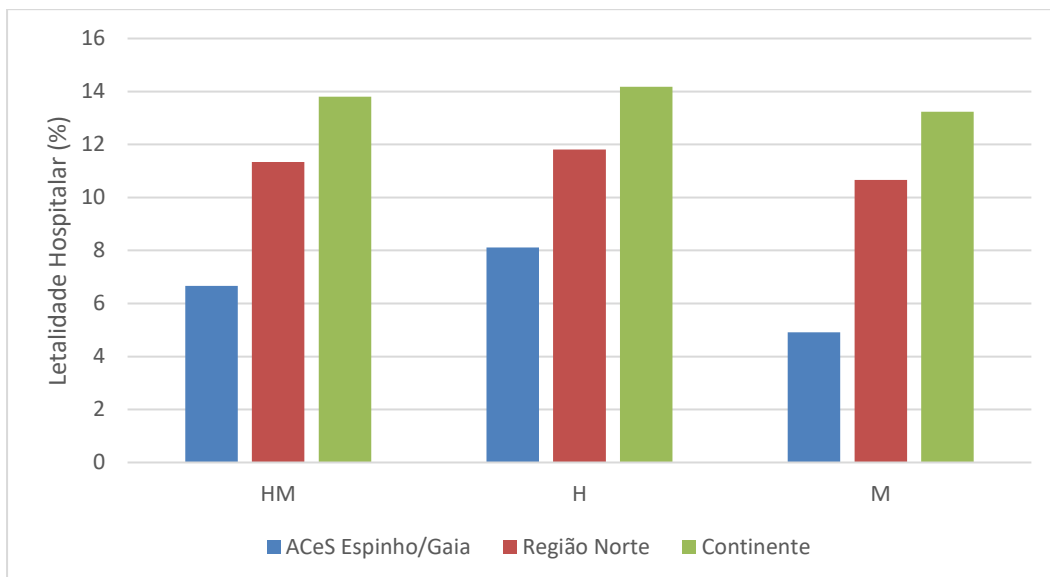


Figura 23 - Letalidade hospitalar por tumor maligno do cólon ou reto em 2013 (DSP)

A nível de morbilidade hospitalar, o ACeS Espinho/Gaia apresenta uma taxa de internamento por neoplasia maligna do cólon e reto de 74/100.000 hab., inferiores à Região Norte e Continente. A demora média dos internamentos é de aproximadamente 11 dias, sendo inferior aos restantes, com a exceção do sexo feminino, no qual os internamentos têm uma duração média superior à Região Norte e Continente.

Adicionalmente, a letalidade intra-hospitalar é inferior no ACeS Espinho/Gaia para ambos os sexos e cada um deles avaliado individualmente.

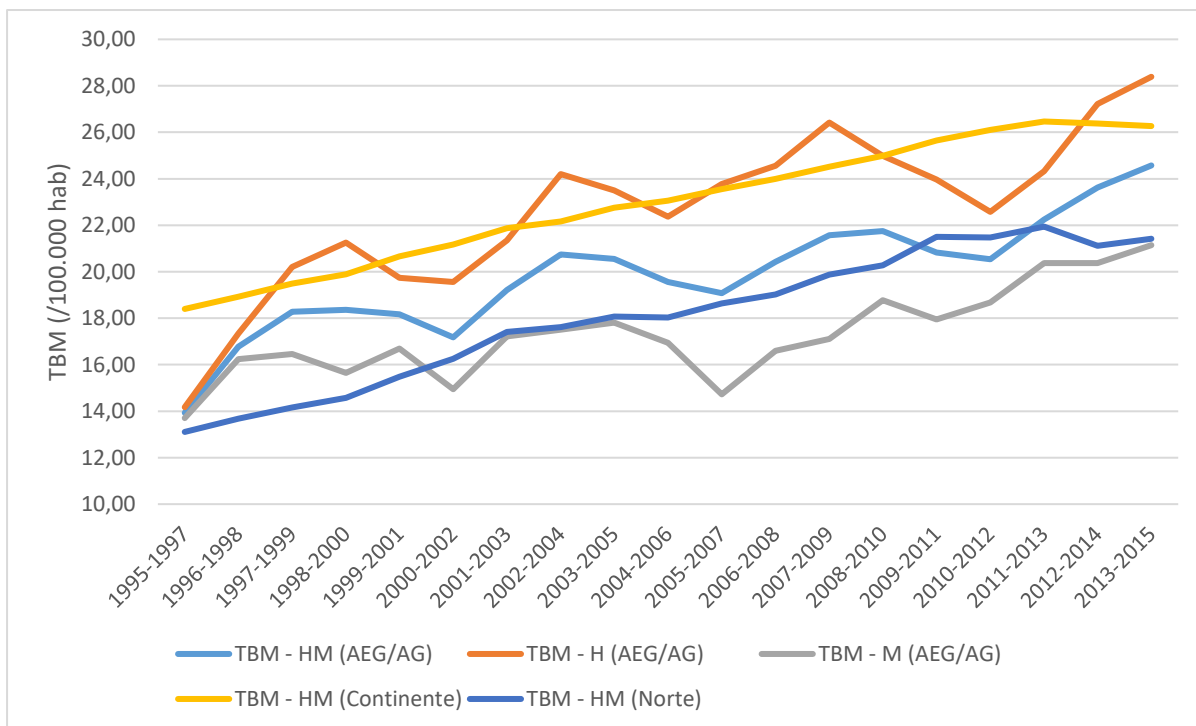


Figura 24 - Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno do cólon, por triénio, 1995-2015 (INE)

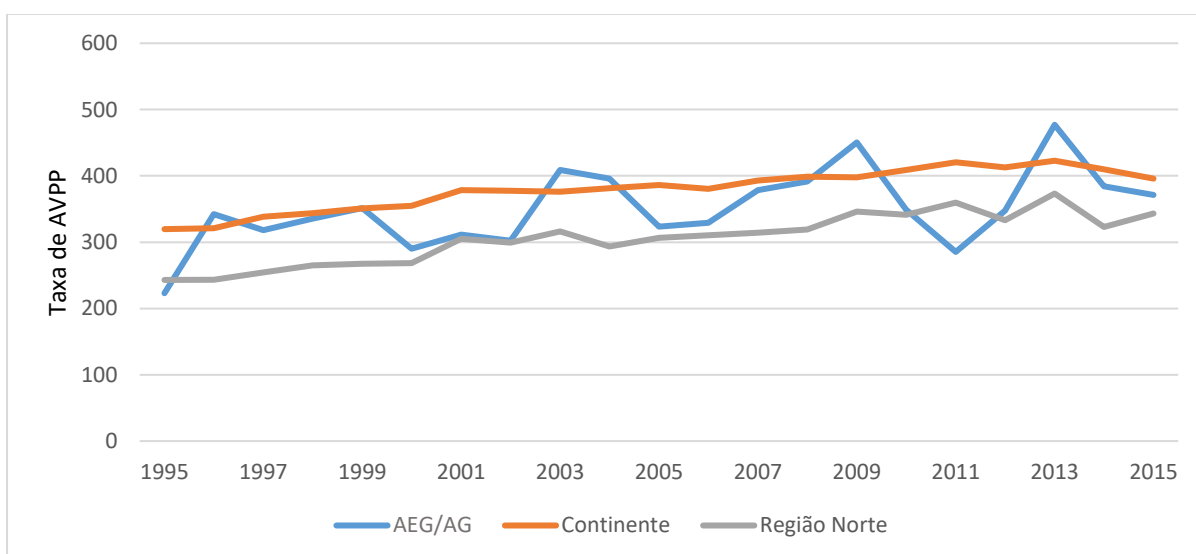


Figura 25 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por tumor maligno do cólon (INE)

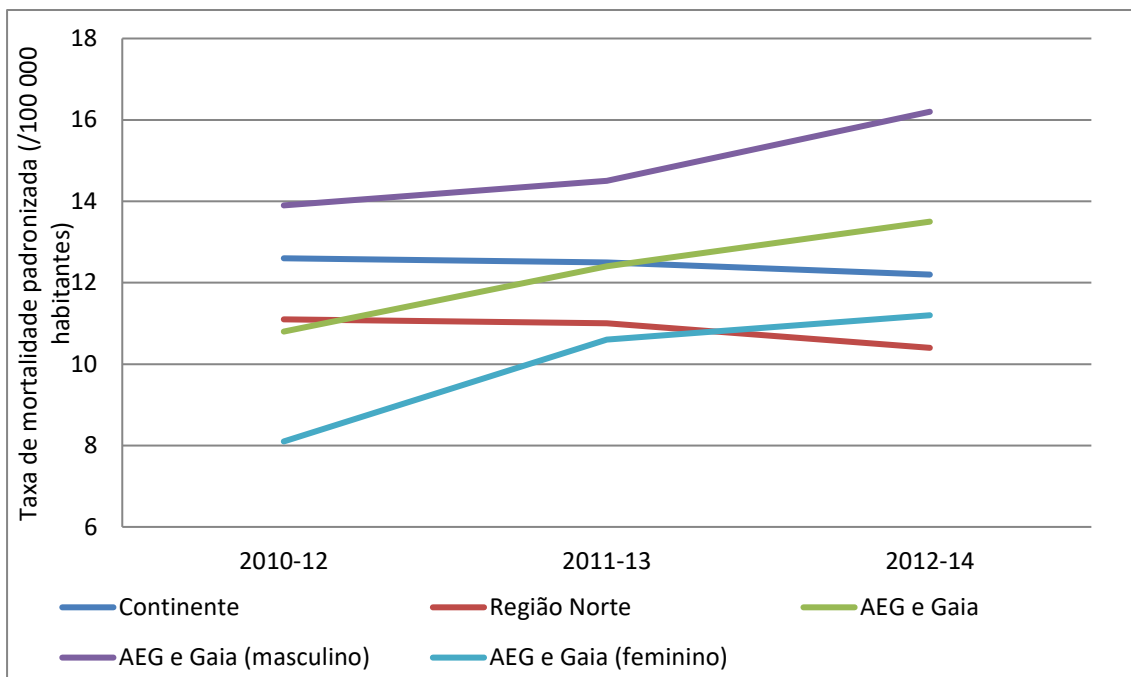


Figura 26 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por neoplasia do cólon, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)

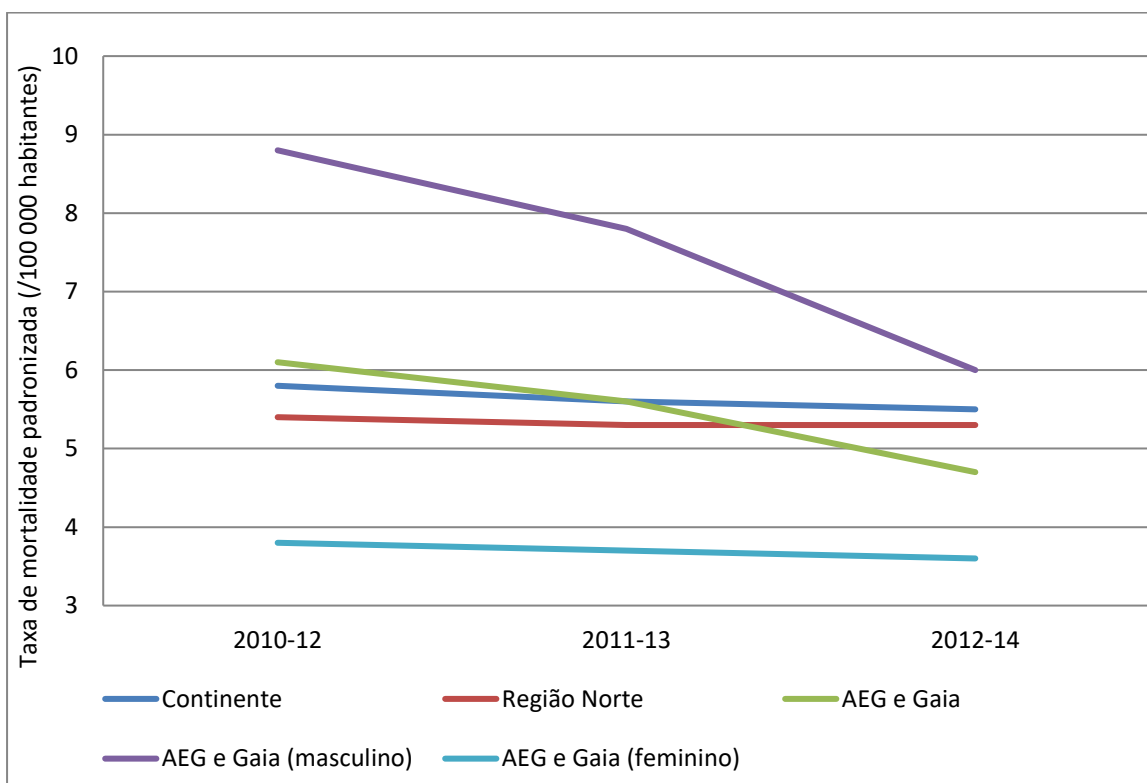


Figura 27 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por neoplasia do reto, junção retossigmóideia, ânus e canal anal, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)

Apesar dos valores favoráveis de morbilidade hospitalar, o ACeS Espinho/Gaia apresenta valores de taxa bruta de mortalidade e taxa de AVPP inferiores aos do Continente, mas superiores na maioria dos anos ou triénios à Região Norte, com uma maior mortalidade no sexo masculino. Quando analisamos a mortalidade padronizada, podemos reparar que o desempenho do ACeS Espinho/Gaia e ACeS Gaia tem piorado nos tumores malignos do cólon, com valores de mortalidade padronizada superiores à Região Norte e Continente. Por outro lado, o desempenho quanto ao tumor maligno do reto, junção retossigmoideia, ânus e canal anal tem evoluído favoravelmente, com valores inferiores aos da Região Norte e Continente.

Enfarte Agudo do Miocárdio

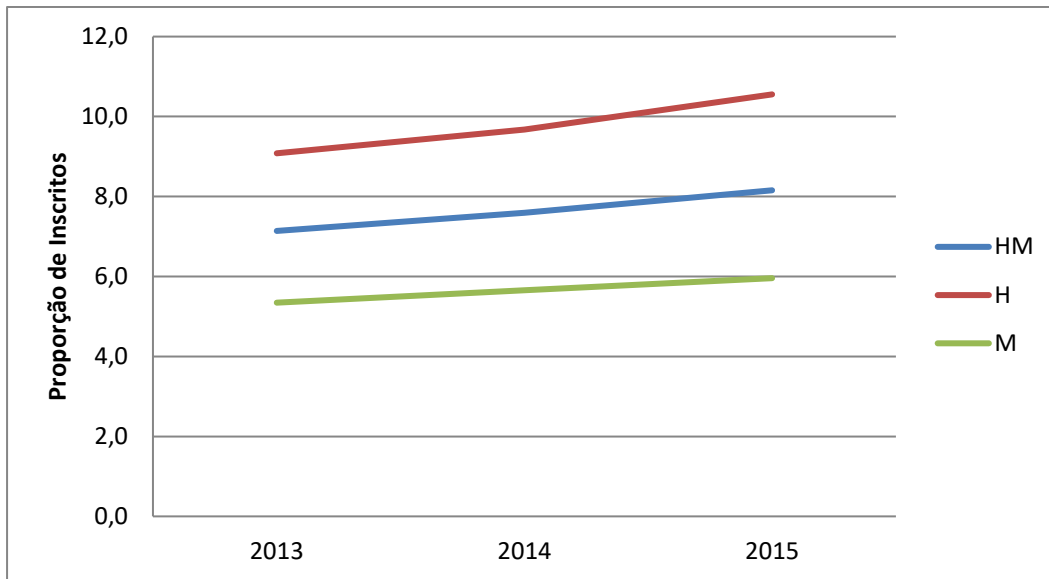


Figura 28 -Proporção de inscritos nos CSP com doença cardíaca isquêmica (SIARS)

A proporção de inscritos com o diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio aumentou ligeiramente de 2013 (7,1) para 2015 (8,2) em ambos os sexos. De referir que o sexo masculino apresenta valores muito superiores ao sexo feminino, tendo apresentado em 2015 um valor de 10,6, quase o dobro do verificado nas mulheres (6,0).

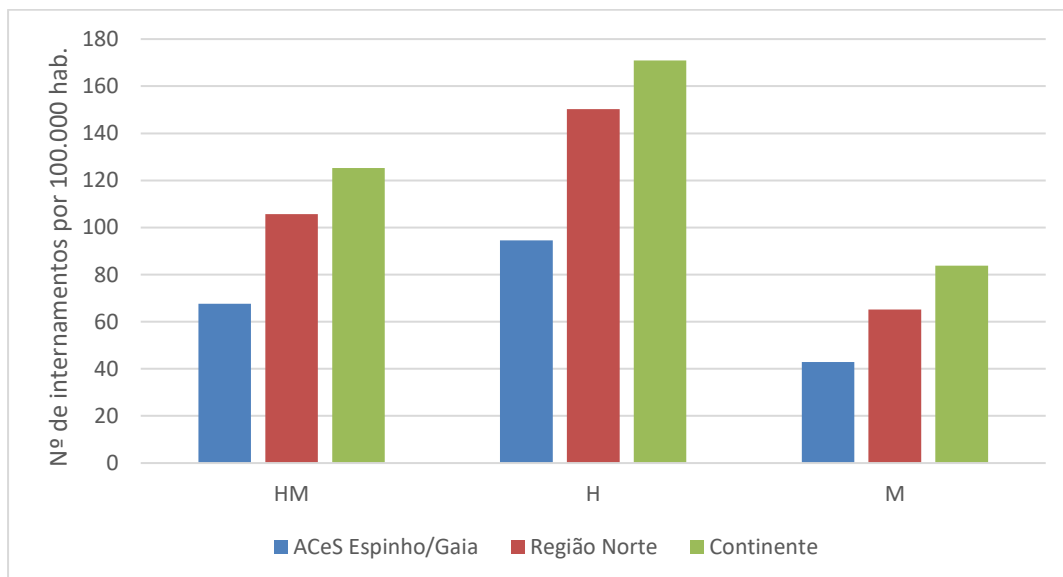


Figura 29 - Taxa de internamento hospitalar por EAM em 2013 (DSP)

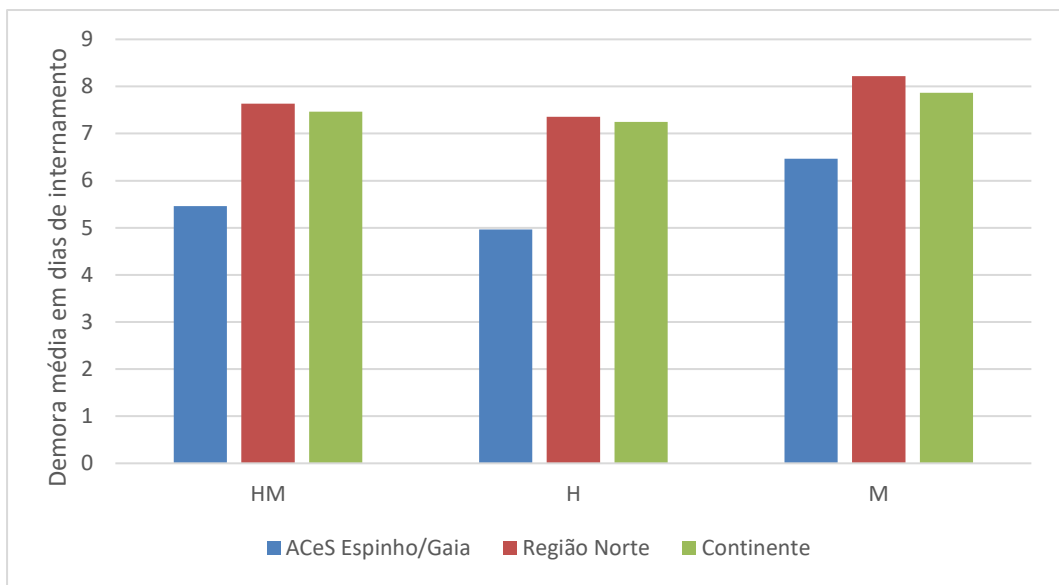


Figura 30 - Demora média (em dias) por internamento por EAM em 2013 (DSP)

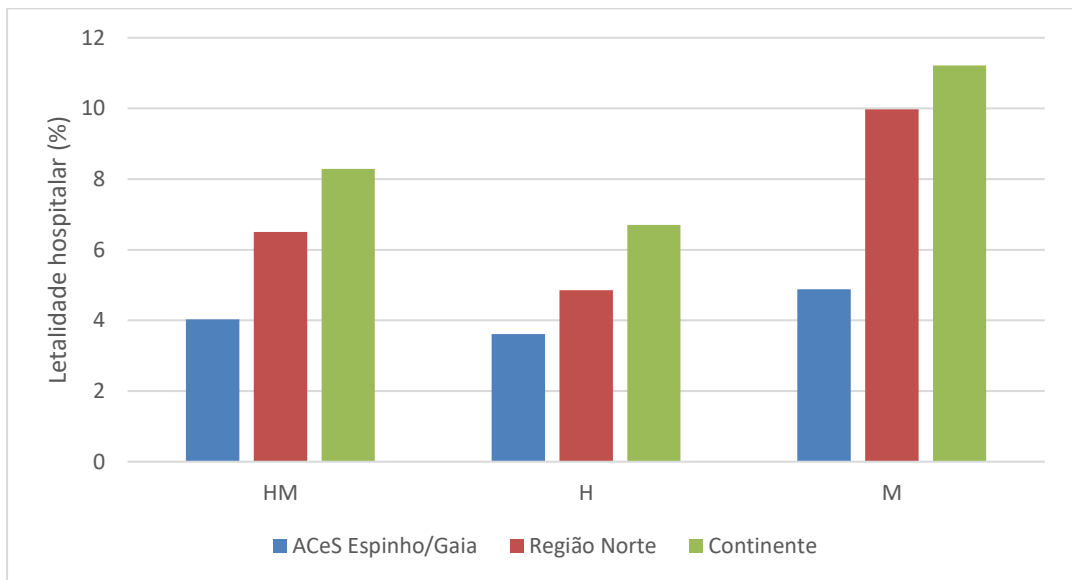


Figura 31 - Letalidade hospitalar por EAM em 2013 (DSP)

Os indicadores de morbilidade hospitalar do ACeS Espinho/Gaia apresentam-se todos com valores inferiores aos da Região Norte e Continente, com taxas de internamento hospitalar de 68/100.000 hab., uma demora média de internamento de aproximadamente 5,5 dias e uma letalidade hospitalar de 4%.

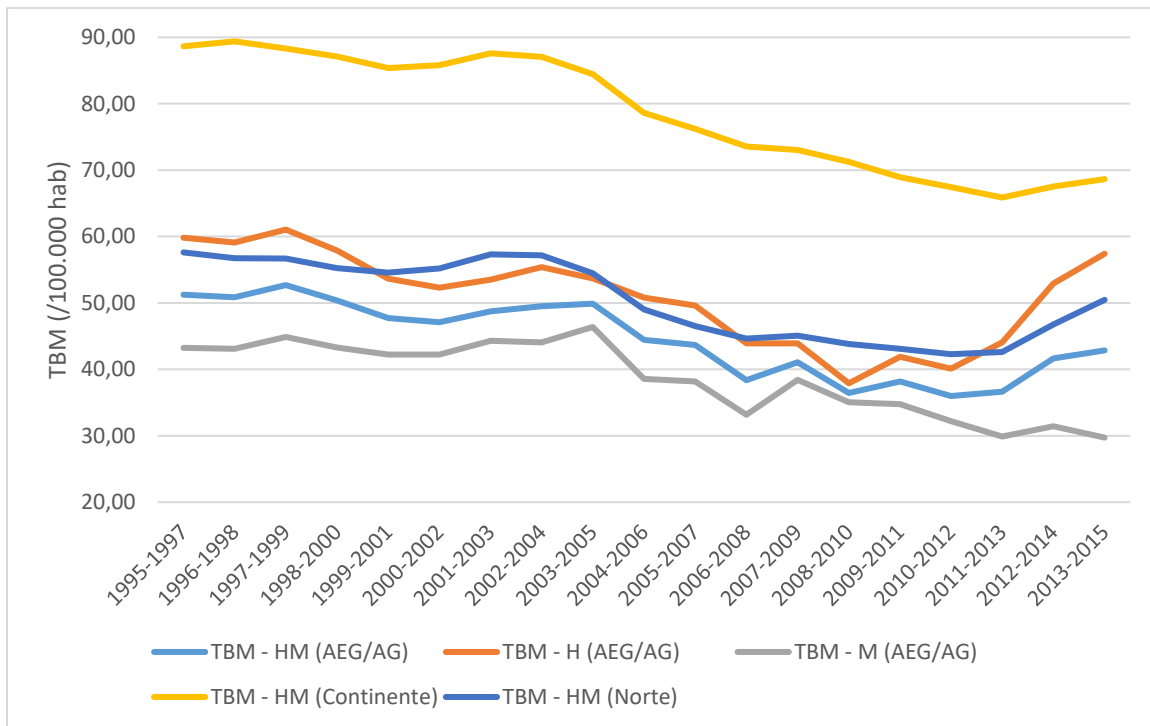


Figura 32 - Taxa bruta de mortalidade por doença cardíaca isquémica, por triénio, 1995-2015 (INE)

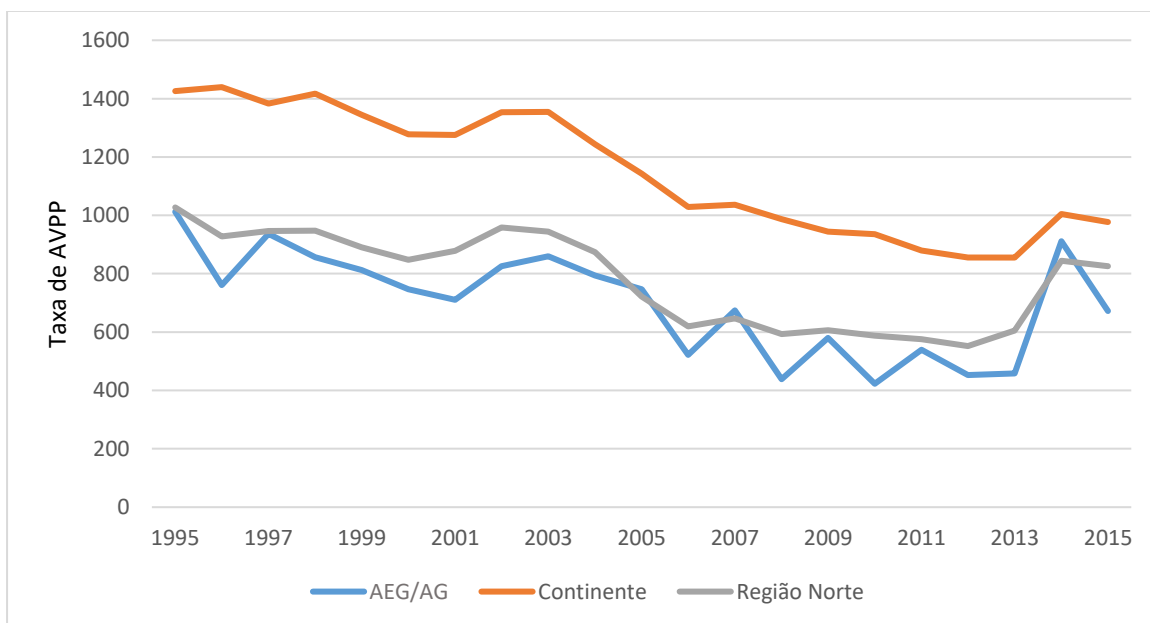


Figura 33 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por doença isquémica do coração (INE)

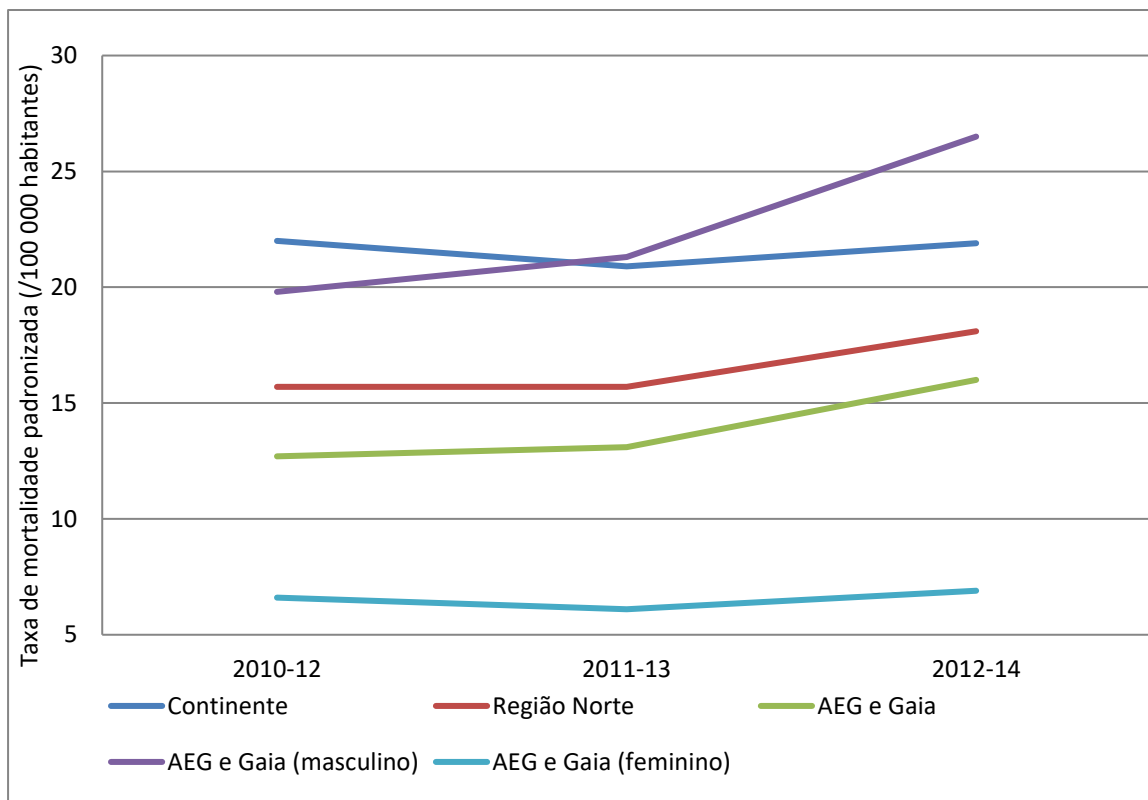


Figura 34 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por doença cardíaca isquémica, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)

O ACeS Espinho/Gaia apresenta valores de taxa bruta de mortalidade, taxa de AVPP e taxa de mortalidade padronizada inferiores aos da Região Norte e Continente, mantendo-se a tendência dos indicadores apresentados anteriormente.

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão

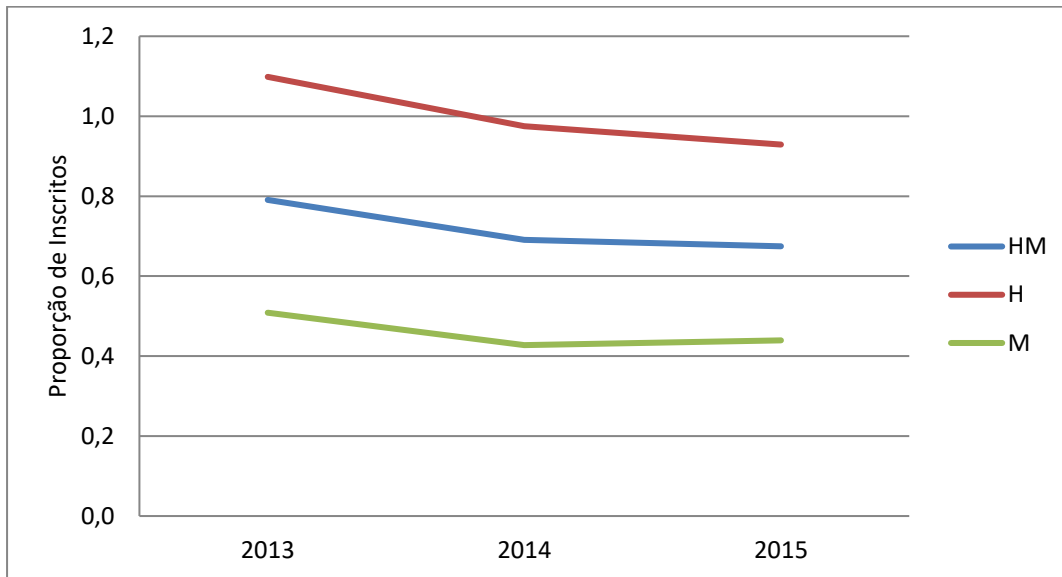


Figura 35 - Proporção de inscritos nos CSP com neoplasia maligna dos brônquios, traqueia ou pulmões (SIARS)

Entre os anos de 2013 e 2015 verificou-se uma diminuição da proporção de inscritos com o diagnóstico de Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, apresentando, em ambos os sexos, o valor de 0,8 em 2013 e de 0,7 em 2015. De referir que os valores são superiores no sexo masculino (0,9 em 2015) comparativamente com o sexo feminino (0,4 em 2015).

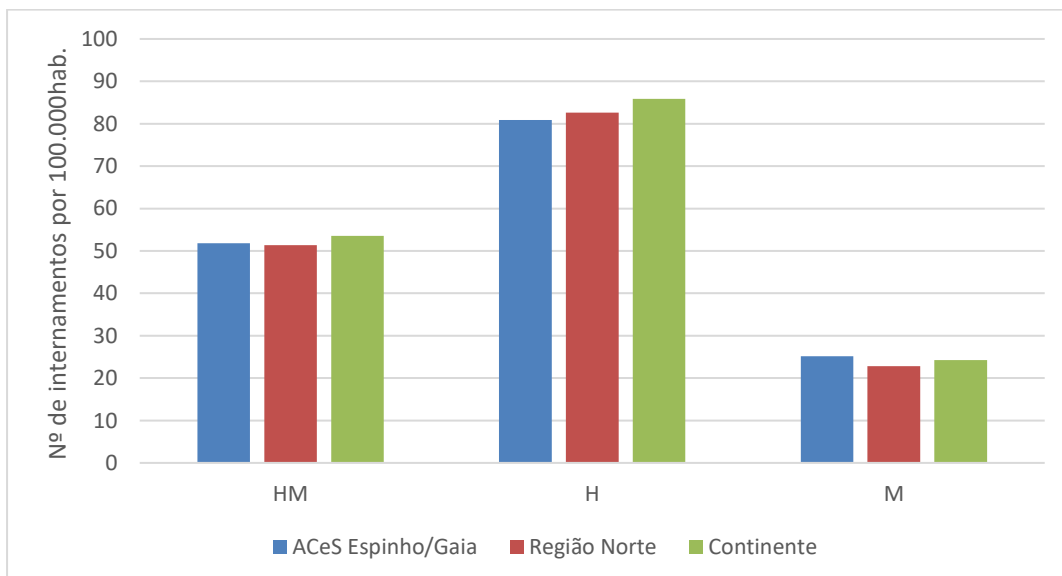


Figura 36 - Taxa de internamento hospitalar por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em 2013 (DSP)

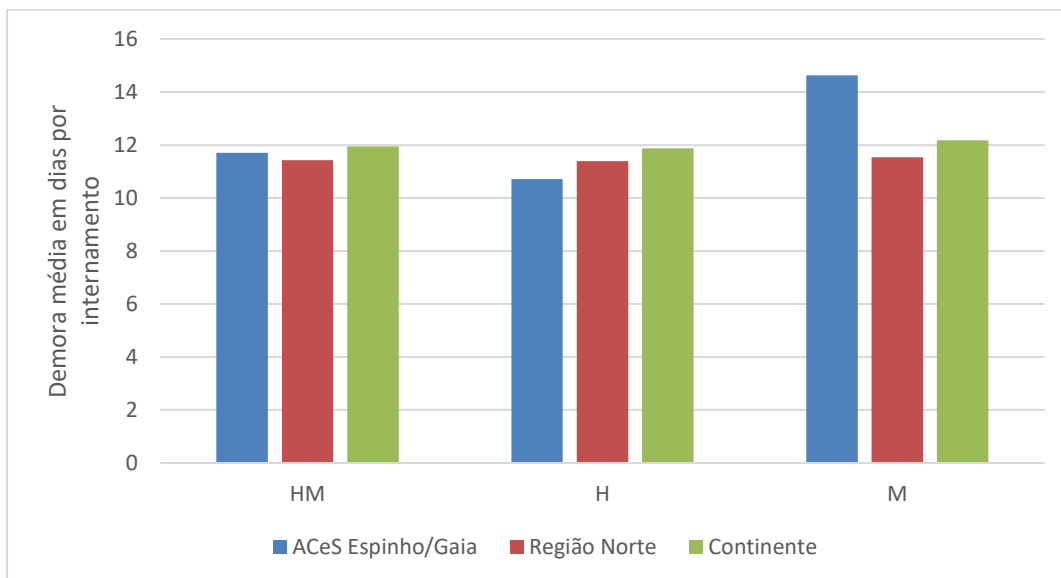


Figura 37 - Demora média (em dias) por internamento por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em 2013 (DSP)

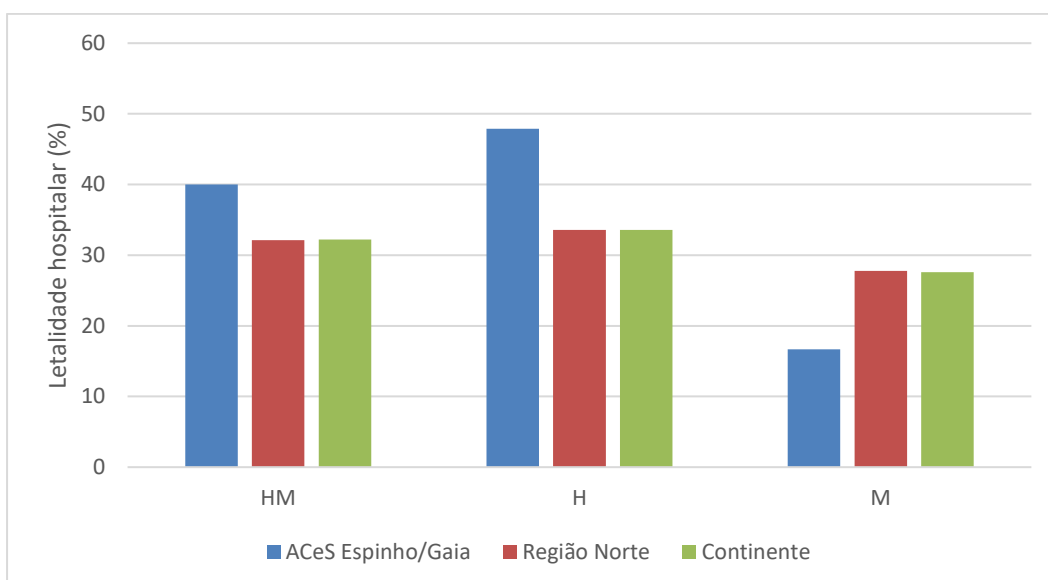


Figura 38 - Letalidade hospitalar por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em 2013 (DSP)

O número de internamentos hospitalar e demora média por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão são semelhantes aos da Região Norte e Continente. Por outro lado, a letalidade intra-hospitalar no ACeS Espinho/Gaia varia de acordo com o sexo sendo muito superior no sexo masculino (48) e inferior no sexo feminino (16), quando comparados com a Região Norte e Continente.

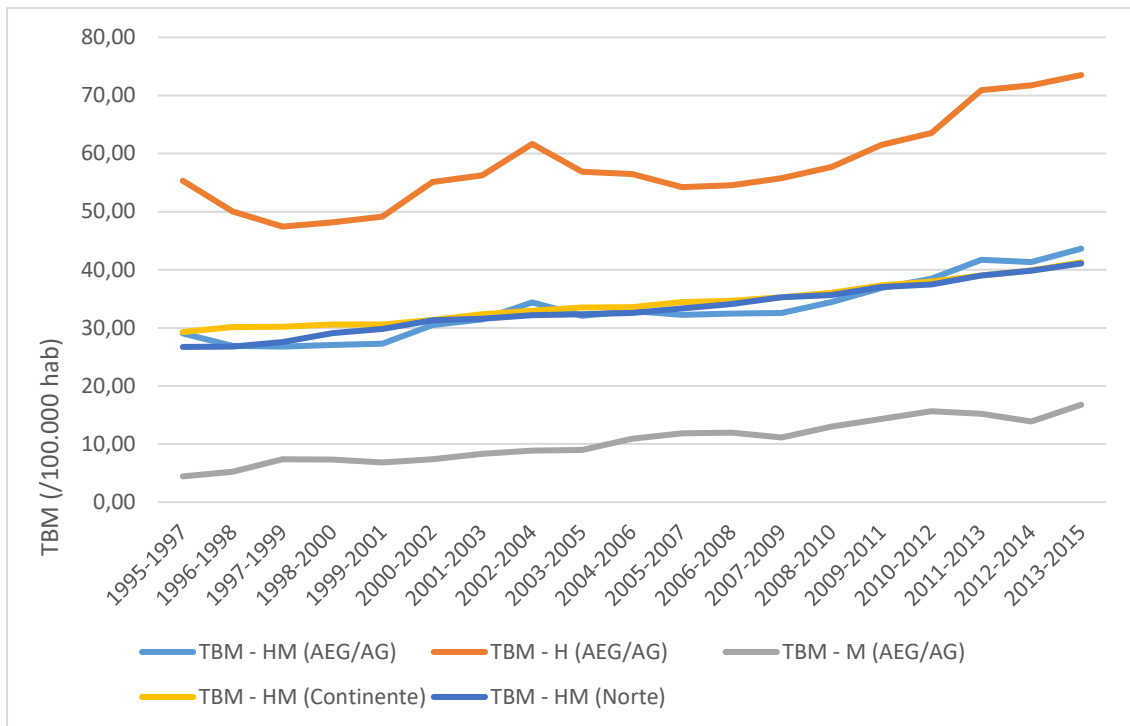


Figura 39 - Taxa bruta de mortalidade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, por triênio, 1995-2015 (INE)

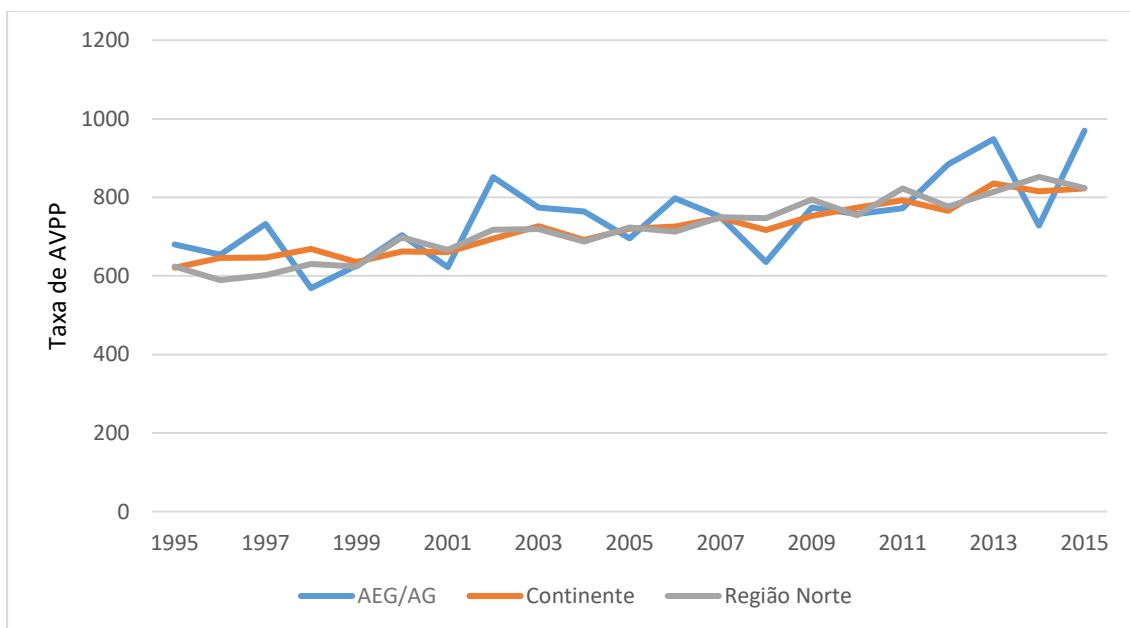


Figura 40 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões (INE)

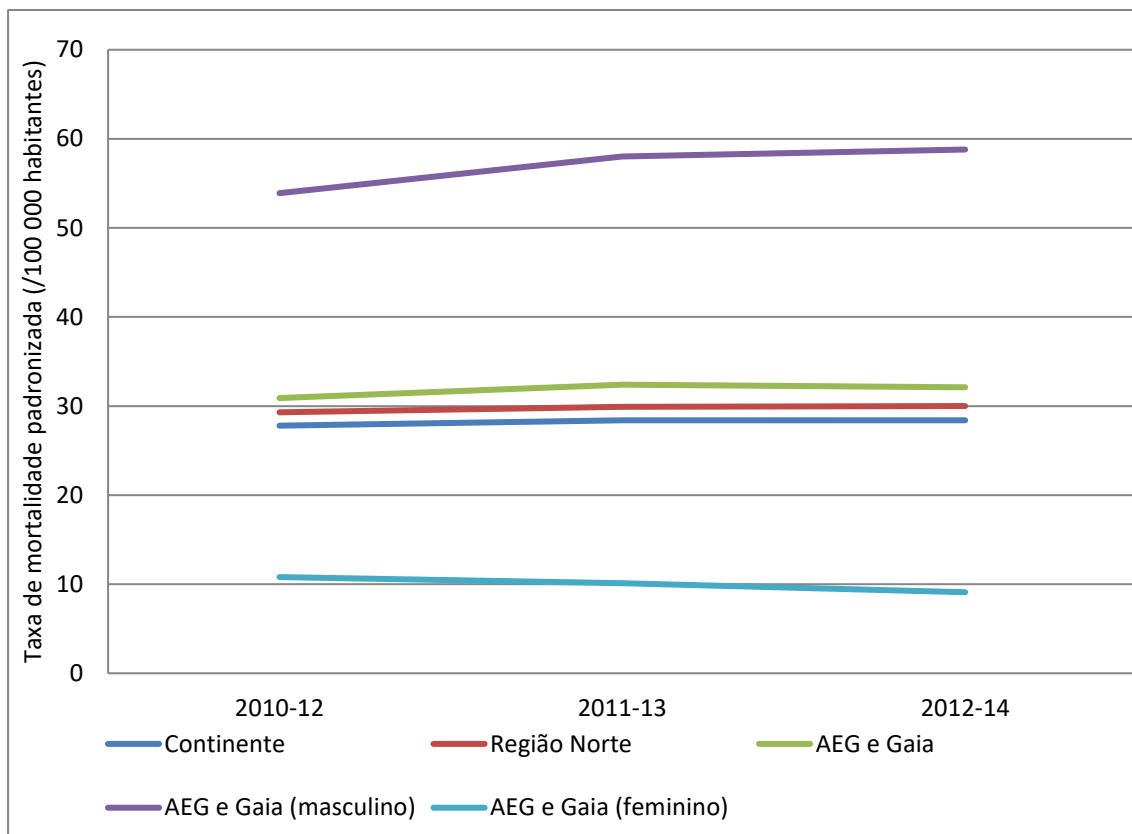


Figura 41 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)

A taxa bruta de mortalidade e a evolução da taxa de AVPP são muito semelhantes entre as 3 regiões, salientando-se o impacto dos tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmões no sexo masculino.

Diabetes

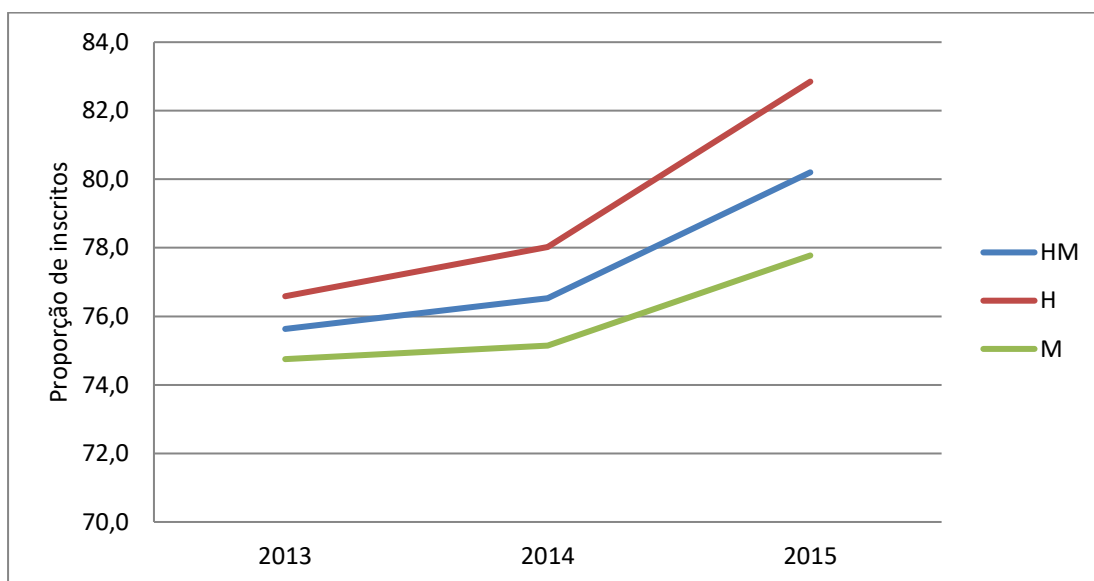


Figura 42 - Proporção de inscritos nos CSP com diabetes (SIARS)

A proporção de inscritos com Diabetes Mellitus no ACeS Espinho/Gaia tem aumentado em ambos os sexos, verificando-se uma subida acentuada do ano 2014 (76,5) para o 2015 (80,2). Os homens apresentam valores superiores aos das mulheres.

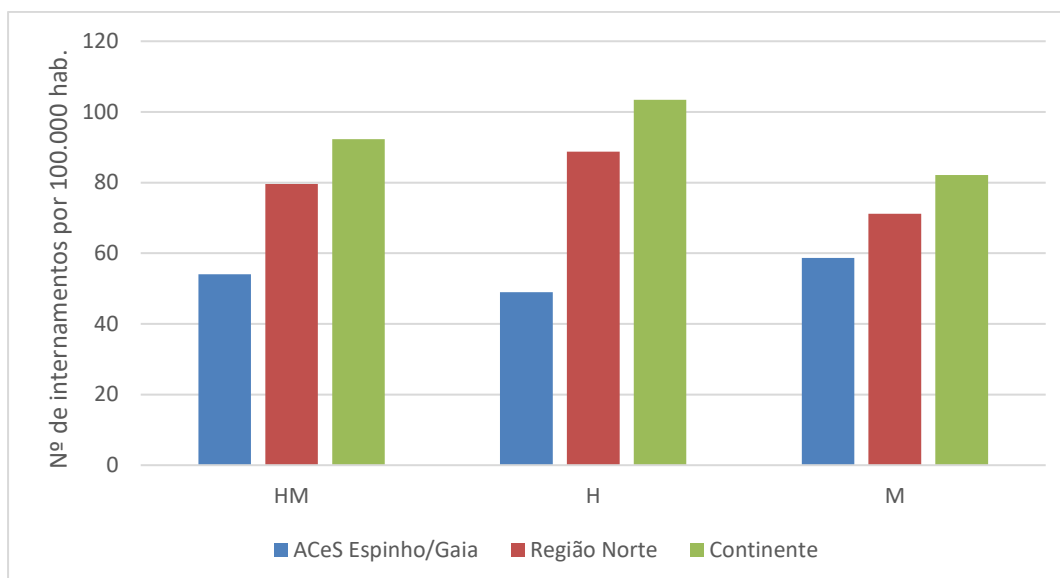


Figura 43 - Taxa de internamento hospitalar por diabetes em 2013 (DSP)

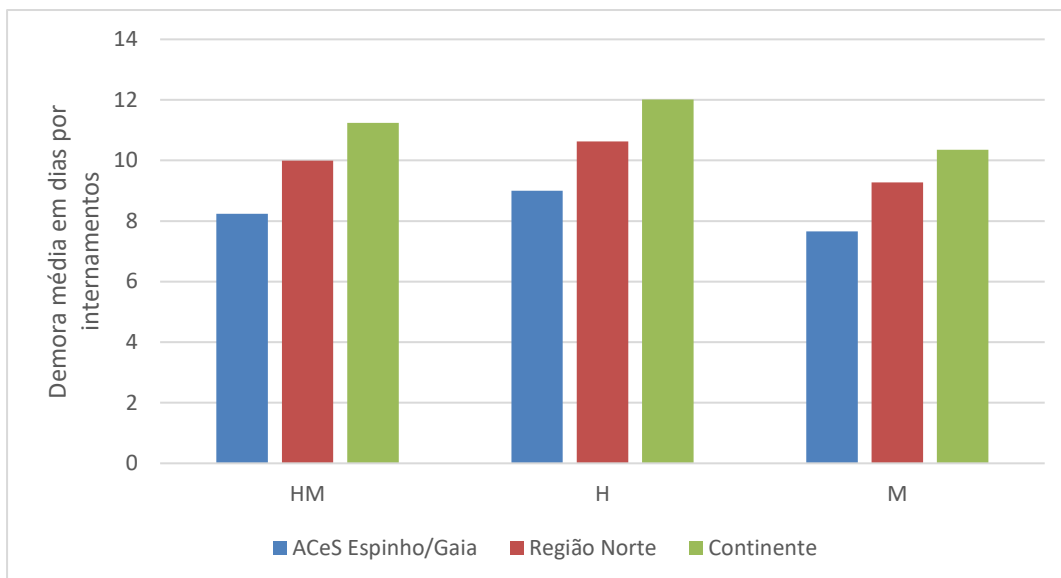


Figura 44 - Demora média (em dias) por internamento por diabetes em 2013 (DSP)

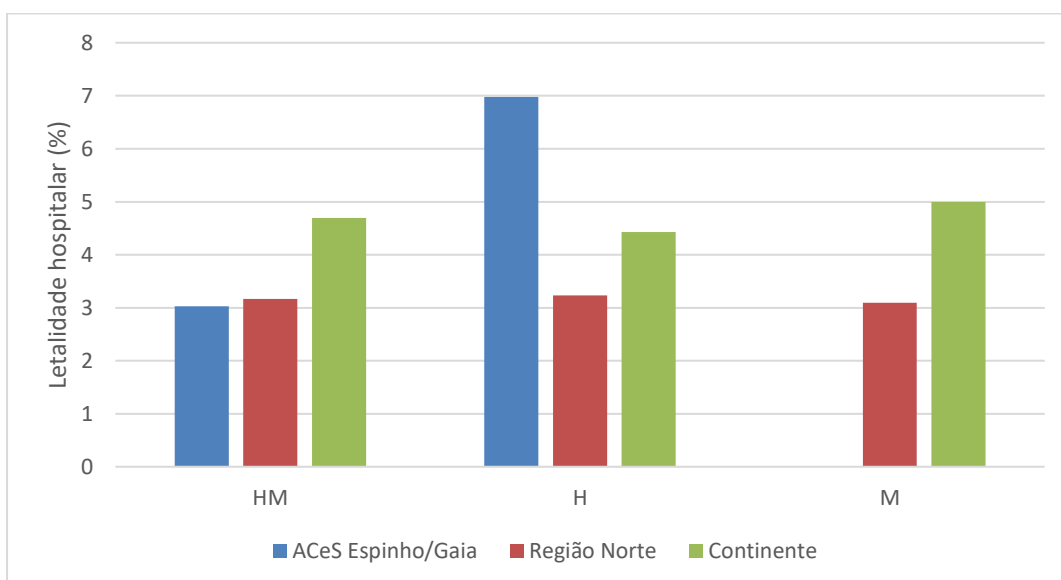


Figura 45 - Letalidade hospitalar por diabetes em 2013 (DSP)

O ACeS Espinho/Gaia apresenta uma taxa de internamentos (54/100.000 hab) e demora média (8,24 dias) inferiores à Região Norte e ao Continente, para ambos os sexos. O mesmo acontece quando avaliada para o sexo masculino e feminino individualmente.

Quanto à letalidade, podemos observar que a letalidade hospitalar é elevada para o sexo masculino, mas nula para o sexo feminino.

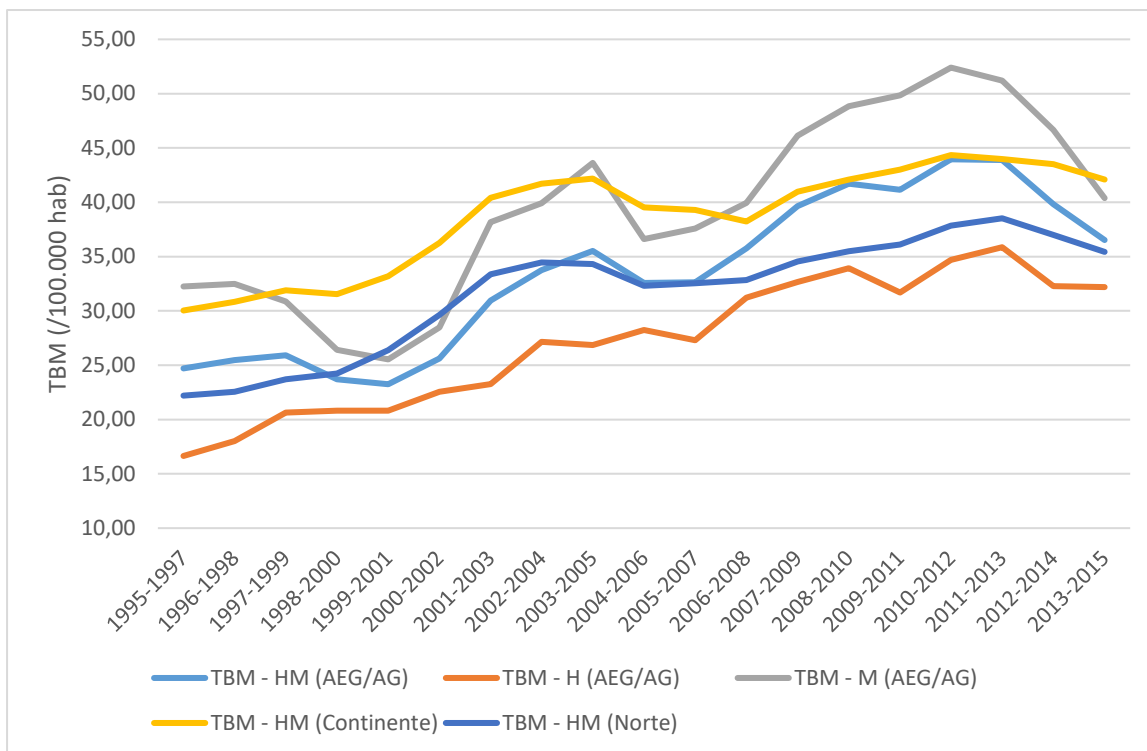


Figura 46 - Taxa bruta de mortalidade por diabetes, por triênio, 1995-2015 (INE)

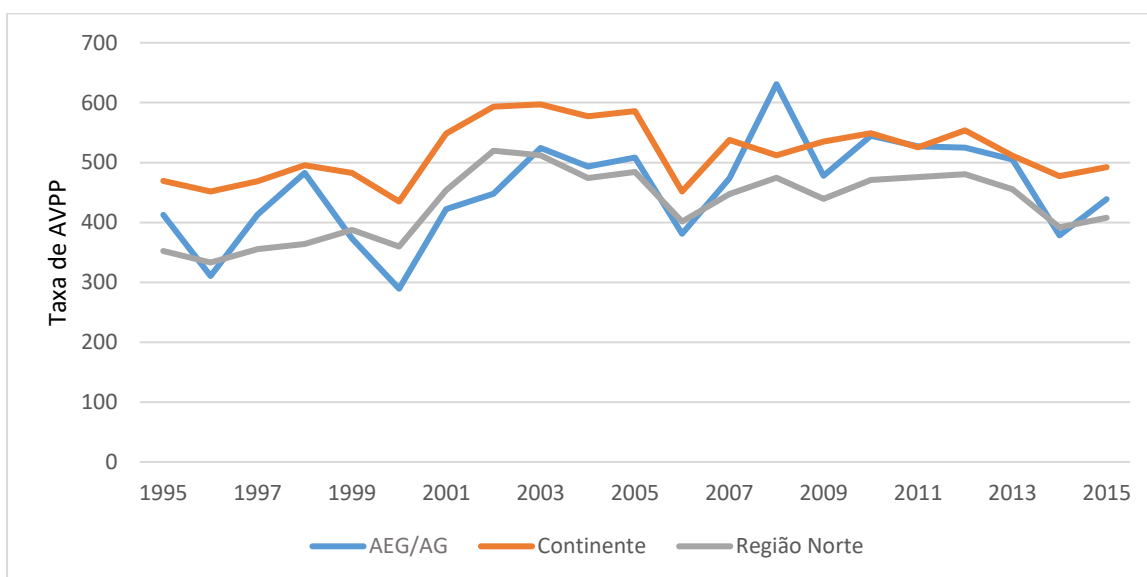


Figura 47 - Evolução da taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) por diabetes (INE)

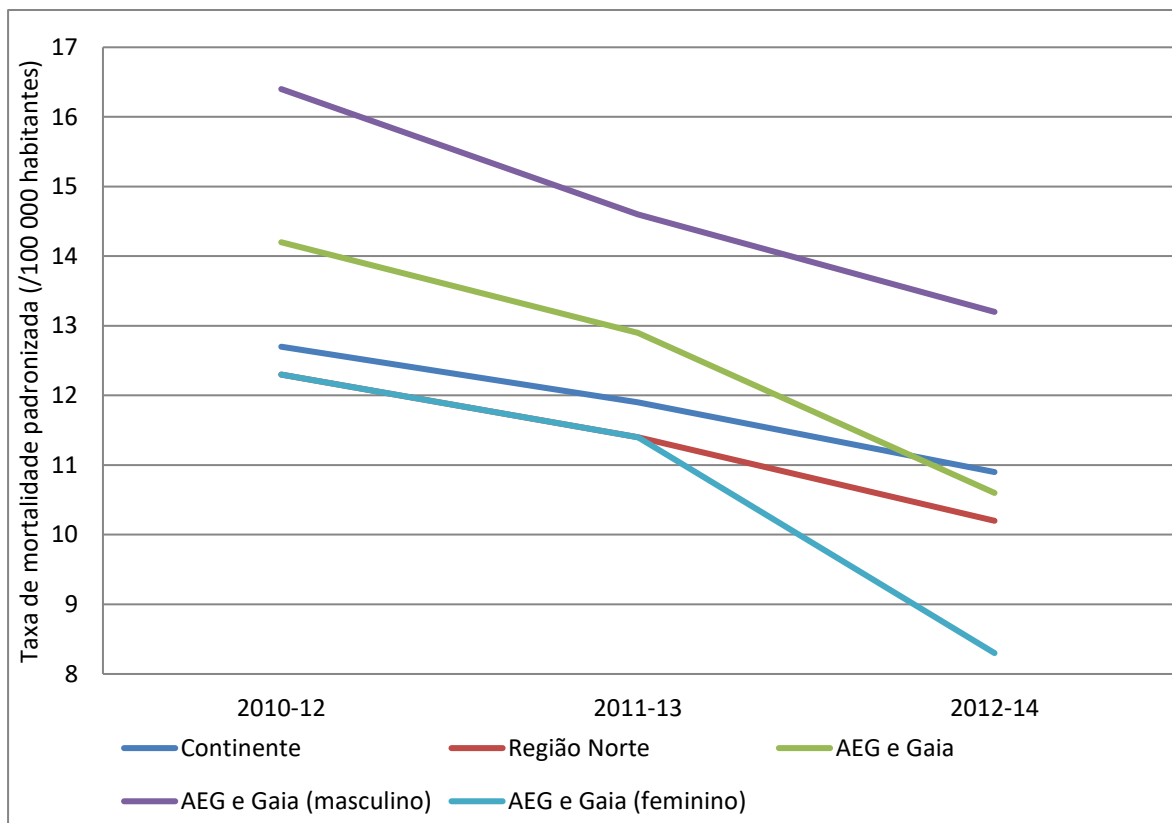


Figura 48 - Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por diabetes mellitus, na população com idade inferior a 75 anos (DSP)

Quanto ao impacto da diabetes na mortalidade, podemos observar que a taxa bruta de mortalidade do ACeS Espinho/Gaia tem aumentado ao longo dos anos, estando ligeiramente inferior ao Continente e superior à Região Norte, com maior impacto no sexo feminino. Quanto à taxa de mortalidade padronizada até aos 75 anos, podemos observar que esta tem diminuído ao longo do tempo, provavelmente explicada por uma maior capacidade de gestão da doença com taxas de mortalidade mais acentuadas em idades mais avançadas. Isto pode explicar parcialmente a manutenção da taxa de AVPP estável ao longo do tempo, com valores semelhantes às outras regiões.

Evolução dos AVPP para as 6 prioridades

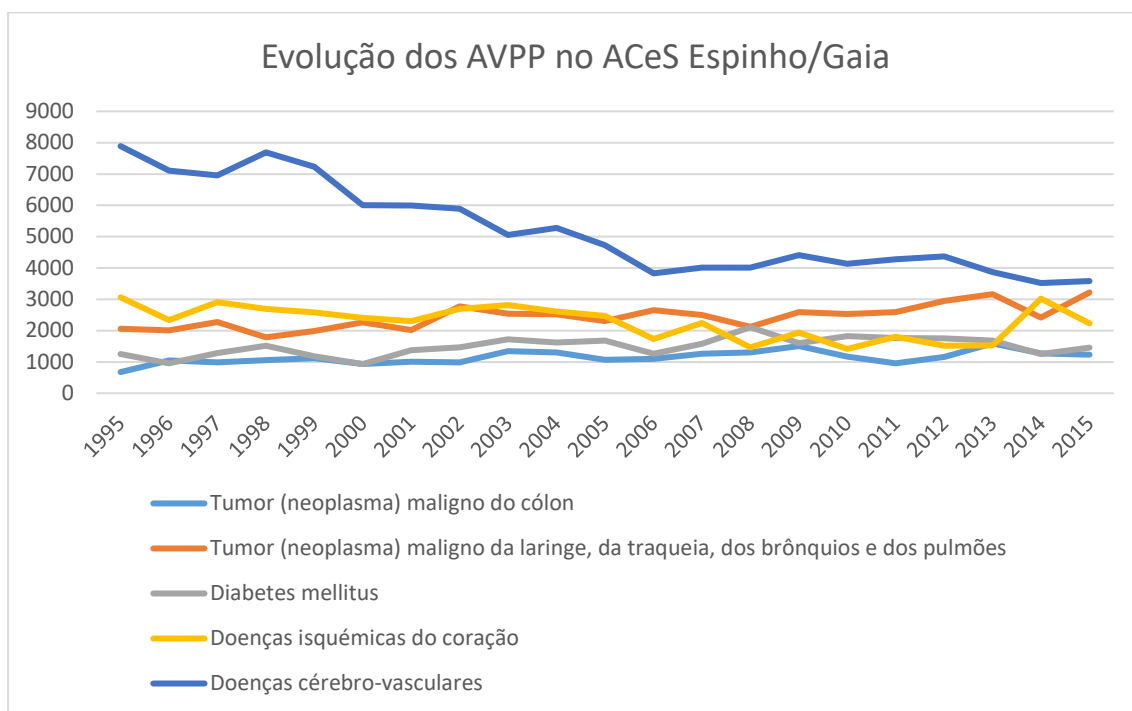


Figura 49 - Evolução dos anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) no ACeS Espinho/Gaia (INE)

Na figura 49, podemos ver os anos de vida potencialmente perdidos devido a cada uma das prioridades do PLS ao longo dos últimos 20 anos. Pode observar-se uma diminuição acentuada dos AVPP relacionados com doenças cerebrovasculares, mas uma taxa constante para as restantes.

Determinantes de Saúde

É a combinação de múltiplos fatores que define ou influencia a forma como morremos e como adoecemos, sejam eles fatores de risco ou protetores, determinando o estado de saúde individual, familiar ou comunitário. A cada um desses fatores é dada a designação de “determinante de saúde”.

Para a sua melhor compreensão, podemos agrupar os determinantes de saúde em várias categorias: biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (qualidade do ar e da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); e acesso aos serviços, nomeadamente de saúde. No entanto, nem sempre é compreensível e apreciável o peso específico de cada determinante no que diz respeito à saúde individual ou de grupo.

Os estilos de vida saudáveis têm aparentemente um papel mais importante como determinante de saúde, ao apresentarem mais ganhos em saúde. Por outro lado, os estilos de vida pouco saudáveis parecem estar subjacentes às principais causas de mortalidade a nível mundial.

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, 2009).

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.

Hipertensão Arterial

A OMS estima que 51% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 45% das mortes por Doença Cardíaca Isquémica (DIC) são atribuíveis à pressão arterial

sistólica elevada, constituindo um dos principais fatores de risco na morbimortalidade por doenças cérebro-cardiovasculares.

Em Portugal, a Hipertensão Arterial (HTA) é também o principal fator reversível para as doenças cardiovasculares que, por sua vez, constituem a principal causa de morbimortalidade no país. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INS), em 2014, 25,3% da população portuguesa com 15 ou mais anos de idade tinha HTA, demonstrando uma subida da sua prevalência relativamente ao INS 2005/06 (23,4%).

Um estudo de Macedo & Ferreira, verificou que, em 2013, a taxa de prevalência da HTA em Portugal situou-se nos 26,9%, sendo mais elevada no sexo feminino (29,5%) do que no masculino (23,9%). Relativamente aos ACeS da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, a prevalência de HTA era de 26,4% (sexo masculino: 23,3%; sexo feminino: 29,2%).

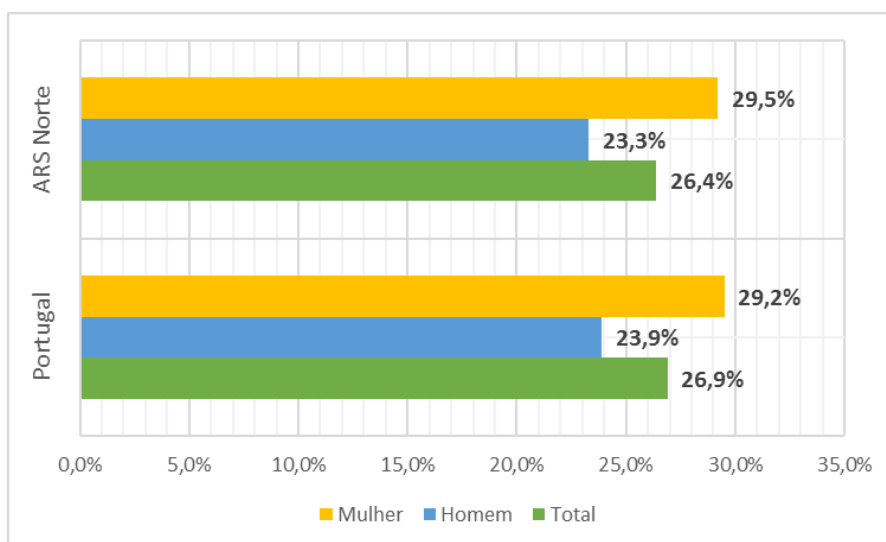


Figura 50 - Taxa de prevalência de hipertensão arterial em Portugal e na ARS Norte, por sexo, 2013 (Macedo & Ferreira, 2013)

Segundos dados apresentados no Perfil Local de Saúde (PeLS) 2015 do ACeS Gaia e Espinho/Gaia, a proporção de utentes inscritos com hipertensão arterial em Dezembro de 2014 (K86 ou K87 - ICPC-2) em Portugal Continental foi de 19,7%, subindo para 20,2% relativamente aos inscritos na ARS Norte. Quanto à população inscrita no ACeS Espinho/Gaia, a proporção de hipertensos é de 20,8%, destacando-se o sexo feminino com 22,6% relativamente ao sexo masculino: (18,8%).

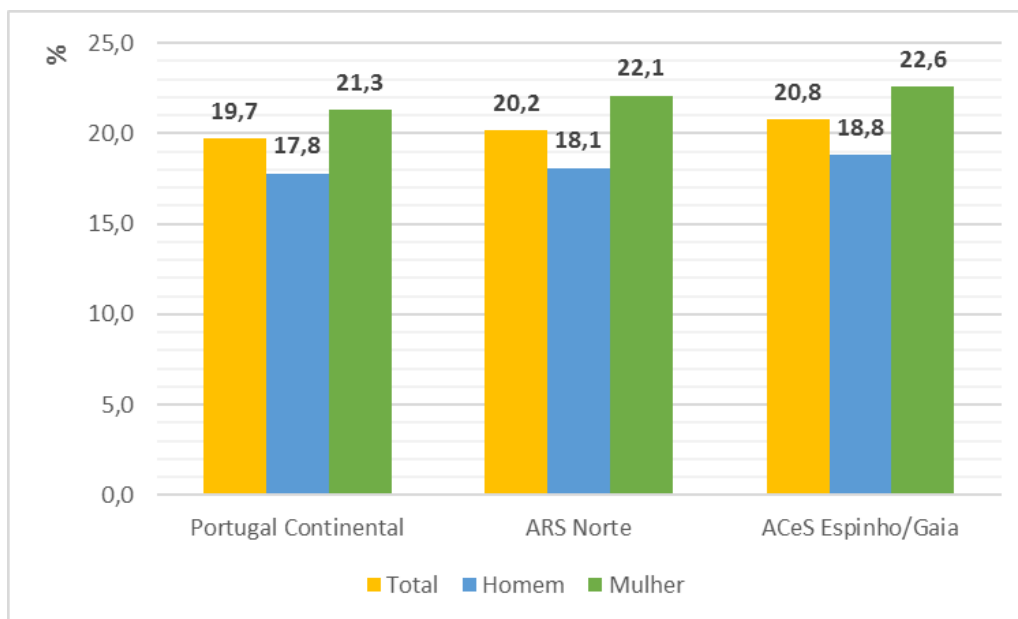


Figura 51 - Proporção de utentes inscritos (%) em Dezembro de 2014 com o diagnóstico ativo de hipertensão arterial, por sexo. (Perfil Local de Saúde do ACeS Gaia e Espinho/Gaia)

Com base no registo SIARS em 2015, a HTA foi, dentro da morbilidade estudada, a patologia mais frequente, alcançando em ambos os géneros e para todas as idades o valor de 21,49% na população utilizadora (39661/184583) do ACeS Espinho/Gaia; não foram, no entanto, obtidos dados que permitissem uma caracterização mais detalhada da prevalência desta patologia, em relação à faixa etária, género e classificação clínica (com ou sem complicações). Por outro lado, verificou-se no ano de 2015, para ambos os géneros e todas as faixas etárias, uma incidência de HTA de 15,25‰ (2814/184583) da população utilizadora, observando-se um aumento da proporção de novos casos desta patologia relativamente ao ano anterior (14,72‰ em 2014), e que este valor apresenta uma grande variabilidade de 2012 a 2015, não sendo possível traçar uma tendência.

Consumo de Sal

Apesar de a quantidade de sal consumido ser um determinante importante dos níveis de pressão arterial e do risco global de eventos cardiovasculares como o acidente cerebrovascular e a síndrome coronária aguda, a maioria da população mundial consome, na sua dieta alimentar, níveis de sal muito mais elevados (9-12 gramas por dia) do que o nível recomendado pela OMS (5 gramas por dia).

Em 2014, foi publicado por Polónia et al, um estudo nacional que estimou uma

ingestão diária de sódio média pela população portuguesa de 10,7 gramas, excedendo largamente as recomendações da OMS.

O estudo mostrou também que a ingestão de sal era significativamente superior em doentes hipertensos do que em indivíduos normotensos. No entanto, o consumo de sal estimado pelo grupo normotenso é ainda aproximadamente o dobro do recomendado.

Adicionalmente, a ingestão de sódio é significativamente superior no sexo masculino relativamente ao feminino.

Segundo a OMS, os padrões dietéticos têm sofrido mudanças profundas a nível mundial sobretudo à custa do maior consumo de alimentos com elevado teor de sódio (refeições pré-processadas, enchidos como bacon e fiambre, queijo, batatas fritas e outros *snacks*, produtos enlatados, pão), do maior consumo de sal adicionado e do menor consumo de fruta e vegetais. Estes alimentos são ricos em potássio pelo que contribuem para a redução da pressão arterial.

Consumo de Tabaco

Em 2015, cerca de 1,1 milhares de milhão da população mundial era fumadora, com clara predominância do sexo masculino. Atualmente, estima-se que ainda morram anualmente 6 milhões de pessoas devido ao consumo de tabaco, quer seja ativo ou passivo.

O tabagismo é um fator de risco para um vasto conjunto de doenças, sendo estimado que o tabaco seja responsável por cerca de 71% dos casos de cancro do pulmão, 42% dos casos de doença respiratória crónica e quase 10% dos casos de doença cardiovascular.

Em Portugal, segundo os resultados do INS 2014, a prevalência do consumo diário de tabaco na população com idade igual ou superior a 15 anos, em 2014, era de 16,8%, aumentando para 23,5% na população masculina (vs 10,9% no sexo feminino).

Quadro 4 - Prevalência do consumo diário de tabaco na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por grupo etário e sexo, em 2005/06 e 2014 (%) (INS 2005/06 e 2014)

		INS 2005/06			INS 2014		
		Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher
15 - 24 anos	Portugal	20,1%	21,8%	14,0%	15,1%	18,1%	12,0%
	Região Norte	18,8%	27,2%	10,1%	16,0%	20,1%	X
25 - 34 anos	Portugal	25,3%	27,4%	16,0%	25,9%	34,0%	18,0%
	Região Norte	22,3%	33,9%	10,8%	20,5%	27,7%	X
35 - 44 anos	Portugal	30,1%	29,0%	19,1%	22,5%	28,9%	16,5%
	Região Norte	29,1%	43,0%	15,7%	20,7%	26,2%	15,6%
45 - 54 anos	Portugal	20,8%	20,6%	11,1%	22,5%	33,1%	12,8%
	Região Norte	17,8%	30,4%	6,0%	20,4%	31,6%	10,3%
55 - 64 anos	Portugal	11,9%	12,5%	5,0%	16,6%	23,0%	10,8%
	Região Norte	8,5%	14,8%	2,9%	14,9%	23,0%	X
65 - 74 anos	Portugal	6,3%	9,5%	1,4%	6,7%	10,8%	X
	Região Norte	6,5%	12,7%	1,5%	X	X	X

O estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) estimou que, em 2014, 92,5% dos jovens da amostra (turmas de 8º e 10º anos de entre 36 escolas de ensino regular de várias regiões de Portugal Continental) não fumava tabaco, enquanto 77,8% nunca o experimentou. De entre os jovens fumadores, cerca de 35,4% fuma diariamente, o que é mais pronunciado no sexo masculino (37,5%), relativamente ao feminino (33,7%). O estudo estimou ainda que, em 2014, cerca de 94% dos jovens na região Norte nunca fumaram e 2% fumam diariamente.

Analisando a evolução ao longo das várias séries do estudo HBSC desde 1998, apurou-se uma aparente estabilidade quanto aos hábitos tabágicos da população jovem portuguesa acompanhada de uma diminuição da prevalência de fumadores diários e um aumento da prevalência de jovens que nunca fumaram.

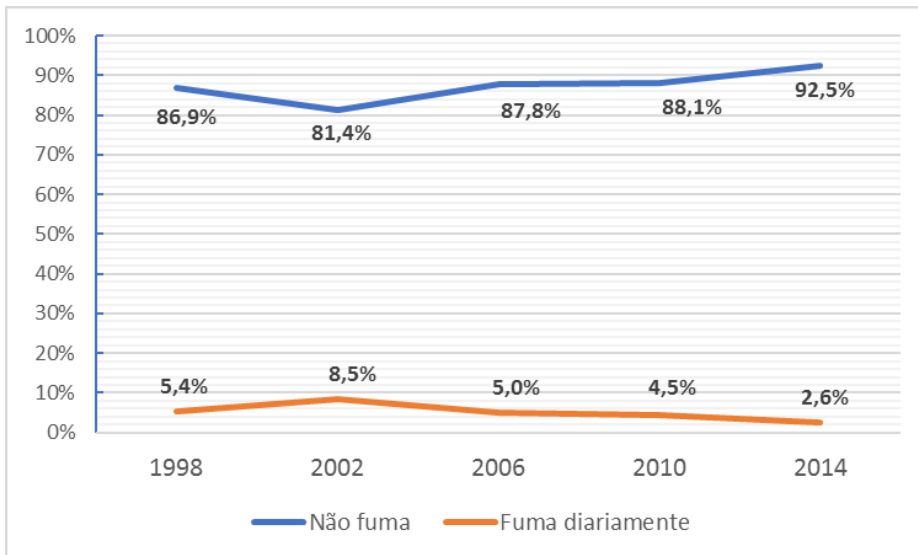


Figura 52 - Prevalência de fumadores diários e “nunca-fumadores” na população portuguesa jovem, entre 1998 e 2014 (HBSC, 2014)

Com base no registo SIARS em 2015, a proporção de utentes com abuso crónico de tabaco foi de 12,59% em todo o ACeS Espinho/Gaia, diminuindo relativamente a 2014 (13,35%). Comparando ambos os sexos, verificou-se que a proporção de utentes com abuso crónico de tabaco no sexo masculino foi cerca do dobro (16,97%) do verificado no sexo feminino (8,23%), com predominância no adulto jovem e de meia-idade, atingindo um pico aos 30-34 anos (26,2%).

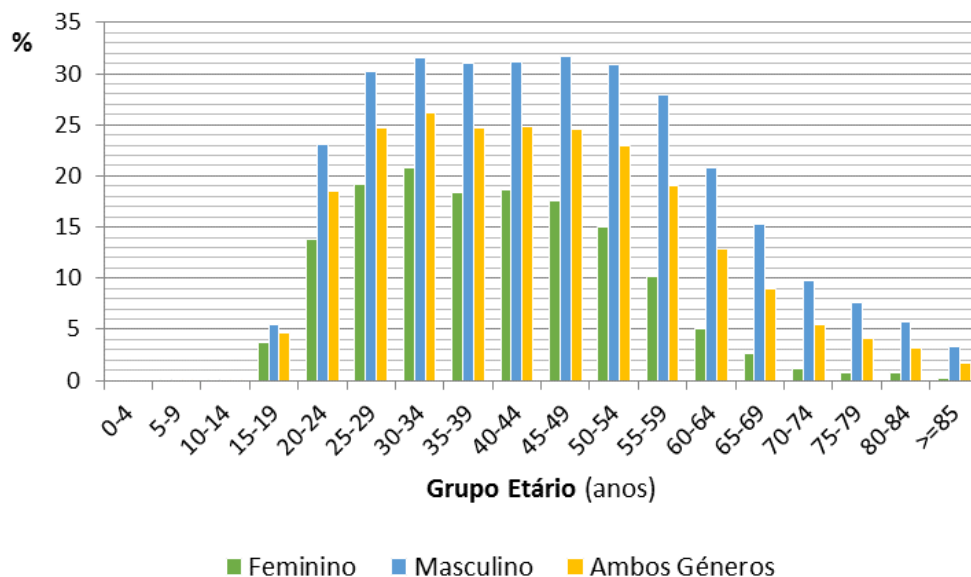


Figura 53 - Distribuição da proporção de fumadores no ACeS Espinho/Gaia, por grupo etário, 2015 (SIARS)

Inatividade Física

A atividade física regular constitui um meio determinante para o balanço energético corporal, para o controlo do peso e para a prevenção da obesidade, além de reduzir o risco de doença cardíaca isquémica, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, cancro da mama e cancro do colon. A OMS recomenda, para adultos entre os 18 e os 64 anos, atividade física aeróbia de intensidade moderada durante pelo menos 150 minutos por semana ou de intensidade vigorosa durante pelo menos 75 minutos por semana.

Os dados do Global Health Observatory da OMS evidenciaram, em 2010, na população com idade igual ou superior a 18 anos, uma taxa bruta de inatividade física em Portugal (37%) superior à europeia (25%), mas melhorando expressivamente em comparação a 2008 (53,9%).

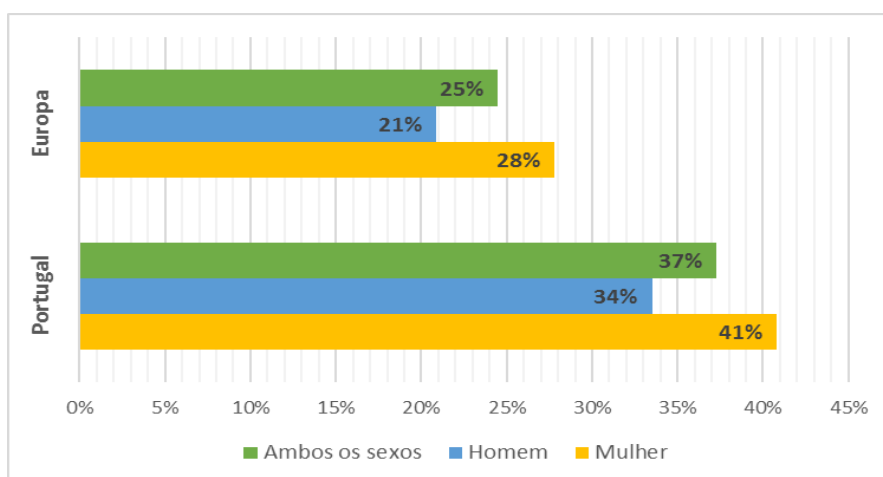


Figura 54 - Taxa bruta de inatividade física na população com idade igual ou superior a 18 anos, em Portugal e na Europa (OMS, 2010)

O estudo HBSC estimou que, em 2014, 51,0% da população estudada (adolescentes do 6º, 8º e 10º anos de entre 36 escolas de ensino regular de várias regiões de Portugal Continental) praticava atividade física pelo menos três vezes por semana. Esse valor desce ligeiramente para 49,3% no que diz respeito à Região Norte.

Quadro 5 - Percentagem de adolescentes que praticam atividade física pelo menos 3 vezes por semana, por ano, em Portugal

Local	2002	2006	2010	2014
Portugal	47,7%	46,7%	48,2%	51,0%

Consumo de Frutos e Vegetais

Segundo a análise do Global Burden of Disease Study 2010, os fatores dietéticos são os que têm mais impacto na saúde e bem-estar em cada estado-membro europeu da OMS. A Região Europeia da OMS é a mais gravemente afetada por doenças crónicas, o que se deve sobretudo a maus hábitos dietéticos e ao excesso de peso (índice de massa corporal superior a 25kg/m²). Além disso, 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.

O estudo "Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012", bem como o de 2003-2008, constataram que o padrão alimentar dos portugueses se afasta das boas práticas nutricionais. Os dados exibem um consumo excessivo de carne, pescado e ovos, com uma disponibilidade de +10,4% acima do consumo recomendado (oscilando pouco relativamente ao da BAP 2003-2008: +11,3%) e de óleos e gorduras, com uma disponibilidade de +4%. Por outro lado, verificou-se um consumo deficitário de hortícolas, frutos e leguminosas secas (-7,9%, -8,0% e -3,4% respetivamente). Quanto aos grupos "Cereais, raízes e tubérculos" e "Lacticínios", não se verificam desvios significativos relativamente ao padrão alimentar recomendado.

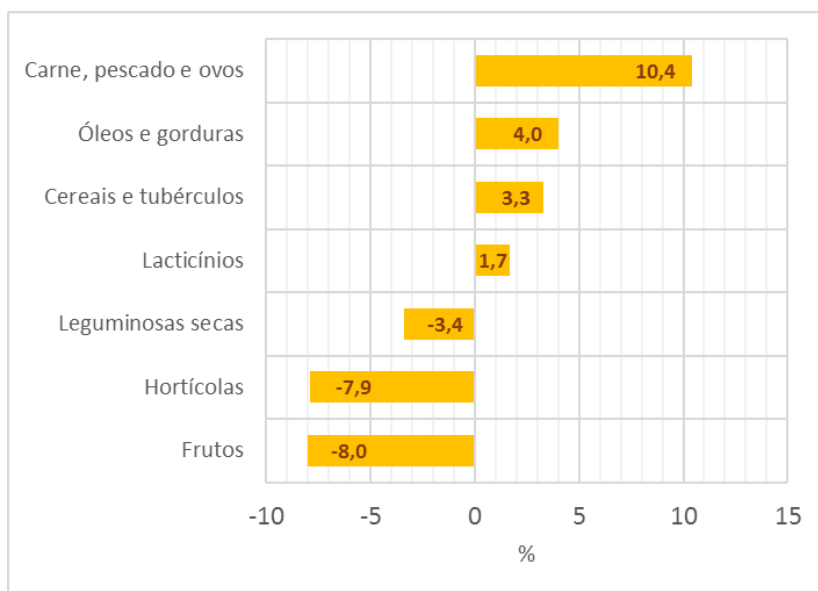


Figura 55 - Desequilíbrio das disponibilidades diárias de alimentos per capita face ao recomendado, 2012 (DGS, 2014)

O estudo HBSC, põs em evidência o consumo diário insuficiente de fruta e vegetais pelos adolescentes em Portugal.

Quadro 6 - Percentagem de adolescentes que consomem mais do que uma vez por dia fruta, vegetais, refrigerantes e doces, por ano (HBSC 2014)

Grupo alimentar	2002	2006	2010	2014
Fruta	28,4%	22,2%	22,1%	21,2%
Vegetais	13,2%	11,7%	12,2%	13,3%
Refrigerantes	22,5%	15,9%	12,8%	10,1%
Doces	12,4%	11,7%	8,1%	7,6%

Excesso de Peso, Obesidade

A elevada prevalência de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) constitui um fator de risco para o aparecimento ou agravamento de doenças agudas e crónicas como a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a DIC, algumas neoplasias, a síndrome da apneia obstrutiva do sono e a osteoartrite, pelo que pode conduzir a elevados níveis de incapacidade e de redução da qualidade de vida.

A taxa de prevalência mundial da obesidade na população adulta quase duplicou entre 1980 e 2014. A OMS refere que, em 2014, 39% (38% dos homens e 40% das mulheres) da população mundial adulta tem excesso de peso e 13% (11% dos homens e 15% das mulheres) tem obesidade.

Na população portuguesa o valor médio do índice de massa corporal tem aumentado constantemente ao longo das últimas décadas, reflexo de erros alimentares e de níveis elevados de inatividade física, tendo atingido em 2014 os valores de 26,8% no sexo masculino e 25,4% no sexo feminino.

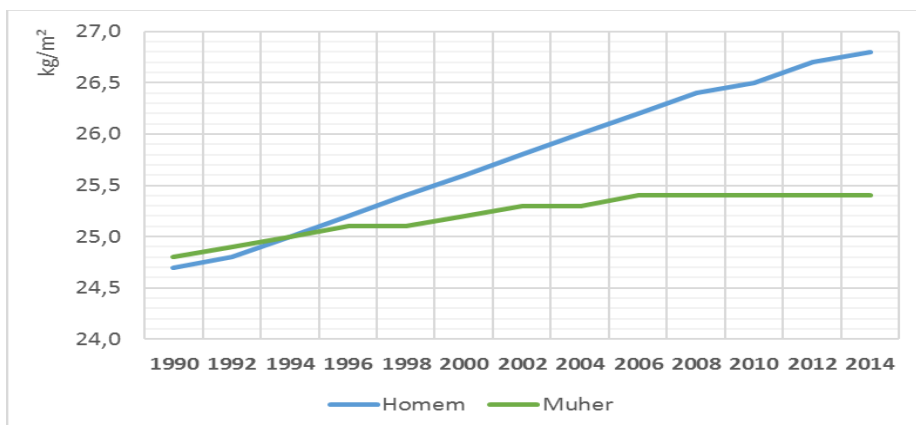


Figura 56 - Evolução do Valor Médio do Índice de Massa Corporal em Portugal, entre 1990 e 2014 (Global Health Observatory, 2014)

Segundo os dados do INE relativamente ao ano de 2014, a prevalência de excesso de peso na população portuguesa foi de 36,4% (35,4% na Região Norte), enquanto a prevalência de obesidade ronda os 16,4% (16,8% na Região Norte).

Quadro 7 - Percentagem de Indivíduos com Excesso de Peso, em 2014 (INS 2014)

Grupos etários	Portugal			Região Norte		
	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher
18-24	17,7%	20,4%	nd	nd	nd	nd
35-44	35,2%	42,5%	28,4%	32,1%	38,8%	nd
55-64	44,7%	50,0%	39,9%	44,7%	48,5%	41,2%

Quadro 8 - Percentagem de Indivíduos com Obesidade, em 2014 (INS 2014)

Grupos etários	Portugal			Região Norte		
	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher
18-24	5,6%	x	x	x	x	x
35-44	14,3%	15,2%	13,5%	16,4%	18,3%	14,6%
55-64	22,6%	19,3%	25,6%	22,0%	16,0%	27,4%

Com base no registo SIARS em 2015, a obesidade corresponde à terceira principal causa de morbilidade estudada na população do ACeS Espinho/Gaia, com uma proporção de 10,63%. A distribuição por grupo etário relativamente ao ano de 2014 é apresentada na Figura abaixo.

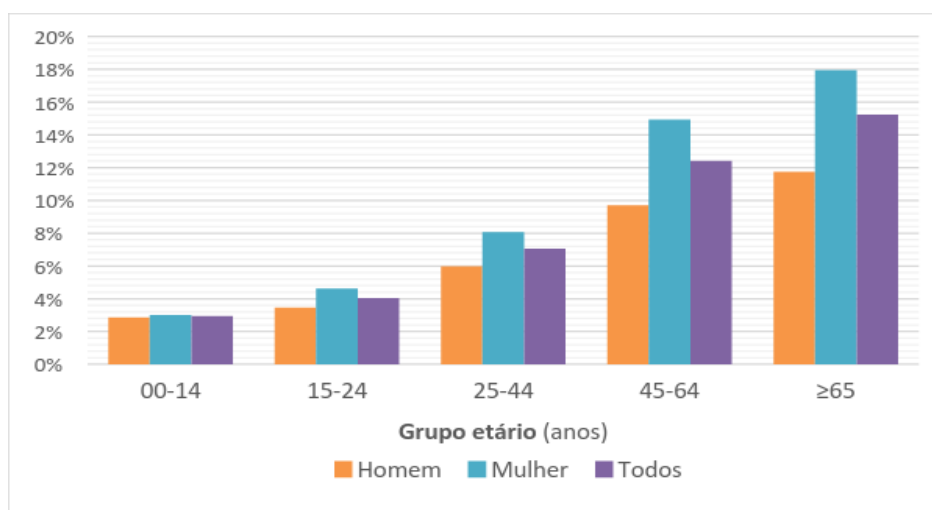


Figura 57 - Distribuição da proporção de utentes do ACeS Espinho/Gaia com registo de Obesidade (T82), 2014 (SIARS)

A obesidade surgiu também, em 2015, como a segunda patologia mais diagnosticada de novo, observando-se uma proporção de 17,72‰ (3270/184583) para todas as idades e em ambos os géneros. Verificou-se uma subida do número de novos casos diagnosticados, comparativamente a 2014 (15,5‰).

A proporção de indivíduos com registo de excesso de peso no ACeS Espinho/Gaia foi de 11,01%, similar em ambos os sexos. Este indicador segundo os critérios de inclusão do ICPC2 não inclui os indivíduos com IMC ≥ 30 kg/m².

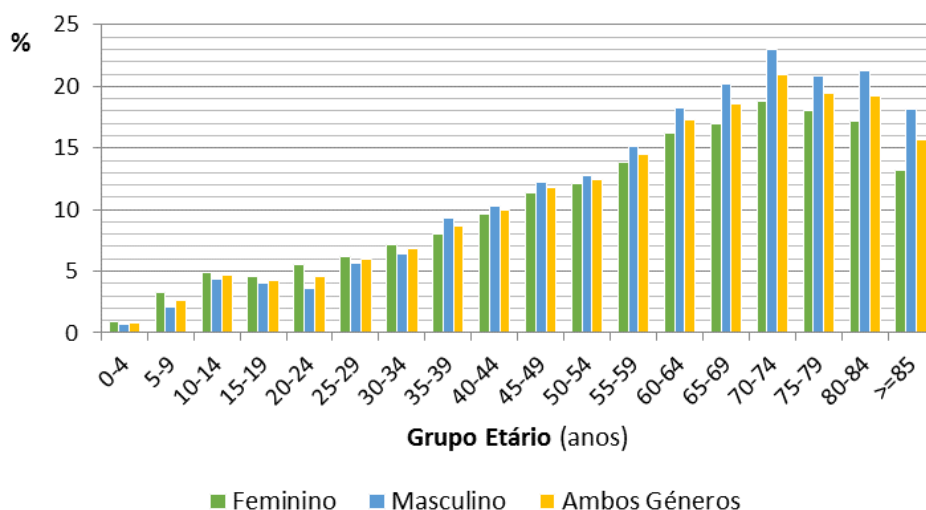


Figura 58 - Distribuição da proporção de utentes do ACeS Espinho/Gaia com registo de Excesso de peso (T83), 2015, (SIARS)

Quadro 9 - Percentagem de excesso de peso e obesidade em crianças dos 6-13 anos na área de influência do ACeS Espinho/Gaia (Estudo "Gordinho(a) ou nem por isso" (2010) 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

Consumo de álcool

O álcool é uma substância psicoativa cujo consumo nocivo, acima das doses recomendadas, está associado a vários problemas como a dependência ao álcool, a cirrose hepática, cancro e doenças infecciosas, como a tuberculose e VIH/SIDA, com

repercussão no bem-estar do indivíduo, família e da comunidade. Em 2012, cerca de 3,3 milhões de mortes, ou 5,9% do total de mortes a nível mundial, foram atribuídas ao consumo de álcool.

Segundo dados da OMS publicados em 2010, a população mundial com idade superior a 15 anos de idade bebe, em média, 6,2 litros de álcool puro por ano, o que se traduz em 13,5 gramas de álcool puro por dia.

Os dados do Global Health Observatory da OMS revelaram que, em Portugal, o consumo de álcool, em litros per capita de álcool puro, pela população acima dos 15 anos de idade, tem evoluído numa tendência decrescente desde 2003, atingindo em 2014 os 9,88 litros per capita, ainda acima da média mundial.

Segundo o INS 2014, 34,5% da população portuguesa com 15 ou mais anos referiram ter consumido bebidas alcoólicas diariamente no ano anterior. Além disso, quase metade das pessoas com menos de 35 anos referiram ter tido uma experiência de consumo arriscado de álcool nos 12 meses anteriores, sobretudo o sexo masculino (cerca de 44,7% dos homens afirmaram ter consumido 6 ou mais bebidas alcoólicas num único episódio).

Com base no registo SIARS em 2015, o abuso crónico de álcool atingiu no conjunto do ACeS Espinho/Gaia, a proporção de 1,66%, marcadamente superior no sexo masculino (3,05%) em relação ao sexo feminino (0,27%).

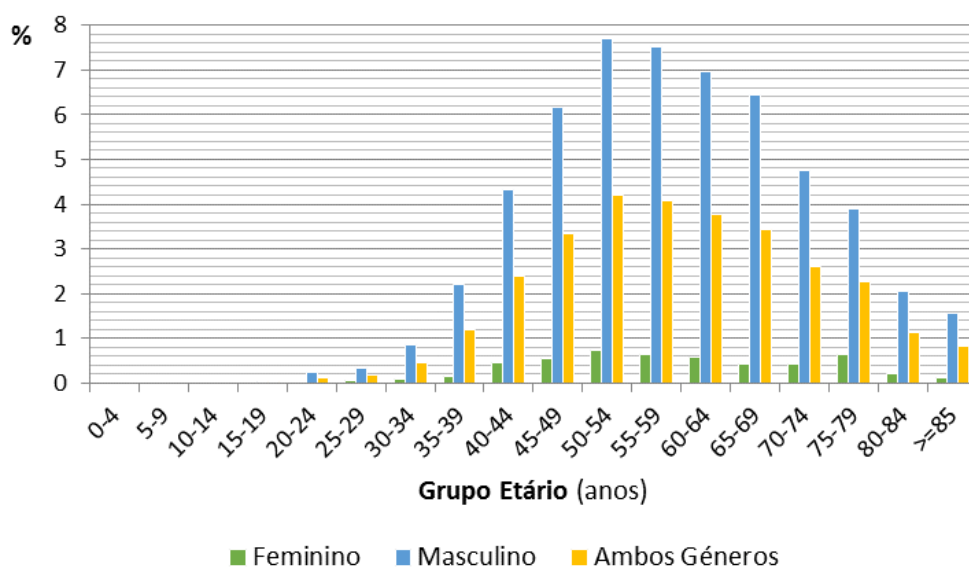


Figura 59 - Distribuição da proporção de utentes do ACeS Espinho/Gaia com registo de Abuso crónico de álcool (P15), 2015 (SIARS)