



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

Plano Regional de Saúde 2014-2016 - Extensão a 2020



plano regional de
SAÚDE AÇORES

Documento Final



Siglas e Acrónimos

A - Anos

ACIU - Atraso de Crescimento Intrauterino

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores do Estado

AEC - Ataxia Espinocerebelosa

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos

ATL - Atividades de Tempos Livres

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BCG - Bacillus Calmette-Guérin ou Vacina contra a tuberculose

BISO - Boletim Individual de Saúde Oral

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

BSR/PF - Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CAPRS - Comissão para o Acompanhamento do Plano Regional de Saúde

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNCD - Comissão Nacional de Controlo da Dor

CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

COA - Centro Oncológico dos Açores

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

CPOD - Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

CS - Centros de Saúde



CS/USI - Centro de Saúde/Unidade de Saúde de Ilha

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DAE - Desfibrilhação Automática Externa

DC - Doença Coronária

DDI-URVE - Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica

DEPD - Divisão de Estudos, Planeamento e Documentação

DGS - Direção-Geral de Saúde

DIC - Doença Isquémica do Coração

DIP - Doença Invasiva Pneumocócica

DM - Diabetes *Mellitus*

DMJ - Doença do Machado-Joseph

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRS - Direção Regional da Saúde

DSCS - Direção de Serviços de Cuidados de Saúde

DTPa - Vacina trivalente contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa/*pertussis*

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EC - European Commission

EES - Equipas de Educação para a Saúde

EFIC - *European Federation of IASP Chapters*

EGS - Exame Global de Saúde

EPE - Entidade Pública Empresarial

EPS – Educações para a Saúde

ERSARA - Entidade Reguladora dos Serviços de Água e Resíduos dos Açores



ESE - Equipas de Saúde Escolar

FA - Fibrilhação Auricular

GAPS - Gabinete de Apoio à Promoção da Saúde

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HDES, EPE - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

HH, EPE - Hospital da Horta, EPE

Hib - Vacina monovalente contra a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b*

HPV - Vírus do Papiloma Humano

HSEIT - Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

HTA - Hipertensão Arterial

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP - International Association for the Study of Pain

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IOR - Institutos das Ordens Religiosas

ITS - Infecções de Transmissão Sexual

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

M - Meses

MenC - Vacina monovalente contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis C*

NEE - Necessidades Educativas Especiais

NOC - Normas de Orientação Clínica



NSE - Necessidades de Saúde Especiais

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS - Organização Mundial de Saúde

OND - Observatório Nacional da Diabetes

ONRD - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

ONU - Organização das Nações Unidas

PA - Pressão Arterial

PAI - Processo Assistencial Integrado

PAP - Prevalência, conhecimento e controlo da HTA em Portugal

PASE - Plano de Atividades de Saúde para a Escola

PCR - Paragem Cardiorespiratória

PEI - Programa Educativo Individual

PIB - Produto Interno Bruto

PNAS - Programa Nacional de Acreditação em Saúde

PNCD - Programa Nacional de Controlo da Dor

PNLCD - Plano Nacional da Luta Contra a Dor

PNPAS - Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantojuvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

POPCI - Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção

p.p. – Pontos Percentuais

PRCD - Programa Regional de Controlo da Dor



PRPCDLO - Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta contra a
Obesidade

PRS - Plano Regional de Saúde

PRSEIJ - Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infantojuvenil

PRSO - Programa Regional de Saúde Oral

PRV - Plano Regional de Vacinação

PSI - Plano de Saúde Individual

PSO - Programas de Substituição Opiácea

PSP - Polícia de Segurança Pública

RAA - Região Autónoma dos Açores

RAM - Região Autónoma da Madeira

RN - Recém-nascido

RORA - Registo Oncológico da Região Açores

ROSIaçores - Rede de Observatórios de Saúde de Ilha dos Açores

RSI - Rendimento Social de Inserção

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSM - Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores

SRS - Serviço Regional de Saúde

TA - Tensão Arterial

TBM - Taxa Bruta de Mortalidade

Td - Vacina bivalente contra o tétano e a difteria

TM - Tumor Maligno

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil



TMN - Taxa de Mortalidade Neonatal

TMp - Taxa de Mortalidade Padronizada

TMP - Taxa de Mortalidade Proporcional

US - Unidades de Saúde

USI - Unidades de Saúde de Ilha

USP - Unidade de Saúde Pública

VASPR - Vacina trivalente contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola

VHB - Vacina monovalente contra a hepatite B

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

VIP - Vacina “monovalente” contra a poliomielite.

WHO - World Health Organization



Índice

1.	Enquadramento do Plano Regional de Saúde 2014-2016 – Extensão 2020	15
2.	Saúde 2020	20
3.	Perfil de Saúde da RAA.....	24
3.1.	Contexto demográfico e social.....	24
3.2.	Determinantes de saúde relacionados com estilos de vida	27
3.2.1.	Hábitos alimentares.....	29
3.2.2.	Atividade física.....	31
3.2.3.	Consumo de tabaco	31
3.2.4.	Consumo de álcool	32
3.2.5.	Consumo de drogas	33
3.2.6.	Acidentes de trânsito com veículos a motor e acidentes de trabalho	36
3.3.	Acesso aos serviços de saúde.....	37
4.	Estado de Saúde na RAA.....	45
4.1.	Mortalidade.....	45
4.1.1.	Doenças do Aparelho Circulatório.....	50
4.1.2.	Tumores Malignos	52
4.1.3.	Doenças do Aparelho Respiratório.....	56
4.1.4.	Doenças Endócrinas e Nutricionais	57
4.1.5.	Doenças do Aparelho Digestivo.....	59
4.1.6.	Mortalidade Infantil e Perinatal	60
4.2.	Morbilidade	61
4.2.1.	Obesidade.....	61
4.2.2.	Outras doenças crónicas.....	64
4.2.2.1.	Hipertensão arterial.....	65



4.2.2.2.	Doenças reumáticas.....	67
4.2.2.3.	Dor crónica.....	69
4.2.2.4.	Diabetes <i>Mellitus</i>	70
4.2.2.5.	Doenças respiratórias crónicas	73
4.2.2.6.	Doenças orais.....	74
4.2.2.7.	Doença mental.....	77
4.2.3.	Doenças Genéticas – Doença do Machado-Joseph.....	81
4.3.	Tuberculose e VIH/SIDA	83
4.4.	Nascimentos pré-termo e baixo peso ao nascer.....	85
4.5.	Partos por cesariana.....	85
4.6.	Nascimentos em mulheres com idade de risco.....	86
5.	Estratégias Regionais Prioritárias do PRS 2014-2016 – Extensão a 2020.....	89
5.1.	Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco.....	95
5.1.1.	Área de Intervenção na Saúde da Mulher.....	95
5.1.2.	Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil	106
5.1.3.	Área de Intervenção na Promoção da Saúde em Contexto Escolar	120
5.1.4.	Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral.....	139
5.1.5.	Área de Intervenção nas Dependências	148
5.1.6.	Área de Intervenção nas Doenças Infeciosas	157
5.1.7.	Área de Intervenção na Prevenção de Acidentes.....	166
5.1.8.	Área de Intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo	174
5.2.	Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas.....	179
5.2.1.	Área de Intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes <i>Mellitus</i>	179
5.2.2.	Área de Intervenção na Obesidade	188



5.2.3. Área de Intervenção na Hipertensão.....	194
5.2.4. Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não Infeciosas	198
5.2.5. Área de Intervenção na Dor.....	202
5.2.6. Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas.....	211
5.2.7. Área de intervenção na Promoção da Saúde Mental.....	217
5.2.8. Área de Intervenção nos Cuidados Paliativos.....	225
5.2.9. Área de Intervenção nas Doenças Genéticas	230
5.3. Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares	232
5.3.1. Área de Intervenção no AVC e no EAM	232
5.4. Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas.....	237
5.4.1. Área de Intervenção na Prevenção da Doença Oncológica.....	237
5.4.2. Área de Intervenção no Tratamento da Doença Oncológica	250
6. Indicadores do PRS 2014-2016 – Extensão a 2020.....	255
7. Operacionalização do PRS 2014-2016 – Extensão a 2020.....	266
8. Sustentabilidade Financeira do Sistema Regional de Saúde dos Açores	270
8.1. Enquadramento.....	270
8.2. Rede de Estabelecimentos do Serviço Regional da Saúde	272
8.3. Sustentabilidade Financeira do Sistema Regional de Saúde	275
9. Modelo Conceptual do PRS 2014-2016 – Extensão a 2020.....	278



Lista de Quadros

Quadro 1.	Estrutura etária da população (jovens e idosos) e variação da população residente entre 2001 e 2011 (%).	24
Quadro 2.	Evolução da Taxa de Natalidade (‰), Taxa de Fecundidade Geral (‰), Esperança Média de Vida (anos) e Índice de Envelhecimento (nº), por zona geográfica.	26
Quadro 3.	População residente (%) por tipo de alimentos consumidos nas refeições principais e sexo.	29
Quadro 4.	Comparação dos resultados obtidos na avaliação do consumo diário de gordura animal, açúcares, alimentos fritos, alimentos pré-cozinhados, sal, legumes, sopa e fruta, entre Portugal continental, RAA e RAM (<i>Observatório das Doenças Civilizacionais Portugal 2010: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade</i>).	30
Quadro 5.	Consultas realizadas nos CS/USI, hospitais EPE e COA, em 2000 e 2011, RAA.	39
Quadro 6.	Indicadores de atividade dos hospitais EPE, em 2000 e 2011, RAA.	39
Quadro 7.	Indicadores de atividade dos CS/USI, em 2000 e 2011, RAA.	40
Quadro 8.	Número de camas, taxa de ocupação e média de dias de internamento nas instituições que integram a Rede de Cuidados Continuados Integrados, em 2009 e 2012, RAA.	40
Quadro 9.	Vacinas do Plano Regional de Vacinação (PRV) – Cumprido (dados referentes a 31 de dezembro de 2012, RAA).	43
Quadro 10.	Cobertura com a vacina anti-HPV (dados referentes a 31 de dezembro de 2012, RAA).	44
Quadro 11.	Taxas de Mortalidade Proporcional relativas às principais causas de morte na RAA, em 2011, para todas as idades e para idades inferiores a 65 anos, por sexo.	48



Quadro 12. Taxas de Mortalidade Proporcional (para todas as idades e prematura) na RAA, por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos e doenças do aparelho respiratório, nos quinquénios 2002-2006 e 2007-2011.....	49
Quadro 13. Doenças Cerebrovasculares: Mortalidade Proporcional (todas as idades e prematura), por género, nos quinquénios 2002-2006 e 2007-2011 e variação percentual no período 2002-2011 (RAA).	51
Quadro 14. Cardiopatia Isquémica: Mortalidade Proporcional (todas as idades e prematura), por género, nos quinquénios 2002-2006 e 2007-2011 e variação percentual no período 2002-2011 (RAA).	51
Quadro 15. Taxas de Mortalidade Padronizadas (/100 000 hab.), em todas as idades e prematura, e Taxas de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), até aos 70 anos, em Portugal Continental, RAA e RAM (2004).	52
Quadro 16. Mortalidade Proporcional por tumores malignos (%) na RAA, por sexo, em 2011.	54
Quadro 17. Mortalidade proporcional por tumores malignos (TM) (%) (TM da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; TM estômago; TM cólon) na RAA, por sexo, nos quinquénios 2002-2006 e 2007-2011.	55
Quadro 18. Percentagem de indivíduos com excesso de peso e obesidade, por zona geográfica e sexo (2005/2006).	63
Quadro 19. Prevalência (%) das principais doenças crónicas na RAA (2005/2006).	65
Quadro 20. Prevalência da Diabetes e Pré-Diabetes (%) na RAA, RAM e Portugal, em 2009.	71
Quadro 21. Prevalência da diabetes na RAA por escalão etário, em 2012, de acordo com o número de diabéticos registados na DRS/DEPD.....	72
Quadro 22. Percentagem de crianças livres de cárie e Índices de cpod/CPOD para os 6, 12 e 15 anos, na RAA e a média nacional em 1999 e 2005.	75
Quadro 23. Novos casos de Tuberculose, entre 2000 e 2012, na RAA.	83



Quadro 24. Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos (/100.000 hab.) e APVP por acidentes de trânsito com veículos a motor, antes dos 70 anos (/100.000 hab.) entre 2003 e 2011, na RAA.	170
Quadro 25. Taxas de Anos de Potenciais de Vida Perdidos, até aos 70 anos (/100000 hab.), e Taxas de Mortalidade Padronizadas abaixo dos 65 anos (/100000 hab.), por Diabetes <i>Mellitus</i> entre 2009 e 2011, na RAA e em Portugal.....	180
Quadro 26. Etapas desenvolvidas para o estabelecimento das metas do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020.....	257
Quadro 27. Indicadores de ganhos em saúde e respetivos valores (observados, projetados e metas) na RAA.	259
Quadro 28. Indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde e respetivos valores (observados, projetados e metas) na RAA.	260
Quadro 29. Lista de indicadores de ganhos em saúde a desenvolver.	263
Quadro 30. Lista de indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde a desenvolver.	264
Quadro 31. Caracterização da Oferta de Cuidados, 2014, Projeções e Estimativas do INE.....	274
Quadro 33. Sistema Regional de Saúde – projeção da conta económico-financeira.	276
Quadro 34. Despesa Pública com Saúde em % PIB (2009-2011).	277



Lista de Figuras

Figura 1.	Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011.	25
Figura 2.	Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade (‰) na RAA, RAM e Portugal (2002-2012).	47
Figura 3.	Mortalidade Proporcional (%) na RAA em todas idades e prematura, considerando ambos os sexos, em 2011.	48
Figura 4.	Principais causas específicas de morte em todas as idades no sexo masculino e feminino (%) em 2011, na RAA.	49
Figura 5.	Principais causas específicas de morte prematura no sexo masculino e feminino (%) em 2011, na RAA.	50
Figura 6.	Taxas de Mortalidade Proporcional (%) por tumores malignos, para todas as idades e prematura, em 2011, RAA.	53
Figura 7.	Evolução das Taxas de Mortalidade Proporcional (%) por Diabetes, para todas as idades e prematura, entre 2002 e 2011, RAA.	58
Figura 8.	Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (‰) em Portugal Continental, RAA e RAM entre 2002 e 2012.	60
Figura 9.	Nascimentos (%) em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos) na RAA, RAM e Portugal Continental entre 2000 e 2011.	86
Figura 10.	Nascimentos (%) em mulheres adolescentes (≤ 19 anos) na RAA, RAM e Portugal Continental, entre 2000 e 2011.	87
Figura 11.	Estratégias e Áreas de Intervenção do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020	94
Figura 12.	Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental.	218
Figura 13.	Articulação entre os vários intervenientes do Serviço Regional de Saúde	273



1. Enquadramento do Plano Regional de Saúde 2014-2016 – Extensão 2020

O Plano Regional de Saúde (PRS) 2014-2016 - Extensão a 2020 surge como um documento estratégico que engloba recomendações, orientações e ações para maximizar os ganhos em saúde para toda a população da Região Autónoma dos Açores (RAA), tendo por base um processo de planeamento¹ centrado nas necessidades de saúde identificadas na Região, orientado para o estabelecimento de prioridades de intervenção, garantindo o uso eficaz e eficiente² dos recursos disponíveis, para a implementação de abordagens integradas e para decisões de ação baseadas na melhor evidência disponível.

Pretende-se, desta forma, estabelecer linhas estratégicas de promoção da saúde, cujo objeto principal de atenção é o utente, suportadas nos valores fundamentais dos sistemas de saúde³: universalidade, acesso a cuidados de qualidade, equidade, solidariedade, capacitação dos cidadãos, justiça social, prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, respeito, solicitude e decisão apoiada na evidência científica.

Este PRS assenta numa matriz estrutural que se suporta em quatro eixos fundamentais - Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis. Ao adotar estes eixos estruturais, o Governo dos Açores assume que, estas são as vertentes, reconhecidamente interdependentes, da responsabilidade e competência de cada interveniente no sistema de saúde (cidadão, profissional de saúde, gestor e administrador, representante de grupos de interesses, empresário, decisor político) em que cada um se deve avaliar e valorizar no sentido de obter ganhos e valor em saúde.

A promoção da literacia em saúde e uma cultura de capacitação dos cidadãos nesta matéria são fundamentais ao reforço da **cidadania em saúde**, contribuindo para que indivíduos e comunidades participem, de forma autónoma e responsável (como

¹ O Planeamento em Saúde consiste na "...racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos...". Imperatori & Giraldes (1982). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa

² A eficácia avalia o grau de atingimento dos objetivos atingidos (numa situação ideal); a eficiência avalia a relação entre os custos e os objetivos atingidos.

³ Juntos para a Saúde: Uma Abordagem Estratégica para a UE (2008-2013), Comissão Europeia



decisores, gestores, avaliadores e agentes), na mudança relativamente à sua saúde e à daqueles que deles dependem. Neste contexto, estratégias como estudos sobre a perceção dos utentes em relação à qualidade dos serviços, sobre a satisfação relativamente aos cuidados prestados, ações de sensibilização e educação para a saúde nas comunidades e informação sobre promoção da saúde e prevenção da doença dirigida ao público em geral, revestem-se de particular interesse para o fortalecimento da cidadania em saúde.

O **acesso adequado** aos cuidados configura-se como uma dimensão da **equidade em saúde**⁴, preconizando a obtenção de cuidados de qualidade, necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado, constituindo um dos determinantes da saúde⁵ potenciador da redução das desigualdades no setor. A adequação da acessibilidade aos cuidados tem como fatores relacionados aqueles que condicionam as crenças em saúde, como a educação, a cultura ou a rede familiar em que o cidadão se insere, e aqueles que dizem respeito à efetiva disponibilidade de meios para que esse acesso se concretize, como seja a existência de transportes, e à possibilidade de suportar economicamente as deslocações ou os custos associados a serviços e tratamentos, designadamente quando considerados os doentes crónicos, idosos ou desempregados.

No panorama atual de crise económica e social⁶, assiste-se a uma crescente procura dos serviços públicos de saúde, pelo que se torna fundamental a reorganização e crescente articulação entre os cuidados de saúde Primários, Pré-Hospitalares, Hospitalares e Continuados e Integrados. Simultaneamente, sistemas de monitorização do acesso e projetos que visem a redução das desigualdades em saúde surgem como potenciais recursos para a promoção do acesso adequado dos cidadãos aos cuidados.

A **qualidade em saúde** engloba o acesso adequado e equitativo aos cuidados, associado a elevados níveis de profissionalismo e à otimização dos recursos

⁴ Que se expressa “como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde” (PNS 2012-2016).

⁵ WHO (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Venice. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf, consultado a 31 de julho de 2013.

⁶ Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). *Relatório de Primavera – As duas faces da saúde*. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>, consultado a 31 de julho de 2013.



disponíveis, garantindo a adesão e satisfação dos cidadãos, implicando inevitavelmente a adequação dos cuidados às suas necessidades e expectativas.

Envolve:

- A promoção da cadeia de valor em saúde (processos que conduzem a uma maior obtenção de ganhos considerando o investimento feito);
- Ciclos de melhoria contínua da qualidade (identificação sistemática de problemas e oportunidades com o objetivo de os solucionar ou melhorar; estabelecimento de padrões desejáveis e realistas; identificação e atuação sobre pontos críticos; planeamento e implementação de mudanças; monitorização e avaliação), que devem ser transdisciplinares, não punitivos e da iniciativa dos profissionais, fazendo parte de planos de desenvolvimento profissional e das instituições;
- Monitorização, *benchmarking* e avaliação (interna e externa), incluindo processos de acreditação, de avaliação e de identificação de boas práticas, entre outros.

Como estratégias para promover a qualidade em saúde salientam-se o reforço da governação integrada (clínica, empresarial, financeira, de informação e gestão de risco), mecanismos de influência (normas de orientação clínica, ambiente e arquitetura, modelos de financiamento, planeamento de recursos humanos, cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade), os Processos Assistenciais Integrados (PAÍ's) e a participação e capacitação dos utentes.

A definição de prioridades e intervenções por políticas do Governo, Autarquias ou outros setores no intuito de dar resposta a necessidades de saúde, distribuição de recursos, potenciação de impactos positivos para a saúde e mitigação dos negativos, constituem as **Políticas Saudáveis**⁷.

As Políticas Saudáveis englobam Políticas de Saúde Pública, ou seja, esforços organizados dirigidos primariamente a beneficiar o estado de saúde de uma população, enfatizando a proteção e promoção da saúde e a prevenção da doença, e a Saúde em Todas as Políticas que é uma estratégia explícita de abordagem intersectorial, baseada na evidência de que ações e políticas da iniciativa dos setores

⁷ WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>, consultado a 31 de julho de 2013.



fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde e na equidade. Algumas estratégias para o reforço de Políticas Saudáveis são a implementação de medidas reguladoras, a responsabilização de instituições, agências e departamentos, planeamento de programas de saúde, organização dos cuidados de saúde ou sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica.

O PRS 2014-2016 - Extensão a 2020 tem como principais prioridades e orientações estratégicas as seguintes:

- uma perspetiva de continuidade relativamente ao PRS 2009-2012, considerando os ganhos e os aspetos a melhorar após a sua implementação, que constam da avaliação realizada pela Comissão para o Acompanhamento do Plano Regional de Saúde (CAPRS), “Relatório Circunstanciado do PRS 2009-2012”;
- as principais necessidades de saúde na RAA, identificadas através da análise da situação de saúde (caracterização da população alvo, através das componentes demográfica e socioeconómica; descrição quantitativa dos problemas de saúde, recorrendo a taxas de mortalidade e morbidade, tendo em consideração as suas consequências; análise dos determinantes de saúde/fatores de risco; identificação de recursos);
- os estudos realizados, de âmbito regional e nacional, relacionados com estado de saúde da população da RAA;
- o reconhecimento de que a obtenção de ganhos em saúde só será possível através da coparticipação e corresponsabilização de todos os intervenientes – cidadãos; organizações (sob uma perspetiva multi e intersectorial) e comunidades;
- o pressuposto de que a promoção da saúde não está somente relacionada com as responsabilidades do setor da saúde, sendo necessário coordenar esforços com outras áreas como a agricultura, ambiente ou saúde ocupacional, e que essa promoção vai muito além dos estilos de vida saudáveis, passando pelo bem-estar e por ambientes promotores da saúde, numa perspetiva de Saúde em Todas as Políticas⁸;

⁸ OMS (2010). *Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas*. Governo da Austrália Meridional, Adelaide. Disponível em



- a necessidade de implementar intervenções que maximizem a otimização de recursos humanos e financeiros garantindo a sustentabilidade do Serviço Regional de Saúde (SRS);
- o reconhecimento da importância da monitorização e avaliação das intervenções implementadas sob as orientações estratégicas constantes neste documento;
- a aposta na melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos principais financiadores do SRS – os cidadãos da RAA – nomeadamente criando condições para a certificação/acreditação dos Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha (CS/USI) de acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS);
- o reconhecimento de que a monitorização e resposta a riscos e emergências se revestem de especial importância dadas as características particulares da realidade insular;
- as implicações das alterações da estrutura demográfica da Região nos sistemas de saúde e proteção social, sustentadas pelo envelhecimento da população e pelo aumento da imigração.

Pretende-se que o PRS 2014-2016 - Extensão a 2020 sirva de guia orientador para os serviços de saúde da Região, no intuito de concertar intervenções face às necessidades de saúde da população, apresentando formas de monitorização dos ganhos em saúde, designadamente através da definição de metas e de indicadores, tendo presente que, “os ganhos em saúde resultarão da melhor adequação entre necessidades de saúde e serviços, da melhor relação entre recursos e resultados, ou seja do melhor desempenho”⁹.

http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf,

consultado a 31 de julho de 2013.

⁹ PNS 2012-2016 – Versão Resumo. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2014/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20144.pdf, consultado a 31 de julho de 2013.



2. Saúde 2020¹⁰

A saúde e o bem-estar são fatores fundamentais para o desenvolvimento económico e social de um país. Neste contexto, as políticas de saúde nacional e regionais estão estreitamente associadas às políticas europeias e globais, designadamente às definidas na estratégia *Health 2020* (WHO, 2013), cujos objetivos estratégicos são melhorar a saúde da população, reduzindo as desigualdades em saúde, e reforçar a liderança e a governança para a saúde.

As prioridades definidas pela OMS para atingir estes objetivos são:

1. Investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos.
2. Responder aos desafios associados às doenças transmissíveis e não transmissíveis;
3. Fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas e a capacidade de resposta em saúde pública, designadamente face a emergências ou ameaças;
4. Criar comunidades resilientes e ambientes protetores.

¹⁰ Regulamento nº 282/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de março de 2014 - criação de um terceiro Programa de ação da União no domínio da saúde (2014-2020) que revoga a Decisão nº 1350/2007/CE. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32014R0282>, consultado a 31 de agosto de 2015.

World Health Organization (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc629-health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, consultado a 20 de agosto de 2015.

World Health Organization (2013). *Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. Regional Office for Europe. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, consultado a 25 de agosto de 2015.

World Health Organization (2013). *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen*. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/215820/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Eng.pdf, consultado a 24 de agosto de 2015.

World Health Organization (2014). *Transforming health services delivery towards people-centered health systems*. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/260710/Transforming-health-services-delivery-towards-people-centred-health-systems.pdf, consultado a 20 de agosto de 2015.

World Health Organization (2015). *A Roadmap to Implementing Health 2020 – the Experience of San Marino*. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/281531/Roadmap-Implementing-Health2020Experience-SanMarino.pdf, consultado a 26 de agosto de 2015.



Estas quatro áreas prioritárias estão interligadas, são interdependentes e reforçam-se mutuamente.

Considerando os objetivos estratégicos e as prioridades definidas pela OMS na estratégia *Health 2020*, foram acordadas, com os Estados-Membros, as seguintes metas para a Região Europeia, em 2020:

1. Reduzir a mortalidade prematura.
2. Aumentar a esperança de vida.
3. Reduzir as desigualdades em saúde.
4. Melhorar o bem-estar da população.
5. Assegurar a cobertura universal e o direito ao mais alto nível possível de saúde.
6. Definir metas e objetivos nacionais relacionados com a saúde.

Manter as pessoas saudáveis e ativas mais tempo, capacitando-as para assumirem um papel ativo na gestão da sua saúde, terá efeitos globalmente positivos, nomeadamente na redução das desigualdades e no aumento da qualidade de vida, na produtividade e na competitividade, contribuindo simultaneamente para a sustentabilidade do sistema de saúde. A promoção da saúde e a prevenção da doença devem começar com a gravidez e com o desenvolvimento na primeira infância, e manter-se ao longo de todo o ciclo de vida. De facto, crianças saudáveis aprendem melhor, adultos saudáveis são mais produtivos e os idosos saudáveis podem continuar a contribuir ativamente para a sociedade¹¹. Importa ainda ter presente que a redução das desigualdades em saúde pressupõe que a questão não se limite apenas à saúde física. Os problemas de saúde mental são também muito variados, de longa duração, fonte de discriminação e fortemente influenciados por fatores externos, como seja a crise socioeconómica que tem vindo a afetar vários países europeus, incluindo Portugal, os quais tendem a enfraquecer fatores de proteção e acentuar fatores de risco, contribuindo, desta forma, para aumentar as alterações do foro mental nas populações.

¹¹ Crisp, L. N. (coord.) (2014). *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html, consultado a 19 de agosto de 2015.



Na definição de políticas que favoreçam a promoção da saúde e a prevenção da doença ao longo do ciclo de vida, importa não esquecer que as sociedades modernas estão sujeitas a várias pressões – desde a *fast food* e os transportes motorizados, até ao entretenimento no domicílio e à conceção dos edifícios - que se conjugam para encorajar uma vida sedentária e estilos de vida pouco saudáveis. O acesso fácil ao álcool, aos alimentos açucarados e, até há pouco tempo, ao tabaco, significa que também é “fácil” fazer escolhas que não são saudáveis. Por outro lado, a reduzida literacia em saúde e as informações confusas e contraditórias dificultam a tomada de decisões sensatas pelos cidadãos sobre a alimentação, a quantidade de exercício a praticar, os medicamentos a consumir e os conselhos a seguir no que respeita a tratamentos.

Todos estes aspetos, refletem-se em crescentes níveis de obesidade e num grande acréscimo na incidência de doenças de longa duração ou doenças crónicas, também potenciadas pelo envelhecimento da população – sobretudo diabetes, cancro, doenças respiratórias e cardiovasculares – que são debilitantes para o doente, muitas vezes incapacitantes, e que afetarão o crescimento económico do país ou região.

Assim, torna-se imperativo melhorar a literacia em saúde e promover as escolhas mais saudáveis como as escolhas mais “fáceis”, fomentando a intervenção ativa dos cidadãos na gestão da sua própria saúde. *A saúde começa em casa*¹², e todos temos um papel a desempenhar, ou seja, a saúde não pode ficar entregue exclusivamente aos profissionais do sector ou aos políticos, nem pode ser encarada simplesmente como uma área de negócio ou um serviço do Estado. Além disso, todas as estruturas e setores da sociedade – educação, ambiente, segurança social, comércio e emprego, assim como a saúde – devem trabalhar em conjunto para promover a saúde e o bem-estar¹³.

As políticas destinadas a melhorar a saúde dos cidadãos, incluem também o combate a ameaças globais à saúde, como é o caso das alterações climáticas, das infeções resistentes aos antibióticos ou das pandemias, que devem ser alvo de ações de saúde

¹² *ibidem*

¹³ *ibidem*



pública concertadas que permitam a deteção precoce e a planificação de respostas, assentes em avaliações de risco sólidas e fiáveis.

A qualidade dos cuidados de saúde, a segurança do doente e a necessidade de assegurar que os tratamentos são baseados nos conhecimentos mais atualizados são questões-chave, tanto para os profissionais de saúde como para os doentes, ou seja, deverão aplicar-se sistematicamente as boas práticas comprovadas, sempre e em toda a parte.¹⁴

“No meu sistema de saúde ideal, serei saudável desde o meu nascimento, seguro e tranquilo, até há minha morte com dignidade no final da vida, e rodeado pela minha família. Terei muito poucos motivos para interagir diretamente com o próprio sistema de uma forma física, para além das medidas preventivas, como as vacinas ou os rastreios, e as doenças agudas intercorrentes, tais como as doenças inevitáveis ou os acidentes. Quando tiver de recorrer a um centro de saúde para cuidados de saúde proactivos ou a um hospital para um tratamento urgente ou por razões de saúde graves, o meu problema será aí resolvido de forma profissional e humana, tão rapidamente quanto possível.”

Lynn Archibald (2014, p25), in Crisp, L. N. (coord.) (2014). *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

¹⁴ *ibidem*

3. Perfil de Saúde da RAA

3.1. Contexto demográfico e social

À data dos Censos 2011 residiam na RAA 246 772 habitantes (mais 5009 do que em 2001, o que representa um saldo positivo de 2%), correspondendo a população feminina a 125 238 e a masculina a 121 534 cidadãos. Em relação à estrutura etária dos residentes (Quadro 1 e Figura 1), 17,9% tinha menos de 15 anos e 13,1% correspondia à população idosa com mais de 65 anos. A evolução sociodemográfica açoriana tem acompanhado a tendência observada para o país, pois em relação a 2001, o peso do grupo etário mais jovem diminuiu (2001 - 21,4%) enquanto a proporção de idosos com mais de 65 anos na população aumentou ligeiramente (2001 - 12,9%). De sublinhar o facto do grupo etário dos 35 aos 64 anos ter reforçado a sua importância entre 2001 e 2011, de 33,4% para 39,2%.

Quadro 1. Estrutura etária da população (jovens e idosos) e variação da população residente entre 2001 e 2011 (%).

Estrutura etária da população por sexo (%)		2001	2011	População residente Variação entre 2001 e 2011 (%)
		HM	HM	
JOVENS (<15 ANOS)	Portugal Continental	15,8	14,8	- 4,74
	RAA	21,4	17,9	-14,62
	RAM (a)	19,1	16,4	- 6,16
IDOSOS (≥ 65 ANOS)	Portugal Continental	16,5	19,3	18,99
	RAA	12,9	13,1	3,38
	RAM	13,7	14,9	18,82

Fonte: INE (2011). Censos 2011 – Resultados Definitivos. (a) Região Autónoma da Madeira.

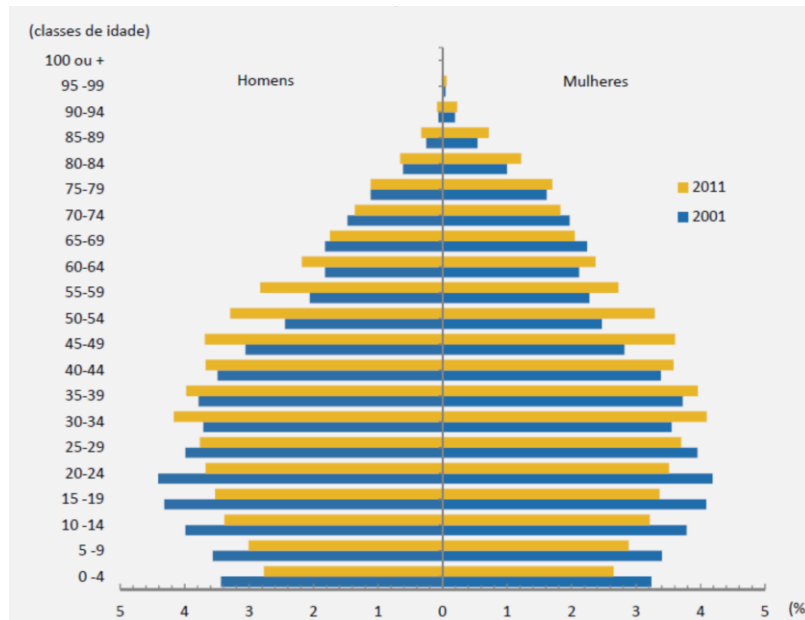
Atualmente não existem dados estatísticos relativos à emigração na RAA, facto relacionado com a abolição do passaporte de emigrante, o que impediu a recolha de dados referentes ao movimento emigratório a partir do ano de 1988 (SREA, 2011¹⁵). Relativamente à população estrangeira, com estatuto legal de residente, em 2011

¹⁵ SREA (2012). *Demografia 2011*. Disponível em <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B840cd932-5860-46df-82f8-7f974efc184c%7D.pdf>, consultado a 30 de julho de 2013.



contabilizaram-se 3 391 indivíduos, sendo a maior comunidade estrangeira a de nacionalidade brasileira, com cerca de 20% do total de cidadãos estrangeiros.

Figura 1. Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011.



Fonte: INE (2011). Censos 2011 – Resultados Definitivos.

Em 2011, o **índice de envelhecimento** da população açoriana era de 74,1, ou seja, por cada 100 jovens existiam cerca de 74 idosos com 65 ou mais anos, valor significativamente superior aos 60,6 observados em 2001, o que está associado ao incremento do peso da população idosa na Região (Quadro 2). Esta tendência é também consequência da diminuição da **taxa de fecundidade geral**¹⁶ (2001 - 50,4‰; 2011 - 43,3‰) e do aumento, quer da **esperança de vida** (de 74,6 anos no triénio 2004-2006 para 75,6 no triénio 2009-2011), quer do **índice de longevidade** (relação entre a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa) de 42 em 2001 para 46,8 em 2011 da população residente. No entanto, contrariamente ao verificado em Portugal continental, em que ocorreu um agravamento do **índice de dependência de idosos**¹⁷ entre 2001 e 2011 de 25 para 30 idosos, por cada 100 pessoas em idade ativa, este índice na RAA acusou um decréscimo de 20 para 19, considerando o mesmo período de tempo.

¹⁶ (Número de nados-vivos no ano civil/número de mulheres entre os 15 e os 49 anos) * 1000.

¹⁷ Relação entre o número de idosos e a população em idade ativa. Definido habitualmente como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 15 - 64 anos.



Na última década a **taxa de natalidade** na RAA tem vindo a diminuir (Quadro 2). Em 2002 esta taxa era de 12,6‰ e, em 2012, de 10,1‰. O INE prevê que este valor diminua, na Região, para 9,8‰ em 2020.

Entre 2007 e 2010 o **saldo fisiológico** (diferença entre o número de nados vivos e o número de óbitos ocorridos) na RAA apresentou uma tendência decrescente, situação que se inverteu em 2011, ano em que esta diferença representa um acréscimo de 47,4%, relativamente a 2010 (SREA, 2011¹⁸).

A **taxa de mortalidade** na Região diminuiu de 11,2‰, em 2002, para 8,9‰, em 2012.

Quadro 2. Evolução da Taxa de Natalidade (‰), Taxa de Fecundidade Geral (‰), Esperança Média de Vida (anos) e Índice de Envelhecimento (nº), por zona geográfica.

Zona Geográfica	Taxa de Natalidade (‰)		Taxa de Fecundidade Geral (‰)		Esperança Média de Vida (anos)		Índice de Envelhecimento (nº)	
	2002	2012	2001	2012	2004/2006	2009/2011	2001	2011
Portugal Continental	10,9	8,5	42,7	38,9	78,3	79,7	104,8	134,0
RAA	12,6	10,1	50,4	43,3	74,6	75,6	60,6	74,1
RAM	12,5	7,8	48	35,4	73,9	75,4	72,1	90,6

Fonte: INE (2011/2013), SREA (2011/2013).

O **nível de ensino** da população açoriana evoluiu significativamente na última década. Enquanto em 2001 a taxa de habitantes com ensino superior completo era de 6,1%, em 2011 este valor ascendeu a 10,8%, constatando-se, paralelamente, uma diminuição da taxa de analfabetismo, de 9,4% para 4,7%. De sublinhar que 61,8% dos licenciados são mulheres. Relativamente aos outros níveis de ensino, os Censos 2011 revelam que 14,7% da população completou o ensino secundário, 16,8% o 3º ciclo e 14,6% o 2º ciclo. Cerca de 30% da população apenas completou o 1º ciclo e 7,3% não possui qualquer nível de instrução.

¹⁸ SREA (2012). *Demografia 2011*. Disponível em <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B840cd932-5860-46df-82f8-7f974efc184c%7D.pdf>, consultado a 30 de julho de 2013.



A taxa de desemprego, na RAA, situou-se em 18,0%, no 1º trimestre de 2014, apresentando um aumento de 1,1 pontos percentuais (p.p.), relativamente ao mesmo trimestre de 2013, e de 0,7 p.p. relativamente ao trimestre anterior¹⁹.

O desemprego, como já foi referido, abrange 18,0% da população ativa, continuando a ser maior nos mais jovens, que neste trimestre atingiu 43,0% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, tendo aumentado 5,4 pontos percentuais relativamente ao trimestre anterior²⁰.

O aumento homólogo do desemprego deveu-se fundamentalmente ao aumento do número de desempregados à procura do novo emprego, que passaram de 17 286 para 19 738 indivíduos, enquanto os desempregados à procura do 1º emprego diminuíram (de 2 508 para 1 987 indivíduos)²¹.

Evolução do Produto Interno Bruto (PIB)

De acordo com dados apresentados no Plano Regional Anual 2014-2016 (Direção Regional do Planeamento e Fundos Estruturais²², 2013), no ano de 2011, o PIB na RAA foi estimado no montante de 3 701 milhões de euros a preços de mercado, e numa média de 15,1 mil euros por residente naquele mesmo ano. Em termos reais a contração foi apenas de -0,7%, constatando-se que a RAA foi a que melhor resistiu à crise. A variação do PIB registada em todo o país foi mais acentuada, apurando-se no conjunto uma contração real de -1,6%.

3.2. Determinantes de saúde relacionados com estilos de vida

As doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, obesidade, diabetes *mellitus*, doenças osteoarticulares e perturbações da saúde mental, como a depressão) são, atualmente, as principais

¹⁹ SREA (2014). Boletim Trimestral de Estatística – 1º Trimestre de 2014. Disponível em <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B08c85604-f52f-44e4-a1d4-2d6e8a59c7bf%7D.pdf>, consultado a 5 de junho de 2014.

²⁰ *Ibidem*

²¹ *Ibidem*

²² Direção Regional do Planeamento e Fundos Estruturais (2013). *Plano Regional Anual 2013-2016*. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/B17C3D46-7303-4899-902A-6BDE5C7B2D09/707563/Plano_2013aprovadoALRA.pdf, consultado a 13 de setembro de 2013.



causas de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, sendo responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, com um forte impacto no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento.

Os estilos de vida, que condicionam fortemente estes desvios de saúde, são expressos pelas escolhas, pelos comportamentos habituais e pelas práticas do dia-a-dia, ao longo da vida de cada um, sendo influenciados pelos conhecimentos e pelo meio ambiente onde os indivíduos estão inseridos. Assim, comportamentos associados ao consumo de tabaco, erros alimentares, consumo excessivo de álcool, inatividade física e incorreta gestão do stresse são hoje reconhecidos como os principais fatores associados à origem das doenças enumeradas.

Neste contexto, emerge como estratégia fundamental de saúde, intervir sobre estes determinantes, designadamente em termos de prevenção primária, com ações de promoção da saúde multissetoriais e transdisciplinares, compreensivas, diversificadas, continuadas e sujeitas a avaliação, no intuito de obter quer ganhos em saúde, pela diminuição da prevalência de doenças crónicas, quer a redução dos custos económicos e sociais a elas associados, fomentando, simultaneamente, a capacidade de participação dos cidadãos em matéria de saúde.

Perceção do estado de saúde pelos residentes na RAA

Os dados recolhidos (entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006) no 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS)²³, revelaram que a autoavaliação do estado de saúde pela população residente nos Açores é significativamente mais favorável comparativamente à dos habitantes das outras regiões, com 64,3% dos indivíduos a avaliá-lo como *muito bom* ou *bom*. Esta apreciação positiva do estado de saúde foi superior entre os homens (69,9%) comparativamente à das mulheres (58,8%), verificando-se, no entanto, que a perceção de satisfação relativamente ao estado de saúde decresce com o aumento da idade.

²³ INE, I. P./INSA, I. P. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. INE: Lisboa. Disponível em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf, consultado a 2 de agosto de 2013.



3.2.1. Hábitos alimentares

A prevenção e controlo das doenças mais prevalentes (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade...) passam pela promoção de uma alimentação saudável, através da redução do consumo de gordura saturada, de gordura tipo *trans*, de sal e de açúcar e através do aumento do consumo de fruta e hortícolas.

De acordo com o 4º INS, em 2005, a maioria da população açoriana fazia diariamente 3 refeições principais (89,5%), independentemente do sexo, e aproximadamente 1/3 dos inquiridos afirmavam não comer nada fora das refeições principais (30,5%). O pão (94,4%), o leite e seus derivados (90,3%) e as batatas/arroz/massa (86,3%) foram os alimentos mais frequentemente referidos como fazendo parte das refeições principais dos residentes na RAA, que assumiam consumir mais carne (70,8%) do que peixe (41,2%). A fruta e a sopa faziam parte das refeições principais de uma proporção significativa da população (74,9% e 73,2%, respetivamente), enquanto a ingestão de bolos/chocolates/sobremesas era mencionada por cerca de ¼ dos residentes (27,4%). O pão surgia como o alimento preferencial nas refeições intermédias para os homens (39,6%), enquanto para as mulheres a fruta era a escolha principal nessas refeições (44,5%). Alimentos ricos em gordura, açúcar e sal, como bolos/outras guloseimas, ou salgados, como batatas fritas, eram também mencionados como fazendo parte dos pequenos lanches de parte dos habitantes (bolos/chocolate/sobremesas – 10,5%; outras guloseimas – 4,5%; salgados – 1,6%; batatas fritas – 1,8%).

Quadro 3. População residente (%) por tipo de alimentos consumidos nas refeições principais e sexo.

Alimentos consumidos nas refeições principais, no dia anterior à entrevista (INS 2005-2006):									
Sexo	Leite e derivados	Sopa	Pão	Carne	Peixe	Batatas/ arroz/massa	Salada/ legumes	Fruta	Bolos/ chocolate
HM (%)	90,3	73,2	94,4	70,8	41,2	86,3	47,5	74,9	27,4
H (%)	89,9	71,6	96	71,4	41,8	86,2	46,4	74,2	26,4
M (%)	90,6	74,8	92,8	70,2	40,6	86,5	48,6	75,6	28,5

Fonte: Adaptado de INS 2005/2006.

Num inquérito realizado em 2010 (*Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade*), constatou-



se que 42,7% dos respondentes residentes na RAA fazia três refeições diárias, 25,6% quatro refeições e 16,5% cinco. Relativamente ao consumo de sal, a maioria dos participantes referiu utilizar a quantidade “normal” (52,3%) ou pouco (41,4%) nas refeições preparadas em casa, enquanto 3,9% afirmou colocar bastante sal. O consumo diário de gorduras animais foi declarado por 44,9% dos inquiridos, sobretudo ao pequeno-almoço (71,6%) e almoço (38,8%). Mais de metade dos respondentes mencionou a ingestão diária de açúcares (54,4%), designadamente ao pequeno-almoço (73,8%), e o consumo semanal de fritos (58,6%). Contudo, 43,9% dos participantes afirmaram raramente utilizar alimentos pré-cozinhados e 37,9% asseguraram nunca os consumir. A ingestão diária de legumes foi referida por 44,7% dos inquiridos, apesar de 11,9% raramente ou nunca os consumir. A sopa e a fruta faziam parte da dieta diária de uma grande percentagem dos participantes (55,8% e 71,6%, respetivamente).

Quadro 4. Comparação dos resultados obtidos na avaliação do consumo diário de gordura animal, açúcares, alimentos fritos, alimentos pré-cozinhados, sal, legumes, sopa e fruta, entre Portugal continental, RAA e RAM (*Observatório das Doenças Civilizacionais Portugal 2010: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade*).

Zona Geográfica	Consumo diário (%) de:							
	Gorduras Animais	Açúcares	Fritos	Pré-cozinhados	Bastante sal	Legumes	Sopa	Fruta
Portugal Continental	40,5	47,5	3,8	1,2	5,4	61,8	60,5	79,8
RAA	44,9	54,4	7,0	1,1	3,9	44,7	55,8	71,6
RAM	40,8	53,9	5,4	1,4	5,2	62,9	31,1	77,7

Fonte: Adaptado de PremiValor Consulting (2010).

Por faixas etárias, este estudo revelou que os respondentes com idades compreendidas entre os 18 e os 19 anos são os que consomem mais gorduras animais diariamente, enquanto a menor ingestão de sopa ocorreu principalmente na faixa etária entre os 20 e os 29 anos. Os inquiridos que referiram utilizar mais sal na preparação de refeições em casa e consumir mais fritos diariamente, foram os da faixa etária entre 40 e 49 anos. Já a utilização diária de alimentos pré-cozinhados foi mencionada principalmente pelos participantes com idade compreendida entre os 60 e os 69 anos.



3.2.2. Atividade física

Em 2005, na RAA, 30,6% da população com idades entre os 15 e os 69 anos caminhava, em média, 60 minutos por dia, enquanto 18,6% dedicava menos de 30 minutos a este tipo de atividade física. A maioria dos residentes, com idades neste intervalo (70,3%) declarou passar diariamente, pelo menos 3h sentado ou deitado acordado (INS 2005-2006).

Cerca de 35% dos participantes no estudo *Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade* (2010), residentes na RAA, afirmaram que, na altura, praticavam exercício físico, com frequência variável (diário - 31%; três vezes por semana - 30%; duas vezes por semana - 25%), sendo as modalidades mais apontadas a corrida/caminhada (50,5%), o futebol (24,8%) e a ginástica de manutenção (17,8%). A falta de tempo (36,3%), preguiça (25,3%) e motivos relacionados com a saúde (20,5%), foram as razões mais frequentemente apontadas por aqueles que referiram não praticar exercício físico.

3.2.3. Consumo de tabaco

Uma das principais causas de morbilidade e mortalidade evitáveis, associada aos estilos de vida das populações, é o consumo de tabaco. De facto, este hábito nocivo é o principal fator de risco evitável de doença cardiovascular.

Em 2005, a percentagem de fumadores na RAA atingiu os 24%, com uma maior prevalência de fumadores no escalão etário dos 15 aos 64 anos (28,9%), comparativamente à observada para os habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (24,8%) (4º INS 2005/2006; INE/INSA, 2009). Constatou-se, ainda, uma proporção de fumadores mais elevada entre a população masculina (36,4%) do que na feminina (11,9%).

Um estudo desenvolvido pela PremiValor Consulting em 2010 - *Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade* – revelou um aumento da taxa de fumadores da RAA para 28,8%.



O III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2012²⁴ apurou que a prevalência do consumo de tabaco, ao longo da vida, atinge os 44,4%. As taxas de prevalência diminuem quando consideramos os consumos declarados para o último ano passando a ser de 30,1%. A taxa de prevalência para o consumo no último mês mantém-se praticamente idêntica à do último ano (é de 29,0%).

Em 2011, realizaram-se, na RAA, 526 consultas de cessação tabágica²⁵, das quais 176 foram primeiras consultas. Até julho de 2013, foram efetuadas na Região 690 consultas²⁶, das quais 408 corresponderam a primeiras consultas.

De acordo com o *Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 – 3º Ciclo e Secundário*²⁷, entre 2006 e 2011, ocorreu um aumento da percentagem de alunos do 3º ciclo que consumia tabaco de 29% para 36%, verificando-se também um ligeiro aumento na proporção de alunos do Secundário que fumava, de 46 para 47%, não se tendo constatado diferenças significativas relativamente ao género no que respeita à experimentação ao longo da vida, ao consumo recente (nos últimos 12 meses) e ao consumo atual (nos últimos 30 dias).

3.2.4. Consumo de álcool

O 4º INS 2005/2006 revelou que 48,8% da população residente na RAA consumiu pelo menos uma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores ao inquérito. O consumo diário de bebidas alcoólicas foi, de acordo com este estudo, assumido por 15,2% dos inquiridos açorianos, mantendo-se a Região numa posição intermédia entre Portugal continental (24,5%) e a RAM (8,4%), para esta frequência de consumo. Em relação ao género, a população masculina açoriana apresenta um maior índice de consumo de

²⁴ Casimiro Balsa, C.; Vital, C. & Urbano, C. (2014). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2012*. SICAD/ CESNOVA. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2014/INPG_CesNova_dados_preliminares_19_abril_2013.pdf, consultado a 4 de novembro de 2013.

²⁵ Fonte: SReS/DEPD

²⁶ *Ibidem*

²⁷ Feijão, F. (2012). *Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 – 3º Ciclo e Secundário*. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2012/INME-2011.pdf>, consultado a 8 de agosto de 2013.



álcool (59,3%) do que a feminina (38,5%), padrão idêntico ao encontrado a nível nacional, independentemente da idade.

Dados disponíveis, relativos a 2010, demonstraram um decréscimo no consumo diário de álcool para 6% na RAA (*Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade*).

Entre 2006 e 2011, a proporção de alunos residentes nos Açores, do 3º Ciclo e do Secundário, que referiram consumo recente de álcool (nos últimos 12 meses) diminuiu de 17 para 12% e de 42 para 29%, respetivamente.

De acordo com III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2012²⁸, as prevalências do consumo de álcool ao longo da vida, nos Açores, atingem os 62,8%. As taxas de prevalência diminuem, quando consideramos os consumos declarados para o último ano, passando a ser de 50,7%. A taxa de prevalência para o consumo no último mês de bebidas alcoólicas decresce para os 40,3%.

Quando questionados quanto à ocorrência de consumo de cinco ou seis copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião, no decorrer do último ano, 26,9% da população consumidora (13,7% da população total açoriana) responde afirmativamente. Este tipo de consumo (*binge drinking*) é mais elevado entre os homens e em consumidores com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos.

3.2.5. Consumo de drogas

O consumo de droga tem consequências muito graves para a saúde, podendo levar à morte, e é a causa de inúmeras co-morbilidades, tais como doenças mentais (depressão, ansiedade ou esquizofrenia, entre outras), além de ser um importante fator de risco para a infeção por VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) e hepatites²⁹.

²⁸ Casimiro Balsa, C.; Vital, C. & Urbano, C. (2013). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2012*. SICAD/ CESNOVA. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2014/INPG_CesNova_dados_preliminares_19_abril_2013.pdf, consultado a 4 de novembro de 2013.

²⁹ Plano Regional de Prevenção e Combate às Dependências 2010/2012. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/5214C26A-F180-40F8-A7CE-CDB8649916B9/496189/Planoregional1.pdf>, acedido a 8 de agosto de 2013.



O estudo *Dependências e Outras Violências*, realizado em 2009/2010 na RAA, apurou que, em 2009, 14,8% da população açoriana havia experimentado ou consumido substâncias ilícitas, pelo menos uma vez na vida. De acordo com a mesma fonte, a liamba/cannabis e o haxixe foram as drogas mais consumidas quer a nível da Região, quer de ilha, tendo-se registado entre 2004 e 2009 um aumento de 4,6% para 6,2% no consumo de liamba/canábis, e de 3,4% para 5,2% no de haxixe. A iniciação no consumo de drogas foi, em 2009, mais frequente no grupo etário dos 15 aos 20 anos (75%), constatando-se um aumento de 6% relativamente a 2004 (69,4%).

O *Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 – 3º Ciclo e Secundário* revelou que o consumo de canábis, entre os alunos do 3º Ciclo da RAA, aumentou de 9%, em 2006, para 11%, em 2011. No que respeita à frequência de consumo, em 2011, 12% consumia diariamente, 14% quase todas as semanas e 74% esporadicamente.

Dos alunos do secundário que participaram neste estudo, 30% referiu consumir canábis, o que representa um acréscimo de 5% face a 2006. O consumo diário desta substância foi assumido por 10% dos adolescentes com este hábito, enquanto 13% referiram fazê-lo quase todas as semanas e 77% com pouca frequência.

Dados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2012³⁰, relativamente ao consumo de substâncias ilícitas e à sua prevalência nos Açores, revelam que a canábis surge como substância ilícita mais consumida, apresentando uma taxa de prevalência ao longo da vida de 9,6%, no conjunto da população. A segunda substância ilícita mais consumida ao longo da vida, ainda que com uma grande diferença percentual da primeira, é a cocaína, com 1,6%, seguida da heroína, com 1,0%. A taxa de prevalência do consumo ao longo da vida de anfetaminas, *ecstasy*, LSD e de cogumelos alucinogénios é de 0,3%. Os consumos recentes (último ano) descem para os 3,3% no caso da canábis, para os 0,3% no que diz respeito ao consumo de heroína, e para os 0,2% nos consumos de cocaína, anfetaminas e cogumelos alucinogénios.

³⁰ Casimiro Balsa, C.; Vital, C. & Urbano, C. (2013). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2012*. SICAD/ CESNOVA. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2014/INPG_CesNova_dados_preliminares_19_abril_2013.pdf, consultado a 4 de novembro de 2013.



***Programa Regional de Prevenção e Combate das Dependências 2010-2012 -
atividades desenvolvidas no âmbito da prevenção***

Na área da prevenção do consumo de substâncias psicoativas, a identificação dos fatores de risco e de proteção (individuais, familiares, escolares e comunitários) nos grupos alvo de intervenção permitiram reconhecer as vulnerabilidades e as potencialidades existentes, com vista ao planeamento ajustado de estratégias/ações de intervenção. Assim, um dos principais objetivos deste Programa, no âmbito da prevenção, foi promover a superação dos fatores de proteção relativamente aos de risco.

Em 2012, o número de jovens em programas de prevenção foi de 15 283, valor substancialmente superior aos 2 809 em 2009. Os jovens intervencionados em 2012 estavam integrados em projetos ou programas como por exemplo o projeto “Trilhos Saudáveis”, o qual se destinava a crianças e jovens dos 12 aos 18 anos, com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis através de atividades lúdico-pedagógicas e formativas.

Outros projetos de prevenção de dependências em meio comunitário, Xpressa-te e (In)-Forma-te, foram implementados nas ilhas de S. Miguel e Terceira, respetivamente. Estes projetos destinavam-se a desenvolver nos adolescentes e jovens a capacidade de tomar decisões responsáveis, a criar um espírito crítico sobre as situações de aliciamento, aprender a ponderar, refletir e a decidir em relação ao consumo de drogas, através da atuação contínua de equipas de rua junto à população alvo, em espaços circundantes às escolas, em bairros e outros locais considerados de risco, além de espaços de diversão noturna.

Em 2009, as equipas de rua desenvolveram atividades com 121 jovens em espaços circundantes às escolas e bairros críticos, enquanto em 2012 essas atividades abrangeram 1 908 jovens. Em relação a intervenções em espaços recreativos noturnos, em 2012 contabilizaram-se 8 851 jovens alvo de atuação, valor substancialmente superior aos 380 referentes ao ano de 2009.



Em 2010, iniciaram-se as intervenções nas escolas, abrangendo um total de 400 alunos valor que, em 2012, aumentou para 3 360.

O programa “Tu Decides”, que tem como objetivo geral ajudar o aluno a desenvolver a capacidade de tomada de decisão perante as situações de oferta de drogas, recria um espaço de reflexão em que o aluno poderá construir as suas próprias decisões, a partir da análise de situações diversas da vida real. Entre 2009 e 2012, foram abrangidos por este programa 7 507 alunos.

3.2.6. Acidentes de trânsito com veículos a motor e acidentes de trabalho

Os acidentes de trânsito são um grave problema de saúde pública com impacto na vida pessoal e familiar das vítimas, nos sistemas de saúde e de proteção social, constituindo uma das principais causas de morte prematura, sobretudo em crianças, adolescentes e adultos jovens, e também uma importante causa de incapacidade³¹. Na RAA, as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor, antes dos 65 anos, têm apresentado algumas flutuações, constatando-se em 2006³² uma Taxa de Mortalidade Padronizada, por esta causa, de 10,5 por 100 000 habitantes e, em 2008³³, de 6,7. Em 2011, este indicador voltou a acusar um acréscimo, fixando-se em 10,1 (/100 000 hab.). Em termos de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por acidentes de transporte³⁴ (/100000 hab. abaixo dos 70 anos), constatou-se, de 2010 para 2011, um aumento de 145 para 439.

Os acidentes de trabalho representam uma importante causa de mortalidade e incapacidade a nível global e nacional, com graves implicações económicas para os indivíduos, famílias, organizações e sociedade em geral.

³¹ WHO (2013). *Global status report on road safety 2013*. Geneva. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/, consultado a 8 de agosto de 2013.

³² Direção-Geral da Saúde (2008). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2006*. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010517.pdf>, consultado a 8 de agosto de 2013.

³³ Direção-Geral da Saúde (2010). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008*. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>, consultado a 8 de agosto de 2013.

³⁴ Fonte: INE/DES/CV (2013).



Em 2009³⁵, a RAA foi a Região do país que concentrou menos acidentes de trabalho (1,2%), contabilizando 2 707 ocorrências, 5 das quais mortais, essencialmente nas atividades da construção (801), indústrias transformadoras (503) e nas atividades relacionadas com o comércio por grosso e a retalho e reparação de veículos (399). Os acidentes de trabalho aconteceram principalmente com o sexo masculino (2 154), com 5 casos mortais. Em 2010³⁶, ocorreram 2 580 acidentes de trabalho (769 na construção, 425 nas indústrias transformadoras e 385 nas atividades relacionadas com o comércio por grosso e a retalho e reparação de veículos), dos quais 4 foram mortais.

3.3. Acesso aos serviços de saúde

O sistema de saúde deve garantir o acesso seguro e equitativo da população a cuidados de saúde efetivos. Apesar da decisão da procura de cuidados pelos cidadãos estar associada a vários fatores, como sejam o seu estatuto socioeconómico e nível de literacia, ou a sua perceção sobre os benefícios e qualidade dos cuidados, a redução das iniquidades no acesso aos cuidados de saúde envolve a consideração de uma multitude de fatores do lado da oferta, tais como a estrutura do sistema de saúde, a sua cobertura e serviços disponibilizados, recursos humanos existentes e sua distribuição, listas de espera ou a continuidade e qualidade dos cuidados oferecidos, entre outros^{37,38,39,40}.

De acordo com o 4º INS, 69,2% dos residentes nos Açores, em 2005/2006, utilizavam preferencialmente o SRS como subsistema de saúde de referência, seguindo-se a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), com 17,3% dos cidadãos açorianos a utilizá-la como subsistema de saúde. Apenas 3,4% da população residente

³⁵ Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012). *Acidentes de trabalho - 2009*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Disponível em <http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2009.pdf>, consultado a 8 de agosto de 2013.

³⁶ Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012). *Acidentes de trabalho - 2010*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Disponível em <http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2010.pdf>, consultado a 8 de agosto de 2013.

³⁷ Bunker, J. P.; Frazier, H. S. & Mosteller, F. (1994). Improving health: measuring effects of medical care. *Milbank Q*, 72, 225-258.

³⁸ Deaton, A. (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41, 113-158.

³⁹ Commission on the social determinants of health (2007). *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. Interim report. WHO: Geneva. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf, consultado a 3 de outubro de 2013.

⁴⁰ Wilkinson, R. & Pickett, K. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine*, 62, 1768-1784.



na RAA mencionou ter seguro de saúde. A mesma fonte de informação revela que, no período de tempo em apreço, 45,2% dos habitantes da RAA (50,8% do total de mulheres e 39,5% dos homens) consultou um médico nos três meses anteriores à entrevista. Dos 109 285 residentes na RAA que referiram ter recorrido ao médico, 62,1% afirmaram ter realizado uma consulta, 19,8% duas, 10% três e 8,1% quatro ou mais consultas. A justificação mais frequentemente apresentada pelos cidadãos relativamente ao motivo que os levou a consultar o médico a última vez, foi a relacionada com uma doença ou um acidente (54,8%), seguindo-se as consultas de cariz preventivo e ou vigilância (25,5%), as relacionadas com exames complementares ou medicação (25,5%) e certificados de saúde ou doença (1,1%).

O estudo *Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade* (2010), apurou, relativamente à procura de cuidados de saúde, que os participantes residentes nos Açores recorriam preferencialmente aos centros de saúde (65,2% dos indivíduos do sexo masculino e 65,4% do feminino). Cerca de 84% das mulheres que integraram este estudo mencionaram ter médico de família, assim como 80% dos homens.

Na RAA, entre 2000 e 2011, registou-se um aumento do **número total de consultas** realizadas nos CS/USI, Hospitais, EPE e Centro de Oncologia dos Açores (COA) de 404 178 para 584 328, respetivamente, o que representa uma variação percentual de 44,6% (Quadro 6). Os dados disponíveis para 2011 revelam que, em média, cada habitante da RAA recorreu 2,4 vezes ao médico. Em termos de nível de cuidados de saúde, verifica-se que, no ano em questão, ocorreu um maior recurso às consultas nos CS/USI do que nos hospitais (1,3 consultas/hab. *versus* 1,1 consultas/hab.). Comparativamente a 2000 afigura-se que o **número médio de consultas, por habitante**, em CS/USI e hospitais aumentou de 1,6 para 2,3. Esta variação deveu-se, essencialmente, ao aumento do número de consultas em meio hospitalar por habitante de 0,6 em 2000 para 1,1 em 2011, uma vez que o número médio anual de consultas por habitante nos CS/USI se manteve próximo de 1,3 em todo o período.

Quadro 5. Consultas realizadas nos CS/USI, hospitais EPE e COA, em 2000 e 2011, RAA.

Ano	Consultas realizadas no SRS da RAA (N)			
	CS/USI	Hospitais E. P. E.	COA	Total
2000	260 952	139 077	4149	404 178
2011	315 023	262 611	6694	584 328
Δ% (2011/2000)	20,7	88,8	61,3	44,6

Fonte: DRS.

O número total de consultas médicas de especialidade realizadas nos CS/USI, em 2011, foi de 28 742 o que representa um acréscimo de 52,9% relativamente a 2000.

No mesmo período de tempo, constatou-se nos hospitais EPE, um aumento do número de camas (7,4%) e a diminuição da taxa de ocupação (-9,6%), da demora média (-12,5%) e dos dias de internamento (-2,9%). Já o número de atendimentos urgentes nos hospitais da Região aumentou 6,9% (Quadro 6).

Quadro 6. Indicadores de atividade dos hospitais EPE, em 2000 e 2011, RAA.

Ano	Indicadores de atividade (Hospitais EPE)				
	Nº de Camas	Taxa de ocupação	Demora média	Dias de Internamento	Atendimentos urgentes
2000	675	66,6	7,2	163 965	140 736
2011	725	60,2	6,3	159 262	150 470
Δ% (2011/2000)	7,4	-9,6	-12,5	-2,9	6,9

Fonte: DRS

Nos CS/USI, o número de camas, a taxa de ocupação, os dias de internamento e os atendimentos urgentes decresceram (-7,4%; -3,6%; -10,7%, -2,6%, respetivamente), enquanto a demora média sofreu um acréscimo, entre 2000 e 2011 (Quadro 7).



Quadro 7. Indicadores de atividade dos CS/USI, em 2000 e 2011, RAA.

Indicadores de atividade (CS/USI)					
Ano	Nº de Camas	Taxa de ocupação (%)	Demora média	Dias de Internamento	Atendimentos urgentes
2000	283	51	10,8	52 689	252 330
2011	262	49,2	11,6	47 031	232 218
Δ% (2011/2000)	-7,4	-3,6	7,5	-10,7	-2,6

Fonte: DRS

No âmbito da **Rede de Cuidados Continuados Integrados** constatou-se, em 2012, de acordo com a informação disponível, uma taxa de ocupação de 97,3% das 97 camas contratualizadas (Quadro 8).

Quadro 8. Número de camas, taxa de ocupação e média de dias de internamento nas instituições que integram a Rede de Cuidados Continuados Integrados, em 2009 e 2012, RAA.

Ano	Instituições								
	Santa Casa da Misericórdia da Horta (SCMH, Faial)			Casa de Repouso João Inácio de Sousa (CRJIS, S. Jorge)			Clínica do Bom Jesus (CBI, S. Miguel)		
	Nº de Camas*	Taxa de ocupação (%)	Dias de Internamento	Nº de Camas*	Taxa de ocupação (%)	Dias de Internamento	Nº de Camas*	Taxa de ocupação (%)	Dias de Internamento
2009		92,0	15 778		81,9	8 969			
2012	47	99,6	17 089	30	93,6	10 249	20		Informação não disponível

Fonte: DRS

* Refere-se às tipologias Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção, sem distinção do número de camas por tipologia.

Na Região, o número de utentes em tratamento em regime ambulatorio, integrados nos Programas de Substituição Opiácea (PSO), em 2009, era de 939, verificando-se um aumento substancial em 2012, ano em que este valor atingiu os 2 882. Quanto ao número total de consultas (médicas, de psicologia, enfermagem e serviço social) constatou-se que no período em análise, ocorreu um aumento significativo, de 6 838 (2009) para 92 163 consultas (2012).

No que respeita ao **internamento em comunidades terapêuticas**, o número de utentes internados diminuiu de 44, em 2009, para 30, em 2012, o que se relaciona com o investimento do X Governo da RAA no estabelecimento de parcerias com instituições de cariz social, fomentando a implementação de equipas



transdisciplinares, descentralizando os serviços, favorecendo desta forma o tratamento em contexto comunitário, numa lógica de proximidade do utente em tratamento relativamente à família e à sociedade. Em 2009, 599 indivíduos foram abrangidos por programas de reabilitação e reinserção social, constatando-se que, em 2012, 803 utentes integraram estes programas.

Em 2011, ocorreram 23 980 **deslocações programadas de utentes** residentes nos Açores, o que corresponde a um aumento de 17,4% relativamente a 2000, com 69,2% a corresponder a deslocações inter-ilhas (S. Miguel, Terceira e Faial) e 23,8% a deslocações para Portugal continental. A Unidade de Evacuações do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT), em Protocolo com a Força Aérea Portuguesa, realizou, em 2011, 174 **evacuações de emergência**.

No contexto dos 560 registos de **deslocação de médicos especialistas** em 2012, foram realizadas 20 470 consultas, mais 6 492 do que em 2000.

A **lista de inscritos para cirurgia**, que representa o acumulado de episódios a aguardar intervenção cirúrgica, é, atualmente, de 9286 utentes, com 3408 a aguardar cirurgia há 18 meses (dados relativos a 31/12/2013).

No que respeita a **recursos humanos**, em 2011, a proporção de médicos a prestar cuidados na RAA, por 100 000 habitantes, era de 209. Em termos de distribuição por carreira médica, a razão de médicos de saúde pública, de clínica geral e de especialidades hospitalares, por 100 000 habitantes, era de 4, 59 e 147, respetivamente. A cobertura da população da RAA relativamente a profissionais de enfermagem, em 2011, totalizou 569 enfermeiros por cada 100 000 habitantes, com uma proporção de 203 enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários (CSP) (/100 000 hab.).

No ano em apreço, faziam parte dos recursos humanos das unidades de saúde da Região 16 médicos dentistas, 66 técnicos superiores e 295 técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Em janeiro de 2012 estavam inscritos, na DRS, 145 **bolseiros** em medicina, valor substancialmente superior aos 33 contabilizados em 2000.



plano regional de
SAÚDE AÇORES



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

As taxas de **cobertura vacinal** da população abrangida pelo Plano Regional de Vacinação (PRV) consideram-se bastante elevadas, com valores que rondam os 95% para as coortes avaliadas em 2012 (Quadro 9).



Quadro 9. Vacinas do Plano Regional de Vacinação (PRV) – Cumprido (dados referentes a 31 de dezembro de 2012, RAA).

Coorte	Vacina	% de pessoas vacinadas
2011	VHB	99,4
	DTPa	96,5
	Hib	96,6
	VIP	97,1
	MenC	92,0
2010	BCG	99,8
	VHB	99,4
	DTPa	94,6
	Hib	94,5
	MenC	92,5
2005	BCG	99,6
	VHB	99,7
	DTPa	95,4
	VIP	95,3
	VASPR	95,3
	MenC	96,6
1998	BCG	99,6
	VHB	98,5
	VASPR	98,8
	VIP	97,6
	MenC	98,7
	Td	98,3
1947	Td	72,5

Fonte: DRS

A vacinação contra a infeção por vírus do papiloma humano (HPV), medida preventiva relativamente ao cancro do colo do útero, obteve também uma cobertura significativa em 2012 (Quadro 10).



Quadro 10. Cobertura com a vacina anti-HPV (dados referentes a 31 de dezembro de 2012, RAA).

Coorte	Vacina/Dose	% de raparigas vacinadas
1999	HPV 1	97,0
	HPV 2	91,6
	HPV 3	79,0
1998	HPV 1	96,9
	HPV 2	95,4
	HPV 3	94,0
1997	HPV 1	97,2
	HPV 2	95,3
	HPV 3	94,1
1996	HPV 1	97,8
	HPV 2	97,1
	HPV 3	95,1
1995	HPV 1	98,9
	HPV 2	98,2
	HPV 3	97,1
1994	HPV 1	97,0
	HPV 2	94,8
	HPV 3	92,9
1993	HPV 1	96,9
	HPV 2	95,5
	HPV 3	94,1
1992	HPV 1	96,6
	HPV 2	94,9
	HPV 3	93,5

Fonte: DRS

A vacinação contra a doença pneumocócica foi introduzida no PRV em 2009, para crianças até aos 2 anos de idade, passando em março de 2010 a abranger crianças até aos 5 anos. Desde 2013 a vacina não está incluída no PRV, sendo disponibilizada aos grupos de risco e comparticipada atualmente pelo sistema de reembolsos. Em 2010, 2011 e 2012, foram administradas, respetivamente, 11 501, 11 587 e 8 900 vacinas contra a doença pneumocócica na RAA. De sublinhar que dados resultantes de estudos



sobre a Doença Invasiva Pneumocócica (DIP) na idade pediátrica em Portugal, incluindo a RAA, apontam para uma quase nula incidência de DIP na RAA (2006-2008: nacional=242 casos, RAA=0 casos; 2008-2010: nacional: 289 casos, RAA=1 caso)⁴¹.

4. Estado de Saúde na RAA

No presente documento, a identificação das necessidades de saúde da população residente na RAA no que respeita à mortalidade (principais causas de morte, para todas as idades, e mortes prematuras, ou seja, para idades inferiores a 65 anos), morbilidade (principais causas de doença/incapacidade) e determinantes de saúde (fatores de risco) tem por base a melhor informação epidemiológica disponível, estudos regionais e/ou nacionais com dados relevantes sobre a evolução destes indicadores na Região, além de quadros de referência, sob uma perspetiva de *benchmarking*, designadamente as prioridades e metas definidas no PNS 2012-2016 - Extensão a 2020.

4.1. Mortalidade

Os indicadores de mortalidade permitem aos serviços de saúde delinear estratégias que vão ao encontro das necessidades de cuidados da população, servindo, simultaneamente, como ferramentas de avaliação dessas estratégias, pois traduzem o impacto das intervenções, preventivas e curativas, na incidência e prevalência das principais causas de morte.

A evolução da Taxa Bruta de Mortalidade (TBM)⁴² na RAA apresentou uma tendência decrescente entre 2002 e 2007, tendo-se verificado um ligeiro aumento para este indicador entre 2007 e 2010 (Figura 2). Em 2011, a TBM fixou-se em 9,6%, verificando-se um decréscimo neste indicador, em 2012, para 8,9%, valores inferiores aos observados a nível nacional nos anos em questão (9,7% e 10,2%, respetivamente).

⁴¹ Disponível em <http://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=264&op=2&ID=132> acessado a 13 de agosto de 2013.

⁴² Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 (10³) habitantes).

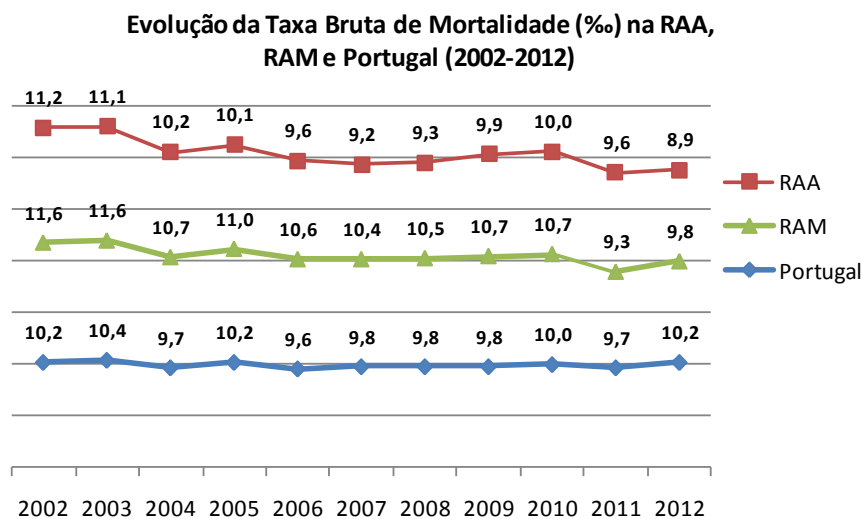


plano regional de
SAÚDE AÇORES



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

Figura 2. Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade (%o) na RAA, RAM e Portugal (2002-2012).



Fonte: INE.

A análise das Taxas de Mortalidade Proporcional (TMP)⁴³ por grandes grupos de doenças, relativas a 2011 (Quadro 12), revelou que, à semelhança do verificado a nível nacional e europeu⁴⁴, na RAA, as doenças do aparelho circulatório (33%) e os tumores malignos (22,9%) são as principais causas de morte para todas as idades, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (14,3%), independentemente do sexo. Já em termos de mortes prematuras, lideram os tumores malignos (34,9%), com as doenças do aparelho circulatório (16,2%) e as doenças do aparelho digestivo (6%) em segundo e terceiro lugares, respetivamente.

⁴³ Proporção de óbitos por uma determinada causa no total dos óbitos.

⁴⁴ PNS 2012-2016.



Quadro 11. Taxas de Mortalidade Proporcional relativas às principais causas de morte na RAA, em 2011, para todas as idades e para idades inferiores a 65 anos, por sexo.

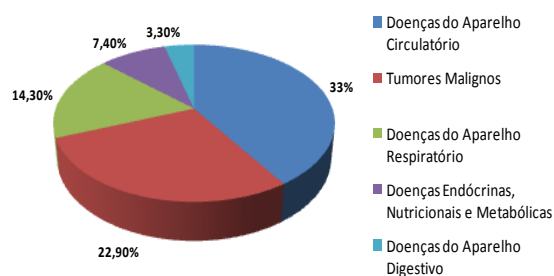
Sexo	Doenças do Aparelho Circulatório		Tumores Malignos		Doenças do Aparelho Respiratório		Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas		Doenças do Aparelho Digestivo	
	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos
HM	33%	16,2%	22,9%	34,9%	14,3%	4,5%	7,4%	3,8%	3,3%	6%
H	27,9%	14,3%	27,6%	30,1%	14,6%	0	5%	1,8%	3,4%	2,9%
M	38,6%	15,6%	17,6%	37%	13,9%	0	10,1%	5,2%	3,2%	5,2%

Fonte: SREA/DRS

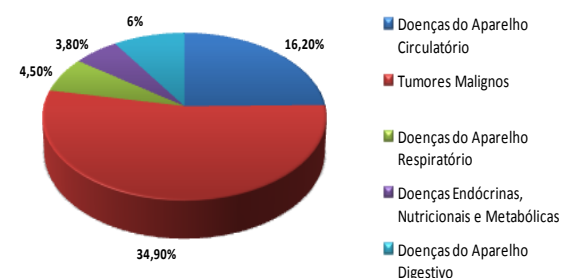
A Figura 3 ilustra o peso relativo das diferentes causas de morte na RAA, em 2011, para todas as idades e para idades inferiores a 65 anos, considerando ambos os sexos.

Figura 3. Mortalidade Proporcional (%) na RAA em todas idades e prematura, considerando ambos os sexos, em 2011.

Taxas de Mortalidade Proporcional (%) na RAA, para todas as idades (2011)



Taxas de Mortalidade Proporcional (%) na RAA, para idades inferiores a 65 anos (2011)



Fonte: SREA/DRS

Os dados relativos à mortalidade proporcional, considerando os grandes grupos de doenças, nos quinquénios 2002-2006 e 2007-2011, na RAA (Quadro 12), revelam igualmente que, independentemente do sexo, as doenças do aparelho circulatório figuram como a principal causa de todas as mortes, e que as mortes prematuras resultam, em primeiro lugar, dos tumores malignos, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório.



Quadro 12. Taxas de Mortalidade Proporcional (para todas as idades e prematura) na RAA, por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos e doenças do aparelho respiratório, nos quinquênios 2002-2006 e 2007-2011.

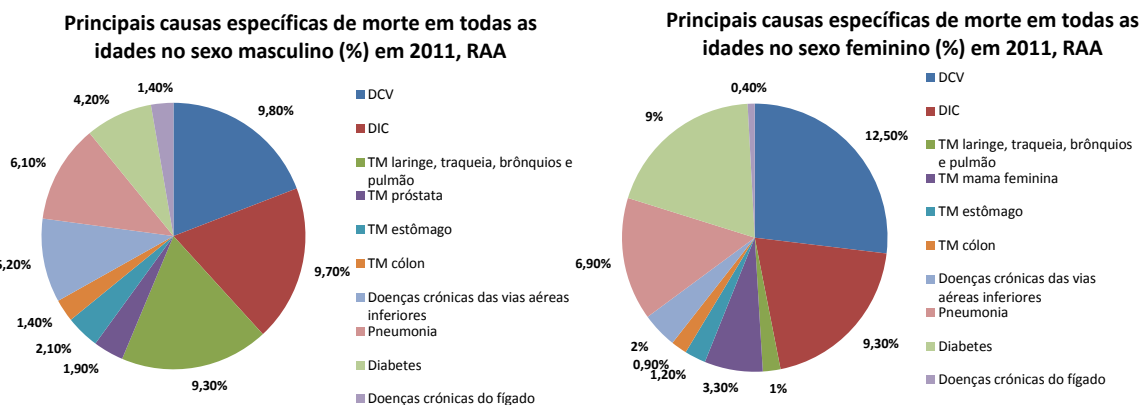
Sexo	Doenças do Aparelho Circulatório				Tumores Malignos				Doenças do Aparelho Respiratório			
	2002-2006		2007-2011		2002-2006		2007-2011		2002-2006		2007-2011	
	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos
HM	39,8%	20,8%	35,2%	18,5%	20,7%	31,1%	22,6%	33,5%	9,8%	4,8%	12%	3,8%
H	35,1%	20,7%	30,3%	16,3%	24,2%	29,8%	27,3%	30%	11,5%	4,4%	12,6%	1,6%
M	45,3%	21,4%	40,6%	18,6%	16,8%	37,1%	17,4%	34,8%	7,9%	2,7%	11,4%	0,9%

Fonte: SREA/DRS

É ainda de sublinhar que a variação percentual verificada na mortalidade proporcional entre 2002 e 2011, denuncia uma diminuição nos óbitos totais (- 24,1%) e prematuros (- 29,6%) por doenças do aparelho circulatório, e um aumento do peso dos tumores malignos como causas de morte para todas as idades (+19,6%) e para idades inferiores a 65 anos (+16,8%). Para este período de tempo constatou-se igualmente um aumento do contributo das doenças respiratórias para a mortalidade total (+154,5%), apesar de, em termos de mortes prematuras, se ter verificado uma diminuição da sua importância (-52,9%).

Em termos de mortalidade proporcional por causas específicas, as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca foram as principais causas de óbito em 2011, independentemente do sexo (Figura 4).

Figura 4. Principais causas específicas de morte em todas as idades no sexo masculino e feminino (%) em 2011, na RAA.

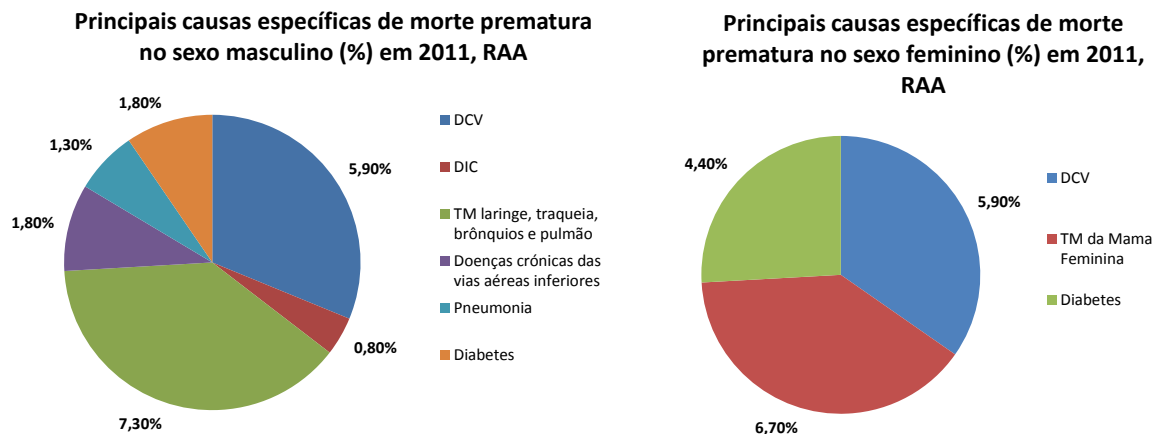


Fonte: SREA/DRS



O cancro da mama representou, no mesmo período de tempo, a principal causa de mortalidade prematura, no sexo feminino, e as neoplasias da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, no sexo masculino (Figura 5).

Figura 5. Principais causas específicas de morte prematura no sexo masculino e feminino (%) em 2011, na RAA.



Fonte: SREA/DRS

4.1.1. Doenças do Aparelho Circulatório

- **Doenças Cerebrovasculares**
- **Cardiopatia Isquémica**

As doenças do aparelho circulatório são a maior causa de morte em todo o Mundo, sendo responsáveis por 17,1 milhões de mortes anualmente, o que corresponde a 29% de todas as mortes a nível mundial. O consumo de tabaco, a obesidade, a Diabetes *mellitus*, a dislipidémia, a hipertensão e sedentarismo são importantes fatores de risco cujo impacto tem vindo a aumentar. A maioria dos óbitos por doenças cardiovasculares deve-se a doenças cerebrovasculares ou cardiopatia isquémica.

Em 2011, 38,4% dos óbitos prematuros atribuíveis a doenças do aparelho circulatório foram por doença cerebrovascular e 41,9% por doença isquémica cardíaca, o que correspondeu, em termos de mortalidade proporcional, a 6,2% e a 6,8%, respetivamente.



No quinquénio 2007-2011, as doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 11,6% de todas as mortes e por 5,3% das mortes prematuras na RAA, para ambos os sexos (Quadro 13). Já a cardiopatia isquémica foi a causa de 10,3% do total de óbitos e 8,4% das mortes ocorridas antes dos 65 anos (Quadro 14). Independentemente do período de tempo considerado, a mortalidade por doenças cerebrovasculares é superior no sexo feminino e por cardiopatia isquémica no masculino (Quadros 13 e 14).

Apesar de, entre o quinquénio 2002-2006 e 2007-2011, se verificar uma redução do peso destas causas de morte para todas as idades e para idades inferiores a 65 anos, elas continuam a ser as principais doenças crónicas preveníveis, atualmente classificadas como causas de morte evitável sensível aos cuidados médicos, constituindo um importante problema de saúde pública na Região.

Quadro 13. Doenças Cerebrovasculares: Mortalidade Proporcional (todas as idades e prematura), por género, nos quinquénios 2002-2006 e 2007-2011 e variação percentual no período 2002-2011 (RAA).

Sexo	Doenças Cerebrovasculares					
	2002-2006		2007-2011		Δ% (2011/2002)	
	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos
HM	13,4%	5,6%	11,6%	5,3%	-29,1%	6,6%
H	10,5%	4,3%	9,7%	2,4%	-21,9%	-36,3%
M	16,7%	6,6%	13,7%	4,2%	-35,4%	-18,5%

Fonte: SREA/DRS

Quadro 14. Cardiopatia Isquémica: Mortalidade Proporcional (todas as idades e prematura), por género, nos quinquénios 2002-2006 e 2007-2011 e variação percentual no período 2002-2011 (RAA).

Sexo	Cardiopatia Isquémica					
	2002-2006		2007-2011		Δ% (2011/2002)	
	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos
HM	13%	10,7%	10,3%	8,4%	-36,1%	-43,5%
H	13,8%	9,7%	10,9%	5%	-39,4%	-94,1%
M	12%	6,6%	9,7%	4,4%	-31,4%	-100%

Fonte: SREA/DRS

4.1.2. Tumores Malignos

- ***Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão***
- ***Tumor Maligno da Mama Feminina***
- ***Tumor Maligno do Estômago***
- ***Tumor Maligno do Cólon***

As doenças oncológicas, que constituem um dos mais graves problemas de saúde pública a nível nacional e internacional, são uma preocupação quer na perspetiva da morbilidade quer na perspetiva da mortalidade, prevendo-se que o envelhecimento progressivo da população e os seus hábitos de vida (consumo de tabaco e álcool, obesidade, ...), agravem a situação, com cada vez mais elevada frequência de cancro.

Dados disponíveis⁴⁵, relativos a 2004, revelam que, na RAA, os tumores malignos foram responsáveis por Tmp, para todas as idades e prematura, e de APVP, até aos 70 anos (Quadro 15).

Quadro 15. Taxas de Mortalidade Padronizadas (/100 000 hab.), em todas as idades e prematura, e Taxas de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), até aos 70 anos, em Portugal Continental, RAA e RAM (2004).

Região	Tumores Malignos		
	Taxas de mortalidade padronizadas (/100000 hab.)		Taxas (/100000 hab.) de anos potenciais de vida perdidos até aos 70 anos
	Todas as idades	<65 anos	
Portugal Continental	154,3	68,6	1203,3
RAA	194,5	88,1	1318,8
RAM	168,8	83,9	1214,6

Fonte: elaborado a partir de dados da DGS (2006).

Em 2008, a Tmp por tumores malignos ascendeu aos 178,5 óbitos por 100 000 habitantes na RAA. Estima-se que, no mesmo ano, a principal causa de morte por tumores malignos nas mulheres, o cancro de mama, tenha alcançado uma Taxa de

⁴⁵ Direcção-Geral da Saúde (2006). *Risco de morrer em Portugal – 2004*. Volume II. DGS: Lisboa.

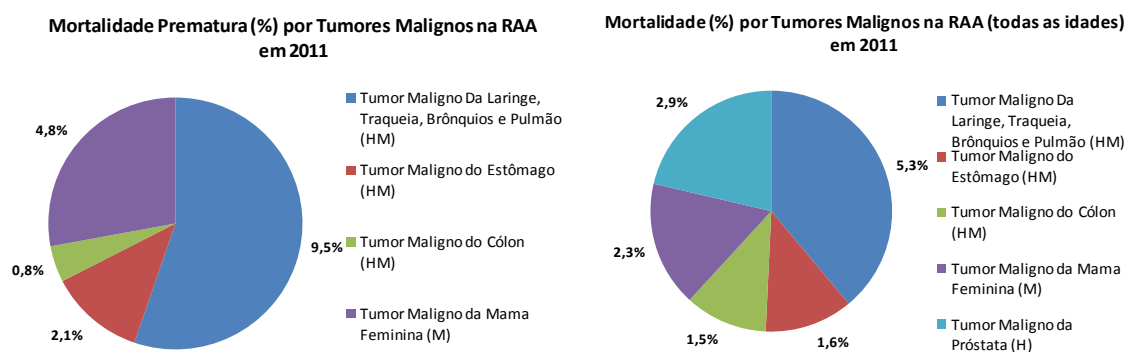


APVP, até aos 70 anos, de 225 (/100 000 hab.) e os tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, de 300 nos homens e 123 nas mulheres.

De acordo com dados do INE, relativos aos Açores, em 2011, os tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão foram responsáveis por uma Taxa de APVP de 307,5 (/100 000 hab abaixo dos 70 anos), considerando ambos os sexos, enquanto a Taxa de APVP cancro de mama atingiu 210,9 (/100 000 mulheres abaixo dos 70 anos).

Considerados como uma das causas de morte evitável sensível às intervenções no âmbito da promoção da saúde, os tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, representaram, na Região, em 2011, 29,7% das mortes prematuras atribuíveis aos tumores malignos, em ambos os sexos. No mesmo ano, estes tipos de tumor foram responsáveis por 5,3% de todos os óbitos, em todas as idades, e por 9,5% do total das mortes prematuras, considerando homens e mulheres (Figura 6).

Figura 6. Taxas de Mortalidade Proporcional (%) por tumores malignos, para todas as idades e prematura, em 2011, RAA.



Fonte: SREA/DRS

A análise das taxas de mortalidade proporcional entre géneros (Quadro 16) revela que, em 2011, as neoplasias da laringe, traqueia, brônquios e pulmão foram a principal causa de morte atribuível aos tumores malignos no sexo masculino, para todas as idades (9,3%) e para idades inferiores a 65 anos (7,3%), sendo de sublinhar que a variação percentual da mortalidade prematura por esta causa cresceu 24,2% entre 2002 e 2011. Já para o sexo feminino, a principal causa específica de morte por



tumores malignos, para todas as idades (3,3%) e prematura (6,7%), considerando o período de tempo em questão, foi o tumor maligno da mama, reconhecendo-se, neste caso, que entre 2002 e 2011 a variação percentual dos óbitos, para todas as idades, por este tipo de tumor, acusou um acréscimo de 24,3%. Apesar de constituir a mais importante causa específica de mortalidade prematura por tumores malignos no sexo feminino, o cancro da mama continua a ser, nas mulheres, a principal causa de morte

Tipo de Tumor	Mortalidade Proporcional por tumores malignos (%), por sexo (2011)			
	Homens		Mulheres	
	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão	9,3%	7,3%	1%	0
Tumor maligno da mama feminina	-	-	3,3%	6,7%
Tumor maligno da próstata	1,9%	0	-	-
Tumor maligno do estômago	2,1%	0	1,2%	0
Tumor maligno do cólon	1,4%	0	0,9%	0

evitável sensível aos cuidados médicos.

Quadro 16. Mortalidade Proporcional por tumores malignos (%) na RAA, por sexo, em 2011.
Fonte: SREA/DRS

Considerando o quinquénio 2007-2011, o tumor maligno da mama feminina foi também a principal causa específica de mortalidade prematura por tumores malignos nas mulheres (4,8%), seguindo-se o cancro da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (1,1%). Em relação aos homens, o primeiro motivo de óbito prematuro foi o cancro da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (7,3%), seguido pelo tumor maligno do estômago (0,9%) (Quadro 17).



Quadro 17. Mortalidade proporcional por tumores malignos (TM) (%) (TM da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; TM estômago; TM cólon) na RAA, por sexo, nos quinquênios 2002-2006 e 2007-2011.

Sexo	Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão				Tumor maligno do estômago				Tumor Maligno do colon			
	2002-2006		2007-2011		2002-2006		2007-2011		2002-2006		2007-2011	
	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos	Todas as Idades	<65 anos
HM	5%	7,8%	5,3%	9,5%	1,5%	1,2%	1,6%	2,1%	1,4%	1,6%	1,5%	0,8%
H	8,4%	9,1%	9%	7,3%	1,8%	1,1%	1,9%	0,9%	1,2%	0,6%	1,7%	0,2%
M	1,1%	0,5%	1,3%	1,1%	1,1%	1,3%	1,3%	0,4%	1,6%	2,1%	1,3%	0%

Fonte: SREA/DRS



4.1.3. Doenças do Aparelho Respiratório

- *Pneumonia*
- *Doenças das vias aéreas inferiores*

As doenças do aparelho respiratório representam uma das principais causas de doença crónica, com forte impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida das populações, com graves consequências socioeconómicas.

Patologias respiratórias, como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) são doenças crónicas cuja tendência é aumentar, nas próximas décadas, devido a fatores como o fumo de tabaco, a poluição atmosférica e as alterações climáticas. A pneumonia, que constitui uma das principais causas de morte por doença respiratória, é uma patologia de etiologia infecciosa que atinge o aparelho respiratório podendo surgir quer como diagnóstico principal, quer como co morbilidade ou complicação.

Segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONRD), em 2006, as doenças crónicas das vias aéreas inferiores, entre as quais está a asma e a DPOC, foram responsáveis por 2,4% de todas as mortes em Portugal.

Estima-se que, em 2008, tenham ocorrido em Portugal mais de 150 000 casos de pneumonia, sendo a sua mortalidade, de 26,5/100 000 habitantes, das maiores da Europa (média 15,7/100.000 habitantes)⁴⁶.

Em 2011, na RAA, as doenças respiratórias foram responsáveis por 14,3% de todas as mortes e por 4,5% das mortes prematuras, em ambos os sexos. Importa referir que, apesar da variação percentual dos óbitos prematuros, pelo conjunto das doenças respiratórias, ter acusado um decréscimo de 20,2% entre 2002 e 2011.

Do grupo das doenças do aparelho respiratório, a pneumonia foi a causa de mortalidade mais comum entre homens e mulheres (6,5%) de todas as idades, seguida das doenças crónicas das vias respiratórias inferiores (3,7%). A taxa de mortalidade

⁴⁶ Proposta para a elaboração de um Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão. Disponível em <http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/PROPOSTA%20PARA%20ELABORACAO%20DE%20UM%20PLANO%20NACIONAL%20DE%20PREVENCAO%20E%20CONTROLE%20DAS%20DOENCAS%20RESPIRATORIAS.pdf>, consultado a 12 de agosto de 2013.



proporcional prematura por doenças crónicas das vias respiratórias inferiores foi, no mesmo ano, de 2,1%, enquanto a pneumonia foi o motivo de 0,9% dos óbitos antes dos 65 anos. Embora a mortalidade prematura por pneumonia tenha diminuído cerca de 52% entre 2002 e 2011.

Apesar do envelhecimento da população também contribuir para o aumento da prevalência das patologias respiratórias, a grande maioria destas doenças é prevenível através da adoção de estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente no que respeita à evicção e cessação de hábitos tabágicos. É, assim, fundamental criar mecanismos que conduzam à correção de comportamentos e atitudes, apostando na vigilância e na prevenção. Em termos de prevenção primária é necessário intervir nas populações saudáveis, para que não iniciem comportamentos nocivos. No que respeita à prevenção secundária, é essencial a identificação das populações em risco, no intuito de anular ou reduzir a exposição e, relativamente à prevenção terciária, efetuar o diagnóstico e tratamento precoces dos cidadãos afetados pela doença.

A prevenção é também um passo fundamental para diminuir a mortalidade e morbilidade por pneumonia, desde logo pelo combate ao tabagismo e pela vacinação contra a gripe⁴⁷. Considerando ainda que a maioria das pneumonias tem como agente causal o pneumococo e que existem atualmente vacinas eficazes, a vacinação contra este agente infeccioso poderá também ser relevante no controlo da doença.

4.1.4. Doenças Endócrinas e Nutricionais

- ***Diabetes Mellitus***

De acordo com dados do Observatório Nacional da Diabetes (OND)⁴⁸, em 2012 esta patologia matou 4,8 milhões de pessoas em todo o mundo, metade das quais tinham menos de 60 anos. A diabetes assumiu, também em Portugal, um papel importante

⁴⁷ Fundação Portuguesa do Pulmão/ Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2012). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Disponível em <https://sites.google.com/site/respirarmais/discussion/observatorionacionaldasdoencasrespiratoriasrelatorio2012>, consultado a 7 de agosto de 2013.

⁴⁸ Gardete-Correia, L. et al (2012). *Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em http://www.portugal.gov.pt/media/871173/20140219_relatorioanualdiabetes_2012.pdf, consultado a 13 de agosto de 2013.

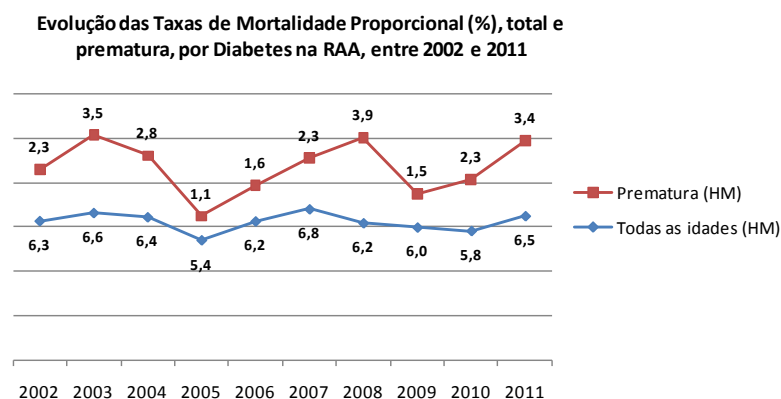


nas causas de morte, sobretudo por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral.

Em 2011, a nível nacional, ocorreram 4 536 óbitos associados à diabetes, a que correspondeu uma taxa de mortalidade proporcional de 4,4%⁴⁹. Das doenças endócrinas e nutricionais que, em 2011, foram o motivo de 7,4% das mortes na RAA, em ambos os sexos e para todas as idades, a diabetes constituiu a causa específica de mortalidade com maior relevância, tendo causado a morte a 154 cidadãos, com uma taxa de mortalidade proporcional de 6,5% (4,2% no sexo masculino e 9% no feminino). Em termos de mortalidade prematura, este indicador atingiu os 3,4%, apurando-se um aumento da variação percentual da mortalidade antes dos 65 anos, por esta causa, de 45,3% entre 2002 e 2011 (Figura 7). Constatou-se, ainda, que esta doença foi a terceira causa específica de morte prematura nas mulheres (4,4%), após o tumor maligno da mama feminina (6,7%) e as doenças cérebro-cardiovasculares (5,9%).

De acordo com dados do INE, entre 2010 e 2011, a Taxa de APVP (/100 000 hab., abaixo dos 70 anos) por diabetes sofreu um acréscimo de 72,6 para 91,4, constatando-se a mesma tendência para a TMP (/100 000 hab. com menos de 65 anos), com 6,8, em 2010 e 9,5, em 2011.

Figura 7. Evolução das Taxas de Mortalidade Proporcional (%) por Diabetes, para todas as idades e prematura, entre 2002 e 2011, RAA.



Fonte: SREA/DRS

⁴⁹ *Ibidem*



Apesar dos importantes avanços terapêuticos dos últimos anos, a mortalidade e morbilidade associadas à diabetes continuam a constituir uma preocupação a nível regional. O aumento da esperança de vida e a adoção de estilos de vida de risco contribuem para o agravamento da prevalência desta patologia, sendo a prevenção e a promoção da saúde importantes estratégias para inverter essa tendência. Por outro lado, as intervenções relativas à pessoa com diabetes requerem a ação concertada de equipas transdisciplinares de profissionais de saúde, orientando os resultados para a qualidade e para a gestão racional de recursos. É neste contexto que surgem os Processos Assistenciais, designadamente o da Diabetes tipo 2, que preconizam a reorganização da prestação de cuidados, centrando-os nas necessidades e expectativas da pessoa, respondendo, simultaneamente a duas questões centrais: “para quem fazemos as coisas”, e “como fazê-las corretamente”. A implementação desta metodologia na RAA será, desta forma, uma prioridade em termos de estratégia de combate à diabetes, especificamente à diabetes tipo 2.

4.1.5. Doenças do Aparelho Digestivo

- ***Doença crónica do fígado e cirrose***

Em 2011, o grupo das doenças do aparelho digestivo foi responsável por 3,3% de todas as mortes na RAA (3,4% nos homens e 3,2% nas mulheres), constituindo a terceira causa de morte prematura (6%), logo depois dos tumores malignos (34,9%) e das doenças do aparelho circulatório (16,3%). A doença crónica do fígado e cirrose foi o motivo de 40,6% dos óbitos prematuros atribuíveis a este conjunto de patologias, com uma taxa de mortalidade proporcional de 2,5%.

As doenças crónicas do fígado e, em particular, a cirrose, atualmente classificada como uma das causas de morte evitável sensível à promoção da saúde, estão intimamente associadas ao consumo de álcool, a comportamentos sexuais de risco, à toxicodependência (partilha de material para consumo) e à obesidade. De acordo com

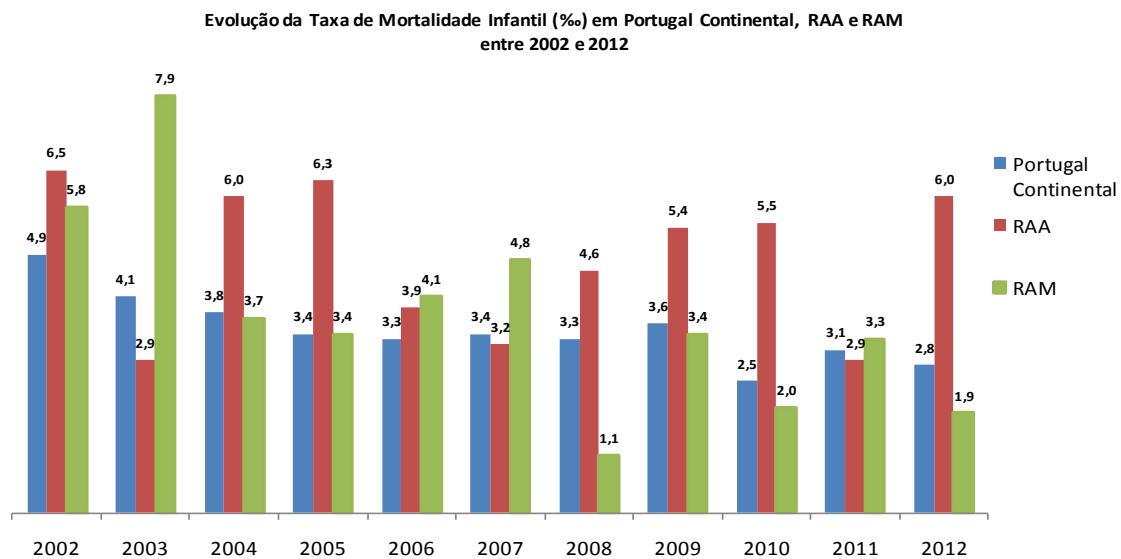


a Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado⁵⁰, a cirrose alcoólica e as hepatites B e C, são as causas mais frequentes de doença crónica do fígado e cirrose.

4.1.6. Mortalidade Infantil e Perinatal

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)⁵¹ na RAA, apesar de ter apresentado algumas flutuações entre 2002 e 2011 (Figura 8), evidenciou uma evolução positiva neste período, constatando-se um decréscimo no seu valor de 5,5‰ em 2010, para 2,9‰ em 2011, o que tornou os Açores, nesse ano, a área geográfica nacional com o menor risco de morte das crianças durante o primeiro ano de vida. De facto, contrariamente ao observado em Portugal Continental e na RAM, onde o número de óbitos de crianças com menos de 1 ano aumentou entre 2010 e 2011 (de 236 para 286, no Continente e de 5 para 8, na RAM), na RAA o número de crianças falecidas, no mesmo período de tempo, caiu mais de 50% (15 crianças em 2010 e 8 crianças em 2011).

Figura 8. Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (‰) em Portugal Continental, RAA e RAM entre 2002 e 2012.



Fonte: adaptado de INE/SREA e SReS/DEPD.

⁵⁰ Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (2008). *Doença Hepática Crónica (cirrose hepática)*. Disponível em http://www.apef.com.pt/ficheiro/conteudo/pdfs/APEF_20080912110029_Brochura_DHCRONICA_16_05.pdf, consultado a 2 de setembro de 2013.

⁵¹ Número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade por cada mil nascimentos vivos num determinado período de tempo e numa dada área geográfica. Traduz o risco de morte das crianças durante o primeiro ano de vida.



Em 2012⁵², a Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN)⁵³ apresentou um aumento em relação a 2011⁵⁴, de 2,5‰ para 3,6‰. Apesar da Taxa de Mortalidade Perinatal⁵⁵ ter acusado um decréscimo, de 2011 para 2012, na RAA, de 6,5‰ para 6,0‰, este valor é substancialmente superior aos 5,3‰ e aos 4,3‰ auferidos na RAM e a nível nacional, respetivamente, pelo que este indicador merece especial atenção e vigilância no intuito de inverter a situação, nomeadamente no que se refere aos cuidados assistenciais à mulher grávida.

As taxas de mortalidade infantil, perinatal e neonatal apresentaram algumas oscilações ao longo da última década, interessando, em termos de ganhos em saúde, mantê-las como uma necessidade prioritária em saúde, dada a sua interligação e dependência relativamente ao contexto socioeconómico e cultural da população a que dizem respeito, além de traduzirem a adequabilidade de um conjunto de intervenções a nível da saúde. Considerando a situação económica e social adversa que o país atravessa, a que os Açores não são alheios, e a reestruturação do próprio sistema de saúde que tem vindo a ser implementada, torna-se particularmente relevante acompanhar as potenciais implicações destes fenómenos na evolução dos indicadores em apreço.

4.2. Morbilidade

4.2.1. Obesidade

A obesidade é considerada, atualmente, como uma doença crónica, com grande prevalência nos países desenvolvidos, constituindo a segunda causa de morte evitável, suscetível de prevenção, logo depois do tabagismo⁵⁶. Encarada pela Organização

⁵² Fonte: INE/SREA e SReS/DEPD.

⁵³ Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias por 1 000 nados vivos. Habitualmente associada a anomalias congénitas da criança ou a complicações da gravidez ou/e do parto.

⁵⁴ Fonte dos dados referentes a 2011: SREA (2012). *Demografia 2011*. Disponível em <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B840cd932-5860-46df-82f8-7f974efc184c%7D.pdf>, acessado a 14 de agosto de 2013.

⁵⁵ Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas).

⁵⁶ Direcção-Geral da Saúde (2005). Programa nacional de combate à obesidade. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf>, consultado a 6 de agosto de 2013.



Mundial de Saúde (OMS)⁵⁷ como a epidemia do Séc. XXI, atinge ambos os sexos, em qualquer idade, conduzindo a elevadas taxas de mortalidade. As comorbilidades associadas à obesidade, nomeadamente a nível cardiovascular (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, ...), metabólico (dislipidémia, diabetes tipo 2, ...), respiratório (apneia do sono, embolia pulmonar, ...) e mesmo génito-urinário e reprodutor (infertilidade, síndrome do ovário poliquístico, incontinência urinária de esforço, ...) determinam a gravidade desta doença.

Assim, dadas as suas consequências na saúde e na qualidade de vida da população, constituindo um dos mais importantes problemas de saúde pública no nosso país, exige uma estratégia concertada, incluindo a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de uma vida mais ativa.

O 4º INS 2005-2006 revelou que a percentagem da população da RAA, com 18 ou mais anos de idade, com excesso de peso⁵⁸ ou obesidade⁵⁹, perfazia 52,9%, com 18% dos indivíduos classificados como obesos (Quadro 18). A proporção de mulheres com obesidade na RAA, 21,9%, era manifestamente superior à apurada para os homens, 14%, constatando-se que a proporção de obesos aumentou ao longo dos grupos etários, sobressaindo essa tendência a partir do escalão etário dos 35 aos 44 anos com 16,4%, registando-se valores acima dos 27% para os escalões entre os 45 e os 74 anos.

⁵⁷ WHO (2000). *The World Health Report 2000. Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva. Disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd66/obeprev/indice.pdf>, consultado a 6 de agosto de 2013.

⁵⁸ Índice de Massa Corporal $\geq 27\text{Kg}/\text{m}^2$ e $<30\text{Kg}/\text{m}^2$

⁵⁹ Índice de Massa Corporal $\geq 30\text{Kg}/\text{m}^2$



Quadro 18. Percentagem de indivíduos com excesso de peso e obesidade, por zona geográfica e sexo (2005/2006).

Zona Geográfica	Excesso de peso (Grau I e Grau II ⁶⁰)		Obesidade %
	Sexo	%	
Portugal Continental	HM	35,7	15,2
	H	40,7	14,4
	M	31,1	15,9
RAA	HM	34,9	18
	H	36,1	14
	M	33,7	21,9
RAM	HM	36,9	13,9
	H	41,1	13,6
	M	33,2	14,2

Fonte: Adaptado do 4º INS 2005/2006.

O estudo *Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade* (2010) evidenciou que 49,1% dos inquiridos na RAA considera a obesidade um importante fator de risco para a saúde, referindo como causas primordiais para a sua ocorrência e agravamento, a prática de um padrão alimentar incorreto (84,1%) e a falta de exercício físico (74,6%). No entanto, apesar de 45,8% dos participantes considerar que tem excesso de peso, a grande maioria afirma não adotar quaisquer medidas no seu quotidiano para o manter ou reduzir (64,1%). Quando questionados sobre a relação da obesidade com o aparecimento de outras patologias, a hipercolesterolemia surge como a consequência que os respondentes mais associam à obesidade (63,8%), apesar da hipertensão arterial (59,4%), a diabetes (54,8%) e da maior incidência de patologias respiratórias (54,5%) terem também sido reconhecidas. Constatou-se ainda que, dos inquiridos obesos (24,6%), 45,7% são simultaneamente hipertensos, 57,7% hipercolesterolémicos e 29,3% diabéticos, sendo esta doença mais prevalente na faixa etária dos 50 aos 59 anos. A análise dos hábitos alimentares dos participantes obesos revelou que estes são os que, diariamente, consomem mais açúcares, alimentos fritos e pré-cozinhados, e os que menos ingerem legumes.

⁶⁰ Grau I: IMC \geq 25 Kg/m² e < 27 kg/m²; Grau II: IMC \geq 27 Kg/m² e < 30 kg/m².



Decorrente da preocupação global em relação à obesidade e às suas consequências, que assumem proporções epidémicas, surge a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade⁶¹ com o objetivo de potenciar a ação contra esta doença em toda a Região europeia da OMS, tendo constituído um dos principais focos de atenção neste documento, o aumento da taxa de prevalência anual da obesidade infantil que, em 2006, era 10 vezes superior à verificada em 1970. É neste contexto que surge o sistema de vigilância da obesidade infantil *WHO – European Childhood Obesity Surveillance Initiative*, que constitui o primeiro sistema europeu de vigilância nutricional infantil. Portugal assumiu a coordenação europeia desta iniciativa denominada - *Childhood Obesity Surveillance Initiative* – ou *COSI – Portugal*, tendo como principal objetivo criar uma rede de informação sistemática (a cada 2 anos) comparável entre os países da Europa sobre as características do estado nutricional infantil de crianças dos 6 aos 8 anos. Este estudo, conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), revelou que, em 2008⁶², nos Açores 22,7 % de crianças entre os 6 e os 8 anos eram obesas. Na segunda fase deste projeto, desenvolvida em 2009/2010⁶³, constatou-se, na RAA, uma diminuição significativa na prevalência da obesidade entre as crianças da faixa etária em estudo, a qual se fixou nos 12,7%, tornando os Açores como a terceira Região do país com menor taxa de obesidade nas crianças entre os 6 e os 8 anos. A RAA integrou o COSI 2013 e na sequência da participação neste projeto, proporcionou-se a oportunidade de realizar um estudo mais abrangente, sobre a prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças a frequentar o 1º e o 2º ano de 142 Escolas da Região (4107 alunos), constatando-se que 29,8% das crianças apresentam excesso de peso, enquanto 16,4% são obesas (critérios do CDC).

4.2.2. Outras doenças crónicas

De acordo com o 4º INS, a doença crónica mais frequente, em 2005/2006, na RAA, foi a hipertensão arterial (HTA), mencionada por 16,3% dos inquiridos, valor inferior ao

⁶¹ Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade (2006). Disponível em <http://www.fipa.pt/userfiles/file/Carta%20Europeia.pdf>, consultado a 6 de agosto de 2013.

⁶² INSA (2010). *COSI Portugal 2008*. Disponível em [http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Relatorio_COSI%20\(1\).pdf](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Relatorio_COSI%20(1).pdf), consultado a 7 de agosto de 2013.

⁶³ INSA (2012). *COSI Portugal 2010*. Disponível em <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1109>, consultado a 7 de agosto de 2013.



verificado para Portugal continental, que atingiu 20%. Constatou-se uma percentagem significativamente superior de mulheres a referir esta patologia (20,5%) em relação aos homens (12%), apurando-se ainda que a idade mais frequente de início de HTA entre os participantes se situava entre os 45 e os 54 anos.

A proporção de habitantes da RAA que apontou doença reumática e dor crónica foi também significativa, 12,9% e 10%, respetivamente, evidenciando-se igualmente uma prevalência superior no sexo feminino comparativamente ao masculino (Quadro 19). Outras patologias crónicas frequentemente mencionadas pela população açoriana foram a diabetes (6,7%), a asma (5,8%), a osteoporose (5,6%), a depressão (5,4%), a ansiedade crónica (4,4%) e o enfisema e bronquite crónica (2,1%).

Quadro 19. Prevalência (%) das principais doenças crónicas na RAA (2005/2006).

Prevalência (%) das principais doenças crónicas na RAA (2005/2006)									
Sexo	HTA	Doença Reumática	Dor Crónica	Diabetes	Asma	Osteoporose	Depressão	Ansiedade Crónica	Enfisema, Bronquite Crónica
HM	16	12,9	10	6,7	5,8	5,6	5,4	4,4	2,1
H	12	8,4	7,7	5,2	5,2	1,6	2,6	2	2,3
M	20,5	17,3	12,2	8,2	6,5	9,4	8,2	6,8	1,9

Fonte: Adaptado de: INS 2005/2006.

4.2.2.1. Hipertensão arterial

A HTA, é considerada um dos mais importantes fatores de risco modificável associado às doenças cérebro cardiovasculares, principalmente se desconhecida, não convenientemente tratada e ou não controlada⁶⁴. A OMS estima que 30 a 40% da população mundial sofre de hipertensão arterial, consagrando a comemoração do Dia Mundial da Saúde em 2013 a esta patologia.

No âmbito do 4º INS, 16% dos inquiridos da RAA referiram ser hipertensos, enquanto na RAM a proporção encontrada foi de 13% e, em Portugal continental, aproximadamente 20%. Em 2006/2007, a RAA fez parte de um estudo⁶⁵, desenvolvido

⁶⁴ World Health Organization (2002). *World Health Report 2002 - Reducing Risks Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/whr/2002/en/>, consultado a 10 de setembro de 2013.

⁶⁵ Cortez-Dias, N.; Martins, S.; Belo, A.; Fiuza, M. (2009). Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Resultados do estudo VALSIM. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28 (5), 499-523.



a nível nacional, que pretendeu estimar a prevalência de HTA nos utentes adultos dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Neste trabalho de investigação, os Açores registaram, comparativamente a Portugal continental (44,7%) e à RAM (48,1%), a menor prevalência de HTA com 35,2% (80,9% no sexo masculino e 89,7% no sexo feminino), constatando-se que 61% hipertensos açorianos conheciam o diagnóstico. Verificou-se, ainda, que 57,9% dos utentes hipertensos dos CSP, da RAA, estavam medicados e que 35% tinha a HTA controlada, valor significativamente superior ao apurado em Portugal continental (11,2%) e na RAM (12,5%). As conclusões deste estudo apontam a proximidade entre o sistema de saúde e a população da RAA como fator determinante no cenário favorável em relação à HTA na Região, considerando o contexto nacional.

Dos 733 participantes da RAA no estudo *AMALIA*⁶⁶, de âmbito nacional, que também decorreu em 2006/2007, 268 (35,6%) referiram ser hipertensos.

Aproximadamente 23% dos açorianos que participaram no estudo *Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade*, realizado em 2010, afirmaram ser hipertensos e, destes, cerca de 75% declararam estar medicados para o efeito. Em relação à frequência de avaliação da pressão arterial, 18,4% dos respondentes residentes na RAA mencionaram fazê-lo uma vez por mês, sobretudo no centro de saúde (49,8%) ou em casa (34,4%). Em relação aos fatores associados à hipertensão, o consumo de sal, um padrão alimentar errado e o consumo de tabaco e álcool foram os comportamentos que os participantes consideraram mais relevantes para o surgimento ou agravamento da HTA. Estes conhecimentos parecem estar em consonância com os comportamentos dos hipertensos em estudo, pois este grupo é o que refere menos fumar, consumir bebidas alcoólicas, utilizar bastante sal, consumir diariamente alimentos fritos e pré-cozinhados. Por outro lado, são os que mais afirmam consumir sopa diariamente. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) afigura-se

⁶⁶ Perdigão C; Rocha E.; Duarte, J.; Santos A.; Macedo A. (2011). Prevalência, caracterização e distribuição dos principais fatores de risco cardiovascular em Portugal - Uma análise do Estudo AMÁLIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 30 (04), p. 393-432. Disponível em <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1322.pdf>, consultado a 10 de setembro de 2013.



como a consequência que os inquiridos mais associaram à HTA (77,7%), seguida pelo Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (67,4%). O cruzamento dos resultados deste estudo revelou que 68,8% dos hipertensos eram também hipercolesterolémicos, 30% sofriam igualmente de diabetes e 61,5% eram obesos.

A HTA continua a constituir um importante problema de saúde pública entre nós, sendo expectável que o panorama socioeconómico atual promova o aumento do número de doentes não controlados, devido à falta de capacidade para adquirir medicação e às escolhas alimentares cada vez mais baseadas no preço dos alimentos e menos na sua qualidade e ou adequabilidade à situação de saúde, pelo que urgem intervenções que minimizem o impacto destes fatores.

Apesar do primeiro passo para combater a HTA ser a sua deteção, apenas possível através da avaliação individual, existe um conjunto de medidas preventivas⁶⁷ que devem ser desenvolvidas no âmbito das intervenções de combate à patologia e às suas consequências de entre as quais se destacam: *i)* a redução do conteúdo de sal na alimentação; *ii)* uma dieta equilibrada e combate à obesidade; *iii)* a prática regular de exercício físico e combate ao sedentarismo; *iv)* a cessação tabágica e *v)* o consumo moderado de álcool.

4.2.2.2. Doenças reumáticas

No nosso País, as doenças reumáticas constituem a primeira causa de consulta médica, a principal causa de invalidez, o primeiro motivo de absentismo ao trabalho, a primeira causa de reforma antecipada por doença e estão entre as principais causas de gastos com a saúde, quer diretos (consultas, medicamentos, reabilitação, etc.), quer indiretos⁶⁸.

As doenças reumáticas constituem um grupo nosológico com mais de uma centena de entidades clínicas, compreendendo as doenças e alterações funcionais do sistema

⁶⁷ Ferreira, R. C. (2013). *Hipertensão arterial: uma ameaça silenciosa*. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+im+presta/ameaca+silenciosa.htm>, consultado a 10 de setembro de 2013.

⁶⁸ Direção-Geral da Saúde (2003). *Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20REUMATOLOGIA.pdf>, consultado a 6 de setembro de 2013.



musculosquelético de causa não traumática e incluindo doenças inflamatórias (do sistema musculosquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos), doenças degenerativas (das articulações periféricas e da coluna), doenças metabólicas (ósseas e articulares), alterações de tecidos moles peri articulares e doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores⁶⁹.

O peso da patologia musculosquelética resulta da combinação entre elevada incidência, baixa letalidade e baixa probabilidade de cura, fatores que determinam uma alta prevalência, com acentuadas consequências a nível individual e populacional⁷⁰. Tendo em conta esta realidade, a OMS e a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceram o período de 2000-2010 como a *Década do Osso e da Articulação*.

As doenças reumáticas constituíram, em 2005/2006, a segunda patologia crónica mais prevalente na RAA, com 12,9% dos inquiridos a mencioná-la no 4º INS.

A incidência das doenças reumáticas mais frequentes, tais como a osteoartrose e a osteoporose, aumenta com a idade⁷¹, constatação que vai ao encontro dos resultados apurados no 4º INS, pois foi no intervalo de idades entre os 75 e os 84 anos (46,1% na RAA) e no grupo etário dos 85 ou mais anos que se encontrou maior prevalência de doença reumática.

Consequentemente, o rápido envelhecimento das populações dos países desenvolvidos faz prever um aumento acentuado da carga global deste grupo de doenças nas próximas décadas. No 4º INS foi também quantificada a prevalência de consumo de medicamentos para dores nas articulações (artroses ou artrites) receitados por um médico e comprados numa farmácia, nas duas semanas anteriores à entrevista. Estimou-se que 10% da população no continente, 8,0% nos Açores e 6,4% na Madeira tinha utilizado medicamentos com esta indicação.

⁶⁹ Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>, consultado a 6 de setembro de 2013.

⁷⁰ Lucas, R. & Monjardino, M. T. (2010). *O estado da Reumatologia em Portugal*. Observatório Nacional das Doenças Reumáticas. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf, consultado a 6 de setembro de 2013.

⁷¹ Lucas, R. & Monjardino, M. T. (2010). *O estado da Reumatologia em Portugal*. Observatório Nacional das Doenças Reumáticas. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf, consultado a 6 de setembro de 2013.



A osteoporose foi referida por 5,6% dos respondentes ao 4º INS residentes nos Açores, constatando-se que a prevalência desta patologia, nas mulheres, foi maior entre os 55 e os 64 anos (30,2%), e, nos homens, na classe dos 85 ou mais anos (12,3%). A mesma fonte revelou ainda que, nesta Região autónoma, 2,7% das mulheres com 45 ou mais anos assumem ter tomado, nas duas semanas anteriores à entrevista, medicamentos ou hormonas para a menopausa ou para a osteoporose, receitados por um médico e comprados numa farmácia, verificando-se que o consumo foi mais prevalente na faixa etária entre os 55 e os 64 anos (9,6%).

A RAA integrou o estudo *EpiReumaPt – Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal* (Sociedade Portuguesa de Reumatologia), projeto que pretende dar a conhecer a prevalência das doenças reumáticas em Portugal, e cujos resultados se aguardam.

Em 2011, nos CS/USI da RAA, foram realizadas 554 consultas de reumatologia, o que representa um acréscimo de 100,7% relativamente a 2000 (276 consultas). Em contexto de deslocação de especialistas inter-ilhas decorreram, no ano 2011, 291 consultas médicas desta especialidade.

Acresce referir que a obesidade, o défice nutricional, a atividade física inadequada e o consumo de tabaco são determinantes modificáveis e frequentes de doença musculoesquelética ou de agravamento do seu prognóstico⁷², pelo que estes fatores de risco deverão ser considerados na estruturação e na implementação de estratégias destinadas a prevenir ou a mitigar o efeito deste grupo de patologias.

4.2.2.3. Dor crónica

A dor crónica é um grave problema de saúde pública, responsável por sofrimento e perda de qualidade de vida e produtividade a nível global. Embora variem as estimativas específicas, há concordância no sentido de que a dor crónica é debilitante

⁷² Lucas, R. & Monjardino, M. T. (2010). *O estado da Reumatologia em Portugal. Observatório Nacional das Doenças Reumáticas*. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf, consultado a 6 de setembro de 2013.



e dispendiosa, situando-se entre as dez principais razões de consultas por motivos de saúde e ausências ao trabalho por motivo de doença⁷³.

A prevalência da dor em Portugal foi estudada em 2002⁷⁴ pelo Observatório Nacional de Saúde, através de entrevista telefónica às famílias portuguesas que constituíram a amostra ECOS. Neste estudo concluiu-se que cerca de 74% dos entrevistados tinha tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista. Dados relativos a 2010⁷⁵ apontam para uma prevalência da dor crónica, a nível nacional, de mais de 30%, atingindo cerca de 3 milhões de pessoas na idade adulta. As causas mais frequentes são as lombalgias, outros problemas osteoarticulares, as cefaleias, os traumatismos e a dor crónica pós-cirúrgica. O cancro representa apenas 1% da dor crónica. A dor crónica afeta todos os estratos etários, sendo mais comum em idades avançadas nas mulheres. Estima-se que o custo anual da dor crónica, em Portugal, seja superior a 3 mil milhões de euros. Devido à sua prevalência e ao seu impacto, a dor foi equiparada, no nosso país, desde 2003, ao 5º sinal vital.

Em 2006, 10% dos residentes da RAA afirmaram sofrer de dor crónica (4º INS). De acordo com um estudo desenvolvido em 2011⁷⁶, a prevalência da dor na RAA situa-se entre os 15 e os 20%. Em termos de cuidados especializados, a consulta da dor existe desde 2010 no HSEIT, EPE e no HH, EPE, e desde 2001 no HDES, EPE.

4.2.2.4. Diabetes Mellitus

O Observatório Nacional da Diabetes (OND)⁷⁷ revelou que Portugal se encontra entre os países europeus que registam uma das mais elevadas taxas de prevalência⁷⁸ da

⁷³ OMS (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Geneva. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>, consultado a 4 de setembro de 2013.

⁷⁴ Rabiais, S.; Nogueira, J. P. & Falcão, J. M. (2003). *A dor na população portuguesa – Alguns aspetos epidemiológicos*. Disponível em <http://www.doentescomcancro.org/u hdc/pdfs/EstudoDorPopulacaoPortuguesa.pdf>, consultado a 4 de setembro de 2013.

⁷⁵ *Pain Proposal (2010) – A dor crónica em Portugal*. Disponível em http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf, consultado a 6 de setembro de 2013.

⁷⁶ Lopes, M. C. (2011). *Prevalência e impacto socioeconómico da dor crónica em Portugal*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

⁷⁷ Gardete-Correia, L. et al (2012). *Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em



diabetes, verificando-se que, em 2011, esta doença crónica atingiu 12,7% da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, a que corresponde um valor estimado de 1 003 mil indivíduos. Relativamente à incidência⁷⁹ desta patologia, observou-se a ocorrência de 652 novos casos por cada 100 000 habitantes, no ano em questão, sendo de sublinhar que a variação percentual deste indicador entre 2002 e 2011 foi de +79,6%. Acresce ainda referir que a diabetes tem importantes complicações, designadamente a neuropatia e amputação, a retinopatia, nefropatia e doença cardiovascular, constituindo uma importante causa de hospitalização, além de ter um importante peso na despesa com a saúde em Portugal. Em 2011, assumiu um custo direto estimado entre 1 200 - 1 450 milhões de euros.

Relativamente à realidade regional, o 4º INS revelou que a diabetes constituiu a quinta doença crónica a afetar a população da RAA, com uma prevalência de 6,7%. O projeto de investigação *AMALIA*⁸⁰, que constitui o maior estudo de prevalência dos principais fatores de risco de doença cardiovascular realizado em Portugal, revelou, em 2006, uma prevalência de diabetes de 15,4% na população residente nos Açores.

Já no âmbito do estudo *PREVADIAB*⁸¹, constatou-se que, em 2009, os Açores apresentavam os valores com uma prevalência da diabetes de 14,3% (9,2% diagnosticada e 5,1% não diagnosticada).

Quadro 20. Prevalência da Diabetes e Pré-Diabetes (%) na RAA, RAM e Portugal, em 2009.

Região	Prevalência (%), 2009
--------	-----------------------

http://www.portugal.gov.pt/media/871173/20140219_relatorioanualdiabetes_2012.pdf, consultado a 13 de agosto de 2013.

⁷⁸ Proporção de pessoas com determinado resultado de saúde num dado momento temporal.

⁷⁹ Número de novos casos de um determinado resultado de saúde num espaço de tempo definido.

⁸⁰ Perdigão C; Rocha E.; Duarte, J.; Santos A.; Macedo A. (2011). Prevalência, caracterização e distribuição dos principais fatores de risco cardiovascular em Portugal - Uma análise do Estudo AMÁLIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 30 (04), p. 393-432. Disponível em <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1322.pdf>, consultado a 13 de agosto de 2013.

⁸¹ Gardete-Correia, L. et al (2010). *Estudo da prevalência da Diabetes em Portugal: PREVADIAB*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/219DAD78-CD13-43CE-9221-42744B24176C/0/EstudoprevalenciaDiabetesemPortugal.pdf>, consultado a 13 de agosto de 2013.



	Diabetes			Pré-Diabetes		
	Diagnosticada	Não diagnosticada	Total	AGJ ⁸²	TDG ⁸³	Total
RAA	9,2%	5,1%	14,3%	6,6%	14,8%	21,4%
RAM	7,4%	3,5%	10,9%	2,1%	15,8%	17,9%
Portugal	6,6%	5,1%	11,7%	8,2%	12,6%	23,2%

Fonte: Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal (2010).

Dos 285 residentes na RAA que responderam, em 2010, ao inquérito realizado no âmbito do estudo *Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade*, 12,3% afirmou ser diabético e destes, 75% referiu sofrer de diabetes tipo 2.

Os resultados deste estudo revelaram ainda que, 69,5% do total de respondentes, perceciona um padrão alimentar errado como o fator com maior peso em relação ao aparecimento e agravamento da diabetes tipo 2. De facto, 78,6% dos participantes diabéticos eram, também, obesos. Estes dados vão ao encontro dos encontrados no estudo *PREVADIAB* (2010) em que se constatou que 90% da população em Portugal com diabetes apresentava excesso de peso ou obesidade. Outros resultados relevantes do estudo sobre as doenças civilizacionais relacionam-se com o facto de 56,3% dos diabéticos serem, simultaneamente, hipertensos e de 50% apresentarem também hipercolesterolemia.

Em 2012 foram referenciados 17 163 diabéticos à DRS pelas diversas unidades de saúde (US) da Região (Quadro 21). Não obstante, o facto de este valor não contabilizar os utentes que, eventualmente, não tenham recorrido às US, ele representa uma prevalência da diabetes de 7%, considerando o total da população residente na RAA à data dos Censos 2011 (246 772 hab).

Quadro 21. Prevalência da diabetes na RAA por escalão etário, em 2012, de acordo com o número de diabéticos registados na DRS/DEPD.

Prevalência (%) da Diabetes na RAA, 2012		
Sexo	Total	Escalões Etários

⁸² AGJ = Anomalia da Glicemia em Jejum

⁸³ TDG = Tolerância Diminuída à Glucose



	N	%	0-21 anos	22-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	≥70 anos	Idade ignorada
HM	17163	7,0%	0,6%	0,6%	2,1%	6,2%	17,0%	25,9%	47,3%	0,4%
H	6950	2,8%	0,8%	0,7%	2,3%	7,1%	20,4%	27,9%	40,4%	0,3%
M	10213	4,1%	0,4%	0,5%	2,0%	5,5%	14,6%	24,6%	51,9%	0,5%

Fonte: DRS/DPED.

Em termos de atividades do Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta contra a Obesidade (PRPCDLO) 2009-2012, é de salientar a implementação, em 2011, do *Rastreio da Retinopatia Diabética na Região Açores*, que implicou a conceção do *Manual de Procedimentos: Diagnóstico Sistemático da Retinopatia Diabética* e de uma base de dados para registo dos diabéticos, por concelho. No decurso do rastreio, nas unidades de saúde, foram validados como elegíveis e convocados 3 215 utentes diabéticos, sendo que, destes, 2 426 utentes realizaram o exame, correspondendo a uma percentagem global de participação de 75,5%. Os resultados apurados revelaram que 5,7% dos utentes rastreados apresentavam a patologia, valor inferior ao esperado, de cerca de 10%. No âmbito do PRS 2014-2016 pretende-se retomar o rastreio, abrangendo as ilhas de São Miguel, Terceira e Corvo que não fizeram parte da primeira fase. Assume-se ainda como fundamental, a instituição de medidas de combate a fatores de risco aos vários níveis de prevenção, designadamente *i)* ao nível da prevenção primária, dada a responsabilidade dos cidadãos nas escolhas que fazem, nomeadamente no que respeita à ingestão calórica e dispêndio de energia através da atividade física; *ii)* no plano da prevenção secundária, porque uma elevada proporção da população com DM desconhece o seu diagnóstico e, *iii)* na prevenção terciária, dadas as dificuldades conhecidas no rastreio sistemático de retinopatia e nefropatia diabéticas e na baixa cobertura por consultas de pé diabético.

4.2.2.5. Doenças respiratórias crónicas



As doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 10% para a asma, de 25% para a rinite e 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos⁸⁴.

O 4º INS apurou, na RAA, uma prevalência de 5,8% para a asma e de 2,1% para o enfisema e bronquite crónica. O consumo de tabaco é um dos fatores preponderantes no desenvolvimento de doenças respiratórias de acordo com os resultados do 4º INS, constatando-se a mesma tendência em outros trabalhos de investigação posteriores, como seja o *Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal: Hipertensão arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia e Obesidade (2010)*, que aponta para uma taxa de fumadores RAA de 28,8%.

Acresce referir que uma das principais conclusões das Jornadas de Pneumologia em Medicina Familiar dos Açores e Continente, decorridas em julho de 2013, foi o facto de a DPOC constituir uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade na RAA.

4.2.2.6. Doenças orais

O plano de ação global da OMS para a prevenção e controlo de doenças crónicas 2013-2020⁸⁵ considera que as doenças orais partilham fatores de risco com as quatro principais doenças crónicas - cancro, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias – pelo que uma resposta abrangente para a prevenção e controlo destas doenças deve englobar uma estratégia de combate às doenças orais.

Os resultados do 4º INS revelaram que 78,7% dos habitantes da RAA, com idade igual ou superior a 2 anos, já tinha consultado um técnico de saúde oral (estomatologista, médico dentista, higienista ou outro técnico de saúde dentária).

Cerca de 87% dos habitantes da RAA que nunca consultaram um técnico de saúde oral referem o não ter sentido necessidade, como principal motivo para não o fazer. A

⁸⁴ Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016. Disponível em http://www.efanet.org/wp-content/uploads/2014/03/doenca_respiratorias_op_programa_saude_2012.pdf, consultado a 17 de setembro de 2013.

⁸⁵ OMS (2013). *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. The Sixty-sixth World Health Assembly. Disponível em <http://www.oms.pt/noticias/2013/06/whoncdactionplan20132020.pdf>, consultado a 20 de Setembro de 2013.



mesma justificação foi apresentada por 88,6% dos participantes que não realizaram uma consulta de saúde oral nos 12 meses anteriores à entrevista. Por outro lado, a higienização da boca foi a razão mais frequentemente apontada por aqueles que recorreram a um profissional de saúde oral nos 12 meses que antecederam a aplicação do inquérito (40,8%), seguindo-se a necessidade de extração de dentes (16,4%).

A prevalência de cárie dentária tem vindo a diminuir nas crianças e adolescentes nos últimos anos, devido à implementação do programa regional de saúde oral. Contudo, as doenças orais continuam a assumir uma aposta em termos de saúde pública.

Em 1999, a RAA participou no *Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada*⁸⁶ de 6, 12 e 15 anos de idade. Neste estudo apurou-se que, nos Açores, independentemente da idade, as percentagens de crianças livres de cárie eram inferiores à média nacional. Resultados semelhantes foram verificados para a Região no *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*⁸⁷, realizado no ano letivo 2005/2006, em que as percentagens de crianças livres de cárie apresentaram uma evolução positiva face aos resultados auferidos em 1999. No Quadro 22 constam os resultados obtidos em ambos os estudos relativamente à percentagem de crianças livres de cárie e Índices de cpod/CPOD⁸⁸ para os 6, 12 e 15 anos, na RAA e a média nacional.

Quadro 22. Percentagem de crianças livres de cárie e Índices de cpod/CPOD para os 6, 12 e 15 anos, na RAA e a média nacional em 1999 e 2005.

Ano	Região	Crianças livres de cárie (%)			Índices cpod/CPOD			
		6A	12A	15A	6A cpod	12A CPOD	15A CPOD	15A CPOD

⁸⁶ Direcção-Geral da Saúde (2000). *Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005540.pdf>, consultado a 20 de setembro de 2013.

⁸⁷ Direcção-Geral da Saúde (2008). *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=12995>, consultado a 20 de setembro de 2013.

⁸⁸ Dentes Cariados, Perdidos e Obturados



1999	RAA	30,8	15,7	11,3	3,73	0,42	4,5	6,36
	Nacional	33	27	18,9	3,56	0,23	2,95	4,72
2005	RAA	41,9	22,2	11,5	1,74	0,24	2,05	3,77
	Nacional	50,9	43,8	28,1	2,1	0,07	1,48	3,04

Fonte: adaptado de dados da DGS.

Em 2005, foi desenvolvido o *Estudo Regional de Prevalência das Doenças Orais na População Escolarizada da Região Autónoma dos Açores*, no âmbito do Programa Regional de Saúde Oral (PRSO), que decorreu simultaneamente com o *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*, seguindo a mesma metodologia, mas englobando uma maior amostra a nível regional para, na sua representatividade, contemplar todos os concelhos do arquipélago.

O índice de fluorose dentária encontrado nos Açores foi de 0,7, constatando-se que, apesar de em todas as ilhas existirem crianças com esta doença, os graus de severidade encontrados não se revestiam de grande gravidade. Os índices de cpod/CPOD não diferiram substancialmente dos encontrados no estudo nacional, com 1,9 para os 6 anos (cpod), 2,1 para os 12 e 3,6 para os 15.

As opções estratégicas regionais no âmbito da saúde oral, permitiram designadamente a dotação dos CS/USI do SRS de médicos dentistas, do reforço da implementação do Boletim Individual de Saúde Oral (BISO) em todos os CS/USI, da crescente articulação entre os profissionais de saúde oral dos CS/USI e as equipas de saúde escolar na realização de rastreios e no desenvolvimento de ações/campanhas de sensibilização sobre a temática nas escolas, com a colaboração dos professores, revelaram ganhos em saúde, comparando o estado da saúde oral de crianças e jovens de 6, 12 e 15 anos da RAA, em 1999 e 2005. A RAA participou no *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*, efetuado durante 2013, cujos resultados poderão dar uma perspetiva atual e mais consistente sobre a situação da saúde oral nas idades em causa. Está previsto, em 2014, a realização do *Estudo do Flúor e da Fluorose Dentária* na RAA, através de um protocolo entre a DRS e a Entidade Reguladora dos Serviços de Água e Resíduos dos Açores (ERSARA).



Em 2011 foram realizadas, nas USI da RAA, 24 698 consultas de medicina dentária, mais 6 500 do que em 2000.

Afigura-se como fundamental a implementação de intervenções que promovam a redução da prevalência e da incidência da patologia oral e os respetivos impactos na qualidade de vida, considerando não só as crianças e jovens mas também as grávidas, os doentes crónicos e aquelas pessoas que os médicos de família referenciem como de risco para este tipo de doença, tendo ainda em atenção que a medicina dentária abrange não só as doenças dos dentes mas também as da cavidade oral, gengivas e mucosas.

4.2.2.7. Doença mental

Portugal, ao subscrever a Declaração Europeia de Saúde Mental⁸⁹, assumiu o compromisso de “tomar uma atitude política decisiva de modo a considerar a saúde mental e o bem-estar como prioridades chave”, o que implica o fomento de intervenções em saúde mental que envolvam a comunidade e que favoreçam o acesso das pessoas com doenças mentais e as suas famílias a cuidados de saúde, integrados e transdisciplinares.

Apesar da escassez de informação regional que permita melhor caracterizar a RAA, torna-se fundamental estabelecer novas estratégias de prevenção e tratamento das perturbações psiquiátricas, incluindo o abuso e dependência de álcool. Os dados recolhidos revelaram que em Portugal existe uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa (23%) e que uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental. Os resultados deste estudo indicaram ainda que duas das perturbações mais comuns são a ansiedade (16,5%) e a depressão (8%).

No 4º INS, a ansiedade (8,3%) e a depressão (4,6%) representaram duas das patologias crónicas mencionadas com frequência significativa a nível de Portugal continental e,

⁸⁹ WHO-Europe (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar*. Disponível em <http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf>, consultado a 13 de setembro de 2013.



também, a nível regional, com a RAA a apresentar 5,4% e 4,4% dos participantes a mencioná-las, respetivamente.

O 4º INS apurou, igualmente, que 27,6% da população residente em Portugal Continental com 15 ou mais anos de idade estava em provável sofrimento psicológico, sendo o sexo feminino o mais afetado (36,8%), em comparação com o sexo masculino (17,6%). A prevalência encontrada para a RAA neste âmbito foi de 21,6% (29,4% nas mulheres e 13,5% nos homens), constatando-se, numa análise por situação perante o trabalho, que os trabalhadores ativos e as donas de casa apresentaram proporções mais elevadas de existência provável de sofrimento psicológico (35,7% e 35,3%, respetivamente) face ao estimado para o total da população.

Se, por um lado, o envelhecimento da população está associado a um acréscimo da prevalência de quadros demenciais, a crise financeira que vivemos vai ter seguramente impactos muito significativos na saúde mental das populações⁹⁰. É, pois, plausível a ocorrência de um aumento da prevalência de algumas doenças mentais, assim como o aumento da taxa de suicídio em alguns setores da população⁹¹, que poderão estar associados a elevados níveis de *stress* e ou ao consumo de substâncias, pelo que é fundamental implementar uma política de saúde mental integrada, global e acessível a todos os que necessitem destes cuidados de saúde⁹².

As intervenções em saúde mental na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias⁹³. Neste contexto, a criação de equipas transdisciplinares de saúde mental, de âmbito comunitário (compostas por médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais), com programas de gestão integrada de casos, intervenção em situação de crise e trabalho com as famílias, acautelando as necessidades de grupos especialmente vulneráveis (crianças, adolescentes, mulheres,

⁹⁰ World Health Organization (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf, consultado a 13 de setembro de 2013.

⁹¹ *Ibidem*

⁹² *Ibidem*

⁹³ Gomes, J. C. R. & Loureiro, M. I. G. (2013). O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 32-48. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v31n1/v31n1a05.pdf>, consultado a 13 de setembro de 2013.



idosos e pessoas com incapacidade), e que promovam o combate ao estigma da doença mental, são medidas importantes e a considerar como intervenções relacionadas com a promoção da saúde mental na RAA. Neste âmbito, torna-se indispensável impulsionar a integração dos cuidados de saúde mental no sistema de saúde regional, tanto a nível dos cuidados primários como dos hospitalares e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. A implementação de Redes de Referência de Saúde Mental poderá constituir uma mais-valia neste processo.

Atualmente existe serviço de internamento de curta duração, consulta externa e hospital de dia nos HDES e HSEIT. Nas USI da RAA realizaram-se, em 2011, 625 consultas de psiquiatria e, em regime de deslocação de especialistas às USI, 972 consultas. Em termos de psicologia clínica efetuaram-se, a nível regional, 11 334 consultas.

Na RAA, os Institutos das Ordens Religiosas têm sido relevantes na assistência ao doente mental, assegurando o tratamento em contexto de internamento intermédio ou de longa duração, constituindo ainda estruturas residenciais e sócio ocupacionais de reabilitação psicossocial na área da saúde mental, psiquiatria e toxicod dependências, nomeadamente:

- Casa de Saúde de S. Miguel (Instituto São João de Deus, IPSS);
- Casa de Saúde do Espírito Santo (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, IPSS), que abrange as ilhas do grupo central e do grupo ocidental;
- Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, IPSS), que abrange as Ilhas de São Miguel e Santa Maria;
- Casa de Saúde S. Rafael (Instituto São João de Deus, IPSS), que abrange as ilhas do grupo central e do grupo ocidental.

Tal como preconizado para o serviço de saúde da RAA pelo XI Governo Regional dos Açores, serão de manter estas parcerias, no intuito de disponibilizar cuidados de saúde mental adequados às necessidades da população, uma vez que estas instituições dão resposta à evidente insuficiência de recursos a nível do SRS nesta área específica, além



de possuírem a experiência e o *Know-how* imprescindíveis para promover a saúde mental, seja sob uma perspetiva de prevenção, de tratamento ou de reabilitação, favorecendo o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a quem deles necessita.

De acordo com a OMS⁹⁴, mais de 50% das doenças mentais têm início na adolescência. De facto, existe um importante grau de continuidade entre muitas perturbações da infância, e principalmente, entre as da adolescência e as da idade adulta. A intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo, pelo que o investimento nesta área é a ação com melhor relação custo/eficácia para tentar contrariar o aumento da prevalência dos problemas mentais a que assistimos atualmente em todos os grupos etários.

No que respeita à saúde mental em crianças e adolescentes, a RAA dispõe de uma consulta⁹⁵ no HDES, assegurada por um Psiquiatra da Infância e da Adolescência e dois psicólogos clínicos. Este especialista realiza igualmente as consultas da especialidade no HSEIT. O HH conta com uma especialista proveniente do Hospital D. Estefânia. Esta realidade torna evidente a necessidade de reforçar os recursos médicos na Região em termos de pedopsiquiatria e a urgência em constituir equipas transdisciplinares (médicos, enfermeiros especializados, técnicos de serviço social, terapeutas da fala, educadores do ensino especial, psicomotricistas, terapeutas ocupacionais) a nível hospitalar, que se articulem com os CSP e outras estruturas da comunidade, nomeadamente serviços sociais, escolas e jardim-de-infância, Equipas de Intervenção Precoce da Infância e Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. Esta estrutura, a funcionar de forma adequada, poderá contribuir para a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento atempado de casos de distúrbios do foro

⁹⁴ WHO-Europe (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar*. Disponível em <http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf>, consultado a 13 de setembro de 2013.

⁹⁵ "... projetos de Unidade em que o Psiquiatra da Infância e da Adolescência trabalha com recursos físicos e humanos muito limitados, sem estatuto reconhecido dentro da estrutura hospitalar onde se encontra integrado. Esta situação ocorre em locais onde a atividade da especialidade teve um início recente e está, portanto, em fase inicial do seu desenvolvimento, ou em locais nos quais, por motivos de âmbito diverso, não tem conseguido implantar-se de forma sólida" in Direção-Geral da Saúde (2012, p.45).
Direção-Geral da Saúde (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf, consultado a 13 de setembro de 2013.



mental na infância e na adolescência. Com a contratação dos especialistas em pedopsiquiatria que estão a terminar o internato e através da deslocação de especialistas entre hospitais da região e do continente será implementada a Rede Regional de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Existe evidência sobre a importância das estratégias de promoção, prevenção e intervenção precoces na área da saúde mental da infância e adolescência, pelo que neste contexto, os CSP devem assumir um papel central. Designadamente, programas de prevenção precoce, dirigidos a famílias de risco com crianças pequenas, utilizando a visita domiciliária e focalizados na promoção das competências parentais (estabelecimento de relações afetiva próximas, estáveis e consistentes entre os pais/substitutos e a criança), têm-se mostrado particularmente úteis.

4.2.3. Doenças Genéticas – Doença do Machado-Joseph

A Doença do Machado-Joseph (DMJ), de natureza crónica, gravemente incapacitante e que culmina frequentemente em morte prematura, é uma doença neurodegenerativa hereditária, pertencente ao grupo das ataxias espinocerebelosas (AEC) autossómicas dominantes, enquadrando-se no subtipo das AEC “poliglutaminadas”, causadas pela repetição das unidades Citosina-Adenina-Guanina (CAG)⁹⁶.

Em termos globais, as AECs são consideradas doenças raras, com uma prevalência entre 0,3-2,0:100 000⁹⁷. A DMJ representa, a nível mundial, 15-45% das AEC⁹⁸. Em 2013, estimou-se, em Portugal, uma prevalência de DMJ de 3,1:100.000⁹⁹. Nos Açores, a DMJ atinge a mais elevada prevalência a nível mundial, com 1 em cada 2492 açorianos afetados, valor que se agrava para 1 em cada 146 indivíduos, na ilha das Flores (dados de 2011; Serviço de Neurologia do HDES).

⁹⁶ Soonga, B. & Paulson, H. L. (2007). Spinocerebellar ataxias: an update. *Current Opinion in Neurology*, 20(4), 438–446.

⁹⁷ van de Warrenburg, B. P.; Sinke, R. J.; Verschuuren-Bemelmans, C. C.; Scheffer, H.; Brunt, E. R.; Ippel, P. F.; Maat-Kievit, J. A.; Dooijes, D.; Notermans, N. C.; Lindhout, D. et al (2002). Spinocerebellar ataxias in the Netherlands: prevalence and age at onset variance analysis. *Neurology*, 58(5), 702-708.

⁹⁸ Paulson, H. L. (2007). Dominantly inherited ataxias: lessons learned from Machado-Joseph disease/spinocerebellar ataxia type 3. *Seminars in Neurology*, 27(2), 133-42.

⁹⁹ Coutinho, P.; Ruano, L.; Loureiro, J. L.; Cruz, V. T.; Barros, J.; Tuna, A.; Barbot, C.; Guimarães, J.; Alonso, I.; Silveira, I.; Sequeiros, J.; Marques, N. J.; Serrano, P. & Silva, M. C. (2013). Hereditary ataxia and spastic paraplegia in Portugal: a population-based prevalence study. *JAMA Neurology*, 70(6), 746-55.



A DMJ é uma doença de manifestação tardia, cuja idade média de aparecimento são os 40,2 anos, com extremos de idade a variar entre os 7 e os 70 anos, e uma esperança média de vida de cerca de 20 anos¹⁰⁰. As alterações neurodegenerativas envolvem os sistemas cerebeloso, motor-ocular, piramidal, extrapiramidal e motor-periférico¹⁰¹, que conduzem a incapacidades funcionais que comprometem a execução das atividades de vida diárias das pessoas afetadas. Alguns dos sintomas característicos da doença são a ataxia da marcha, a diplopia, a disartria, a disfagia e a espasticidade.

O diagnóstico precoce da DMJ é difícil, dada a multiplicidade de sintomas que a caracterizam e a raridade da própria doença¹⁰², não existindo, atualmente, intervenção terapêutica capaz de eliminar a sua patologia/sintomatologia¹⁰³. Poderá, no entanto, recorrer-se a algumas intervenções terapêuticas ou cuidados, com repercussões positivas na qualidade de vida das pessoas afetadas¹⁰⁴.

Considerando que, na Região, a DMJ se constitui como um problema de saúde pública, foram consagradas, no Decreto Legislativo Regional n.º 20/2009/A, medidas de apoio aos indivíduos portadores da doença.

No âmbito de um programa de aconselhamento genético¹⁰⁵, podem ser propostos o teste pré-sintomático¹⁰⁶ e ou o diagnóstico pré-natal¹⁰⁷ no intuito de permitir ao

¹⁰⁰ Bettencourt, C.; Santos, C.; Kay, T.; Vasconcelos, J. & Lima, M. (2008). Analysis of segregation patterns in Machado-Joseph disease pedigrees. *Journal of Human Genetics*, 53(10), 920-923.

¹⁰¹ Bettencourt, C.; Santos, C.; Kay, T.; Vasconcelos, J. & Lima, M. (2008). Analysis of segregation patterns in Machado-Joseph disease pedigrees. *Journal of Human Genetics*, 53(10), 920-923.

¹⁰² Bettencourt, C. & Lima, M. (2011). Machado-Joseph disease: from first descriptions to new perspectives. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 6:35.

¹⁰³ Maciel, P.; Costa, M. C.; Ferro, A.; Rousseau, M.; Santos, C. S.; Gaspar, C.; Barros, J.; Rouleau, G. A.; Coutinho, P. & Sequeiros, J. (2001). Improvement in the molecular diagnosis of Machado-Joseph disease. *Archives of Neurology*, 58(11), 1821-1827.

¹⁰⁴ National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2010). *Machado-Joseph Disease Fact Sheet*. Disponível em http://www.ninds.nih.gov/disorders/machado_joseph/detail_machado_joseph.htm, consultado a 24 de fevereiro de 2014.

¹⁰⁵ Conjunto de consultas, faseado no tempo, onde deve ser fornecida informação clara e adequada sobre a doença e sobre o facto de ser atualmente incurável, sobre o risco para outros membros da família, sobre os testes moleculares disponíveis, assim como promover o apoio psicológico para a interpretação dos resultados dos testes genéticos e redução da incerteza dos possíveis portadores de DMJ (Bettencourt, C. & Lima, M. (2011). Machado-Joseph disease: from first descriptions to new perspectives. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 6:35).

¹⁰⁶ É um teste genético que pode ser realizado por um membro de uma família com história confirmada de DMJ, com mais de 18 anos, em risco (50%), assintomático e que pretende receber informação genética (Bettencourt, C. & Lima, M. (2011). Machado-Joseph disease: from first descriptions to new perspectives. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 6:35).



indivíduo em risco criar um programa pessoal de vida fundamentado e baseado no seu risco verdadeiro e diminuir o impacto da doença nas famílias afetadas¹⁰⁸.

4.3. Tuberculose e VIH/SIDA

Portugal, em 2012, registou 2 480 casos de tuberculose, dos quais 2 286 foram novos casos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 21,6/100 000 habitantes, verificando-se um decréscimo relativamente à taxa de incidência definitiva obtida em 2011 (23/100 000 habitantes) de 6,1%¹⁰⁹. No entanto, apesar de se assistir a uma diminuição constante da taxa de incidência de tuberculose, Portugal continua a ser um país de incidência intermédia – o único da Europa Ocidental¹¹⁰.

Na RAA, em 2012, foram notificados e participados à DRS 18 novos casos de tuberculose (7,3/100 000 habitantes), constatando-se, tal como a nível nacional, uma diminuição em relação à taxa de incidência apurada em 2011 que foi, por 100 000 habitantes, de 12,2. (Quadro 23).

Quadro 23. Novos casos de Tuberculose, entre 2000 e 2012, na RAA.

Novos casos de Tuberculose, por ano (2000-2012)													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tuberculose	40	37	44	31	24	35	30	35	32	32	19	30	18
Tuberculose respiratória	40	33	40	29	20	33	26	34	28	29	18	29	17
Tuberculose	-	4	4	2	4	2	4	1	2	2	0	1	0

¹⁰⁷ Realização de uma análise de confirmação da presença ou não da mutação genética no embrião ou feto, com vista à decisão da continuação/interrupção da gravidez (Bettencourt, C. & Lima, M. (2011). Machado-Joseph disease: from first descriptions to new perspectives. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 6:35).

¹⁰⁸ Maciel, P.; Costa, M. C.; Ferro, A.; Rousseau, M.; Santos, C. S.; Gaspar, C.; Barros, J.; Rouleau, G. A.; Coutinho, P. & Sequeiros, J. (2001). Improvement in the molecular diagnosis of Machado-Joseph disease. *Archives of Neurology*, 58(11), 1821-1827.

¹⁰⁹ Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho (dados provisórios)*. Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%3%BAados/Sa%3%BAde%20P%3%BAblica%20Conteudos/PNT%20-%20Ponto%20da%20Situa%3%A7%C3%A3o%20Epidemiol%3%B3gica%20e%20de%20Desempenh.pdf>, consultado a 2 de setembro de 2013.

¹¹⁰ *Ibidem*



miliar e de outros órgãos														
Tuberculose do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	0	0

Fonte: DRS/DSCS

Não obstante se reconheça a diminuição dos casos de tuberculose a nível regional, esta infeção continua a carecer de vigilância e atenção pelos serviços de saúde designadamente por a sua ocorrência poder assumir dimensões extremamente graves, como nos casos de tuberculose multirresistente e tuberculose extremamente resistente, que são formas da doença potencialmente intratáveis. Outro fator de risco conhecido para tuberculose ativa é a infeção por vírus de imunodeficiência humana, preconizando-se que todo o doente com tuberculose seja testado para o VIH¹¹¹.

Tende-se a relacionar o tabaco apenas com a ocorrência de cancro, doenças cerebrovasculares ou doenças respiratórias crónicas. No entanto, este hábito nocivo é também responsável por 8% das mortes por doenças infecciosas, nomeadamente por pneumonias e tuberculose¹¹², pelo que também nas intervenções que visam o combate à tuberculose se devem incluir medidas antitabágicas.

Em termos de atividades decorrentes do Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Respiratórias é de salientar a elaboração, pela CAPRS 2009-2012, do documento *Linhas Orientadoras para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controlo da Tuberculose na RAA*, emitido através da Circular Normativa n.º 11, de 25 de outubro de 2012, cuja implementação se pretende consolidar no período de vigência do PRS 2014-2016, corresponsabilizando as unidades de saúde pela luta contra a tuberculose.

No contexto de fragilidade socioeconómica atual, e tendo em conta que a pobreza é também um fator associado à tuberculose, torna-se imperativo garantir a vigilância de comunidades mais vulneráveis, envolvendo cada vez mais os CSP, no intuito de não inverter a tendência decrescente dos casos de tuberculose no país e, em particular, na RAA.

¹¹¹ *Ibidem*

¹¹² Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2012). *Relatório 2012: A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias*. Disponível em http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2012.pdf, consultado a 2 de setembro de 2013.



De acordo com dados do Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (DDI-URVE), em 2011 e 2012 foram diagnosticados, na RAA, 10 e 8 casos de infeção por VIH, respetivamente. Em relação a diagnósticos de SIDA, foram notificados 2 casos, em 2011, e 1, em 2012. Segundo a mesma fonte, entre 1983 e 2012 contabilizaram-se, na Região, 341 diagnósticos de infeção por VIH, sendo que 178 são portadores assintomáticos, 50 são casos sintomáticos não SIDA e 113 casos de SIDA, dos quais 47 resultaram em óbito.

No intuito de não agravar a incidência da infeção por VIH e de SIDA, a vigilância epidemiológica e a implementação de estratégias de prevenção primária, secundária e de apoio social são indispensáveis, principalmente neste contexto de crise, uma vez que esta doença é particularmente dependente de determinantes sociais, designadamente do empobrecimento. Considerando a estigmatização e discriminação associada à SIDA, a qualidade de vida dos cidadãos infetados por VIH e a garantia dos seus direitos, requer a articulação de um conjunto complexo de fatores, organizacionais e relacionais, que visem o respeito e a promoção da dignidade humana.

4.4. Nascimentos pré-termo e baixo peso ao nascer

No que concerne à **taxa de nados vivos com baixo peso ao nascer** (peso inferior a 2 500g), registou-se, entre 2001 e 2011, um ligeiro decréscimo de 8,1 para 7,8. Já a **taxa de nascimentos pré-termo** (antes das 37 semanas de gestação) apresentou um aumento de 5,6% em 2001, para 6,1% em 2011. As sequelas da prematuridade e do baixo peso à nascença são preocupantes, abrangendo a criança e a sua família, sucedendo que, quanto menor for o tempo gestacional e o peso da criança à nascença, menor será a sua probabilidade de sobrevivência e desenvolvimento adequado¹¹³.

4.5. Partos por cesariana

¹¹³ Aguiar, M. B. & Figueiredo, B. (2010). Prematuridade e baixo peso do bebé à nascença: Da investigação à intervenção. *Nursing*, 253. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3555, consultado a 14 de agosto de 2013.



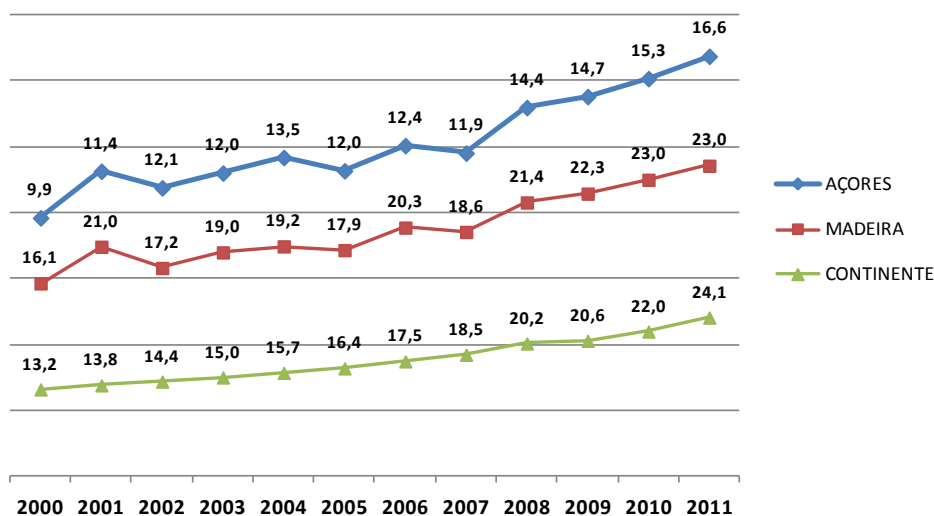
A **taxa de partos por cesariana**, indicador relacionado com o desempenho do sistema de saúde na área da qualidade, aumentou na RAA de 32,2%, em 2002, para 36,8%, em 2012. É de sublinhar que as eventuais complicações da cesariana, de ordem obstétrica, cirúrgica ou anestésica, podem implicar consequências para a mãe e ou para o recém-nascido, pelo que se justifica a monitorização das indicações para este procedimento, a nível regional.

4.6. Nascimentos em mulheres com idade de risco

A **taxa de nascimentos em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos)** tem aumentado na RAA, passando de 9,9%, em 2000, para 16,6%, em 2011. Este adiamento da gravidez para idades mais avançadas, fortemente associado à evolução sociocultural que tem vindo a alterar o padrão de vida da população açoriana, relaciona-se com uma maior probabilidade de complicações durante a gestação, bem como com um risco acrescido de prematuridade, baixo peso, atraso de crescimento intrauterino (ACIU) e morbi/mortalidade perinatal.

Figura 9. Nascimentos (%) em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos) na RAA, RAM e Portugal Continental entre 2000 e 2011.

% nascimentos em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos) na RAA, RAM e Portugal Continental (2000-2011)



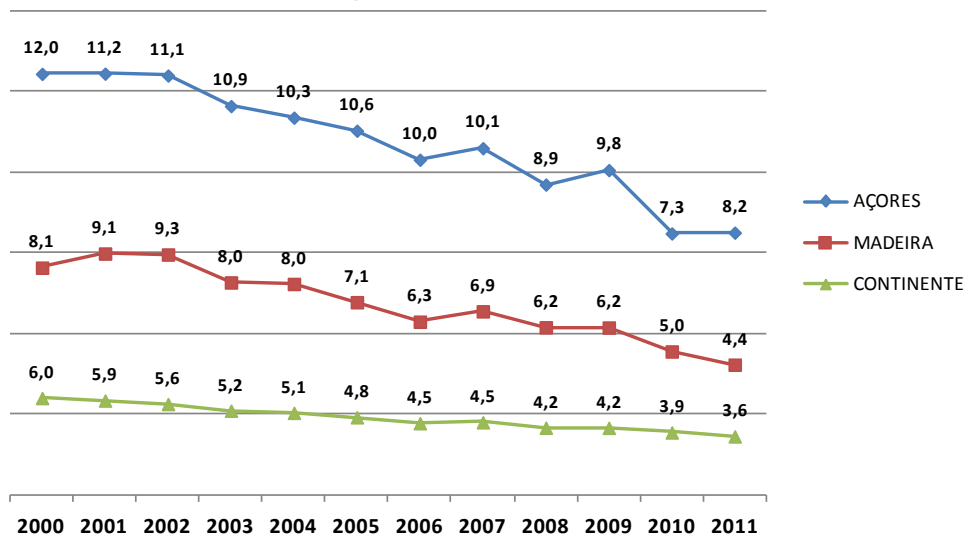
Fonte: Elaborado a partir de dados da SREA/DRS.

No que respeita à **taxa de nascimentos em mulheres adolescentes (≤ 19 anos)**, constata-se uma diminuição entre 2000 e 2011, de 12% para 8,2%. A gravidez na adolescência, que ocorre frequentemente em ambientes familiares e sociais de risco, facilitadores do início precoce da atividade sexual, está fortemente associada ao desconhecimento sobre saúde reprodutiva e contraceção. São vários os problemas clínicos ligados a uma gestação em idades prematuras, seja no desenvolvimento da gravidez (atraso na vigilância pré-natal, anemia, proteinúria,...), no trabalho de parto (rutura prematura de membranas, desencadeamento prematuro do parto, desproporção feto-pélvica, aumento das complicações do parto,...) ou no que toca à saúde do recém-nascido (prematuridade, necessidade de internamento em unidade de neonatologia, maior risco de baixo peso ao nascer,...). Outras perturbações associadas à gravidez precoce, não menos importantes, são as de ordem afetiva, como a depressão pós-parto. Todos estes aspetos justificam atenção particular relativamente a esta problemática, nomeadamente no que respeita a intervenções a nível da prevenção.

Figura 10. Nascimentos (%) em mulheres adolescentes (≤ 19 anos) na RAA, RAM e Portugal Continental, entre 2000 e 2011.



% nascimentos em mulheres com idade de risco (≤ 19 anos) na RAA, RAM e
Portugal Continental (2000-2011)



Fonte: Elaborado a partir de dados da SREA/DRS.



5. Estratégias Regionais Prioritárias do PRS 2014-2016 – Extensão a 2020

O Programa do XI Governo Regional dos Açores preconiza, no âmbito do Serviço Público de Saúde, a aposta na prevenção da doença e no acompanhamento dos cidadãos em estado saudável, educando-os para evitar comportamentos de risco que poderão conduzir a um estado de doença.

Sob uma perspetiva de sustentabilidade, pretende-se um serviço de saúde que alcance maiores níveis de produtividade dos recursos, racionalizando e rentabilizando o investimento concentrado neste setor, e que a qualidade assistencial, em todas as fases do ciclo de vida dos cidadãos, garanta o cumprimento da meta basilar do SRS – *Uma saúde mais próxima das pessoas, uma saúde de e para todos e uma saúde que garanta o futuro.*

A descentralização dos cuidados de saúde, assente numa gestão integrada de cuidados primários, secundários e terciários, a promoção da humanização dos serviços e a consolidação das carteiras de serviços das USI e hospitalares, são assumidas, por este Governo Regional, como estratégias fundamentais à melhoria da qualidade e da acessibilidade aos cuidados, capacitando o SRS para uma resposta adequada e atempada às necessidades de saúde dos cidadãos.

O planeamento em saúde, numa Região como os Açores, onde existe uma relação de proximidade entre a população e os serviços, designadamente no que respeita aos cuidados de saúde primários, contempla o reconhecimento das interligações existentes entre diversos fatores externos que condicionam o estado de saúde dos cidadãos, como sejam o ambiente, os estilos de vida e, também, o tipo de cuidados prestados. Faz igualmente parte deste processo de planeamento a identificação de dinâmicas locais que possibilitem delinear intervenções que vão ao encontro das necessidades específicas das comunidades, famílias e indivíduos, tendo em conta os diferentes espaços de ação e a diversidade de problemas a resolver, sob uma perspetiva de promoção da saúde. Assim, no nosso contexto geodemográfico, os CSP, representados pelas USI, desempenham um papel chave, pretendendo-se que constituam o principal ponto de interação entre o SRS e o utente, assumindo o médico



de família um papel central no cumprimento da missão dos cuidados primários de promoção da saúde.

É, pois, essencial, tal como previsto no *Plano de Ação para a Reestruturação do Serviço Regional de Saúde*, garantir que toda a população tenha médico de família, sendo necessário implementar uma distribuição adequada destes profissionais pelos vários centros de saúde, provendo incentivos à sua fixação, no sentido de proporcionar a todas as açorianas e açorianos o acesso à medicina preventiva. Simultaneamente, os recursos médicos, ao nível dos cuidados hospitalares, devem garantir a manutenção da carteira de especialidades dos hospitais, de modo a manter a sua eficiência e a permitir uma melhor resposta quando está em causa a prestação de cuidados de saúde diferenciados. A qualidade assistencial e a segurança do utente, assim como a sustentabilidade do SRS, implicam a articulação adequada entre os diferentes níveis de cuidados, designadamente no que respeita à referenciação para CSP ou mesmo para a Rede de Cuidados Continuados Integrados após alta hospitalar, e à referenciação de medicina geral e familiar para consultas de especialidade e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, numa ótica de complementaridade, e a consolidação da prestação de cuidados em contexto domiciliário.

O COA, serviço especializado diretamente dependente da Secretaria Regional da Saúde, com sede na ilha Terceira, coordena o rastreio oncológico e disponibiliza consultas médicas e a realização de exames de imagiologia na Região. Pretende-se que as funções do COA se direcionem mais para a definição e implementação da política de prevenção e deteção precoce oncológica regional do que para a prestação de consultas de especialidade ou exames complementares de diagnóstico que atualmente desenvolve. Neste âmbito, será mantida uma consulta de rastreio oportunista na Terceira e criada uma em S. Miguel, enquanto não existir uma cobertura total dos médicos de família nestas duas ilhas.

Uma vez que a prestação de cuidados de excelência está associada a uma visão holística e transdisciplinar da saúde e da doença, a dotação adequada do SRS, em termos de recursos humanos, valoriza não só a área médica, mas também outras áreas



igualmente fundamentais, tais como a enfermagem, a saúde oral, o diagnóstico e terapêutica, a psicologia, a fisioterapia, a farmácia, a nutrição e a assistência social.

O estabelecimento de políticas de fomento da qualidade no sistema de saúde da RAA é crucial para a melhoria contínua dos cuidados prestados e consequente maior satisfação de utentes e profissionais. Do mesmo modo, para manter uma atividade assistencial de referência, é importante que as unidades de saúde e os serviços que as constituem tenham uma visão crítica sobre o nível de qualidade dos cuidados que disponibilizam à população, pelo que necessitam de ferramentas que lhes permitam monitorizar, avaliar e adequar as intervenções que desenvolvem face às necessidades de saúde dos utentes, reconhecendo, simultaneamente, o seu contributo no que respeita a ganhos em saúde, os quais são entendidos como resultados positivos em indicadores de saúde. Neste contexto, salienta-se a importância dos registos nas plataformas informáticas que os profissionais de saúde têm à sua disposição nos diferentes serviços. O Programa do XI Governo Regional dos Açores prevê a criação do processo clínico eletrónico, o qual reúne os dados clínicos de cada utente num processo único, permitindo a melhoria na acessibilidade da informação pelo utente, a sua permanente disponibilidade para a prestação de cuidados de saúde, bem como a integração da informação nas plataformas de dados nacionais e europeias. O Despacho n.º 1186/2013, de 19 de junho de 2013, incumbe à Sudaçor S.A. a responsabilidade de promover as medidas necessárias à implementação do processo clínico nas plataformas informáticas de suporte das instituições do SRS, preconizando ainda que devem ser assegurados os mecanismos de interligação entre as diferentes unidades prestadoras de cuidados. A implementação total do processo clínico único deverá ocorrer até final do ano de 2015.

A obrigatoriedade da uniformização da codificação clínica utilizada, quer ao nível dos cuidados de saúde primários (classificação ICPC-2-E), quer ao nível dos cuidados hospitalares (classificação ICD-9CM), foi determinada, a nível regional, pelo Despacho n.º 1267/2013, de 8 de julho de 2013, o qual estabelece ainda que as regras da codificação devem obedecer ao previsto nos Manuais de Codificação Clínica disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), I.P.



A implementação e utilização nos serviços de Processos Assistenciais Integrados (PAI's), Normas de Orientação Clínica (NOC's), terapêutica e normas de enfermagem, assim como a adoção da classificação de doentes com base nos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) que, além de caracterizarem clinicamente os doentes, explicam os custos associados à sua estadia num hospital, tais como diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos relevantes, são medidas indispensáveis à melhoria do funcionamento global do SRS, ao incremento da qualidade na prestação de cuidados e à equidade no acesso aos mesmos, facilitando ainda a candidatura das estruturas de saúde a programas de acreditação e certificação.

O Plano de Ação para a Reestruturação do Serviço Regional de Saúde determina a implementação de uma rede dos cuidados urgentes e emergentes na Região, abrangendo diversas valências articuladas, a saber: i) emergência pré-hospitalar; ii) serviços de urgência; iii) atendimento urgente; iv) serviço de urgência básica, v) médico-cirúrgica e vi) polivalente; e as vii) vias verdes (Sepsis, AVC, Trauma e Coronária).

A melhoria da operacionalização da Rede de Cuidados Continuados Integrados existente, garantindo a articulação entre as unidades de saúde e as unidades de apoio social, e a implementação de uma Rede de Cuidados Paliativos são também prioridades na reestruturação do SRS, tendo em conta o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crónicas e a necessidade de garantir a continuidade dos cuidados no atual cenário de crise socioeconómica.

Preconiza-se ainda que a abordagem à saúde mental, na RAA, evolua para um novo paradigma, em que o tratamento e acompanhamento do doente sejam planeados numa lógica de proximidade em relação à família e à sociedade.

Considerando que o tratamento das dependências é uma das responsabilidades do Estado Social e que está previsto o reforço da rede de cuidados de saúde primários com a reorganização do SRS, torna-se evidente a lógica da integração do tratamento das toxicodependências neste nível de cuidados.



A estruturação do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020 fundamenta-se, assim, em todos estes pressupostos e no perfil e necessidades de saúde da população da RAA. A elaboração do PRS envolveu, numa fase inicial, a recolha e análise de informação indispensável à identificação dos problemas e necessidades de saúde reconhecidos como mais prioritários e os respetivos determinantes. Este levantamento incluiu: a caracterização da população alvo (componente demográfica e socioeconómica), a descrição quantitativa dos problemas de saúde (mortalidade, morbilidade e suas consequências) e a identificação dos determinantes de saúde e dos recursos da comunidade. Esta informação possibilitou delinear estratégias regionais de saúde, que se pretendem transversais e convergentes, no intuito de garantir cuidados integrados e globais, racionalizando recursos humanos e técnicos, designadamente a Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco, a Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas, a Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas e a Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares. Pretende-se, com estas estratégias, integrar e dar continuidade aos Programas Regionais que fizeram parte do PRS 2009-2012, aproveitando os seus pontos fortes e reformulando os aspetos que carecem de melhoria. Neste contexto, incorporaram-se novas e melhores orientações, recomendações e ações visando promover o potencial de saúde dos cidadãos da RAA.

É ainda objetivo deste PRS estabelecer uma lógica para a identificação de ganhos em saúde, definindo indicadores e metas, procurando determinar a adequação entre as necessidades de saúde e a resposta do SRS.

Enquadradas nas Estratégias Regionais do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020, foram delineadas as seguintes Áreas de Intervenção:

Figura 11. Estratégias e Áreas de Intervenção do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020

1-Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco	<ul style="list-style-type: none">Área de Intervenção na Saúde da MulherÁrea de Intervenção na Saúde InfantojuvenilÁrea de Intervenção na Promoção da Saúde em contexto EscolarÁrea de Intervenção na Promoção da Saúde OralÁrea de Intervenção nas DependênciasÁrea de Intervenção nas Doenças InfeciosasÁrea de Intervenção na Prevenção de AcidentesÁrea de intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo
2-Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas	<ul style="list-style-type: none">Área de intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes <i>Mellitus</i>Área de Intervenção na ObesidadeÁrea de Intervenção na HipertensãoÁrea de Intervenção nas Doenças Respiratórias não infecciosasÁrea de Intervenção na DorÁrea de Intervenção nas Doenças ReumáticasÁrea de Intervenção na promoção da Saúde MentalÁrea de Intervenção nos Cuidados PaliativosÁrea de Intervenção nas Doenças Genéticas
3-Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none">Área de Intervenção no AVC e no EAM
4-Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas	<ul style="list-style-type: none">Área de Intervenção na Prevenção da Doença OncológicaÁrea de Intervenção no Tratamento da Doença Oncológica

5.1. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco

5.1.1. Área de Intervenção na Saúde da Mulher

A Área de Intervenção na Saúde da Mulher engloba ações a desenvolver no âmbito da Saúde Materna e Planeamento Familiar, interligando-se com a Área de Intervenção na Prevenção das Doenças Oncológicas, designadamente no que diz respeito aos rastreios do cancro do colo do útero e mama.

As taxas de mortalidade materna, perinatal e infantil são consideradas indicadores de saúde da população que expressam o nível socioeconómico e a qualidade dos cuidados de saúde de um país. Apesar de, nos últimos anos, na RAA, se constatar uma evolução positiva no que respeita a estes indicadores, a sua melhoria deve constituir uma prioridade para os serviços de saúde¹¹⁴.

A maternidade mais tardia e a gravidez na adolescência, o tratamento da infertilidade e o tabagismo são causas de maior número de gestações de risco, mais prematuridade e mais recém-nascidos com baixo peso e atraso de crescimento intrauterino, situações que, além de terem um impacto negativo nas taxas de mortalidade materna, perinatal e infantil, implicam consequências futuras potencialmente nefastas em saúde pública, nomeadamente na obesidade, na diabetes, na hipertensão e nas doenças cardiovasculares (Gluckman, 2005; Machado, 2008 citados em PNS 2012-2016). Estas complicações não constituem apenas um pesado encargo para as famílias, mas também para os sistemas de saúde e serviços sociais.

Neste contexto, o planeamento familiar constitui-se como uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso a informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros, a serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável, permitindo que homens e mulheres decidam se e quando querem

¹¹⁴ Direção-Geral da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação. Relatório do Diretor Geral e Alto-comissário da Saúde*. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/saboga/relat%C3%B3rio%20alto%20comiss%C3%A1rio%202002.pdf>, consultado a 21 de outubro de 2013.



ter filhos, assim como programem a gravidez. A vigilância da grávida em saúde materna/obstétrica e o parto nas condições mais adequadas¹¹⁵, são práticas fundamentais para garantir a prevenção da mortalidade materna, perinatal e infantil e a conseqüente tendência favorável na evolução dos indicadores associados. Como fatores subjacentes e fundamentais aos ganhos em saúde pretendidos, surgem a promoção da redução das desigualdades, a melhoria das práticas assistenciais e a garantia da acessibilidade de mulheres, crianças e jovens aos serviços de saúde de que necessitam. Neste contexto, a ação política deverá favorecer a organização e a complementaridade entre cuidados saúde primários e diferenciados, centrados nas necessidades da grávida e do recém-nascido, que estabeleçam intervenções ao nível do planeamento e acompanhamento da gravidez, da preparação para a parentalidade, da promoção de estilos de vida saudáveis da grávida (incluindo prevenção do consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas), preparação para o parto, promoção da amamentação e imunização¹¹⁶.

Urge igualmente atuar junto das comunidades no intuito de garantir que a vigilância da saúde da mulher seja valorizada, como meio de promover a saúde através da identificação e intervenção sobre fatores de risco modificáveis, e de fomentar a realização de exames de rastreio para diagnosticar as patologias numa fase precoce, designadamente no que respeita ao cancro da mama e cancro do colo do útero, minimizando as suas conseqüências em termos de mortalidade e morbidade.

Das atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar (2009-2012), salienta-se a elaboração e implementação da “Rede de Referência Materno-infantil e Rede de Transferência de Grávidas e Recém-nascidos da RAA”, divulgada através da Circular Normativa da DRS n.º 19, de 26 de julho de 2011. Realizaram-se ainda, nos CS/USI do SRS, formações em ecografia e cardiocografia pré-natal básicas, decorrentes da aquisição de cardiocógrafos para

¹¹⁵ Informação disponível em <http://www.portaldasaude.pt>.

¹¹⁶ Direção-Geral da Saúde (2012). *Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-em-portugues/>, consultado a 21 de outubro de 2013.



as US como instrumentos auxiliares no diagnóstico e deteção de problemas a encaminhar para os hospitais de referência.

A atual crise socioeconómica poderá constituir um fator de risco para a evolução favorável que se pretende para os indicadores de mortalidade e morbidade materna, perinatal e infantil, assim como para a adesão à vigilância da saúde da mulher, mas cria igualmente uma oportunidade de promover a reorganização dos serviços de saúde¹¹⁷, na procura da consolidação e do caminho para a excelência do SRS, em geral, e, em particular, nesta área da saúde.

¹¹⁷ Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente (2012). *Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente - Proposta*. Disponível em http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Carta_Hospitalar_CNSMCA_20120612.pdf, consultado a 21 de outubro de 2013.



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura.	Informação sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução.	-Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem) -Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar -Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar -Proporção de mulheres em idade fértil com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar -Nº médio de consultas de planeamento familiar por utilizadora -Proporção de mulheres com idade inferior a 18 anos que frequentam a consulta de planeamento familiar -Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna -Taxa de cobertura de Saúde Materna (Nº de grávidas) -Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem -Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre - Proporção de grávidas com exame ecográfico do 1º trimestre realizado entre as 11 e as 13 semanas e seis dias;
	Facilitação de informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos.	
	Acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo selecionado.	
	Garantia do acesso de toda a população a contraceptivos, gratuitamente e assegurando a confidencialidade, de acordo com as orientações da Portaria n.º 22/2011 de 4 de Abril de 2011. Os serviços só podem recusar a disponibilização de um determinado método contraceptivo com base em razões de ordem médica, devidamente fundamentadas.	
	Disponibilização da contraceção de emergência em locais de fácil acesso, nos CS/USI e Hospitais, EPE (serviços de ginecologia/obstetrícia), de acordo com a Portaria nº 82/2007, de 17 de dezembro.	
	Fornecimento da quantidade adequada de contraceptivos hormonais orais e preservativos, no âmbito das consultas de planeamento familiar, de modo a não obrigar deslocações desnecessárias aos CS/USI. No caso de utilizadores habituais, devem ser fornecidos, no mínimo, 6 blisters de contraceptivos; os preservativos devem ser fornecidos para um período a acordar com o/a utente de acordo com as suas necessidades e nunca inferior a 3 meses.	
	Informação sobre: funcionamento e eficácia relativa do método contraceptivo; forma de utilização; efeitos colaterais comuns; riscos e benefícios para a saúde; sinais e sintomas que necessitam de avaliação por um profissional de saúde; retorno da fertilidade após a suspensão do método; prevenção de ITS.	
	Informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos do indivíduo, incluindo os fenómenos de violência e abuso sexuais.	
	Promoção da adoção de estilos de vida saudáveis.	
	Fomentação da prática do exercício físico regular e da prática de uma alimentação equilibrada (consultar Área de Intervenção na Obesidade).	
	Promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens, nas escolas, em articulação com as equipas de saúde escolar de acordo com as orientações da Portaria n.º 100/2012, de 28 de Setembro de 2012 (consultar Área de Intervenção na Promoção da Saúde em Contexto Escolar).	
	Reconhecimento e orientação dos indivíduos/casais com dificuldades sexuais.	
	Prevenção, diagnóstico e tratamento das ITS, incluindo VIH e hepatites B e C.	
	Informação sobre as implicações da gravidez na adolescência.	
Esclarecimento sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade.		
Elucidação sobre as consequências da gravidez não desejada.		



Promover o planeamento familiar.	Identificação e orientação dos indivíduos com problemas genéticos e de infertilidade.	<p>- Proporção de grávidas com exame ecográfico do 2º trimestre realizado entre as 20 e as 22 semanas;</p> <p>- Proporção de grávidas com exame ecográfico do 3º trimestre realizado entre as 30 e as 32 semanas;</p> <p>-Prevalência da diabetes gestacional;</p> <p>-Proporção de grávidas com diabetes gestacional referenciadas;</p> <p>-Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso;</p> <p>-Proporção de nascimentos pré-termo;</p> <p>-Proporção de nascimentos em mulheres adolescentes;</p> <p>-Proporção de nascimentos em mulheres com idade ≥ 35 anos;</p> <p>-Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado</p> <p>-Proporção de grávidas com consulta de revisão de puerpério efetuada até às 6 semanas pós-parto;</p> <p>- Nº de unidades de saúde/serviços que iniciaram registos no RAM;</p> <p>-Proporção de grávidas com vacinação atualizada;</p> <p>-Proporção de grávidas com amniocentese realizada, que tinha indicação para amniocentese;</p> <p>-Proporção de grávidas encaminhadas para a consulta de genética;</p> <p>-Proporção de mulheres dos [25-64]</p>
	Implementação da Rede de Cuidados em Infertilidade na RAA.	
	Atendimento imediato em planeamento familiar nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique.	
	Certificação da referência atempada das situações de risco (designadamente, diabetes, cardiopatias, doenças oncológicas) ou com indicação para contraceção cirúrgica, para uma consulta de planeamento familiar hospitalar (ginecologia/obstetrícia).	
	Implementação de medidas para atrair e fixar os adolescentes, designadamente, através de horários flexíveis, atendimento desburocratizado, assegurando a confidencialidade e a privacidade.	
	Instalação, nos CS/USI, de gabinetes técnicos de atendimento de jovens na área do planeamento familiar e sexualidade.	
	Promoção da utilização do Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (BSR/PF).	
	Criação de condições que facilitem o acesso dos homens, em particular dos mais jovens, às consultas de planeamento familiar.	
	Certificação, em particular, do encaminhamento para consulta de planeamento familiar de mulheres: <ul style="list-style-type: none"> • Com doença crónica que contraindique uma gravidez não programada; • Com paridade ≥ 4; • Com idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos; • Cujo espaçamento entre duas gravidezes foi inferior a 2 anos; • Puérperas; • Após a utilização de contraceção de emergência; • Após uma interrupção da gravidez. 	
	Informação de que as consultas de planeamento familiar estão isentas de taxas moderadoras.	
Encaminhamento das utentes que pretendam realizar interrupção voluntária da gravidez, de acordo com o estabelecido na Portaria nº 51/2007, de 08 de janeiro.		
Prevenir a mortalidade e a morbilidade materna, neonatal e infantil.	Confirmação da vigilância médica da gravidez com um total mínimo de 6 consultas.	
	Garantia do encaminhamento da grávida para exame ecográfico do 1.º trimestre, com data de realização entre as 11 e as 13 semanas e seis dias de gestação (Norma 023/2011 da DGS, de 29/09/2011, atualizada a 21/05/2013).	
	Garantia do encaminhamento da grávida para exame ecográfico morfológico do 2.º trimestre, com data de realização entre as 20 e as 22 semanas de gestação (Norma 023/2011 da DGS, de 29/09/2011, atualizada a 21/05/2013).	
	Garantia do encaminhamento da grávida para exame ecográfico do 3º trimestre, com data de realização entre as	



30 e as 32 semanas de gestação (Norma 023/2011 da DGS, de 29/09/2011, atualizada a 21/05/2013).	anos com citologia efetuada nos últimos 3 anos -Proporção de mulheres [45-74] anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos -Proporção de mulheres que fumam durante a gravidez -Proporção de mulheres que consomem substâncias ilícitas durante a gravidez -Proporção de mulheres que consomem álcool durante a gravidez
Garantia da realização dos exames laboratoriais da gravidez, de acordo com a Norma 37/2011 da DGS, de 30/09/2011 atualizada a 20/12/2013.	
Garantia, a todas as mulheres que iniciem a vigilância da gravidez, da aplicação da Norma 007/2011 da DGS, de 31/01/2011 - Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional (consultar Área de Intervenção na Diabetes Mellitus).	
Agendamento e realização de visitação domiciliária de enfermagem à puérpera (articular com as equipas de saúde infantil, de forma que a visitação domiciliária ao recém-nascido e à mãe possa ser feita simultaneamente).	
Promoção da realização da 1.ª consulta no 1.º trimestre de gravidez.	
Promoção da saúde da grávida e recém-nascido, designadamente no que respeita a: <ul style="list-style-type: none">• Amamentação• Vigilância da gravidez (periodicidade das consultas, ecografias e estudos analíticos)• Adaptação da família do bebé• Enxoval e nome do bebé• Desvantagens do consumo de substâncias: tabaco, álcool, droga• Hábitos alimentares, eliminação, higiene, sono e repouso• Estruturas de suporte pós-parto• Sintomas e desconfortos próprios da gravidez• Expressão da sexualidade• Trabalho e atividade física• Prevenção primária da transmissão da toxoplasmose• Legislação sobre a maternidade/paternidade• Importância do envolvimento do pai• Prevenção de acidentes• Sinais e sintomas de alerta• Trabalho de parto• Cuidados pós-parto• Cuidados ao períneo• Cuidados com a mama• Contraceção pós-parto• Consulta de revisão pós-parto	



	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados ao recém-nascido• Diagnóstico precoce	
	Recomendação às mulheres em preconceção, grávidas ou a amamentar a suplementação diária de iodo, sob a forma de iodeto de potássio, desde o período pré-concepcional, durante toda a gravidez e enquanto durar o aleitamento materno exclusivo (de acordo com a Orientação nº 011/2013 da DGS, de 26/8/2013).	
	Monitorização do aleitamento materno (implementar a introdução de dados no Registo do Aleitamento Materno, na área reservada do site da Direcção-Geral da Saúde).	
	Divulgação da informação sobre aleitamento materno e incentivo à sua prática em consultas de enfermagem/médicas e nas aulas de preparação para o nascimento/pós-parto.	
	Promoção do aleitamento materno, através da generalização dos “cantinhos de amamentação”.	
	Garantia do acesso de todas as grávidas à revisão de puerpério (cerca de 6 semanas após o parto) e a consulta de planeamento familiar.	
	Garantia do cumprimento das orientações constantes na Circular Normativa n.º 19, de 26 de julho de 2011, da DRS - “Rede de Referência Materno-infantil e Rede de Transferência de Grávidas e Recém-nascidos da RAA”.	
	Encaminhamento das grávidas de risco para consulta hospitalar.	
	Informação de que as consultas de acompanhamento da grávida estão isentas de taxas moderadoras.	
	Monitorização do estado vacinal das grávidas e proceder à vacinação de acordo com as recomendações da DRS.	
	Divulgação da utilização e correto preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida, que deve ser facultado a todas as mulheres grávidas, mesmo quando seguidas em consultório privado.	
	Prevenção dos defeitos do tubo neural através da cedência de medicação, tão precoce quanto possível, de acordo com a Portaria nº 56/97, de 24 de Julho.	
	Prevenção da isoimunização Rh disponibilizando a Imunoglobulina anti-D, às 28 semanas de gestação, a todas as grávidas Rh-não sensibilizadas.	
	Promoção de aulas de preparação para o parto e cuidados ao bebé em articulação com a saúde infantil (consultar Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil).	
Promover a saúde mental na gravidez.	Identificação precoce de sinais e situações de risco em saúde mental na gravidez e pós-parto: depressão na gravidez; depressão pós-parto; antecedentes pessoais e familiares dos pais, como por exemplo, consumo de substâncias; gravidez na adolescência; antecedentes obstétricos da mãe como abortos espontâneos, interrupções voluntárias da gravidez ou partos prematuros; gravidez não planeada, não desejada, não aceite, entre outros. O médico de família responsabiliza-se por encaminhar a grávida/puérpera para consulta de especialidade ou para vigilância pela equipa comunitária de saúde mental do CS/USI.	



	Facilitação de apoio especializado em psicologia, ação social ou em outras áreas consideradas relevantes e encaminhar para as equipas comunitárias de saúde mental as mulheres em situação de IVG.	
	Promoção da parentalidade e uma vinculação precoce e segura pais-bebé.	
Promover a saúde da mulher.	Desenvolvimento de estratégias que promovam a adequada vigilância da saúde da mulher.	
	Esclarecimento sobre e fomento da prática do autoexame da mama.	
	Esclarecimento e acompanhamento das mulheres em fase de perimenopausa e menopausa.	
	Incentivo, esclarecimento e encaminhamento das mulheres no sentido de realizarem o rastreio do cancro do colo do útero e da mama (consultar Área de Intervenção na Prevenção da Doença Oncológica).	
Prevenir a ocorrência de consumos nocivos durante a gravidez.	Identificação precoce das grávidas com comportamentos aditivos e dependências, proceder ao seu encaminhamento, de acordo com a situação, e acompanhar os recém-nascidos (Consultar Área de intervenção nas Dependências).	
	Garantia do acesso prioritário a cuidados específicos a mulheres grávidas com comportamentos aditivos e dependências e seus companheiros, de acordo com as suas problemáticas e níveis de risco na evolução da gravidez.	

Normas/Circulares/Orientações:

- Circular Informativa n.º: 01/DSMI/2006 da DRS, de 16 de janeiro - Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar.
- Circular Normativa n.º 15 da DRS, de 29 de junho - “Protocolo Terapêutico para a Ameaça de Parto Pré-Termo” inserido na “Prevenção da Doença de Membrana Hialina do Prematuro”.
- Circular Normativa n.º 16 da DRS, de 30 de junho de 2011 – “Administração de Imunoglobulina Anti-D nas USI do SRS”.
- Circular Normativa n.º 19 da DRS, de 26 de julho de 2011 - “Rede de Referência Materno-infantil e Rede de Transferência de Grávidas e Recém-nascidos da RAA”.
- Lei n.º 12/2001, de 29 de maio – Contraceção de Emergência.
- Circular Normativa n.º 11/2002 da DRS, de 25 de outubro - Notícia de Nascimento.
- Circular Normativa n.º 1/DSMIA de 04/02/2004 - Gravidez e vírus da imunodeficiência humana. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/gravidez-e-virus-da-imunodeficiencia-humana.aspx>.
- Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 15/01/2007 - Profilaxia da Isoimunização Rh. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/profilaxia-da-isoimunizacao-rh-.aspx>.
- Circular Normativa n.º 05/2007 da DRS, de 25 de janeiro – Boletim de Saúde da Grávida, na RAA.
- Circular Informativa n.º 37/DSR de 13/08/2010 - Compromisso com os princípios enunciados nos Objetivos para o Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde materno-infantil. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/circular-informativa-n-37dsr-de-13082010.aspx>.



- Norma Nº 007/2011 da DGS, de 31/01/2011 - Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/norma-n-0072011-de-31012011.aspx>.
- Circular Normativa da DGS nº18/DSMIA/2004, de 7/9/2004 - “Prevenção das formas graves de hemoglobinopatias”.
- Circular Normativa da DGS n.º1/DSMIA, de 4/2/2004 - “Gravidez e vírus da imunodeficiência humana”.
- Norma 37/2011 da DGS, de 30/09/2011 atualizada a 20/12/2013 – “Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco”.
- Norma n.º 023/2011 da DGS de 29/09/2011 atualizada a 21/05/2013 - Exames ecográficos na gravidez de baixo risco. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/norma-n-0232011-de-29092011-atualizada-a-21052013.aspx>.
- Orientação n.º 011/2013 da DGS de 26/08/2013 - Aporte de iodo em mulheres na preconcepção, gravidez e amamentação. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n-0112013-de-26082014.aspx>.

Documentos de interesse:

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Relatório de análise das complicações relacionadas com a interrupção da gravidez 2011-2012*. Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-analise-das-complicacoes-relacionadas-com-a-interruptao-da-gravidez.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Crítérios médicos de elegibilidade para uso de contraceptivos*. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/planeamento-familiar--contracepcao/criterios-medicos-de-elegibilidade-para-uso-de-contraceptivos.aspx>.



- Branco, M. J.; Paixão, E. & Vicente, L. F. (2011). *Uma “observação” sobre a utilização de cuidados preventivos pela mulher - Estudo no grupo ECOS.* INSA/DGS. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/preconcepcao/utilizacao-de-cuidados-preventivos-pela-mulher-estudo-no-grupo-ecos.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2007). *A gravidez da adolescente.* Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=2>.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Saúde reprodutiva – Planeamento Familiar.* Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Disponível em http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf.



5.1.2. Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil

O Governo Regional entende que as principais linhas orientadoras de avaliação, monitorização e intervenção, que as equipas de profissionais devem observar no âmbito da promoção, prevenção, proteção e provisão de cuidados de saúde às crianças e aos adolescentes, devem basear-se nos seguintes princípios:

- Calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade;
- Harmonização das consultas com o esquema cronológico preconizado no PRV, de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde;
- Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde. Neste âmbito, e face aos movimentos antivacinais emergentes, o re-incentivo ao cumprimento do PRV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral, afigura-se crucial;
- Investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento;
- Deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção;
- Apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação em questões de saúde das crianças e dos jovens;
- Trabalho em equipa, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares;



- Articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens;
- Consideração da visitação domiciliária como elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco;
- Necessidade do trabalho em equipa ser incrementado também na comunidade e nas estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, atividades de tempos livres (ATL), coletividades desportivas ou associativas, serviços da segurança social, Autarquias, etc.), enquanto entidades com competência em matéria de infância e juventude e, por isso, com responsabilidade na promoção da saúde, nestas idades.

A consecução dos objetivos a nível regional, pressupõe estratégias de intervenção articuladas com outras áreas como sejam a saúde escolar, saúde oral, equipas de intervenção precoce, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, entre outros.

As principais inovações relativamente ao anterior Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infantojuvenil (PRS 2009-2012), são as seguintes:

- Alteração na cronologia das consultas referentes a idades-chave da vigilância¹¹⁸;
- Adoção das curvas de crescimento da OMS – novas curvas de percentil de perímetro cefálico (0-24M), peso, comprimento/altura e IMC (0-5A e 5-19A);
- Recomendação da avaliação da tensão arterial (TA) nas consultas de vigilância de saúde em todas as crianças a partir dos 3 anos de idade.
- Novas tabelas de percentis de TA (percentis – 90, 95, 99).
- Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos. Com o objetivo

¹¹⁸ Salienta-se a introdução das seguintes consultas: aos 5 anos, com o objetivo de avaliar a existência de competências para o início da aprendizagem; aos 6/7 anos, para deteção precoce de dificuldades específicas de aprendizagem; aos 10 anos, para preparar o início da puberdade e a entrada para o 5.º ano de escolaridade.



de rastrear as perturbações no espectro do autismo foi incluído um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento, utilizado em crianças dos 16 aos 30 M – *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT).

- Recomendação do rastreio de dislipidémias em crianças de risco ou pertencentes a famílias de risco.
- Divulgação generalizada de informação relevante em matéria de saúde infantil e juvenil.
- Criação do **eBoletim**, que é versão digital do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), que vem permitir a mães, pais ou outros cuidadores, optarem por esta alternativa em vez do tradicional modelo em suporte de papel. O uso do eBoletim apresenta diversas vantagens. É de fácil utilização e permite o acesso simplificado à informação. A sua disponibilização na rede de internet inclui a utilização de sistemas inteligentes e automáticos de alerta, que permitem transmitir informações importantes quer aos utentes, quer aos profissionais, sobre marcações de consultas, reforço de vacinas, realização de exames clínicos, etc.

A entrada em vigor do novo BSIJ, em versão papel, e do eBoletim será gradual, prevendo-se a sua conclusão até ao final de 2015.

Considerando algumas particularidades a nível regional, salvaguardam-se as seguintes exceções:

- Os objetivos e as regras de organização e funcionamento da intervenção precoce na RAA foram determinados pela Portaria n.º 89/2012, de 17 de agosto de 2012. No entanto, as orientações constantes nos manuais *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde*¹¹⁹ e *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*¹²⁰, poderão constituir ferramentas úteis para todos os profissionais de saúde envolvidos.
- O Governo Regional preconiza a criação de equipas comunitárias de saúde mental nos CS/USI, compostas por um médico de medicina geral e familiar, um psicólogo,

¹¹⁹ Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-CB66499CFB96/0/AcaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf>.

¹²⁰ Disponível em http://www.adcl.org.pt/observatorio/pdf/Guia_Maus_tratos2011.pdf.



um enfermeiro, um assistente social e um terapeuta da fala. A população alvo destas equipas engloba não só os adultos, mas também crianças e adolescentes, pelo que a sua atuação nestas faixas etárias deve ocorrer em articulação e sob a supervisão do Psiquiatra da Infância e Adolescência do hospital de referência. Fazem parte das competências e objetivos destas equipas transdisciplinares o planeamento de estratégias de intervenção em contexto comunitário (por exemplo, ao nível da prevenção primária e cuidados continuados) e o estabelecimento de protocolos de atuação em situações específicas, em que seja possível a intervenção fora do contexto hospitalar. A criação destas equipas permitirá uma utilização mais racional dos serviços, libertando os serviços especializados do seguimento dos casos menos graves. A sua criação reveste-se ainda de importância pelo facto de tornar este tipo de cuidados mais acessíveis às populações (Consultar Área de Intervenção na Saúde Mental).

- Relativamente à Saúde Oral, na Região não se aplica o “cheque dentista” pois os CS/USI dispõem de médicos dentistas que asseguram a monitorização da saúde oral das crianças dos 0 aos 15 anos (inclusive), nos serviços, e que colaboram nos rastreios de saúde oral realizados no âmbito da promoção da saúde em meio escolar (Consultar Área de Intervenção Promoção da Saúde Oral).

População Alvo

Crianças e jovens dos 0 aos 18 anos; pais e ou cuidadores.



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
<p>Garantir a vigilância de saúde do recém-nascido.</p>	<p>Agendamento, aquando da realização do diagnóstico precoce, de consulta para o médico de família ou, caso os pais/cuidadores assim o entendam, orientar para marcação de consulta em Pediatria antes do bebé completar 28 dias.</p>	<p>-Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida</p>
	<p>Promoção, ainda durante a gravidez, da importância da realização do diagnóstico precoce ao bebé até ao sexto dia de vida, articulando com os serviços de saúde da mulher/obstetrícia.</p>	<p>-Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida</p>
	<p>Monitorização do agendamento e realização do diagnóstico precoce até ao 6º dia de vida do bebé.</p>	<p>-Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida</p>
	<p>Agendamento com os pais/cuidadores, aquando do diagnóstico precoce, uma consulta de enfermagem em contexto domiciliário preferencialmente até ao 15º dia de vida do bebé (utilizar consentimento informado para o efeito).</p>	<p>-Proporção de crianças que completam 6 meses, com aleitamento materno exclusivo até aos três meses de idade</p>
	<p>Inclusão, nas aulas de preparação para o nascimento, as temáticas relacionadas com os cuidados ao RN/latente (consultar Área de Intervenção na Saúde Materna e Planeamento Familiar).</p>	<p>-Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida</p>
	<p>Realização de educações para a saúde e ou elaborar material informativo que promova a aquisição de conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade.</p>	<p>-Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida</p>
	<p>Promoção da segurança infantil, nomeadamente no que diz respeito ao transporte seguro de bebés/crianças e prevenção de acidentes rodoviários infantis (divulgar Orientação DGS n.º 001/2010).</p>	<p>-Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida</p>
	<p>Promoção do aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses e com alimentos complementares até aos 2 anos.</p>	<p>-Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida</p>
<p>Assegurar a vigilância de saúde das crianças e adolescentes.</p>	<p>Monitorização regular da cobertura da vigilância de saúde de acordo com o esquema de idades preconizado pelo PNSIJ:</p> <p>Primeiro ano de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.ª semana de vida • 1 mês • 2 meses (M) • 4 M • 6 M 	<p>-Proporção de consultas realizadas</p>



<ul style="list-style-type: none">• 9 M <p>1 – 3 A:</p> <ul style="list-style-type: none">• 12 M• 15 M• 18 M• 2 A• 3 A <p>4 – 9 A</p> <ul style="list-style-type: none">• 4 A• 5 A – Exame global de saúde• 6 ou 7 A (final 1º ano de escolaridade)• 8 A <p>10 – 18 A</p> <ul style="list-style-type: none">• 10 A (ano do início do 2º ciclo do ensino básico)• 12 /13 A – Exame global de saúde• 15 /18 A	<p>no primeiro ano de vida (1ª semana de vida; 1º mês; 2 meses (M); 4 M; 6 M; 9 M)</p> <p>-Proporção de crianças com consulta realizada aos 3 anos</p> <p>-Proporção de crianças com consultas realizadas entre 4-9 anos (4 A; 5 A (exame global de saúde); 6-7 A; 8 A)</p> <p>-Proporção de crianças com consultas realizadas entre 10-18 anos (10 A; 12-13 A (exame global de saúde); 15-18 A)</p> <p>-Proporção de crianças com 7 anos, com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [5; 7[anos e PRV totalmente cumprido até ao 7º aniversário</p> <p>-Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário</p> <p>-Proporção de crianças com EGS realizado aos 5 anos de idade</p> <p>-Proporção de crianças com EGS realizado aos 12-13 anos de idade</p> <p>-Proporção de crianças com menos de 1 ano convocadas por consultas em atraso</p> <p>-Proporção de crianças com 1-3 anos</p>
Monitorização da realização de EGS (5 anos e 12-13 anos), em articulação com as equipas de saúde escolar.	
Convocatória das crianças/adolescentes com consultas em atraso, designadamente Exame Global de Saúde (por email, via telefónica, carta ou através da equipa de saúde escolar).	
Garantia de consulta de medicina geral e familiar a crianças/adolescentes sem médico de família.	
Identificação e registo na plataforma informática <i>MedicineOne</i> , daquelas crianças/adolescentes que são seguidas em consulta privada.	
Promoção da importância da vigilância de saúde junto aos pais/cuidadores e crianças/adolescentes através de educação para a saúde nas consultas, em sessões de esclarecimento (por exemplo, nas escolas através da equipa de saúde escolar), ou através de material informativo (panfletos, cartazes, ...).	



	Avaliação do desenvolvimento estato-ponderal de crianças e adolescentes.	convocadas por consultas em atraso -Proporção de crianças com 4-9 anos convocadas por consultas em atraso -Proporção de crianças/adolescentes com 10-18 anos convocados por consultas em atraso
	Avaliação dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento preconizados para cada idade, de acordo com o PNSIJ.	-Proporção de crianças com médico de família que são seguidas em consulta privada
	Valorização dos cuidados antecipatórios, preconizados no PNSIJ, de acordo com a idade, como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença.	-Proporção de crianças sem médico de família que são seguidas em consulta privada
	Monitorização e promoção do cumprimento do PRV (convocatórias e atualização de registos vacinais).	-Nº de sessões de educação para a saúde sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência
	Registo no <i>MedicineOne</i> e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (versão papel e, quando disponível, no eBoletim) os dados obtidos na avaliação dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento infantil, assim como os cuidados antecipatórios abordados nas consultas (enfermagem e ou médicas).	-Nº de panfletos/cartazes/outro material informativo elaborado e ou distribuído sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência
	Deteção precoce e encaminhamento de situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: malformações congénitas – doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo(s) não descido(s); perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas.	-Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registados no último ano
	Prevenção e identificação das doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos serviços de saúde.	-Proporção de crianças com 7 anos, com peso e altura registados no intervalo [5; 7[anos
	Sinalização e proporção de apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promoção da eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças.	-Proporção de jovens com 14 anos,



Identificação e encaminhamento de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência. O médico de família poderá orientar a entrevista de avaliação diagnóstica através da grelha de avaliação de Turk (2007) ¹²¹ , referenciando casos de menor gravidade para as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI, ou para consulta de especialidade, quando a gravidade do diagnóstico o justifique (Consultar Área de Intervenção na Saúde Mental).	com peso e altura registados no intervalo [11; 14[anos -Proporção de crianças/adolescentes com registo de avaliação de parâmetros de crescimento e desenvolvimento, por idade de consulta -Proporção de crianças com 2 anos, com PRV totalmente cumprido até ao 2º aniversário -Proporção de crianças com 7 anos, com PRV totalmente cumprido até ao 7º aniversário -Proporção de jovens com 14 anos, com PRV totalmente cumprido até ao 14º aniversário -Proporção de crianças/adolescentes rastreados por tipo de problema -Proporção de crianças/adolescentes encaminhadas para equipas comunitárias de saúde mental -Proporção de crianças/adolescentes encaminhadas para consulta de especialidade -Proporção de crianças/adolescentes a quem foi realizada visitação domiciliária por doena prolongada ou crónica, ou por se encontrar em situao de risco -Proporo de crianas
Promoo da visitao domiciliária como elemento fundamental na vigilância e promoo da saúde nas situaoes de doena prolongada ou crónica e nos casos de crianas, f�mlias ou situaoes identificadas como de risco.	
Monitorizao e promoo do desenvolvimento infantil, em parceria com a f�milia/cuidadores, de acordo com os padrões esperados para cada idade e com o ambiente sociocultural em que a criana se insere, incluindo em situaoes de <i>stress</i> familiar, como seja o contexto de internamento hospitalar.	
Garantia do encaminhamento adequado de crianas a quem sejam detetados problemas de desenvolvimento, designadamente para as Equipas de Intervens�o Precoce.	
Articulao com os representantes da saúde nas Comissões de Proteo de Crianas e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.	
Potenciao das relaoes emocionais e afetivas entre pais/cuidadores e crianas, que servem de base para o seu adequado desenvolvimento intelectual e social.	
Sensibilizao dos pais/cuidadores para a importância da criatividade e dos hábitos de leitura para o desenvolvimento da criana/adolescente, reforando a necessidade de racionalizar hábitos de televisão/computador/vídeo jogos.	
Consolidao da importância do brincar para um desenvolvimento adequado.	
Interveno na comunidade, através do estabelecimento de parcerias com os servios sociais, grupos de apoio a crianas, escuteiros, grupos de jovens, escolas (em articulao com as equipas de saúde escolar), entre outros, desenvolvendo aoes no âmbito da promoo da saúde e do desenvolvimento harmonioso de	

¹²¹ Consultar o documento "Recomendaoes para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários" em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015903.pdf>.



	crianças/jovens, sinalizando e referenciando adequadamente situações de risco para áreas de intervenção especializada ou transdisciplinar, garantindo apoio e articulação na prestação de cuidados.	encaminhadas para equipas de intervenção precoce
Promover hábitos alimentares saudáveis e combater a obesidade infantil/na adolescência.	Promoção de uma adequada diversificação alimentar, ajustada à idade, que garanta o desenvolvimento global do bebé/criança.	-Proporção de crianças com 5 anos (EGS) que consome diariamente um pequeno-almoço adequado -Proporção de crianças com 12-13 anos (EGS) que consome diariamente um pequeno-almoço adequado -Proporção de crianças com 5 anos (EGS) que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas -Proporção de crianças com 12-13 anos (EGS) que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas
	Avaliação do regime alimentar e orientação/incentivo de hábitos alimentares equilibrados, adequados às diferentes idades e às necessidades individuais, reforçando a necessidade de restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras. Dadas as evidências de um deficiente aporte do iodo nas crianças da RAA (Limbert et al., 2012), as orientações/EPs sobre alimentação equilibrada devem reforçar a importância da ingestão apropriada de iodo, através do consumo de alimentos que, habitualmente, são fontes deste elemento, designadamente: pescado, leguminosas, hortícolas e, ainda, leite e outros produtos lácteos. A substituição do sal comum por sal iodado poderá também contribuir para o aporte adequado de iodo (consultar Área de Intervenção na Obesidade).	-Nº de rastreios de obesidade realizados -Proporção de crianças/adolescentes abrangidos pelos rastreios de obesidade -Nº de casos de excesso de peso e obesidade identificados -Nº de encaminhamentos efetuados no âmbito do excesso de peso/obesidade
	Desenvolvimento com os pais/cuidadores de estratégias que visem opções alimentares mais saudáveis para toda a família, avaliando/adequando a pressão parental relativamente às quantidades ingeridas pelas crianças, atitude que poderá contribuir para excesso de peso/obesidade.	-Nº de crianças/adolescentes rastreados para dislipidémia -Nº de casos identificados de dislipidémia
	Promoção e ou participação em rastreios de obesidade e respetivo encaminhamento dos casos identificados.	-Nº de encaminhamentos efetuados por dislipidémia



	<p>Realização do rastreio de dislipidémias em crianças/adolescentes de risco ou pertencentes a famílias de risco, de acordo com as orientações do PNSIJ.</p> <p>Avaliação, nas consultas de enfermagem e ou médicas, do IMC tendo em consideração as novas tabelas de percentil (0-5A e 5-19A).</p> <p>Realização de educações para a saúde e ou outras atividades que visem o combate e a prevenção da obesidade infantil, que devem ser, preferencialmente, de âmbito transdisciplinar, incluindo, entre outros, médicos, nutricionistas ou dietistas, enfermeiros e equipa de saúde escolar.</p> <p>Articulação com outros setores da sociedade na busca de soluções para a melhoria do consumo e oferta alimentar, nomeadamente em ambiente escolar, incentivando a maior disponibilidade de alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos, em detrimento de outros alimentos com elevado teor de açúcar, sal e gordura.</p> <p>Avaliação de hábitos de exercício físico e fomentação da sua prática regular.</p>	<p>-Nº de atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil</p> <p>-Proporção de crianças/adolescentes abrangidos pelas atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil</p> <p>-Proporção de crianças com 7 anos livres de cáries dentárias e de outras doenças dos dentes e gengivas</p> <p>-Proporção de adolescentes com hábitos nocivos, por tipo (álcool, tabaco, drogas e outros)</p>
Estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde.	<p>Fomentação de hábitos de higiene, corporal e de vestuário, adequados.</p> <p>Ensino e incentivo da adoção de hábitos de higiene oral adequados (Consultar Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral).</p> <p>Evidenciação do brincar e outras atividades de lazer, em espaços livres e ambientes despoluídos, como atividades que contribuem para a gestão do <i>stress</i> também na idade infantojuvenil.</p> <p>Avaliação e prevenção de consumos nocivos (consultar Área de Intervenção nas Dependências).</p> <p>Promoção da segurança e prevenção dos acidentes. A Associação para a Promoção da Segurança Infantil disponibiliza material informativo sobre várias temáticas ligadas à prevenção de acidentes na infância.</p> <p>Promoção de educações para a saúde e ou outras atividades, no âmbito da saúde afetivo-sexual e reprodutiva, que poderão ocorrer em articulação com as equipas de saúde escolar, de acordo com a idade da criança, envolvendo pais e educadores.</p> <p>Avaliação da frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e escola (estratégias de promoção do sucesso escolar, postura correta – consultar Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas).</p>	

Normas/Circulares/Orientações

- Norma n.º 013/2012 da DGS de 16/12/2012 - Avaliação e Tratamento da Hipertensão Pulmonar Primária e Secundária em Idade Pediátrica
- Norma n.º 012/2012 da DGS de 16/12/2012 - Administração de Surfactante Pulmonar no Síndrome de Dificuldade Respiratória do Recém-nascido
- Norma n.º 008/2012 da DGS de 16/12/2012 - Diagnóstico e Tratamento da Infecção do Trato Urinário em Idade Pediátrica
- Norma n.º 006/2012 da DGS de 16/12/2012 - Profilaxia da Endocardite Bacteriana na Idade Pediátrica
- Norma n.º 007/2012 da DGS de 16/12/2012 - Diagnóstico e Tratamento da Otite Média Aguda na Idade Pediátrica
- Norma n.º 016/2012 da DGS de 19/12/2012 - Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica
- Norma n.º 021/2012 da DGS de 26/12/2012 - Tratamento médico e cirúrgico do canal arterial no pré-termo
- Norma n.º 019/2012 da DGS de 26/12/2012 - Diagnóstico e Tratamento da Pneumonia Adquirida na Comunidade em Idade Pediátrica
- Norma n.º 020/2012 da DGS de 26/12/2012 - Diagnóstico e Tratamento da Amigdalite Aguda na Idade Pediátrica
- Norma n.º 027/2012 da DGS de 27/12/2012 - Abordagem terapêutica inicial da infeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1), em adultos e adolescentes.
- Norma n.º 036/2012 da DGS de 30/12/2012 - Diagnóstico de Policonsumos em Adolescentes e Jovens.
- Norma n.º 035/2012 da DGS de 30/12/2012 - Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens.
- Norma n.º 010/2013 da DGS de 31/05/2013 - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

- Norma n.º 012/2013 da DGS de 30/07/2013 - Administração de palivizumab para prevenção de infeção pelo vírus sincicial respiratório em crianças de risco.

Documentos de interesse:

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/Manual_Crianças_Jovens_PT.pdf.
- Freitas, C.; Sousa, H. S. & Fonseca, H. (2011). Boletim de Saúde Infantil e Juvenil – o exame global de saúde dos 11 aos 13 anos (parte I). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 187-90. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a07.pdf>.
- Cláudio, D.; Sousa, N. P.; Tinoco & R. Menezes, A. (2009). *Gosto muito do... pequeno-almoço!* Ministério da Saúde. Programa Alimentação Saudável em Meio Escolar. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Disponível em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/ResourcesUser/LIVRO4.pdf>.
- Frutas, legumes e hortaliças (Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008721.pdf>).
- Gorduras (Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/gorduras.pdf>);
- Limbert et al. (2012). Aporte do iodo nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 7(2), 2-7.
- Machado, M. C.; Alves, M. I. & Couceiro, M. L. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 42(5), 195-204. Disponível em http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/30/20120206114435_art_original_machadomc_42.pdf.
- Máquinas Venda Automática de Alimentos (Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Livro%20Maquinas%20Venda%20Automatica,%20ARS%20Norte.pdf>).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. I Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1.

Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. III Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1.

Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. II Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1.

Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf.

- Plataforma Contra a Obesidade Infantil (Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>): além de vários outros conteúdos, estão disponíveis as publicações - A aventura dos alimentos (1 aos 5 anos); Aventura dos alimentos (6 aos 9 anos); Comer com saber (10 aos 13 anos); Comer com saber (14 aos 18 anos); Comer com saber no primeiro ano de vida (Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?ctextoid=1089&menuid=526&exmenuid=522>).
- Princípios para uma alimentação saudável (Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf>).
- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - As Crianças e os acidentes de viação. (Disponível em <http://www.dgs.pt/em-destaque/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/prevencao-de-acidentes-com-criancas-e-jovens.aspx>).
- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - As crianças e os afogamentos. (Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Drownin_g_portuguese.pdf).

- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - As crianças e as quedas. (Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf).
- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - As crianças e as queimaduras. (Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Burns_portuguese.pdf).
- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - As crianças e as intoxicações. (Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Poisoning_portuguese.pdf).
- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - Recomendações para a prevenção dos acidentes com crianças. (Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Recommendations_portuguese.pdf).
- Sal (Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/sal.pdf>).
- DGS/INSA, I. P. (2011). Guia do estado nutricional infantil e juvenil. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/589/1/36_Guia%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Nutricional%20.pdf.

5.1.3. Área de Intervenção na Promoção da Saúde em Contexto Escolar

Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infantojuvenil 2009-2012: Principais atividades no ano letivo 2011/2012

No âmbito do Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infantojuvenil (PRSESIJ) 2009-2012, 92,9% dos Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha (CS/USI) e 97,4% das Unidades Orgânicas/Escolas, elaboraram um Plano de Atividades de Saúde para a Escola (PASE) que desenvolveram no ano letivo 2011/2012. A população alvo dos PASE totalizou 37349 crianças, das quais 1719 apresentavam necessidades educativas especiais. A comunidade educativa envolvida abrangeu 6259 profissionais docentes e não docentes.

Resultado do empenho pessoal e profissional de todos os elementos envolvidos no PRSESIJ, contabilizaram-se 2566 atividades, correspondendo a um aumento de 67%, em relação a 2010/2011.

Foram desenvolvidas atividades dirigidas à saúde coletiva, de alunos e pessoal docente e não docente, nomeadamente, sobre a promoção de estilos de vida saudável e procedeu-se à avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos edifícios escolares (Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº 12/DSE, de 29 de novembro de 2006).

As áreas consideradas prioritárias em termos de educação para a saúde e as percentagens de atividades em cada uma, no ano letivo 2011/2012, foram: *i)* a atividade física – 9,3%; *ii)* a alimentação saudável – 22,6%; *iii)* o ambiente e saúde – 13,2%; *iv)* a educação para o consumo – 0,6%; *v)* a saúde mental – 4,4%; *vi)* a saúde oral – 8,1%; *vii)* a saúde sexual e reprodutiva – 21,8%; *viii)* a prevenção do consumo de substâncias lícitas e ilícitas – 8,6% e *ix)* a prevenção de violência e do bullying – 10,9%.

No que respeita às condições de segurança, higiene e saúde, foram avaliados aproximadamente 50% dos estabelecimentos de ensino da Região Autónoma dos Açores (RAA), constatando-se que a sua maioria se encontra em condições razoáveis.

O Relatório de Avaliação do PRSESIJ 2011/2012 refere uma cobertura de 73,5% e de 65,8% de realização de Exames Globais de Saúde (EGS), nos grupos de crianças entre os 5-6 anos e



entre os 11-13 anos, respetivamente. Em média, 94,6% das crianças com 6 anos e 97,8% das crianças com 13 anos tinham o plano de vacinação atualizado. A taxa de cobertura de professores e auxiliares de ação educativa com o Plano Regional de Vacinação (PRV) foi de 77%.

Na RAA funcionaram, no ano letivo 2011/2012, 22 Gabinetes de Apoio ao Aluno, distribuídos pelas áreas de abrangência dos vários CS/USI.

Foi estabelecido um Protocolo de Colaboração entre a Secretaria Regional da Saúde e a Secretaria Regional da Educação e Formação, além de várias outras parcerias de cariz informal com associações e instituições públicas e privadas, para o desenvolvimento das diversas atividades.

A Plataforma Informática de Saúde Escolar não serviu os objetivos para que foi criada, por constrangimentos relacionados com a lentidão do sistema, acesso limitado por grupo profissional, tempo de validade da palavra-chave de acesso, demora na introdução de dados, especialmente, dos alunos, não emissão de relatórios, entre outros.

Área de Intervenção na Promoção da Saúde em Meio Escolar 2014-2016 - Extensão a 2020

As estratégias a contemplar na área de intervenção *Promoção da Saúde em Meio Escolar* vão ao encontro das políticas propostas pelo XI Governo Regional dos Açores para o setor da saúde, inscrevendo-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. A Saúde Escolar desempenha neste âmbito um papel fundamental, assegurando não só a promoção da saúde, mas também a prevenção da doença e a referenciação precoce de problemas de saúde detetados em meio escolar, servindo igualmente de interface entre a escola e os serviços de saúde, favorecendo a sua inter-relação, que se pretende facilitadora do sucesso educativo e pessoal de todos os intervenientes.

A Escola, em estreita articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), representados na RAA pelos CS/USI, pode constituir-se como um espaço seguro e saudável, facilitador da



adoção de comportamentos mais saudáveis encontrando-se, por isso, numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Todas as escolas deverão ser promotoras da saúde, ou seja, devem incluir a educação para a saúde no currículo e possuir atividades de saúde escolar. A nível regional, o Decreto Legislativo Regional nº 8/2012/A, de 16 de março e a Portaria conjunta da Secretaria da Educação e Formação e da Secretaria Regional da Saúde nº 105/2012, de 12 de outubro, estabelecem o regime da educação para a saúde e as orientações para o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudável em meio escolar.

As intervenções a fomentar no âmbito da saúde escolar, integrantes dos PASE e dos Planos de Atividades dos CS/USI, devem ter por base a parceria entre o setor da educação e o setor da saúde, contemplando, além da educação para a saúde, ações de vigilância, nomeadamente de deteção precoce de problemas de saúde e encaminhamento de eventuais perturbações do desenvolvimento, favorecendo a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde de toda a comunidade educativa.

As finalidades da inclusão da EPS em meio escolar são:

- Promover a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais;
- Desenvolver competências de autonomia, responsabilidade e sentido crítico, indispensáveis à opção e adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis;
- Promover a valorização da afetividade nas relações humanas e de uma sexualidade responsável e informada;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis;
- Articular as ações dos estabelecimentos de educação e ensino da RAA com as do Plano Regional de Saúde (PRS).

Para garantir a consecução destas finalidades, cada Unidade Orgânica/Escola deverá criar uma equipa interdisciplinar de educação para a saúde (EES) com as seguintes competências:

- Elaborar o PASE e o respetivo relatório anual, único, em articulação com Equipa de Saúde Escolar (ESE) do CS/USI da sua área de residência;



- Gerir o Gabinete de Apoio e Promoção da Saúde (GAPS) da Unidade Orgânica/Escola.
- Assegurar a aplicação das orientações e conteúdos curriculares no âmbito da promoção da saúde escolar;
- Apoiar os docentes responsáveis pela implementação do programa de educação para a saúde em cada turma;
- Garantir o envolvimento da comunidade educativa, nomeadamente dos pais e encarregados de educação;
- Organizar as iniciativas extracurriculares ou de enriquecimento do currículo.

Os programas de EPS a incluir nos currículos escolares do ensino pré-escolar, básico, secundário e profissional, devem contemplar áreas consideradas prioritárias, conforme previsto no Decreto Legislativo Regional nº 8/2012/A, de 16 de março, e na Portaria conjunta da Secretaria da Educação e Formação e da Secretaria Regional da Saúde nº 105/2012, de 12 de outubro, podendo ser complementadas com projetos, recursos educativos e documentação técnica e científica da responsabilidade das direções regionais competentes em matéria de educação e saúde.

O projeto curricular de escola deve definir as orientações metodológicas para a implementação da EPS em cada nível ou modalidade de ensino, ano e área curricular, indicando os temas e conteúdos, privilegiando a transversalidade e a articulação curricular.

No desenvolvimento das atividades nesta área de intervenção, as equipas de saúde escolar assumem um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo, desse modo, para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população da RAA. A articulação entre CS/USI e Unidades Orgânicas/Escolas é fundamental, no intuito de promover atuações multiprofissionais e interdisciplinares que garantam a promoção da saúde individual e coletiva, visando:

- A deteção precoce de situações de risco e intervenção atempada;
- A eficácia da intervenção em situações complexas e com forte vertente social/comunitária;
- A implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce;
- A definição do tipo e gravidade do problema;



- A avaliação da importância relativa dos diversos fatores intervenientes no desencadear e na persistência dos sintomas, assim como de eventuais fatores protetores;
- O planeamento da intervenção necessária e referência, se indicado.

População alvo

Pretende-se abranger todas as crianças/jovens da RAA em idade escolar, até aos 18 anos, do ensino público pré-escolar, básico, secundário e profissional, assim como as que frequentam Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), ou outros estabelecimentos/instituições de apoio a crianças em situação considerada mais vulnerável ou de risco e, sempre que os recursos humanos o permitam, deve igualmente englobar estabelecimentos de ensino cooperativo e/ou particular. A população alvo abrange não só os alunos, mas também a restante comunidade educativa, ou seja, educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, pais e encarregados de educação e outros profissionais, designadamente os profissionais de saúde que fazem parte das Equipas de Saúde Escolar.

Objetivos

O trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa transdisciplinar, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, e visa contribuir para a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados.

Tem como objetivos:

- Apoiar os alunos na descoberta do valor do seu potencial de saúde e na adoção de respostas adequadas e construtivas aos desafios do quotidiano, capazes de lhes proporcionar:
 - Competências de autonomia, responsabilidade e sentido crítico, indispensáveis à opção e adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis;
 - Saberes e resistências que lhes permitam contactar e conviver diariamente com múltiplos fatores de risco sem que se verifiquem prejuízos para a saúde;

- O reforço da autoestima e sentimentos de pertença e um desenvolvimento harmonioso.
- Contribuir para a integração de crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) e Necessidades Educativas Especiais (NEE) nos estabelecimentos de educação e ensino;
- Apoiar as iniciativas de inovação pedagógica corretoras de eventuais disfunções psicoafectivas;
- Apoiar a participação parental, de modo a potenciar a função da Escola no desenvolvimento dos alunos;
- Promover a qualidade ambiental e a segurança dos estabelecimentos de ensino de modo a que a Escola seja vivida como um local ecológico, seguro e agradável e possa responder às eventuais necessidades especiais das crianças e dos jovens;
- Promover a articulação entre as ESE e as EES nas atividades dos GAPS.

Áreas específicas de Intervenção

Na escola, trabalhar para a obtenção de ganhos em saúde implica combinar estratégias de mudança pessoais e ambientais que atinjam o maior número possível de indivíduos, numa perspetiva de equidade. São então áreas fundamentais de intervenção a saúde individual e coletiva, a inclusão escolar das crianças com NEE, a promoção de um ambiente seguro e a promoção de estilos de vida saudável e da literacia em saúde, prevenindo consumos nocivos e comportamentos de risco.

Saúde individual e coletiva

- Monitorizar a realização do Exame Global de Saúde (EGS) nas idades-chave, pelas equipas de saúde escolar em articulação com as equipas de saúde infantil dos CS/USI:
 - Aos 5 anos
 - Aos 12-13 anos

Para que seja possível concretizar, como o máximo de sucesso, os EGS, quer às crianças/jovens inscritos nas USI/CS, com médico de família, quer àquelas que não tenham,



à data da realização do mesmo, médico de família e ou médico assistente, a Direção Regional da Saúde (DRS) emanará orientações sobre esta matéria e encontrará soluções, em articulação com os CS/USI, sempre que se verifique a existência de problemas que ponham em causa a efetivação dos exames em causa.

Aos alunos aos quais forem detetados problemas de saúde e que necessitem de ser encaminhados para qualquer consulta de especialidade, como consequência dos EGS, ficam dispensados de taxa moderadora, pelo que deverão ser portadores de declaração médica. Nos casos das crianças que não estejam inscritas em médico de família esta declaração deverá ser proporcionada pela ESE.

Os registos relacionados com os EGS devem ser realizados nas plataformas informáticas dos CS/USI (*MedicineOne*), designadamente pelo médico assistente e pelos profissionais de enfermagem da equipa de saúde escolar¹²² ou pela equipa de enfermagem de saúde infantil¹²³, intervenientes diretos no processo, ficando a informação decorrente deste exame acessível às equipas de saúde escolar, que têm a responsabilidade acrescida de complementar o processo clínico de cada criança com dados resultantes de rastreios (audição, visão, saúde oral, ou outros) e de atividades relacionadas com educação para a saúde desenvolvidas em contexto escolar, por profissionais de saúde e professores¹²⁴. Pretende-se, com esta prática, fomentar a construção do processo clínico único, de caráter transdisciplinar e intersectorial.

Compete às ESE, em articulação com as EES, identificar os motivos para a não realização dos EGS, nomeadamente identificar as crianças que são seguidas em consulta médica privada (por exemplo, na escola, através do contato com os encarregados de educação ou através de convocatória a partir dos CS/USI), no intuito de reduzir os enviesamentos nos resultados de monitorização, de referenciar casos de eventual negligência e, mesmo, de identificar ausência de registos dos EGS na plataforma informática.

¹²² Que pode realizar a consulta de enfermagem associada ao EGS.

¹²³ Caso não seja possível a realização da consulta de enfermagem pelos profissionais de enfermagem da equipa de saúde escolar.

¹²⁴ No intuito de evitar a duplicação de registos pelas equipas de saúde escolar das USI, preconiza-se o encerramento da referida plataforma. Os dados provenientes das intervenções de saúde escolar, desenvolvidas pelos professores, poderão ser apresentados em relatório (trimestral, semestral ou anual), o qual deverá ser integrado no relatório de avaliação das intervenções desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde em meio escolar. Às equipas de saúde escolar das USI, que deixam de efetuar registos em duas plataformas informáticas, caberá a responsabilidade de inserir nos processos dos alunos a informação pertinente relativa às referidas atividades.



- Avaliar o cumprimento do Plano Regional de Vacinação (PRV) na comunidade educativa, nomeadamente:
 - Crianças do pré-escolar;
 - Alunos que completem 6 e 13 anos;
 - Professores, educadores e auxiliares de ação educativa.

A avaliação do estado vacinal de crianças e adultos que integram a comunidade educativa deve ser executada pelas equipas de saúde escolar em articulação com os setores de saúde infantil/vacinação dos CS/USI, uma vez que é nestes serviços que se encontram os registos dos atos vacinais realizados à população que abrangem. A informação relativa à situação vacinal dos utentes dos CS/USI está gradualmente a ser integrada no *MedicineOne* pelos profissionais de saúde, devendo a avaliação do estado vacinal ser realizada através desta plataforma informática, assim que o processo esteja concluído.

Este procedimento facilitará, por um lado, o acesso da equipa de saúde escolar à informação sobre o estado vacinal da população alvo, evitando os constrangimentos associados à necessidade de crianças e adultos se fazerem acompanhar dos respetivos boletins de vacinação para monitorização. Por outro lado, as equipas de saúde escolar constituirão uma via de comunicação privilegiada entre as equipas responsáveis pela vacinação nos CS/USI e a comunidade educativa, permitindo a realização de convocatórias e a atualização de registos vacinais que, por vezes, não acontecem por dificuldade de contato com os utentes, designadamente por mudanças de residência. Neste âmbito, poderá ser realizada a vacinação em contexto escolar, desde que para tal seja utilizado o formulário de consentimento informado, já em vigor para o efeito, e desde que sejam tomadas as medidas preconizadas para o procedimento ser desenvolvido em condições de segurança para alunos e restante comunidade educativa (ter em atenção os procedimentos, equipamento mínimo e medicamentos obrigatórios, necessários para tratamento imediato da anafilaxia).

- Promover o cumprimento da legislação de Evição Escolar;
- Promover a saúde mental na escola, através da implementação de projetos que visem:
 - Desenvolver competências pessoais e sociais nos alunos;
 - Criar um clima de escola amigável;
 - Combater o abandono e a exclusão escolar;



- Identificar as crianças em risco de doença mental ou de distúrbios comportamentais;
- Promover a equidade entre alunos (sexo, etnia, religião, classe socioeconómica, etc.).
- Articular com a rede de serviços de saúde, com o sector da educação ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados;
- Articular com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.

Inclusão escolar de crianças com NEE

- Avaliar as situações de saúde, doença ou incapacidade, referenciadas pela escola e a eventual necessidade de encaminhamento;
- Elaborar o Plano de Saúde Individual (PSI) das crianças com NEE e propor a inclusão das recomendações de saúde no Programa Educativo Individual (PEI) cuja gestão compete a um docente de apoio de educação especial;
- Gerir as situações de doença ou incapacidade, no espaço escolar, em estreita ligação com os pais/encarregados de educação e o médico de família/médico assistente da criança;
- Apoiar as equipas de intervenção precoce¹²⁵ no Pré-Escolar, no acompanhamento de crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;
- Participar na equipa pluridisciplinar que elabora o Perfil de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das crianças com NSE, de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde¹²⁶ (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Acompanhar a concretização do PEI e participar na sua avaliação.

¹²⁵ Os objetivos e as regras de organização e funcionamento da intervenção precoce na RAA estão estabelecidos pela Portaria n.º 89/2012, de 17 de agosto.

¹²⁶ OMS (2004). Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Disponível em http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.



Promoção de um ambiente seguro

- Consciencializar a comunidade educativa para a vulnerabilidade das crianças face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, nomeadamente: poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, químicos perigosos, radiações e campos eletromagnéticos, entre outros, e as formas de os reduzir;
- Envolver os jovens nos projetos de Educação para o Ambiente e a Saúde;
- Promover a segurança e contribuir para prevenir os acidentes: rodoviários, domésticos e de lazer ou de trabalho, quer estes ocorram na escola, no espaço periescolar ou no espaço de jogo e recreio;
- Monitorizar os acidentes ocorridos na escola e no espaço periescolar;
- Avaliar as condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Educação e Ensino, incluindo cantinas, bares e bufetes e espaços de jogo e recreio, com os Serviços de Saúde Pública, envolvendo o órgão de gestão da escola e toda a comunidade educativa, as Autarquias, as associações de pais, forças de segurança, proteção civil e bombeiros.

Promoção da saúde¹²⁷ e da literacia em saúde

Pretende-se que as atividades de educação para a saúde, a desenvolver em meio escolar, abordem as áreas consideradas prioritárias para a Região, devendo, cada uma, ter um peso de, pelo menos, 10% no total de ações realizadas por unidade orgânica.

- A alimentação saudável;
- A saúde oral;
- A saúde mental;
- A saúde afetivo-sexual e reprodutiva¹²⁸;
- A atividade física;

¹²⁷ As orientações referentes à promoção de estilos de vidas saudáveis em meio escolar constam na Portaria 105/2012, de 12 de outubro. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/JO/Serie+I/2012/S%C3%A9rie+I+N%C2%BA+158+de+12+de+Outubro+de+2012/Portaria+N%C2%BA+105+de+2012.htm>.

¹²⁸ As orientações para a integração curricular da saúde afetivo-sexual e reprodutiva constam na Portaria n.º 100/2012, de 28 de Setembro de 2012. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/JO/Serie+I/2012/S%C3%A9rie+I+N%C2%BA+151+de+28+de+Setembro+de+2012/Portaria+N%C2%BA+100+de+2012.htm>.



- O ambiente e saúde;
- A segurança individual e coletiva, prevenção de acidentes e suporte básico de vida;
- A prevenção dos consumos nocivos e comportamentos de risco¹²⁹;
- A prevenção da violência em meio escolar.

O Governo Regional preconiza, para o ano letivo 2014/2015, emanar manuais de orientação sobre as áreas supramencionadas no intuito de garantir ferramentas de suporte às atividades a desenvolver nas escolas, por ESEs e EESs, e a estabelecer indicadores de ganhos em saúde decorrentes das mesmas.

Pretende-se ainda promover a melhoria da literacia em saúde da comunidade educativa investindo:

- Na gestão adequada dos determinantes das doenças crónicas não transmissíveis e das doenças transmissíveis;
- Na melhoria do acesso às fontes de informação sobre saúde;
- Na compreensão da informação técnica;
- No desenvolvimento de formas adequadas de comunicar saúde;
- No *empowerment* e, também, na melhoria dos outputs de saúde em termos de morbilidade e mortalidade;
- Na melhor utilização dos recursos e na redução dos gastos em saúde.

Indicadores de avaliação

- Percentagem de CS/USI e Unidades Orgânicas/Escolas com PASE;
- Profissionais envolvidos e horas atribuídas para saúde escolar;
- Taxa de cobertura por SE do Pré-Escolar, Escolas do Ensino Básico e Secundário;
- Taxa de cobertura por SE dos alunos do Pré-Escolar, Ensino Básico e Secundário.
- Taxa de cobertura por SE dos educadores de infância e auxiliares de ação educativa no Pré-Escolar;

¹²⁹ Informação relevante sobre a temática pode ser encontrada em: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, Direcção-Geral de Saúde & Instituto da Droga e da Toxicodependência (2007). Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar. Disponível em <http://www.dge.mec.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=2>.



- Taxa de cobertura por SE dos professores e auxiliares de ação educativa do Ensino Básico e Secundário;
- Percentagem de alunos com EGS aos 5 e aos 12-13 anos de idade;
- Percentagem de alunos com 6 e com 13 anos de idade sem vigilância da sua saúde;
- Percentagem de alunos com PRV atualizado;
- Percentagem de alunos com PRV cumprido, no 1.º ano do 1.º CEB;
- Percentagem de professores e auxiliares de ação educativa com PRV atualizado;
- Percentagem de alunos com NSE por tipo (deficiência física, mental e/ou doença crónica), por grau de ensino, encaminhados, tratados e/ou em tratamento;
- Percentagem de crianças rastreadas por tipo de problema;
- Percentagem de alunos com hábitos nocivos, por tipo (álcool, tabaco, drogas e outros);
- Percentagem de Escolas avaliadas quanto à Segurança, Higiene e Saúde;
- Percentagem de estabelecimentos de educação e ensino com boas condições de Segurança, Higiene e Saúde nos diferentes espaços;
- Número de acidentes ocorridos na escola, tratados e mortais;
- Número de escolas com projetos de promoção da saúde por tema (promoção de ambientes seguros e saudáveis; prevenção do consumo de tabaco; promoção da alimentação saudável; educação sexual; prevenção do consumo de álcool; prevenção do consumo de substâncias ilícitas; promoção da saúde mental), segundo o nível de educação e ensino;
- Percentagem de alunos abrangidos por projetos de promoção da saúde por tema e nível de ensino;
- Percentagem de professores/educadores/auxiliares de ação educativa/pais abrangidos por projetos de promoção da saúde por tema.

Além destes indicadores, outros poderão ser utilizados, nomeadamente os que revelam ganhos em saúde na comunidade educativa.



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
<p>Promover o envolvimento e a articulação dos CS/USI e Unidades Orgânicas/Escolas na promoção da saúde em contexto escolar.</p>	<p>Colaboração na elaboração de Planos de Atividades da Saúde Escolar (PASE) e dos Planos de Atividades dos CS/USI, no âmbito das intervenções a fomentar em saúde escolar.</p>	<p>-Proporção de CS/USI e Unidades Orgânicas/Escolas com PASE -Proporção de escolas/unidades orgânicas com GAPS -Número de profissionais envolvidos/categoria -Nº médio de horas atribuídas para SE/escola -Taxa de cobertura por SE do Pré-Escolar, Escolas do Ensino Básico e Secundário -Taxa de cobertura por SE dos alunos do Pré-Escolar, Ensino Básico e Secundário -Taxa de cobertura por SE dos educadores de infância e auxiliares de ação educativa no Pré-Escolar -Taxa de cobertura por SE dos professores e auxiliares de ação educativa do Ensino Básico e Secundário</p>
	<p>Incentivo à participação dos vários elementos da comunidade educativa nas ações a desenvolver.</p>	
	<p>Planeamento e desenvolvimento de atividades que abranjam todas as crianças/jovens da RAA em idade escolar, até aos 18 anos, do ensino pré-escolar, escolas do ensino básico, secundário e profissional.</p>	
	<p>Elaboração do relatório anual do PASE, único, em articulação com a EES da Unidade Orgânica/Escola de referência.</p>	
	<p>Criação, pela DRS, ainda no ano letivo 2013/2014, de uma ferramenta de registo de atividades para ESEs e EESs, em articulação com a Sudaçor SA, que permita obter a informação necessária à elaboração dos respetivos relatórios de atividades anuais.</p>	
	<p>Participação na gestão e atividades dos Gabinetes de Apoio e Promoção da Saúde (GAPS) das Unidade Orgânicas/Escolas.</p>	
<p>Promover a saúde individual e coletiva em contexto escolar.</p>	<p>Monitorização da realização do Exame Global de Saúde (EGS) nas idades-chave, pelas equipas de saúde escolar em articulação com as equipas de saúde infantil dos CS/USI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aos 5 anos • Aos 12-13 anos 	<p>-Proporção de crianças com EGS realizado aos 5 anos de idade -Proporção de crianças com EGS realizado aos 12-13 anos de idade -Percentagem de alunos com 6 e com 13 anos de idade sem vigilância da sua saúde -Proporção de alunos com PRV atualizado -Proporção de alunos com PRV</p>
	<p>Divulgação e sensibilização dos alunos, pais e comunidade educativa no que respeita à importância da vigilância da saúde, nomeadamente através da realização dos EGS.</p>	
	<p>Informação aos CS/USIs sempre que se verifique a existência de problemas que ponham em causa a efetivação dos EGS, designadamente no caso de crianças inscritas que não tenham, à data da realização dos mesmos, médico de família e ou médico assistente.</p>	
	<p>Monitorização do encaminhamento dos alunos aos quais foram detetados problemas de saúde nos</p>	



	<p>EGS.</p> <p>Registo da informação relativa aos EGS nas plataformas informáticas dos CS/USI (MedicineOne), procedimento que deve ser realizado pelo médico assistente e ou pelos profissionais de enfermagem da equipa de saúde escolar/equipa de enfermagem de saúde infantil.</p> <p>Identificação dos motivos para a não realização dos EGS (ESE em articulação com as EES e equipas de saúde infantil).</p> <p>Avaliação do cumprimento do Plano Regional de Vacinação (PRV) na comunidade educativa em articulação com os setores de saúde infantil/vacinação dos CS/USI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A todos os alunos (Pré-Escolar e, obrigatoriamente, a alunos que completem 6 e 13 anos); • Professores, educadores e auxiliares de ação educativa. <p>Sensibilização de alunos, pais e comunidade educativa sobre a importância da vacinação.</p> <p>Realização de convocatórias e atualização de registos vacinais.</p> <p>Realização da vacinação em contexto escolar, utilizando o formulário de consentimento informado, já em vigor para o efeito, e desde que sejam tomadas as medidas preconizadas para o procedimento ser desenvolvido em condições de segurança para alunos e restante comunidade educativa.</p> <p>Organização de rastreios (audição, visão, saúde oral, ou outros) em articulação com escolas e recursos humanos adequados (CS/USI ou Hospitais EPE).</p> <p>Atualização do processo clínico de cada criança (MedicineOne) com dados resultantes de rastreios (audição, visão, saúde oral, ou outros) e de atividades relacionadas com educação para a saúde desenvolvidas em contexto escolar, por profissionais de saúde e professores.</p> <p>Promoção do cumprimento da legislação de Evicção Escolar.</p> <p>Articulação, com a rede de serviços de saúde públicos e com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados.</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI. As escolas são os locais onde as crianças e os jovens passam grande parte dos seus dias e podem ser importantes meios de promoção e prevenção da saúde mental (consultar Área de Intervenção em Saúde Mental).</p> <p>Articulação com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.</p>	<p>atualizado no Pré-Escolar, aos 6 e aos 13 anos</p> <p>- Percentagem de alunos com PRV cumprido, no 1.º ano do 1.º CEB</p> <p>-Proporção de professores e auxiliares ação educativa com PRV atualizado</p> <p>-Proporção de crianças rastreadas por tipo de problema</p> <p>-Proporção de alunos com NSE por tipo (deficiência física, mental e/ou doença crónica), por grau de ensino, encaminhados, tratados e/ou em tratamento</p> <p>-Proporção de Escolas avaliadas quanto à Segurança, Higiene e Saúde</p> <p>-Proporção de estabelecimentos de educação e ensino com boas condições de Segurança, Higiene e Saúde nos diferentes espaços</p> <p>-Nº de acidentes ocorridos na escola, tratados e mortais</p> <p>-Proporção de alunos com hábitos nocivos, por tipo (álcool, tabaco, drogas e outros)</p> <p>-Proporção de Escolas com projetos de promoção da saúde por tema</p> <p>-Proporção de alunos abrangidos por projetos de promoção da saúde por tema (promoção de ambientes seguros e saudáveis; prevenção do consumo de tabaco; promoção da alimentação saudável; educação sexual; prevenção do consumo de álcool; prevenção do consumo de</p>
<p>Promover a inclusão escolar de crianças com NEE.</p>	<p>Avaliação das situações de saúde, doença ou incapacidade, referenciadas pela escola e a eventual necessidade de encaminhamento.</p> <p>Elaboração do Plano de Saúde Individual (PSI) das crianças com NEE e proposta de inclusão das</p>	



	<p>recomendações de saúde no Programa Educativo Individual (PEI) cuja gestão compete a um docente de apoio de educação especial.</p> <p>Gestão das situações de doença ou incapacidade, no espaço escolar, em estreita ligação com os pais/encarregados de educação e o médico de família/médico assistente da criança.</p> <p>Apoio às equipas de intervenção precoce dos Jardim-de-infância, no acompanhamento de crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento.</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI (consultar Área de Intervenção em Saúde Mental).</p> <p>Participação na equipa pluridisciplinar que elabora o Perfil de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das crianças com NSE, de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS.</p> <p>Acompanhamento na concretização do PEI e participação na sua avaliação.</p>	<p>substâncias ilícitas; promoção da saúde mental), segundo o nível de educação e ensino</p> <p>-Proporção de professores/educadores/auxiliares de ação educativa/pais abrangidos por projetos de promoção da saúde por tema</p>
<p>Promover um ambiente escolar seguro.</p>	<p>Consciencialização da comunidade educativa para a vulnerabilidade das crianças face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, nomeadamente: poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, químicos perigosos, radiações e campos eletromagnéticos, entre outros, e as formas de os reduzir.</p> <p>Envolvimento dos jovens nos projetos de Educação para o Ambiente e a Saúde.</p> <p>Promoção da segurança e contribuição na prevenção dos acidentes: rodoviários, domésticos e de lazer ou de trabalho, quer ocorram na escola, no espaço periescolar ou no espaço de jogo e recreio.</p> <p>Monitorização dos acidentes ocorridos na escola e no espaço periescolar.</p> <p>Participação na avaliação das condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Educação e Ensino, incluindo cantinas, bares e bufetes e espaços de jogo e recreio, com os Serviços de Saúde Pública, envolvendo o órgão de gestão da escola e toda a comunidade educativa, as Autarquias, as associações de pais, forças de segurança, proteção civil e bombeiros.</p>	
<p>Promover estilos de vida saudável junto à comunidade educativa.</p>	<p>Reforço dos fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis.</p> <p>Abrangência, nas atividades a desenvolver em educação para a saúde, das áreas consideradas prioritárias a nível regional, devendo, cada uma, ter um peso de, pelo menos, 10% no total de ações realizadas por unidade orgânica/escola:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A alimentação saudável; • A saúde oral; • A saúde mental; • A saúde afetivo-sexual e reprodutiva; • A atividade física; 	



	<ul style="list-style-type: none">• O ambiente e saúde;• A segurança individual e coletiva, prevenção de acidentes e suporte básico de vida;• A prevenção dos consumos nocivos e comportamentos de risco;• A prevenção da violência em meio escolar. <p>Manutenção da colaboração com a SOS Amamentação no projeto “Promoção do Aleitamento Materno em Escolas”.</p> <p>Participação/desenvolvimento de projetos de âmbito multissetorial.</p> <p>Elaboração pela DRS, para o ano letivo 2014/2015, de manuais de orientação sobre educação para a saúde nas áreas consideradas prioritárias a nível regional, no intuito de garantir ferramentas de suporte às atividades a desenvolver nas escolas, por ESEs e EESs, e a estabelecer indicadores de ganhos em saúde decorrentes das mesmas.</p> <p>Incentivo à maior disponibilidade nas escolas de alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos, em detrimento de outros alimentos com elevado teor de açúcar, sal e gordura. Dadas as evidências de um deficiente aporte do iodo nas crianças da RAA, deve também ser reforçada a importância da ingestão apropriada de iodo, através do consumo de alimentos que, habitualmente, são fontes deste elemento, designadamente: pescado, leguminosas, hortícolas e, ainda, leite e outros produtos lácteos. A substituição do sal comum por sal iodado poderá também contribuir para o aporte adequado de iodo (consultar Área de Intervenção na Obesidade).</p>	
--	---	--

Normas/Orientações:

- Orientação nº 002/2012 de 18/01/2012 - Administração de medicamentos a alunos nos estabelecimentos de educação e ensino. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas.aspx?v=1f2c1056-4926-4bea-a893-5d0e9a3ccd35>.
- Orientação nº 014/2013 de 28/10/2013 - Programa Nacional de Saúde Escolar – Ano Letivo 2013/2014 (Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas.aspx>).

Documentos de interesse:

- Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, Direção-Geral de Saúde & Instituto da Droga e da Toxicodependência (2007). *Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar*. Disponível em <http://www.dge.mec.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=2>.
- Cláudio, D.; Sousa, N. P.; Tinoco & R. Menezes, A. (2009). *Gosto muito do... pequeno-almoço!* Ministério da Saúde. Programa Alimentação Saudável em Meio Escolar. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Disponível em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/ResourcesUser/LIVRO4.pdf>.
- Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2006). *Educação Alimentar em Meio Escolar - Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável*. Disponível em http://www.educacao.cm-oeiras.pt/SiteCollectionDocuments/Livro-educacao-alimentar_meio_escolar.pdf.
- WHO Regional Office for Europe (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Disponível em <http://www.euro.who.int/>.
- Instituto do Consumidor (2002). *Guia de segurança alimentar em ambiente escolar*. Disponível em http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/ObesidadeInfantil/EscolaSaudavel/GuiaAlimentacaoEscolas_IC.pdf.



- Direção-Geral de Saúde (2002). *Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais*. Disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=2>.
- Machado, M. C.; Alves, M. I. & Couceiro, M. L. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 42(5), 195-204. Disponível em http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/30/20120206114435_art_original_machadomc_42.pdf.
- Nunes, E. & Breda, J. (s/d). *Manual para uma alimentação saudável em Jardim-de-infância*. Direção-Geral de Saúde
Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005536.pdf>.
- Máquinas Venda Automática de Alimentos.
Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Livro%20Maquinas%20Venda%20Automatica,%20ARS%20Norte.pdf>.
- DGS/INSA, I. P. (2011). *Guia do estado nutricional infantil e juvenil*. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/589/1/36_Guia%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Nutricional%20.pdf.
- Direção-Geral de Saúde (2011). *Maus tratos em crianças e jovens – Um guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>.
- Direção-Geral de Saúde & APSI (2012). *Plano de ação para a segurança infantil*. Disponível em http://www.nogueiradesign.com/APSI/APSI_versao_DGS.pdf.
- Plataforma Contra a Obesidade Infantil (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>): além de vários outros conteúdos, estão disponíveis as publicações - *A aventura dos alimentos (1 aos 5 anos)*; *Aventura dos alimentos (6 aos 9 anos)*; *Comer com saber (10 aos 13 anos)*; *Comer com saber (14 aos 18 anos)*; *Comer com saber no primeiro ano de vida* (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=1089&menuid=526&exmenuid=522>).



- Direção-Geral de Saúde (2009). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/5/prevencao+acidentes.htm>.
- Direção-Geral de Saúde (2011). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B*. Disponível em <http://www.dgs.pt/?mid=5005&cr=19748>.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=24430>.
- Inspeção-Geral da Educação (2005). *Segurança e bem-estar nas Escolas — Manual*. Disponível em <http://www.dge.mec.pt/educacaoasaude/index.php?s=directorio&pid=55>.
- Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2010). *Violência em contexto escolar*. Disponível em <http://www.dge.mec.pt/educacaoasaude/index.php?s=directorio&pid=18>.

5.1.4. Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral

As doenças orais constituem um problema de saúde pública pelo seu elevado custo económico e social, pela sua alta incidência, por afetarem maioritariamente uma população jovem e pelas importantes consequências patológicas que podem originar.

A monitorização do estado de saúde oral nas populações enquadra-se em conceitos de promoção de saúde, visando a distribuição dos recursos e a implementação de estratégias com o objetivo de reduzir a prevalência e a incidência da patologia oral e os respetivos impactos na qualidade de vida.

As intervenções destinadas à promoção da saúde oral, que se iniciam durante a gravidez e que se desenvolvem ao longo da infância e da adolescência, em Saúde Infantil e Juvenil, consolidam-se no Jardim-de-infância e na Escola, através da Saúde Oral e da Saúde Escolar.

Ao promover a saúde das grávidas, das crianças e dos adolescentes pretende-se reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nos grupos em causa, melhorar os conhecimentos, os comportamentos em saúde oral e os hábitos de vida saudáveis, tendo igualmente sempre presente a necessidade de garantir a equidade no acesso à prestação de cuidados de saúde oral das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais.

Considera-se, ainda, fundamental a implementação de intervenções que promovam a redução da prevalência e da incidência da patologia oral e os respetivos impactos na qualidade de vida dos utentes do SRS, em doentes crónicos e nas pessoas que os médicos de família referenciem como de risco, tendo, também, sempre em atenção que a medicina dentária abrange não só as doenças dos dentes mas, também, de todas as estruturas da cavidade oral.

A disponibilização de uma atenção permanente e um investimento na área da saúde oral constituem uma verdadeira mais-valia para toda a população açoriana.



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Promover a saúde oral na gravidez.	Elaboração de documentos ou outros materiais informativos, formulados pelos médicos de medicina dentária em parceria com as equipas de enfermagem de saúde materna dos CS/USI, sobre a importância da saúde oral durante a gravidez, quer para a mãe quer para o bebé, para entrega e utilização nas unidades de saúde, designadamente nos serviços de saúde materna e infantil e nas salas de espera.	-Nº total de grávidas atendidas em consulta de saúde oral -Nº total de consultas de saúde oral realizadas -Proporção de grávidas com 21 ou mais dentes naturais
	Abordagem da importância da saúde oral na gravidez, nas aulas de preparação para o nascimento e nas aulas pós-parto, nas unidades de saúde onde existam.	-Nº total de grávidas com problemas de saúde oral -Nº médio de dentes permanentes afetados por cárie antes e depois da intervenção
	Sensibilização dos médicos e dos enfermeiros para incentivar as mulheres grávidas a agendarem uma consulta de medicina dentária, caso não tenham efetuado nenhuma nos últimos seis meses, ou em caso de suspeita de alguma situação oral anormal.	-Nº médio de dentes permanentes selados e obturados antes e depois da intervenção -Nº de grávidas que completaram os tratamentos dentários preconizados
	Avaliação da dentição durante a gravidez, antes e após o parto.	
Promover a saúde oral dos 0-3 anos.	Elaboração de projetos de promoção de saúde oral, de informação/educação para a saúde, pelos médicos dentistas em parceria com as equipas de saúde infantil/saúde escolar dos CS/USI, sobre a importância da saúde oral para os bebés/crianças, alimentação, fatores de risco da patologia oral e sobre a importância de prevenir as cáries dentárias precoces da infância, dirigida aos pais/cuidadores e às próprias crianças.	-Nº médio de ações/programas de intervenção em saúde oral assistidos por mulher durante a gravidez -Nº total de crianças entre os 0 e os 3 anos atendidas em consultas de saúde oral -Nº de consultas de saúde oral realizadas a crianças entre os 0 e os 3 anos
	Sensibilização dos pais/cuidadores para a incorporação na rotina da higiene diária do bebé/criança, a higiene oral, na consulta de medicina dentária, de saúde infantil ou de vigilância da criança, efetuada pelo médico de família ou pelo enfermeiro.	-Proporção de crianças com menos de 3 anos isentas de cárie dentária
	Avaliação e tratamento, em medicina dentária, da dentição temporária de crianças encaminhadas pelo médico de família com suspeita de alguma situação oral anormal (o médico de família e o médico dentista são os responsáveis pelo encaminhamento para os serviços de estomatologia dos hospitais da Região).	-Nº de crianças com menos de 3 anos com experiência de cárie dentária (1 ou mais dentes decíduos afetados) -cpod aos 3 anos
	Disponibilização a todas as crianças com três anos de idade uma escova dentária e o Boletim Individual de Saúde Oral (BISO), em todos os CS/USI.	-Nº médio de dentes decíduos afetados por cárie aos 3 anos
Promover a saúde oral dos 3-6 anos.	Informação aos pais de que, neste período de progressiva autonomia da criança, o seu exemplo é da maior relevância (na sua tentativa de imitação, a criança vai adquirindo o hábito da higiene oral, devendo-se por isso fomentar esta boa prática). Esta intervenção poderá ser desenvolvida pelo médico dentista/estomatologista em contexto escolar ou nas consultas que se realizem aos pais, pelos profissionais de	-Nº de ações/programas de intervenção em saúde oral abrangendo crianças dos 0 aos 3 anos -Nº de Boletins Individuais de Saúde Oral distribuídos a crianças com 3 anos/ano -Nº total de crianças entre os 3 e os 6 anos



saúde.	atendidas em consultas de saúde oral
Implementação de projetos no jardim-de-infância/pré-escolar, elaborados por médicos dentistas em articulação com as equipas de saúde oral, saúde escolar e equipas de saúde infantil, no intuito de informar/melhorar as competências dos educadores, dos professores, do pessoal auxiliar e dos pais sobre a importância da saúde oral, devendo a equipa orientar e monitorizar o desenvolvimento das atividades a implementar na comunidade.	-Nº de consultas de saúde oral realizadas a crianças entre os 3 e os 6 anos -Proporção de crianças entre os 3 e os 6 anos com experiência de cárie dentária (1 ou mais dentes decíduos afetados) -Nº médio de dentes decíduos afetados por cárie aos 5-6 anos, antes e depois da intervenção
Incentivo ao desenvolvimento de atividades de promoção de saúde oral pelas educadoras/professoras no jardim-de-infância/pré-escolar, não só junto às crianças, mas também junto à restante comunidade educativa, colaborando nas mesmas sempre que oportuno.	-Nº médio de dentes permanentes selados e obturados aos 5-6 anos, antes e depois da intervenção
Consciencialização dos educadores/professores, dos auxiliares de educação e dos pais sobre o facto de que a higiene oral em meio escolar, constitui uma atividade que favorece a responsabilização progressiva da criança pelo autocuidado de higiene oral e pela elevação da sua autoestima, sendo particularmente importante para as crianças que vivem em zonas mais desfavorecidas.	-Nº de jardim-de-infância/pré-escolar com programas de intervenção em saúde oral -Nº de jardim-de-infância/pré-escolar que promove uma escovagem dos dentes das crianças no estabelecimento
Realização de sessões de educação para a saúde/workshops práticos para pais e educadores sobre técnicas de observação oral.	-Nº total de crianças/adolescentes entre os 6 e os 15 anos atendidas em consultas de saúde oral
Promoção da higiene oral das crianças no estabelecimento de ensino. A atividade pode ser integrada no projeto educativo escolar e pode ser pedagogicamente dinamizada pelos educadores de infância/professores em articulação com as equipas de saúde oral e da saúde escolar, com a colaboração da equipa de saúde infantil.	-Nº de consultas de saúde oral realizadas a crianças/adolescentes entre os 6 e os 15 anos -Proporção de crianças entre os 6 e os 15 anos com experiência de cárie dentária na dentição definitiva (1 ou mais dentes definitivos afetados) -Proporção de crianças aos 6 anos isentas de cárie dentária
Aproveitamento de todos os momentos de contato com os pais e crianças para abordar a saúde oral (por exemplo, no ato da vacinação, o enfermeiro poderá aproveitar a oportunidade para, de uma forma simples, relembrar os pais sobre a importância da higiene oral).	-Nº médio de dentes definitivos afetados por cárie aos 6 anos -cpod/CPOD aos 6 anos
Realização de rastreio de saúde oral aos 5 anos, no âmbito do EGS, com a orientação dos médicos dentistas dos CS/USI, encaminhando para consulta os casos que necessitem de tratamento e acompanhamento.	-Proporção de crianças aos 12 anos isentas de cárie dentária
Avaliação e tratamento da dentição temporária e permanente de crianças encaminhadas pelo médico de família. O médico dentista e o médico de família são os responsáveis pela referência dos utentes para os serviços de estomatologia dos hospitais da Região.	-Nº médio de dentes definitivos afetados por cárie aos 12 anos -CPOD aos 12 anos



Promover a saúde oral a partir dos 6 anos.	Promoção, no 1º Ciclo, da escovagem dentária em contexto escolar, vigiada pelos professores e pelos auxiliares, a quem deve ser dada formação regular pela equipa de saúde oral.	-Nº médio de dentes definitivos afetados por cárie aos 15 anos -CPOD aos 15 anos
	Organização de formação para pais, professores e auxiliares de educação sobre saúde oral.	-Proporção de crianças aos 15 anos isentas de cárie dentária
	Desenvolvimento de atividades de promoção de saúde oral que proporcionem a aprendizagem das crianças em relação aos problemas da cavidade oral, aos fatores de risco, às técnicas de higiene oral (escovagem dos dentes; utilização do fio dentário), à alimentação, à importância do tratamento dos problemas orais. A equipa de saúde oral coordenada pelos médicos dentistas dos CS/USI, em articulação com os enfermeiros de saúde infantil, os nutricionistas e os professores/educadores e os pais, poderão desenvolver os projetos. No desenvolvimento das atividades, ter em conta que, não basta criar e fornecer uma enorme quantidade de informação, pois nestas faixas etárias, incluindo a fase da adolescência, <i>“O que oiço esqueço, o que vejo lembro e o que faço compreendo”</i> .	-Nº médio de dentes definitivos afetados por cárie aos 6, 12 e aos 15 anos, antes e depois da intervenção -Nº médio de dentes permanentes selados e obturados aos 6, 12 e 15 anos, antes e depois da intervenção -Proporção de crianças/adolescentes que completaram os tratamentos dentários preconizados -Número de escolas do 1º Ciclo com programas de escovagem dos dentes
	Promoção da inclusão da saúde oral nos conteúdos programáticos das várias unidades curriculares do 1º ao 9º ano de escolaridade, envolvendo a articulação da saúde oral, médicos dentistas, nutricionistas e outros profissionais de saúde que se considerem pertinentes, com os professores/educadores.	-Nº total de crianças/adolescentes entre os 6 e os 15 anos com Necessidades de Saúde Especiais atendidas em consultas de saúde oral
	Implementação e adaptação nas escolas da Região, do Projeto SOBE (DGS), através da articulação entre DGS/DRS/DRE.	-Nº de consultas de saúde oral realizadas a crianças/adolescentes com Necessidades de Saúde Especiais, entre os 6 e os 15 anos
	Desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas para os adolescentes que podem envolver a relação entre a saúde oral e a sexualidade (2º e 3º ciclo). Desenvolvimento de atividades de saúde oral nos festivais, acampamentos e outros eventos.	-Proporção de crianças com Necessidades de Saúde Especiais, entre os 6 e os 15 anos, com experiência de cárie dentária na dentição definitiva (1 ou mais dentes definitivos afetados)
	Utilização das redes sociais como ferramenta de promoção de saúde oral.	-Nº médio de dentes definitivos afetados por cárie aos 6 anos em crianças com Necessidades de Saúde Especiais
	Estimulação da autorresponsabilização das crianças pela sua higiene oral, de manhã e à noite.	-cpod/CPOD aos 6 anos em crianças com Necessidades de Saúde Especiais -Proporção de crianças aos 6 anos isentas de cárie dentária, em crianças com Necessidades de Saúde Especiais
	Promoção da educação alimentar junto às crianças e aos pais, com identificação dos alimentos saudáveis e nocivos, sublinhando a importância da redução do consumo de açúcares, em sessões de educação para a saúde nas escolas, através das equipas de saúde oral e escolar ou em contexto de consulta.	
Esclarecimento aos pais, às crianças e aos adolescentes sobre o risco associado ao consumo de tabaco no desenvolvimento de doenças orais.		



	<p>Abordagem da saúde oral em consultas de saúde infantil e nas consultas de medicina familiar.</p> <p>Realização de rastreio de saúde oral aos 12-13 anos, no âmbito do EGS, envolvendo médicos dentistas/estomatologistas, encaminhando para consulta os casos que necessitem de tratamento e acompanhamento.</p> <p>Avaliação e tratamento, em medicina dentária/estomatologia, da dentição temporária e permanente das crianças encaminhadas pela equipa de saúde oral e pelo médico de família. O médico dentista e o médico de família são os responsáveis pela referenciação para os serviços de estomatologia dos Hospitais EPE.</p>	<p>-CPOD aos 12 anos, em crianças com Necessidades de Saúde Especiais</p> <p>-Nº médio de dentes definitivos afetados por cárie aos 15 anos em adolescentes com Necessidades de Saúde Especiais</p> <p>-Nº médio de dentes definitivos afetados por cárie aos 6 e aos 15 anos, antes e depois da intervenção</p> <p>-CPOD aos 15 anos, em crianças com Necessidades de Saúde Especiais</p> <p>-Nº médio de dentes permanentes selados e obturados aos 6 e 15 anos, antes e depois da intervenção</p>
<p>Promover a saúde oral de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais.</p>	<p>Adoção das orientações constantes no Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais.</p> <p>Avaliação e tratamento, em medicina dentária/estomatologia, da dentição temporária e permanente das crianças encaminhadas pela equipa de saúde oral e pelo médico de família. O médico dentista e o médico de família são os responsáveis pela referenciação para os serviços de estomatologia dos Hospitais EPE.</p>	<p>-Proporção de crianças/adolescentes com Necessidades de Saúde Especiais que completaram os tratamentos dentários preconizados</p> <p>-Nº total de utentes pertencentes a grupos vulneráveis atendidos em consultas de saúde oral</p> <p>-Nº total de utentes pertencentes a grupos vulneráveis atendidos em consultas de saúde oral/grupo vulnerável</p>
<p>Prevenir a doença e promover a vigilância da saúde oral nos grupos mais vulneráveis e na população em geral.</p>	<p>Avaliação e tratamento dos idosos beneficiários do Complemento Solidário, dos toxicodependentes, dos diabéticos, dos cardíacos, dos portadores de VIH/SIDA e de outras doenças crónicas, dos hemofílicos, dos doentes em hemodiálise, dos doentes sujeitos a terapia anticoagulante, dos doentes com deficiência física ou mental, dos doentes oncológicos e das pessoas em situação de carência económica grave, em medicina dentária/estomatologia, referenciados pelo médico de família e pelo médico dentista por apresentarem elevado risco ou doença oral estabelecida. O médico dentista e o médico de família são os responsáveis pelo encaminhamento para os serviços de estomatologia dos hospitais EPE da Região.</p> <p>Consolidação na dotação de CS/USI e hospitais, de médicos dentistas, de modo a garantir a acessibilidade dos doentes ao tratamento acompanhado e seguro.</p> <p>Implementação e celebração anual do Dia Mundial da Saúde Oral, através de atividades de promoção de saúde oral, nas escolas, nos CS/USI e nos Hospitais EPE e outras instituições, divulgando as atividades nos meios de comunicação social e redes sociais.</p> <p>Organização de campanhas sobre noções básicas de saúde oral (conhecimento do aparelho estomatognático; patologia oral; cuidados de higiene oral; alimentação;</p>	<p>-Nº de consultas de saúde oral realizadas a utentes pertencentes a grupos vulneráveis</p> <p>-Nº de médicos dentistas/estomatologistas por CS/USI</p> <p>-Nº de médicos dentistas/estomatologistas por hospital/EPE</p> <p>-Nº de equipamentos de saúde oral por CS/USI e hospitais EPE</p> <p>-Nº de aparelhos de radiografias panorâmicas (Ortopantomógrafos) por CS/USI e hospitais EPE</p> <p>-Nº de atividades de educação para a saúde desenvolvidas para grupos de risco no âmbito da saúde oral/grupo de risco</p> <p>-Nº de atividades de educação para a saúde</p>



	<p>maus hábitos; consumo de tabaco e álcool; importância da vigilância e dos tratamentos (preventivos, curativos e de reabilitação) para a população em geral e para grupos de risco, que podem ser dinamizadas pela equipa de saúde oral com a colaboração de outros profissionais de saúde (médico dentista/estomatologista; enfermeiro de saúde infantil, saúde materna, cuidados domiciliários, do sector da diabetes; médico de saúde familiar ou de outras especialidades; nutricionista; professores/educadores), dependendo dos grupos-alvo e do tipo de atividade a desenvolver, divulgando adequadamente as atividades, nomeadamente nos meios de comunicação social e nas redes sociais.</p>	<p>desenvolvidas para a população em geral no âmbito da saúde oral</p> <p>-Nº de utentes do SRS reembolsados por consultas privadas de Medicina Dentária e Estomatologia</p> <p>-Nº de Juntas Médicas efetuadas por mês e por ano</p> <p>-Nº de faltas às Juntas Médicas por mês e por ano,</p> <p>-Nº de Juntas Médicas não conformes por mês e por ano,</p> <p>-Nº de Juntas Médicas em conformidade por mês e por ano</p> <p>-Valores dos reembolsos, das consultas medicina dentária/estomatologia privadas aos utentes do SRS, efetuados pelos CS/USI por mês e por ano</p> <p>-Nº de eventos científicos realizados na área da saúde oral/ano</p> <p>-Nº de cursos/ações de formação realizados para profissionais de saúde oral/ano</p> <p>-Nº de consultas/mês/ano</p> <p>-Nº de faltas dos utentes/mês/ano</p> <p>-Nº de tratamentos/ano</p> <p>-Distribuição de consultas por idade dos utentes/mês/ano</p> <p>-Valores anuais dos custos diretos dos Serviços de Medicina Dentária dos CS/USI</p> <p>-Custo Médio de uma consulta de Medicina Dentária nos CS/USI, (Valor do custo anual do Serviço de Medicina Dentária/nº de consultas efetuados por ano)</p> <p>-Valor anual dos custos diretos dos Serviços de Estomatologia dos Hospitais: Custo Médio de uma consulta de Estomatologia nos Hospitais, (Valor do custo anual do Serviço de Estomatologia/nº de consultas efetuados por ano)</p>
	Implementação de critérios uniformizados e medidas normalizadas de registo dos tratamentos e controlo dos reembolsos na área de medicina dentária/ estomatologia em todos os CS/USI do SRS.	
	Revisão e atualização da tabela de reembolsos aos utentes do SRS.	
	Participação no III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais e divulgação dos resultados do mesmo.	
	Realização do Estudo do Flúor e da Fluorose Dentária na RAA (2014), através de protocolo estabelecido entre a DRS e Entidade Reguladora dos Serviços de Água e Resíduos dos Açores (ERSARA).	
	Monitorização anual dos resultados obtidos nos indicadores definidos na área de intervenção da saúde oral, no intuito de avaliar o estado da saúde oral na RAA, a prevalência, incidência das doenças da boca, os ganhos em saúde e as atividades desenvolvidas, elaborando um relatório que deverá ser remetido aos CA e à DRS.	
Promover a formação e atualização dos profissionais de saúde oral.	Promoção de eventos científicos, na área da saúde oral, na RAA.	
	Realização de cursos/ações de formação para os grupos profissionais com responsabilidades na área da saúde oral.	
Determinar os índices de produtividade na área da saúde oral.	Manutenção dos registos atualizados da atividade relacionada com a saúde oral em CS/USI e Hospitais EPE.	
	Elaboração de um relatório de atividades anual, da responsabilidade dos sectores de saúde oral, gabinetes de medicina dentária de cada CS/USI e serviços de estomatologia dos Hospitais EPE, a fornecer aos CA e à DRS.	



Determinação dos custos diretos dos gabinetes de medicina dentária de cada CS/USI e dos serviços de estomatologia dos Hospitais EPE, processo que deve contemplar a articulação dos serviços de contabilidade dos CS/USI e dos Hospitais EPE, com a SAUDAÇOR, SA, devendo a DRS ter conhecimento da informação decorrente do processo.

Determinação dos custos médios das consultas de saúde oral nas instituições públicas de saúde, processo que deve contemplar a articulação dos serviços de medicina dentária dos CS/USI e os serviços de estomatologia dos hospitais EPE junto com os serviços de contabilidade das respetivas instituições de saúde pública, com a SAUDAÇOR, SA, devendo a DRS ter conhecimento da informação decorrente do processo.

Normas/Circulares/Orientações:

- Circular Normativa n.º 09/DSE de 19/07/2006 - Avaliação do Risco em Saúde Oral. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SOral/SOr_doc4.pdf.
- Circular Normativa n.º 1/DSE de 18/1/05 - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Norma n.º 062/2011 de 29/12/2011 - Prescrição de Analgésicos em Patologia Dentária. Disponível em <http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx>.
- Norma n.º 064/2011 de 30/12/2011 - Prescrição de Antibióticos em Patologia Dentária.
- Orientação n.º 007/2011 de 25/03/2011 - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B. Disponível em <http://www.dgs.pt/?mid=5005&cr=19748>.
- Orientação n.º 013/201 de 24/10/2013 - Aplicação de verniz de flúor (soluto de 50 mg/ml) em saúde comunitária. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0132013-de-24102013.aspx>.

Documentos de interesse:

- Alimentação e Saúde Oral – DGS. Disponível em (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/alimentacao%20e%20saude%20oral%20finalpdf.pdf>).
- Bochecho fluoretado – DGS (panfleto). Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007409.pdf>.
- Escovagem dos Dentes: Como Fazer – DGS (panfleto). Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007408.pdf>.
- Fio Dentário: Como Utilizar – DGS (panfleto). Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007407.pdf>.

- Higiene Oral para Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais - DGS (panfleto). Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007406.pdf>.
- Programa Regional de Saúde Oral 2009-2012. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/430449/PRSaudeOral.pdf>.
- Projeto SOBE – Manual para Educadores. DGS. Disponível em http://www.sobe.pt/WebRoot/Store/Shops/2933-120726/MediaGallery/Manuais/Oral-B/SOBE_Manual_Oral_B_FINAL.pdf.
- Promover a Saúde: Prevenir as Doenças Orais – DGS (panfleto). Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Boletim Individual de Saúde Oral (BISO) - Portaria n.º 93/2005 de 29 de dezembro.

5.1.5. Área de Intervenção nas Dependências

A área de intervenção nas Dependências assume-se como um instrumento integrador das orientações estratégicas para a temática das dependências e pretende ser um instrumento facilitador na coordenação e colaboração das múltiplas entidades do sector público, privado e social, encarando-a em sentido lato, na sua riqueza interdisciplinar e na coresponsabilização de todos os intervenientes.

Perante os novos desafios que foram identificados nos últimos anos, foi decidido ampliar a abordagem e as respostas ao âmbito de outros Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), que não incluem apenas as substâncias psicoativas. As ações serão desenvolvidas tendo em conta o ciclo vital¹³⁰, uma vez que a idade é um fator preponderante no planeamento e conseqüente sucesso das intervenções, com o objetivo de prevenir, identificar precocemente e implementar mecanismos de resposta adequados a situações efetivas de comportamentos aditivos e dependências, com ou sem substâncias.

A operacionalização da área de intervenção é feita do seguinte modo:

¹³⁰ Divisão efetuada segundo o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.



Ciclo de vida	Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Gravidez e período neonatal	Prevenir e reduzir a incidência de anomalias e perturbações de desenvolvimento fetal causadas pelos CAD ¹³¹ , bem como a ocorrência de patologias na grávida, decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e medicamentos não prescritos.	Promoção do conhecimento sobre o impacto dos CAD na evolução da gravidez através de ações de sensibilização.	<ul style="list-style-type: none"> -Proporção de mulheres que fumam durante a gravidez -Proporção de mulheres que consomem substâncias ilícitas durante a gravidez -Proporção de mulheres que consomem álcool durante a gravidez -Nº de sessões de educação para a saúde sobre consumo de álcool, tabaco e consumos ilícitos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e violência entre pares
		Identificação precoce de grávidas com comportamentos aditivos e dependências, encaminhamento, de acordo com a situação, e acompanhamento dos recém-nascidos.	
		Garantia do acesso prioritário a cuidados específicos a mulheres grávidas com comportamentos aditivos e dependências e seus companheiros, de acordo com as suas problemáticas e níveis de risco na evolução da gravidez.	
		Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.	
Crianças até aos 9 anos	Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias, identificando precocemente padrões de comportamento infantil desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD.	Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool, tabaco e consumos ilícitos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos escolar e familiar. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas de saúde escolar, pelas equipas das unidades de saúde pública e equipas de saúde infantil dos CS/ USI, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Polícia de Segurança Pública (Programa Escola Segura).	<ul style="list-style-type: none"> -Nº de crianças consideradas em risco sinalizadas para as diferentes equipas -Proporção de crianças até aos 9 anos que fumam -Proporção de crianças até aos 9 anos que consomem substâncias ilícitas -Proporção de crianças até aos 9 anos que consomem álcool -Nº de jovens considerados em
		Implementação de Mecanismos de Referenciação em resposta ao surgimento precoce de comportamentos aditivos com ou sem substâncias.	
		Articulação, com a rede de serviços de saúde públicos e com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados.	
		Articulação com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.	
		Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.	

¹³¹ Comportamentos aditivos e dependências



		Sinalização de crianças e jovens em risco/perigo, por parte das entidades com contacto direto com crianças, jovens ou famílias com problemas associados aos comportamentos aditivos e dependências, no sentido destas situações serem acompanhadas e encaminhadas para respostas adequadas às necessidades diagnosticadas.	risco sinalizados para as diferentes equipas
		Proposta de oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo.	-Proporção de Jovens dos 10 aos 14 anos que fumam
Jovens dos 10 aos 14 anos	Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD.	Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool (como o <i>binge drinking</i>), tabaco e consumos ilícitos, condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos escolar e familiar. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas de saúde escolar, pelas equipas das unidades de saúde pública e equipas de saúde infantil dos CS/ USI, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Polícia de Segurança Pública (Programa Escola Segura).	-Proporção de Jovens dos 10 aos 14 anos que consomem substâncias ilícitas
		Proposta de oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo.	-Proporção de Jovens dos 10 aos 14 anos que consomem álcool
		Implementação de Mecanismos de Referência em resposta ao surgimento precoce de comportamentos aditivos com ou sem substâncias.	-Nº de consultas de cessação tabágicas realizadas nas unidades de saúde
		Articulação, com a rede de serviços de saúde públicos e com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados.	-Proporção Jovens dos 15 aos 19 anos que fumam
		Articulação com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.	-Proporção de Jovens dos 15 aos 19 anos que consomem substâncias ilícitas
		Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.	-Proporção de Jovens dos 15 aos 19 anos que consomem álcool em excesso
		Sinalização de crianças e jovens em risco/perigo, por parte das entidades com contacto direto com crianças, jovens ou famílias com problemas associados aos comportamentos aditivos e dependências, no sentido destas situações serem acompanhadas e encaminhadas para respostas adequadas às necessidades diagnosticadas.	-Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano
		Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.	-Proporção de jovens dos 20 aos 24 anos que fumam
		Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica destinadas aos profissionais de saúde.	-Proporção de Jovens dos 20 aos 24 anos que consomem substâncias ilícitas
Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o	-Proporção de Jovens dos 20 aos 24 anos que consomem		



		consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.	álcool em excesso
	Diminuir o risco de infeção por VIH/SIDA.	(consultar Área de Intervenção das Doenças Infecciosas)	-Proporção de Adultos dos 25 aos 64 anos que fumam -Proporção de Adultos dos 25 aos 64 anos que consomem substâncias ilícitas
Jovens dos 15 aos 19 anos	Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD.	Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool (como o <i>binge drinking</i>), tabaco e consumos ilícitos, condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos escolar/universitário, desportivo, recreativo, comunitário, laboral, rodoviário e prisional. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas de saúde escolar, pelas equipas das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Polícia de Segurança Pública (PSP).	-Proporção de Adultos dos 25 aos 64 anos que consomem álcool em excesso -Proporção de Adultos acima dos de 65 anos que fumam -Proporção de Adultos acima dos de 65 anos que consomem substâncias ilícitas
		Proposta de oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo.	-Proporção de Adultos acima dos de 65 anos que consomem álcool em excesso
		Articulação com a rede de serviços de saúde públicos e com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados.	-Proporção de Adultos acima dos de 65 anos que consomem álcool em excesso
		Articulação com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.	-Nº de CS com Administração da terapêutica de substituição
		Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.	-Nº de profissionais com formação na área dos CAD
		Implementação de Mecanismos de Referenciação em resposta ao surgimento precoce de comportamentos aditivos com ou sem substâncias, nomeadamente o acesso a tratamentos de substituição (Metadona).	-Abertura da Comunidade terapêutica em São Miguel
		Sinalização de crianças e jovens em risco/perigo, por parte das entidades com contacto direto com crianças, jovens ou famílias com problemas associados aos comportamentos aditivos e dependências, no sentido destas situações serem acompanhadas e encaminhadas para respostas adequadas às necessidades diagnosticadas.	-Nº de Centros de dia criados
		Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.	
		Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.	
Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o			



		consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde. (consultar Área de Intervenção das Doenças Infeciosas)	
Jovens dos 20 aos 24 anos	Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD.	Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool, tabaco e consumos ilícitos, condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos universitário, desportivo, recreativo, comunitário, laboral, rodoviário e prisional. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Policia de Segurança Pública (PSP).	
		Proposta de oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo.	
		Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.	
		Implementação de Mecanismos de Referenciação em resposta ao surgimento precoce de comportamentos aditivos com ou sem substâncias nomeadamente o acesso a tratamentos de substituição (Metadona).	
		Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabituacão tabágica.	
		Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabituacão tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.	
		Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.	
	Diminuir o risco de infeção por VIH/SIDA.	(consultar Área de Intervenção das Doenças Infeciosas)	
Adultos dos 25 aos 64 anos	Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias,	Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool, tabaco e consumos ilícitos (incluindo medicamentos sem prescrição), condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade, efeitos tardios dos CAD eventuais comorbilidades e violência entre pares com especial incidência nos contextos comunitário, familiar, laboral, rodoviário e prisional. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Policia de Segurança Pública (PSP).	



	<p>identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo envolvendo CAD ou o recrudescimento dos mesmos.</p> <p>Diminuir o risco de infeção por VIH/SIDA</p>	<p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.</p> <p>Implementação de Mecanismos de Referenciação em resposta ao surgimento de comportamentos aditivos com ou sem substâncias nomeadamente o acesso a tratamentos de substituição (Metadona).</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabituacão tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabituacão tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.</p> <p>Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.</p> <p>(consultar Área de Intervenção das Doenças Infeciosas)</p>	
<p>Adultos acima dos de 65 anos</p>	<p>Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias, identificando o surgimento de padrões de comportamento desadaptativo envolvendo CAD, ou o recrudescimento dos mesmos.</p>	<p>Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool, tabaco e consumos ilícitos (incluindo medicamentos sem prescrição), condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e efeitos tardios dos CAD eventuais comorbilidades com especial incidência nos contextos comunitário, familiar, rodoviário e prisional. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Policia de Segurança Pública (PSP).</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.</p> <p>Implementação de Mecanismos de Referenciação em resposta ao surgimento de comportamentos aditivos com ou sem substâncias nomeadamente o acesso a tratamentos de substituição (Metadona).</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabituacão tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabituacão tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.</p> <p>Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.</p>	



	Diminuir o risco de infeção por VIH/SIDA.	(consultar Área de Intervenção das Doenças Infecciosas)	
Transversal Ao Ciclo Vital	Promover a melhoria do tratamento e reabilitação dos utentes do SRS com CAD.	Administração da terapêutica de substituição nos CS/USI ¹³² .	
		Formação dos profissionais dos CS/USI nesta área ¹³³ .	
		Passagem dos doentes em alto limiar para os seus respetivos médicos de família ¹³⁴ .	
		Abertura da primeira comunidade terapêutica na RAA (Solar da Glória em Ponta Delgada).	
		Criação de Centros de dia para acompanhamento dos utentes em tratamento de substituição ou em reabilitação.	

¹³² Ações previstas no Plano de Ação para a Reestruturação do Serviço Regional de Saúde (Setembro de 2013).

¹³³ *Ibidem*

¹³⁴ *Ibidem*

Normas/Circulares/Orientações:

- Norma n.º 035/2012 da DGS, de 30/12/2012 - Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens.
- Norma n.º 036/2012 da DGS, de 30/12/2012 – Diagnóstico de Policonsumos em Adolescentes e Jovens.

Documentos de interesse:

- Balsa, C.; Vital, C. & Urbano, C. (2013). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2012*. SICAD/ CESNOVA. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/INPG_CesNova_dados_preliminares_19_abril_2013.pdf
- Direção Regional da Saúde (2009). *Plano Regional de Saúde 2009-2012*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/02/PRSACORES.pdf>.
- Direção Regional da Saúde (2010). *Plano Regional de Prevenção e Combate às Dependências 2010-2012*. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/5214C26A-F180-40F8-A7CE-CDB8649916B9/496189/PLanoregional1.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012*. Disponível em www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude.../planodroga.htm
- Direção-Geral da Saúde (2012) *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016*. Disponível em <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-pdf.aspx>.
- Guião para a Elaboração de Diagnósticos com vista à Implementação de Estratégias Locais de Intervenção - PRPCD 2010-2012. Disponível em www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/98F4ED00.../GrelhasdoGuio.pdf.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos E das*



plano regional de
SAÚDE AÇORES



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

Dependências 2013-2020. Disponível em

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/arquivo/pnrcad+2013-2020.htm>.



5.1.6. Área de Intervenção nas Doenças Infeciosas

A intervenção na presente área pretende dar resposta a 3 patologias infecciosas, a Tuberculose, a Pneumonia e infeção pelo VIH/SIDA.

Quanto à **Tuberculose** sabe-se que o desaparecimento de serviços de controlo em muitas partes do mundo é uma das razões para o seu ressurgimento havendo, ainda, a considerar entre outros aspetos, a ocorrência da tuberculose multirresistente e a associação tuberculose/infeção pelo VIH, o que a torna, de igual modo, um importante problema de saúde pública¹³⁵. Esta infeção continua a carecer de vigilância e atenção pelos serviços de saúde designadamente pela sua ocorrência poder assumir formas extremamente graves, como nos casos de tuberculose multirresistente¹³⁶.

Considerando que o consumo de tabaco é também responsável por 8% das mortes por doenças infecciosas, nomeadamente por pneumonias e tuberculose¹³⁷, é importante continuar a desenvolver medidas antitabágicas a nível individual e comunitário.

Tendo em conta que a pobreza é também um fator associado à tuberculose¹³⁸, torna-se imperativo garantir a vigilância em saúde e acessibilidade de comunidades mais vulneráveis aos cuidados de saúde, envolvendo cada vez mais os CSP e o sector social, no intuito de não inverter a tendência decrescente dos casos de tuberculose na RAA.

A **Pneumonia**, que constitui uma das principais causas de morte por doença respiratória, é uma patologia de etiologia infecciosa, que atinge o aparelho respiratório podendo surgir quer como diagnóstico principal, quer como co morbidade ou complicação¹³⁹.

¹³⁵ Circular Normativa nº 11 de 2012-10-2- *Linhas Orientadoras para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controlo da Tuberculose na RAA.*

¹³⁶ Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho.* Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-luta-contra-a-tuberculose-ponto-da-situacao-epidemiologica-e-de-desempenho-dados-provisorios-jpg.aspx>, consultado a 2 de setembro de 2013.

¹³⁷ Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2012). *Relatório 2012: A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias.* Disponível em www.fundacaoportuguesadopolmao.org/RelatorioONDR2012.pdf, consultado a 2 de setembro de 2013.

¹³⁸ Pedro, A. & Oliveira, R. (2013). *Tuberculose e indicadores socioeconómicos: revisão sistemática da literatura.* Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a09v33n4.pdf>, consultado a 6 de setembro de 2013.

¹³⁹ Direção Regional da Saúde (2009). *Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Respiratórias.* Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/393612/ProgramaRespiratrias04_12_20091.pdf, consultado a 6 de setembro de 2013.



Em 2011, as doenças respiratórias foram responsáveis por 14,3% de todas as mortes e por 4,5% das mortes prematuras, em ambos os sexos, na RAA¹⁴⁰. Importa referir que, apesar da variação percentual dos óbitos prematuros, pelo conjunto das doenças respiratórias, ter acusado um decréscimo de 20,2% entre 2002 e 2011, a mortalidade total variou positivamente em 62,8%, no mesmo período de tempo.

Do grupo das doenças do aparelho respiratório, a pneumonia foi a causa de mortalidade mais comum entre homens e mulheres (6,5%) de todas as idades, seguida das doenças crónicas das vias respiratórias inferiores (3,7%). É de salientar que, entre 2002 e 2011, a variação percentual da mortalidade total por pneumonia aumentou 154,5%¹⁴¹.

Mesmo considerando o envelhecimento da população, que contribui para o aumento da prevalência das patologias respiratórias, a grande maioria destas doenças é prevenível através da adoção de estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente no que respeita à evicção e cessação de hábitos tabágicos.

Assim, é fundamental criar mecanismos que conduzam à correção de comportamentos e atitudes, apostando na vigilância e na prevenção. Em termos de prevenção primária é necessário intervir nas populações saudáveis, para que não iniciem comportamentos nocivos. No que respeita à prevenção secundária é essencial a identificação das populações em risco, no intuito de anular ou reduzir a exposição ao mesmo e, relativamente à prevenção terciária, efetuar o diagnóstico e tratamento precoces dos cidadãos afetados pela doença.

Considerando ainda que a maioria das pneumonias tem como agente causal o pneumococo e que existem atualmente vacinas eficazes, a vacinação contra este agente infeccioso poderá também ser relevante no controlo da doença, bem como o combate ao tabagismo e a vacinação contra a gripe¹⁴².

¹⁴⁰ Direcção-Geral da Saúde (2008). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>, consultado a 7 de agosto de 2013.

¹⁴¹ *Ibidem*

¹⁴² Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2012). *Relatório 2012: A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias*. Disponível em www.fundacaoportuguesadopulmao.org/RelatorioONDR2012.pdf, consultado a 2 de setembro de 2013.



A epidemia por VIH, em Portugal, afeta as populações com comportamentos particularmente vulneráveis, designadamente utilizadores de drogas, trabalhadores do sexo e homens que têm sexo com homens e está associada a outras infeções de transmissão sexual, como as hepatites víricas e à tuberculose, infeção que, com muita frequência constitui o critério definidor de SIDA¹⁴³.

De acordo com dados do DDI-URVE¹⁴⁴, em 2011 e 2012 foram diagnosticados, na RAA, 10 e 8 casos de infeção por VIH, respetivamente.

Em relação a diagnósticos de SIDA, foram notificados 2 casos em 2011 e 1 em 2012. De acordo com a mesma fonte, entre 1983 e 2012 contabilizaram-se, na Região, 341 diagnósticos de infeção por VIH (178 portadores assintomáticos e 50 casos sintomáticos não SIDA) e 113 casos de SIDA, dos quais 47 resultaram em óbito.

A vigilância epidemiológica e a implementação de estratégias de prevenção primária, secundária e de apoio social são indispensáveis, principalmente neste contexto de crise, uma vez que esta doença é particularmente dependente de determinantes sociais, designadamente do empobrecimento.

Deste modo, a presente Área de Intervenção engloba:

- a) **Pneumonia**
- b) **Tuberculose**
- c) **VIH/SIDA**

¹⁴³ Direção Regional da Saúde (2009). *Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Respiratórias*. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/393612/ProgramaRespiratrias04_12_20091.pdf, consultado a 6 de setembro de 2013.

¹⁴⁴ Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Noticias/Documents/DIA%20MUNDIAL%20DE%20LUTA%20CONTRA%20A%20SIDA-%20final.pdf>.



a) **Pneumonia**

A prevenção é um passo fundamental para diminuir a mortalidade e morbilidade por pneumonia, desde logo pelo combate ao tabagismo e pela vacinação contra a gripe¹⁴⁵. Considerando ainda que a maioria das pneumonias tem como agente causal o pneumococo e que existem atualmente vacinas eficazes, a vacinação contra este agente infeccioso a grupos de risco poderá também ser relevante no controlo da doença. A operacionalização desta área é feita do seguinte modo:

¹⁴⁵Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2012). *Relatório 2012: A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias*. Disponível em www.fundacaoportuguesadopulmao.org/RelatorioONDR2012.pdf, consultado a 2 de setembro de 2013.



Objetivo geral	Ações a desenvolver	Indicadores
Diminuir o número de internamentos por Pneumonia.	Informação sobre os malefícios do uso do tabaco à população jovem e adulta, reforçando a componente antitabágica nos programas de saúde escolar e nos locais de trabalho, de forma a conseguir não apenas diminuir a incidência de novos fumadores como aumentar a incidência de ex-fumadores.	-Proporção de Inscritos com diagnóstico de pneumonia -Internamentos por Pneumonia (abaixo dos 70 anos de Idade) -Percentagem de reinternamentos em 30 dias por Pneumonia -Prevalência de fumadores identificados -Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos
	Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.	-Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano
	Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos gestores e profissionais de saúde.	-Proporção de inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses
	Informação à população em geral sobre os benefícios da vacinação com a vacina da Gripe.	-Nº de utentes de risco vacinados com a vacina pneumocócica
	Vacinação de pelo menos 60% dos indivíduos com ≥ 65 anos com a vacina da Gripe.	
Informação aos grupos de risco ¹⁴⁶ sobre os benefícios da vacinação com a vacina pneumocócica.		

¹⁴⁶ Circular Normativa nº: 12/DSPCD de 09/06/2010 - *Vacinação, a nível hospitalar, contra infeções por Streptococcus pneumoniae de crianças/adolescentes de risco para doença invasiva pneumocócica* (DIP) e Circular Normativa nº: 14/DSPCD de 15/06/2010 - Adenda à Circular Normativa N.º 12/DSPCD de 09/06/2010 disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013079.pdf>.

b) Tuberculose

A operacionalização desta área tem por base a Circular Normativa nº 11 de 2012-10-2- Linhas Orientadoras para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controlo da Tuberculose na RAA

Objetivo	Ações a desenvolver	Indicadores
Reduzir o número de novos casos de Tuberculose.	Procedimento de vacinação com BCG nos recém-nascidos e revacinação, de acordo com o Plano Regional de Vacinação (PRV).	-Internamentos por Tuberculose (abaixo dos 70 anos de Idade) por insucesso do tratamento
	Promoção de ações de rastreio da tuberculose na população de risco ¹⁴⁷ .	-Internamentos por Tuberculose (abaixo dos 70 anos de Idade) por interrupção do tratamento
	Implementação do diagnóstico precoce da tuberculose e participação no acompanhamento dos doentes, referenciando-os para uma consulta de especialidade.	-Internamentos por Tuberculose (abaixo dos 70 anos de Idade) por resistência
Reduzir a prevalência da tuberculose, bem como a transmissão da doença prevenindo, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de resistência aos fármacos¹⁴⁸.	Notificação, nos termos da Portaria nº 12/99, de 25 de Março, dos casos de tuberculose, no prazo máximo de 48 horas.	-Internamentos por Tuberculose (abaixo dos 70 anos de Idade)
	Implementação do Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TB) na RAA.	-Taxa de cobertura da vacina BCG
	Corresponsabilização das Unidades de Saúde na luta anti-tuberculosa ¹⁴⁹ .	-Tempo decorrido entre a data de início dos sintomas e o diagnóstico bacteriológico
	Vigilância dos contactos ¹⁵⁰ .	-Tempo decorrido entre o diagnóstico bacteriológico e o início do tratamento
	Garantia da interligação Internamento/Ambulatório de forma eficaz.	-Tempo decorrido entre o início do tratamento e a negativação bacteriológica no exame direto;
	Desenvolvimento e colaboração em ações de formação e atualização de médicos e outros profissionais de saúde;	-Tempo decorrido entre a data de início dos sintomas e o diagnóstico bacteriológico
	Garantia de que os princípios definidos para o tratamento da Tuberculose, consagrados no Programa Global de Controlo da Tuberculose da Organização Mundial de Saúde, sejam aplicados.	
	Definição de redes de diagnóstico, tratamento e notificação.	
Identificação precoce dos casos de doença e infeção.		

¹⁴⁷ Portadores de VIH/SIDA, toxicodependentes, alcoólicos, reclusos, imigrantes, profissionais de saúde, diabéticos, internados em lares de idosos e instituições psiquiátricas.

¹⁴⁸ De acordo com a Circular Normativa nº 11 de 2012-10-2- *Linhas Orientadoras para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controlo da Tuberculose na RAA*

¹⁴⁹ *Ibidem*

¹⁵⁰ *Ibidem*

c) VIH/SIDA

Objetivo	Ações a desenvolver	Indicadores
Diminuir o risco de infecção pelo VIH/SIDA.	Promoção de ações de educação para a saúde no contexto de prevenção das IST.	-Proporção de seropositivos consumidores de drogas
	Promoção de ações de educação para a saúde sobre a importância da vacinação contra a Hepatite B e Hepatite A aos grupos vulneráveis.	- N.º de análises prescritas para determinação de serologia VIH, em CSP
	Promoção de campanhas de sensibilização em parceria com instituições públicas e privadas da RAA no sentido da prevenção da infecção pelo VIH/SIDA e da hepatite (uso do preservativo em relações sexuais ocasionais e atenção aos grupos vulneráveis ao VIH).	-Nº de testes rastreio de VIH realizados nas US -N.º de novos casos de seropositividade identificados no ano
	Prevenção da infecção nos utilizadores de drogas injetáveis.	-Existência de Orientação para a notificação em VIH/SIDA
	Estímulo do acesso da população à deteção precoce do VIH.	-Existência de relatório de Monitorização da informação colhida
Melhorar a eficiência do SRS na prevenção, combate e tratamento ao VIH/SIDA.	Criação de uma rede de referência para pessoas com VIH/SIDA no SRS, com a participação dos vários intervenientes.	-Proporção de pessoas seropositivas que iniciem terapia retroviral no ano
	Revisão do sistema de informação para reduzir o impacto da Sub notificação.	-Nº de novos casos de VIH
	Prestação de apoio social e psicológico às pessoas seropositivas, no sentido de usufruírem de uma vida com qualidade exercendo a sua profissão.	-N.º de casos de transmissão do VIH Mãe-Filho
	Adoção das Recomendações Portuguesas para o tratamento da infecção por VIH-1 e VIH-2.	-Porcentagem de Diagnósticos tardios efetuados (linfócitos T CD4+ inferior a 350/mm ³); -Prevalência da SIDA



Transversais a qualquer uma destas doenças de ordem infecciosa encontram-se as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (**IACS**). Estas são infeções adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

A OMS¹⁵¹ reconhece que as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento dos doentes, sendo também uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade. A DRS, nesse sentido elaborou o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção (POPCI)¹⁵² que tem como principal objetivo a identificação e redução dos riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais de saúde e visitantes, e ainda voluntários, estudantes, estagiários, funcionários de áreas de apoio e logística, entre outros, e conseqüente diminuição das taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável.

Esta área de intervenção, através da monitorização pela Rede de Observatórios de Saúde de Ilha nos Açores (ROSIAçores), pretende dar continuidade ao trabalho realizado pelas equipas das USI e do COA em articulação com as Comissões de Controlo de Infeção dos hospitais no sentido da concretização do POPCI.

¹⁵¹ WHO (2006). *World Alliance for Patient Safety*. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf. acessado a 19 de setembro de 2013.

¹⁵² Circular Normativa n.º 05 de 11-04-2012 – *Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção*.

Normas/Circulares/Orientações:

- Circular Normativa n.º 05 da DRS, de 11-04-2012 – “Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção”
- Circular Normativa n.º 11 da DRS, de 2012-10-2 – “Linhas Orientadoras para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controlo da Tuberculose na RAA”.
- Norma n.º 019/2012, de 26/12/2012 - Diagnóstico e Tratamento da Pneumonia Adquirida na Comunidade em Idade Pediátrica.
- Norma n.º 027/2012, de 27/12/2012 - Abordagem terapêutica inicial da infeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1), em adultos e adolescentes.
- Norma n.º 045/2011, de 26/12/2011 - Antibioterapia na pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes.
- Norma n.º 058/2011, de 28/12/2011 - Prescrição Laboratorial do Teste de Anticorpos Anti-Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).



5.1.7. Área de Intervenção na Prevenção de Acidentes

Enquadramento

Apesar de atualmente existirem, estratégias para a prevenção de acidentes, que já provaram ser eficazes na redução da sua incidência, os acidentes são a quarta causa de morte na Europa, fazendo destes um problema de saúde pública¹⁵³.

Segundo a Classificação Internacional das Doenças – 10.^a Edição (CID-10), ainda em fase de tradução para Português, os acidentes estão agrupados no Capítulo XIX, sob a designação de «Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas»¹⁵⁴.

Segundo as suas causas, subdividem-se em:

- 1) «Acidentes» (códigos V01-X59 da CID-10 que correspondem aos acidentes de viação, afogamentos, quedas, intoxicação, sufocação, etc;)
- 2) «Lesões autoprovocadas intencionalmente» (códigos X60-X84), «agressões» (códigos X85-Y09) e «eventos cuja intenção é indeterminada e outros» (Y10-Y98).

Os primeiros são, vulgarmente, designados por Acidentes não intencionais e os segundos por Acidentes intencionais, denominações que utilizaremos neste documento.

Nas últimas décadas, a necessidade de prevenir os acidentes e promover a segurança assumiram tal relevância, que a Organização Mundial da Saúde e a Comissão Europeia avocaram a si uma liderança ativa na sua defesa. Para isso, tiveram em conta os Relatórios^{155,156} sobre a magnitude dos acidentes intencionais e não intencionais, e a

¹⁵³ WHO (2013). *Global status report on road safety 2014*. Geneva. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2014/en/, consultado a 19 de setembro de 2013.

¹⁵⁴ Direção-Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. Disponível em <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/saudepublica/ProgramasSaude/ProgramasCurso/Lists/Programas%20Nacionais%20Prioritarios/Attachments/19/Programa%20Nacional%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes%202011%20202016.pdf>, consultado a 19 de setembro de 2013.

¹⁵⁵ Peden, M.; McGee, K. & Sharma, G. (2002). *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/924156220x.pdf>, consultado a 27 de setembro de 2014.



evidência científica sobre o potencial de prevenção que as intervenções de saúde pública possibilitam¹⁵⁷.

Em Portugal, em 2006, os acidentes, intencionais e não intencionais, foram a quinta causa de morte, representando 4,5% do total de óbitos ocorridos (4606), depois das doenças do aparelho circulatório (32%), dos tumores (22,2%) e das doenças do aparelho respiratório (11,3%).¹⁵⁸ De acordo com os elementos estatísticos do INE, em 2006, os acidentes não intencionais (2390) contribuíram, globalmente, com 2,3% para o total de óbitos ocorridos, representando, no entanto, até aos 44 anos, 16% das causas de óbitos.

Na última década, os esforços desenvolvidos por diversas instituições e organizações conduziram a uma clara melhoria nos números da sinistralidade grave, especialmente por acidentes de viação. Os acidentes e as suas consequências, são uma importante causa de morbilidade, ao longo de todo o ciclo de vida.

O documento *Health in Portugal 2007*¹⁵⁹, publicado no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia, destaca os acidentes e as suas consequências como um grave problema e uma das principais causas de morte prematura, morbilidade e incapacidade num elevado número de cidadãos.

As orientações apontam para o desenvolvimento de um Programa de Ação sobre prevenção de acidentes, em que se privilegia estratégias de abordagem intersectorial, uma intervenção preventiva, com incidência sobre *settings* prioritários e, uma prestação de cuidados otimizada numa rede de trauma e de reabilitação.

Apesar das melhorias observadas nos últimos 20 anos, os acidentes, sejam eles de viação, domésticos e de lazer ou de trabalho, continuam entre as principais causas de

¹⁵⁶ Peden, M.; Scurfield, R.; Sleet, D.; Mohan, D.; Hyder, A.; Jarawan, E. & Mathers, C. (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: World Health Organization. Disponível em www.un.org/ar/roadsafety/pdf/roadsafetyreport.pdf, consultado a 26 de setembro de 2013.

¹⁵⁷ Schopper, D.; Lormand, J. & Waxweiler, R. (eds). (2006). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf, consultado a 26 de setembro de 2013.

¹⁵⁸ Direção-Geral da Saúde (2008). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>, consultado a 7 de agosto de 2013.

¹⁵⁹ Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Health-in-Portugal.pdf>, consultado a 25 de setembro de 2013.



morte e incapacidade. As projeções da OMS para 2020 colocam os acidentes intencionais e não intencionais como a terceira causa de morte, a seguir às doenças cardiovasculares e à depressão.¹⁶⁰

Esta área de intervenção irá incidir sobre a prevenção de acidentes não intencionais nomeadamente os acidentes de viação e os acidentes de trabalho, tendo por base as metas a atingir no PRS 2014-2016.

Acidentes de viação

O Relatório Mundial sobre Prevenção dos Acidentes Rodoviários - *World report on road traffic injury prevention*¹⁶¹ foi o primeiro documento conjunto da OMS e do Banco Mundial, do qual emergiu uma grande preocupação sobre o impacto do tráfego rodoviário na saúde e no desenvolvimento. Este relatório mostra que 1,24 milhões de pessoas morreram nas estradas em todo o mundo em 2010.

Os acidentes de trânsito são um grave problema de saúde pública com impacto na vida pessoal e familiar das vítimas, nos sistemas de saúde e de proteção social, constituindo uma das principais causas de morte prematura, sobretudo em crianças, adolescentes e adultos jovens, e também uma importante causa de incapacidade¹⁶².

Múltiplos fatores contribuem para a sinistralidade rodoviária, nomeadamente, o estado das estradas, o parque automóvel, os comportamentos e a saúde dos condutores.

Da análise da estatística dos acidentes de viação, recolhidos pela Direcção-Geral de Viação e pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária verifica-se que o número

¹⁶⁰ Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (eds) (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press. Disponível em http://www.iumsp.ch/Enseignement/postgraduate/Besancon/docs/murray_burden.pdf, consultado a 1 de outubro de 2013.

¹⁶¹ Peden, M.; Scurfield, R.; Sleet, D.; Mohan, D.; Hyder, A. A.; Jarawan, E. & Mathers, C. (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: World Health Organization. Disponível em www.un.org/ar/roadsafety/pdf/roadsafetyreport.pdf, consultado a 26 de setembro de 2013.

¹⁶² WHO (2013). *Global status report on road safety 2013*. Geneva. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/, consultado a 8 de agosto de 2013.



de mortos e de feridos graves por acidente de viação tem diminuído, significativamente.

Os acidentes de viação têm várias causas, algumas bem conhecidas e documentadas. Entre elas, destaca-se o excesso de velocidade, o não cumprimento do código da estrada e o consumo de bebidas alcoólicas.

No entanto, outras causas, igualmente importantes de acidente são: o uso de determinados medicamentos, a diminuição da acuidade visual, situações de fadiga relacionadas, por exemplo, com o trabalho por turnos ou a condução com duração superior a duas horas sem descansar, na medida que diminuem as capacidades de atenção, concentração, reflexos, capacidades visuais, raciocínio e de coordenação motora¹⁶³.

Segundo a OMS, uma das razões pelas quais os acidentes de viação não recebem a resposta adequada é porque a segurança rodoviária é, frequentemente, tratada como um assunto de transportes e não de saúde pública.

Na RAA a mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor tem apresentado, genericamente, tendência decrescente, constatando-se em 2006¹⁶⁴ uma Taxa de Mortalidade Padronizada por esta causa de 11,2 por 100 000 habitantes e, em 2008¹⁶⁵, de 6,7. No entanto salienta-se os dados de 2011 relativos à mortalidade e aos anos de vida potencialmente perdidos, que se apresentam muito superiores aos dos últimos anos, como se pode observar no seguinte quadro.

¹⁶³ Portal da Saúde, disponível em

<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosauade>, consultado a 1 de outubro de 2013.

¹⁶⁴ Direção-Geral da Saúde (2008). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2006*. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010517.pdf>, consultado a 8 de agosto de 2013.

¹⁶⁵ Direção-Geral da Saúde (2010). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008*. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>, consultado a 8 de agosto de 2013.



Quadro 24. Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos (/100.000 hab.) e APVP por acidentes de trânsito com veículos a motor, antes dos 70 anos (/100.000 hab.) entre 2003 e 2011, na RAA.

Indicador	Ano								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos (/100.000 hab.)	14,8	17,2	9,8	10,5	9,9	6,8	6,5	4,7	10,1
APVP por acidentes de transporte abaixo dos 70 anos (/100.000 hab.)	556	710	457	444	376	235	186	145	439

Fonte: INE

Acidentes de Trabalho

De acordo com as definições da revisão do Código do Trabalho, Acidente de trabalho é um acontecimento inesperado e imprevisto derivado do trabalho ou com ele relacionado, do qual resulta uma lesão corporal, uma doença ou a morte, de um ou vários trabalhadores.

Relativamente aos acidentes de trabalho mortais, Portugal, apesar de acompanhar a tendência Europeia de descida, apresenta, no conjunto dos países, a maior taxa de mortalidade (3,2‰) por acidente de trabalho¹⁶⁶.

Em Portugal, os acidentes de trabalho são monitorizados pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, a partir da informação recolhida pelo Instituto de Seguros de Portugal, que valida e trata os dados constantes das participações remetidas às Companhias de Seguros, referentes ao momento de ocorrência do acidente e, dos mapas de encerramento do processo, à data do termo, ou um ano após a ocorrência do acidente.

No ano de 2006, ocorreram 237.392 acidentes de trabalho dos quais resultaram 253 mortes de trabalhadores e 173.254 dias de ausência ao trabalho.

Os acidentes de trabalho representam uma importante causa de mortalidade e incapacidade a nível global e nacional, com graves implicações económicas para os indivíduos, famílias, organizações e sociedade em geral.

¹⁶⁶ Angermann, A.; Bauer, R.; Nossek, G. & Zimmermann, N. (2007). *Injuries in the European Union (Summary 2003-2005)*. Vienna: EuroSafe. IDB. KfV. Supported by the European Commission Health and Consumer Protection (DG Sanco). Disponível em <http://www.childsafetyeurope.org/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/l3reports-1.htm>, consultado a 2 de outubro de 2013.



Em 2009¹⁶⁷, a RAA foi a Região do país que concentrou menos acidentes de trabalho (1,2%), contabilizando 2 707 ocorrências, 5 das quais mortais, essencialmente nas atividades da construção (801), indústrias transformadoras (503) e nas atividades relacionadas com o comércio por grosso e a retalho e reparação de veículos (399). Os acidentes de trabalho aconteceram principalmente no sexo masculino (2 154), com 5 casos mortais. Em 2010¹⁶⁸, ocorreram 2 580 acidentes de trabalho (769 na construção, 425 nas indústrias transformadoras e 385 nas atividades relacionadas com o comércio por grosso e a retalho e reparação de veículos), dos quais 4 foram mortais.

Muitos dos acidentes de trabalho poderiam ter sido evitados se tivesse havido uma abordagem preventiva a montante das atividades que estiveram na sua origem.

A segurança no trabalho é uma abordagem que, partindo da identificação dos perigos e da avaliação dos riscos profissionais, visa a proteção coletiva e individual, no que diz respeito à integridade física e psicológica dos trabalhadores, através da adoção de medidas de natureza técnica e organizacional.

Estas medidas no âmbito da saúde pública, implicam uma abordagem multiprofissional e intersectorial das várias entidades públicas, privadas e do sector social, bem como da sociedade civil, uma vez que constituem recursos para a própria intervenção, no âmbito da promoção da saúde e prevenção de acidentes.

No âmbito do Serviço Regional de Saúde e considerando as unidades de saúde que o compõem, a sua dimensão e o número de trabalhadores, bem como a legislação aplicável, e a reestruturação do Serviço Regional de Saúde, existe a necessidade de dotar o mesmo com recursos no âmbito da medicina do trabalho para garantir as necessidades internas.

A operacionalização da área de intervenção na prevenção de acidentes é feita do seguinte modo:

¹⁶⁷ Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012). *Acidentes de trabalho - 2009. Gabinete de Estratégia e Planeamento*. Disponível em <http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2009.pdf>, consultado a 8 de agosto de 2013.

¹⁶⁸ Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012). *Acidentes de trabalho - 2010. Gabinete de Estratégia e Planeamento*. Disponível em <http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2010.pdf>, consultado a 8 de agosto de 2013.



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Diminuir a mortalidade e incapacidade por acidentes de viação.	Realização de ações de sensibilização para a segurança rodoviária que contribuam para a redução dos fatores de risco de acidentes de viação, nomeadamente condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, uso do telemóvel e transporte de crianças. Estas ações devem ser feitas ao longo do ciclo vital, sendo desenvolvidas pelas equipas de saúde escolar na infância, na idade adulta e nos idosos, bem como nas pessoas com deficiência pelas equipas de enfermagem das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Polícia de Segurança Pública (PSP).	-Taxa de mortalidade por acidentes rodoviários. -Taxa de incapacidade por acidentes rodoviários.
Diminuir a mortalidade e incapacidade por acidentes de trabalho.	Promoção da sensibilização e formação dos trabalhadores para a segurança e a saúde no trabalho. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas unidades de saúde pública de cada CS/USI, em articulação com os serviços de saúde ocupacional das organizações. Sensibilização das empresas para a adoção de normas específicas relacionadas com a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, inerentes às atividades desenvolvidas e aos postos de trabalho, em articulação com entidades públicas regionais com competência na área de regulação do trabalho.	-Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos. -Taxa de mortalidade por acidentes laborais. -Taxa de incapacidade por acidentes laborais. -Nº de sessões/ações de sensibilização efetuadas no âmbito da prevenção de acidentes.
Promover a capacitação de profissionais de saúde, na atuação na prevenção de acidentes e na organização de Gabinetes de Saúde Ocupacional no âmbito do SRS.	Identificação das necessidades de formação dos profissionais de saúde do SRS na área da prevenção de acidentes e em saúde e higiene do trabalho, através dos núcleos de formação profissional de cada CS/USI. Promoção da realização de formação dos profissionais de saúde do SRS na área da prevenção de acidentes por um especialista em medicina do trabalho e ou por um Técnico ou Técnico Superior de Segurança e Higiene do Trabalho. Promoção da cultura da Segurança e Higiene do Trabalho no âmbito do Serviço Regional de Saúde. Divulgação dos projetos de boas práticas desenvolvidos e/ou apoiados pela OMS e pela CE, nomeadamente, os produtos dos projetos EMIP, adRisk, APOLLO e EuroSafe.	-Nº de profissionais de saúde com formação na área da prevenção de acidentes. -Nº de Unidades de Saúde com Gabinete de Saúde Ocupacional implementado.

Documentos de interesse:

- Direção-Geral da Saúde (2008). Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2006. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010517.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2010) *Programa Nacional para a Prevenção de Acidentes 2010-2016*. Disponível em <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/saudepublica/ProgramasSaude/ProgramasCurso/Lists/Programas%20Nacionais%20Prioritrios/Attachments/19/Programa%20Nacional%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes%202011%20%202016.pdf>.
- WHO (2013). *Global status report on road safety 2013*. Geneva. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/.

5.1.8. Área de Intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹⁶⁹ o envelhecimento global do século XXI causará um aumento significativo da procura de respostas sociais e económicas em todo o mundo.

A população residente nos Açores tem vindo efetivamente a envelhecer ao longo dos anos. O envelhecimento da população começa a ser uma realidade que merece reflexão.

Considerando que, i) a promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade¹⁷⁰; ii) está, de facto, provada a eficácia da prevenção dos fatores de risco comuns a várias patologias de evolução prolongada¹⁷¹ (doenças crónicas); iii) os determinantes comportamentais de um envelhecimento ativo ao longo da vida, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado são fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos¹⁷²; iv) considerando que nunca é tarde demais, quando se é mais idoso, para se alterar o modo como se vive; v) em Portugal, as principais causas de mortalidade a partir dos 64 anos, tanto para homens como para mulheres, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos¹⁷³, preconiza-se a definição de ações que visem um envelhecimento mais saudável, englobadas na Área de Intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo, a qual encontra-se interdependente das ações nas Áreas Intervenção da Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas, Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares, Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas e restantes

¹⁶⁹ WHO (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster Noncommunicable, Disease Prevention and Health Promotion Department, Ageing and Life Course. Madrid: World Health Organization.

¹⁷⁰ Circular Normativa nº 13 de 02/07/2004 da DGS - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

¹⁷¹ *Ibidem*

¹⁷² *Ibidem*

¹⁷³ *Ibidem*



plano regional de
SAÚDE AÇORES



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

áreas de intervenção da Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco.

População Alvo - População residente com 65 e mais anos.

A operacionalização desta área é feita do seguinte modo:



Objetivo	Ações a desenvolver	Indicadores da Área de Intervenção
Capacitar as pessoas idosas/ famílias/ cuidadores no sentido da promoção do envelhecimento ativo	<p>Informação e formação às pessoas idosas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Atividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar;b) Estimulação das funções cognitivas;c) Gestão do ritmo sono-vigília;d) Nutrição, hidratação, alimentação e eliminação;e) Manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase de reforma;f) Importância da realização do exame Periódico de Saúde;g) Detecção e eliminação de barreiras arquitetónicas;h) Prevenção de acidentes domésticos e de lazer;i) Utilização, em segurança, dos transportes rodoviários. <p>Informação e formação às famílias das pessoas idosas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Utilização correta dos recursos necessários à saúde;b) Abordagem das situações mais frequentes de dependência;c) Abordagem das situações demenciais;d) Abordagem da incontinência;e) Promoção e recuperação da saúde oral;f) Prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação;g) Prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência;h) Prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários;i) Detecção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas;	<p>-Nº de formações realizadas aos diferentes grupos (idosos, familiares e cuidadores);</p> <p>-Proporção de pessoas idosas internadas por acidentes;</p> <p>-Proporção de pessoas idosas que consideram o seu estado de saúde bom ou muito bom.</p>



	<p>Informação e formação aos cuidadores das pessoas idosas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Tipos e adequação de ajudas técnicas;b) Abordagem da patologia incapacitante mais frequente nas pessoas idosas;c) Melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos;d) Adequação da prescrição medicamentosa às pessoas idosas;e) Abordagem da fase final de vida;f) Abordagem do luto;g) Programação, organização, prestação e avaliação de cuidados de saúde no domicílio;h) Prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários;b) Detecção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas	
--	---	--

Normas/Circulares/Orientações:

- Circular Normativa nº 13 de 02/07/2004 da DGS - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

Documentos de interesse:

- WHO (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster Noncommunicable, Disease Prevention and Health Promotion Department, Ageing and Life Course. Madrid: World Health Organization.
- WHO (2002). *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.

5.2. Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas

5.2.1. Área de Intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes *Mellitus*

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença metabólica crónica, caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue, que carece de cuidados médicos de continuidade. Está associada a um risco acrescido de complicações oftalmológicas, renais, cardíacas, neuropáticas ou vasculares. A prevalência da doença aumenta com a idade, para ambos os sexos, e o risco estimado de DM, ao longo da vida dos cidadãos europeus, é de 30 a 40%¹⁷⁴.

O relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes¹⁷⁵ revelou que, em 2012, 371 milhões de pessoas sofriam de DM, correspondendo a 8,3% da população mundial, estimando-se que, em 2030, este número ascenda a 552 milhões, o que representará um aumento de 49%.

No que respeita ao nosso país, a mesma fonte salienta que Portugal se posiciona entre os países Europeus que registam uma mais elevada taxa de prevalência de DM. Em 2011, a prevalência desta patologia foi de 12,7%, entre a população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, constatando-se que em 56% dos indivíduos a doença estava diagnosticada e que, em 44%, ainda não tinha sido diagnosticada. Na RAA, estima-se, em 2012, uma prevalência de DM de cerca de 7% (DRS/DEPD).

Dados disponibilizados pelo INE, relativos ao período 2009 - 2011, revelam que, na RAA, as Taxas de APVP por diabetes (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos) e as TMP (/100 000 hab. abaixo dos 65 anos) são significativamente superiores às constatadas a nível nacional (Quadro 25).

¹⁷⁴ Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf, consultado a 13 de Setembro de 2013.

¹⁷⁵ Gardete-Correia, L. et al (2012). *Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em http://www.portugal.gov.pt/media/871173/20140219_relatorioanualdiabetes_2012.pdf, consultado a 13 de setembro de 2013.

Quadro 25. Taxas de Anos de Potenciais de Vida Perdidos, até aos 70 anos (/100000 hab.), e Taxas de Mortalidade Padronizadas abaixo dos 65 anos (/100000 hab.), por Diabetes *Mellitus* entre 2009 e 2011, na RAA e em Portugal.

Região	Diabetes <i>mellitus</i>					
	Taxas de APVP até aos 70 anos (/100000 hab.)			TMP abaixo dos 65 anos (/100000 hab.)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
RAA	98,5	72,6	91,4	6,7	6,8	9,5
Portugal	61,6	59,0	58,1	3,6	3,5	3,6

Fonte: INE.

Apesar dos muitos avanços técnicos e científicos verificados na luta contra a DM¹⁷⁶, esta patologia assume uma prevalência cada vez mais significativa, com elevados consumos em cuidados de saúde, pesada em termos de complicações e respetiva gravidade e de custos financeiros diretos e indiretos muito altos¹⁷⁷. O aumento da prevalência de DM é atribuído às rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas, com a adoção de estilos de vida de risco, nomeadamente no que respeita hábitos alimentares incorretos e diminuição da atividade física, bem como ao aumento da esperança de vida¹⁷⁸.

População Alvo

A intervenção nesta área é dirigida à população em geral, sobretudo no que diz respeito à promoção da Saúde e prevenção de comportamentos de risco. No entanto assume-se, como população alvo preferencial, as pessoas com diabetes, com e sem complicações da doença, as mulheres grávidas e a população com risco acrescido de desenvolvimento de diabetes.

Consideram-se com risco acrescido de desenvolvimento de diabetes as pessoas com:

- Excesso de peso (IMC \geq 25) e Obesidade (IMC \geq 30);
- Obesidade central ou visceral, H \geq 94 cm e M \geq 80 cm de perímetro abdominal;
- Idade \geq 45 anos se europeus e \geq 35 anos se de outra origem/Região do mundo;
- Vida sedentária (prática de atividade física em menos de 30 minutos por dia);

¹⁷⁶ Direção-Geral da Saúde (2013). Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* tipo 2. Informação 001/2013, de 19 de fevereiro. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PAIDiabetes2.pdf>, consultado a 13 de Setembro de 2013.

¹⁷⁷ Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf, consultado a 13 de Setembro de 2013.

¹⁷⁸ Wild, S.; Roglic, G.; Green, A.; Sicree, A. & King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.



- e) História familiar de diabetes, em primeiro grau;
- f) Diabetes gestacional prévia;
- g) Existência de outras condições habitualmente associadas à diabetes tipo 2 como a hipertensão arterial ou a dislipidemia;
- h) História de doença cardiovascular prévia: doença cardíaca isquémica, doença cerebrovascular e doença arterial periférica;
- i) Anomalia da glicemia em jejum e tolerância diminuída à glicose, prévias;
- j) Consumo de fármacos que predisponha à diabetes.

Ações a desenvolver

As ações a desenvolver nesta área de intervenção assentam na qualidade da prestação dos cuidados à pessoa com diabetes aos diferentes níveis: *i)* prevenção primária da diabetes, através da atuação nos fatores de risco conhecidos e modificáveis da etiologia da doença; *ii)* prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade e *iii)* prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes. Pretende-se, desta forma, a melhoria da capacidade organizativa, a introdução de modelos de boas práticas e a gestão por processos, aos três níveis de prevenção e nas várias tipologias de unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Neste contexto, na Área de Intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes, pretende-se:

1. Implementar programas de intervenção comunitária, destinados à população em geral, visando a prevenção primária de diabetes em colaboração, nomeadamente, com as Autarquias, as escolas e a sociedade em geral;
2. Divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e os seus fatores de risco;
3. Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, através da aplicação da “Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2¹⁷⁹”, que deverá ser incluída nos sistemas de informação e registo dos cuidados;
4. Rastrear pessoas no sentido da deteção precoce da diabetes, entre os grupos de risco acrescido de desenvolvimento da doença;
5. Colaborar na elaboração e divulgar normas e orientações no âmbito da diabetes;

¹⁷⁹ Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013278.pdf>.



6. Promover a avaliação da qualidade clínica do seguimento da pessoa com diabetes nos diferentes níveis da prestação de cuidados de saúde - cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e nos cuidados continuados integrados;
7. Participar na definição das metas subjacentes à contratualização nos diferentes níveis de prestação de cuidados;
8. Promover, junto à comunidade educativa, ações sobre cuidados a prestar a crianças e jovens com diabetes tipo 1 ou tipo 2;
9. Adaptar o Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* tipo 2 para implementação nas US da RAA.
10. Garantir o acesso das pessoas com diabetes aos níveis de cuidados adequados à sua situação, numa perspetiva, sempre que possível, preventiva e de bem-estar bio-psico-social, e a continuidade desses cuidados através dos diferentes níveis de prestadores de cuidados do sistema de saúde, numa visão de gestão integrada da diabetes;
11. Registrar a atividade assistencial, em processo clínico, de forma a garantir a produção de indicadores epidemiológicos, de processo e de qualidade assistencial.

Tendo em consideração as estratégias enunciadas e as orientações do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020, consideram-se dois grandes objetivos para a presente área de intervenção:

- Reduzir a incidência da diabetes.
- Reduzir a incidência das complicações micro e macro vasculares da diabetes e assim a morbidade e a mortalidade por esta patologia.



Objetivo	Ações a desenvolver	Indicadores da área da intervenção
Reduzir a incidência da diabetes.	Dinamização da comemoração dos dias Mundiais e Nacionais da alimentação, do exercício físico, da obesidade e da diabetes.	-Nº de dias internacionais e nacionais comemorados
	Divulgação, à população em geral, de informação sobre a diabetes e os seus fatores de risco, tendo em vista a adoção de estilos de vida saudável.	-Proporção de pessoas com idade igual ou superior a 14 anos com IMC \geq 25 -Proporção de pessoas com idade igual ou superior a 14 anos que praticam exercício físico regular com duração igual ou superior a 30 minutos
	Monitorização da Prevalência da Diabetes, das suas complicações e a respetiva evolução.	-Prevalência da diabetes tipo 1 -Prevalência da diabetes tipo 2 -Prevalência da diabetes tipo 1 e 2
	Realização do Diagnóstico precoce de diabetes (desenvolvimento de eventuais parcerias ex.: com farmácias/farmacêuticos)	-Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes
	Realização do Diagnóstico precoce da diabetes gestacional (Norma 007/2011 da DGS, de 31/01/2011 - Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional).	-Proporção de pessoas com DM 2 com pelo menos 1 úlcera do pé -Proporção de pessoas com DM 2 em tratamento de diálise -Proporção de pessoas com DM 2 com registo de amputações no ano -Proporção de pessoas com DM 2 com diagnóstico de EAM -Proporção de pessoas com DM 2 com diagnóstico de AVC
	Definição do grau de risco de diabetes em 10 anos, dos utentes do SRS, através de questionário de risco.	-Proporção de internamentos por diabetes -Proporção de dias de internamento por diabetes
Reduzir a incidência das complicações micro e macro-vasculares da diabetes e assim a morbilidade e a mortalidade por diabetes.	Implementação da consulta transdisciplinar de diabetes dos CS/USI da RAA.	-Existência de relatório anual de Monitorização -Incidência da diabetes tipo 1 -Incidência da diabetes tipo 2 -Incidência da diabetes tipo 1 e 2
	Implementação do rastreio sistemático da retinopatia diabética, das pessoas com diabetes.	-Nº de pessoas com diabetes registadas nos Cuidados de Saúde Primários -Prevalência da diabetes gestacional
	Realização da avaliação do risco de pé diabético das pessoas com diabetes.	-Proporção de grávidas com DG referenciadas ao Hospital -Proporção de utentes do SRS com risco de diabetes em 10 anos determinado. -Proporção de CS/USI com consulta transdisciplinar de diabetes
	Realização do rastreio sistemático da nefropatia diabética a das pessoas com diabetes (desenvolvimento de eventuais parcerias ex.: com farmácias/farmacêuticos).	-Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com compromisso de vigilância -Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos uma referência para oftalmologia ou pelo menos um registo de realização de um exame à retina, no último ano
	Realização do rastreio da doença arterial obstrutiva periférica (Doppler arterial)	-Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registados no ano
	Redução do número de episódios de internamento hospitalar diretamente relacionados com a descompensação da diabetes.	-Proporção de utentes com diabetes com microalbuminúria no último ano (taxa de excreção urinária de albuminúria $>20 \mu\text{g}/\text{min}$ ou $30\text{mg}/20\text{h}$)
	Redução da mortalidade intra hospitalar das pessoas com diabetes.	-Proporção de pessoas com DM 2 vigiadas com pelo menos um registo de



	<p>Implementação do Processo Assistencial Integrado para a Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 nas US RAA.</p> <p>Sustentação da atividade assistencial em normas de prática clínica, tendo em vista o controlo metabólico.</p>	<p>internamento</p> <ul style="list-style-type: none">-Mortalidade intra-hospitalar por diabetes-Nº de US da RAA em que tenha sido implementado PAI-DM2 (2016)-Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado-Proporção de pessoas com DM 2 com IMC \leq 24,9-Proporção de pessoas com DM 2 com IMC entre 25,0 a 29,9-Proporção de pessoas com DM 2 com IMC \geq 30,0-Proporção de pessoas com DM 2 fumadoras de $>$ 1 cigarro-Proporção de pessoas com DM 2 com TAS $>$130 e ou TAD $>$80-Proporção de pessoas com DM 2 com LDL $>$ 100mg/dl-Proporção de pessoas com DM 2 com HbA1c $<$ 7-Proporção de pessoas com DM 2 com HbA1c 7,1 a 7,9-Proporção de pessoas com DM 2 com HbA1c $>$ 8-Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres-Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre-Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c $<$ 8%-Proporção de utentes com diabetes, com idade inferior a 65 anos, com o último registo de HgbA1c $<$ 6,5%-Proporção de pessoas com diabetes fumadoras de \geq 1 cigarro-Proporção de pessoas com DM 2 com prescrição de metformina-Proporção de utentes com diabetes tipo 2, em terapêutica com insulina-Proporção de pessoas com DM 2 com aplicação de Vacina contra a gripe no ano-Proporção de pessoas com DM 2 com a Vacina Pneumocócica atualizada-Proporção de pessoas com DM 2 que pratiquem exercício físico regular-Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem e registo de gestão do regime terapêutico no último ano-Proporção de utentes com diabetes, com consulta enfermagem de vigilância em diabetes no último ano
--	---	---

Normas/Circulares/Orientações:

- Norma nº 052/2011, da DGS, de 27/12/2011 atualizada a 10/12/2013 - Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes tipo 2.
- Norma nº 025/2011 de 29/09/2011 atualizada a 10/12/2013 - Insulinoterapia na Diabetes *Mellitus* tipo 2.
- Circular Normativa n.º 9/2008, de 21 de Abril - Utilização do Guia da Pessoa com Diabetes.
- Circular Normativa n.º 14/2001, de 07 de Maio - Normas de utilização do Guia do Diabético.
- Circular Normativa nº 13 e 14/2000, de 06 de Novembro - Torna o Guia do Diabético obrigatório.
- Circular Normativa n.º 05/PNPCD de 22/03/2010 - Pé Diabético.
- Circular Normativa n.º 09/DGCG de 04/07/2002 - Atualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes *Mellitus*.
- Circular Normativa n.º 13/DGCG de 07/09/2001 - Diagnóstico Sistemático da Nefropatia Diabética.
- Circular Normativa n.º 14/DGCG de 12/12/2000 - Educação Terapêutica na Diabetes *Mellitus*.
- Circular Normativa n.º 04/DGCG de 01/04/1999 - Retificação - Circular Normativa n.º 01/DGCG de 09/03/1999 - Avaliação de Qualidade da Prestação de Cuidados de Saúde ao Diabético – DiabCare.
- Circular Normativa n.º 08/DGCG de 04/11/1998 - Diabetes e Gravidez.
- Circular Normativa n.º 07/DGCG de 04/11/1998 - Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética.
- Despacho Normativo n.º 337/98, de 17 de Dezembro de 1998 - Aprova e torna obrigatório o Guia do Diabético, na RAA (Declaração de Retificação Nº 44/1998 de 24 de Dezembro).
- Informação da Direção-Geral da Saúde n.º 001/2013, de 19/02/2013 - Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* tipo 2.



- Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 033/2011 de 30/09/2011 - Prescrição e determinação da Hemoglobina glicada A1c.
- Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 025/2011 de 29/09/2011 - Insulinoterapia na Diabetes *Mellitus* tipo 2.
- Norma da Direcção-Geral da Saúde n.º 008/2011 de 31/01/2011 - Diagnóstico Sistemático da Nefropatia Diabética.
- Norma da Direcção-Geral da Saúde n.º 007/2011 de 31/01/2011 - Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional.
- Norma da Direcção-Geral da Saúde n.º 006/2011 de 27/10/2011 - Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética.
- Norma da Direcção-Geral da Saúde Nº 005/2011 de 21/01/2011 - Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético.
- Norma da Direcção-Geral da Saúde n.º 002/2011 de 14/01/2011 - Diagnóstico e Classificação da Diabetes *Mellitus*.
- Norma da Direcção-Geral da Saúde n.º 001/2011 de 07/01/2011 - Terapêutica da Diabetes *Mellitus* tipo 2: metformina.
- Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 002/2013, de 18/02/2013 - Processos Assistenciais Integrados.
- Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 003/2012 - Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar.
- Orientação da Direcção-Geral da Saúde n.º 005/2011 de 31/01/2011 - Prevenção e Avaliação da Nefropatia Diabética.
- Orientação da Direcção-Geral da Saúde n.º 003/2011 de 21/01/2011 - Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético.
- Portaria nº 52/2008, de 7 de Julho - Aplica o disposto na Portaria nº 253-A/2008, de 4 de Abril, dos Ministérios da Economia e da Saúde à RAA.
- Resolução do Conselho do Governo n.º 37/2009, de 2 de Março.- Projeto para prevenção e tratamento da obesidade infantil na RAA.



Documentos de interesse:

- INE, I. P./INSA, I. P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. INE: Lisboa.
Disponível em
http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf.
- Maia, J. A. R. & Lopes, V. P. (2004). *Estabilidade e mudança no crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens açorianos*. Direção Regional da Educação Física e Desporto, Direção Regional da Ciência e Tecnologia, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-em-portugues/>.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para a Diabetes – Orientações Programáticas. Disponível em www.dgs.pt.
- Plataforma Contra a Obesidade (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>).
- Santos, R. & Mota, J. (2005). *Atividade física habitual na população adulta na RAA*. Direção Regional da Educação Física e Desporto, Direção Regional da Ciência e Tecnologia, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Direção Regional da Saúde (2009). *Plano Regional de Saúde 2009-2012*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/02/PRSAÇORES.pdf>.
- Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta Contra a Obesidade 2009-2012. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/393614/PRSCDLCO04_12_20091.pdf.



5.2.2. Área de Intervenção na Obesidade

A obesidade é uma doença crónica, com grande prevalência nos países desenvolvidos, constituindo a segunda causa de morte evitável, suscetível de prevenção. Constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública, exigindo assim uma estratégia concertada, incluindo a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de uma vida mais ativa^{180, 181}.

Neste contexto, é importante definir um programa que determina um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos, tendo como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável, e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias.

A nível europeu, a alimentação e a nutrição voltaram a ser considerados elementos chave na definição dos objetivos, estratégias e recomendações presentes em diversos documentos tanto da World Health Organization (WHO), como da European Commission (EC). Neste sentido, em 2013, a WHO desenvolveu um plano de ação global para as doenças crónicas – *WHO 2013-2020 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases*¹⁸², no qual a alimentação inadequada foi apresentada com um dos quatro principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes. De acordo com a declaração da *First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control*¹⁸³, a promoção de uma alimentação saudável, através da redução do consumo de gordura saturada, de gordura tipo trans, de sal e de açúcar, aumentando o consumo de fruta e hortícolas, merece particular atenção.

¹⁸⁰ WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO technical report series; 894. Geneva. Disponível em http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf, consultado a 27 de Setembro de 2013.

¹⁸¹ WHO (2003). *Obesity and overweight*. Disponível em consultado a 27 de setembro de 2014. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf>, consultado a 27 de Setembro de 2013.

¹⁸² WHO (2013). *2013-2020 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Disponível em http://www.who.int/nmh/events/2013/revised_draft_ncd_action_plan.pdf, consultado a 27 de setembro de 2013.

¹⁸³ WHO (2011). *First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control*. Moscow. Disponível em http://www.who.int/nmh/publications/who_bestbuys_to_prevent_ncds.pdf, consultado a 27 de setembro de 2013.



A Área de Intervenção na Obesidade deve, assim, ser implementada numa ótica de transversalidade e complementaridade com as restantes Áreas de Intervenção da Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas, interligando-se ainda com as intervenções delineadas na Estratégia Regional de Combate às Doenças Cerebrocardiovasculares e com as Áreas de Intervenção de Promoção da Saúde em Contexto Escolar e na Saúde Infantojuvenil, integrantes da Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco, visando prevenir o excesso de peso e a obesidade em todos os grupos etários da população.

Para fazer face a esta problemática a presente área de intervenção vai incidir em dois eixos fundamentais: *i)* na promoção de uma alimentação saudável, através da redução do consumo de gordura saturada, de gordura tipo *trans*, de sal e de açúcar, promovendo o aumento do consumo de fruta e hortícolas, e, face à grave carência de iodo verificada no recente estudo nacional¹⁸⁴ em que a RAA participou, quer em grávidas quer nas crianças em contexto escolar, fomentar a inclusão na dieta de alimentos ricos neste elemento essencial, e *ii)* na diminuição dos níveis de sedentarismo da população.

A operacionalização desta Área de Intervenção é feita do seguinte modo:

¹⁸⁴ Limbert et al. (2012). Aporte do iodo nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 7 (2), 2-7.



Objetivos gerais	Objetivos específicos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Prevenir o excesso de peso¹⁸⁵ e a obesidade¹⁸⁶ em todos os grupos etários da população.	Melhorar o estado nutricional da população da RAA através da redução do consumo de gordura saturada, de gordura tipo <i>trans</i> , de sal e de açúcar e através do aumento do consumo de fruta e hortícolas e de ingestão de iodo.	Dinamização da comemoração dos dias Mundiais e Nacionais da alimentação, do exercício físico e da obesidade.	-Proporção de indivíduos com excesso de peso e obesidade na RAA -Proporção de consultas realizadas, por grupo profissional, em que foram realizadas educação para a saúde sobre alimentação saudável
		Intensificação de campanhas de informação dirigidas à população em geral sobre os benefícios do Exame Periódico de Saúde.	-Proporção de consultas realizadas, por grupo profissional, em que foram realizadas educação para a saúde sobre atividade física
		Informação à população em geral sobre os benefícios da prática de atividade física.	-Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos, nos últimos 3 anos
		Informação à população sobre os malefícios do excesso ponderal, das vantagens de uma alimentação e nutrição adequadas e promotoras de saúde, necessariamente acompanhadas da redução do consumo de álcool.	-Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo, nos últimos 3 anos
Reduzir a proporção de indivíduos com IMC entre 25 e 30 e de indivíduos com IMC ≥ 30.	Diminuir os níveis de sedentarismo da população da RAA.	Modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e vendas nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho e incentivando a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos (articulação equipas de saúde escolar).	-Proporção de pessoas com consumo diário de gordura animal -Proporção de pessoas com consumo diário de açúcares -Proporção de pessoas com consumo diário de alimentos fritos -Proporção de pessoas com consumo diário de alimentos pré-cozinhados -Proporção de pessoas com consumo diário de sal -Proporção de pessoas com consumo diário de legumes -Proporção de pessoas com consumo diário de sopa -Proporção de pessoas com consumo diário de fruta -Proporção de pessoas que dedica menos de 30 minutos à atividade física -Proporção de pessoas que passa, diariamente, pelo menos 3h sentado ou deitado acordado
		Contribuição para a ingestão apropriada de iodo através de alimentos que habitualmente, são fontes de iodo, em particular: pescado, leguminosas e hortícolas e, ainda, leite e outros produtos lácteos. Recomenda-se, também, a substituição do sal comum por sal iodado. (consultar área de intervenção na saúde materno-infantil e saúde escolar).	-Nº de unidades de Saúde com Consulta organizada de Obesidade -Nº de consultas realizadas nos Hospitais relacionadas com a Obesidade -Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registados, no último ano -Proporção de crianças com 7 anos, com peso e altura registados, no intervalo [5; 7 [anos -Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados, no intervalo [11;14 [anos -Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com registo de IMC -Nº de rastreios realizados -Proporção de população abrangida pelos rastreios -Nº de casos de excesso de peso/obesidade identificados -Nº de encaminhamentos efetuados

¹⁸⁵ A OMS considera que há excesso de peso quando o IMC é \geq a 25 - The World Health Report 2000. *Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic* Geneva, 2000

¹⁸⁶ A OMS considera que há obesidade quando o IMC é \geq 30 - The World Health Report 2000. *Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic* Geneva, 2000



Diagnosticar precocemente situação de excesso de peso/obesidade para retardar o início das suas complicações.	Desenvolver, em todos os Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha, equipas transdisciplinares que incluam, entre outros, médicos, nutricionistas ou dietistas e enfermeiros.	-Nº de educações para a saúde sobre atividade física -Nº de educações para a saúde sobre alimentação saudável -Nº de dias internacionais e nacionais comemorados
	Desenvolvimento, em todos os Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha, de equipas transdisciplinares que incluam, entre outros, médicos, nutricionistas ou dietistas e enfermeiros.	
	Disponibilização de Manuais de Boas Práticas e orientações técnicas, para apoio à atividade assistencial dos prestadores de cuidados de saúde.	
	Promoção de rastreios de obesidade e respetivo encaminhamento para equipa de saúde dos casos identificados (desenvolvimento de eventuais parcerias ex.: com farmácias/farmacêuticos).	



Normas/Circulares/Orientações:

- Circular Normativa n.º: 03/DGCG, de 17/03/05 - Programa Nacional de Combate à Obesidade.
- Orientação n.º 028/2012, de 31/12/2012 - Boas práticas na abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia bariátrica.

Documentos de interesse:

- ACSS, I. P. (2012). *Referenciais de competências e de formação para o domínio da Obesidade – Formação contínua*. Lisboa. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/OBESIDADE.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Documento publicado em www.dgs.pt.
- Direção Regional da Saúde (2009). *Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta Contra a Obesidade 2009-2012*.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000. Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva.
- Direção-Geral da Saúde/ *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2013)*. Portugal – Alimentação Saudável em números – 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-2013.aspx>.
- Graça, P. (2013). *Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-para-a-reducao-do-consumo-de-sal-na-alimentacao-em-portugal-relatorio.aspx>.
- Gregório, M. J.; Santos, M. C. T.; Ferreira, S. & Graça, P. (2012). *Alimentação Inteligente - coma melhor, poupe mais*. Direção-Geral da Saúde/Edenred Portugal: Lisboa. Disponível em http://goprod.dgs.pt/ResourcesUser/manual_alimentacao_inteligente.pdf.



- Barros, R.; Moreira, P.; Moreira, A. & Almeida, M. M. (2012). *Alergias alimentares*. Direção-Geral da Educação/ Direção-Geral da Saúde: Lisboa. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alergias-alimentares.aspx>.
- WHO (2010). *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. Geneva. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/en/index.html>.



5.2.3. Área de Intervenção na Hipertensão

A HTA, como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica¹⁸⁷.

Apesar da deteção precoce da HTA ser fundamental para o seu controle, existe um conjunto de medidas não só preventivas¹⁸⁸, mas também terapêuticas (não farmacológicas) de extrema importância, que devem ser desenvolvidas no âmbito das intervenções de combate à HTA e às suas consequências, de entre as quais se destacam:

- i) a redução do conteúdo de sal na alimentação;
- ii) uma dieta equilibrada e combate à obesidade;
- iii) a prática regular de exercício físico e combate ao sedentarismo;
- iv) a cessação tabágica;
- v) o consumo moderado de álcool.

Esta Área de Intervenção é transversal às Áreas de Intervenção na Obesidade, nas Dependências, na Diabetes *Mellitus* e à Estratégia Regional de Combate às Doenças Cerebrocardiovasculares (AVC e EAM). Assenta em duas linhas fundamentais: a prevenção da HTA e a vigilância/tratamento dos utentes diagnosticados com HTA.

A operacionalização desta área é feita do seguinte modo:

¹⁸⁷ Norma 020/2011 da DGS, de 28/09/2011 atualizada a 19/03/2013 - Hipertensão Arterial: definição e classificação.

¹⁸⁸ Ferreira, R. C. (2013). *Hipertensão arterial: uma ameaça silenciosa*. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+im+prensa/ameaca+silenciosa.htm>, consultado a 10 de setembro de 2013.



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Diminuir a incidência da HTA	Dinamização da comemoração dos dias Mundiais e Nacionais da alimentação, do exercício físico, obesidade e da Hipertensão.	-Proporção de indivíduos com Hipertensão Arterial
	Intensificação de campanhas de informação dirigidas à população em geral sobre os benefícios do Exame Periódico de Saúde.	-Proporção de consultas realizadas, por grupo profissional, em que foram realizadas educação para a saúde sobre alimentação saudável
	Informação à população em geral sobre os benefícios da prática de atividade física.	-Proporção de consultas realizadas, por grupo profissional, em que foram realizadas educação para a saúde sobre atividade física
	Informação à população sobre os malefícios do excesso ponderal, das vantagens de uma alimentação e nutrição adequadas e promotoras de saúde, necessariamente acompanhadas da redução do consumo de álcool.	-Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos, nos últimos 3 anos
	Modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho e incentivando a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos (articulação com equipas de saúde escolar).	-Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos
	Informação sobre os malefícios do uso do tabaco a população jovem e adulta, reforçando a componente antitabágica nas escolas ¹⁸⁹ e nos locais de trabalho (consultar Área de Intervenção de Prevenção das Doenças Oncológicas, Área de Intervenção na Promoção de Saúde em Contexto Escolar e Área de Intervenção nas Dependências), de forma a conseguir, não apenas diminuir a incidência de novos fumadores, como aumentar a incidência de ex-fumadores.	-Proporção de consultas realizadas, por grupo profissional, em que foram realizadas educação para a saúde sobre hipertensão, fatores de risco e prevenção
	Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabituação tabágica.	-Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família
	Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de	-Proporção de consultas de enfermagem realizadas no âmbito da HTA

¹⁸⁹ De acordo com o eixo estratégico do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo: Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens



	referência para desabitação tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.	de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano
	Obtenção de dados epidemiológicos da RAA, através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.	-Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg
Fomentar o diagnóstico precoce de hipertensos¹⁹⁰ e promover o seu acompanhamento¹⁹¹.	Promoção de rastreios de Hipertensão e respetivo encaminhamento para equipa de saúde dos casos identificados (desenvolvimento de eventuais parcerias ex.: com farmácias/farmacêuticos).	-Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular, nem diabetes, nem doença renal crónica), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos
	Seguimento da pessoa com hipertensão.	-Nº de rastreios realizados -População abrangida pelos rastreios -Nº hipertensos identificados através dos rastreios -Nº de encaminhamentos efetuados -Nº de educações para a saúde sobre atividade física -Nº de educações para a saúde sobre alimentação saudável -Nº de educações para a saúde sobre consumo de tabaco -Nº de dias internacionais e nacionais comemorados

¹⁹⁰ Consultar Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013 - Hipertensão Arterial: definição e classificação

¹⁹¹ Consultar Norma nº 026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013 - Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial



Normas/Circulares/Orientações:

- Circular Normativa n.º: 03/DSPCS de 06/02/06 - Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.
- Norma n.º 020/2011 de 28/09/2011 atualizada a 19/03/2013 - Hipertensão Arterial: definição e classificação.
- Norma n.º 026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013 - Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial.
- Orientação n.º 007/2013 de 03/07/2013 - Orientações para a implementação de iniciativas de prevenção e controlo do tabagismo de âmbito populacional.

Documentos de interesse:

- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – Orientações Programáticas - Documento publicado em <http://www.dgs.pt> a 05/09/2012.
- Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro – Cardiovasculares 2009-2012.
- WHO (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic - 2013*. Disponível em http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/index.html.
- WHO (2013). *A global brief on Hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Geneva. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.

5.2.4. Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não Infeciosas

As doenças do aparelho respiratório representam uma das principais causas de doença crónica, com forte impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida das populações, com graves consequências socioeconómicas¹⁹².

Patologias respiratórias, como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)¹⁹³, a qual engloba a Bronquite Crónica e o Enfisema Pulmonar, são doenças crónicas cuja tendência é aumentar, nas próximas décadas, devido a fatores como o fumo de tabaco, a poluição atmosférica e as alterações climáticas¹⁹⁴.

O 4º INS (2005/2006) apurou na RAA uma prevalência superior ao restante país de asma, enfisema e bronquite crónica¹⁹⁵.

Pretende-se, através das ações preconizadas para esta Área de Intervenção, promover a capacidade de diagnóstico precoce e controlo da Asma e reduzir a incidência de DPOC, diminuindo a necessidade de recurso aos serviços de urgência e o número de internamentos por estas patologias, contribuindo para a melhoria do estado de saúde e para a funcionalidade das pessoas afetadas.

A operacionalização desta área é feita do seguinte modo:

¹⁹² OMS/DGS (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas – Uma abordagem integral*. Tradução e Edição Portuguesa: DGS. Disponível em http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf, consultado a 2 de outubro de 2013.

¹⁹³ Norma nº 028/2011 da DGS, de 30/09/2011 atualizada a 10/09/2013 - Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

¹⁹⁴ Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários (2010). *Cuidados de Saúde respiratórios domiciliários em Portugal – Relatório de situação*. Disponível em http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/F70B9B60-56D1-4DCF-B1C1-D83E7586D32F/0/CNCRD_REL1_23_05_2011_vfinal.pdf, consultado a 2 de outubro de 2013.

¹⁹⁵ INE, I. P./INSA, I. P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. INE: Lisboa. Disponível em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf, consultado a 2 de agosto de 2013.



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Promover a capacidade de diagnóstico precoce e controlo da Asma.	Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabituação tabágica.	-Nº de diagnósticos de asma efetuados -Nº de consultas de cessação tabágicas realizadas nas unidades de saúde
	Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabituação tabágica, destinadas aos gestores e profissionais de saúde.	-Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano
	Alargamento das consultas antitabágicas.	-Nº de primeiras consultas médicas de Pneumologia/ total de consultas médicas de Pneumologia
	Elaboração e ou adoção e divulgação normas de boas práticas para o diagnóstico e prevenção da Asma.	-Nº de espirometrias realizadas nas unidades de saúde
	Divulgação e implementação nas unidades de saúde das Normas de Orientação Clínica e das boas práticas de diagnóstico, terapêutica e prevenção da Asma, designadamente através do controlo de fatores de risco como o tabagismo ou obesidade.	-Nº de diagnósticos de DPOC efetuados -Nº de episódios de urgência por patologia respiratória
	Generalização, se possível, ao nível dos CS/USI, da utilização de espirometria, a ser realizada de modo sistemático e anualmente, nas populações com risco acrescido de Asma.	-Nº de Internamentos por asma (abaixo dos 70 anos de idade)
	Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a divulgação, junto da população em geral e de grupos específicos, de informação sobre prevenção da Asma.	-Nº de Internamentos por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (abaixo dos 70 anos de Idade)
Reduzir a incidência da DPOC.	Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabituação tabágica.	-Proporção de reinternamentos em 30 dias por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
	Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabituação tabágica, destinadas aos gestores e profissionais de saúde.	-Proporção de reinternamentos em 30 dias por asma
	Alargamento das consultas antitabágicas.	-Nº de utentes com DPOC vacinados com a vacina antigripal;
	Elaboração e ou adoção e divulgação de normas de boas práticas para o diagnóstico e prevenção da DPOC.	-Nº de utentes com DPOC vacinados com a vacina anti-pneumocócica.
	Divulgação e consolidação junto dos profissionais de saúde, das boas práticas de diagnóstico e prevenção da DPOC.	-Nº de utentes referenciados para consulta externa de Pneumologia atendidos em tempo adequado/Total de utentes referenciados
	Generalização, se possível, ao nível dos CS/USI, da utilização de espirometria, a ser realizada de modo sistemático e anualmente, nas populações com risco acrescido de DPOC.	-N.º de utentes referenciados para o hospital de dia de Pneumologia atendidos em tempo
	Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a divulgação, junto da população em geral e de	



	grupos específicos, de informação sobre prevenção da DPOC.	adequado/Total de utentes referenciados -Nº de referências para cuidados domiciliários -Nº de utentes referenciados para cuidados de reabilitação
Reduzir o recurso à urgência/nº de internamentos por Asma e por DPOC melhorando o estado de saúde e a funcionalidade do doente com Asma e DPOC.	Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a divulgação, junto da população em geral e de grupos específicos, de informação sobre educação para o controlo da Asma e da DPOC.	
	Melhoramento da acessibilidade dos doentes a cuidados de saúde, nomeadamente dos doentes com asma e DPOC, os quais devem ter acesso facilitado às consultas de especialidade/serviço de urgência.	
	Divulgação e consolidação junto dos profissionais de saúde, das boas práticas de tratamento e controle da asma ¹⁹⁶ e da DPOC.	
	Elaboração e divulgação de normas de boas práticas em educação terapêutica, para o autocontrolo da Asma e da DPOC.	
	Promoção da assistência domiciliária no sentido de desenvolvimento de capacidades e competências do doente e família.	
	Racionalização do acesso à oxigenoterapia domiciliária, ventiloterapia ¹⁹⁷ não invasiva e monitorizar a sua utilização.	
	Promoção do acesso aos cuidados de reabilitação.	
Promover a vigilância epidemiológica da Asma e da DPOC.	Promoção da vigilância epidemiológica que permita o registo e a recolha direta dos dados, pelos serviços clínicos prestadores de cuidados de saúde ao doente com Asma e DPOC.	

¹⁹⁶ Norma nº 016 /2011 de 27/09/2011 atualizada a 14/06/2012 - Abordagem e controlo da Asma.

¹⁹⁷ Norma nº 022/2011 de 28/09/2011 atualizada a 05/03/2013 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros Equipamentos.

Normas/Circulares/Orientações:

- Norma n.º 016 /2011 de 27/09/2011 atualizada a 14/06/2012 - Abordagem e controlo da Asma.
- Norma n.º 022/2011 de 28/09/2011 atualizada a 05/03/2013 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros Equipamentos.
- Norma n.º 028/2011 de 30/09/2011 atualizada a 10/09/2013 - Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - Orientações Programáticas - Documento publicado em www.dgs.pt a 05/09/2012.

Documentos de interesse:

- Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Respiratórias 2009-2012.

5.2.5. Área de Intervenção na Dor

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo¹⁹⁸.

A importância da dor, particularmente no que se refere à dor aguda, radica no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Por outro lado, a dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de co morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso¹⁹⁹.

Assim, a dor, e em particular a dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão objetivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só, tal como foi reconhecido numa declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela *European Federation of IASP²⁰⁰ Chapters (EFIC)*²⁰¹.

A prevalência da dor em Portugal foi estudada em 2002²⁰² pelo Observatório Nacional de Saúde, através de entrevista telefónica às famílias portuguesas que constituíram a amostra ECOS. Neste estudo concluiu-se que cerca de 74% dos entrevistados tinham tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista. Dados relativos a 2010²⁰³ apontam para uma prevalência da dor crónica, a nível nacional, de mais de 30%, atingindo cerca de 3 milhões de pessoas na idade adulta, sendo as causas mais frequentes as lombalgias, outros problemas osteoarticulares, as cefaleias, os traumatismos, a dor crónica pós-cirúrgica, enquanto o cancro representa apenas 1% da dor crónica. Afeta todos os estratos etários,

¹⁹⁸ Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD de 18/06/08 - Programa Nacional de Controlo da Dor.

¹⁹⁹ *ibidem*

²⁰⁰ International Association for the Study of Pain

²⁰¹ Disponível em www.efic.org/declarationonpain.html.

²⁰² Rabiais, S.; Nogueira, J. P. & Falcão, J. M. (2003). A dor na população portuguesa – Alguns aspetos epidemiológicos.

Disponível em <http://www.doentescomcancro.org/uhdc/pdfs/EstudoDorPopulacaoPortuguesa.pdf>, consultado a 4 de setembro de 2013.

²⁰³ Pain Proposal (2010) – A dor crónica em Portugal. Disponível em

http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf, consultado a 6 de setembro de 2013.



sendo mais comum em idades avançadas nas mulheres. Estima-se que o custo anual da dor crónica em Portugal seja superior a 3 mil milhões de euros. A sua prevalência e o seu impacto determinaram que, desde 2003, a dor fosse equiparada ao 5º sinal vital no nosso país, através da emissão pela DGS da Circular Normativa nº 09/DGCG em 14 de Junho. Esta foi adaptada à RAA pela Circular Normativa nº 24/2003, de 22 de Outubro. Deste modo, passou a ser obrigatória e considerada como boa prática clínica a avaliação (e registo) regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que já acontece para os 4 sinais vitais “clássicos” (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal); a referida circular normativa refere, ainda, quatro escalas para ser selecionada uma na avaliação da intensidade da dor, sempre a mesma, de acordo com cada doente e divulga instruções básicas sobre a sua utilização.

Em 2006, 10% dos residentes da RAA afirmaram sofrer de dor crónica (4º INS 2005/2006). De acordo com um estudo desenvolvido em 2011²⁰⁴, a prevalência da dor moderada a intensa, nos adultos com mais de 18 anos, na RAA situa-se entre os 15 e os 20%.

O controlo da dor deve iniciar-se nos Cuidados de Saúde Primários, exceto para a dor aguda pós-operatória ou a dor associada ao trabalho de parto que se confinam ao ambiente hospitalar. A formação específica em dor na medicina geral e familiar deve estar na base de qualquer estratégia conducente à melhoria do controlo da dor na população em geral, tanto mais quanto a dor constitui um dos principais motivos da procura de consultas²⁰⁵.

Porém, a complexidade do diagnóstico, a necessidade de realizar exames complementares, técnicas terapêuticas diferenciadas, obter parecer de especialistas da equipa transdisciplinar, e/ou a dificuldade no controlo da dor e no manuseamento de fármacos específicos, são fatores que podem conduzir à necessidade de referência do doente para estruturas de saúde mais diferenciadas, com apoio de profissionais especializados.

²⁰⁴ Lopes, M. C. (2011). *Prevalência e impacto socioeconómico da dor crónica em Portugal*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

²⁰⁵ Direção Regional da Saúde (2009). *Programa Regional de Controlo da Dor*. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/417978/ProgramaRegionaldeControlodaDor.pdf>, consultado a 6 de setembro de 2013.



É neste contexto que surgem, nos hospitais, as Unidades de Dor Crónica e que foi criada a primeira Unidade de Dor Crónica da RAA, no HDES, EPE em 2001. A Consulta de Dor existe também, desde, 2010 no HSEIT, EPE e no HH, EPE.

Esta área de intervenção tem por base os princípios orientadores do PRCD²⁰⁶ do Plano Regional de Saúde 2009-2012 que são os seguintes:

Subjetividade da dor – No estado atual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, pelo que a intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere. Deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal;

A dor como 5º sinal vital – A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica, que deve ser observada em todas as instituições de saúde;

Direito ao controlo da dor – Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada;

Dever do controlo da dor – Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica;

²⁰⁶ *Ibidem*

Tratamento diferenciado da dor – O controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis das redes de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização.

População Alvo – Deve considerar-se como população alvo a atingir pela ação da presente área toda a população açoriana. Deve ser dada particular atenção aos doentes que recorrem às unidades de saúde.

A operacionalização da presente área irá ser efetuada da seguinte forma:



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Reduzir a prevalência da dor crónica não controlada.	<p>Desenvolvimento de parcerias multisectoriais, em particular com o OBSERVDOR e instituições universitárias para a realização de estudos de interesse regional, em particular a UAç para criação de uma Unidade de Investigação.</p> <p>Divulgação da Rede Regional de Tratamento da Dor para os doentes com dor crónica e respetivas normas de referenciação junto dos profissionais de saúde.</p> <p>Divulgação, junto dos profissionais de saúde, de orientações técnicas sobre a dor na criança, a dor no idoso e outras orientações técnicas que emanem da DGS.</p> <p>Divulgação junto dos profissionais de saúde, de orientações técnicas sobre a utilização de opióides na dor crónica não-oncológica, de acordo com a Circular Informativa da DGS Nº: 09/DSCS/DPD/DSQC, 24/03/08.</p> <p>Articulação das três Unidades de Dor Crónica com as Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos dos respetivos hospitais e com as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.</p>	<p>-Prevalência da dor crónica moderada ou intensa</p> <p>-Prevalência da dor aguda pós-operatória moderada ou intensa</p> <p>-Proporção de partos realizados com analgesia epidural</p> <p>-Nº de primeiras consultas nas Unidades de Dor Crónica</p>
Reduzir a prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada.	Adaptação das Unidades de Dor Aguda do Pós-Operatório, nos três Hospitais da RAA, às determinações técnicas divulgadas pela DGS.	-Demora média para obter primeiras consultas em Unidades de Dor Crónica
Aumentar a oferta de analgesia para o trabalho de parto.	Adaptação das normas de organização para a Analgesia em Obstetrícia, nos três Hospitais da RAA, segundo as orientações do PNLCD e as determinações técnicas que venham a ser divulgadas pela DGS.	-Prevalência da avaliação e registo regular da intensidade da dor nas unidades de saúde (dor como 5º Sinal Vital)
Melhorar a aplicação da Circular Normativa nº 24/2003, de 22 de Outubro da DRS, que equipara a intensidade da dor ao 5.º Sinal Vital.	<p>Reforço da informação, junto de todos os profissionais de saúde, sobre a norma da DGS nº 09/DGCG de 14/06/2003 e da Circular Normativa nº 24/2003, de 22 de Outubro da DRS que equipara a intensidade da Dor ao 5º Sinal Vital.</p> <p>Adaptação dos registos do 5.º Sinal Vital ao <i>MedicineOne</i>.</p>	-Nº de profissionais que frequentaram ações de formação específicas sobre dor
Melhorar o acesso e racionalizar a prescrição e consumo dos medicamentos analgésicos.	Continuação da aplicação à RAA do regime de comparticipação dos medicamentos opióides.	-Nº de estágios frequentados por médicos internos de Especialidade da Dor
Melhorar a Gestão das Unidades de Dor.	Adaptação à RAA da Tabela de Medicina da Dor publicada na Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril.	-Nº de médicos com a Competência em Medicina da Dor
Capacitar profissionais de saúde e população em geral no âmbito da prevenção e controle da Dor.	<p>Parceria com Instituições Universitárias para aquisição da Competência em Medicina da Dor.</p> <p>Sensibilização das Escolas Superiores de Enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em dor e para estabelecer um programa integrado ao longo do curso de licenciatura.</p> <p>Promoção de formação teórica e prática (estágios opcionais) em dor nos Internatos Médicos, com prioridade para o Internato de Medicina Geral e Familiar.</p> <p>Promoção de ações de formação em Dor, via articulação entre as várias Instituições, com particular ênfase para os especialistas de Medicina Geral e Familiar, abrangendo várias ilhas.</p>	<p>-Nº de rastreios efetuados nas Associações de Doentes com Doença Crónica</p>



	<p>Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a realização de ações de formação da enfermagem sobre dor, abrangendo várias ilhas.</p> <p>Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a divulgação, junto da população em geral, de informação sobre a dor, especialmente no Dia Nacional de Luta Contra a Dor, na Semana Europeia de Luta contra a Dor e das orientações específicas divulgadas pela <i>International Association for the Study of Pain (IASP)</i> nos Dias Mundiais e ao longo dos Anos Internacionais de Luta contra a Dor.</p>	
Detetar precocemente doentes com Dor nas Associações de Doentes com Doença Crónica	<p>Desenvolvimento de parcerias com Associações de Doentes com Doença Crónica e divulgação de Recomendações de Instituições europeias.</p>	

Normas/Circulares/Orientações:

- Circular Normativa DGS n.º 09/DGCG de 14/06/2003 – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor;
- Circular Normativa n.º 12/2008, de 10 de Julho – Comparticipação de medicamentos opióides para tratamento da dor crónica não oncológica;
- Circular Normativa n.º 24/2003, de 22 de Outubro – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor;
- Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, 12 de Junho – Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores.
- Despacho D/SSRAS/1999/14, de 27 de Julho – Aplica ao SRS as medidas respeitantes a comparticipações de medicamentos a doentes possuidores de doenças crónicas consideradas especiais;
- Despacho n.º 24480/2008, de 30 de Setembro – nomeia a Comissão Nacional de Controlo da Dor e define as regras do seu funcionamento;
- Despacho n.º 10279/2008, de 11 de Março – Comparticipação de medicamentos opióides, o tratamento da dor oncológica; (Alterado o Anexo pelo Despacho n.º 30995/2008, de 21 de Novembro);
- Despacho n.º 10280/2008, de 11 de Março – Comparticipação de medicamentos opióides, na dor crónica não oncológica; (Alterado o Anexo pelo Despacho n.º 30993/2008, de 21 de Novembro);
- Despacho n.º 12220/2009, 21 de Maio – Alteração do anexo do despacho n.º 10 280/2008, de 11 de Março - medicamentos opióides prescritos para o tratamento da dor crónica não oncológica;
- Despacho n.º 12221/2009, 21 de Maio – Alteração ao anexo do despacho n.º 10 279/2008, de 11 de Março - medicamentos opióides prescritos para o tratamento da dor oncológica;



- Despacho n.º 57/2014, de 3 de janeiro - Alteração do Anexo do Despacho n.º 10279/2008, de 11 de março (medicamentos opióides prescritos para o tratamento da dor oncológica moderada a forte).
- Despacho n.º 251/2014, de 7 de janeiro - Alteração do Anexo do Despacho n.º 10 280/2008, de 11 de março (medicamentos opióides prescritos para o tratamento da dor crónica não oncológica moderada a forte).
- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos;
- Norma n.º 003/2012 de 19/10/2012 - Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda;
- Norma n.º 013/2011 de 27/06/2011 atualizada a 13/02/2013 - Anti-inflamatórios não esteróides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2;
- Norma n.º 043/2011 de 23/12/2011 - Terapêutica da Dor Neuropática;
- Orientação n.º 014/2010 de 14/12/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças;
- Orientação n.º 015/2010 de 14/12/2010 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa;
- Orientação n.º 022/2012 de 18/12/2012 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos);
- Orientação n.º 023/2012 de 18/12/2012 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica;
- Orientação n.º 024/2012 de 18/12/2012 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias);
- Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril – Tabela de Faturação do SNS;
- Programa Nacional de Controlo da Dor, Circular Normativa da DGS n.º 11/DSCS/DPCD, 18/06/08.



Documentos de interesse:

- Direção-Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Disponível em <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Plano%20Nacional%20de%20Luta%20Contra%20a%20Dor.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.
- WHO (2008). *WHO Treatment Guidelines on chronic non-malignant pain in adults*. Disponível em http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Scoping_WHOGuide_non-malignant_pain_adults.pdf.
- WHO (2012). *Persisting pain in children package: WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf.

5.2.6. Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas

As doenças reumáticas podem definir-se como *doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática*, constituindo um grupo com mais de uma centena de entidades e vários subtipos, onde se incluem as doenças inflamatórias do sistema musculoesquelético, do “tecido conjuntivo” e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores²⁰⁷.

As doenças reumáticas constituíram, em 2005/2006, a segunda patologia crónica mais prevalente na RAA, com 12,9% dos inquiridos a mencioná-la no 4º INS²⁰⁸.

Em 2011, nas USI da RAA, foram realizadas 554 consultas de reumatologia, o que representa um acréscimo de 100,7% relativamente a 2000 (276 consultas). Em contexto de deslocação de especialistas inter-ilhas decorreram, neste ano, 291 consultas médicas desta especialidade.

A RAA participou do estudo *EpiReumaPt – Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal* (Sociedade Portuguesa de Reumatologia), que pretende determinar e dar a conhecer a prevalência das doenças reumáticas em Portugal e cujos resultados se aguardam.

População-Alvo

Esta área de intervenção tem como público-alvo para além da população geral, a seguinte população com risco acrescido de desenvolver a doença²⁰⁹:

- Crianças e adolescentes;
- Mulheres pós-menopáusicas;

²⁰⁷ Circular Normativa Nº: 12/DGCG de 02/07/04 - *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*.

²⁰⁸ INE, I. P./INSA, I. P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. INE: Lisboa. Disponível em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf, consultado a 2 de agosto de 2013.

²⁰⁹ Circular Normativa Nº: 12/DGCG de 02/07/04 - *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*.



- Pessoas idosas;
- Trabalhadores com atividades físicas repetitivas ou com alterações da ergonomia;
- Desportistas amadores ou ocasionais.

As ações a desenvolver na Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas, apresentadas em quadro anexo, articulam-se com as áreas de intervenção abrangidas na Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco e com a Área de Intervenção na Dor.



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
<p>Controlar a morbilidade e a mortalidade causadas por doenças reumáticas melhorando a qualidade de vida do doente reumático.</p>	<p>Divulgação de orientações técnicas sobre diagnóstico, acompanhamento e referenciação de doentes reumáticos, nomeadamente no que se refere a:</p> <p>a) Osteoartrose. b) Raquialgias. c) Doenças reumáticas periarticulares. d) Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho. e) Osteoporose. f) Fibromialgia. g) Artropatias microcristalinas. h) Artrite reumatóide. i) Espondilartropatias. j) Doenças reumáticas sistémicas. k) Artrites idiopáticas juvenis.</p>	<p>-Proporção de inscritos com idade \geq a 14 anos e \leq 19 com percentil IMC \geq 85 -Proporção de pessoas com idade \geq 14 anos que pratiquem exercício físico regular -Proporção de pessoas fumadoras de \geq 1 cigarro -Proporção de crianças dos 6 aos 8 anos com percentil IMC \geq 85 e $<$ 95 (97) -Proporção de crianças dos 6 aos 8 anos com percentil IMC \geq 95 (97) -Nº de orientações técnicas adotadas e divulgadas pela DRS -Publicação da rede Regional de referenciação para o controlo e tratamento das doenças reumáticas -Assinatura de protocolo de parceria com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia</p>
	<p>Divulgação, junto da população geral, de informação genérica sobre as doenças reumáticas e sua prevenção e, particularmente, sobre:</p> <p>a)Osteoartrose e raquialgias; b)Fibromialgia; c)Hiperuricémia e gota úrica; d)Artropatia inflamatória e doenças reumáticas periarticulares; e)Hábitos para promover a saúde óssea.</p>	
	<p>Divulgação, pelas equipas de saúde escolar, de orientações técnicas sobre identificação de crianças com fatores de risco modificáveis para doenças musculoesqueléticas e orientações técnicas sobre ergonomia do ambiente escolar.</p>	
	<p>Divulgação, pelas US, de orientações técnicas sobre ergonomia do ambiente laboral.</p>	
	<p>Divulgação, pelas US, de orientações técnicas sobre prevenção de quedas em pessoas idosas.</p>	
<p>Melhorar a eficiência do SRS no controlo e tratamento das doenças reumáticas.</p>	<p>Criação de uma rede de referenciação para o controlo e tratamento das doenças reumáticas no SRS, com a participação dos vários intervenientes.</p>	
	<p>Adoção das orientações técnicas sobre diagnóstico, acompanhamento e</p>	



	referenciação de doentes reumáticos ²¹⁰ .	
	Divulgação de Normas de Orientação Clínica relacionadas com a Doença Reumática.	
	Colaboração no Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal – EpiReumaPt.	

²¹⁰ Circular Normativa Nº: 12/DGCG de 02/07/04 - Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.

Normas/Circulares/Orientações:

- Circular Normativa nº: 12/DGCG de 02/07/04 - Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>.
- Norma nº 067/2011 da DGS, de 30/12/2011 - Prescrição de Agentes Biológicos nas Doenças Reumáticas. Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/doencas-reumaticas.aspx>.
- Circular Informativa nº 45/DGCG da DGS, de 09/09/05 – Fibromialgia. Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/doencas-reumaticas.aspx>.
- Circular Informativa nº 12/DSCS/DPCD/DSQC da DGS, de 01/04/08 – Orientação técnica para a utilização da absorciometria radiológica de dupla energia (DEXA). Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/doencas-reumaticas.aspx>.
- Circular Informativa nº 13/DSCS/DPCD/DSQC da DGS, de 01/04/08 – Orientação técnica sobre o suplemento de Cálcio e Vitamina D em pessoas idosas. Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/doencas-reumaticas.aspx>.

Documentos de interesse:

- ACSS,I.P. (2012). *Referenciais de Competências e de Formação para o domínio das Doenças Reumáticas – Formação contínua*.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Como viver com reumatismo – Recomendado aos prestadores de cuidados informais*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005645.pdf>.
- Queirós, M. V. (2005). *Doenças reumáticas: Manual de autoajuda para adultos*. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa. Disponível em http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pncdr-dreumaticas_008258.aspx.



- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho - Guia de orientação para a prevenção*. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/doencas-reumaticas.aspx>.
- Cardoso, A.; Branco, J. C.; Silva, J. A.; Cruz, M. & Costa, M. M. (2005). *Regras de ouro em reumatologia*. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa. Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/doencas-reumaticas.aspx>.
- Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal - www.epireumapt.org ou www.reumacensus.org.



5.2.7. Área de intervenção na Promoção da Saúde Mental

A saúde mental é a base de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, desempenhando um papel importante nas relações interpessoais, vida familiar e integração social. É um fator importante da inclusão social, bem como da plena participação comunitária e económica. Na verdade, a saúde mental é muito mais que a mera ausência de doença mental: é uma parte indissociável da base do bem-estar e funcionamento eficiente dos indivíduos. Refere-se à capacidade de adaptar-se a mudanças, enfrentar crises, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e descobrir um sentido para a vida²¹¹. No entanto, as perturbações mentais afetam centenas de milhões de pessoas e, se não tratadas, cobram um enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda económica²¹².

Constata-se que, no nosso país, em termos de recursos de saúde nesta área, os serviços locais de saúde mental continuam a estar reduzidos às valências de internamento, consulta externa e hospital de dia, não dispondo de equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias²¹³. A este respeito, a OMS²¹⁴ defende que, quando a saúde mental é integrada nos cuidados de saúde primários, as pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais perto das suas casas, conservando assim as suas famílias juntas e possibilitando a manutenção das suas atividades quotidianas. Cuidados de saúde primários para saúde mental também facilitam iniciativas realizadas junto da população e a promoção de saúde mental, assim como a monitorização e a gestão a longo-prazo de indivíduos afetados. A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é essencial, mas deve ser acompanhada por serviços

²¹¹ Almeida, J. M. C. & Xavier, M. (cord.) (s/d). *Estudo epidemiológico nacional de Saúde Mental – 1º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas: Lisboa. Disponível em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf, consultado a 14 de outubro de 2013.

²¹² Organização Mundial de Saúde & Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspetiva global*. Disponível em <http://upainforma.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2178>, consultado a 14 de outubro de 2013.

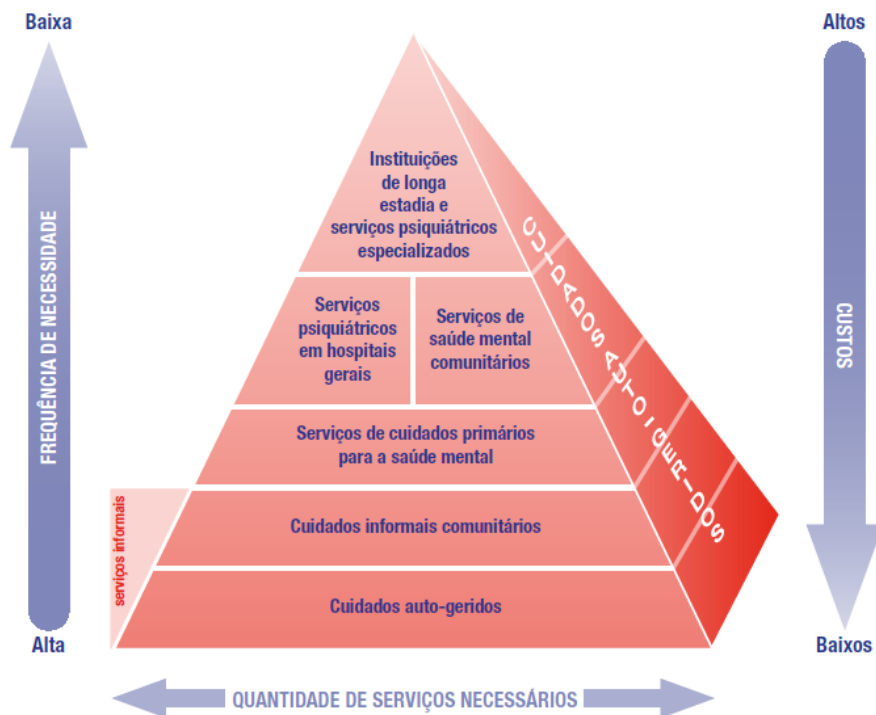
²¹³ Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo executivo*. Lisboa. Disponível em http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf, consultado a 14 de outubro de 2013.

²¹⁴ Organização Mundial de Saúde & Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) (2008).



complementares, em particular por componentes de cuidados diferenciados aos quais os profissionais de cuidados de saúde primários podem recorrer para referência, apoio, e supervisão. Neste contexto, a OMS desenvolveu um modelo descrevendo a combinação ótima de serviços de saúde mental. A *Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para Saúde Mental*, da OMS, propõe a integração dos serviços de saúde mental com os cuidados de saúde gerais, baseando-se no princípio de que nenhum serviço pode, por si só, preencher todas as necessidades de saúde mental da população.

Figura 12. Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental²¹⁵.



Fonte: OMS

Considerando o exposto, o Governo Regional preconiza a criação de Unidades/Equipas Comunitárias de Saúde Mental nos CS/USI da RAA, compostas por um médico de medicina geral e familiar, um psicólogo, um enfermeiro, um assistente social e um terapeuta da fala, que devem funcionar em articulação com um Psiquiatra, para a área de saúde mental do adulto e do idoso, e de um Psiquiatra da Infância e da

²¹⁵ *Ibidem*



Adolescência, na área de saúde mental infantojuvenil, que prestem cuidados nos hospitais de referência.

Fazem parte das competências e objetivos destes núcleos transdisciplinares, a implementação de estratégias de intervenção comunitária e de protocolos de atuação para patologias específicas, nos quais se faça a intervenção fora do contexto hospitalar. A criação destas equipas permitirá a utilização mais racional dos recursos humanos existentes, libertando os serviços especializados do seguimento dos casos menos graves.

Importa salientar que está assumido, na reestruturação do Serviço Regional de Saúde, a integração de dois Psiquiatras da Infância e da Adolescência para a Região, no entanto, e pelo facto de neste momento se encontrarem três médicos em formação na especialidade com protocolo com a RAA, é possível que este número seja aumentado. Neste momento, existe apenas um Psiquiatra da Infância e da Adolescência fixo a exercer funções no HDES, EPE.

A operacionalização da área de intervenção na promoção da Saúde Mental é feita do seguinte modo:



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
<p>Promover a integração dos cuidados de saúde mental no SRS (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares) garantindo a toda a população açoriana a promoção da saúde mental e o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade melhorando a qualidade de vida das pessoas com doença mental e com incapacidade.</p>	<p>Desenvolvimento de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) e Unidades Funcionais de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência nos Hospitais da Região, dotando-os de todas as capacidades para atendimento de doentes agudos, hospitais de dia, consulta externa, urgência, psiquiatria de ligação e outras valências consideradas necessárias.</p> <p>Criação em todos os CS/USI de equipas comunitárias de saúde mental que trabalhem em estreita articulação com os SPSM dos hospitais da respetiva área de influência, com os IOR e com a medicina familiar nas USI no que respeita ao diagnóstico precoce, adequada intervenção terapêutica e, nos casos em que tal se justifique, atempado encaminhamento para tratamento especializado, mediante a celebração/revisão de protocolos específicos. Estas equipas devem ser compostas por um enfermeiro, de preferência especialista/com experiência/formação em Saúde Mental, médico de medicina familiar, psicólogo, assistente social e terapeuta da fala, em horário diurno. Nas ilhas onde não existem SPSM os CS/USI devem articular-se com os respetivos serviços da área de influência no âmbito da implementação de cuidados continuados de saúde mental.</p> <p>Promoção da formação e a atualização permanente das equipas comunitárias de Saúde Mental. Designadamente, nos CS/USI em que não existam enfermeiros especialistas/com experiência na área de Saúde Mental deve ser ministrada formação por pares com formação/experiência na área e por médicos especialistas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nº de episódios de urgência Psiquiátrica -Nº de episódios de urgência Psiquiátrica infantojuvenil -Taxa de ocupação geral dos SPSM -Nº de primeiras consultas médicas no Hospital de Dia de psiquiatria/total de consultas médicas no Hospital de Dia de psiquiatria -Nº de primeiras consultas médicas na Consulta externa de psiquiatria/total de consultas médicas na Consulta externa de psiquiatria -Nº de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado/Total de utentes referenciados -Porcentagem de utentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo -Porcentagem de reinternamentos em 30 dias -Nº de unidades/serviços criados até 2016 no âmbito da Saúde Mental -Nº de utentes sinalizados para a equipa comunitária de saúde mental proveniente dos SPSM -Nº de utentes sinalizados para a equipa comunitária de saúde mental proveniente das consultas de medicina familiar -Nº de utentes com menos de 18 anos sinalizados para a equipa comunitária de saúde mental proveniente das consultas de medicina familiar
<p>Desenvolver ações preventivas no âmbito da saúde mental e promover o diagnóstico precoce de perturbações psiquiátricas.</p>	<p>Articulação com a área de intervenção nas Dependências.</p> <p>Intervenção junto da população em geral e de profissionais de saúde divulgando informação no sentido da continuação do combate ao estigma em Saúde Mental.</p> <p>Dinamização da comemoração dos Dias Mundiais na área da Saúde Mental (Dia Internacional Contra o Abuso e o Tráfego Ilícito de Drogas; Dia Mundial da Saúde Mental; Dia Internacional das Pessoas com Deficiência).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nº de utentes seguidos pela equipa comunitária de saúde mental -Nº de utentes com menos de 18 anos seguidos pela equipa comunitária de saúde mental -Nº de consultas de enfermagem no domicílio realizadas no âmbito da Saúde Mental -Nº de referências existentes entre cuidados de saúde primários e secundários
<p>Promover a saúde mental na gravidez, pós-parto e no período infantojuvenil.</p>	<p>Promoção de formação sobre saúde mental na gravidez, pós-parto e período infantojuvenil junto dos profissionais de saúde, que fazem parte da equipa comunitária de saúde mental e/ou que intervenham na área (nomeadamente da área da saúde Materna, Infantil e Familiar).</p> <p>Adaptação à Região e implementação do Programa de Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância e das Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (DGS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica anti-depressiva -Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise -Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com



	<p>Estabelecimento de protocolos para a atuação das equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI nas suas áreas geográficas de abrangência, sob orientação e supervisão do Pedopsiquiatra do hospital de referência, com a colaboração do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica quando aplicável, no sentido da prevenção, deteção precoce e acompanhamento da saúde mental infantojuvenil.</p> <p>Fixação de dois especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência na Região, no HDES e no HSEIT. O HH conta com a deslocação de uma especialista proveniente do Hospital D. Estefânia.</p> <p>Triagem, avaliação e atendimento de casos menos graves (crianças/ Família de risco ou com psicopatologia ligeira) serão realizadas pelo médico de família, que, de acordo com a gravidade da situação, poderá referenciar os casos para as equipas comunitárias de saúde mental ou para consulta de especialidade.</p> <p>Articulação e parceria com outras estruturas da comunidade (por exemplo, serviços sociais, escolas e jardins de infância, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, Equipas de Intervenção Precoce, Equipas de Saúde Escolar, Instituições de Acolhimento para crianças em risco, Centros de Atendimento a Toxicodependentes, Projetos de Intervenção Psicossocial local).</p>	<p>quantificação dos hábitos alcoólicos, nos últimos 3 anos</p> <ul style="list-style-type: none">-Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo, nos últimos 3 anos-Nº de sessões de educação para a saúde realizadas sobre a temática da saúde mental-Nº de Dias Mundiais na área da saúde mental comemorados
--	---	---



Normas/Circulares/Orientações:

- Norma n.º 024/2011 de 29/09/2011-Utilização Clínica de Antipsicóticos.
- Norma n.º 055/2011 de 27/12/2011-Abordagem Terapêutica da Ansiedade e Insónia.
- Norma n.º 033/2012 de 28/12/2012-Terapêutica Farmacológica de Manutenção na Perturbação Bipolar no Adulto.
- Norma n.º 033/2012 de 28/12/2012-Terapêutica Farmacológica de Manutenção na Perturbação Bipolar no Adulto.
- Norma n.º 034/2012 de 30/12/2012-Terapêutica Farmacológica da Depressão major e da sua Recorrência no Adulto.
- Norma n.º 034/2012 de 30/12/2012-Terapêutica Farmacológica da Depressão major e da sua Recorrência no Adulto.

Documentos de interesse:

- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/03/resumo-executivo_PNSM_2007-2016.pdf.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf.
- Direção-Geral da Saúde (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008180.pdf>.
- Ministério da Saúde (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.



- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.pdf.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007439.pdf>.
- ACSS /CNSM (2011). *Rede de referência hospitalar em Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Documento Técnico de Suporte)*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde. Disponível em <http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/01/Documento-técnico-de-suporte-à-Rede.pdf>.
- ACSS /CNSM (2011). *Rede de referência hospitalar em Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf.
- Direcção-Geral da Saúde (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008180.pdf>.
- WHO (2011). *World report on disability*. Geneva. Disponível em <http://upainforma.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2178>.
- WHO (2010). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Geneva. Disponível em <http://upainforma.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2178>.



- WHO (2010). *Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times*. WHO Regional Office for Europe & German Alliance for Mental Health. Disponível em <http://upainforma.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2178>.

5.2.8. Área de Intervenção nos Cuidados Paliativos

A vertente dominante dos Cuidados Paliativos caracteriza-se pelo tratamento sintomático, independentemente da doença do utente. Neste contexto, o seu objetivo é melhorar a prestação de cuidados a doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias^{216,217}.

Nesta perspetiva, os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos com base nas necessidades sentidas pelos doentes, suas famílias e cuidadores, não se cingido apenas ao prognóstico ou ao diagnóstico médico, podendo ser introduzidos em fase precoce de qualquer que seja a doença, especialmente quando o sofrimento é intenso e quando a vida ganha uma relevância existencial mais profunda²¹⁸.

Na RAA os cuidados paliativos integram a rede de Cuidados Continuados Integrados (DLR nº16/2008/A), numa lógica de integração e potenciação dos Cuidados Continuados e dos Cuidados Paliativos. A rede de cuidados continuados é já uma realidade em três ilhas e a sua expansão está a ser planeada. Os cuidados paliativos estão ainda em fase de implementação. Torna-se assim pertinente a elaboração de uma área de intervenção destinada aos cuidados paliativos, de forma a catalisar os primeiros anos de atividade.

²¹⁶ Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos – Recomendações da ANCP*. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf, consultado a 23 de outubro de 2013.

²¹⁷ Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013*. Disponível em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf, consultado a 23 de outubro de 2013.

²¹⁸ European Association for Palliative Care (2013). Competências centrais em Cuidados Paliativos: Um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos – parte 1 e 2. *European Journal of Palliative*, 20(2), 86-91. Disponível em <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSxBB-azl%3D>, consultado a 23 de outubro de 2013.



A Área de Intervenção nos Cuidados Paliativos é transversal a outras áreas, nomeadamente às Áreas de Intervenção na Dor, nas Doenças Reumáticas, na Promoção da Saúde Mental, no AVC, no EAM, na Diabetes *Mellitus*, nas Doenças Respiratórias Infeciosas, Doenças Infeciosas e nas Dependências.

A implementação da rede de Cuidados Paliativos na Região será conseguida através da criação de Unidades de Cuidados Paliativos, de equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. A Unidade de Cuidados Paliativos é um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e transdisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa. Estas unidades prestam cuidados, em regime de internamento e serão integradas em cada um dos hospitais da Região²¹⁹.

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias e presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. As equipas estarão integradas nas unidades de cuidados paliativos²²⁰.

A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos presta cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação; presta apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades e equipas da rede de cuidados continuados e integrados; assegura formação em cuidados paliativos dirigidos às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários.

As equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos estarão integradas nas unidades de saúde de ilha²²¹.

²¹⁹ BASE XVI da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro)

²²⁰ BASE XVII da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro)

²²¹ BASE XVIII da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro)



A coordenação técnica e funcional das unidades e equipas de cuidados paliativos será da competência da equipa de coordenação regional de cuidados continuados integrados.

A admissão na Rede de Cuidados Paliativos é efetuada com base em critérios clínicos, mediante decisão das unidades ou equipas de cuidados paliativos. A admissão em cada unidade ou equipa da rede tem em conta critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica.

A admissão nas unidades e equipas de cuidados paliativos é solicitada pelos próprios serviços da rede, pelo médico de família, por outro médico que referencia o doente necessitado de cuidados paliativos, pelas unidades dos cuidados de saúde primários ou pelos serviços hospitalares ou pelo doente e sua família. A exaustão dos cuidadores informais pode constituir critério para internamento.

A operacionalização desta área é feita da seguinte forma:



Objetivo Geral	Objetivos específicos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Prestar cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.	Fornecer o apoio e acompanhamentos tecnicamente adequados à respetiva situação.	Efetivação da rede de Cuidados Paliativos da RAA através da:	-Nº de Unidades de Cuidados Paliativos em funcionamento na RAA
	Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de sofrimento.	-Criação/operacionalização de Unidade de Cuidados Paliativos com as funções publicadas na BASE XVI da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro)	-Nº de equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos em funcionamento na RAA
	Melhorar continuamente a qualidade na prestação de cuidados paliativos.	-Criação/operacionalização de equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos com as funções publicadas na BASE XVII da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro)	-Nº de equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos em funcionamento na RAA
	Fornecer o apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados paliativos.	-Criação/operacionalização de equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos com as funções publicadas na BASE XVIII da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro)	-Nº de internamentos nas Unidades de Cuidados Paliativos
	Permitir o acesso atempado e equitativo dos doentes e suas famílias aos cuidados paliativos em toda a RAA.	-Articulação das três Unidades de Dor Crónica com as Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos dos respetivos hospitais e com as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos	-Nº de utentes seguidos pelas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos
	Permitir a manutenção dos doentes no domicílio, desde que seja essa a vontade da pessoa doente, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida.	-Articulação com a rede de Cuidados Continuados	-Nº de utentes seguidos pelas equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos
	Antecipar as necessidades e planear as respostas em matéria de cuidados paliativos.		-Proporção entre nº de utentes seguidos pela rede de Cuidados Paliativos e o número de utentes referenciados

Normas/Circulares/Orientações:

- Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A - Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores.
- Circular Normativa n.º: 14/DGC da DGS, de 13/07/04 - Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Documentos de interesse:

- Diário da República, 1.ª série — N.º 80 — 24 de abril de 2013.
- Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril.
- Lei de Bases de Cuidados Paliativos - Lei nº 52/2012, de 5 de setembro.
- Azevedo, L. F.; Costa-Pereira, A.; Mendonça, L.; Dias, C. C. & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773-783.
- Intervenção Secretário Estado Adjunto Ministro da Saúde no simpósio "Cuidados Paliativos no AVC", Lisboa - 18/10/2013. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/cuidados+avc+hosp+luz.htm>
- UMCCI (2011). *Cuidados Paliativos em Portugal: Evolução até ao momento*. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt>.
- WHO (2004). *Palliative Care: Symptom management and end-of-life care*. Geneva. Disponível em <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf>.
- WHO (2011). *Palliative care for older people: Better practices*. WHO Regional Office for Europe. Denmark. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf.

5.2.9. Área de Intervenção nas Doenças Genéticas

A Área de Intervenção nas Doenças Genéticas, no contexto do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020, contempla ações no âmbito da Doença do Machado-Joseph (DMJ), uma vez que esta doença neuro degenerativa hereditária apresenta a sua maior prevalência, a nível mundial, na Região Autónoma dos Açores, designadamente na ilha das Flores.

Ao constituir-se, na Região, um problema de saúde pública, torna-se fundamental a implementação de estratégias que visem minimizar o impacto desta doença na qualidade de vida das pessoas afetadas, designadamente através da implementação efetiva de um Programa de Aconselhamento Genético Regional, que garanta o acesso equitativo a um seguimento adequado das pessoas com DMJ e suas famílias.

Assim preconizam-se as seguintes ações:



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores
Promover o acompanhamento adequado e a qualidade de vida das pessoas com DMJ	Promover um Programa de Aconselhamento Genético Regional que garanta o acesso equitativo a um seguimento adequado das pessoas com DMJ e suas famílias.	- Nº de pessoas/famílias acompanhadas no Programa de Aconselhamento Genético; - Nº de pessoas que realizaram o Teste Preditivo; - Nº de pessoas que realizaram o teste preditivo com diagnóstico de DMJ; - Nº de pessoas com diagnóstico de DMJ.
	Promover a investigação sobre a DMJ.	
	Promover a participação, inclusão e convívio social das pessoas com DMJ e suas famílias.	
	Fomentar o acesso das pessoas com DMJ e suas famílias a serviços/procedimentos/informação que facilitem a resolução de problemas quotidianos.	

5.3. Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares

5.3.1. Área de Intervenção no AVC e no EAM

À semelhança do que se verifica a nível nacional e europeu, na RAA, as doenças Cérebro cardiovasculares são as principais causas de morte para todas as idades, constituindo igualmente importantes causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos. Consideram-se como principais fatores de risco para estas patologias a tensão arterial elevada, dislipidémia, hábitos tabágicos, alimentação inadequada, excesso de peso/obesidade, sedentarismo, diabetes *mellitus*, *stress* excessivo, história pessoal ou familiar de doença cérebro-cardiovascular e idade.

A presente área de intervenção, assenta na prevenção primária e secundária das doenças cérebro cardiovasculares, através da complementaridade entre ações destinadas à população em geral ou a grupos específicos e as ações individuais que compreendem as especificamente dirigidas a pessoas identificadas como portadoras de fatores de risco cérebro cardiovascular modificáveis, e ainda nas ações de natureza informativa, formativa e normalizadora, dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a sua prática.

A operacionalização desta área é feita do seguinte modo:



1-AVC

Objetivo geral	Objetivos específicos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Reduzir a incidência do AVC, sobretudo abaixo dos 65 anos.	Fomentar o diagnóstico precoce de hipertensos e promover o acompanhamento dos mesmos.	Consultar Área de Intervenção na Hipertensão.	-Incidência de AVC -Proporção de internamentos por AVC -Incidência de AVC abaixo dos 65 anos -Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos -Proporção de consultas realizadas, por grupo profissional, em que foram realizadas educação para a saúde sobre a dislipidémia -Prevalência de dislipidémicos identificados -Proporção de dislipidémicos controlados -Proporção de utilizadores vítimas de AVC referenciados para cuidados de reabilitação
	Fomentar o diagnóstico precoce de diabéticos e promover o acompanhamento dos mesmos.	Consultar Área de Intervenção na Diabetes <i>Mellitus</i> .	
	Reduzir os níveis elevados de sedentarismo e de obesidade.	Consultar Área de Intervenção na Obesidade.	
	Reduzir a prevalência de fumadores.	Consultar Área de Intervenção na Hipertensão.	
	Fomentar o diagnóstico precoce dos dislipidémicos e promover o acompanhamento dos mesmos.	Informação à população sobre a dislipidémia, fatores de risco e prevenção.	
		Promoção de rastreios de dislipidémia e respetivo encaminhamento para equipa de saúde dos casos identificados. Promoção do diagnóstico precoce e instituição das medidas terapêuticas mais adequadas à correção da dislipidémia.	
Melhorar a abordagem do utente com AVC.	Melhoramento do acesso ao diagnóstico e terapêutica do AVC, promovendo o acesso do doente vítima de AVC a um rápido diagnóstico e tratamento adequado, incluindo a precocidade e continuidade de reabilitação.		

2-EAM

Objetivo geral	Objetivos específicos	Ações a desenvolver	Indicadores da área de intervenção
Reduzir a incidência do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), sobretudo abaixo dos 65 anos.	Fomentar o diagnóstico precoce de hipertensos e promover o acompanhamento dos mesmos.	Consultar Área de Intervenção na Hipertensão.	-Incidência de EAM abaixo dos 65 anos -Proporção de internamentos por EAM
	Fomentar o diagnóstico precoce dos dislipidémicos e promover o acompanhamento dos mesmos.	Ver Quadro 1-AVC.	
	Fomentar o diagnóstico precoce de diabéticos e promover o acompanhamento dos mesmos.	Consultar Área de Intervenção na Diabetes <i>Mellitus</i> .	
	Reduzir a prevalência de fumadores.	Consultar Área de Intervenção na Hipertensão.	
	Reduzir os níveis elevados de sedentarismo e de obesidade.	Consultar Área de Intervenção na Obesidade.	
	Melhorar a valorização da dor precordial.	Educação e alerta da população para as características da dor anginosa. Otimização da abordagem pré-hospitalar para possibilitar o acesso rápido à DAE e Via Verde EAM.	

Normas/Circulares/Orientações:

- Circular Normativa n.º: 03/DSPCS da DGS, de 06/02/06 - Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.
- Norma n.º 031/2011 de 30/09/2011- Ecodoppler Cerebrovascular.
- Norma n.º 046/2011 de 26/12/2011 - Abordagem Terapêutica Farmacológica da Angina Estável.
- Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação.
- Circular Normativa n.º 07 da DRS, de 06/09/2012 – Protocolo de atuação face à síndrome coronário agudo.
- Circular Normativa n.º 08 da DRS, de 14/09/2012 – Protocolo de atuação face acidente vascular cerebral
- Norma n.º 037/2012 de 30/12/2012 - Revascularização miocárdica: acompanhamento hospitalar e em cuidados de saúde primários.
- Norma n.º 026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013 - Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial.
- Norma n.º 020/2011 de 28/09/2011 atualizada a 19/03/2013 - Hipertensão Arterial: definição e classificação.
- Norma n.º 005/2014 de 19/03/2013 - Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation).
- Norma n.º 066/2011 de 30/12/2011 atualizada a 30/05/2013 - Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação de Dislipidemias
- Norma n.º 014/2011 de 14/07/2011 atualizada a 08/07/2013 - Utilização e seleção de Antiagregantes Plaquetários em Doenças Cardiovasculares.
- Norma n.º 019/2011 de 28/09/2011 atualizada a 11/07/2013 - Abordagem terapêutica das dislipidemias.



Documentos de interesse:

- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – Orientações Programáticas - Documento publicado em www.dgs.pt a 05/09/2012.
- Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro – Cardiovasculares 2009-2012.
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013*. Lisboa. Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/documentacao-de-referencia.aspx>.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2009). *Terapêutica antitrombótica da fibrilhação auricular*. Lisboa. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6B7EB2F9-CF0B-4368-A073-01C0D72998E1/0/TerapeuticaAntitromboticaFibrilhacaoAuricular.pdf>.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2009). *Reabilitação cardíaca: Realidade nacional e recomendações clínicas*. Lisboa. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/466A7B26-7BB4-48D9-9DC1-FBAE234AA579/0/ReabilitacaoCardiaca.pdf>.
- WHO (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva. Disponível em http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/index.html.
- WHO (2013). *A global brief on Hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Geneva. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.

5.4. Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas

5.4.1. Área de Intervenção na Prevenção da Doença Oncológica

As doenças oncológicas constituem hoje um enorme problema de saúde pública²²² pela incidência e prevalência manifestadas, pela alta mortalidade a si associadas e pelas repercussões sociais e económicas. Estes indicadores decorrem da investigação epidemiológica e estatística estruturada a partir dos registos de cancro populacionais e hospitalares, que permitirão uma identificação/quantificação regular de informação pertinente na doença oncológica²²³.

A luta contra o cancro é realizada através de uma associação das várias medidas preventivas disponíveis, iniciando-se, numa perspetiva da história natural da doença, na educação para a saúde e finalizando-se nos cuidados terminais e paliativos. Na prevenção primária sobressai a transmissão da informação e consciencialização individual e coletiva que permita a manutenção da saúde e evitar os fatores de risco conhecidos e manipuláveis, como o sedentarismo, o tabagismo, a alimentação desequilibrada e o abuso do consumo de álcool²²⁴.

Devido a uma limitada especificidade e causalidade dos vários fatores de risco identificados, haverá necessidade de uma atenção especial ao diagnóstico precoce de cancro e ao desenvolvimento dos programas de rastreio organizados de base populacional para os quais, a cada momento, haja evidência científica da sua eficácia, eficiência e efetividade. Estas atividades, que permitem uma apresentação clínica e/ou anatomopatológica mais favorável, um tratamento menos agressivo, uma maior sobrevivência e uma menor mortalidade, poderão melhorar os indicadores comunitários e individuais observados numa população.

No entanto, todas estas atividades deverão estar enquadradas num programa global de controlo e garantia de qualidade, nas várias valências de acessibilidade, tratamento

²²² Barros, H. & Lunet, N. (2006). *Cancro: Uma perspetiva de Saúde Pública*. *Arquivos de Medicina*, 20(1), 31-36.

²²³ International Agency for Research on Cancer (1991). *Cancer registration: Principles and methods*. Lyon. Disponível em <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp95/SP95.pdf>, consultado a 11 de outubro de 2013.

²²⁴ George, F. (2012). Causas de morte em Portugal e desafios na prevenção. *Ata Médica Portuguesa* 25(2), 61-63.



atempado, adequado e de qualidade, controlo regular, interligação das estruturas, monitorização e avaliação dos resultados.

Não sendo sempre possível atrasar ou impedir a progressão da doença, haverá que construir (ou aproveitar) estruturas físicas, sociais e medicalizadas que permitam a melhor qualidade de vida possível em cada momento.

O Centro de Oncologia dos Açores, no âmbito da sua missão organicamente consagrada, atua na prevenção primária (*educação para a saúde – tabagismo; alcoolismo, sedentarismo; nutrição; etc*), na prevenção secundária (*programas organizados de rastreio, de base populacional*) e no diagnóstico precoce da patologia oncológica cabendo-lhe, também, as tarefas de conceção, execução e coordenação do registo oncológico nos Açores.

De acordo com dados do Registo Oncológico Regional dos Açores (RORA)²²⁵, disponibilizados em dezembro de 2013, no quinquénio 2007-2011, foram diagnosticados um total de 5212 novos casos (excluindo a localização topográfica C44 – pele não melanoma), dos quais 3129 (60,0%) nos homens e 2083 (40,0%) nas mulheres, o que corresponde a uma média de cerca de 1043 novos casos de cancro por ano: 626 no sexo masculino e 417 no sexo feminino.

Nos homens, os tumores malignos mais frequentes foram: próstata (698 novos casos; 22,3% do total de cancros), traqueia, brônquios e pulmão (553; 17,7%), cólon e reto (270; 8,6%), bexiga (209; 6,7%) e estômago (161; 5,1%).

Nas mulheres, os tumores malignos mais frequentes foram: mama (609 novos casos; 29,2% do total de cancros), cólon e reto (208; 10,0%), corpo do útero (148; 7,1%), estômago (96; 4,6%) e linfoma não Hodgkin (88; 4,2%).

Assim, analisando a evolução da incidência do cancro na RAA, nos últimos quinquénios, verifica-se que esta tem vindo a aumentar, apresentando, nomeadamente, 4020 novos casos entre 1997 e 2001, 4509 novos casos entre 2002 e 2006 e 5212 novos casos entre 2007 e 2011. Sublinha-se que, o diagnóstico precoce da

²²⁵ Disponível em http://estatistica.azores.gov.pt/conteudos/Relatorios/lista_relatorios.aspx?idc=29&idsc=3572&lang_id=1, consultado a 11 de dezembro de 2013.



patologia oncológica, promovido pelos rastreios organizados na Região deve ser considerado na análise deste aumento da incidência de novos casos, designadamente no que respeita ao quinquénio 2007-2011.

À Comissão Oncológica Regional (COR), designada pelo Despacho n.º 509/2010, de 17 de Maio, e tendo em conta o delineado como competência desta na alínea e) do referido despacho - *Promover a articulação entre o Centro de Oncologia dos Açores (COA), os Hospitais, EPE e Unidades de Saúde de Ilha/Centros de Saúde do Serviço Regional de Saúde (SRS), nas respetivas áreas de atuação, de modo a que a referência dos doentes seja eficaz e se atinja um maior desenvolvimento das iniciativas locais para a execução do PRS* - cabe a consolidação da rede de referência oncológica fazendo a avaliação/diagnóstico da realidade atual com elaboração de projeto, debate e aprovação e respetiva publicação em dispositivo legal.

No âmbito do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020, cabe ao COA desenvolver os seguintes programas e ações:

Prevenção primária da doença oncológica

Uma vez que a doença oncológica é um problema de saúde pública complexo, sendo necessárias abordagens transdisciplinares, nas quais a promoção da saúde e a prevenção da doença são eixos prioritários e transversais, a Área de Intervenção na Prevenção da Doença Oncológica interrelaciona-se com: a Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas, a Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares e com a Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de comportamentos de risco. No âmbito da prevenção primária, o maior desafio é encontrar as mensagens mais pertinentes para a mudança na consciência individual e coletiva, em relação aos grandes fatores de risco enraizados em hábitos, conceitos e culturas, propensos à patologia oncológica (consumo de tabaco; má alimentação; ausência de exercício físico; excesso de consumo de álcool; etc).



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores
Informar/Sensibilizar a população em geral para os malefícios do consumo de tabaco.	Realização de sessões de educação para a saúde, à população adulta, junto de empresas/organizações (públicas ou privadas) da Região.	-Nº de empresas (públicas ou privadas) envolvidas nas diferentes campanhas de informação/sensibilização -Nº de sessões efetuadas -Nº de pessoas abrangidas nas diferentes campanhas de informação/sensibilização -Aprovação de legislação regional que crie, no ensino regular oficial, uma disciplina de educação para a saúde -Nº de escolas que integraram a disciplina de Educação para a Saúde
	Realização de sessões de educação para a saúde, nas escolas, em parceria com as equipas de saúde escolar ²²⁶ .	
	Conceção/produção/divulgação de <i>spot</i> televisivo.	
Informar/Sensibilizar a população em geral para a importância de uma alimentação saudável na prevenção de doenças oncológicas.	Realização de sessões de educação para a saúde, à população adulta, junto de empresas/organizações (públicas ou privadas) da Região.	
	Realização de sessões de educação para a saúde, nas escolas, em parceria com as equipas de saúde escolar.	
	Conceção/produção/divulgação de <i>spot</i> televisivo.	
Informar/Sensibilizar a população em geral para a importância da prática regular de exercício físico na prevenção de doenças oncológicas.	Realização de sessões de educação para a saúde, à população adulta, junto de empresas/organizações (públicas ou privadas) da Região.	
	Realização de sessões de educação para a saúde, nas escolas, em parceria com as equipas de saúde escolar.	
	Conceção/produção/divulgação de <i>spot</i> televisivo.	
Informar/Sensibilizar a população alvo²²⁷ para a importância da Vacinação com a vacina HPV na prevenção do cancro do colo do útero.	Realização de sessões de educação para a saúde, à população adulta, junto de empresas/organizações (públicas ou privadas) da Região.	
	Realização de sessões de educação para a saúde, nas escolas, em parceria com as equipas de saúde escolar.	
	Conceção/produção/divulgação de <i>spot</i> televisivo.	
Fomentar a literacia em saúde.	Conceção de uma proposta de legislação regional que crie, no ensino regular oficial, uma disciplina de educação para a saúde.	
	Seleção de conteúdos programáticos direcionados para o tabagismo, alcoolismo, nutrição e exercício físico (2014).	

²²⁶ De acordo com o eixo estratégico do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo: Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens.

²²⁷ Sexo feminino dos 16 aos 45 anos de idade, indivíduos do sexo masculino dos 16 aos 26 anos de idade e crianças e adolescentes entre os 9 e os 15 anos de idade in [Gardasil, INN-Human Papillomavirus Vaccine \[Types 6, 11 ... - Europa www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document.../WC500021142.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document.../WC500021142.pdf), consultado a 23 de outubro 2013.



Prevenção secundária da doença oncológica

1-Registo Oncológico Região Açores (RORA)

Um dos elementos fundamentais na tomada de decisões em políticas de saúde oncológica reside na existência, exaustividade, qualidade e publicitação dos dados de incidência numa população, numa determinada Região e num dado período de tempo.

Estas informações permitem o conhecimento de uma realidade e a monitorização e avaliação das medidas preventivas implementadas e a implementar. Sem informação atualizada e de qualidade não é possível prever e monitorizar a eficácia das ações a implementar em Oncologia. Muita da informação necessária já se encontra introduzida em diversas bases de dados e, a curto prazo, novos dados estarão disponíveis, particularmente com os certificados de óbito eletrónicos.

O RORA pressupõe a existência de uma estrutura logística centralizada, dependente das instituições de saúde governamentais, com capacidade de receção, tratamento e análise dos resultados de incidência, sobrevivência, letalidade e mortalidade. Poderá, também, ter objetivos de controlo e garantia de qualidade das intervenções a nível da história natural do cancro. Exige que as fontes de informação forneçam, em tempo útil, os dados necessários para a prossecução dos seus objetivos, seja numa perspetiva de colheita passiva, ativa ou mista.

Registo Oncológico Região Açores (RORA)

Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores
<p>Fazer o registo, a vigilância e a investigação epidemiológicas da doença oncológica nos Açores.</p>	Proposta de Revogação da Portaria n.º 36/93, de 15 de Julho.	<p>-Divulgação e publicação dos registos relativos à doença oncológica nos Açores -Nº de profissionais qualificados com formação sobre Epidemiologia e Registo de Cancro</p>
	Publicação dos dados da incidência até 2014.	
	Recolha, para processamento, de informação remota, para determinação da incidência (período 1990/1996).	
	Divulgação do indicador sobrevida para os dez cancros mais comuns (cólon, reto, estômago, fígado, pulmão, mama, ovário, colo do útero, próstata e leucemias em crianças e adolescentes), no âmbito da participação do RORA no Concord 2 (estudo internacional liderado pela London School of Hygiene and Tropical Medicine), (2014, 2015,2016).	
	Participação em estudos internacionais e divulgação dos resultados (“Cancer Incidence in Five Continents”, “International Incidence of Childhood Cancer”, etc).	
	Formação a profissionais qualificados sobre a Epidemiologia e Registo de Cancro - Princípios e Metodologias.	



2-Rastreio Organizado de Cancro de Mama nos Açores (ROCMA)

Com uma incidência, na altura, de cerca de 100 novos casos/ano de cancro de mama nos Açores, o arranque e desenvolvimento de um programa de rastreio de base populacional, revelou-se prioritário. O ROCMA iniciou-se em novembro de 2008. Tem como população-alvo as mulheres açorianas na faixa etária 45/74 anos. Tem como exame de referência a mamografia, efetuada de 2 em 2 anos, com dupla incidência e com dupla leitura. Os exames são executados com tecnologia de ponta, sujeita a um efetivo controlo de qualidade. Na 1.ª volta (2009/2010) obteve-se uma taxa de participação de 51,4% e, na 2.ª, de 62,3%. A 31 de dezembro de 2013, concluiu-se a 1ª metade da 3ª volta do ROCMA, com uma taxa de participação, de 69,1%.

Rastreio Organizado de Cancro de Mama nos Açores (ROCMA)

Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores
Obter taxa de participação para a 3ª volta (2013/2014) de 65% e na 4ª volta (2015/2016) de 67,5%.	Programação anual das duas unidades móveis por concelho e freguesia.	-População abrangida
	Execução da 3ª (2013/2014) e 4ªs voltas (2015/2016).	-População rastreável
	Atualização e divulgação do manual executivo (2014).	-Taxa de participação (3ª e 4ª volta)
	Monitorização dos resultados da 2ª volta.	-Taxa de aferição
	Obtenção e instalação de uma nova aplicação informática (2014).	-Nº de rastreios efetuados
	Reforço da segurança e a celeridade do processo de leitura das mamografias de rastreio (2014).	-Nº de casos identificados por estado de evolução da doença
	Reforço da capacidade de armazenamento das imagens (2014).	-Nº de casos identificados provenientes do ROCMA
	Desenvolvimento de contratos programa/ROCMA (2014,2015,2016).	-Tempo decorrido entre o início do diagnóstico e o início do tratamento
	Atualização dos protocolos de colaboração entre as unidades de saúde do SRS e o COA (2014).	-Nº de consultas
Desenvolvimento de estratégias que visem a obtenção, por doação, de uma nova unidade móvel de rastreio, com mamógrafo digital direto (2014), tendendo a integral conformidade tecnológica do ROCMA.	-Nº de atos de diagnóstico	
		-Nº de atos de terapêutica
		-Proporção de mulheres entre os 45 e os 74 anos, com mamografia registada nos últimos 2 anos



3-Rastreio Organizado de Cancro de Colo do Útero nos Açores (ROCCA)

O início do rastreio de cancro do colo do útero nos Açores ocorreu a meados de 2010, pese embora algumas unidades de saúde terem começado mais tarde. Tem como população-alvo as mulheres açorianas na faixa etária 25-64 anos e, como exame de referência, a citologia ginecológica, efetuada de três em três anos e processada em laboratório credenciado. O programa está sujeito a um efetivo controlo de qualidade. Considerando o início tardio nalgumas unidades de saúde, a conclusão da 1ª volta foi fixada para 31 de dezembro de 2013, tendo obtido uma taxa global de participação de 41,86%.

Rastreio Organizado de Cancro do Colo do Útero nos Açores (ROCCA)

Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores
Obter taxa de participação para a 2ª volta (2014/2015/2016) de 55%.	Execução da 2ª volta (2014/2015/2016).	-População abrangida -População rastreável
	Reforço do envolvimento institucional e profissional no desenvolvimento do programa (2014-2016).	-Taxa de participação (2ª volta) -Taxa de aferição
	Campanha, em articulação com as USI, de informação/sensibilização/mobilização da população alvo.	-Nº de rastreios efetuados -Nº de casos identificados por estado de evolução da doença
	Monitorização da 1ª volta (2014).	-Nº de casos identificados provenientes do ROCCA
	Celebração de protocolo de colaboração com o HSEIT e atualização dos protocolos com as USI (2014).	-Tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento
	Elaboração da versão definitiva do manual executivo (2014).	-Nº de consultas -Nº de atos de diagnóstico
	Aperfeiçoamento da aplicação informática, nomeadamente para as tarefas de monitorização (2014).	-Nº de atos de terapêutica
	Aperfeiçoamento/atualização das listagens da população alvo (2014).	-Proporção de mulheres entre os 25 e os 64 anos, com colpocitologia atualizada (<i>uma em três anos</i>)
Desenvolvimento de contratos programa ROCCA (2014/2015/2016).		

4-Rastreio Organizado de Cancro de Cólon e Reto nos Açores (ROCCRA)

O cancro colo-retal nos Açores tem uma incidência de 95 novos casos por ano. É um tipo de patologia onde se adequam os critérios necessários ao desenvolvimento de um programa organizado de base populacional. Foram promovidas no âmbito do PRS 2009/2012, várias diligências preparatórias do arranque deste novo programa de rastreio, estando reunidas as condições para o seu arranque e desenvolvimento deste PRS.

A população alvo será o universo de homens e mulheres na faixa etária 50/69 anos e o exame de referência a pesquisa de sangue oculto nas fezes (método imunológico) seguido, nos casos positivos, de colonoscopia total.

Será executado de 2 em 2 anos pelo COA e envolverá a colaboração de todas as unidades de saúde – unidades de saúde de ilha a montante, e hospitais da RAA a jusante.

O Despacho nº 25/2014, publicado a 13 de janeiro, aprovou a metodologia de desenvolvimento e envolvimento das unidades de saúde do SRS na implementação do deste rastreio na Região. Ainda em janeiro de 2014, arrancou a experiência piloto do ROCCRA, na ilha do Faial.

Rastreio Organizado de Cancro do Cólon e Reto nos Açores (ROCCRA)

Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores
Obter taxa de participação para a 1ª volta de 50%.	Celebração de protocolos de colaboração com as USI e Hospitais Regionais (2014).	-População abrangida -População rastreável
	Contratualização de serviços e aquisição de consumíveis (2014).	-Taxa de participação (1ª volta) -Taxa de aferição
	Aprovação do manual executivo provisório (2014).	-Nº de rastreios efetuados
	Instilação e ensaio de nova aplicação informática (2014).	-Nº de casos identificados por estado de evolução da doença -Nº de casos identificados provenientes do ROCCRA
	Apuramento/atualização das listagens da população alvo (2014-2016).	-Tempo decorrido entre o início do diagnóstico e o início do tratamento
	Execução da 1ª volta (2014/2015) e do 1º ano da 2ª volta (2016).	-Nº de consultas
	Promoção de campanha de informação, sensibilização e mobilização da população alvo (2014).	-Nº de atos de diagnóstico -Nº de atos de terapêutica
	Definição de contratos programa ROCCRA (2014/2015/2016).	-Proporção de inscritos com idade entre os 50 e os 69 anos, com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado
	Monitorização e avaliação da 1ª volta (2016).	



Normas/Circulares/Orientações:

- Despacho n.º 509/2010 de 17 de Maio de 2010 - Cria a Comissão Oncológica Regional.

Documentos de interesse:

- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Orientações Programáticas - Documento publicado em www.dgs.pt a 05/09/2012.
- Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2009-2012.
- WHO (2004). *IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans - Tobacco smoke and involuntary smoking*. Disponível em <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83.pdf>. Lyon.
- WHO (2002). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html>.

5.4.2. Área de Intervenção no Tratamento da Doença Oncológica

O tratamento da pessoa com doença oncológica é da responsabilidade de todas as instituições de saúde, com especial ênfase para os Hospitais, não obstante a abordagem do doente oncológico dever ser feita numa perspetiva integrada, pelo que as estruturas existentes na RAA devem agir numa lógica de complementaridade de recursos, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido é prioritário que a rede de referenciação em oncologia seja efetiva, de modo que possível oferecer os melhores cuidados disponíveis e a permitir a melhor rentabilização dos recursos existentes no âmbito regional e nacional.

A abertura do Centro de Radioterapia dos Açores, será crucial na adequação aos tratamentos primário, adjuvante e paliativo dos doentes oncológicos.

A estruturação das consultas transdisciplinares constitui um dos objetivos primordiais na atividade hospitalar em Oncologia. Para além da Oncologia Médica, Hematologia, e Anatomia Patológica, outras especialidades médicas e cirúrgicas, assim como os profissionais de enfermagem, desempenham um papel crucial no diagnóstico e tratamento do doente oncológico.

A definição e adoção de protocolos de diagnóstico e terapêutica, baseados na evidência disponível, com a finalidade de garantir uma maior qualidade e equidade dos cuidados prestados, permitindo que problemas iguais tenham abordagens idênticas, independentemente do local em que o doente é tratado, melhorando também a definição dos tempos úteis para o acesso à consulta, realização de exames complementares, diagnóstico e tratamento.

A prestação de cuidados às crianças com doença oncológica está sob a responsabilidade dos Serviços de Pediatria dos Hospitais, EPE. Neste âmbito, importa dar prioridade à dotação dos serviços de saúde da Região com recursos humanos e



materiais capazes de dar resposta às necessidades das crianças com este tipo de patologia.

A integração das metodologias adequadas à investigação epidemiológica e em investigação Oncológica constitui um passo fundamental na melhoria do conhecimento integrado desta patologia e contributos para a realização de rastreios de base populacional.

A integração dos dados obtidos nos rastreios e no RORA, com as informações investigacionais obtidas, e ainda com as múltiplas variáveis fornecidas pelas bases de dados hospitalares, permitirá análises mais aprofundadas da realidade local, permitindo uma melhoria no planeamento da saúde.

A operacionalização desta área irá ser efetuada da seguinte forma:



Objetivos	Ações a desenvolver	Indicadores
Reduzir a morbilidade e mortalidade por cancro.	Melhoramento da qualidade e rapidez do diagnóstico laboratorial e radiológico promovendo a implementação de protocolos de atuação comuns de tratamento.	<p>-Nº de utentes com doença oncológica em terapia nos hospitais da Região</p> <p>-Nº de utentes com doença oncológica em Radioterapia em São Miguel</p> <p>-Nº de utentes com doença oncológica referenciados para unidades de saúde fora da RAA</p> <p>-Nº de utentes oncológicos na Rede de cuidados continuados integrados</p> <p>-Nº de utentes oncológicos seguidos pelas equipas de Cuidados Paliativos</p>
	Definição de estratégias e circuitos na RAA para o diagnóstico precoce nas patologias mais frequentes.	
	Reforço das consultas de risco, que já se efetuam nos Hospitais, EPE do SRS, no âmbito do risco de cancro hereditário e familiar.	
	Promoção da transdisciplinaridade no diagnóstico e planeamento da terapêutica do doente oncológico.	
	Implementação do Centro de Radioterapia dos Açores.	
Melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos utentes com doença oncológica com os cuidados de saúde prestados.	Dinamização da rede de Cuidados Continuados na RAA (consultar área de intervenção nos Cuidados Paliativos).	<p>-Nº de utentes oncológicos na Rede de cuidados continuados integrados</p> <p>-Nº de utentes oncológicos seguidos pelas equipas de Cuidados Paliativos</p>
	Operacionalização da rede de Cuidados Paliativos (consultar área de intervenção nos Cuidados Paliativos).	
Promover a Investigação Científica, articulando devidamente os múltiplos e variados levantamentos, abordagens transversais e estudos epidemiológicos (nomeadamente o RORA, rastreios, sondagens, inquéritos, tratamentos bioestatísticos, ocupacionais, ecológicos, genéticos, comportamentais, etc.) com a atividade de investigação que tem vindo a ser desenvolvida.	Alargamento aos Hospitais do SRS da introdução de dados no RORA.	<p>-Nº de utentes oncológicos seguidos pelas equipas de Cuidados Paliativos</p>
	Estabelecimento de protocolos com a Universidade dos Açores.	
	Estabelecimento de protocolos com o COA.	



Normas/Circulares/Orientações:

- Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A - Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores.
- Norma n.º 015/2012 da DGS, de 19/12/2012 - Seguimento das Doentes Tratadas por Cancro Invasivo do Colo do Útero.
- Norma n.º 018/2012 da DGS, de 21/12/2012 - Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero.
- Norma n.º 025/2012 da DGS, de 27/12/2012 - Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento do Adenocarcinoma Colo-Rectal.
- Norma n.º 028/2012 da DGS, de 28/12/2012 - Tratamento do Cancro da Mama Metastático.
- Norma n.º 039/2012 da DGS, de 30/12/2012 - Tratamento Primário do Cancro Invasivo do Colo do Útero

Documentos de interesse:

- Lei de Bases de Cuidados Paliativos - Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.
- Plano de Ação para a Reestruturação do Serviço Regional de Saúde (Setembro de 2013).
- Circular Normativa n.º: 14/DGC da DGS, de 13/07/04 - Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas (s/d). *Recomendações nacionais para diagnóstico e tratamento do cancro da mama*. Disponível em <http://www.dgs.pt/pesquisa.aspx?v=e8c8d2e8-3502-4c73-832b-3053b93d3ffb>.
- Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas (s/d). *Recomendações nacionais para diagnóstico e tratamento do cancro do pulmão*. Disponível em <http://www.dgs.pt/pesquisa.aspx?v=e8c8d2e8-3502-4c73-832b-3053b93d3ffb>.
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2013). Portugal - *Doenças Oncológicas em números – 2013*. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa. Disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=2>.



- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Guia de apoio à mulher com cancro da mama*. Lisboa. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006361.pdf>.
- WHO (2007). *The World Health Organization's fight against cancer: Strategies that prevent, cure and care*. Geneva. Disponível em <http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb.pdf>.
- Grupo Português Génito-Urinário (2013). *Recomendações clínicas no tratamento do carcinoma da próstata*. Disponível em <http://www.sponcologia.pt/wp-content/uploads/2013/04/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-Cl%C3%ADnicas....pdf>.



6. Indicadores do PRS 2014-2016 – Extensão a 2020

O objetivo fundamental do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020 é a obtenção de ganhos em saúde²²⁸ para a população da RAA através da identificação de ganhos potenciais em saúde²²⁹, isto é, através do reconhecimento das áreas prioritárias de intervenção, tendo em consideração os recursos disponíveis para os alcançar.

O critério para a identificação de ganhos potenciais em saúde utilizado, identificou áreas nas quais existem maiores desigualdades entre níveis. Estão assim identificadas diferentes prioridades:

- **ÁREAS PRIORITÁRIAS NACIONAIS** são aquelas em que Portugal se encontra com maior intervalo (gap) relativamente a outros países com melhores valores;
- **ÁREAS PRIORITÁRIAS REGIONAIS** são aquelas em que a Região se encontra com um maior intervalo relativamente a outras regiões nacionais com melhores valores;
- O mesmo processo se aplica na definição de áreas prioritárias locais ou institucionais, utilizando-se como referência a unidade do mesmo nível, equiparável, com melhor valor.

A análise da mortalidade prematura por causas evitáveis, sensíveis à prevenção primária²³⁰ e a cuidados de saúde²³¹, permite identificar essas áreas de intervenção, designadamente através do reconhecimento das causas que registam maior número de APVP.

²²⁸“...resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução” -PNS 2012-2016. Objetivo 1 – Obter ganhos em saúde. P. 2.

²²⁹ “...são os que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis. São calculados, considerando a evolução temporal a nível nacional, regional ou local, numa lógica de redução das desigualdades.” - PNS 2012-2016. Objetivo 1 – Obter ganhos em saúde. P. 2.

²³⁰ Cancro da traqueia, brônquios e pulmão, cirrose do fígado, acidentes com veículos a motor, VIH-SIDA, suicídio (OCDE, 2011 *in* PNS 2012-2016).

²³¹ Infeções intestinais, tuberculose, outras infeções (difteria, tétano, poliomielite), septicemia, tumores malignos do cólon e reto, pele, mama feminina, colo do útero e testículo, doença de Hodgkin, leucemia, doença da tiroide, Diabetes *Mellitus*, epilepsia, doença reumática crónica do coração, doença hipertensiva, DIC, AVC, doença respiratória, úlcera péptica, apendicite, hérnia abdominal, colelitíase e colecistite, nefrite e nefrose, complicações da gravidez, parto e puerpério, morte materna, situações originadas no período perinatal, anomalias congénitas do aparelho circulatório, acidentes em doentes durante procedimentos médicos ou cirúrgico (OCDE, 2011 *in* PNS 2012-2016).



Tendo em consideração os dados disponíveis à data, referentes a 2011, destacam-se, por ordem decrescente de Taxa de APVP, na RAA: acidente de transporte; tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão; doenças cerebrovasculares; tumor maligno da mama feminina; tumor maligno do estômago; doença crónica do fígado; diabetes *mellitus*; tumor maligno do cólon, reto e ânus; tumor maligno do colo do útero e pneumonia.

As **Metas** são definidas como *expectativas de percurso e de valores a alcançar*. O estabelecimento das metas do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020 baseou-se no pressuposto de que este processo deve obedecer a regras transversais aos vários níveis (nacional, regional, local e institucional), de modo a manter a coerência e a cadeia de criação de valor entre níveis. Pretende-se, deste modo, que as metas traçadas neste PRS, expressem o resultado de melhorias, articuladas a nível local, regional e nacional. Assim, seguiram-se as etapas que constam no Quadro 26 para o estabelecimento das metas relativas aos indicadores previstos para avaliação do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020, no que respeita a ganhos em saúde e ao estado de saúde e desempenho do sistema de saúde na RAA, cujos valores (observados, projetados e metas) se apresentam nos Quadros 27 e 28.

Quadro 26. Etapas desenvolvidas para o estabelecimento das metas do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020

Indicadores	Fonte	Método de cálculo das metas
<p>APVP por acidentes de transporte terrestre; tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão; doenças cerebrovasculares; tumor maligno da mama feminina; tumor maligno do estômago; doença crónica do fígado; diabetes mellitus; tumor maligno do cólon, reto e ânus; tumor maligno do colo do útero e pneumonia (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)</p> <p>Mortalidade por tumor maligno da mama feminina; colo do útero; cólon e reto; estômago; doença isquémica cardíaca; doenças cerebrovasculares; acidentes de trânsito com veículos a motor; suicídio antes dos 65 anos (/100000 hab)</p>	INE/DES/CV (2002-2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicou-se, aos dados disponíveis, uma regressão exponencial, considerado como o método estatístico mais adequado às características dos mesmos, tendo sempre presente que a projeção de indicadores é uma simples estimativa da continuidade da tendência da evolução desse indicador; • Identificou-se, a nível regional, a unidade com melhor desempenho como referência orientadora; • Cálculo da meta através da redução progressiva até 50% das diferenças em 2016, entre a projeção calculada para a RAA e a Região de saúde com o melhor desempenho do indicador. • Por não existirem, à data da publicação da extensão deste PRS, dados das regiões para determinação da unidade com melhor desempenho, o cálculo da meta para 2020 será realizado posteriormente. No entanto, é estimado que a meta para 2020 seja sempre melhor ou igual à estimada para 2016, por via da continuidade da implementação das ações previstas no plano.
<p>Esperança de vida à nascença (anos) Esperança de vida aos 65 anos (anos) Médicos (/100000 hab.) Enfermeiros (/100000 hab.) Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (/100000 hab.) Consultas de Medicina Familiar (/hab./ano) Consultas médicas hospitalares (/hab./ano) Atendimentos em urgências hospitalares (/1000 hab./ano) Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas</p>	SREA - Anuários Estatísticos (2001-2011) /DRS	
<p>Nascimentos pré-termo (/100 nados vivos) Crianças com baixo peso à nascença (/100 nados vivos) Partos por cesariana (/100 nados vivos)</p>	SREA/DRS (2000-2011)	



Nascimentos em mulheres adolescentes (/100 nados vivos) Porcentagem de nascimentos em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos)		
Mortalidade infantil (/1000 nados vivos)	INE (2001-2012)	
Taxa de incidência de tuberculose (/100000 hab)	DRS/DSCS	
Taxa incidência de VIH/SIDA (/100000 hab)	DDI - URVE (Situação em 31-12-2012)	
Porcentagem de crianças com 6 anos livres de cáries Índice de CPOD aos 12 anos Índice de CPOD aos 15 anos	Os valores utilizados referem-se a dados de 1999 [Direcção-Geral da Saúde (2000). Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada] e de 2005 [Direcção-Geral da Saúde (2008). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais].	<ul style="list-style-type: none"> • Não foi possível o cálculo da projecção para 2016 dada a inexistência de uma série temporal de dados que permitisse a aplicação do método de regressão exponencial; • Identificou-se, a nível regional, a unidade com melhor desempenho como referência orientadora; • Cálculo da meta através da redução de 50% das diferenças em 2016, entre o último valor disponível para a RAA e a Região de saúde com o melhor desempenho do indicador.
Porcentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem tabaco Porcentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem álcool Porcentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem álcool Porcentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem cannabis	Os valores utilizados referem-se a dados de 2006 e 2011 (Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 – 3º Ciclo e Secundário. Instituto da Droga e da Toxicoddependência).	<ul style="list-style-type: none"> • Por não existirem, à data da publicação da extensão deste PRS, dados das regiões para determinação da unidade com melhor desempenho, o cálculo da meta para 2020 será realizado posteriormente. No entanto, é estimado que a meta para 2020 seja sempre melhor ou igual à estimada para 2016, por via da continuidade da implementação das ações previstas no plano.
Porcentagem de crianças com 6/8 anos obesas Porcentagem de crianças com 6/8 anos com excesso de peso	Os valores utilizados referem-se a dados de 2007/2008 [INSA (2010). COSI Portugal 2008] e 2009/2010 [INSA (2012). COSI Portugal 2010], tendo em consideração o critério da CDS.	
Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos (%) Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos (%)	Os valores utilizados referem-se a dados de 2010/2011 e 2011/2012 (Relatórios de Avaliação dos PASE da RAA).	



Indicadores de Ganhos em Saúde

Quadro 27. Indicadores de ganhos em saúde e respetivos valores (observados, projetados e metas) na RAA.

Indicador	Valores RAA		Projeção RAA 2016	Melhor valor (PNS 2016)		Proposta de Meta para a RAA – 2016 (redução de 50%)	Proposta de Meta para a RAA – 2020 (c)
	2001 (a)	2011 (a)		Valor em 2009 (b)	Projeção		
Área: Mortalidade (Taxas de APVP por 100 000 hab)							
APVP por acidentes de transporte terrestre (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	555,8	438,9	379,8	173,0	73,8 (R. Norte)	226,8	≤226,8
APVP por doença crónica do fígado (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	226,9	109,2	173,8	97,7	73,8 (R. LVT)	123,8	≤123,8
APVP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	307,1	307,5	310,4	102,9	97,8 (R. Alentejo)	204,1	≤204,1
APVP por tumor maligno do estômago (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	69,9	125,9	117,2	-	-	117,2	≤117,2
APVP por tumor maligno do colo do útero (/100000 mulheres abaixo dos 70 anos)	92,5	22,4	48,1	41	10,5 (R. LVT)	29,3	≤29,3
APVP por tumor maligno da mama feminina (/100000 mulheres abaixo dos 70 anos)	152,6	210,9	204,9	134,1	100,5 (R. Centro)	152,7	≤152,7
APVP por tumor maligno do cólon, reto e ânus (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	90,5	90,2	95,2	80,3	70,5 (R. Norte)	82,8	≤82,8
APVP por pneumonia (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	115,7	21,2	40,6	49,9	22,6 (R. Norte)	31,6	≤31,6
APVP por diabetes (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	124,9	91,4	98,0	26,1	10,5 (R. Algarve)	54,2	≤54,2
APVP por doenças cerebrovasculares (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	262,4	275,2	261,3	113,9	53,9 (R. Centro)	157,6	≤157,6

(a) Ou ano mais próximo.

(b) Apresenta-se, para cada Região com a melhor projeção no PNS 2012-2016, o último valor considerado para o seu cálculo, referente a 2009.



- (c) Por não existirem, à data da publicação da extensão deste PRS, dados das regiões para determinação da unidade com melhor desempenho, apresentam-se metas para 2020 pelo menos com o mesmo valor ou melhor relativamente a 2016, por via da continuidade da implementação das ações previstas no plano.

Indicadores do estado de Saúde

Quadro 28. Indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde e respetivos valores (observados, projetados e metas) na RAA.

Indicador	Valores RAA		Projeção RAA 2016	Melhor valor (PNS 2016)		Proposta de Meta 2016 (redução de 50%)	Proposta de Meta – 2020 (c)
	2001 (a)	2011 (a)		Valor em 2009 (b)	Projeção		
Área: Mortalidade							
Esperança de vida à nascença (anos)	72,5	75,7	75,7	79	82 (R. LVT)	78,9	≥78,9
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	14,4	16,2	16,2	18,5	20,2 (R. LVT)	18,2	≥18,2
Área: Morbilidade							
Nascimentos pré-termo (/100 nados vivos)	5,6	6,1	6,3	8,1	9 (R. Algarve)	6,3	≤6,3
Crianças com baixo peso à nascença (/100 nados vivos)	8,1	7,8	7,6	8,3	8,3 (R. LVT)	7,6	≤7,6
Área: Qualidade							
Partos por cesariana (/100 nados vivos)	32,2	36,8	36,7	27,5	34,2 (R. Alentejo)	35,4	≤35,4
Área: Efetividade							
Nascimentos em mulheres adolescentes (/100 nados vivos)	11,2	8,2	8,1	3,8	2,3 (R. Centro)	5,2	≤5,2
Área: Mortalidade							
Mortalidade perinatal (/1000 nascimentos)	8,6	6	5,9	3,7	1,9 (R. Norte)	3,9	≤3,9
Mortalidade infantil (/1000 nados vivos)	5,1	6	4,9	3,3	1,5 (R. Norte)	3,2	≤3,2
Área: Mortalidade (Taxas de Mortalidade Padronizadas antes dos 65 anos)							
Mortalidade por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos (/100000 mulheres)	11,5	11,2	12,7	10,5	8 (R. Centro)	10,3	≤10,3
Mortalidade por tumor maligno do colo do útero	6,8	0,9	2,4	2,3	1,7 (R. Centro)	2	≤2



antes dos 65 anos (/100000 mulheres)					Norte)		
Mortalidade por tumor maligno do cólon e reto antes dos 65 anos (/100000 hab.)	10,7	4,7	4,7	6,9	6,6 (R. Norte)	3,7	≤3,7
Mortalidade por tumor maligno estômago antes dos 65 anos (/100000 hab.)	5,9	6,5	7	-	-	7	≤7
Mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100000 hab.)	37,6	17,8	19,3	4,8	2,6 (R. Centro)	10,9	≤10,9
Mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos (/100000 hab.)	16,5	17,6	16	8,6	4,9 (R. Norte)	10,4	≤10,4
Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos (/100000 hab.)	14,8	10,1	8,4	5,4	3,5 (R. Norte)	5,9	≤5,9
Mortalidade por suicídio antes dos 65 anos (/100000 hab.)	9,2	13,8	11,5	3,7	5,1 (R. Norte)	8,3	≤8,3
Área: Morbilidade							
Taxa de incidência de tuberculose (/100000 hab)	13,7	11,8	9,4	-	-	9,4	≤9,4
Taxa incidência de VIH/SIDA (/100000 hab)	3,7	4,1	4,1	-	-	4,1	≤4,1
Percentagem de crianças com 6 anos livres de cáries	30,8	41,9	-	-	59,5 (R. Algarve)	50,7	≥50,7
Índice de CPOD aos 12 anos	4,5	2,1	-	-	0,8 (R. LVT)	1,4	≤1,4
Índice de CPOD aos 15 anos	6,4	3,8	-	-	1,8 (R. LVT)	2,8	≤2,8
Área: Determinantes de saúde/Fatores de Risco/Comportamentos							
Percentagem de nascimentos em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos)	11,4	16,6	16,5	-	-	16,5	≤16,5
Percentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem tabaco	29	36	-	-	26 (R. Centro)	31	≤31
Percentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem álcool	17	12	-	-	5 (R. Norte)	8,5	≤8,5



Percentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem álcool	42	29	-	-	18 (R. Norte)	23,5	≤23,5
Percentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem cannabis	25	30	-	-	19 (RAM)	24,5	≤24,5
Percentagem de crianças com 6/8 anos obesas	22,7	12,7	-	-	10,1 (R. Algarve)	11,4	≤11,4
Percentagem de crianças com 6/8 anos com excesso de peso	42	34,2	-	-	19,5 (R. Algarve)	26,8	≤26,8
Área: Acesso							
Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos (%)	81,2	73,5	-	57	92 (R. Algarve)	82,8	≥82,8
Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos (%)	74,2	65,8	-	47	69 (R. Norte)	67,4	≥67,4
Área: Eficiência							
Médicos (/100000 hab.)	168	209	210	447,6	471,3 (R. LVT)	340,7	≥340,7
Enfermeiros (/100000 hab.)	398	569	569	619,1	836,4 (R. Centro)	702,7	≥702,7
Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (/100000 hab.)	133,2	203	203	-	203 (RAA)	203	≥203
Consultas de Medicina Familiar (/hab./ano)	0,7	0,7	0,7	3,3	3,8 (R. Centro)	2,3	≥2,3
Consultas médicas hospitalares (/hab./ano)	0,6	1	1	1,5	2,6 (R. Norte)	1,8	≥1,8
Atendimentos em urgências hospitalares (/1000 hab./ano)	623,1	609,8	631	-	631 (RAA)	631	≤631
Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas	1	0,6	0,6	0,5	0,3 (R. Norte)	0,4	≤0,4

(a) Ou ano mais próximo.

(b) Apresenta-se, para cada Região com a melhor projeção no PNS 2012-2016, o último valor considerado para o seu cálculo, referente a 2009.



- (c) Por não existirem, à data da publicação da extensão deste PRS, dados das regiões para determinação da unidade com melhor desempenho, apresentam-se metas para 2020 pelo menos com o mesmo valor ou melhor relativamente a 2016, por via da continuidade da implementação das ações previstas no plano.

Nos Quadros 29 e 30, encontram-se os indicadores a desenvolver no âmbito do PRS 2014-2016 e a sua extensão a 2020, tratando-se de uma listagem de trabalho provisória e evolutiva.

Quadro 29. Lista de indicadores de ganhos em saúde a desenvolver.

Indicador
Área: Mortalidade
APVP por algumas afeções originadas no período perinatal (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
APVP por VIH/SIDA (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
APVP por Doença Respiratória (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Área: Morbilidade
Internamentos por diabetes (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Internamentos por asma (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Internamentos por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Internamentos por epilepsia e estado de grande mal epilético (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Internamentos por insuficiência cardíaca (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Internamentos por angina de peito (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Internamentos por hipertensão arterial (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Internamento por doenças atribuíveis ao álcool (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
Área: Incapacidade
Pensionistas de invalidez (/1000 hab. entre 18 e 64 anos)
Esperança de vida sem incapacidade à nascença (anos)
Esperança de vida sem incapacidade aos 65 anos (anos)
Anos de trabalho perdidos por incapacidade (anos)
Dias de ausência ao trabalho devido a doença (dias)
Área: Qualidade
Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro da mama (%)
Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro do colo do útero (%)
Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro do cólon e reto (%)
Utentes muito satisfeitos/satisfeitos com os serviços de saúde (%)
Área: Acesso
Utentes sem médico de família (%)
Consultas de gravidez no primeiro trimestre (%)
Utentes com primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas dentro do tempo de referência (%)
Operados com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantido (%)
Tempos de referência aos cuidados continuados (dias)



Quadro 30. Lista de indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde a desenvolver.

Indicador
Área: Mortalidade
Esperança de vida à nascença (anos), por sexo
Esperança de vida aos 65 anos (anos), por sexo
Esperança de vida saudável à nascença
Mortalidade abaixo dos 5 anos (/1000 nados vivos)
Mortalidade dos 5 aos 14 anos (/100000 hab.)
Mortalidade dos 15 aos 24 anos (/100000 hab.)
Mortalidade dos 25 aos 64 anos (/100000 hab.)
Mortalidade dos 65 aos 74 anos (/100000 hab.)
Mortalidade por SIDA antes dos 65 anos (/100000 hab.)
Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos (/100000 hab.)
Mortalidade por acidentes laborais (/100000 hab.)
Área: Morbilidade
População com diabetes (%)
População com asma (%)
População com hipertensão arterial (%)
População com dor crónica (%)
População com depressão (%)
Área: Determinantes de saúde/Fatores de Risco/Comportamentos
População consumidora diária de tabaco (%)
População consumidora de álcool (%)
População com excesso de peso (%)
População obesa (%)
Atividade física (minutos/dia)
Área: Eficiência
Despesa em medicamentos na despesa em saúde (%)
Médicos MGF (/100000 hab.)
Medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos (%)
Área: Qualidade
Consumo de analgésicos e antipiréticos em regime ambulatorio (CSP) (DDD/1000 hab./dia)
Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos em regime ambulatorio (CSP) (DDD/1000 hab./dia)
Consumo de antidepressivos em regime ambulatorio (CSP) (DDD/1000 hab./dia)
Consumo de antibacterianos em regime ambulatorio (CSP) (DDD/1000 hab./dia)
Área: Bem-Estar
População que avalia positivamente o seu Estado de Saúde (%)
Área: Contexto
Despesa corrente em cuidados de saúde pelo SRS, a preços correntes (total, por residente) (€)
Despesa corrente em cuidados de saúde pelas famílias, a preços correntes (€)
Despesa em saúde no PIB (%)



plano regional de
SAÚDE AÇORES



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE



7. Operacionalização do PRS 2014-2016 – Extensão a 2020

Entendeu o Governo Regional que o desenvolvimento da função de observatório de saúde por parte das Unidades de Saúde Pública das USI, permitiria um reforço do nível de decisão local, no que respeita à componente *informação e comunicação em saúde*, a qual se considera essencial, não só para a sustentabilidade do sistema de saúde, como da própria reestruturação do SRS que se encontra em curso.

Segundo a Circular da DGS nº 46/DSPCS, de 13/10/06, os Observatórios de Saúde são centros de trabalho e estudo que permitem observar e analisar de forma crítica, continuada e sistemática, a evolução dos indicadores de saúde, numa determinada população. Neste contexto, os Observatórios têm como missão reunir, produzir, processar e disponibilizar de forma sistemática, informação fiável e atualizada sobre a saúde e seus determinantes, designadamente:

- Produzem e disseminam informação sobre saúde, no âmbito da sua área geográfica, de modo a informarem e influenciarem as políticas públicas, quer a nível interno, monitorizando e avaliando as decisões e intervenções de âmbito local, quer a nível externo, influenciando as políticas de saúde globais;
- Têm como finalidade a melhoria da saúde da população e a garantia da equidade no acesso aos cuidados;
- Tendem a integrar pessoal técnico altamente qualificado e a equipa é de tamanho variável, sendo esta potenciada por um funcionamento em rede.

Para a implementação da função de Observatórios de Saúde por parte das Unidades de Saúde Pública, são necessários alguns requisitos, sendo o primeiro, e fundamental, o sinal político sobre a importância estratégica do desenvolvimento desta função para, não só a obtenção de ganhos em saúde como também para a sustentabilidade do Serviço Regional de Saúde.

Assim, determina-se a criação da Rede de Observatórios de Saúde de Ilha nos Açores (ROSAçores), composta por nove observatórios locais, a funcionar em cada USI **sob coordenação da DRS**. Estes observatórios são enquadrados no âmbito das funções das



Unidades de Saúde Pública das USI, unidades funcionais previstas nas respetivas orgânicas, as quais são detentoras das seguintes características:

A unidade de saúde pública organiza e assegura atividades no âmbito da proteção e promoção da saúde da comunidade, com incidência prioritária no meio ambiente, em geral, em meios específicos como as escolas e os locais de trabalho, bem como a prestação de cuidados de âmbito comunitário, designadamente no que se refere a grupos populacionais particularmente vulneráveis e problemas de saúde de grande impacte social.

Compete também à unidade de saúde pública o planeamento e a vigilância epidemiológica da saúde da população e dos seus determinantes e prestar colaboração em todas as atividades relativas ao planeamento em saúde.

A unidade de saúde pública abrange ainda o exercício dos poderes legalmente atribuídos às autoridades de saúde concelhia, nos termos e com os efeitos na legislação vigente sobre esta matéria.

A atividade da unidade de saúde pública é desenvolvida, nomeadamente, por médicos de saúde pública, enfermeiros, de preferência de saúde comunitária, técnicos de higiene e saúde ambiental e outros com habilitações adequadas, além de pessoal administrativo.

Outro requisito, é a existência de uma definição uniforme, consensual e clara das funções dos observatórios para que os mesmos se possam desenvolver e implementar a partir de um quadro de referência comum.

As principais atividades a desenvolver nos Observatórios de Saúde de Ilha são:

- Monitorizar a execução das orientações do PRS relativas às Estratégias Regionais de Saúde que dele fazem parte e, a médio prazo, avaliar a sua efetividade a nível local;
- Avaliar a perceção dos utentes relativamente à qualidade das práticas assistenciais;
- Contribuir para o diagnóstico de saúde da população da RAA através da identificação das necessidades de saúde da população da sua área de abrangência;



- Identificar lacunas na informação de saúde a nível local;
- Efetuar a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, das doenças não transmissíveis e no âmbito da saúde ambiental;
- Fazer recomendações face aos resultados obtidos e comunicá-las eficaz e eficientemente aos Conselhos de Administração das USI e à DRS.

Implícito ao desempenho destas funções, surge a garantia de autonomia técnica funcional. É necessário também a garantia do acesso a todos os sistemas de informação e bases de dados relevantes para o desempenho adequado e ágil destas funções.

Outro requisito a ter em conta será a dotação de recursos adequados, nomeadamente: recursos humanos diferenciados, garantia de formação específica aos profissionais das USP e garantia das necessárias condições materiais e estruturais.

Em termos de recursos humanos, as USI do SRS poderão alocar profissionais de saúde da própria instituição com formação/competências adequadas. Nomeadamente, o observatório poderá funcionar nos gabinetes de enfermagem comunitária das USI, onde estes já existirem, ou, no caso de não existirem, os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária que prestem cuidados nas USI poderão integrar estas estruturas. A dimensão da equipa dependerá da área de abrangência da unidade de saúde, considerando-se que, em USI compostas por mais de um Centro de Saúde, seria de ponderar a alocação de, pelo menos, um profissional por cada instituição. O responsável/responsáveis pelo Observatório de Saúde de Ilha recorrerá, sempre que necessário, aos profissionais que se preconiza desenvolverem atividades nas unidades de saúde pública, conforme orgânica das USI, assim como à equipa de consultores externos da DRS, composta pelos gestores dos Programas Regionais de Saúde 2009/2012, que, sendo especialistas em áreas de saúde específicas, constituirão também um importante recurso sempre que sejam necessários esclarecimentos técnicos para a implementação e desenvolvimento das intervenções que fazem parte do PRS.



Um último requisito será a garantia da necessária articulação interinstitucional a diferentes níveis (local, regional e nacional).

A monitorização e a compilação/avaliação dos dados provenientes dos Observatórios de Saúde de Ilha ficará a cargo da DRS, preconizando-se que a cada 4 meses se realizem reuniões de acompanhamento à execução do PRS 2014-2016 - Extensão a 2020.

Como os recursos humanos das USP e da ROSIAçores pertencem às respetivas USI, cabe a estas a definição de quem fará parte das mesmas e como se procederá à sua avaliação de desempenho.

O trabalho desenvolvido pela Rede de Observatórios de Saúde de Ilha contribuirá, por um lado, para conhecer com maior profundidade as necessidades de saúde da população residente nos Açores, proporcionando informação que será fundamental para a construção do *Diagnóstico de Saúde da População Açoriana*, por outro lado, impulsionará a execução das orientações das Estratégias Regionais de Saúde do PRS, facilitando igualmente a avaliação dos resultados, ganhos e impacto das intervenções preconizadas, contribuindo, desta forma, para o reconhecimento dos seus pontos fortes e para o desenvolvimento de novas e melhores formas de intervenção nas situações em que não se tenham verificado os resultados pretendidos, no intuito de obter mais qualidade na prestação de cuidados e mais saúde para os cidadãos.



8. Sustentabilidade Financeira do Sistema Regional de Saúde dos Açores

8.1. Enquadramento

A Secretaria Regional da Saúde, abreviadamente designada por SReS, é o departamento do Governo Regional que propõe e executa a política regional definida para as áreas da saúde, prevenção e combate às dependências, cuidados continuados e da proteção civil e bombeiros.

A SReS tem as seguintes atribuições:

- a) Assegurar as ações necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, proteção civil e bombeiros;
- b) Exercer, em relação aos serviços e instituições públicos das áreas da saúde, proteção civil e bombeiros, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção;
- c) Exercer funções de regulamentação, inspeção e fiscalização relativamente às atividades desenvolvidas pelo setor privado e social, no domínio da saúde e da proteção civil, incluindo os profissionais nele envolvidos;
- d) Elaborar, no quadro dos planos de desenvolvimento regional e de acordo com as grandes linhas de orientação definidas pelo Governo Regional, os planos setoriais nos domínios da sua atuação.

Os organismos dependentes do Serviço Regional de Saúde atuam nos seguintes domínios:

- Apoio na definição dos objetivos para o setor, implementação e monitorização das políticas de saúde e da estratégia global do setor, no âmbito do Serviço Regional de Saúde. Incluem-se neste âmbito, entre outras atividades, a orientação e coordenação do funcionamento e atuação das instituições, estabelecimentos e serviços de saúde que integram o Serviço Regional de Saúde, a orientação e coordenação as atividades desenvolvidas nos domínios



da promoção da saúde, da prevenção da doença, do diagnóstico precoce, do tratamento e da reabilitação dos doentes, a elaboração de projetos de diplomas legais e regulamentares e elaboração de documentos de orientação estratégica e monitorização e acompanhamento das respetivas políticas, como por exemplo, o Plano Regional de Saúde.

- Recursos Humanos, através do desenvolvimento de atividades que assegurem o cumprimento das normas que regulamentam o exercício profissional no setor e através da cooperação com os organismos de representação profissional no sentido de assegurar um melhor nível deontológico e técnico no exercício da atividade das carreiras específicas do setor da saúde.
- Gestão do sistema regional de saúde e dos respetivos sistemas de informação, infraestruturas e instalações. Incluem -se neste âmbito, a Central de Compras do setor, o Financiamento do Serviço Regional de Saúde, a Contratualização, a Gestão das Tecnologias e Sistemas de informação e a Gestão das infraestruturas da Saúde (instalações e equipamentos).
- Regulação e monitorização e fiscalização da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde na Região. Incluem-se neste âmbito, o exercício da tutela, nos termos da legislação aplicável, sobre as atividades privadas desenvolvidas no âmbito do setor.
- Gestão, acompanhamento e revisão dos protocolos, acordos e convenções celebrados com os prestadores de cuidados de saúde.
- Gestão e acompanhamento das convenções, acordos ou regulamentos sanitários internacionais e a defesa sanitária da Região;
- Cooperação com organizações regionais, nacionais e internacionais que atuem na área da saúde.
- Fiscalização relativa ao cumprimento das normas aplicáveis ao Serviço Regional de Saúde.



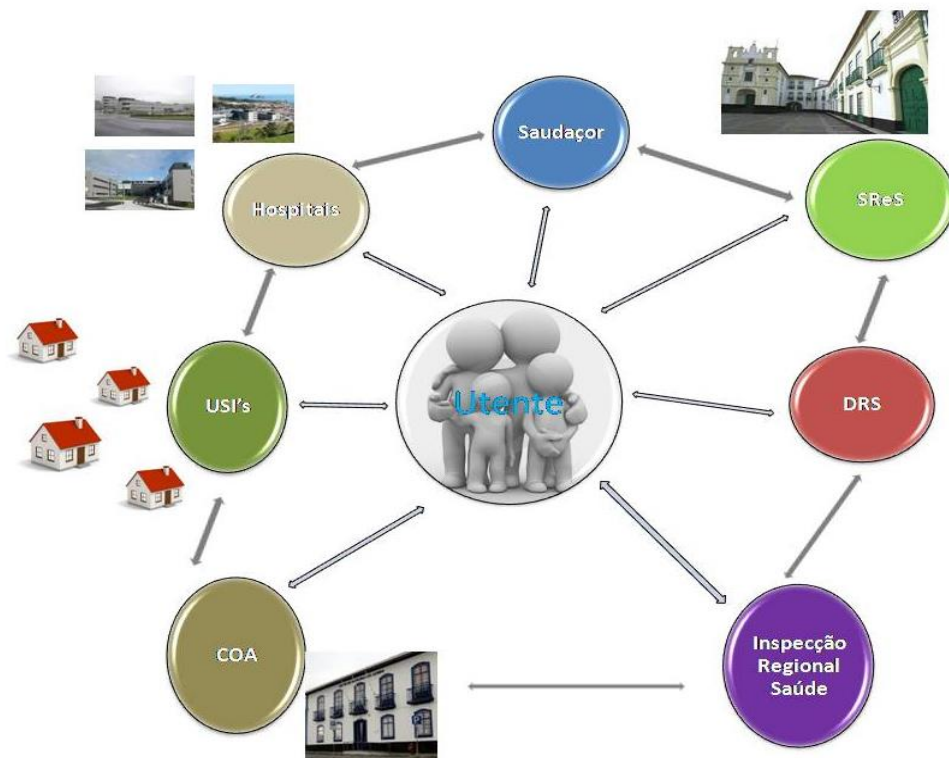
- Orientar, coordenar e fiscalizar, a nível da Região Autónoma dos Açores, as atividades de Proteção Civil e dos Corpos de Bombeiros, bem como assegurar o funcionamento de um sistema de transporte terrestre de emergência médica.

8.2. Rede de Estabelecimentos do Serviço Regional da Saúde

O Serviço Regional de Saúde dos Açores (SRSA), é atualmente constituído por:

- 3 Hospitais E.P.E:
 - Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada;
 - Hospital Santo Espírito da ilha Terceira;
 - Hospital da Horta.
- 9 Unidades de Saúde de Ilha e suas extensões:
 - USI Santa Maria;
 - USI São Miguel;
 - USI Terceira;
 - USI Graciosa;
 - USI São Jorge;
 - USI Pico;
 - USI Faial;
 - USI Flores;
 - USI Corvo.
- 1 Centro de Oncologia dos Açores.

Figura 13. Articulação entre os vários intervenientes do Serviço Regional de Saúde.



A organização dos cuidados de saúde na RAA reflete as características geográficas da Região, conforme se pode observar no quadro seguinte.



Quadro 31. Caracterização da Oferta de Cuidados, 2014, Projeções e Estimativas do INE.

	Utentes Inscritos	% Inscritos s/ médico	Utentes inscritos p/ médico MGF	Médicos MGF p/ 1000 hab.	Enferm. MGF p/ 1000 hab.	Horas SAP Disp. ano p/ 1000 hab.	Rácio Atend. SAP / MGF	Camas CSP e CCI p/ 1000 hab.	Camas Hosp. p/ 1000 hab.*	Médicos Hosp. p/ 1000 hab. *	Enf. Hosp. p/ 1000 hab.*
Região Autónoma	273.560	34,59%	1.672	0,43	1,98	450	0,36	0,80	2,88	1,84	3,88
Corvo	296	1,69%	291	2,18	2,18	19.085	0,21	0,00	3,27	0,94	3,78
Faial	15.719	5,05%	1.866	0,54	1,61	0,00	0,00	0,00	3,27	0,94	3,78
Flores	4.102	6,27%	1.282	0,80	3,22	2.349	1,04	4,56	3,27	0,94	3,78
Graciosa	4.305	5,97%	2.024	0,46	3,21	2.008	0,62	3,67	3,18	2,05	4,80
Pico	15.377	1,40%	1.378	0,79	2,93	1.881	1,59	3,36	3,27	0,94	3,78
S. Jorge	10.393	2,67%	2.529	0,46	2,65	1.516	1,71	5,31	3,18	2,05	4,80
S. Maria	5.975	0,07%	1.194	0,88	4,07	1.550	0,63	3,54	2,65	1,95	3,45
S. Miguel	155.705	42,11%	1.701	0,38	1,82	190	0,21	0,35	2,65	1,95	3,45
Terceira	61.688	44,14%	1.723	0,35	1,76	104	0,40	0,00	3,18	2,05	4,80

* Em função da população da área de influência hospitalar



8.3. Sustentabilidade Financeira do Sistema Regional de Saúde

Tendo em conta os dados históricos, a partir de 2012, elaborou-se uma projeção da conta económico-financeira do Serviço Regional de Saúde (SRS), para o horizonte até 2020, consubstanciada no princípio da sustentabilidade do sistema de saúde da RAA. De destacar o esforço da Região neste âmbito, visível na evolução do financiamento atribuído ao SRS.

Quadro 32. Evolução do ORAA per capita – SRS.

Designação	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ORAA	240 545 983 €	297 000 000 €	276 000 000 €	291 000 000 €	291 000 000 €	295 000 000 €	300 000 000 €	305 000 000 €	310 000 000 €
População RAA (Censos 2011)	246 772	246 772	246 772	246 772	246 772	246 772	246 772	246 772	246 772
ORAA per capita	974,77	1 203,54	1 118,44	1 179,23	1 179,23	1 195,44	1 215,70	1 235,96	1 256,22

Agregando-se as contas da entidade financiadora (Saudaço) com as das entidades prestadoras de cuidados de saúde (USI's, COA e HEPE's), e tendo com base o orçamento de 2016, a projeção da conta económico – financeira do SRS até 2020, encontra-se detalhada no quadro infra.



Quadro 33. Sistema Regional de Saúde – projeção da conta económico-financeira.

SRS	Unid:ME									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Subsídio de investimento	15,3	22,74	16,97	15,29	19,94	20,00	21,00	22,00	23,00	
Prestação de Serviços	18,11	3,71	5,02	4,14	3,5	2,8	2,25	1,7	1,45	
Transferências correntes do Orçamento da Região (ORAA)	240,55	297,90	276,00	291,00	291,00	295,00	300,00	305,00	310,00	
Outros Proventos Operacionais	7,3	7,13	38,75	34,59	30,34	25,34	20,34	15,34	10,34	
Proventos e Ganhos Financeiros	0,04	1,39	0,79	0,42	0,05	0	0	0	0	
Outros proventos	7,02	7,91	35,74	31,16	17,8	17,72	17,67	17,62	17,57	
Receita Total	288,32	340,78	373,27	376,6	362,63	360,86	361,26	361,66	362,36	
Despesas com pessoal	127,83	141,29	141,47	140,57	149,98	151,00	153,00	155,00	157,00	
Compras	53,78	52,32	50,02	53,7	52,8	53,00	53,53	54,00	55,00	
Subcontratos	74,22	70,4	68,16	69,1	72,07	73,00	73,73	74,00	75,00	
Produtos vendidos por farmácias	29,52	27,03	28,51	29,94	29,15	29,44	29,73	30,03	30,33	
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutico	13,99	13,07	10,87	10,88	11,32	11,43	11,54	11,66	11,78	
Internamentos	10,66	10,37	10,37	10,8	11,39	11,50	11,62	11,74	11,86	
Deslocação de Doentes	7,16	7,65	8,49	10,62	8,16	8,24	8,32	8,40	8,48	
Trabalhos executados no Exterior	10,22	9,78	8,03	5,07	5,00	5,05	5,06	5,11	5,16	
FSE	26,61	25,45	25,72	26,93	31,26	32,00	32,32	33,00	33,00	
Imobilizações	0,87	0,61	0,52	0,78	0,56	0,61	0,66	0,71	0,76	
outros custos	48,77	49,32	79,63	74,54	44,17	40,00	40,00	35,00	30,00	
Despesa Total	332,08	339,39	365,52	365,62	350,84	349,61	353,24	351,71	350,76	
Saldo	-43,76	1,39	7,75	10,98	11,79	11,25	8,02	9,95	11,60	
PIB da Região	3 610,00	3 663,00	3 731,00	3 798,16	3 855,13	3 912,96	3 971,65	4 031,23	4 091,69	
Despesa Total/PIB (%)	9,2%	9,3%	9,8%	9,6%	9,1%	8,9%	8,9%	8,7%	8,6%	

Considerando o rácio Despesa Total/PIB, rácio que mede o grau de sustentabilidade em saúde, verifica-se que este rácio é superior na Região, quando comparado com o Continente e alguns países da EU, por exemplo. No entanto, essa variação poderá ser justificada pela sua realidade arquipelágica, uma vez que a dispersão geográfica da região origina uma oferta superior à procura de cuidados (em termos de casuística), com vista a assegurar a equidade do acesso aos utentes, para além da assunção de encargos decorrentes da deslocação inter-ilhas e para o continente, para a prestação de cuidados mais especializados e/ou inexistentes na Região, acarreta a assunção de maiores custos.



Quadro 34. Despesa Pública com Saúde em % PIB (2009-2011).

País	%PIB		
	ANO		
	2009	2010	2011
AUSTRIA	8,5	8,4	8,3
BÉLGICA	8,1	7,9	8,0
CANADÁ	7,9	7,9	7,7
CHILE	3,7	3,5	3,5
REPÚBLICA CHECA	6,6	6,2	6,3
DINAMARCA	9,8	9,4	9,3
ESTÓNIA	5,2	5,0	4,6
FINLÂNDIA	6,9	6,7	6,7
FRANÇA	9,0	9,0	8,9
ALEMANHA	9,0	8,9	8,6
GRÉCIA	7,0	6,3	6,6
HUNGRIA	5,1	5,2	5,1
ISLÂNDIA	7,9	7,5	7,3
IRELÂNDIA	7,2	6,4	5,9
ISRAEL	4,5	4,5	4,4
ITÁLIA	7,4	7,4	7,1
JAPÃO	7,8	7,9	8,3
COREIA	4,1	4,2	4,1
LUXEMBURGO	7,0	6,6	6,3
MÉXICO	3,0	3,0	2,9
NORUEGA	8,2	8,0	7,9
OCDE	6,9	6,7	6,6
POLÓNIA	5,2	5,0	4,8
PORTUGAL	7,2	7,1	6,7
ESLOVÁQUIA	6,0	5,8	5,6
ESLOVÉNIA	6,9	6,7	6,7
ESPANHA	7,2	7,2	6,9
SUÉCIA	8,1	7,7	7,7
SUIÇA	7,2	7,1	7,2
TURQUIA	4,9	4,4	4,2
REINO UNIDO	8,1	7,9	7,7
ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	8,0	8,0	8,1



9. Modelo Conceptual do PRS 2014-2016 – Extensão a 2020

Visão	Contextualização	Estratégias	Áreas de Intervenção	Objetivos	Ações	Indicadores
<p>Obter e Maximizar Ganhos em Saúde através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os setores com foco na cidadania, equidade e acesso, políticas saudáveis e qualidade</p>	<p>Objetivos estratégicos</p>	<p>Estratégia Regional para a promoção de estilos de vida saudável e prevenção de comportamentos de risco</p>	<p>Área de Intervenção na Saúde da Mulher</p>	<p>Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura.</p>	<p>Informação sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução.</p> <p>Facilitação de informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos.</p> <p>Acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo selecionado.</p> <p>Garantia do acesso de toda a população a contraceptivos, gratuitamente e assegurando a confidencialidade, de acordo com as orientações da Portaria n.º 22/2011 de 4 de Abril de 2011. Os serviços só podem recusar a disponibilização de um determinado método contraceptivo com base em razões de ordem médica, devidamente fundamentadas.</p> <p>Disponibilização da contraceção de emergência em locais de fácil acesso, nos CS/USI e Hospitais, EPE (serviços de ginecologia/obstetrícia), de acordo com a Portaria nº 82/2007, de 17 de dezembro.</p> <p>Fornecimento da quantidade adequada de contraceptivos orais e preservativos, no âmbito das consultas de planeamento familiar, de modo a não obrigar deslocações desnecessárias aos CS/USI. No caso de utilizadores habituais, devem ser fornecidos, no mínimo, 6 blisters de contraceptivos; os preservativos devem ser fornecidos para um período a acordar com o/a utente de acordo com as suas necessidades e nunca inferior a 3 meses.</p> <p>Informação sobre: funcionamento e eficácia relativa do método contraceptivo; forma de utilização; efeitos colaterais comuns; riscos e benefícios para a saúde; sinais e sintomas que necessitam de avaliação por um profissional de saúde; retorno da fertilidade após a suspensão do método; prevenção de ITS.</p> <p>Informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos do indivíduo, incluindo os fenómenos de violência e abuso sexuais.</p> <p>Promoção da adoção de estilos de vida saudáveis.</p> <p>Fomentação da prática do exercício físico regular e da prática de uma alimentação equilibrada (consultar Área de Intervenção na Obesidade).</p> <p>Promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens, nas escolas, em articulação com as equipas de saúde escolar de acordo com as orientações da Portaria n.º 100/2012, de 28 de Setembro de 2012 (consultar Área de Intervenção na Promoção da Saúde em Contexto Escolar).</p> <p>Reconhecimento e orientação dos indivíduos/casais com dificuldades sexuais.</p> <p>Prevenção, diagnóstico e tratamento das ITS, incluindo VIH e hepatites B e C.</p> <p>Informação sobre as implicações da gravidez na adolescência.</p> <p>Esclarecimento sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade.</p> <p>Elucidação sobre as consequências da gravidez não desejada.</p>	<p>-Esperança de vida à nascença (anos)</p> <p>-Mortalidade perinatal (/1000 nascimentos)</p> <p>-Nascimentos pré-termo (/100 nados vivos)</p> <p>-Crianças com baixo peso à nascença (/100 nados vivos)</p> <p>-Partos por cesariana (/100 nados vivos)</p> <p>-Nascimentos em mulheres adolescentes (/100 nados vivos)</p> <p>-Mortalidade infantil (/1000 nados vivos)</p> <p>-Porcentagem de nascimentos em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos)</p>
				<p>Promover o planeamento familiar.</p>	<p>Identificação e orientação dos indivíduos com problemas genéticos e de infertilidade.</p> <p>Implementação da rede de Cuidados em Infertilidade na RAA.</p> <p>Atendimento imediato em planeamento familiar nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique.</p> <p>Certificação da referência atempada das situações de risco (designadamente, diabetes, cardiopatias, doenças oncológicas) ou com indicação para contraceção cirúrgica, para uma consulta de planeamento familiar hospitalar (ginecologia/obstetrícia).</p> <p>Implementação de medidas para atrair e fixar os adolescentes, designadamente, através de horários flexíveis, atendimento desburocratizado, assegurando a confidencialidade e a privacidade.</p> <p>Instalação, nos CS/USI, de gabinetes técnicos de atendimento de jovens na área do planeamento familiar e sexualidade.</p> <p>Promoção da utilização do Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (BSR/PF).</p> <p>Criação de condições que facilitem o acesso dos homens, em particular dos mais jovens, às consultas de planeamento familiar.</p> <p>Certificação, em particular, do encaminhamento para consulta de planeamento familiar de mulheres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Com doença crónica que contraindique uma gravidez não programada; • Com paridade ≥ 4; • Com idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos; • Cujo espaçamento entre duas gravidezes foi inferior a 2 anos; 	



				<ul style="list-style-type: none"> • Puérperas; • Após a utilização de contraceção de emergência; • Após uma interrupção da gravidez. 	
				<p>Informação de que as consultas de planeamento familiar estão isentas de taxas moderadoras.</p> <p>Encaminhamento das utentes que pretendem realizar interrupção voluntária da gravidez, de acordo com o estabelecido na Portaria nº 51/2007, de 08 de janeiro.</p>	
			Prevenir a mortalidade e a morbilidade materna, neonatal e infantil.	<p>Confirmação da vigilância médica da gravidez com um total mínimo de 6 consultas.</p> <p>Garantia do encaminhamento da grávida para exame ecográfico do 1.º trimestre, com data de realização entre as 11 e as 13 semanas e seis dias de gestação (Norma 023/2011 da DGS, de 29/09/2011, atualizada a 21/05/2013).</p> <p>Garantia do encaminhamento da grávida para exame ecográfico morfológico do 2.º trimestre, com data de realização entre as 20 e as 22 semanas de gestação (Norma 023/2011 da DGS, de 29/09/2011, atualizada a 21/05/2013).</p> <p>Garantia do encaminhamento da grávida para exame ecográfico do 3.º trimestre, com data de realização entre as 30 e as 32 semanas de gestação (Norma 023/2011 da DGS, de 29/09/2011, atualizada a 21/05/2013).</p> <p>Garantia da realização dos exames laboratoriais da gravidez, de acordo com a Norma 37/2011 da DGS, de 30/09/2011 atualizada a 20/12/2013.</p> <p>Garantia, a todas as mulheres que iniciem a vigilância da gravidez, da aplicação da Norma 007/2011 da DGS, de 31/01/2011 - Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional (consultar Área de Intervenção na Diabetes <i>Mellitus</i>).</p> <p>Agendamento e realização de visitação domiciliária de enfermagem à puérpera (articular com as equipas de saúde infantil, de forma que a visitação domiciliária ao recém-nascido e à mãe possa ser feita simultaneamente).</p> <p>Promoção da realização da 1.ª consulta no 1.º trimestre de gravidez.</p> <p>Promoção da saúde da grávida e recém-nascido, designadamente no que respeita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amamentação • Vigilância da gravidez (periodicidade das consultas, ecografias e estudos analíticos) • Adaptação da família do bebé • Enxoval e nome do bebé • Desvantagens do consumo de substâncias: tabaco, álcool, droga • Hábitos alimentares, eliminação, higiene, sono e repouso • Estruturas de suporte pós-parto • Sintomas e desconfortos próprios da gravidez • Expressão da sexualidade • Trabalho e atividade física • Prevenção primária da transmissão da toxoplasmose • Legislação sobre a maternidade/paternidade • Importância do envolvimento do pai • Prevenção de acidentes • Sinais e sintomas de alerta • Trabalho de parto • Cuidados pós-parto • Cuidados ao períneo • Cuidados com a mama • Contraceção pós-parto • Consulta de revisão pós-parto • Cuidados ao recém-nascido • Diagnóstico precoce <p>Recomendação às mulheres em preconceção, grávidas ou a amamentar a suplementação diária de iodo, sob a forma de iodeto de potássio, desde o período pré-concepcional, durante toda a gravidez e enquanto durar o aleitamento materno exclusivo (de acordo com a Orientação n.º 011/2013 da DGS, de 26/8/2013).</p> <p>Monitorização do aleitamento materno</p>	



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

				<p>Divulgação da informação sobre aleitamento materno e incentivo à sua prática em consultas de enfermagem/médicas e nas aulas de preparação para o nascimento/pós-parto.</p> <p>Promoção do aleitamento materno, através da generalização dos “cantinhos de amamentação”.</p> <p>Garantia do acesso de todas as grávidas à revisão de puerpério (cerca de 6 semanas após o parto) e a consulta de planeamento familiar.</p> <p>Garantia do cumprimento das orientações constantes na Circular Normativa n.º 19, de 26 de julho de 2011, da DRS - “Rede de Referência Materno-infantil e Rede de Transferência de Grávidas e Recém-nascidos da RAA”.</p> <p>Encaminhamento das grávidas de risco para consulta hospitalar.</p> <p>Informação de que as consultas de acompanhamento da grávida estão isentas de taxas moderadoras.</p> <p>Monitorização do estado vacinal das grávidas e proceder à vacinação de acordo com as recomendações da DRS.</p> <p>Divulgação da utilização e correto preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida, que deve ser facultado a todas as mulheres grávidas, mesmo quando seguidas em consultório privado.</p> <p>Prevenção dos defeitos do tubo neural através da cedência de medicação, tão precoce quanto possível, de acordo com a Portaria nº 56/97, de 24 de Julho.</p> <p>Prevenção da isoimunização Rh disponibilizando a Imunoglobulina anti-D, às 28 semanas de gestação, a todas as grávidas Rh-não sensibilizadas.</p> <p>Promoção de aulas de preparação para o parto e cuidados ao bebé em articulação com a saúde infantil (consultar Área de Intervenção na Saúde Infanto-Juvenil).</p>	
			Promover a saúde mental na gravidez.	<p>Identificação precoce de sinais e situações de risco em saúde mental na gravidez e pós-parto: depressão na gravidez; depressão pós-parto; antecedentes pessoais e familiares dos pais, como por exemplo, consumo de substâncias; gravidez na adolescência; antecedentes obstétricos da mãe como abortos espontâneos, interrupções voluntárias da gravidez ou partos prematuros; gravidez não planeada, não desejada, não aceite, entre outros. O médico de família responsabiliza-se por encaminhar a grávida/puérpera para consulta de especialidade ou para vigilância pela equipa comunitária de saúde mental do CS/USI.</p> <p>Facilitação de apoio especializado em psicologia, ação social ou em outras áreas consideradas relevantes e encaminhar para as equipas comunitárias de saúde mental as mulheres em situação de IVG.</p> <p>Promoção da parentalidade e uma vinculação segura pais-bebé.</p>	
			Promover a saúde da mulher.	<p>Desenvolvimento de estratégias que promovam a adequada vigilância da saúde da mulher.</p> <p>Esclarecimento sobre e fomentação da prática do autoexame da mama.</p> <p>Esclarecimento e acompanhamento das mulheres em fase de perimenopausa e menopausa.</p> <p>Incentivo, esclarecimento e encaminhamento das mulheres no sentido de realizarem o rastreio do cancro do colo do útero e da mama (consultar Área de Intervenção na Prevenção da Doença Oncológica).</p>	
			Prevenir a ocorrência de consumos nocivos durante a gravidez.	<p>Identificação precoce das grávidas com comportamentos aditivos e dependências, proceder ao seu encaminhamento, de acordo com a situação, e acompanhar os recém-nascidos (Consultar Área de intervenção nas Dependências).</p> <p>Garantia do acesso prioritário a cuidados específicos a mulheres grávidas com comportamentos aditivos e dependências e seus companheiros, de acordo com as suas problemáticas e níveis de risco na evolução da gravidez</p>	
		Área de Intervenção na Saúde Infanto-juvenil	Garantir a vigilância de saúde do recém-nascido.	<p>Agendamento, aquando da realização do diagnóstico precoce, de consulta para o médico de família ou, caso os pais/cuidadores assim o entendam, orientar para marcação de consulta em Pediatra antes do bebé completar 28 dias.</p> <p>Promoção, ainda durante a gravidez, da importância da realização do diagnóstico precoce ao bebé até ao sexto dia de vida, articulando com os serviços de saúde da mulher/obstetrícia.</p> <p>Monitorização do agendamento e realização do diagnóstico precoce até ao 6º dia de vida do bebé.</p> <p>Agendamento com os pais/cuidadores, aquando do diagnóstico precoce, de uma consulta de enfermagem em contexto domiciliário preferencialmente até ao 15º dia de vida do bebé (utilizar consentimento informado para o efeito).</p> <p>Inclusão, nas aulas de preparação para o nascimento, das temáticas relacionadas com os cuidados ao RN/latente (consultar Área de Intervenção na Saúde Materna e Planeamento Familiar).</p> <p>Realização de educações para a saúde e ou elaboração de material informativo que promova a aquisição de conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade.</p> <p>Promoção da segurança infantil, nomeadamente no que diz respeito ao transporte seguro de bebés/crianças e prevenção de acidentes rodoviários infantis (divulgar Orientação DGS n.º 001/2010).</p> <p>Promoção do aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses e com alimentos complementares até aos 2 anos.</p>	<p>-Esperança de vida à nascença (anos)</p> <p>-Mortalidade infantil (/1000 nados vivos)</p> <p>-Percentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem tabaco</p> <p>-Percentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem álcool</p> <p>-Percentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que</p>
			Assegurar a vigilância	<p>Monitorização regular da cobertura da vigilância de saúde de acordo com o esquema de idades preconizado:</p>	



			de saúde das crianças e adolescentes.	<p>Primeiro ano de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.ª semana de vida 1 mês 2 meses (M) 4 M 6 M 9 M <p>1 – 3 A:</p> <ul style="list-style-type: none"> 12 M 15 M 18 M 2 A 3 A 	<p>4 – 9 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 A 5 A – Exame global de saúde 6 ou 7 A (final 1º ano de escolaridade) 8 A <p>10 – 18 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 A (ano do início do 2º ciclo do ensino básico) 12 /13 A – Exame global de saúde 15 /18 A 	<p>consomem álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> -Percentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem cannabis -Percentagem de crianças com 6/8 anos obesas -Percentagem de crianças com 6/8 anos com excesso de peso -Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos (%) -Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos (%)
				Monitorização da realização de EGS (5 anos e 12-13 anos), em articulação com as equipas de saúde escolar.		
				Convocatória das crianças/adolescentes com consultas em atraso, designadamente EGS (por email, via telefónica, carta ou através da equipa de saúde escolar).		
				Garantia de consulta de medicina geral e familiar a crianças/adolescentes sem médico de família.		
				Identificação e registo na plataforma informática MedicineOne, aquelas crianças/adolescentes que são seguidas em consulta privada.		
				Promoção da importância da vigilância de saúde junto aos pais/cuidadores e crianças/adolescentes através de educação para a saúde nas consultas, em sessões de esclarecimento (por exemplo, nas escolas através da equipa de saúde escolar), ou através de material informativo (panfletos, cartazes, ...).		
				Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal de crianças e adolescentes.		
				Avaliação dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento preconizados para cada idade.		
				Valorização dos cuidados antecipatórios, preconizados no PNSIJ, de acordo com a idade, como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença.		
				Monitorização e promoção do cumprimento do PRV (convocatórias e atualização de registos vacinais).		
				Registo no MedicineOne e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (versão papel e, quando disponível, no eBoletim) dos dados obtidos na avaliação dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento infantil, assim como os cuidados antecipatórios abordados nas consultas (enfermagem e ou médicas).		
				Deteção precoce e encaminhamento de situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: malformações congénitas – doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo(s) não descido(s); perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estado-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas.		
				Prevenção e identificação das doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos serviços de saúde.		
				Sinalização e proporção de apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças.		
				Identificação e encaminhamento de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência. O médico de família poderá orientar a entrevista de avaliação diagnóstica através da grelha de avaliação de Turk (2007) referenciando casos de menor gravidade para as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI, ou para consulta de especialidade, quando a gravidade do diagnóstico o justifique (Consultar Área de Intervenção na Saúde Mental).		
				Promoção da visita domiciliária como elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco.		
				Monitorização e promoção do desenvolvimento infantil, em parceria com a família/cuidadores, de acordo com os padrões esperados para cada idade e com o ambiente sociocultural em que a criança se insere, incluindo em situações de stress familiar, como seja o contexto de internamento hospitalar.		
				Garantia do encaminhamento adequado de crianças a quem sejam detetados problemas de desenvolvimento, designadamente para as equipas de intervenção precoce.		



				<p>Articulação com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.</p> <p>Potenciação das relações emocionais e afetivas entre pais/cuidadores e crianças, que servem de base para o seu adequado desenvolvimento intelectual e social.</p> <p>Sensibilização de pais/cuidadores para a importância da criatividade e dos hábitos de leitura para o desenvolvimento da criança/adolescente, reforçando a necessidade de racionalizar hábitos de televisão/computador/vídeo jogos.</p> <p>Consolidação da importância do brincar para um desenvolvimento adequado.</p> <p>Intervenção na comunidade, através do estabelecimento de parcerias com os serviços sociais, grupos de apoio a crianças, escuteiros, grupos de jovens, escolas (em articulação com as equipas de saúde escolar), entre outros, desenvolvendo ações no âmbito da promoção da saúde e do desenvolvimento harmonioso de crianças/jovens, sinalizando e referenciando adequadamente situações de risco para áreas de intervenção especializada ou transdisciplinar, garantindo apoio e articulação na prestação de cuidados.</p>	
			<p>Promover hábitos alimentares saudáveis e combater a obesidade infantil/na adolescência.</p>	<p>Promoção de uma adequada diversificação alimentar, ajustada à idade, que garanta o desenvolvimento global do bebé/criança.</p> <p>Avaliação do regime alimentar e orientação/incentivo de hábitos alimentares equilibrados, adequados às diferentes idades e às necessidades individuais, reforçando a necessidade de restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras.</p> <p>Dadas as evidências de um deficiente aporte do iodo nas crianças da RAA (Limbert et al., 2012), as orientações/EPS sobre alimentação equilibrada devem reforçar a importância da ingestão apropriada de iodo, através do consumo de alimentos que, habitualmente, são fontes deste elemento, designadamente: pescado, leguminosas, hortícolas e, ainda, leite e outros produtos lácteos. A substituição do sal comum por sal iodado poderá também contribuir para o aporte adequado de iodo (consultar Área de Intervenção na Obesidade).</p> <p>Desenvolvimento com pais/cuidadores de estratégias que visem opções alimentares mais saudáveis para toda a família, avaliando/adequando a pressão parental relativamente às quantidades ingeridas pelas crianças, atitude que poderá contribuir para excesso de peso/obesidade.</p> <p>Promoção e ou participação em rastreios de obesidade e respetivo encaminhamento dos casos identificados.</p> <p>Realização do rastreio de dislipidémias em crianças/adolescentes de risco ou pertencentes a famílias de risco, de acordo com as orientações do PNSIJ.</p> <p>Avaliação, nas consultas de enfermagem e ou médicas, do IMC tendo em consideração as novas tabelas de percentil (0-5A e 5-19A).</p> <p>Realização de educações para a saúde e ou outras atividades que visem o combate e a prevenção da obesidade infantil, que devem ser, preferencialmente, de âmbito transdisciplinar, incluindo, entre outros, médicos, nutricionistas ou dietistas, enfermeiros e equipa de saúde escolar.</p> <p>Articulação com outros setores da sociedade na busca de soluções para a melhoria do consumo e oferta alimentar, nomeadamente em ambiente escolar, incentivando a maior disponibilidade de alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos, em detrimento de outros alimentos com elevado teor de açúcar, sal e gordura.</p>	
			<p>Estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde.</p>	<p>Fomentação de hábitos de higiene, corporal e de vestuário, adequados.</p> <p>Ensino e incentivo à adoção de hábitos de higiene oral adequados (Consultar Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral).</p> <p>Evidencio do brincar e outras atividades de lazer, em espaços livres e ambientes despoluídos, como atividades que contribuem para a gestão do stress também na idade infanto-juvenil.</p> <p>Avaliação e prevenção de consumos nocivos (consultar Área de Intervenção nas Dependências).</p> <p>Promoção da segurança e prevenção de acidentes. A Associação para a Promoção da Segurança Infantil disponibiliza material informativo sobre várias temáticas ligadas à prevenção de acidentes na infância.</p> <p>Promoção de educações para a saúde ou outras atividades, no âmbito da saúde afetivo-sexual e reprodutiva, que poderão ocorrer em articulação com as equipas de saúde escolar, de acordo com a idade da criança, envolvendo pais e educadores.</p> <p>Avaliação da frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e escola (estratégias de promoção do sucesso escolar, postura correta – consultar Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas).</p>	
		<p>Área de Intervenção na promoção da Saúde em contexto Escolar</p>	<p>Promover o envolvimento e a articulação dos CS/USI e Unidades Orgânicas/Escolas na promoção da saúde em contexto escolar.</p>	<p>Colaboração na elaboração de Planos de Atividades da Saúde Escolar (PASE) e dos Planos de Atividades dos CS/USI, no âmbito das intervenções a fomentar em saúde escolar.</p> <p>Incentivo à participação dos vários elementos da comunidade educativa nas ações a desenvolver.</p> <p>Planeamento e desenvolvimento de atividades que abranjam todas as crianças/jovens da RAA em idade escolar, até aos 18 anos, do ensino público pré-escolar, escolas do ensino básico, secundário e profissional.</p> <p>Elaboração do relatório anual do PASE, único, em articulação com a EES da Unidade Orgânica/Escola de referência.</p> <p>Criação, pela DRS, ainda no ano letivo 2014/2015, de uma ferramenta de registo de atividades para ESEs e EESs, em articulação com a Saudaçor SA, que permita obter a informação necessária à elaboração dos respetivos relatórios de atividades anuais.</p>	<p>-Porcentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem tabaco</p> <p>-Porcentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem álcool</p>



				<p>Participação na gestão e atividades dos Gabinetes de Apoio e Promoção da Saúde (GAPS) das Unidade Orgânicas/Escolas.</p> <p>Monitorização da realização do Exame Global de Saúde (EGS) nas idades-chave, pelas equipas de saúde escolar em articulação com as equipas de saúde infantil dos CS/USI, definidas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aos 5 anos • Aos 12-13 anos <p>Divulgação e sensibilização de alunos, pais e comunidade educativa no que respeita à importância da vigilância da saúde, nomeadamente através da realização dos EGS.</p> <p>Informação aos CS/USIs sempre que se verifique a existência de problemas que ponham em causa a efetivação dos EGS, designadamente no caso de crianças inscritas que não tenham, à data da realização dos mesmos, médico de família e ou médico assistente.</p> <p>Monitorização do encaminhamento dos alunos aos quais foram detetados problemas de saúde nos EGS.</p> <p>Registo da informação relativa aos EGS nas plataformas informáticas dos CS/USI (MedicineOne), procedimento que deve ser realizado pelo médico assistente e ou pelos profissionais de enfermagem da equipa de saúde escolar/equipa de enfermagem de saúde infantil.</p> <p>Identificação dos motivos para a não realização dos EGS (ESE em articulação com as EES e equipas de saúde infantil).</p> <p>Avaliação do cumprimento do Plano Regional de Vacinação (PRV) na comunidade educativa em articulação com os setores de saúde infantil/vacinação dos CS/USI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A todos os alunos (Pré-Escolar e, obrigatoriamente, a alunos que completem 6 e 13 anos); • Professores, educadores e auxiliares de ação educativa. <p>Sensibilização dos alunos, pais e comunidade educativa sobre a importância da vacinação.</p> <p>Realização de convocatórias e atualização de registos vacinais.</p> <p>Realização da vacinação em contexto escolar, utilizando o formulário de consentimento informado, já em vigor para o efeito, e desde que sejam tomadas as medidas preconizadas para o procedimento ser desenvolvido em condições de segurança para alunos e restante comunidade educativa.</p> <p>Organização de rastreios (audição, visão, saúde oral, ou outros) em articulação com escolas e recursos humanos adequados (CS/USI ou Hospitais EPE).</p> <p>Atualização do processo clínico de cada criança (MedicineOne) com dados resultantes de rastreios (audição, visão, saúde oral, ou outros) e de atividades relacionadas com educação para a saúde desenvolvidas em contexto escolar, por profissionais de saúde e professores.</p> <p>Promoção do cumprimento da legislação de Evição Escolar.</p> <p>Articulação, com a rede de serviços de saúde públicos e com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados.</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI. As escolas são os locais onde as crianças e os jovens passam grande parte dos seus dias e podem ser importantes meios de promoção e prevenção da saúde mental (consultar Área de Intervenção em Saúde Mental).</p> <p>Articulação com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.</p>	<p>-Percentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem álcool</p> <p>-Percentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem canábis</p> <p>-Percentagem de crianças com 6/8 anos obesas</p> <p>-Percentagem de crianças com 6/8 anos com excesso de peso</p>
			Promover a saúde individual e coletiva em contexto escolar.	<p>Avaliação das situações de saúde, doença ou incapacidade, referenciadas pela escola e a eventual necessidade de encaminhamento.</p> <p>Elaboração do Plano de Saúde Individual (PSI) das crianças com NEE e proposta de inclusão das recomendações de saúde no Programa Educativo Individual (PEI) cuja gestão compete a um docente de apoio de educação especial.</p> <p>Gestão das situações de doença ou incapacidade, no espaço escolar, em estreita ligação com os pais/encarregados de educação e o médico de família/médico assistente da criança.</p> <p>Apoio às equipas de intervenção precoce dos Jardim-de-infância, no acompanhamento de crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento.</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI (consultar Área de Intervenção em Saúde Mental).</p> <p>Participação na equipa pluridisciplinar que elabora o Perfil de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das crianças com NSE, de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS.</p> <p>Acompanhamento na concretização do PEI e participar na sua avaliação.</p>	
			Promover a inclusão escolar de crianças com NEE.		
			Promover um ambiente escolar seguro.	<p>Consciencialização da comunidade educativa para a vulnerabilidade das crianças face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, nomeadamente: poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, químicos perigosos, radiações e campos eletromagnéticos, entre outros, e as formas de os reduzir.</p> <p>Envolvimento dos jovens nos projetos de Educação para o Ambiente e a Saúde.</p>	



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

				<p>Promoção da segurança e contribuição na prevenção dos acidentes: rodoviários, domésticos e de lazer ou de trabalho, quer ocorram na escola, no espaço periescolar ou no espaço de jogo e recreio.</p> <p>Monitorização dos acidentes ocorridos na escola e no espaço periescolar.</p> <p>Participação na avaliação das condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Educação e Ensino, incluindo cantinas, bares e bufetes e espaços de jogo e recreio, com os Serviços de Saúde Pública, envolvendo o órgão de gestão da escola e toda a comunidade educativa, as Autarquias, as associações de pais, forças de segurança, proteção civil e bombeiros.</p> <p>Reforço dos fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis.</p> <p>Abrangência, nas atividades a desenvolver em educação para a saúde, das áreas consideradas prioritárias a nível regional, devendo, cada uma, ter um peso de, pelo menos, 10% no total de ações realizadas por unidade orgânica/escola:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A alimentação saudável; • A saúde oral; • A saúde mental; • A saúde afetivo-sexual e reprodutiva; • A atividade física; • O ambiente e saúde; • A segurança individual e coletiva, prevenção de acidentes e suporte básico de vida; • A prevenção dos consumos nocivos e comportamentos de risco; • A prevenção da violência em meio escolar. <p>Manutenção da colaboração com a SOS Amamentação no projeto “Promoção do Aleitamento Materno em Escolas”. Participação/desenvolvimento de projetos de âmbito multissetorial.</p> <p>Elaboração pela DRS, para o ano letivo 2014/2015, de manuais de orientação sobre educação para a saúde nas áreas consideradas prioritárias a nível regional, no intuito de garantir ferramentas de suporte às atividades a desenvolver nas escolas, por ESEs e EESs, e a estabelecer indicadores de ganhos em saúde decorrentes das mesmas.</p> <p>Incentivo à maior disponibilidade nas escolas de alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos, em detrimento de outros alimentos com elevado teor de açúcar, sal e gordura. Dadas as evidências de um deficiente aporte do iodo nas crianças da RAA, deve também ser reforçada a importância da ingestão apropriada de iodo, através do consumo de alimentos que, habitualmente, são fontes deste elemento, designadamente: pescado, leguminosas, hortícolas e, ainda, leite e outros produtos lácteos. A substituição do sal comum por sal iodado poderá também contribuir para o aporte adequado de iodo (consultar Área de Intervenção na Obesidade).</p>	
			Promover estilos de vida saudável junto à comunidade educativa.		
		Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral	Promover a saúde oral na gravidez.	<p>Elaboração de documentos ou outros materiais informativos, formulados pelos médicos de medicina dentária em parceria com as equipas de enfermagem de saúde materna dos CS/USI, sobre a importância da saúde oral durante a gravidez, quer para a mãe quer para o bebé, para entrega e utilização nas unidades de saúde, designadamente nos serviços de saúde materna e infantil e nas salas de espera.</p> <p>Abordagem da importância da saúde oral na gravidez, nas aulas de preparação para o nascimento e nas aulas pós-parto, nas unidades de saúde onde existam.</p> <p>Sensibilização dos médicos e dos enfermeiros para incentivar as mulheres grávidas a agendarem uma consulta de medicina dentária, caso não tenham efetuado nenhuma nos últimos seis meses, ou em caso de suspeita de alguma situação oral anormal.</p> <p>Avaliação da dentição durante a gravidez antes e após o parto.</p>	-APVP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -Mortalidade por tumor maligno estômago antes dos 65 anos (/100000 hab.)
		Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral	Promover a saúde oral dos 0-3 anos.	<p>Elaboração de projetos de promoção de saúde oral, de informação/educação para a saúde, pelos médicos dentistas em parceria com as equipas de saúde infantil/saúde escolar dos CS/USI, sobre a importância da saúde oral para os bebés/crianças, alimentação, fatores de risco da patologia oral e sobre a importância de prevenir as cáries dentárias precoces da infância, dirigida aos pais/cuidadores e às próprias crianças.</p> <p>Sensibilização dos pais/cuidadores para a incorporação na rotina da higiene diária do bebé/criança a higiene oral, na consulta de medicina dentária, de saúde infantil ou de vigilância da criança, efetuada pelo médico de família ou pelo enfermeiro.</p> <p>Avaliação e tratamento, em medicina dentária, da dentição temporária de crianças encaminhadas pelo médico de família com suspeita de alguma situação oral anormal (o médico de família e o médico dentista são os responsáveis pelo encaminhamento para os serviços de estomatologia dos hospitais da Região).</p> <p>Disponibilização a todas as crianças com três anos de idade uma escova dentária e o Boletim Individual de Saúde Oral (BISO), em todos os CS/USI.</p>	-Porcentagem de crianças com 6 anos livres de cáries -Índice de CPOD aos 12 anos -Índice de CPOD aos 15 anos
		Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral	Promover a saúde oral dos 3-6 anos.	<p>Informação aos pais de que, neste período de progressiva autonomia da criança, o seu exemplo é da maior relevância (na sua tentativa de imitação, a criança vai adquirindo o hábito da higiene oral, devendo-se por isso fomentar esta boa prática). Esta intervenção poderá ser</p>	



				<p>desenvolvida pelo médico dentista/estomatologista em contexto escolar ou nas consultas que se realizem aos pais, pelos profissionais de saúde.</p> <p>Implementação de projetos no jardim-de-infância/pré-escolar, elaborados por médicos dentistas em articulação com as equipas de saúde oral, saúde escolar e equipas de saúde infantil, no intuito de informar/melhorar as competências dos educadores, dos professores, do pessoal auxiliar e dos pais sobre a importância da saúde oral, devendo a equipa orientar e monitorizar o desenvolvimento das atividades a implementar na comunidade.</p> <p>Incentivo ao desenvolvimento de atividades de promoção de saúde oral pelas educadoras/professoras no jardim-de-infância/pré-escolar, não só junto às crianças, mas também junto à restante comunidade educativa, colaborando nas mesmas sempre que oportuno.</p> <p>Consciencialização dos educadores/professores, dos auxiliares de educação e dos pais sobre o facto de que a higiene oral em meio escolar, constitui uma atividade que favorece a responsabilização progressiva da criança pelo autocuidado de higiene oral e pela elevação da sua autoestima, sendo particularmente importante para as crianças que vivem em zonas mais desfavorecidas.</p> <p>Realização de sessões de educação para a saúde/workshops práticos para pais e educadores sobre técnicas de observação oral.</p> <p>Promoção da higiene oral das crianças no estabelecimento de ensino. A atividade pode ser integrada no projeto educativo escolar e pode ser pedagogicamente dinamizada pelos educadores de infância/professores em articulação com as equipas de saúde oral e da saúde escolar, com a colaboração da equipa de saúde infantil.</p> <p>Aproveitamento de todos os momentos de contato com os pais e crianças para abordar a saúde oral (por exemplo, no ato da vacinação, o enfermeiro poderá aproveitar a oportunidade para, de uma forma simples, relembrar os pais sobre a importância da higiene oral).</p> <p>Realização de rastreio de saúde oral aos 5 anos, no âmbito do EGS, com a orientação dos médicos dentistas dos CS/USI, encaminhando para consulta os casos que necessitem de tratamento e acompanhamento.</p> <p>Avaliação e tratamento da dentição temporária e permanente de crianças encaminhadas pelo médico de família. O médico dentista e o médico de família são os responsáveis pela referência dos utentes para os serviços de estomatologia dos hospitais da Região.</p>	
			<p>Promover a saúde oral a partir dos 6 anos.</p>	<p>Promoção, no 1º Ciclo, da escovagem dentária em contexto escolar, vigiada pelos professores e pelos auxiliares, a quem deve ser dada formação regular pela equipa de saúde oral.</p> <p>Organização de formação para pais, professores e auxiliares de educação sobre saúde oral.</p> <p>Desenvolvimento de atividades de promoção de saúde oral que proporcionem a aprendizagem das crianças em relação aos problemas da cavidade oral, aos fatores de risco, às técnicas de higiene oral (escovagem dos dentes; utilização do fio dentário), à alimentação, à importância do tratamento dos problemas orais. A equipa de saúde oral coordenada pelos médicos dentistas dos CS/USI, em articulação com os enfermeiros de saúde infantil, os nutricionistas e os professores/educadores e os pais, poderão desenvolver os projetos. No desenvolvimento das atividades, ter em conta que, não basta criar e fornecer uma enorme quantidade de informação, pois nestas faixas etárias, incluindo a fase da adolescência, <i>"O que oído esqueço, o que vejo lembro e o que faço compreendo"</i>.</p> <p>Promoção da inclusão da saúde oral nos conteúdos programáticos das várias unidades curriculares do 1º ao 9º ano de escolaridade, envolvendo a articulação da saúde oral, médicos dentistas, nutricionistas e outros profissionais de saúde que se considerem pertinentes, com os professores/educadores.</p> <p>Implementação e adaptação nas escolas da Região, do Projeto SOBE (DGS), através da articulação entre DGS/DRS/DRE.</p> <p>Desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas para os adolescentes que podem envolver a relação entre a saúde oral e a sexualidade (2º e 3º ciclo).</p> <p>Desenvolvimento de atividades de saúde oral nos festivais, acampamentos e outros eventos.</p> <p>Utilização das redes sociais como ferramenta de promoção de saúde oral.</p> <p>Estimulação da autorresponsabilização das crianças pela sua higiene oral, de manhã e à noite.</p> <p>Promoção da educação alimentar junto às crianças e aos pais, com identificação dos alimentos saudáveis e nocivos, sublinhando a importância da redução do consumo de açúcares, em sessões de educação para a saúde nas escolas, através das equipas de saúde oral e escolar ou em contexto de consulta.</p> <p>Esclarecimento aos pais, às crianças e aos adolescentes sobre o risco associado ao consumo de tabaco no desenvolvimento de doenças orais.</p> <p>Abordagem da saúde oral em consultas de saúde infantil e nas consultas de medicina familiar.</p> <p>Realização de rastreio de saúde oral aos 12-13 anos, no âmbito do EGS, envolvendo médicos dentistas/estomatologistas encaminhando para consulta os casos que necessitem de tratamento e acompanhamento.</p> <p>Avaliação e tratamento, em medicina dentária/estomatologia, da dentição temporária e permanente das crianças encaminhadas pela equipa de saúde oral e pelo médico de família.</p>	



				<p>O médico dentista e o médico de família são os responsáveis pela referência para os serviços de estomatologia dos Hospitais EPE.</p> <p>Adoção das orientações constantes no Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais</p> <p>Avaliação e tratamento, em medicina dentária/estomatologia, a dentição temporária e permanente das crianças encaminhadas pela equipa de saúde oral e pelo médico de família.</p> <p>O médico dentista e o médico de família são os responsáveis pela referência para os serviços de estomatologia dos Hospitais EPE.</p>	
			<p>Promover a saúde oral de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais.</p>		
			<p>Prevenir a doença e promover a vigilância da saúde oral nos grupos mais vulneráveis e na população em geral.</p>	<p>Avaliação e tratamento dos idosos beneficiários do Complemento Solidário, dos toxicodependentes, dos diabéticos, dos cardíacos, dos portadores de VIH/SIDA e de outras doenças crónicas, dos hemofílicos, dos doentes em hemodiálise, dos doentes sujeitos a terapia anticoagulante, dos doentes com deficiência física ou mental, dos doentes oncológicos e das pessoas em situação de carência económica grave, em medicina dentária/estomatologia, referenciados pelo médico de família e pelo médico dentista por apresentarem elevado risco ou doença oral estabelecida.</p> <p>O médico dentista e o médico de família são os responsáveis pelo encaminhamento para os serviços de estomatologia dos hospitais EPE da Região.</p> <p>Consolidação na dotação de CS/USI e hospitais, de médicos dentistas, de modo a garantir a acessibilidade dos doentes ao tratamento acompanhado e seguro.</p> <p>Implementação e celebração anual do Dia Regional da Saúde Oral, através de atividades de promoção de saúde oral, nas escolas, nos CS/USI e nos Hospitais EPE e outras instituições, divulgando as atividades nos meios de comunicação social e redes sociais.</p> <p>Organização de campanhas sobre noções básicas de saúde oral (conhecimento do aparelho estomatognático; patologia oral; cuidados de higiene oral; alimentação; maus hábitos; consumo de tabaco e álcool; importância da vigilância e dos tratamentos (preventivos, curativos e de reabilitação) para a população em geral e para grupos de risco, que podem ser dinamizadas pela equipa de saúde oral com a colaboração de outros profissionais de saúde (médico dentista/estomatologista; enfermeiro de saúde infantil, saúde materna, cuidados domiciliários, do sector da diabetes; médico de saúde familiar ou de outras especialidades; nutricionista; professores/educadores), dependendo dos grupos-alvo e do tipo de atividade a desenvolver, divulgando adequadamente as atividades, nomeadamente nos meios de comunicação social e nas redes sociais.</p> <p>Implementação de critérios uniformizados e medidas normalizadas de registo dos tratamentos e controlo dos reembolsos na área de medicina dentária/ estomatologia em todos os CS/USI do SRS.</p> <p>Revisão e atualização da tabela de reembolsos aos utentes do SRS.</p> <p>Participação no III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais e divulgação dos resultados do mesmo.</p> <p>Realização do Estudo do Flúor e da Fluorose Dentária na RAA (2014/2014), através de protocolo estabelecido entre a DRS e Entidade Reguladora dos Serviços de Água e Resíduos dos Açores (ERSARA).</p> <p>Monitorização anual dos resultados obtidos nos indicadores definidos na área de intervenção da saúde oral, no intuito de avaliar o estado da saúde oral na RAA, a prevalência, incidência das doenças da boca, os ganhos em saúde e as atividades desenvolvidas, elaborando um relatório que deverá ser remetido aos CA e à DRS.</p>	
			<p>Promover a formação e atualização dos profissionais de saúde oral.</p>	<p>Promoção de eventos científicos, na área da saúde oral, na RAA.</p> <p>Realização de cursos/ações de formação para os grupos profissionais com responsabilidades na área da saúde oral.</p>	
			<p>Determinar os índices de produtividade na área da saúde oral.</p>	<p>Manutenção dos registos atualizados da atividade relacionada com a saúde oral em CS/USI e Hospitais EPE.</p> <p>Elaboração de um relatório de atividades anual, da responsabilidade dos sectores de saúde oral, gabinetes de medicina dentária de cada CS/USI e serviços de estomatologia dos Hospitais EPE, a fornecer aos CA e à DRS.</p> <p>Determinação dos custos diretos dos gabinetes de medicina dentária de cada CS/USI e dos serviços de estomatologia dos Hospitais EPE, processo que deve contemplar a articulação dos serviços de contabilidade dos CS/USI e dos Hospitais EPE, com a SAUDAÇOR, SA, devendo a DRS ter conhecimento da informação decorrente do processo.</p> <p>Determinação dos custos médios das consultas de saúde oral nas instituições públicas de saúde, processo que deve contemplar a articulação dos serviços de medicina dentária dos CS/USI e os serviços de estomatologia dos hospitais EPE junto com os serviços de contabilidade das respetivas instituições de saúde pública, com a SAUDAÇOR, SA, devendo a DRS ter conhecimento da informação decorrente do processo.</p>	
		Área de Intervenção nas	Prevenir e reduzir a incidência de	<p>Promoção do conhecimento sobre o impacto dos CAD na evolução da gravidez através de ações de sensibilização.</p> <p>Identificação precoce de grávidas com comportamentos aditivos e dependências, encaminhamento, de acordo com a situação, e</p>	-APVP por doença crónica do fígado (/100000 hab.



			Dependências	<p>anomalias e perturbações de desenvolvimento fetal causadas pelos CAD, bem como a ocorrência de patologias na grávida, decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e medicamentos não prescritos, na Gravidez e período neonatal.</p>	<p>acompanhamento dos recém-nascidos. Garantia do acesso prioritário a cuidados específicos a mulheres grávidas com comportamentos aditivos e dependências e seus companheiros, de acordo com as suas problemáticas e níveis de risco na evolução da gravidez.</p>	<p>abaixo dos 70 anos) -Mortalidade por tumor maligno estômago antes dos 65 anos (/100000 hab.) -APVP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -Taxa incidência de VIH/SIDA (/100000 hab) -Porcentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem tabaco</p>
				<p>Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias, identificando precocemente padrões de comportamento infantil desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD, nas Crianças até aos 9 anos.</p>	<p>Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool, tabaco e consumos ilícitos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos escolar e familiar. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas de saúde escolar, pelas equipas das unidades de saúde pública e equipas de saúde infantil dos CS/ USI, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Polícia de Segurança Pública (Programa Escola Segura).</p> <p>Implementação de Mecanismos de Referência em resposta ao surgimento precoce de comportamentos aditivos com ou sem substâncias.</p> <p>Articulação, com a rede de serviços de saúde públicos e com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados.</p> <p>Articulação com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.</p> <p>Sinalização de crianças e jovens em risco/perigo, por parte das entidades com contacto direto com crianças, jovens ou famílias com problemas associados aos comportamentos aditivos e dependências, no sentido destas situações serem acompanhadas e encaminhadas para res postas adequadas às necessidades diagnosticadas.</p>	<p>-Porcentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem álcool -Porcentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem álcool -Porcentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem cannabis</p>
				<p>Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de</p>	<p>Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool (como o <i>binge drinking</i>), tabaco e consumos ilícitos, condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos escolar e familiar. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas de saúde escolar, pelas equipas das unidades de saúde pública e equipas de saúde infantil dos CS/ USI, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Polícia de Segurança Pública (Programa Escola Segura).</p> <p>Proposta de oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo.</p> <p>Implementação de Mecanismos de Referência em resposta ao surgimento precoce de comportamentos aditivos com ou sem substâncias.</p> <p>Articulação, com a rede de serviços de saúde públicos e com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados.</p> <p>Articulação com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.</p> <p>Sinalização de crianças e jovens em risco/perigo, por parte das entidades com contacto direto com crianças, jovens ou famílias com problemas</p>	



			<p>substâncias, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD nos jovens dos 10 aos 14 anos.</p>	<p>associados aos comportamentos aditivos e dependências, no sentido destas situações serem acompanhadas e encaminhadas para res postas adequadas às necessidades diagnosticadas.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.</p> <p>Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.</p>
			<p>Diminuir o risco de infecção por VIH/SIDA na população jovem e adulta.</p>	<p>Ações na área de intervenção das doenças infecciosas</p>
			<p>Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD, nos jovens dos 15 aos 19 anos.</p>	<p>Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool (como o <i>binge drinking</i>), tabaco e consumos ilícitos, condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos escolar/universitário, desportivo, recreativo, comunitário, laboral, rodoviário e prisional. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas de saúde escolar, pelas equipas das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Polícia de Segurança Pública (PSP).</p> <p>Proposta de oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo.</p> <p>Articulação, com a rede de serviços de saúde públicos e com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados.</p> <p>Articulação com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco sempre que tal se justifique.</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.</p> <p>Implementação de Mecanismos de Referenciação em resposta ao surgimento precoce de comportamentos aditivos com ou sem substâncias nomeadamente o acesso a tratamentos de substituição (Metadona).</p> <p>Sinalização de crianças e jovens em risco/perigo, por parte das entidades com contacto direto com crianças, jovens ou famílias com problemas associados aos comportamentos aditivos e dependências, no sentido destas situações serem acompanhadas e encaminhadas para respostas adequadas às necessidades diagnosticadas.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.</p> <p>Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.</p>
			<p>Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e</p>	<p>Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool, tabaco e consumos ilícitos, condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos universitário, desportivo, recreativo, comunitário, laboral, rodoviário e prisional. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Polícia de Segurança Pública (PSP).</p> <p>Proposta de oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo.</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.</p> <p>Implementação de Mecanismos de Referenciação em resposta ao surgimento precoce de comportamentos aditivos com ou sem substâncias</p>



			<p>informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD, nos jovens dos 20 aos 24 anos.</p>	<p>nomeadamente o acesso a tratamentos de substituição (Metadona).</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabituacão tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabituacão tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.</p> <p>Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.</p>
			<p>Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo envolvendo CAD ou o recrudescimento dos mesmos, nos adultos dos 25 aos 64 anos.</p>	<p>Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool, tabaco e consumos ilícitos (incluindo medicamentos sem prescrição), condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade, efeitos tardios dos CAD eventuais comorbilidades e violência entre pares com especial incidência nos contextos comunitário, familiar, laboral, rodoviário e prisional. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Policia de Segurança Pública (PSP).</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.</p> <p>Implementação de Mecanismos de Referenciação em resposta ao surgimento de comportamentos aditivos com ou sem substâncias nomeadamente o acesso a tratamentos de substituição (Metadona).</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabituacão tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabituacão tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.</p> <p>Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.</p>
			<p>Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação</p>	<p>Realização de ações de sensibilização sobre consumo de álcool, tabaco e consumos ilícitos (incluindo medicamentos sem prescrição), condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, policonsumos, jogo patológico, sexualidade e efeitos tardios dos CAD eventuais comorbilidades com especial incidência nos contextos comunitário, familiar, rodoviário e prisional. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipas das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Policia de Segurança Pública (PSP).</p> <p>Articulação com as equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI.</p> <p>Implementação de Mecanismos de Referenciação em resposta ao surgimento de comportamentos aditivos com ou sem substâncias nomeadamente o acesso a tratamentos de substituição (Metadona).</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabituacão tabágica.</p>



			<p>ao consumo de substâncias, identificando o surgimento de padrões de comportamento desadaptativo envolvendo CAD, ou o recrudescimento dos mesmos, nos adultos acima dos 65 anos.</p>	<p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.</p>	
			<p>Promover a melhoria do tratamento e reabilitação dos utentes do SRS com CAD.</p>	<p>Obtenção de dados epidemiológicos da RAA através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.</p>	
				<p>Administração da terapêutica de substituição nos CS/USI.</p>	
				<p>Formação dos profissionais dos CS/USI nesta área.</p>	
				<p>Passagem dos doentes em alto limiar para os seus respetivos médicos de família.</p>	
				<p>Abertura da primeira comunidade terapêutica na RAA (Solar da Glória em Ponta Delgada).</p>	
				<p>Criação de Centros de dia para acompanhamento dos utentes em tratamento de substituição ou em reabilitação.</p>	
			<p>Diminuir o número de internamentos por Pneumonia.</p>	<p>Informação sobre os malefícios do uso do tabaco a população jovem e adulta, reforçando a componente antitabágica nos programas de saúde escolar e nos locais de trabalho, de forma a conseguir não apenas diminuir a incidência de novos fumadores como aumentar a incidência de ex-fumadores.</p>	
				<p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.</p>	
				<p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica destinadas aos gestores e profissionais de saúde.</p>	
				<p>Informação à população em geral sobre os benefícios da vacinação com a vacina da Gripe.</p>	
				<p>Vacinação de pelo menos 60% dos indivíduos ≥ 65 anos com a vacina da Gripe.</p>	
				<p>Informação aos grupos de risco sobre os benefícios da vacinação com a vacina pneumocócica.</p>	
			<p>Reduzir o número de novos casos de Tuberculose.</p>	<p>Procedimento de vacinação com BCG nos recém-nascidos e revacinação, de acordo com o Plano Regional de Vacinação (PRV).</p>	
				<p>Promoção de ações de rastreio da tuberculose na população de risco.</p>	
				<p>Implementação do diagnóstico precoce da tuberculose e participação no acompanhamento dos doentes, referenciando-os para uma consulta de especialidade.</p>	
			<p>Reduzir a prevalência da tuberculose, bem como a transmissão da doença prevenindo, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de resistência aos fármacos.</p>	<p>Notificação, nos termos da Portaria nº 12/99, de 25 de Março, dos casos de tuberculose, no prazo máximo de 48 horas.</p>	
				<p>Implementação do Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TB) na RAA.</p>	
				<p>Co-responsabilização das Unidades de Saúde na luta anti-tuberculosa.</p>	
				<p>Vigilância dos contactos.</p>	
				<p>Garantia da interligação Internamento/Ambulatório de forma eficaz.</p>	
				<p>Desenvolvimento e colaboração em ações de formação e atualização de médicos e outros profissionais de saúde.</p>	
				<p>Garantia de que os princípios definidos para o tratamento da Tuberculose, consagrados no Programa Global de Controlo da Tuberculose da Organização Mundial de Saúde, sejam aplicados.</p>	
				<p>Definição de redes de diagnóstico, tratamento e notificação.</p>	
				<p>Identificação precoce de casos de doença e infeção.</p>	
			<p>Diminuir o risco de infeção pelo VIH/SIDA.</p>	<p>Promoção de ações de educação para a saúde no contexto de prevenção das ITS.</p>	
				<p>Promoção de ações de educação para a saúde sobre a importância da vacinação contra a Hepatite B e Hepatite A aos grupos vulneráveis.</p>	
				<p>Promoção de campanhas de sensibilização em parceria com instituições públicas e privadas da RAA, no sentido da prevenção da infeção pelo VIH/SIDA e da Hepatite (uso do preservativo em relações sexuais ocasionais e atenção aos grupos vulneráveis ao VIH).</p>	
					<p>-APVP por pneumonia (/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -Taxa de incidência de tuberculose (/100000 hab) -Taxa incidência de VIH/SIDA (/100000 hab)</p>



				Prevenção da infeção nos utilizadores de drogas injetáveis. Estimulação ao acesso da deteção precoce do VIH na população geral. Criação de uma rede de referência para pessoas com VIH/SIDA no SRS, com a participação dos vários intervenientes. Revisão do sistema de informação para reduzir o impacto da Sub notificação. Prestação de apoio social e psicológico às pessoas seropositivas, no sentido de usufruírem de uma vida com qualidade exercendo a sua profissão. Adoção das Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2.	
		Melhorar a eficiência do SRS na prevenção, combate e tratamento ao VIH/SIDA.			
	Área de intervenção na Prevenção de Acidentes	Diminuir a mortalidade e incapacidade por acidentes de viação.		Realização de ações de sensibilização para a segurança rodoviária que contribuam para a redução dos fatores de risco de acidentes de viação, nomeadamente condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos, uso do telemóvel, transporte de crianças. Estas ações devem ser feitas ao longo do ciclo vital, sendo desenvolvidas pelas equipas de saúde escolar na infância, na idade adulta e nos idosos, bem como nas pessoas com deficiência pelas equipas de enfermagem das unidades de saúde pública dos CS/ USI, pelo serviço de Proteção Civil, podendo ainda envolver-se outras entidades como, por exemplo, a Polícia de Segurança Pública (PSP).	-Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos (/100000 hab.) -APVP por acidentes de transporte terrestre (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
		Diminuir a mortalidade e incapacidade por acidentes de trabalho.		Promoção da sensibilização e formação dos trabalhadores para a segurança e a saúde no trabalho. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas unidades de saúde pública de cada CS/USI, em articulação com os serviços de saúde ocupacional das organizações. Promoção da sensibilização das empresas para a adoção de normas específicas relacionadas com a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, inerentes às atividades desenvolvidas e aos postos de trabalho, em articulação com entidades públicas regionais com competência na área de regulação do trabalho.	
		Promover a capacitação de profissionais de saúde, na atuação na prevenção de acidentes e na organização de Gabinetes de Saúde Ocupacional no âmbito do SRS.		Identificação das necessidades de formação dos profissionais de saúde do SRS na área da prevenção de acidentes e em saúde e higiene do trabalho, através dos núcleos de formação profissional de cada CS/USI. Promoção da realização de formação dos profissionais de saúde do SRS na área da prevenção de acidentes por um especialista em medicina do trabalho e ou por um Técnico ou Técnico Superior de Segurança e Higiene do Trabalho. Promoção da cultura da Segurança e Higiene do Trabalho no âmbito do Serviço Regional de Saúde. Divulgação dos projetos de boas práticas desenvolvidos e/ou apoiados pela OMS e pela CE, nomeadamente, os produtos dos projetos EMIP, adRisk, APOLLO e EuroSafe.	
	Área de Intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo	Capacitar as pessoas idosas/ famílias/ cuidadores no sentido da promoção do envelhecimento ativo		Informação e formação às pessoas idosas sobre: a) Atividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar; b) Estimulação das funções cognitivas; c) Gestão do ritmo sono-vigília; d) Nutrição, hidratação, alimentação e eliminação; e) Manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase de reforma; f) Importância da realização do exame Periódico de Saúde; g) Deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas; h) Prevenção de acidentes domésticos e de lazer; i) Utilização, em segurança, dos transportes rodoviários.	-Esperança de vida aos 65 anos (anos)
				Informação e formação às famílias das pessoas idosas sobre: a) Utilização correta dos recursos necessários à saúde; b) Abordagem das situações mais frequentes de dependência; c) Abordagem das situações demenciais; d) Abordagem da incontinência; e) Promoção e recuperação da saúde oral; f) Prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação; g) Prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência; h) Prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários; i) Deteção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas;	
Estratégia	Área de	Reduzir a incidência da		Dinamização da comemoração dos dias Mundiais e Nacionais da alimentação, do exercício físico, da obesidade e da diabetes.	-APVP por diabetes



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

		Regional de Combate às Doenças Crónicas	Intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes <i>Mellitus</i>	diabetes.	Divulgação, à população em geral, de informação sobre a diabetes e os seus fatores de risco, tendo em vista a adoção de estilos de vida saudável.	(/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -Esperança de vida aos 65 anos (anos)
					Monitorização da Prevalência da Diabetes, das suas complicações e a respetiva evolução.	
					Realização do Diagnóstico precoce de diabetes.	
					Realização do Diagnóstico precoce da diabetes gestacional (Norma 007/2011 da DGS, de 31/01/2011 - Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional).	
				Definição do grau de risco de diabetes em 10 anos, dos utentes do SRS, através de questionário de risco.		
				Implementação da consulta transdisciplinar de diabetes dos CS/USI da RAA.		
				Implementação do rastreio sistemático da retinopatia diabética, das pessoas com diabetes.		
				Realização da avaliação do risco de pé diabético das pessoas com diabetes.		
			Reduzir a incidência das complicações micro e macro-vasculares da diabetes e assim a morbilidade e a mortalidade por diabetes.	Realização do rastreio sistemático da nefropatia diabética a das pessoas com diabetes.		
				Redução do número de episódios de internamento hospitalar diretamente relacionados com a descompensação da diabetes.		
				Redução da mortalidade intra hospitalar das pessoas com diabetes.		
				Implementação do Processo Assistencial Integrado para a Diabetes Mellitus tipo 2 nas US RAA.		
				Sustentação da atividade assistencial em normas de prática clínica, tendo em vista o controlo metabólico.		
		Área de intervenção na Obesidade	Prevenir o excesso de peso e a obesidade em todos os grupos etários da população.	Dinamização da comemoração dos dias Mundiais e Nacionais da alimentação, do exercício físico e da obesidade.	-APVP por doença crónica do fígado (/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -APVP por tumor maligno do estômago (/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -Mortalidade por tumor maligno estômago antes dos 65 anos (/100000 hab.) -APVP por doenças cerebrovasculares (/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -Mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos (/100000 hab.) -Esperança de vida aos 65 anos (anos) -Percentagem de crianças com 6/8 anos obesas -Percentagem de crianças com 6/8 anos com excesso de peso	
				Intensificação de campanhas de informação dirigidas à população em geral sobre os benefícios do Exame Periódico de Saúde.		
				Informação à população em geral sobre os benefícios da prática de atividade física.		
				Informação à população sobre os malefícios do excesso ponderal, das vantagens de uma alimentação e nutrição adequadas e promotoras de saúde, necessariamente acompanhadas da redução do consumo de álcool.		
			Reduzir a proporção de indivíduos com IMC entre 25 e 30 e de indivíduos com IMC ≥ 30.	Modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e vendas nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho e incentivando a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos (articulação equipas de saúde escolar).		
				Contribuição para a ingestão apropriada de iodo através de alimentos que, habitualmente, são fontes de iodo, em particular: pescado, leguminosas e hortícolas e, ainda, leite e outros produtos lácteos. Recomenda-se, também, a substituição do sal comum por sal iodado. (consultar área de intervenção na saúde materno-infantil e saúde escolar).		
				Diagnosticar precocemente situação de excesso de peso/obesidade para retardar o início das suas complicações.		Desenvolvimento, em todos os Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha, de equipas transdisciplinares que incluam, entre outros, médicos, nutricionistas ou dietistas e enfermeiros.
Disponibilização de Manuais de Boas Práticas e orientações técnicas, para apoio à atividade assistencial dos prestadores de cuidados de saúde.						
Promoção de rastreios de obesidade e respetivo encaminhamento para equipa de saúde dos casos identificados.						
Área de intervenção na Hipertensão	Diminuir a incidência da HTA.		Dinamização da comemoração dos dias Mundiais e Nacionais da alimentação, do exercício físico, obesidade e da Hipertensão.	-APVP por doenças cerebrovasculares (/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -Mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos (/100000 hab.) -Esperança de vida aos 65 anos (anos)		
			Intensificação de campanhas de informação dirigidas à população em geral sobre os benefícios do Exame Periódico de Saúde.			
			Informação à população em geral sobre os benefícios da prática de atividade física.			
			Informação à população sobre os malefícios do excesso ponderal, das vantagens de uma alimentação e nutrição adequadas e promotoras de saúde, necessariamente acompanhadas da redução do consumo de álcool.			
			Modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho e incentivando a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos (articulação com equipas de saúde escolar).			



				<p>Informação sobre os malefícios do uso do tabaco a população jovem e adulta, reforçando a componente antitabágica nas escolas²³² e nos locais de trabalho (consultar Área de Intervenção de Prevenção das Doenças Oncológicas, Área de Intervenção na Promoção de Saúde em Contexto Escolar e Área de Intervenção nas Dependências), de forma a conseguir, não apenas diminuir a incidência de novos fumadores, como aumentar a incidência de ex-fumadores.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.</p> <p>Obtenção de dados epidemiológicos da RAA, através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.</p>	
			Fomentar o diagnóstico precoce de hipertensos e promover o seu acompanhamento.	<p>Promoção de rastreios de Hipertensão e respetivo encaminhamento para equipa de saúde dos casos identificados.</p> <p>Seguimento da pessoa com hipertensão.</p>	
		Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não infecciosas	<p>Promover a capacidade de diagnóstico precoce e controlo da Asma.</p>	<p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos gestores e profissionais de saúde.</p> <p>Alargamento das consultas antitabágicas.</p> <p>Elaboração e ou adoção e divulgação normas de boas práticas para o diagnóstico e prevenção da Asma.</p> <p>Divulgação e consolidação junto dos profissionais de saúde, das boas práticas de diagnóstico e prevenção da Asma.</p> <p>Generalização, se possível, ao nível dos CS/USI, da utilização de espirometria, a ser realizada de modo sistemático e anualmente, nas populações com risco acrescido de Asma.</p> <p>Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a divulgação, junto da população em geral e de grupos específicos, de informação sobre prevenção da Asma.</p>	<p>-APVP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -Esperança de vida aos 65 anos (anos)</p>
		Reduzir a incidência da DPOC.	<p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica destinadas aos gestores e profissionais de saúde.</p> <p>Alargamento das consultas antitabágicas.</p> <p>Elaboração e ou adoção e divulgação de normas de boas práticas para o diagnóstico e prevenção da DPOC.</p> <p>Divulgação e consolidação junto dos profissionais de saúde, das boas práticas de diagnóstico e prevenção da DPOC.</p> <p>Generalização, se possível, ao nível dos CS/USI, da utilização de espirometria, a ser realizada de modo sistemático e anualmente, nas populações com risco acrescido de DPOC.</p> <p>Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a divulgação, junto da população em geral e de grupos específicos, de informação sobre prevenção da DPOC.</p>		

²³² De acordo com o eixo estratégico do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo: Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens



			<p>Reduzir o recurso à urgência/nº de internamentos por Asma e por DPOC melhorando o estado de saúde e a funcionalidade do doente com Asma e DPOC.</p> <p>Promover a vigilância epidemiológica da Asma e da DPOC.</p>	<p>Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a divulgação, junto da população em geral e de grupos específicos, de informação sobre educação para o controlo da Asma e da DPOC.</p> <p>Melhoramento da acessibilidade dos doentes a cuidados de saúde, nomeadamente dos doentes com asma e DPOC, os quais devem ter acesso facilitado às consultas de especialidade/serviço de urgência.</p> <p>Divulgação e consolidação junto dos profissionais de saúde, das boas práticas de tratamento e controlo da asma²³³ e da DPOC.</p> <p>Elaboração e divulgação de normas de boas práticas em educação terapêutica, para o autocontrolo da Asma e da DPOC.</p> <p>Promoção da assistência domiciliária no sentido de desenvolvimento de capacidades e competências do doente e família.</p> <p>Racionalização do acesso à oxigenoterapia domiciliária, ventiloterapia²³⁴ não invasiva e monitorizar a sua utilização.</p> <p>Promoção do acesso aos cuidados de reabilitação.</p> <p>Promoção da vigilância epidemiológica que permita o registo e a recolha direta dos dados, pelos serviços clínicos prestadores de cuidados de saúde ao doente com Asma e DPOC.</p>	
		Área de Intervenção na Dor	<p>Reduzir a prevalência da dor crónica não controlada.</p> <p>Reduzir a prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada.</p> <p>Aumentar a oferta de analgesia para o trabalho de parto.</p> <p>Melhorar a aplicação da Circular Normativa que equipara a intensidade da dor ao 5.º Sinal Vital.</p> <p>Melhorar o acesso e racionalizar a prescrição e consumo dos medicamentos analgésicos.</p> <p>Melhorar a Gestão das Unidades de Dor.</p> <p>Capacitar profissionais</p>	<p>Desenvolvimento de parcerias multissetoriais, em particular com o OBSERVDOR e instituições universitárias para a realização de estudos de interesse regional, em particular a UAç para criação de uma Unidade de Investigação.</p> <p>Divulgação da Rede Regional de Tratamento da Dor para os doentes com dor crónica e respetivas normas de referenciação junto dos profissionais de saúde.</p> <p>Divulgação, junto dos profissionais de saúde, de orientações técnicas sobre a dor na criança, a dor no idoso e outras orientações técnicas que emanem da DGS.</p> <p>Divulgação junto dos profissionais de saúde, de orientações técnicas sobre a utilização de opióides na dor crónica não-oncológica, de acordo com a Circular Informativa da DGS Nº: 09/DSCS/DPCD/DSQC, 24/03/08.</p> <p>Articulação das três Unidades de Dor Crónica com as Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos dos respetivos hospitais e com as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.</p> <p>Adaptação das Unidades de Dor Aguda do Pós-Operatório, nos três Hospitais da RAA, às determinações técnicas divulgadas pela DGS.</p> <p>Adaptação das normas de organização para a Analgesia em Obstetrícia, nos três Hospitais da RAA, segundo as orientações do PNLCD e as determinações técnicas que venham a ser divulgadas pela DGS.</p> <p>Reforço da informação, junto de todos os profissionais de saúde, sobre a norma da DGS nº 09/DGCG de 14/06/2003 e da Circular Normativa nº 24/2003, de 22 de Outubro da DRS que equipara a intensidade da Dor ao 5º Sinal Vital.</p> <p>Adaptação dos registos do 5.º Sinal Vital ao MedicineOne.</p> <p>Continuação da aplicação à RAA do regime de comparticipação dos medicamentos opióides.</p> <p>Adaptação à RAA da Tabela de Medicina da Dor publicada na Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril.</p> <p>Parceria com Instituições Universitárias para aquisição da Competência em Medicina da Dor.</p>	-Esperança de vida aos 65 anos (anos)

²³³ Norma nº 016 /2011 de 27/09/2011 atualizada a 14/06/2012 - Abordagem e controlo da Asma.

²³⁴ Norma nº 022/2011 de 28/09/2011 atualizada a 05/03/2014 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros Equipamentos.



			<p>de saúde e população em geral no âmbito da prevenção e controle da Dor.</p>	<p>Sensibilização das Escolas Superiores de Enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em dor e para estabelecer um programa integrado ao longo do curso de licenciatura.</p> <p>Promoção de formação teórica e prática (estágios opcionais) em dor nos Internatos Médicos, com prioridade para o Internato de Medicina Geral e Familiar.</p> <p>Promoção de ações de formação em Dor, via articulação entre as várias Instituições, com particular ênfase para os especialistas de Medicina Geral e Familiar, abrangendo várias ilhas.</p> <p>Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de ações de formação da enfermagem sobre dor, abrangendo várias ilhas.</p> <p>Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a divulgação, junto da população em geral, de informação sobre a dor, especialmente no Dia Nacional de Luta Contra a Dor, na Semana Europeia de Luta contra a Dor e das orientações específicas divulgadas pela <i>International Association for the Study of Pain</i> (IASP) nos Dias Mundiais e ao longo dos Anos Internacionais de Luta contra a Dor.</p>	
			<p>Detetar precocemente doentes com Dor nas Associações de Doentes com Doença Crónica.</p>	<p>Desenvolvimento de parcerias com Associações de Doentes com Doença Crónica e divulgação de Recomendações de Instituições europeias.</p>	
		Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas	<p>Controlar a morbilidade e a mortalidade causadas por doenças reumáticas melhorando a qualidade de vida do doente reumático.</p>	<p>Divulgação, junto da população geral, de informação genérica sobre as doenças reumáticas e sua prevenção e, particularmente, sobre:</p> <p>a)Osteoartrose e raquialgias; b)Fibromialgia; c)Hiperuricémia e gota úrica; d)Artropatia inflamatória e doenças reumáticas periarticulares; e)Hábitos para promover a saúde óssea.</p> <p>Divulgação, pelas equipas de saúde escolar, de orientações técnicas sobre identificação de crianças com fatores de risco modificáveis para doenças musculoesqueléticas e orientações técnicas sobre ergonomia do ambiente escolar.</p> <p>Divulgação, pelas US, de orientações técnicas sobre ergonomia do ambiente laboral.</p> <p>Divulgação, pelas US, de orientações técnicas sobre prevenção de quedas em pessoas idosas.</p>	-Esperança de vida aos 65 anos (anos)
			<p>Melhorar a eficiência do SRS no controlo e tratamento das doenças reumáticas.</p>	<p>Criação de uma rede de referência para o controlo e tratamento das doenças reumáticas no SRS, com a participação dos vários intervenientes.</p> <p>Adoção das orientações técnicas sobre diagnóstico, acompanhamento e referência de doentes reumáticos²³⁵.</p> <p>Divulgação de Normas de Orientação Clínica relacionadas com a Doença Reumática.</p>	
		Área de Intervenção na Promoção da Saúde Mental	<p>Promover a integração dos cuidados de saúde mental no Serviço Regional de Saúde (Cuidados de Saúde primários, cuidados Hospitalares) garantindo a toda a população açoriana a promoção da saúde mental e o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade melhorando a qualidade de vida das pessoas com</p>	<p>Desenvolvimento de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) e Unidades Funcionais de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência nos Hospitais da Região, dotando-os de todas as capacidades para atendimento de doentes agudos, hospitais de dia, consulta externa, urgência, psiquiatria de ligação e outras valências consideradas necessárias.</p> <p>Criação em todos os CS/USI de equipas comunitárias de saúde mental que trabalhem em estreita articulação com os SPSM dos hospitais da respetiva área de influência, com os IOR e com a medicina familiar nas USI no que respeita ao diagnóstico precoce, adequada intervenção terapêutica e, nos casos em que tal se justifique, atempado encaminhamento para tratamento especializado, mediante a celebração/revisão de protocolos específicos. Estas equipas devem ser compostas por 1 enfermeiro, de preferência especialista em Saúde Mental ou com experiência na área, médico de medicina familiar, psicólogo, assistente social e terapeuta da fala, em horário diurno. Nas ilhas onde não existem SPSM os CS/USI devem articular-se com os respetivos serviços da área de influência no âmbito da implementação de cuidados continuados de saúde mental.</p> <p>Promoção da formação e a atualização permanente das equipas comunitárias de Saúde Mental. Designadamente, nos CS/USI em que não existam enfermeiros especialistas/com experiência na área de Saúde Mental deve ser ministrada formação por médicos especialistas ou por pares com experiência.</p>	-Mortalidade por suicídio antes dos 65 anos (/100000 hab.) -Esperança de vida aos 65 anos (anos)

²³⁵ Circular Normativa Nº: 12/DGCG de 02/07/04 - Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.



			doença mental e com incapacidade.		
			Desenvolver ações preventivas no âmbito da saúde mental e promover o diagnóstico precoce de perturbações psiquiátricas.	Articulação com a área de intervenção nas Dependências. Intervenção junto da população em geral e de profissionais de saúde divulgando informação no sentido da continuação do combate e ao estigma em Saúde Mental. Dinamização da comemoração dos Dias Mundiais na área da Saúde Mental (Dia Internacional Contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Drogas; Dia Mundial da Saúde Mental; Dia Internacional das Pessoas com Deficiência).	
			Promover a saúde mental na gravidez, pós-parto e no período infanto-juvenil.	Promoção de formação sobre saúde mental na gravidez, pós-parto e período infanto-juvenil junto dos profissionais de saúde, que fazem parte da equipa comunitária de saúde mental e/ou que intervenham na área (nomeadamente da área da saúde Materna, Infantil e Familiar). Adaptação à Região e implementar o Programa de Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância e as Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (DGS). Estabelecimento de protocolos para a atuação das equipas comunitárias de saúde mental dos CS/USI nas suas áreas geográficas de abrangência, sob orientação e supervisão do Pedopsiquiatra do hospital de referência, no sentido da prevenção, deteção precoce e acompanhamento da saúde mental infanto-juvenil. Fixação de dois especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência na Região, no HDES e no HSEIT. O HH conta com a deslocação de uma especialista proveniente do Hospital D. Estefânia. Triagem, avaliação e atendimento de casos menos graves (crianças/ Família de risco ou com psicopatologia ligeira) serão realizadas pelo médico de família, que, de acordo com a gravidade da situação, poderá referenciar os casos para as equipas comunitárias de saúde mental ou para consulta de especialidade. Articulação e parceria com outras estruturas da comunidade (por exemplo, serviços sociais, escolas e jardins de infância, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Equipas de Intervenção Precoce, Equipas de Saúde Escolar, Instituições de Acolhimento para crianças em risco, Centros de Atendimento a Toxicodependentes, Projetos de Intervenção Psicossocial local).	
		Área de Intervenção nos Cuidados Paliativos	Prestar cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.	Efetivação da rede de Cuidados Paliativos da RAA através da: -Criação/operacionalização de Unidade de Cuidados Paliativos com as funções publicadas na BASE XVI da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro) -Criação/operacionalização de equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos com as funções publicadas na BASE XVII da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro) -Criação/operacionalização de equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos com as funções publicadas na BASE XVIII da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro) -Articulação das três Unidades de Dor Crónica com as Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos dos respetivos hospitais e com as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos -Articulação com a rede de Cuidados Continuados	-Esperança de vida aos 65 anos (anos)
		Área de Intervenção nas Doenças Genéticas	Promover o acompanhamento adequado e a qualidade de vida das pessoas com DMJ	Promover um Programa de Aconselhamento Genético Regional que promova o acesso equitativo a um seguimento adequado das pessoas com DMJ e suas famílias. Promover a investigação sobre a DMJ. Promover a participação, inclusão e convívio social das pessoas com DMJ e suas famílias. Fomentar o acesso das pessoas com DMJ e suas famílias a serviços/procedimentos/informação que facilitem a resolução de problemas quotidianos.	



		Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares	Área de Intervenção no AVC e no EAM	<p>Reduzir a incidência do AVC sobretudo abaixo dos 65 anos fomentando o diagnóstico precoce de hipertensos e promovendo o acompanhamento dos mesmos</p>	Ações da Área de Intervenção na Hipertensão	<p>-APVP por doenças cerebrovasculares (/100000 hab. abaixo dos 70 anos) -Mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos (/100000 hab.) -Mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100000 hab.) -Esperança de vida aos 65 anos (anos)</p>
	<p>Reduzir a incidência do AVC sobretudo abaixo dos 65 anos fomentando o diagnóstico precoce de diabéticos e promovendo o acompanhamento dos mesmos.</p>			Ações da Área de Intervenção na Diabetes Mellitus		
	<p>Reduzir a incidência do AVC sobretudo abaixo dos 65 anos reduzindo os níveis elevados de sedentarismo e de obesidade.</p>			Ações da Área de Intervenção na Obesidade		
	<p>Reduzir a incidência do AVC sobretudo abaixo dos 65 anos reduzindo a prevalência de fumadores.</p>			<p>Informação sobre os malefícios do uso do tabaco a população jovem e adulta, reforçando a componente antitabágica nas escolas²³⁶ e nos locais de trabalho (consultar Área de Intervenção de Prevenção das Doenças Oncológicas, Área de Intervenção na Promoção de Saúde em Contexto Escolar e Área de Intervenção nas Dependências), de forma a conseguir, não apenas diminuir a incidência de novos fumadores, como aumentar a incidência de ex-fumadores.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.</p> <p>Obtenção de dados epidemiológicos da RAA, através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.</p>		
	<p>Reduzir a incidência do AVC sobretudo abaixo dos 65 anos fomentando o diagnóstico precoce</p>			<p>Informação à população sobre a dislipidemia, fatores de risco e prevenção.</p> <p>Promoção de rastreios de dislipidemia e respetivo encaminhamento para equipa de saúde dos casos identificados.</p>		

²³⁶ De acordo com o eixo estratégico do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo: Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens



				dos dislipidémicos e promovendo o acompanhamento dos mesmos.	Promoção do diagnóstico precoce e instituição das medidas terapêuticas mais adequadas à correção da dislipidémia.
				Reduzir a incidência do AVC sobretudo abaixo dos 65 anos melhorando a abordagem do utente com AVC.	Melhoramento do acesso ao diagnóstico e terapêutica do AVC, promovendo o acesso do doente vítima de AVC a um rápido diagnóstico e tratamento adequado, incluindo a precocidade e continuidade de reabilitação.
				Reduzir a incidência do EAM sobretudo abaixo dos 65 anos fomentando o diagnóstico precoce de hipertensos e promovendo o acompanhamento dos mesmos.	Ações da Área de Intervenção na Hipertensão
				Reduzir a incidência do EAM sobretudo abaixo dos 65 anos fomentando o diagnóstico precoce de diabéticos e promovendo o acompanhamento dos mesmos.	Ações da Área de Intervenção na Diabetes Mellitus
				Reduzir a incidência do EAM sobretudo abaixo dos 65 anos fomentando o diagnóstico precoce dos dislipidémicos e promovendo o acompanhamento dos mesmos.	Informação à população sobre a dislipidémia, fatores de risco e prevenção.
			Promoção de rastreios de dislipidémia e respetivo encaminhamento para equipa de saúde dos casos identificados.		
			Promoção do diagnóstico precoce e instituição das medidas terapêuticas mais adequadas à correção da dislipidémia.		
				Reduzir a incidência do EAM sobretudo abaixo dos 65 anos reduzindo a prevalência de fumadores.	<p>Informação sobre os malefícios do uso do tabaco a população jovem e adulta, reforçando a componente antitabágica nas escolas²³⁷ e nos locais de trabalho (consultar Área de Intervenção de Prevenção das Doenças Oncológicas, Área de Intervenção na Promoção de Saúde em Contexto Escolar e Área de Intervenção nas Dependências), de forma a conseguir, não apenas diminuir a incidência de novos fumadores, como aumentar a incidência de ex-fumadores.</p> <p>Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, adequados aos prestadores de cuidados de saúde com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica.</p>

²³⁷ De acordo com o eixo estratégico do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo: Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens



				Elaboração, adoção ou adaptação de Manuais de Boas Práticas, com orientações técnicas, com base em consensos internacionais adotados pela comunidade científica, sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos profissionais de saúde.	
				Obtenção de dados epidemiológicos da RAA, através da realização de um inquérito regional sobre o consumo de tabaco nas escolas e sobre o consumo de tabaco nas unidades de saúde.	
			Reduzir a incidência do EAM sobretudo abaixo dos 65 anos reduzindo os níveis elevados de sedentarismo e de obesidade.	Ações da Área de Intervenção na Obesidade	
			Reduzir a incidência do EAM sobretudo abaixo dos 65 anos melhorando a valorização da dor precordial.	Educação e alerta da população para as características da dor anginosa.	
				Otimização da abordagem pré-hospitalar para possibilitar o acesso rápido à DAE e Via Verde EAM.	
	Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas	Área de Intervenção na Prevenção da Doença Oncológica	Informar/Sensibilizar a população em geral para os malefícios do consumo de tabaco.	Realização de sessões de educação para a saúde à população adulta junto de empresas/organizações (públicas ou privadas) da Região. Realização de sessões de educação para a saúde nas escolas em parceria com as equipas de saúde escolar. Conceção/produção/divulgação de spot televisivo.	-APVP por tumor maligno da mama feminina (/100000 mulheres abaixo dos 70 anos)
Informar/Sensibilizar a população em geral para a importância de uma alimentação saudável na prevenção de doenças oncológicas.			Realização de sessões de educação para a saúde à população adulta junto de empresas/organizações (públicas ou privadas) da Região. Realização de sessões de educação para a saúde nas escolas em parceria com as equipas de saúde escolar. Conceção/produção/divulgação de spot televisivo.	-Mortalidade por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos (/100000 mulheres)	
Informar/Sensibilizar a população em geral para a importância da prática regular de exercício físico na prevenção de doenças oncológicas.			Realização de sessões de educação para a saúde à população adulta junto de empresas/organizações (públicas ou privadas) da Região. Realização de sessões de educação para a saúde nas escolas em parceria com as equipas de saúde escolar. Conceção/produção/divulgação de spot televisivo.	-APVP por tumor maligno do colo do útero (/100000 mulheres abaixo dos 70 anos)	
Informar/Sensibilizar a população alvo para a importância da Vacinação com a vacina HPV na prevenção do cancro do colo do útero.			Realização de sessões de educação para a saúde à população adulta junto de empresas/organizações (públicas ou privadas) da Região. Realização de sessões de educação para a saúde nas escolas em parceria com as equipas de saúde escolar. Conceção/produção/divulgação de spot televisivo.	-Mortalidade por tumor maligno do colo do útero antes dos 65 anos (/100000 mulheres)	
Fomentar a literacia em Saúde.			Conceção de uma proposta de legislação regional que crie, no ensino regular oficial, uma disciplina de educação para a saúde. Seleção de conteúdos programáticos direcionados para o tabagismo, alcoolismo, nutrição e exercício físico (2014).	-APVP por tumor maligno do cólon, reto e ânus (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	
Fazer o registo, a vigilância e a investigação			Proposta de Revogação da Portaria n.º 36/93, de 15 de Julho. Publicação dos dados da incidência até 2014. Recolha, para processamento, de informação remota, para determinação da incidência (período 1990/1996).	-Mortalidade por tumor maligno do cólon e reto antes dos 65 anos (/100000 hab.)	
				-APVP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	
				-APVP por tumor maligno do estômago (/100000 hab.)	



			<p>epidemiológicas da doença oncológica nos Açores.</p> <p>Obter taxa de participação no ROCMA para a 3ª volta (2014/2014) de 65% e na 4ª volta (2015/2016) de 67,5%.</p> <p>Obter taxa de participação no ROCCA para a 2ª volta (2014/2015/2016) de 55%.</p> <p>Obter taxa de participação no ROCCRA para a 1ª volta de 50%.</p>	<p>Divulgação do indicador sobrevida para os dez cancros mais comuns (cólon, reto, estômago, fígado, pulmão, mama, ovário, colo do útero, próstata e leucemias em crianças e adolescentes), no âmbito da participação do RORA no Concord 2 (estudo internacional liderado pela London School of Hygiene and Tropical Medicine), (2014, 2015,2016).</p> <p>Participação em estudos internacionais e divulgação dos resultados (“Cancer Incidence in Five Continents”, “International Incidence of Childhood Câncer”, etc.).</p> <p>Formação a profissionais qualificados sobre a Epidemiologia e Registo de Cancro - Princípios e Metodologias.</p> <p>Programação anual das duas unidades móveis por concelho e freguesia.</p> <p>Execução da 3ª e 4ªs voltas (2015/2016).</p> <p>Atualização e divulgação do manual executivo (2014).</p> <p>Monitorização da 2ª volta (2014).</p> <p>Obtenção e instalação de uma nova aplicação informática (2014).</p> <p>Reforço da segurança e a celeridade do processo de leitura das mamografias de rastreio (2014).</p> <p>Reforço da capacidade de armazenamento das imagens (2014).</p> <p>Desenvolvimento de contratos programa/ROCMA(2014,2015,2016).</p> <p>Atualização dos protocolos de colaboração entre as unidades de saúde do SRS e o COA (2014).</p> <p>Desenvolvimento de estratégias que visem a obtenção, por doação, de uma nova unidade móvel de rastreio, com mamógrafo digital direto (2013), tendendo a integral conformidade tecnológica do ROCMA.</p> <p>Execução da 2ª volta (2014/2015/2016).</p> <p>Reforço do envolvimento institucional e profissional no desenvolvimento do programa (2014-2016).</p> <p>Campanha, em articulação com as USI, de informação/sensibilização/mobilização da população alvo.</p> <p>Monitorização da 1ª volta (2014).</p> <p>Celebração de protocolo de colaboração com o HSEIT e atualização dos protocolos com as USI (2014).</p> <p>Elaboração da versão definitiva do manual executivo (2014).</p> <p>Aperfeiçoamento da aplicação informática, nomeadamente para as tarefas de monitorização (2014).</p> <p>Aperfeiçoamento/atualização das listagens da população alvo (2014).</p> <p>Desenvolvimento de contratos programa ROCCA (2014/2015/2016).</p> <p>Aprovação e publicação do programa ROCCRA (2013).</p> <p>Elaboração e aprovação do orçamento (2013).</p> <p>Celebração de protocolos de colaboração com as USI e Hospitais Regionais (2014).</p> <p>Contratualização de serviços e aquisição de consumíveis (2014).</p> <p>Aprovação do manual executivo provisório (2014).</p> <p>Instalação e ensaio de nova aplicação informática (2014).</p> <p>Apuramento/atualização das listagens da população alvo (2014-2016).</p> <p>Execução da 1ª volta (2014/2015) e do 1º ano da 2ª volta (2016).</p> <p>Promoção de campanha de informação, sensibilização e mobilização da população alvo (2014).</p> <p>Definição de contratos programa ROCCRA (2014/2015).</p> <p>Monitorização e avaliação da 1ª volta (2016).</p>	<p>abaixo dos 70 anos)</p> <p>-Esperança de vida aos 65 anos</p> <p>- Percentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem tabaco</p>
		Área de Intervenção no tratamento da Doença oncológica	<p>Reduzir a morbilidade e mortalidade por cancro.</p>	<p>Melhoramento da qualidade e a rapidez do diagnóstico laboratorial e radiológico promovendo a implementação de protocolos de atuação comuns de tratamento.</p> <p>Definição de estratégias e circuitos na RAA para o diagnóstico molecular nas patologias mais frequentes.</p> <p>Reforço das consultas de risco que já se efetuam nos Hospitais, EPE do Serviço Regional de Saúde (SRS) no âmbito do risco de cancro hereditário e familiar.</p> <p>Promoção da transdisciplinaridade no diagnóstico e planeamento da terapêutica do doente oncológico.</p>	



					Implementação do Centro de Radioterapia em São Miguel.	
			Melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos utentes com doença oncológica com os cuidados de saúde prestados.		Dinamização da rede de Cuidados Continuados na RAA (consultar área de intervenção nos Cuidados Paliativos).	
					Operacionalização da rede de Cuidados Paliativos (consultar área de intervenção nos Cuidados Paliativos).	
			Promover a Investigação Científica, articulando devidamente os múltiplos e variados levantamentos, abordagens transversais e estudos epidemiológicos com a atividade de investigação que tem vindo a ser desenvolvida.		Alargamento aos Hospitais do SRS da introdução de dados no RORA.	
					Estabelecimento de protocolos com a Universidade dos Açores.	
					Estabelecimento de protocolos com o COA.	