



Plano Regional  
de Saúde **Açores**

**Plano Regional de Saúde 2030**



# Parte I – Perfil de Saúde da Região

Documento em fase de consulta pública





|  |    |
|--|----|
| 2.5. Atividade Física.....                               | 26 |
| 3. Que saúde temos.....                                  | 28 |
| 3.1. Mortalidade.....                                    | 28 |
| 3.1.1. Taxa Bruta de Mortalidade.....                    | 28 |
| 3.1.2. Taxa bruta de mortalidade em idade prematura..... | 29 |
| 3.1.3. Causas de morte.....                              | 30 |
| 3.1.4. Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).....   | 34 |
| 3.1.5. Mortalidade Infantil e Mortalidade Perinatal..... | 35 |
| 3.2. Morbilidade.....                                    | 36 |
| 3.2.1. As Doenças Crónicas.....                          | 36 |
| 3.2.2. A Obesidade.....                                  | 37 |
| 3.3. Previsão do risco de necessidade de cuidados.....   | 38 |
| 4. Os resultados do PRS 2014-2016-Extensão 2020.....     | 40 |
| 5. Bibliografia.....                                     | 46 |

## Índice de figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 Evolução da pirâmide etária da população residente na RAA entre 2001 e 2020.....                        | 12 |
| Figura 2 Taxa bruta de mortalidade quinquenal (por 100.000 háb.) 2015-2019 por ilha.<br>.....                    | 32 |
| Figura 3 Evolução da taxa padronizada de APVP por 100.000 hab. Por causa de morte na RAA entre 2018 e 2019. .... | 35 |

## Índice de tabelas

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 Evolução da taxa de natalidade (‰) em Portugal, RAA e RAM entre 2014 e 2022.....   | 12 |
| Tabela 2 Evolução do índice de envelhecimento da população, e do índice de dependência de idosos de Portugal, RAA e RAM, entre 2014 e 2022. ....  | 13 |
| Tabela 3 Evolução da esperança de vida à nascença (anos) em Portugal, RAA e RAM entre 2012 e 2022. ....   | 14 |
| Tabela 4 Evolução da taxa de natalidade (‰), taxa de fecundidade geral (‰), esperança de vida à nascença (anos) e índice de envelhecimento (nº), em Portugal, RAA e RAM, entre 2014 e 2022..... | 15 |
| Tabela 5 Distribuição da população residente com 15 ou mais anos (%) segundo a condição perante o consumo de tabaco, por sexo em 2019.....  | 17 |
| Tabela 6 Evolução da prevalência do consumo de qualquer droga nos últimos 12 meses em Portugal e na RAA, entre 2012 e 2017, nos grupos etários dos 15-74 anos e 15-34 anos.....                 | 22 |
| Tabela 7 Evolução da prevalência do consumo de drogas ao longo da vida, na RAA entre 2012 e 2017, por tipo de droga.....  | 23 |
| Tabela 8 Evolução da prevalência do consumo de drogas nos últimos 30 dias, na RAA entre 2012 e 2017, por tipo de droga.....   | 23 |

|  |    |
|--|----|
| Tabela 9 Proporção de consumidores de drogas por tipo de consumo e ilhas da RAA .....  | 25 |
| Tabela 10 Comparação da evolução do consumo de alimentos por tipo, em Portugal continental e a RAA, entre 2014 e 2019.....   | 27 |
| Tabela 11 Evolução da TBM (n.º óbitos por 1000 hab.) em Portugal e na RAA entre 2014 e 2022. ....  | 28 |
| Tabela 12 TBM (n.º óbitos por 1000 hab.) em 2020 por ilha dos Açores.....  | 29 |
| Tabela 13 Evolução da TBM (n.º óbitos por 1000 hab.) em idade prematura (<75 anos) por ilha da RAA entre 2011 e 2019. (verde - inferior ao valor da RAA; vermelho - superior ao valor da RAA)..... | 29 |
| Tabela 14 Distribuição do n.º de óbitos e Taxa bruta de mortalidade quinquenal (por 100.000 hab.) pelas principais causa de morte e ilha 2015-2019.....  | 33 |
| Tabela 15 Evolução das taxas de mortalidade infantil e perinatal em Portugal e na RAA entre 2014 e 2022. ....  | 35 |
| Tabela 16 Proporção estimada de indivíduos com excesso de peso e obesidade em Portugal e na RAA no ano de 2015.....  | 38 |
| Tabela 17 Resumo dos indicadores do PRS 2014-2016, Extensão 2020 e seu cumprimento.....  | 44 |

## Índice de gráficos

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1 Evolução da população residente nos Açores entre 1900 e 2021.....  | 11 |
| Gráfico 2 Evolução da esperança de vida à nascença (anos) na RAA entre 2012 e 2022. ....                                   | 15 |
| Gráfico 3 Evolução da prevalência de fumadores (%) com 15 ou mais anos de ambos os sexos na RAA. ....                      | 18 |
| Gráfico 4 Prevalência de consumo de tabaco nos adolescentes entre os 13 e 18 anos em Portugal e na RAA no ano de 2019..... | 19 |



|   |    |
|---|----|
| Gráfico 5 Tipo de consumo de tabaco na adolescência em Portugal e na RAA no ano de 2019.....  | 19 |
| Gráfico 6 percentagem da população que referiu consumo diário de álcool nos 12 meses anteriores, em Portugal continental, RAA e RAM nos inquéritos nacionais de saúde de 2014 e 2019..... | 20 |
| Gráfico 7 Prevalência de consumo de álcool nos adolescentes entre os 13 e 18 anos em Portugal e na RAA no ano de 2019.....  | 21 |
| Gráfico 8 Tipo de consumo de álcool na adolescência em Portugal e na RAA no ano de 2019.....  | 22 |
| Gráfico 9 Prevalência de níveis de atividade física "ativo" e "sedentário", ponderados para a população portuguesa e da RAA.....  | 26 |
| Gráfico 10 Proporção de óbitos para todas as idades distribuídos pelas dez primeiras causas de morte na RAA em 2021.....  | 30 |
| Gráfico 11 Proporção de óbitos prematuros (<70 anos) distribuídos pelas dez primeiras causas de morte na RAA em 2021.....   | 31 |
| Gráfico 12 Evolução da proporção da população residente com 15 e mais anos de idade (%) que reporta ter doença crónica, por tipo de doença crónica na RAA entre 2014 e 2019.....          | 36 |
| Gráfico 13 Evolução da proporção de crianças entre os 6 e os 8 anos com obesidade, na RAA e em Portugal, entre 2008 e 2022. ....  | 37 |
| Gráfico 14 Evolução da proporção de crianças entre os 6 e os 8 anos com excesso de peso, na RAA e em Portugal, entre 2008 e 2022.....   | 37 |

## **Lista de siglas e abreviaturas**

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos

COA - Centro de Oncologia dos Açores

COSI - European Childhood Obesity Surveillance Initiative

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DNT - Doenças não transmissíveis

DRS - Direção Regional da Saúde

EBS - Ensino Básico e Secundário

ECATD-CAD 2019 - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências

EGS - Exame Global de Saúde

ELS - Estratégias Locais de Saúde

ES-SD - Estado de Saúde e de Desempenho do Sistema

HLS - Heth Literacia Sorve

IAN-AF 2015-2016 - Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PICCOA - Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores

PLS - Plano Local de Saúde

PLV - Prevalência dos Consumos ao longo da vida

PNS - Plano Nacional de Saúde

PRS 2030 - Plano Regional de Saúde 2030

RAA - Região Autónoma dos Açores

RAM - Região Autónoma da Madeira

ROCCA - Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero nos Açores

ROCCRA - Rastreio Organizado do Cancro do Colón e Reto nos Açores

ROCMA - Rastreio ao Cancro da Mama nos Açores

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SISA - Sistema de Informação em Saúde dos Açores

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores

SRS - Serviço Regional de Saúde

SRSSS - Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social

TBM - Taxa Bruta de Mortalidade

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

US - Unidade de Saúde

USI - Unidade de Saúde de Ilha

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

## A nossa identidade num abrir e fechar de olhos

| quem somos?                                  |  | Valor  | Um.     | Var. 2011 |
|--|--|--------|---------|-----------|
|  | População (ano refe. 2021)                     |        |         |           |
|  | Decréscimo entre 2011-2021 em todas as ilhas   | 236413 | hab.    | ↓ 4,19%   |
|  | Menos jovens                                   | 14,62  | %       | ↓ 18,32%  |
|  | Mais idosos                                    | 16,54  | %       | ↑ 26,26%  |
|  | O índice de envelhecimento                     | 113,19 |         | ↑ 35,26%  |
|  | O índice de dependência de idosos              | 24,03  |         | ↑ 22,64%  |
|  | Taxa de natalidade                             | 8,6    | ‰       | ↓ 29,07%  |
|  | Taxa bruta de mortalidade                      | 9,9    | ‰       | ↑ 3,03%   |
|  | Esperança de vida à nascença                   | 78,18  | anos    | ↑ 2,77%   |
|  | Esperança de vida à nascença para as mulheres  | 81,53  | anos    | ↑ 2,21%   |
|  | Esperança de vida à nascença para os homens    | 74,43  | anos    | ↑ 2,89%   |
|  | Esperança de vida aos 65 anos                  | 17,58  | anos    | ↑ 8,59%   |
|  | Esperança de vida aos 65 anos para as mulheres | 19,57  | anos    | ↑ 9,71%   |
| Esperança de vida aos 65 anos para os homens | 15,10  | anos   | ↑ 7,35% |           |

| como vivemos? |                                       | Valor | Um. | Var. 2011 |
|---------------|---------------------------------------|-------|-----|-----------|
|               | Taxa de escolaridade (ano refe. 2021) |       |     |           |
|               | nível de ensino básico                | 63,3  | %   | ↑ 32,7%   |
|               | nível de ensino secundário            | 42,8  | %   | ↑ 45,33%  |
|               | nível de ensino superior              | 10,0  | %   | ↑ 6%      |
|               | Taxa de abandono escolar              | 23,2  | %   | ↓ 47,03%  |
|               | Taxa de desemprego                    | 7,2   | %   | ↓ 61,12%  |
|               | Taxa de risco de pobreza              | 27,7  | %   | -         |

|                              | Valor  | Um.  | Var. 2011 |
|------------------------------|--|------|-----------|
| <b>que escolhas fazemos?</b> | Prevalência do consumo de tabaco nos adultos (total de fumadores)          | 23,4 | % ↓       |
|                              | Prevalência do consumo (P30D) de tabaco nos jovens (13-18 anos)            | 16,9 | % -       |
|                              | Prevalência (diária) do consumo de álcool na população adulta              | 19,7 | % ↓       |
|                              | Prevalência do consumo (P30D) de álcool nos jovens (13-18 anos)            | 33,2 | % -       |
|                              | Prevalência do consumo de qualquer droga na população 15-34 anos (2016-17) | 11,8 | % ↑       |
|                              | Prevalência do consumo de qualquer droga na população 15-74 anos (2016-17) | 7,4  | % ↑       |
|                              | Prevalência do consumo (P30D) de drogas nos jovens (13-18 anos)            | 5,9  | % -       |
|                              | Prevalência dos níveis de atividade física (ativo) (adultos)               | 33,2 | % -       |

Um. unidade, Var. variação.

|                                    | Valor   | Um.     | Var. 2011         |  |
|------------------------------------|---|---------|-------------------|--|
| <b>que resultados conseguimos?</b> | Grau de satisfação com a vida (satisfeito)                                  | 35,7    | % ↓               |  |
|                                    | Taxa bruta de mortalidade quinquenal p/ 100 000 hab. (2015 a 2019)          | 4721,22 | -                 |  |
|                                    | 1ª causa de morte: doenças cerebrovasculares                                | 484,62  | -                 |  |
|                                    | 2ª causa de morte: doenças isquémicas do coração                            | 405,55  | -                 |  |
|                                    | 3ª causa de morte: tumor maligno traqueia, brônquios e pulmão               | 284,3   | -                 |  |
|                                    | Taxa mortalidade padronizada anual (65 e mais anos) por 100 000 hab. (2019) | 5515,6  | -                 |  |
|                                    | 1ª causa de morte: doenças cerebrovasculares                                | 628,8   | -                 |  |
|                                    | 2ª causa de morte: doenças isquémicas do coração                            | 472,4   | -                 |  |
|                                    | 3ª causa de morte: demência   | 366,1   | -                 |  |
|                                    | Mortalidade infantil (2021)   | 2,4     | ‰ ↓ 20,83% (2011) |  |
|                                    | Mortalidade perinatal (2021)  | 3,9     | ‰ ↓ 66,67% (2011) |  |
|                                    | Doenças crónicas reportadas pela população com 15 e mais anos               |         |                   |  |
|                                    | 1ª doença crónica: dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas   | 32,1    | % ↑               |  |
|                                    | 2ª doença crónica: hipertensão arterial                                     | 25,6    | % ↑               |  |

|   |      |   |                   |
|---|------|---|-------------------|
| 3ª doença crónica: dores cervicais e outros problemas crónicos no pescoço | 22,9 |   | ↑                 |
| Taxa de novos diagnósticos de tuberculose (100 000 habitantes)            | 7,0  |   | ↓                 |
| Taxa de novos diagnósticos de VIH/SIDA (100 000 habitantes)               | 1,27 |   | ↓                 |
| Taxa de incidência de Sífilis (100 000 habitantes)                        | 7,4  |   | ↑                 |
| Obesidade infantil (6-8 anos)   | 18,0 | % | ↑ 26,7%<br>(2019) |
| Excesso de peso (6-8 anos)  | 43,0 | % | ↑ 19,7%<br>(2019) |
| Taxa de aleitamento materno   | 73,8 | % | ↑ 4,3%<br>(2019)  |
| Obesidade nos adultos (IMC≥30)  | 33,8 | % | ↑                 |
| Excesso de peso nos adultos (IMC≥25 e IMC<30)                             | 39,0 | % | ↑                 |
| Hipertensos   | 25,6 | % | ↑                 |
| Nascimentos pré-termo   | 8,6  | % | ↓                 |
| Partos por cesariana  | 41,9 | % | ↑ 16,4%<br>(2017) |
| Crianças com baixo peso à nascença  | 8,3  | % | ↓                 |
| Gravidez precoce  | 3,5  | % | ↓ 32,7%<br>(2017) |

Legenda:

Refe. referência, Um. unidade, Var. variação, hab. habitante

↓ corresponde à diminuição do valor/taxa relativamente ao último dado disponível

↑ corresponde ao aumento do valor/taxa relativamente ao último dado disponível

- dado não disponível

## 1. Quem somos

### 1.1. A população

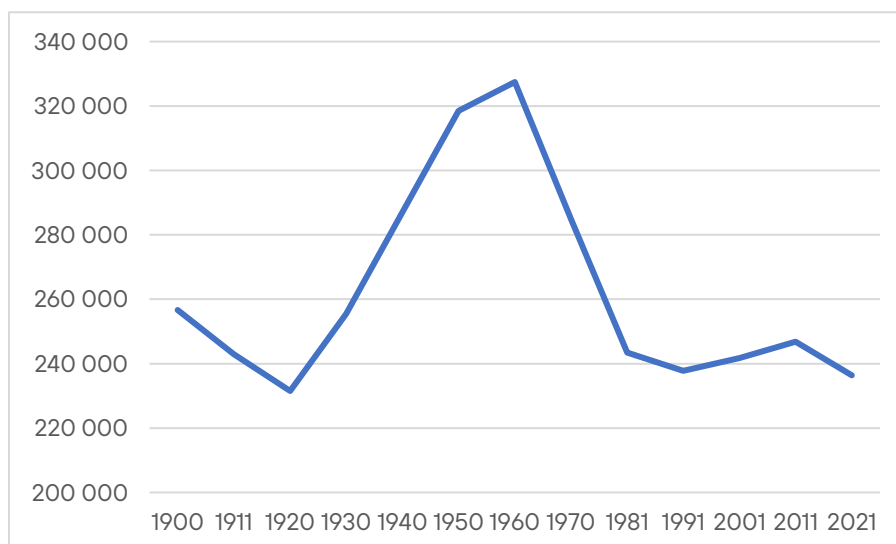
#### 1.1.1. Evolução da população residente na Região Autónoma dos Açores (RAA)

Segundo o Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA) a população açoriana tem oscilado em torno dos 240 000 indivíduos ao longo das últimas quatro décadas, isto após um pico populacional nas décadas de 50 e 60 do século XX de cerca de 330 000 indivíduos.

De acordo com os Censos 2021 residem na RAA 236 413 habitantes (menos 10 359 do que em 2011, o que representa um saldo negativo de 4,19%), correspondendo a uma população feminina de 120 933 e a uma população masculina de 115 480 indivíduos.

Estes números integram-se na trajetória demográfica dos últimos anos a nível nacional e mais recentemente na da Região. O peso do grupo etário mais jovem tem vindo a diminuir (2011 – 17,9%; 2021 14,62%) enquanto a proporção de idosos com mais de 65 anos na população vem aumentando (2011 13,1%; 2020 16,54%).

O decréscimo da população entre 2011 e 2021 deveu-se a um saldo natural persistentemente negativo.



Em 2021 residiam nos Açores:  
 236 413 pessoas  
 115 480 homens (48,84%)  
 120 933 mulheres (51,15%)

**Gráfico 1** Evolução da população residente nos Açores entre 1900 e 2021.  
 Fonte: SREA

### 1.1.2. Entre 2001-2020

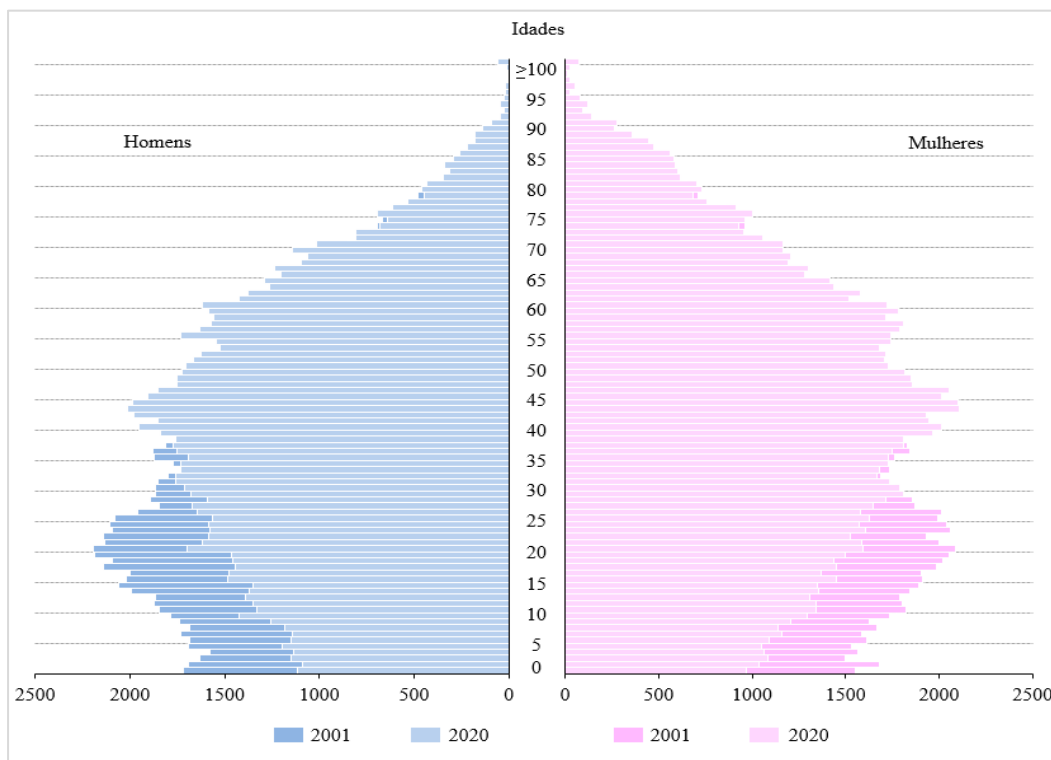


Figura 1 Evolução da pirâmide etária da população residente na RAA entre 2001 e 2020. Fonte INE

## 1.2. Nós e os outros

### 1.2.1. A natalidade

Tabela 1 Evolução da taxa de natalidade (%) em Portugal, RAA e RAM entre 2014 e 2022. Fonte INE

| Ano  | Portugal | RAA | RAM |
|------|----------|-----|-----|
| 2014 | 7,9      | 9,5 | 6,7 |
| 2015 | 8,2      | 9,3 | 7,6 |
| 2016 | 8,4      | 9,4 | 7,3 |
| 2017 | 8,3      | 9,3 | 7,8 |
| 2018 | 8,4      | 9,5 | 7,7 |
| 2019 | 8,4      | 9,0 | 7,5 |
| 2020 | 8,1      | 8,9 | 7,4 |
| 2021 | 7,6      | 8,6 | 6,9 |
| 2022 | 8,0      | 8,6 | 6,9 |



Entre 2014 e 2022 observou-se um decréscimo progressivo na taxa de natalidade da RAA, existindo uma tendência convergente com a taxa nacional. Ainda assim, na RAA a taxa de natalidade mantém-se superior à nacional e à da Região Autónoma da Madeira (RAM). É importante notar-se que, na RAA, paralelamente a este decréscimo, existiu um aumento da idade média das mulheres aquando do nascimento do primeiro filho (26,9 anos em 2011 para 29,5 anos em 2021).

## 1.2.2. O envelhecimento

Em 2014, o índice de envelhecimento da população açoriana era de 78,6, ou seja, por cada 100 jovens existiam cerca 78,6 idosos com 65 ou mais anos, valor que aumentou, em 2022, para 117,2, refletindo o incremento da proporção da população idosa na Região. O índice de dependência de idosos, entre 2014 e 2022, registou um aumento de 18,9 para 24,9, ou seja, em 2022 existiam 24,9 idosos para cada indivíduo ativo. Este valor, apesar do aumento, ainda está aquém dos valores nacionais e da RAM.

**Tabela 2** Evolução do índice de envelhecimento da população, e do índice de dependência de idosos de Portugal, RAA e RAM, entre 2014 e 2022. Fonte INE

| Ano  | índice de envelhecimento |       |       | índice de dependência de idosos |      |      |
|------|--------------------------|-------|-------|---------------------------------|------|------|
|      | Portugal                 | RAA   | RAM   | Portugal                        | RAA  | RAM  |
| 2014 | 141,9                    | 82,6  | 104,7 | 31,4                            | 19,9 | 23,3 |
| 2015 | 147,6                    | 86,9  | 111,2 | 32,1                            | 20,5 | 24,1 |
| 2016 | 152,5                    | 90,9  | 118,3 | 33,0                            | 21,1 | 25,1 |
| 2017 | 157,9                    | 95,1  | 125,8 | 33,8                            | 21,8 | 26,2 |
| 2018 | 163,2                    | 99,6  | 133,1 | 34,6                            | 22,5 | 27,1 |
| 2019 | 169,4                    | 104,7 | 141,2 | 35,6                            | 23,4 | 28,4 |
| 2020 | 175,6                    | 108,7 | 150,0 | 36,5                            | 23,8 | 29,4 |
| 2021 | 181,3                    | 113,6 | 158,2 | 37,3                            | 24,5 | 30,1 |
| 2022 | 185,6                    | 117,2 | 165,0 | 38,0                            | 24,9 | 30,8 |

### 1.2.3. A esperança de vida à nascença

No período entre 2012 e 2022 a esperança de vida à nascença nos Açores aumentou 1,22 anos. A RAA e RAM são as Regiões que apresentam uma esperança de vida mais baixa, face à média nacional, em 2022 respetivamente menos 2,92 e 2,19 anos. Contudo, o seu crescimento foi o mais elevado no referido período. Ainda relativamente ao período em análise refira-se a diminuição da esperança de vida causada pela pandemia do vírus SARS-CoV-2.

Observando a evolução da esperança de vida à nascença em cada sexo, entre 2012 e 2020, constata-se um ganho ligeiramente superior nos homens, 1,71 anos, em relação a 1,45 anos nas mulheres. Mantém-se, no entanto, a diferença de mais cerca de 6,8 anos de esperança de vida à nascença para as mulheres.

**Tabela 3 Evolução da esperança de vida à nascença (anos) em Portugal, RAA e RAM entre 2012 e 2022.**  
Fonte INE

| Anos        | Portugal | RAA   | RAM   |
|-------------|----------|-------|-------|
| 2012 - 2014 | 80,32    | 76,82 | 77,68 |
| 2013 - 2015 | 80,47    | 77,15 | 77,76 |
| 2014 - 2016 | 80,69    | 77,28 | 78,02 |
| 2015 - 2017 | 80,85    | 77,48 | 78,18 |
| 2016 - 2018 | 80,89    | 77,85 | 78,30 |
| 2017 - 2019 | 81,05    | 77,87 | 78,36 |
| 2018-2020   | 81,22    | 78,00 | 78,52 |
| 2019-2021   | 80,97    | 78,18 | 78,55 |
| 2020-2022   | 80,96    | 78,04 | 78,77 |

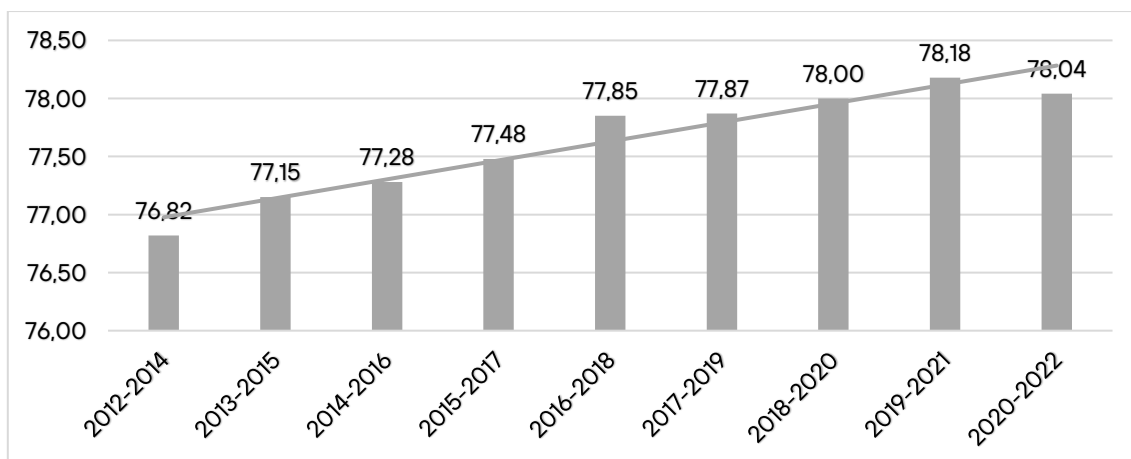


Gráfico 2 Evolução da esperança de vida à nascença (anos) na RAA entre 2012 e 2022. Fonte INE

### 1.2.4. Tabela Resumo

Tabela 4 Evolução da taxa de natalidade (%), taxa de fecundidade geral (%), esperança de vida à nascença (anos) e índice de envelhecimento (n°), em Portugal, RAA e RAM, entre 2014 e 2022. Fonte: INE/SREA

|                 | Taxa de Natalidade (%) |      | Taxa de Fecundidade Geral (%) |      | Esperança de Vida à nascença (anos) |           | Índice de Envelhecimento (n°) |       |
|-----------------|------------------------|------|-------------------------------|------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------|-------|
|                 | 2014                   | 2022 | 2014                          | 2022 | 2012-2014                           | 2020-2022 | 2014                          | 2022  |
| <b>Portugal</b> | 7,9                    | 8,0  | 34,3                          | 38,0 | 80,32                               | 80,96     | 141,9                         | 185,6 |
| <b>RAA</b>      | 9,5                    | 8,6  | 37,6                          | 36,5 | 76,82                               | 78,04     | 82,6                          | 117,2 |
| <b>RAM</b>      | 6,7                    | 6,9  | 27,1                          | 31,9 | 77,68                               | 78,77     | 104,7                         | 165,0 |

## 2. Que escolhas fazemos

Pese embora todos os Planos desenvolvidos na RAA, tendo em conta no essencial as doenças que mais afetam os açorianos, com o objetivo de satisfazer as suas expectativas em matéria de Saúde, continua a ser necessário planear e implementar políticas de Saúde capazes de induzir nos açorianos comportamentos mais saudáveis, incorporando perceções comportamentais e culturais.

Os determinantes de Saúde são multidimensionais. A Saúde está intimamente relacionada com comportamentos e estilos de vida – alimentação, atividade física, tabaco, álcool, drogas ilícitas, entre outros, sendo que os estilos de vida não podem ser abordados como um resultado unicamente dependente de escolhas individuais, pelo facto de serem influenciadas e condicionadas pelas estruturas sociais, condições políticas, culturais e ambiente físico e económico, podendo explicar, em parte, as diferenças entre grupos sociais, países e regiões.

Os estilos de vida têm impacto na morbilidade, qualidade de vida, bem-estar, mortalidade e são os principais responsáveis pelas doenças crónicas.

A abordagem destes fatores deverá ser considerada em todas as ações que visem os determinantes de Saúde relacionados com estilos de vida. A abrangência da promoção da Saúde deverá ser considerada em vários contextos: *escola, local de trabalho, família, comunidade local*, com vista a uma profunda alteração da influência dos determinantes da Saúde.

### Aspetos essenciais das nossas escolhas

#### 2.1. O Tabaco

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) morrem por ano cerca de 8,2 milhões de pessoas, das quais cerca de 7 milhões devido ao consumo de tabaco e 1,2 milhões devido à exposição ao fumo ambiental.

Embora tenham ocorrido melhorias nos últimos anos, o tabaco continua a ser um dos problemas globais de Saúde mais significativos. O ato de fumar está associado às principais doenças não transmissíveis, como doenças respiratórias crónicas, vários tipos de cancro, doenças cérebro-cardiovasculares e diabetes *mellitus*. Além dessas doenças, fumar compromete o sistema imunológico, aumentando o risco de infeções respiratórias e afeta negativamente a fertilidade. Durante a gravidez, o tabagismo tem efeitos prejudiciais no

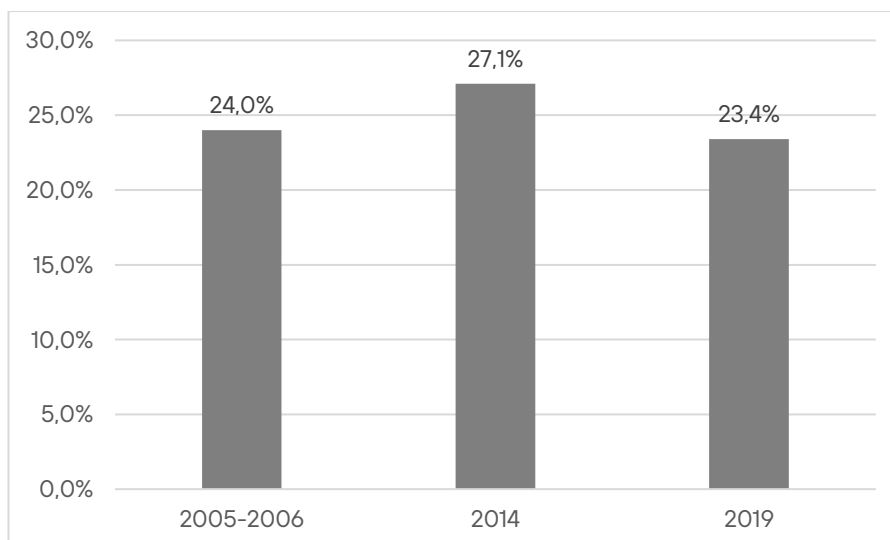
desenvolvimento fetal e amplifica o risco de complicações perinatais. Além disso, é amplamente reconhecido que o tabaco é um fator que contribui para a pobreza e desigualdades em Saúde entre diferentes géneros e grupos sociais.

### 2.1.1. Prevalência do Consumo de Tabaco

Em 2019, segundo o Inquérito Nacional de Saúde, a RAA apresentou a prevalência de consumo diário de tabaco mais elevada em ambos os sexos, 21,2%, (31,0% homens e 12,0 % mulheres), relativamente ao Continente português, 14,0% (19,99% homens e 8,9% mulheres).

**Tabela 5 Distribuição da população residente com 15 ou mais anos (%) segundo a condição perante o consumo de tabaco, por sexo em 2019. Fonte Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2019**

| Região     | Sexo      | Nunca Fumaram | Ex-Fumadores | Fumadores Ocasionais | Fumadores Diários | Total Fumadores |
|------------|-----------|---------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|
| Continente | Total     | 61,1%         | 21,5%        | 2,8%                 | 14,0%             | 16,8%           |
|            | Masculino | 44,9%         | 30,8%        | 3,8%                 | 19,9%             | 23,6%           |
|            | Feminino  | 75,3%         | 13,5%        | 1,9%                 | 8,9%              | 10,9%           |
| RAA        | Total     | 58,1%         | 18,3%        | 2,2%                 | 21,2%             | 23,4%           |
|            | Masculino | 40,6%         | 25,4%        | x                    | 31,0%             | 33,8%           |
|            | Feminino  | 74,3%         | 11,7%        | x                    | 12,0%             | 13,8%           |

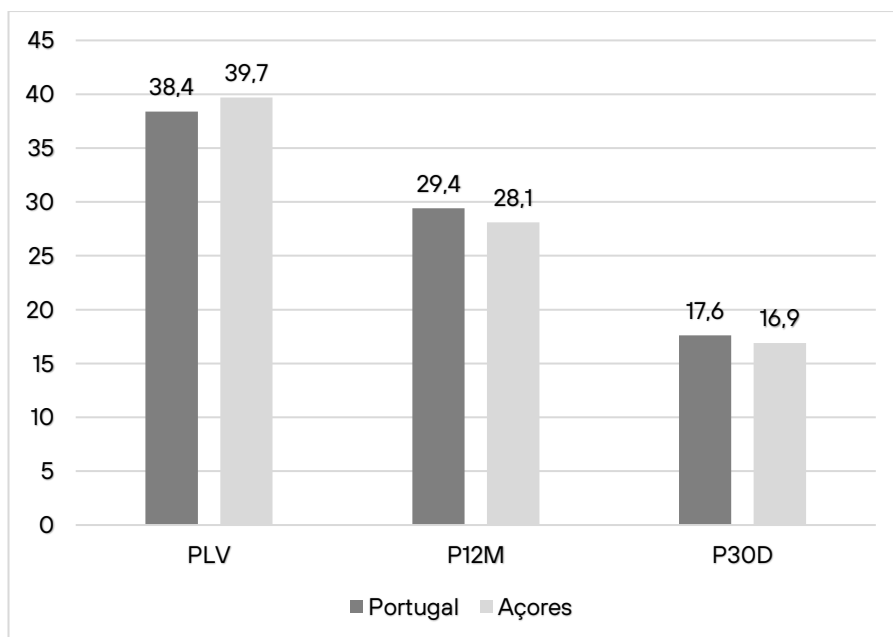


**Gráfico 3** Evolução da prevalência de fumadores (%) com 15 ou mais anos de ambos os sexos na RAA.  
Fonte INS

### 2.1.2. O consumo de tabaco nos jovens

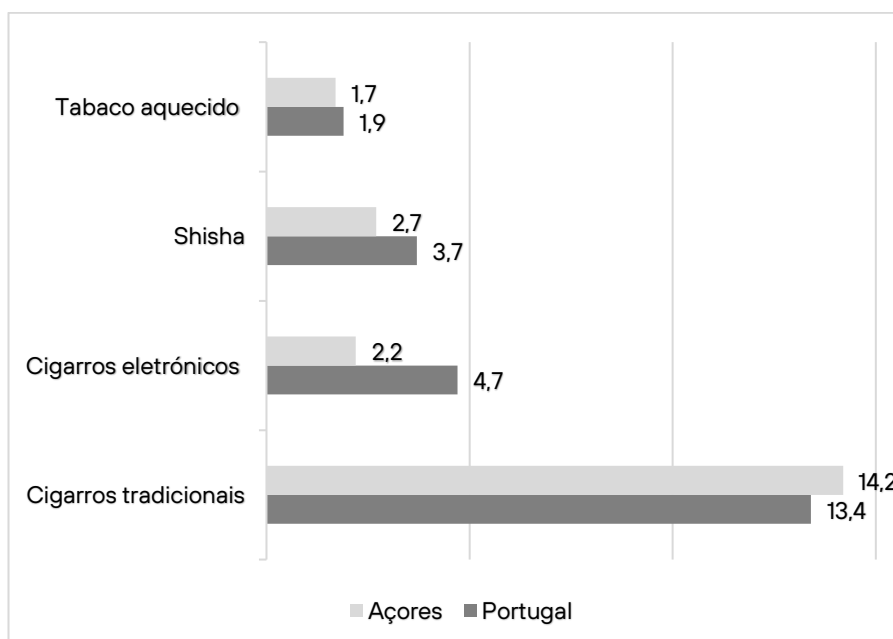
O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências (ECATD-CAD) 2019, estudo transversal realizado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) no âmbito do ensino público, revelou as prevalências do consumo de tabaco, ao longo da vida, nos últimos 12 meses e 30 dias. As principais conclusões foram as seguintes:

- Considerando o tabaco na sua globalidade, as prevalências de consumo na região estão ao nível do total nacional, ainda que ligeiramente superiores ao longo da vida;
- Nos Açores, em 2019, o consumo de tabaco aquecido e cigarros eletrónicos era inferior ao nacional;



**Gráfico 4 Prevalência de consumo de tabaco nos adolescentes entre os 13 e 18 anos em Portugal e na RAA no ano de 2019. Fonte: ECATD-CAD 2019**

(PLV- prevalência ao longo da vida; P12M- prevalência nos últimos 12 meses; P30D- prevalência nos últimos 30 dias)



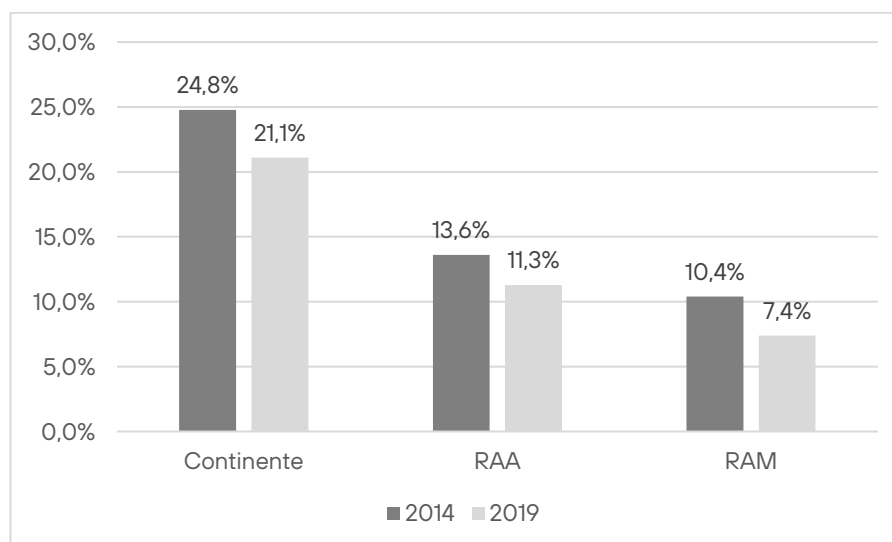
**Gráfico 5 Tipo de consumo de tabaco na adolescência em Portugal e na RAA no ano de 2019. Fonte: ECATD-CAD 2019**

## 2.2. O álcool

O conceito de alcoolismo como uma doença, e não apenas um vício, surgiu somente na segunda metade do século XIX. O álcool, frequentemente associado a situações sociais de natureza ritual, comemorativa e recreativa, além de desempenhar um papel no imaginário, estilos de vida e identidades de muitos grupos sociais, é considerado uma droga psicoativa com efeitos depressores no sistema nervoso central, causando alterações comportamentais em seus consumidores. Apesar disso a sua comercialização e consumo são legais.

### 2.2.1. Consumo diário de álcool na população açoriana maior de 15 anos

De acordo com os inquéritos nacionais de saúde, na população com mais de 15 anos, o consumo diário de álcool nos 12 meses prévios ao momento da entrevista, diminuiu entre 2014 e 2019. Este fenómeno foi transversal ao território continental e regiões autónomas. Salienta-se ainda que na RAA a percentagem da população que refere consumos diários é substancialmente menor do que a nível continental. Na RAM a percentagem é ainda menor.



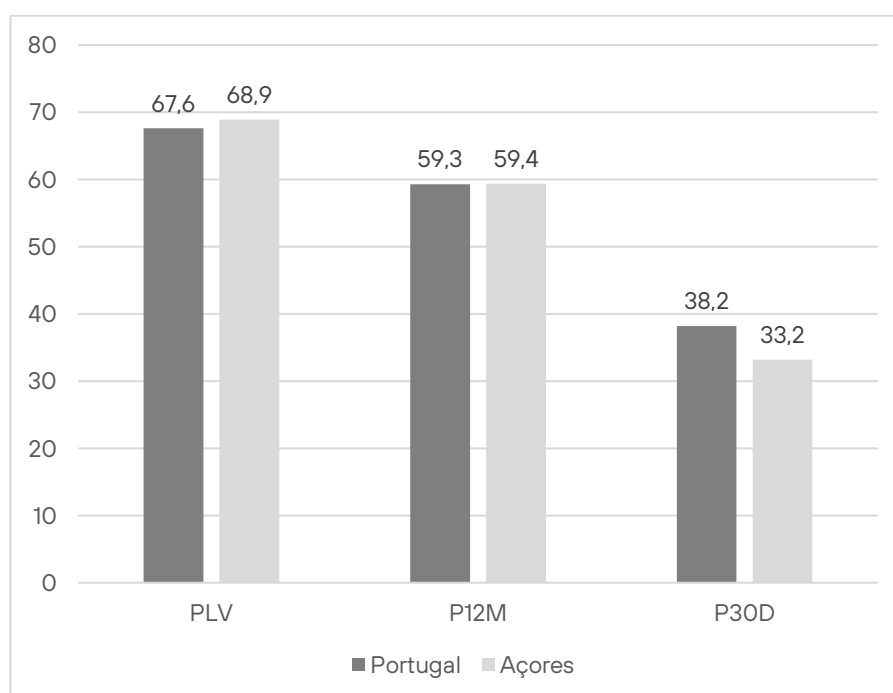
**Gráfico 6 percentagem da população que referiu consumo diário de álcool nos 12 meses anteriores, em Portugal continental, RAA e RAM nos inquéritos nacionais de saúde de 2014 e 2019. Fonte INS**



### 2.2.2. O consumo de álcool nos jovens

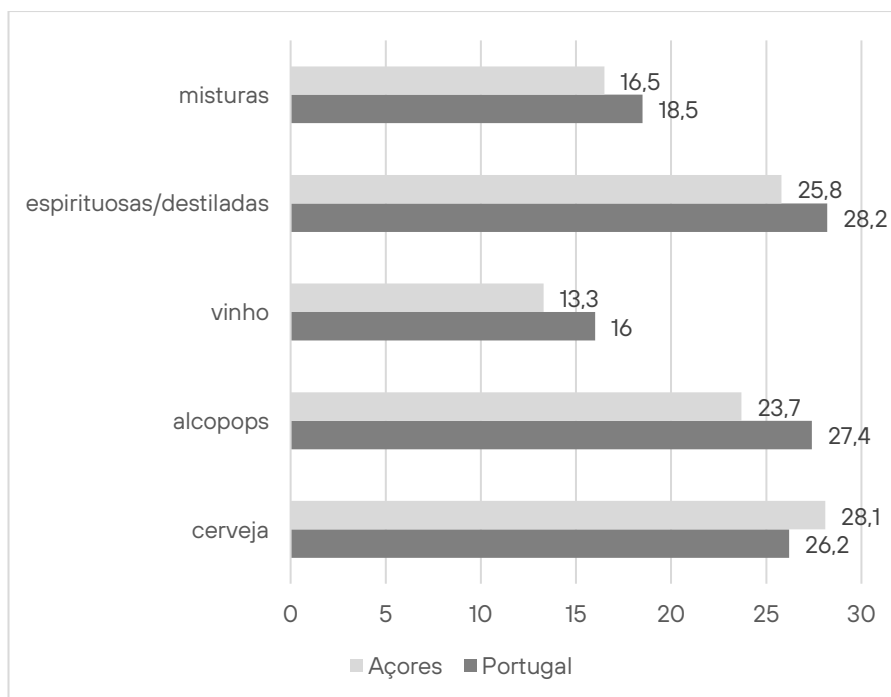
De acordo com o ECATD-CAD 2019 o consumo de álcool nos adolescentes entre os 13 e os 18 anos na RAA é semelhante à média nacional, exceto nos consumos recentes onde a RAA regista uma prevalência menor. Destaca-se ainda o seguinte:

- A cerveja é o único tipo de bebida que se ingere mais nos Açores do que no total nacional.
- Entre os consumidores, a prevalência de embriaguez severa é das mais elevadas do país, consideravelmente acima do total nacional.



**Gráfico 7 Prevalência de consumo de álcool nos adolescentes entre os 13 e 18 anos em Portugal e na RAA no ano de 2019. Fonte: ECATD 2019**

(PLV- prevalência ao longo da vida; P12M- prevalência nos últimos 12 meses; P30D- prevalência nos últimos 30 dias)



**Gráfico 8 Tipo de consumo de álcool na adolescência em Portugal e na RAA no ano de 2019. Fonte: ECATD 2019**

### 2.3. O consumo de drogas ilícitas

De acordo com o SICAD, na RAA a prevalência de consumo de qualquer droga entre os 15-74 anos e entre os 15-34 anos nos últimos 12 meses registou um aumento de 2012 para 2016/2017, sendo uma das regiões a apresentar as prevalências mais elevadas.

**Tabela 6 Evolução da prevalência do consumo de qualquer droga nos últimos 12 meses em Portugal e na RAA, entre 2012 e 2017, nos grupos etários dos 15-74 anos e 15-34 anos. Fonte: SICAD**

|          | 2012       |            | 2016-2017  |            |
|----------|------------|------------|------------|------------|
|          | 15-74 anos | 15-34 anos | 15-74 anos | 15-34 anos |
| Portugal | 2,4        | 5,2        | 4,8        | 8,4        |
| Açores   | 3,3        | 6,5        | 7,4        | 11,8       |

A prevalência de consumo *ao longo da vida*, no entanto, decresceu para a maioria das drogas.

**Tabela 7 Evolução da prevalência do consumo de drogas ao longo da vida, na RAA entre 2012 e 2017, por tipo de droga. Fonte SICAD**

| Tipo de droga  | Prevalência 15-74 anos |         | Prevalência 15-34 anos |         |
|----------------|------------------------|---------|------------------------|---------|
|                | 2012                   | 2016/17 | 2012                   | 2016/17 |
| Qualquer droga | 9,9                    | 9,7     | 16,1                   | 14,3    |
| Cannabis       | 9,6                    | 6,3     | 15,8                   | 10,5    |
| Heroína        | 1,0                    | 0,5     | 1,6                    | 0,8     |
| Cocaína        | 1,6                    | 1,9     | 2,7                    | 3,0     |
| Anfetaminas    | 0,3                    | 0,2     | 0,4                    | -       |
| Ecstasy        | 0,3                    | 0,6     | 0,8                    | 0,8     |
| LDS            | 0,3                    | -       | 0,4                    | -       |
| Cogumelos      | 0,3                    | -       | 0,8                    | -       |
| NSP            | 0,5                    | 3,7     | 1,1                    | 6,4     |

A prevalência de consumo nos últimos 30 dias registou aumentos, como se constata pelos quadros abaixo.

**Tabela 8 Evolução da prevalência do consumo de drogas nos últimos 30 dias, na RAA entre 2012 e 2017, por tipo de droga.**

| Tipo de droga  | Prevalência 15-74 anos |         | Prevalência 15-34 anos |         |
|----------------|------------------------|---------|------------------------|---------|
|                | 2012                   | 2016/17 | 2012                   | 2016/17 |
| Qualquer droga | 2,1                    | 5,0     | 2,1                    | 5,0     |
| Cannabis       | 2,1                    | 4,3     | 2,1                    | 4,3     |
| Heroína        | 0,0                    | -       | 0,0                    | -       |
| Cocaína        | 0,0                    | 0,5     | 0,0                    | 0,5     |
| Anfetaminas    | 0,0                    | -       | 0,0                    | -       |
| Ecstasy        | 0,0                    | 0,2     | 0,0                    | 0,2     |
| LDS            | 0,0                    | -       | 0,0                    | -       |
| Cogumelos      | 0,2                    | -       | 0,2                    | -       |
| NSP            | 0,0                    | 0,7     | 0,0                    | 0,7     |

### 2.3.1. Experiência e consumos por ilhas

Na “Análise Descritiva dos Consumos de Substâncias Psicoativas da RAA – 2019” relativamente à população infantil e juvenil (12-21 anos) de todas as ilhas, o consumo de substâncias psicoativas dos adolescentes açorianos, no que diz respeito a terem experiências com o consumo de substâncias psicoativas, no total de participantes da RAA (N = 8 622), 38% do total de adolescentes afirmou já ter experimentado estas substâncias. A ilha do Pico é a ilha que apresenta a maior proporção de indivíduos com experiência de consumo (52%) e a Ilha do Corvo a que tem menor percentagem de indivíduos com experiência de consumo (26,3%). Na ilha de São Miguel a experiência de consumo foi referida por 37,1% dos participantes, na ilha de Santa Maria 41,9%, na ilha Terceira 37,9%, Faial 34,3%, São Jorge 41,2%, Graciosa 42,6% e Flores 37,9%, numa média de consumo na RAA de 38% dos adolescentes.

O mesmo estudo revelou que a seguir ao álcool, a cannabis é a substância mais experimentada pelos jovens participantes (16,4%). Se se considerar a experiência de consumo da cannabis, por ilha, verifica-se que em Santa Maria, 30,2% dos inquiridos experienciou este consumo, seguindo-se a ilha do Faial com 21,9%. A menor proporção é a da ilha Terceira, com 10,5%. A experiência de consumo de medicamentos de forma incorreta ascende a 12,7% na Graciosa, não tendo sido relatada no Corvo. A média da RAA foi de 4,9%. A cocaína atinge o pico mais alto de experimentação em Santa Maria (9,4%), LSD no Corvo (20%), a Heroína em Santa Maria (10,4%), sendo o Haxixe a substância onde se regista menor consumo em todas as ilhas, ou seja, situando-se abaixo de 2%.

Relativamente ao consumo, o mesmo estudo revela que, a cannabis destaca-se de forma significativa em todas as ilhas, apresentando o consumo mais elevado na ilha das Flores (30,8%), sendo ao nível da RAA de 12,8%. O consumo da cocaína tem, igualmente, maior expressão na ilha das Flores, sendo, em média na RAA de 2%. A heroína regista, também, um consumo elevado, superior à cocaína, 2,2%, na média da RAA. A cannabis permanece também neste estudo, como a droga ilícita mais consumida nos Açores, à semelhança do que sucede na Europa.

**Tabela 9 Proporção de consumidores de drogas por tipo de consumo e ilhas da RAA**

| Ilhas       | Tipo de drogas |         |         |       |        |                  |                   |
|-------------|----------------|---------|---------|-------|--------|------------------|-------------------|
|             | Canábis        | Cocaína | Heroína | LSD   | Haxixe | Anfe-<br>taminas | Medi-<br>camentos |
| São Miguel  | 11,80          | 1,60    | 1,50    | 1,50  | 0,90   | 0,60             | -                 |
| Santa Maria | 24,10          | 3,40    | 3,40    | 3,40  | -      | -                | -                 |
| Terceira    | 6,20           | 0,80    | 1,50    | 1,50  | 0,80   | -                | -                 |
| Faial       | 18,70          | 1,50    | 2,20    | 1,50  | 3,70   | 1,50             | -                 |
| Pico        | 10,80          | 0,80    | 1,50    | 0,80  | -      | -                | -                 |
| São Jorge   | 12,60          | 3,40    | 4,60    | 3,40  | -      | -                | -                 |
| Graciosa    | 24,10          | 3,40    | 3,40    | 3,40  | -      | -                | 6,90              |
| Flores      | 30,80          | 3,80    | 3,80    | 3,80  | -      | -                | -                 |
| Corvo       |                |         |         | 15,80 |        |                  |                   |
| AÇORES      | 12,80          | 2,00    | 2,20    | 1,90  | 1,00   | -                | -                 |

## 2.4. Alimentação

A alimentação inadequada é considerada uma das principais causas evitáveis de doenças crónicas não transmissíveis, como obesidade, doenças oncológicas, doenças cérebro-cardiovasculares e diabetes *mellitus* tipo 2, contribuiu para 7,3% dos DALYs (anos de vida ajustados por incapacidade) e 11,4% da mortalidade no ano de 2019. Em relação aos hábitos alimentares ao nível nacional, destaca-se o alto consumo de carne vermelha (72.791 DALYs; 2,2% do total), baixo consumo de cereais integrais (61.301 DALYs; 1,8% do total) e a elevada ingestão de sódio (26.073 DALYs; 0,8% do total) como os principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável. Esses três fatores são responsáveis por cerca de 161.065 DALYs.

### O que é a alimentação saudável?

“A alimentação saudável deve ser completa, variada e equilibrada, proporcionando a energia adequada e o bem-estar físico ao longo do dia. Alimentos ricos em fibra como produtos hortícolas, frutos, cereais e leguminosas, vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura devem ser os “alimentos base” do quotidiano para uma alimentação saudável. Isto é, a maior parte das calorias que se consomem diariamente devem ser provenientes destes alimentos de origem vegetal.”

### 2.4.1. O que comem os açorianos

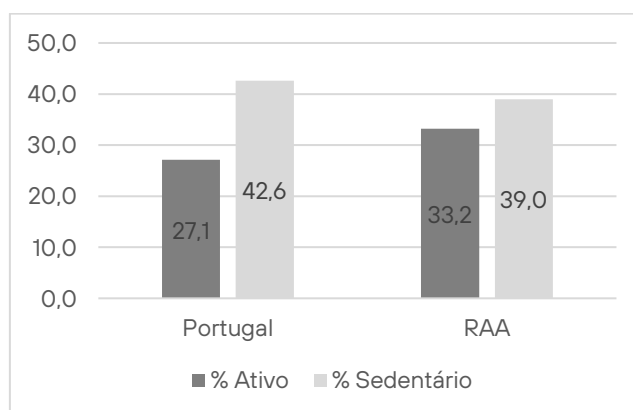
De acordo com os dados do último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) de 2015-2016 (Tabela 10), cerca de 56% da população portuguesa não atende às recomendações da OMS para consumo de frutas e hortaliças ( $\geq 400$  g/dia), sendo que essa inadequação é particularmente preocupante na RAA (70,9%). A RAA é a região do país com a maior percentagem de inadequação de consumo de carnes vermelhas processadas (10%, sendo a média nacional 6,3%) O consumo inadequado de refrigerantes e/ou néctares é uma realidade, principalmente na RAA com uma ingestão média diária de 131 g/dia (média nacional 88g/dia), sendo a RAA simultaneamente a região com menor consumo diário de água. É na RAA que se verifica o maior consumo nacional de produtos lácteos. Por outro lado, na RAA verificam-se consumos mais baixos de pescado e de óleos e gorduras. Estes dados revelam um padrão alimentar na RAA com potencial de melhoria.

## 2.5. Atividade Física

Em 2015, o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal (INSEF) contribuiu para o conhecimento atualizado sobre o estado de Saúde e de doença da população portuguesa. Teve particular interesse, entre outros dados, analisar a percentagem da população que pratica atividade física regular.

Relativamente à prática de alguma atividade física regular, na RAA, 34,8% referiu a sua prática uma vez por semana de forma a transpirar e ou a sentir cansaço.

Na RAA parece haver uma maior proporção de indivíduos ativos do que a média nacional.



**Gráfico 9** Prevalência de níveis de atividade física "ativo" e "sedentário", ponderados para a população portuguesa e da RAA. Fonte: IAN-AF 2015-2016

**Tabela 10 Comparação da evolução do consumo de alimentos por tipo, em Portugal continental e a RAA, entre 2014 e 2019.**

| Leite, iogurte ou queijo |            |    |             | Sopa |            |    |             | Pão  |            |    |             |
|--------------------------|------------|----|-------------|------|------------|----|-------------|------|------------|----|-------------|
| 2019                     | Continente | HM | <b>78,1</b> | 2019 | Continente | HM | <b>61,9</b> | 2019 | Continente | HM | <b>88,2</b> |
| 2014                     | Continente | HM | 84,0        | 2014 | Continente | HM | 62,9        | 2014 | Continente | HM | 91,1        |
| 2019                     | RAA        | HM | <b>83,2</b> | 2019 | RAA        | HM | <b>68,4</b> | 2019 | RAA        | HM | <b>86,8</b> |
| 2014                     | RAA        | HM | 85,3        | 2014 | RAA        | HM | 72,3        | 2014 | RAA        | HM | 91,6        |

| Carne |            |    |             | Peixe |            |    |             | Batatas, arroz ou massa |            |    |             |
|-------|------------|----|-------------|-------|------------|----|-------------|-------------------------|------------|----|-------------|
| 2019  | Continente | HM | <b>79,8</b> | 2019  | Continente | HM | <b>47,6</b> | 2019                    | Continente | HM | <b>87,8</b> |
| 2014  | Continente | HM | 79,7        | 2014  | Continente | HM | 47,7        | 2014                    | Continente | HM | 89,8        |
| 2019  | RAA        | HM | <b>74,5</b> | 2019  | RAA        | HM | <b>46,6</b> | 2019                    | RAA        | HM | <b>85,6</b> |
| 2014  | RAA        | HM | 71,4        | 2014  | RAA        | HM | 46,5        | 2014                    | RAA        | HM | 88,0        |

| Feijão ou grão |            |    |             | Bolos, chocolates ou sobremesas |            |    |             | Refrigerantes, com ou sem gás |            |    |             |
|----------------|------------|----|-------------|---------------------------------|------------|----|-------------|-------------------------------|------------|----|-------------|
| 2019           | Continente | HM | <b>30,1</b> | 2019                            | Continente | HM | <b>38,6</b> | 2019                          | Continente | HM | <b>24,0</b> |
| 2014           | Continente | HM | 30,5        | 2014                            | Continente | HM | 38,2        | 2014                          | Continente | HM | 30,3        |
| 2019           | RAA        | HM | <b>31,8</b> | 2019                            | RAA        | HM | <b>43,6</b> | 2019                          | RAA        | HM | <b>43,6</b> |
| 2014           | RAA        | HM | 34,6        | 2014                            | RAA        | HM | 42,7        | 2014                          | RAA        | HM | 48,2        |

| Sumos naturais, feitos a partir de fruta fresca |            |    |             |
|---|------------|----|-------------|
| 2019  | Continente | HM | <b>11,9</b> |
| 2014  | Continente | HM | 9,9         |
| 2019  | RAA        | HM | <b>16,1</b> |
| 2014  | RAA        | HM | 13,8        |

### 3. Que saúde temos

#### 3.1. Mortalidade

A mortalidade é considerada uma medida direta das necessidades em cuidados de Saúde, refletindo a carga global da doença na população, não só em termos de incidência da doença, como da capacidade de a tratar. Daí a importância dos indicadores de mortalidade no processo de planeamento da Saúde e dos serviços de Saúde.

##### 3.1.1. Taxa Bruta de Mortalidade

A evolução da Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) na Região não apresenta uma tendência clara no período 2014-2020, atingindo o seu valor mais baixo em 2017 e o valor mais alto no ano de 2022, apresentando-se, sempre inferior à média nacional. Constatam-se, também, que relativamente à TBM por ilha, há uma mortalidade desigual, com a ilha do Corvo com a mortalidade mais elevada (15,0), em 2020, e a ilha de São Miguel com a taxa de mortalidade mais baixa (8,8).

**Tabela 11 Evolução da TBM (n.º óbitos por 1000 hab.) em Portugal e na RAA entre 2014 e 2022. Fonte INE**

| Ano  | Portugal | RAA  |
|------|----------|------|
| 2014 | 10,1     | 9,5  |
| 2015 | 10,5     | 9,5  |
| 2016 | 10,7     | 10,0 |
| 2017 | 10,6     | 9,4  |
| 2018 | 10,9     | 9,6  |
| 2019 | 10,8     | 9,6  |
| 2020 | 11,9     | 10,3 |
| 2021 | 12,0     | 9,9  |
| 2022 | 11,9     | 11,3 |



**Tabela 12 TBM (n.º óbitos por 1000 hab.) em 2020 por ilha dos Açores**

| Taxa bruta de mortalidade, por ilha - 2020 |             |
|--|-------------|
| <b>Açores</b>                              | <b>10,1</b> |
| Ilha de Santa Maria                        | 9,1         |
| Ilha de São Miguel                         | 8,8         |
| Ilha Terceira                              | 11,5        |
| Ilha Graciosa                              | 14,3        |
| Ilha de São Jorge                          | 13,6        |
| Ilha do Pico                               | 12,3        |
| Ilha do Faial                              | 10,6        |
| Ilha das Flores                            | 13,5        |
| Ilha do Corvo                              | 15,0        |

### 3.1.2. Taxa bruta de mortalidade em idade prematura

Também a taxa bruta de mortalidade em idade prematura não teve uma tendência clara no período em análise e uma vez mais existiram variações importantes entre ilhas, estando ilhas como S. Jorge ou Flores maioritariamente acima do valor médio da RAA, enquanto a ilha de São Miguel tem um valor quase sempre inferior à média da Região.

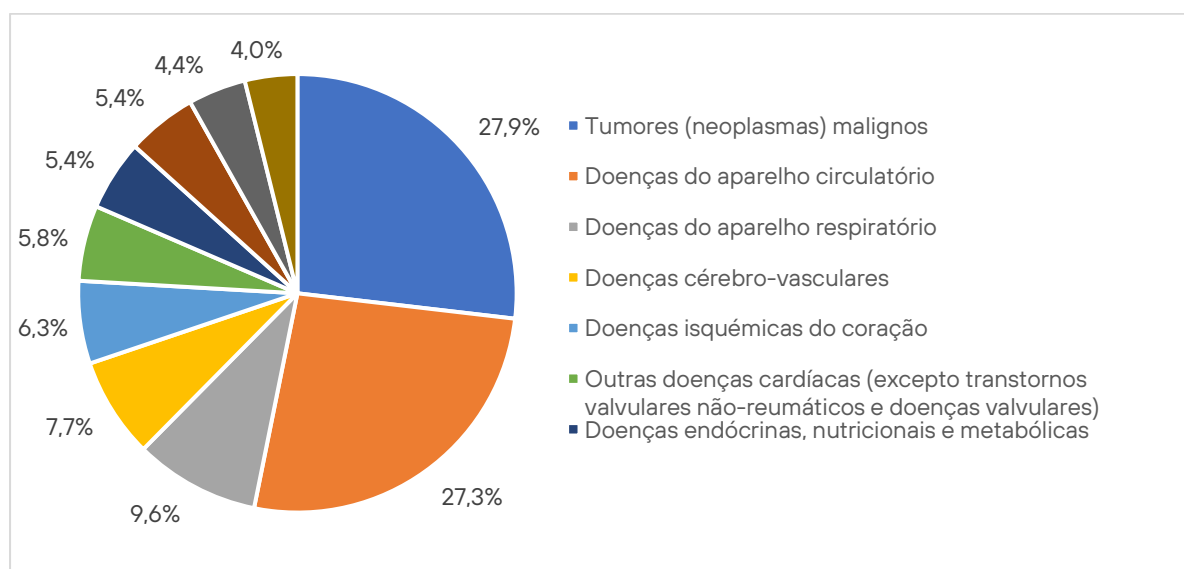
**Tabela 13 Evolução da TBM (n.º óbitos por 1000 hab.) em idade prematura (<75 anos) por ilha da RAA entre 2011 e 2019. (verde - inferior ao valor da RAA; vermelho - superior ao valor da RAA). Fonte INE**

|           | Ano  |      |      |       |       |      |      |      |      |  |
|-----------|------|------|------|-------|-------|------|------|------|------|--|
|           | 2011 | 2012 | 2013 | 2014  | 2015  | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |  |
| RAA       | 3,89 | 3,69 | 3,83 | 3,61  | 3,58  | 3,98 | 3,67 | 3,93 | 3,59 |  |
| S. Maria  | 3,39 | 4,08 | 3,53 | 3,89  | 4,42  | 4,42 | 4,07 | 3,73 | 4,62 |  |
| S. Miguel | 3,86 | 3,44 | 3,98 | 3,60  | 3,33  | 3,88 | 3,54 | 3,71 | 3,44 |  |
| Terceira  | 3,81 | 3,9  | 3,9  | 3,35  | 3,97  | 4,18 | 3,89 | 3,54 | 3,7  |  |
| Graciosa  | 4,3  | 5,21 | 5    | 7,33  | 4,14  | 3,95 | 3,74 | 5,68 | 4,75 |  |
| S. Jorge  | 4,75 | 4,36 | 4,21 | 4,84  | 4,32  | 5,65 | 3,8  | 4,67 | 4,83 |  |
| Pico      | 3,75 | 3,18 | 4,96 | 5,15  | 4,75  | 3,61 | 3,49 | 6,01 | 3,29 |  |
| Faial     | 3,86 | 4,06 | 3,4  | 3,89  | 4,18  | 3,38 | 3,62 | 3,91 | 3,23 |  |
| Flores    | 5    | 6,33 | 7,97 | 8,57  | 11,08 | 4,06 | 5,18 | 6,89 | 3,58 |  |
| Corvo     | 2,32 | 4,46 | 6,47 | 28,32 | 15,25 | 6,52 | 4,32 | 4,3  | 6,46 |  |

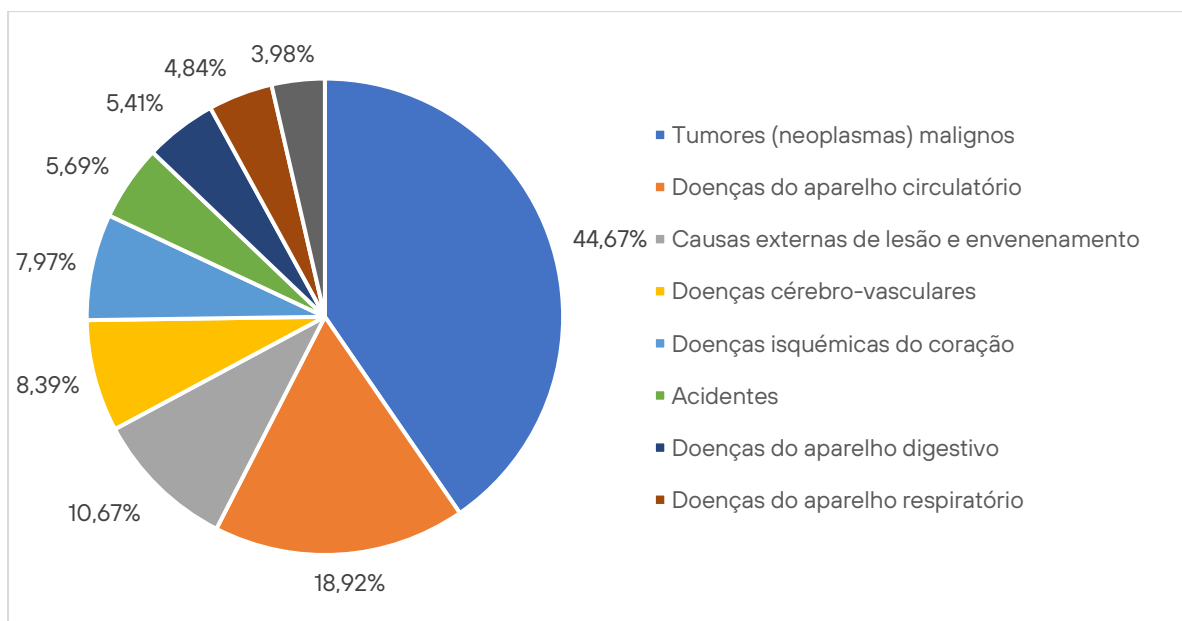
### 3.1.3. Causas de morte

Analisando a distribuição dos óbitos pelas principais causas de morte, em 2021, constata-se que a maior proporção de óbitos, para todas as idades, ocorreu devido aos tumores malignos (27,9%) e às doenças do aparelho circulatório (27,3%), seguindo-se as doenças do aparelho respiratório (9,6%).

Os óbitos por tumores malignos (44,6%), doenças do aparelho circulatório (18,9%) e causas externas de lesão e envenenamento (10,6%) constituíram em 2021 as maiores causas de óbitos prematuros < 70 anos, nos Açores.



**Gráfico 10** Proporção de óbitos para todas as idades distribuídos pelas dez primeiras causas de morte na RAA em 2021. Fonte: INE



**Gráfico 11** *Proporção de óbitos prematuros (<70 anos) distribuídos pelas dez primeiras causas de morte na RAA em 2021. Fonte: INE*

É possível analisar com maior detalhe a distribuição da taxa bruta de mortalidade por causa de morte e ilhas, sendo, no entanto, necessário agrupar 5 anos para garantir um número de casos suficiente nas várias classes. Verifica-se uma tendência de aumento da TBM inversamente proporcional à dimensão de ilha em termos populacionais. Apenas a Ilha de Santa Maria foge a este padrão, com uma taxa bruta de mortalidade inferior à média da RAA, a par da Ilha de São Miguel. Todas as restantes apresentam valores superiores à média da RAA. Destaca-se ainda que as três primeiras causas de morte na RAA são as doenças cerebrovasculares, doenças isquémicas do coração e tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, sendo este padrão constante nas ilhas maiores. Nas ilhas com menos população a ordenação de causas de morte oscila, facto que deve ser interpretado com cautela devido ao efeito estatístico do universo populacional reduzido.

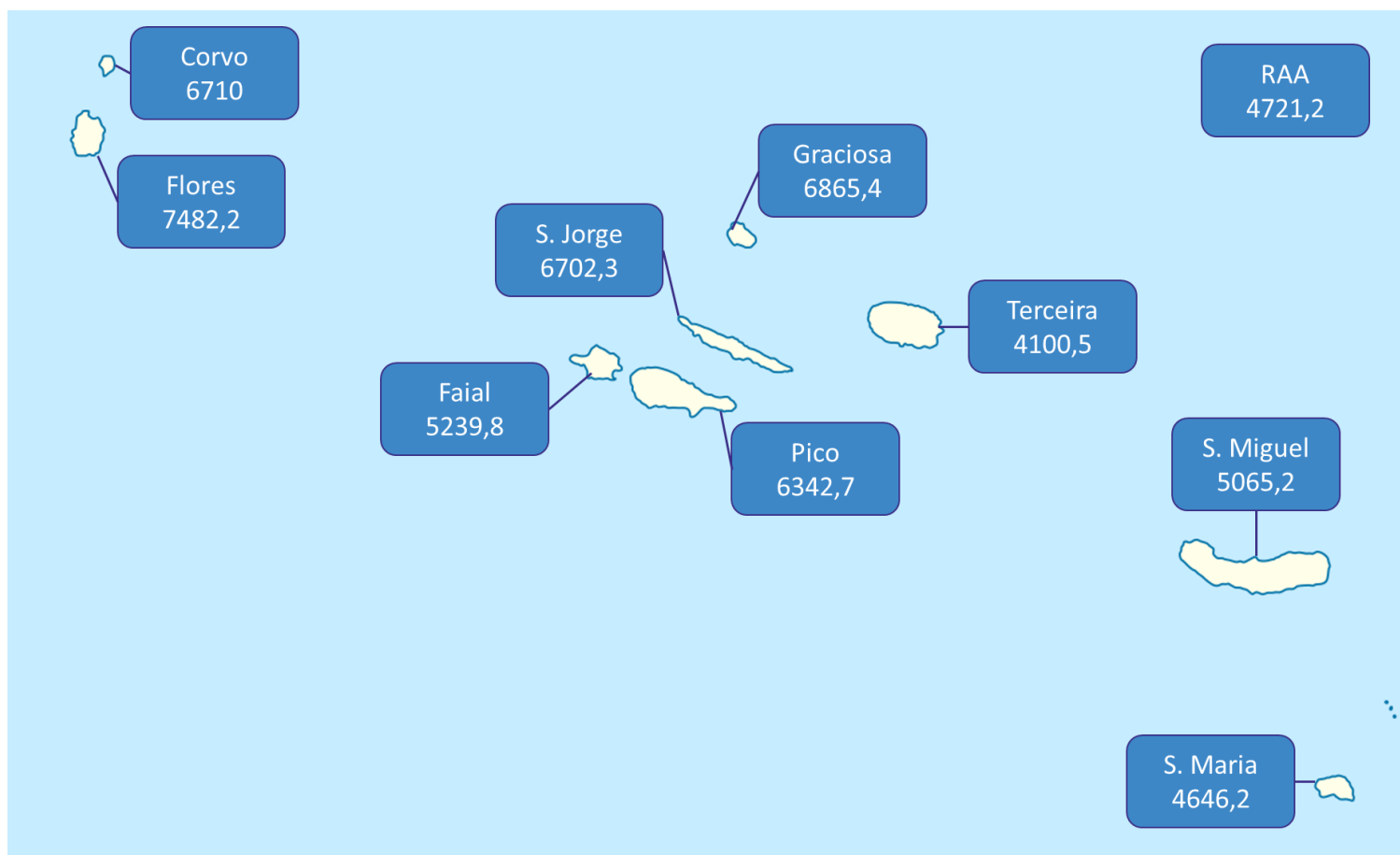


Figura 2 Taxa bruta de mortalidade quinquenal (por 100.000 hab.) 2015-2019 por ilha. Fonte INE

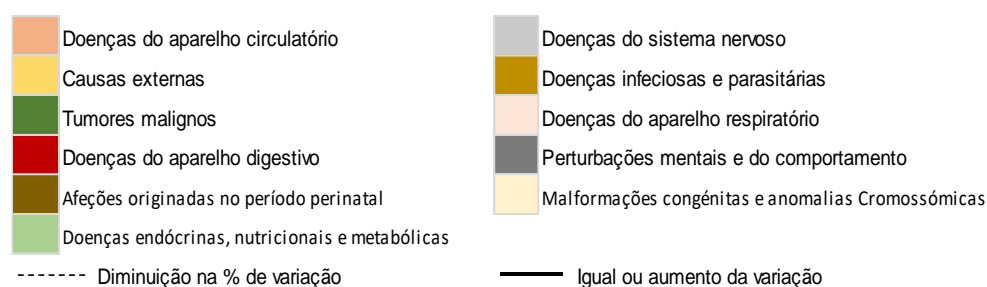
| Causas Morte   | RAA        |            |      | S.Miguel   |            |      | Terceira   |            |      | Faial      |            |      | Pico       |            |      | S. Jorge   |            |      | S. Maria   |            |      | Graciosa   |            |      | Flores     |            |      |
|--|------------|------------|------|------------|------------|------|------------|------------|------|------------|------------|------|------------|------------|------|------------|------------|------|------------|------------|------|------------|------------|------|------------|------------|------|
|  | n.º óbitos | Taxa bruta | Rank | n.º óbitos | Taxa bruta | Rank | n.º óbitos | Taxa bruta | Rank | n.º óbitos | Taxa bruta | Rank | n.º óbitos | Taxa bruta | Rank | n.º óbitos | Taxa bruta | Rank | n.º óbitos | Taxa bruta | Rank | n.º óbitos | Taxa bruta | Rank | n.º óbitos | Taxa bruta | Rank |
| Doenças cérebro-vasculares   | 1183       | 484,6      | 1    | 642        | 466,3      | 1    | 279        | 501,8      | 1    | 80         | 545,8      | 1    | 80         | 581,9      | 1    | 50         | 594,2      | 2    | 6          | 106,4      | 10   | 18         | 421,7      | 3    | 2          | 54,6       | 8    |
| Doenças isquémicas do coração                                      | 990        | 405,6      | 2    | 488        | 354,5      | 2    | 254        | 456,9      | 2    | 65         | 443,5      | 2    | 38         | 276,4      | 4    | 52         | 617,9      | 1    | 14         | 248,3      | 4    | 31         | 726,3      | 1    | 10         | 273,1      | 5    |
| Tumor maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões | 694        | 284,3      | 3    | 329        | 239,0      | 3    | 204        | 366,9      | 3    | 48         | 327,5      | 3    | 30         | 218,2      | 6    | 26         | 309,0      | 5    | 17         | 301,5      | 3    | 13         | 304,6      | 6    | 6          | 163,8      | 7    |
| Outras doenças cardíacas   | 665        | 272,4      | 4    | 271        | 196,9      | 5    | 146        | 262,6      | 4    | 40         | 272,9      | 5    | 60         | 436,4      | 2    | 44         | 522,9      | 4    | 42         | 744,8      | 1    | 29         | 679,5      | 2    | 11         | 300,4      | 4    |
| Diabetes mellitus  | 618        | 253,2      | 5    | 286        | 207,8      | 4    | 135        | 242,8      | 6    | 28         | 191,0      | 9    | 46         | 334,6      | 3    | 46         | 546,6      | 3    | 26         | 461,1      | 2    | 9          | 210,9      | 8    | 13         | 355,0      | 2    |
| Causas externas de lesão e envenenamento                           | 524        | 214,7      | 6    | 271        | 196,9      | 6    | 111        | 199,7      | 8    | 33         | 225,1      | 7    | 36         | 261,9      | 5    | 23         | 273,3      | 6    | 7          | 124,1      | 7    | 11         | 257,7      | 7    | 7          | 191,2      | 6    |
| Pneumonia  | 507        | 207,7      | 7    | 238        | 172,9      | 8    | 139        | 250,0      | 5    | 37         | 252,4      | 6    | 19         | 138,2      | 9    | 13         | 154,5      | 8    | 9          | 159,6      | 5    | 1          | 23,4       | 20   | 12         | 327,7      | 3    |
| Doenças crónicas das vias aéreas inferiores                        | 502        | 205,6      | 8    | 269        | 195,4      | 7    | 100        | 179,9      | 9    | 32         | 218,3      | 8    | 26         | 189,1      | 7    | 10         | 118,8      | 9    | 0          | 0,0        | n/a  | 14         | 328,0      | 5    | 14         | 382,3      | 1    |
| Transtornos mentais e comportamentais                              | 422        | 172,9      | 9    | 185        | 134,4      | 9    | 115        | 206,9      | 7    | 41         | 279,7      | 4    | 22         | 160,0      | 8    | 3          | 35,7       | 17   | 7          | 124,1      | 8    | 17         | 398,3      | 4    | 0          | 0,0        | n/a  |
| Acidentes  | 280        | 114,7      | 10   | 143        | 103,9      | 10   | 59         | 106,1      | 10   | 15         | 102,3      | 13   | 16         | 116,4      | 11   | 14         | 166,4      | 7    | 3          | 53,2       | 14   | 8          | 187,4      | 9    | 2          | 54,6       | 9    |

**Tabela 14 Distribuição do n.º de óbitos e Taxa bruta de mortalidade quinquenal (por 100.000 hab.) pelas principais causa de morte e ilha 2015-2019. Fonte INE**

*Nota: Corvo sem dados disponíveis. n/a - não aplicável*

### 3.1.4. Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)

| 2018<br>RAA | Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos por 100 000 habitantes | Óbitos por causas de morte |      | 2019<br>RAA Portugal | %<br>variação |        |
|-------------|---|----------------------------|------|----------------------|---------------|--------|
|             |   | 2018                       | 2019 |                      |               |        |
| 726,8       | Doenças do aparelho circulatório  | 1                          | 1    | 689,0                | 480,2         | -5,2   |
| 437,0       | Acidentes e sequelas  | 2                          | 2    | 401,9                | 202,8         | 26,1   |
| 336,5       | Doenças isquémicas do coração   | 3                          | 3    | 381,7                | 268,1         | -12,7  |
| 329,5       | Lesões autoprovocadas intencionalmente e sequelas                           | 4                          | 4    | 277,8                | 145,7         | -15,7  |
| 318,8       | Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão                               | 5                          | 5    | 272,1                | 177,8         | -0,7   |
| 273,9       | Acidentes de transporte e sequelas  | 6                          | 6    | 247,1                | 177,1         | -2,2   |
| 252,7       | Doenças do aparelho digestivo   | 7                          | 7    | 230,5                | 202,9         | -31,5  |
| 251,1       | Algumas afeções originadas no período perinatal                             | 8                          | 8    | 200,6                | 112,6         | 11,5   |
| 203,8       | Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas                              | 9                          | 9    | 176,4                | 117,2         | -9,4   |
| 201,4       | Enfarte agudo do miocárdio  | 10                         | 10   | 170,3                | 113,9         | 10,9   |
| 194,8       | Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos                        | 11                         | 11   | 144,1                | 133,4         | -28,5  |
| 179,9       | Doenças do aparelho respiratório  | 12                         | 12   | 132,9                | 99,1          | -13,6  |
| 172,6       | Diabetes mellitus   | 13                         | 13   | 121,0                | 121,7         | 14,0   |
| 153,8       | Doença crónica do fígado e cirrose  | 14                         | 14   | 113,8                | 130,9         | -54,7  |
| 153,6       | Doenças cerebrovasculares   | 15                         | 15   | 108,0                | 116,1         | 69,3   |
| 120,0       | Perturbações mentais e do comportamento                                     | 16                         | 16   | 108,0                | 73,6          | -47,0  |
| 110,4       | Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas             | 17                         | 17   | 99,6                 | 116,7         | -9,8   |
| 108,6       | Tumor maligno do estômago   | 18                         | 18   | 93,1                 | 29,6          | -22,4  |
| 106,1       | Tumor maligno da mama   | 19                         | 19   | 93,0                 | 82,4          | -14,4  |
| 63,9        | Tumor maligno do pâncreas   | 20                         | 20   | 64,5                 | 20,8          | 19,7   |
| 63,8        | Tumor maligno do cólon, reto e ânus   | 21                         | 21   | 62,4                 | 49,8          | -2,3   |
| 53,9        | Doença pulmonar obstrutiva crónica  | 22                         | 22   | 55,1                 | 35,0          | -68,1  |
| 45,7        | Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas                 | 23                         | 23   | 46,5                 | 53,3          | 1,8    |
| 44,7        | VIH/SIDA (infecção por vírus da imunodeficiência humana)                    | 24                         | 24   | 30,1                 | 36,4          | -13,3  |
| 44,7        | Abuso de álcool   | 25                         | 25   | 28,5                 | 3,7           | 66,7   |
| 34,7        | Pneumonia   | 26                         | 26   | 26,7                 | 7,7           | -40,3  |
| 17,1        | Dependência de drogas, toxicomania  | 27                         | 27   | 10,2                 | 25,8          | -27,7  |
| 14,1        | Agressões e sequelas  | 28                         | 28   | 8,5                  | 44,2          | -81,0  |
| 11,5        | Demência  | 29                         | 29   | 7,0                  | 4,3           | -39,1  |
| 6,7         | Tuberculose   | 30                         | 30   | 0,0                  | 8,9           | -100,0 |



**Figura 3 Evolução da taxa padronizada de APVP por 100.000 hab. Por causa de morte na RAA entre 2018 e 2019.**

A análise dos APVP por causa de morte permitem uma perspetiva diferente ao valorizarem de forma diferente as causas de morte mais precoces. Verifica-se que são as doenças cérebro vasculares a principal causa de APVP.

### 3.1.5. Mortalidade Infantil e Mortalidade Perinatal

A taxa de mortalidade infantil na RAA tem tido oscilações importantes ao longo dos anos, mas com uma aparente tendência para decrescer. Foi atingido o valor mais baixo em 2016 (1,8 ‰). Em 2020 a taxa foi de 4,8 ‰, depois de em 2019 ter sido de apenas 2,3 ‰, valor inferior à taxa nacional nesse ano.

Ocorreram também flutuações na taxa de mortalidade perinatal, verificando-se no período em estudo que o valor mais elevado ocorreu em 2018 (8,8 ‰), decrescendo, posteriormente mantendo-se, no entanto superior à taxa nacional.

**Tabela 15 Evolução das taxas de mortalidade infantil e perinatal em Portugal e na RAA entre 2014 e 2022. Fonte INE**

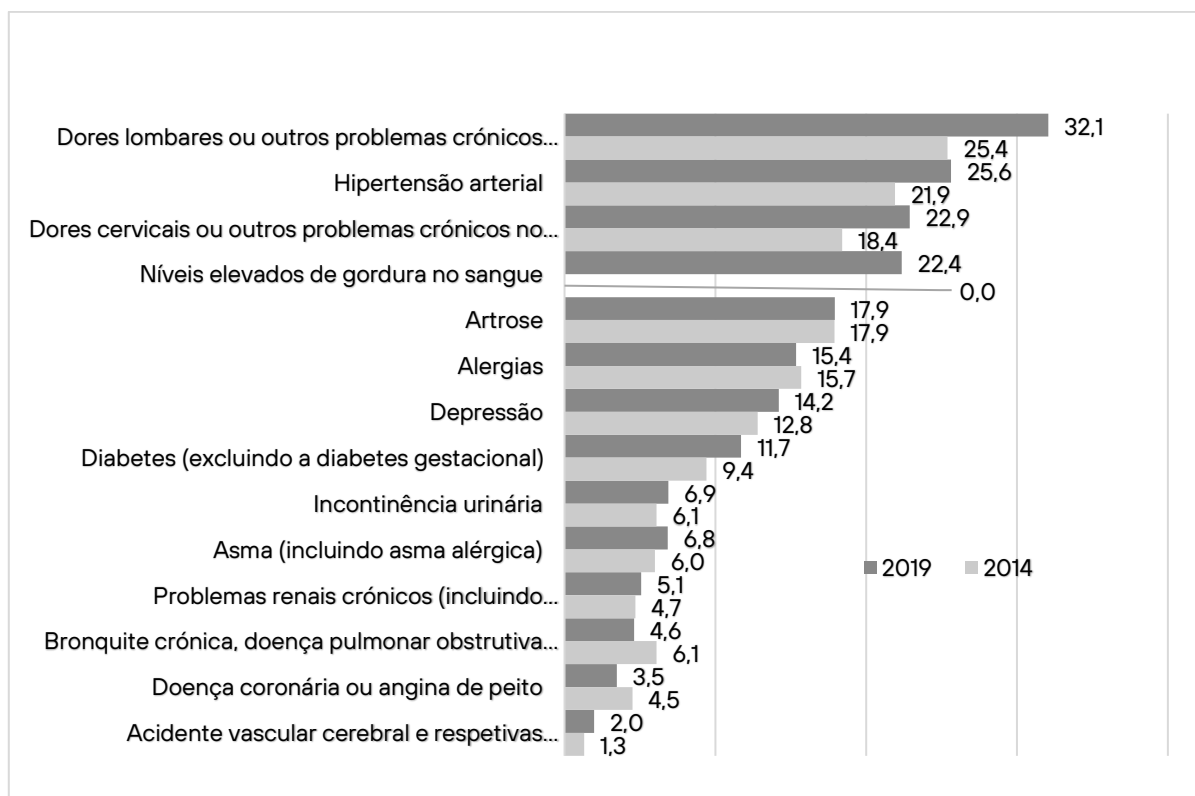
|          |  | Taxa de Mortalidade Infantil (‰)  |      |      |      |      |      |      |      |      |
|----------|--|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|          |  | 2014                              | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| RAA      |  | 3,5                               | 4,4  | 1,8  | 2,3  | 4,0  | 2,3  | 4,8  | 2,4  | 2,9  |
| Portugal |  | 2,9                               | 2,9  | 3,2  | 2,7  | 3,3  | 2,9  | 2,4  | 2,4  | 2,6  |
|          |  | Taxa de Mortalidade Perinatal (‰) |      |      |      |      |      |      |      |      |
| RAA      |  | 6,4                               | 3,5  | 3,1  | 5,8  | 8,8  | 3,7  | 4,7  | 3,9  | 4,3  |
| Portugal |  | 4,1                               | 3,9  | 3,9  | 3,3  | 4,2  | 3,6  | 3,4  | 3,5  | 3,3  |

### 3.2. Morbilidade

#### 3.2.1. As Doenças Crónicas

As doenças não transmissíveis (DNT) são responsáveis pela maioria das mortes e da carga da doença em toda a região europeia da OMS, incluindo Portugal e a RAA. Muitas DNT são preveníveis, através da intervenção nos fatores de risco e determinantes de Saúde, nomeadamente os relacionados com o tabaco e com a obesidade.

Olhando ao conjunto das doenças crónicas consideradas nos últimos três INS constata-se que, de um modo geral, as doenças crónicas na RAA têm vindo a agravar-se, com especial relevância a hipertensão arterial, cuja prevalência na população com 15 ou mais anos, em 2005/06, era 16,3%, ascendendo a 21,9% e 25,6%, respetivamente em 2014 e 2019. É também relevante o aumento de reporte de dores lombares e cervicais, (de 18,4% para 22,9%), diabetes (de 9,4% para 11,7%), e a depressão, cuja percentagem de afetados se elevou de 5,4% em 2005-2006 para 12,8% e 14,2%, nos anos 2014 e 2019.



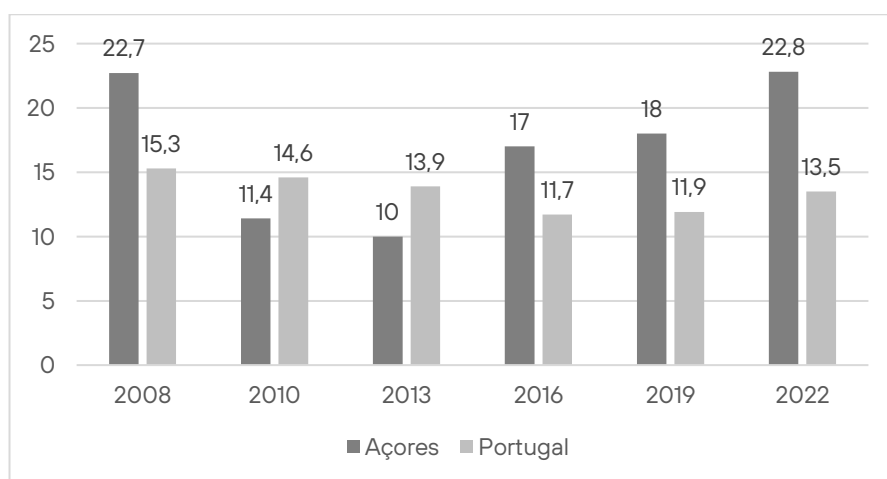
**Gráfico 12** Evolução da proporção da população residente com 15 e mais anos de idade (%) que reporta ter doença crónica, por tipo de doença crónica na RAA entre 2014 e 2019. Fonte INS



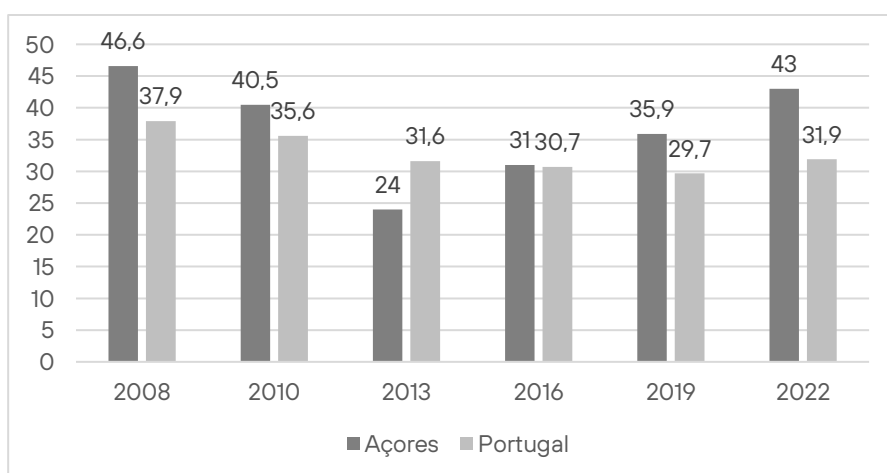
### 3.2.2. A Obesidade

#### Crianças entre os 6 e 8 anos

Segundo o *European Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), na RAA, a percentagem de crianças entre os 6 e os 8 anos com obesidade e excesso de peso diminuiu significativamente entre os anos de 2008 e 2013, inclusive para valores inferiores à média nacional. No entanto, entre 2013 e 2022 essa mesma proporção aumentou significativamente, ultrapassando largamente a média nacional. Em 2022 a proporção de crianças entre os 6 e os 8 anos com obesidade é estimada em 22,8% e com excesso de peso 43%.



**Gráfico 13** Evolução da proporção de crianças entre os 6 e os 8 anos com obesidade, na RAA e em Portugal, entre 2008 e 2022. Fonte: COSI



**Gráfico 14** Evolução da proporção de crianças entre os 6 e os 8 anos com excesso de peso, na RAA e em Portugal, entre 2008 e 2022. Fonte: COSI

## População adulta

De acordo com o INSEF 2015, na população da RAA entre os 25 e os 74 anos a proporção estimada de indivíduos com excesso de peso e obesidade era 70,4%, em 2015. Este valor era superior à média nacional (67,6%).

**Tabela 16** *Proporção estimada de indivíduos com excesso de peso e obesidade em Portugal e na RAA no ano de 2015. Fonte: INSEF 2015*

|          | Ex. Peso | Obesidade |
|----------|----------|-----------|
| Portugal | 38,9%    | 28,7%     |
| RAA      | 37,9%    | 32,5%     |

### **3.3. Previsão do risco de necessidade de cuidados**

A previsão do risco de necessidade de cuidados é um dos principais desafios para o planeamento estratégico em Saúde. É possível realizar a previsão recorrendo a várias metodologias, com diferentes graus de complexidade e capacidade, dependendo em larga escala da quantidade e qualidade da informação disponível.

Na RAA existe um ecossistema de sistemas de informação relativamente desenvolvido, que recolhe rotineiramente um conjunto considerável de dados em Saúde. Nos Cuidados de Saúde Primários é utilizado em toda a RAA um único *software* de apoio à prática clínica, no qual é registada toda a informação relativa à atividade, nomeadamente número, tipo e data de consultas, bem como informação clínica, como dados biométricos, codificação de doenças/problemas ativos ou prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, entre muitos outros dados. Está também implementada a prescrição desmaterializada de receitas médicas, o que permite o acompanhamento e monitorização de todas as prescrições medicamentosas realizadas na RAA. Ao nível hospitalar, apesar de existirem diferentes arquiteturas e *softwares*, também são recolhidos vários dados, quer referentes à utilização de serviços, quer em relação às informações clínicas. Salienta-se a base de dados de morbilidade hospitalar que, através de um processo de codificação clínica, permite extrair informação detalhada sobre os episódios de internamento, hospital de dia e cirurgia de ambulatório. Também é possível obter dados relativos à utilização da urgência hospitalar e consulta externa, ainda que com menor grau de detalhe em termos clínicos.

Perante esta disponibilidade de dados torna-se fundamental conseguir transformá-los em informação inteligível e geradora de conhecimento capaz de alavancar o planeamento estratégico em Saúde. Dado o volume de dados tal só é possível com recurso a sistemas e algoritmos desenvolvidos com esse propósito concreto.

Um desses sistemas é o sistema de classificação denominado *Adjusted Clinical Groups*, desenvolvido pela Universidade *Johns Hopkins*, nos Estados Unidos da América. De uma forma simplista, este sistema analisa a informação real de utilização de serviços de Saúde de cada utente, bem como a informação clínica disponível, para classificar cada indivíduo num determinado grupo homogéneo quanto ao risco de necessidade de cuidados. Torna-se, assim, possível prever qual o risco de necessidade de cuidados para cada indivíduo e para a população como um todo. Esta previsão é baseada no estudo estatístico prévio de vários milhões de percursos de Saúde individuais em todo o mundo e validado cientificamente em várias publicações com revisão por pares. Além disso, torna-se possível conhecer em detalhe a complexidade de cada utente e por conseguinte a diferente concentração dessa mesma complexidade de acordo com diferentes níveis de agregação (p. ex. listas de médicos de família, centros de Saúde ou unidades de Saúde de ilha). Essa variação de complexidade exigirá recursos diferentes, como sejam: tempo, dinheiro, quantidade e categorias profissionais, recursos tecnológicos ou serviços diferentes. Estas diferenças de complexidade também contribuirão para explicar os resultados dos prestadores. Por exemplo, se duas US atingirem um resultado idêntico em determinado indicador de Saúde, o resultado terá sido melhor se numa das unidades a complexidade dos utentes for maior.

Foi realizado um estudo piloto no processo de diagnóstico de situação da RAA, antevendo-se a possibilidade de utilização desta metodologia nos processos de intervenção e monitorização do PRS 2030.

#### **4. Os resultados do PRS 2014-2016-Extensão 2020**

O *Plano Regional de Saúde 2014-2016, Extensão 2020* foi, de todos os Planos, aquele que foi objeto de uma avaliação intercalar (fevereiro de 2018).

##### Condicionantes na leitura das metas

Desde sempre que a RAA se confrontou com a falta de dados, de conhecimento próprio, tendo sido incluída pela primeira vez apenas em 2005-2006 no Inquérito Nacional do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), mais recentemente no Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga (ECATAD 2019), realizando ou participando, ao longo do tempo, pontualmente em estudos em áreas específicas.

A leitura e os resultados do PRS a partir das metas de monitorização incorre em algumas limitações. Por um lado, a sua difícil definição dada a inexistência de adequadas séries temporais de dados. Por outro lado, por existirem desfasamentos no que respeita ao último ano com dados disponíveis, mesmo considerando a relativa facilidade de acesso aos dados da responsabilidade do INE. Assim fica comprometida a aferição entre as “situações verificadas/dimensões da Saúde”, que deveriam reportar-se preferencialmente a 2020, com as metas propostas para esse mesmo ano.

##### As metas

As metas foram definidas como expectativas de percurso e de valores a alcançar.

##### Os indicadores de metas

No conjunto dos indicadores de Estado de Saúde e de Desempenho do Sistema (ES-SD) (subgrupo: Ganhos Potenciais em Saúde) verifica-se que foram atingidas as metas, no que diz respeito ao número de anos potenciais de vida perdidos (APVP por 100 000 habitantes), para os APVP por tumor maligno do estômago em 25,7, tumor maligno da mama feminino 31,4, APVP por pneumonia 3,0 e diabetes 1,6.

Apesar de, nos Açores, existirem quatro programas ativos de rastreio oncológico, todos com taxas de cobertura geográfica a 100%: o Rastreio ao Cancro da Mama nos Açores (ROCMA); o Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero nos Açores (ROCCA); o Rastreio Organizado do Cancro do Colón e Reto nos Açores (ROCCRA) e o Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores (PICCOA), em termos de metas a atingir no ano 2020, os APVP por tumor maligno do colo do útero (100 000 mulheres) e cólon, reto e ânus ficaram aquém do preconizado, ou seja, - 56,2 e - 23,6. Ficaram igualmente abaixo da meta prevista

os acidentes de transporte (- 54,4), os APVP por doença crónica do fígado (-10,1), tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (-186,0) e por doença cerebrovascular (- 10,6).

As propostas de metas, no âmbito deste tipo de indicadores, no que respeita às taxas de mortalidade padronizadas, antes dos 65 anos, por 100 000 indivíduos, as quais permitem monitorizar indiretamente o impacto de políticas e programas de Saúde, foram alcançadas, no que concerne à taxa de mortalidade por tumor maligno da mama, (3,4) e tumor maligno do estômago (2,0).

Não foram atingidas as metas por doenças cerebrovasculares, por tumor maligno do colo do útero, tumor maligno do cólon e reto, tumor maligno do estômago, doença isquémica cardíaca, acidentes de trânsito com veículos a motor e por suicídio.

Ainda no âmbito dos indicadores Estado de Saúde e de Desempenho do Sistema (ES-SD, subgrupo mortalidade) o número médio de anos que um indivíduo à nascença e aos 65 anos pode viver, considerando o período 2017-2019, ficou aquém da meta definida, nomeadamente em - 1,03 e - 0,68 anos. Atente-se no facto de a esperança de vida à nascença (anos) (H+M) em Portugal, neste período ser de 80,93 e aos 65 anos de 19,61.

Os nascimentos pré-termo, incluídos do mesmo modo nos indicadores de ES-SD, (subgrupo Situação de Saúde) que interferem com a atividade diária e com a procura dos serviços de Saúde (qualidade e efetividade), em que o último dado disponível é o do ano 2020, 8,6, e a meta prevista 6,3, apontam para uma taxa negativa, - 2,3. Do mesmo modo, o indicador crianças com baixo peso à nascença ficou aquém da meta prevista no PRS. Em 2020 o dado obtido/valor foi de 8,3 e a meta atingida 7,6 (- 0,7). Este valor aproximou-se do valor obtido em 2011 (7,8).

Os partos por cesariana são um indicador de qualidade, no âmbito dos indicadores que vêm sendo referidos e cuja taxa, ao longo dos anos se revelou alta e progressiva, não obstante ter diminuído de 2019 para 2020 (37,8; 37,5). Assim, tendo sido estabelecida a meta para 2020 em 35,4 ficou-se aquém da mesma em 2,1. Sendo a taxa de gravidez precoce um indicador de qualidade e efetividade, a qual vem registando, ao longo dos anos, significativas melhorias (2001 19,0; 2020 4,1) constata-se que a meta proposta no PRS 2020 foi alcançada (1,1).

Do grupo de indicadores do ES-SD (subgrupo mortalidade) constam a mortalidade perinatal e infantil, considerados indicadores de qualidade de vida, assistência e grau de desenvolvimento da população, sendo que relativamente a ambas, olhando aos valores obtidos em 2020, as metas propostas ficaram aquém do previsto. No caso da mortalidade

perinatal, cuja evolução positiva se vinha registando desde 2001 até 2016 (8,6 vs. 3,1) assistiu-se, posteriormente a uma evolução negativa com o pior valor a ser registado em 2018 (8,8). Não obstante, a sua diminuição posterior, em 2019 (3,7); 2020 (4,7) ficou-se aquém da meta (3,9).

No PRS 2014-2016, Extensão 2020, no que diz respeito aos indicadores de metas do Estado de Saúde – Morbilidade, foi considerada a taxa de incidência de tuberculose e Vírus de Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA) e a percentagem de crianças com 6 anos livres de cáries e índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados aos 12 e 15 anos. No que diz respeito aos últimos três indicadores importa salientar que posteriormente a 2015 não foram realizados estudos que permitam concluir sobre se as metas previstas foram alcançadas.

Relativamente à taxa de incidência de tuberculose por 100 000 habitantes constata-se que a meta definida, 9,4, foi plenamente atingida em 2020. Previa-se uma taxa de 9,4, tendo-se alcançado 7,0 (2,4). Do mesmo modo a taxa de novos diagnósticos de VIH/SIDA foi atingida, tendo sido em 2020 1,2 por 100 000 habitantes e a meta proposta 4,1.

Quanto aos determinantes, os fatores para os quais a evidência científica mostra a sua influência sobre o estado de Saúde, bem como da utilização dos cuidados de Saúde, as metas para 2020 puseram em evidência a percentagem de nascimentos em mulheres com idade de risco (fator de risco), os consumos de substâncias lícitas e ilícitas, nomeadamente na população em idade escolar, desagregando os adolescentes escolarizados do 3º ciclo e secundário, para além do excesso de peso e obesidade das crianças com 6/8 anos (fatores de risco).

Em relação à percentagem de nascimentos em mulheres com idade de risco ( $\geq 35$  anos) a meta proposta foi de 16,5%, tendo o valor INE apurado para 2020 sido de 28,1%, configurando o aumento do número de nascimentos em mulheres em idade de risco.

Pelo facto de o SICAD ter decidido descontinuar o “Inquérito Nacional em Meio Escolar” – que se realizava no Continente e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, em amostras representativas dos alunos do 3.º Ciclo e do Ensino Secundário, foi tomada a decisão de realizar o estudo ESPAD/ECTAD\_CAD/2019, colmatando a falta de um estudo desde 2011, com a participação das regiões autónomas, sendo os dados deste estudo representativos por idade e para os dois grupos de escolaridade (3º Ciclo e Secundário), os considerados nesse ano para efeitos da leitura das metas. Deste modo, e partindo da prevalência dos consumos ao longo

da vida (PLV), que corresponde aos consumidores ocasionais e diários, verifica-se a condicionante de ter de considerar-se a meta para o conjunto dos alunos escolarizados, com vista a possibilitar a sua leitura relativamente à apresentação das prevalências em 2019.

Assim, a PLV de consumo de tabaco nos adolescentes escolarizados (3º ciclo e secundário) apontava para 39,7%, o que considerada a meta para 2020, 31,0%, representa um desvio de 8,7 pontos percentuais. Relativamente à percentagem de alunos do 3º ciclo que consumiam álcool a PLV, em 2019, foi de 68,9 %, um desvio em relação à meta 2020 (8,5%) de 60,4 pontos percentuais, sucedendo, o mesmo, para os alunos do secundário, ou seja, um desvio em relação à meta (23,5%) de 45,4 pontos percentuais. Os condicionantes aqui referidos aplicam-se do mesmo modo ao consumo de cannabis. A PLV em 2019 foi 16,2%, para os alunos escolarizados do 3º ciclo e secundário tendo, neste caso a percentagem de consumo sido inferior à meta proposta (24,5%).

Finalmente, e a concluir os determinantes de Saúde (comportamentos e fatores de risco), foram monitorizadas, nos indicadores de metas, as percentagens de crianças com 6/8 anos com excesso de peso e obesidade. Em ambos os casos não foram atingidas as metas propostas para 2020. No primeiro caso verificou-se um desvio de 9,1 pontos percentuais, pelo facto da meta apontada ter sido 26,8% e o registo em 2019 (COSI/OMS) de 35,9%, no segundo o desvio foi de 6,6 pontos percentuais, porquanto a meta era 11,4% e a percentagem de crianças com 6/8 anos obesas ter sido, em 2019 de 18,0%.

No ES-SD, em que a vertente do acesso constitui um subgrupo, as metas 2020 consideram, entre outros, a cobertura da monitorização do estado de Saúde dos alunos aos 6 e 13 anos, no âmbito dos exames globais de Saúde (EGS). Neste capítulo as metas foram plenamente atingidas. A cobertura das crianças aos 6 anos com EGS foi, no ano escolar 2019/2020, de 93,5 %, tendo ultrapassado a meta em 82,8%. No caso dos alunos com 13 anos, naquele período, realizaram EGS 89,5% dos alunos, 22,1 pontos percentuais além da meta (67,4%).

Em relação à meta “Médicos por 100 000 habitantes”, que constitui um indicador de eficiência do sistema, os 265 médicos existentes em 2020 ficaram bastante aquém da meta proposta, - 75,5, (meta 341), o mesmo sucedendo no que diz respeito aos enfermeiros por 100 000 habitantes cuja meta previa 703 enfermeiros por 100 000 habitantes, tendo esse número, em 2020, ficado nos 676, ou seja, representando um desvio de - 26,7 enfermeiros/1000 000 habitantes.

Ainda no capítulo da eficiência, o indicador respeitante às “consultas de medicina familiar (hab./ano) revelou um desvio de – 0,6 consultas relativamente à meta proposta, ou seja, tinha sido proposto 2,3 consultas de medicina geral e familiar (MGF) hab./ano, tendo-se atingido 1,7 em 2020. As consultas hospitalares (totais) hab./ano sofreram um desvio de – 0,4 em relação à meta proposta, ou seja, ficando abaixo da meta que era de 1,8.

No que toca ao indicador “atendimentos em urgências hospitalares (1000 hab.)” constata-se que houve um número inferior de urgências em 2020, 498,9, em relação à meta proposta (631,0), ou seja, - 132,1 urgências 1000 hab, um resultado que ultrapassou a meta proposta

A concluir os indicadores de ES-SD, na vertente eficiência (último indicador de meta em avaliação), há a considerar o “rácio entre urgências hospitalares e consultas externas”, cuja meta para 2020 era 0,4 e cujo valor realizado em 2020 foi de 0,3. Na análise dos resultados relativos ao ano de 2020 deve ser tido em conta o impacto da situação pandémica declarada em março.

A Tabela 17 apresenta a leitura sumária quantitativa dos indicadores de Saúde definidos no PRS 2014-2016, Extensão 2020.

**Tabela 17 Resumo dos indicadores do PRS 2014-2016, Extensão 2020 e seu cumprimento**

|  | <b>Total Indicadores</b> | <b>Metas atingidas</b> | <b>%</b>    |
|--|--------------------------|------------------------|-------------|
| Indicadores de Estado de Saúde - Ganhos em Saúde             |                          |                        |             |
| Mortalidade  | 20                       | 6                      | 30,0        |
| Taxas de Anos Potências de Vida Perdidos                     | 10                       | 4                      | 40,0        |
| Taxas de Mortalidade Padronizadas antes dos 65 anos          | 8                        | 2                      | 25,0        |
| Esperança de vida à nascença e aos 65 anos                   | 2                        | 0                      | 0,0         |
| Indicadores de Estado de Saúde e de Desempenho do Sistema a) | 6                        | 1                      | 16,7        |
| Indicadores de Estado de Saúde e de Desempenho do Sistema    |                          |                        |             |
| Morbilidade b)   | 2                        | 2                      | 100,0       |
| Determinantes de Saúde/Fatores de Risco/Comportamentos c)    | 6                        | 1                      | 16,7        |
| Indicadores de Estado de Saúde e de Desempenho do Sistema d) |                          |                        |             |
| Acesso   | 2                        | 2                      | 100,0       |
| Eficiência   | 7                        | 1                      | 14,3        |
| <b>Total</b>   | <b>43</b>                | <b>13</b>              | <b>30,2</b> |





## 5. Bibliografia

- Adams, E. K., Bronstein, J. M., & Raskind-Hood, C. (2002). Adjusted clinical groups: predictive accuracy for Medicaid enrollees in three states. *Health care financing review*, 24(1), 43–61.
- Assembleia Legislativa da Região; Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A de 12 de junho (2008). Rede de Cuidados Continuados Integrados da RAA.
- Barrenho, E., Haywood, P., Kendir, C., & Klazinga, N. S. (2022). International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure. *OECD Health Working Papers*, 142, 1–78.
- Butte N. F. (2001). The role of breastfeeding in obesity. *Pediatric clinics of North America*, 48(1), 189–198.
- Centro de Oncologia dos Açores Professor Doutor José Conde (2015). *Cancro nos Açores – Incidência, Mortalidade e Sobrevivência*. Angra do Heroísmo.
- COA (2018). *Registo Oncológico dos Açores- 20 anos (1997-2016)*.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021 – 2022*.
- Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s – Necessidades de Saúde em Portugal: ponto de situação; Seleção de Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável: introdução*. Direção-Geral da Saúde.
- Decreto Legislativo Regional n.º 1/2022 (2022). *Plano Regional Anual para o ano de 2022*.
- Decreto Legislativo Regional n.º 18/2021/A (2021). *Plano de Nutrição das Escolas, Alimentação Saudável*.
- Decreto Legislativo Regional n.º 113/2021/A (2021). *Plano Regional Anual 2021*.
- Despacho n.º 12761/2021 (2021). *Planos Regionais da Saúde para as Demências*.
- Despacho n.º 5988/2018 (2018). *Estratégia da Saúde na Área das Demências*.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma n.º 010/2013, de 31 de maio de 2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

- Direção-Geral da Saúde (2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020, maio de 2015.
- ECATD-CAD/2019. Elsa Lavado, Vasco Calado, Fernanda Feijão; estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências (alunos dos 13 aos 18 anos de idade).
- ECATD-CAD/2019. Elsa Lavado, Vasco Calado, Fernanda Feijão; estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências (alunos dos 13 aos 18 anos de idade).
- Equipa de Investigação - Universidade dos Açores (2019). Relatório Final de Atividades - 1ª parte: Análise Descritiva dos Consumos de Substâncias Psicoativas na RAA(RAA).
- Girwar, S. M., Fiocco, M., Sutch, S. P., Numans, M. E., & Bruijnzeels, M. A. (2021). Assessment of the Adjusted Clinical Groups system in Dutch primary care using electronic health records: a retrospective cross-sectional study. *BMC health services research*, 21(1), 217.
- Girwar, S. M., Verloop, J. C., Fiocco, M., Sutch, S. P., Numans, M. E., & Bruijnzeels, M. A. (2022). Identifying complex patients using Adjusted Clinical Groups risk stratification tool. *The American journal of managed care*, 28(4), e140–e145.
- Global Burden of Disease. Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2019. IHME.
- Gröne, O., Garcia-Barbero, M., & WHO European Office for Integrated Health Care Services (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International journal of integrated care*, 1, e21.
- Grover, H., King, W., Bhattarai, N., Moloney, E., Sharp, L., & Fuller, L. (2022). Systematic review of the cost-effectiveness of screening for lung cancer with low dose computed tomography. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 170, 20–33.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Lisboa: INE, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2019). Inquérito Nacional de Saúde 2019.

- Lopes, C. et al. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório). Universidade do Porto.
- Marta, B. et al. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. INSA, IP: Lisboa.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais Saúde para todos. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2 vols.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Observatório dos Sistemas de Saúde (OSS) (2012). Relatório de Primavera 2012; Crise & Saúde, Um País em Sofrimento.
- 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>.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021). 20 anos de Relatórios de Primavera, junho de 2021.
- Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s – Necessidades de Saúde em Portugal: ponto de situação; Seleção de Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável: Direcção-Geral da Saúde, 2021.
- Portaria N° 59/2021 da Assembleia Legislativa Regional (2021). Saúde mental dos jovens.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2016). Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde | Resenha dos Planos de Saúde: Nacional, Regionais, Locais - Edição 2016.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para promoção da alimentação saudável. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para a promoção da atividade física Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2020). Literacia em Saúde e a COVID, Plano, prática e desafios; Heth Literacia and COVID-19 in Portugal: Plan, Practice and Challenges, Lisboa.
- Portugal. Ministério da saúde. Direção-geral da saúde (2021). Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2021). Programa nacional de promoção da saúde oral 2021-2025. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da saúde. Direção-geral da saúde (2021). Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2008). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2010). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2013). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2013 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2016). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2021). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2019 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2023). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros (2017). Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, por ocasião da Apresentação Nacional Voluntária no Fórum Político de Alto Nível das Nações Unidas, junho de 2017.

- Resolução da Assembleia da República n.º 195/2021 (2021). Prevenção, tratamento e combate à obesidade.
- Resolução da Assembleia Legislativa Regional n.º 26/2021/A (2021). Revisão de apoios e incentivos à fixação de pessoal médico na Região Autónoma dos Açores.
- Santelices C, Emilio, Muñoz P, Fernando, Muñoz, Patricio, & Rojas, José. (2016). Clasificación según nivel de morbilidad e intensidad del uso de recursos de una población con patologías crónicas en Atención Primaria de Salud utilizando "Adjusted Clinical Groups"(ACG). Revista médica de Chile, 144(3), 291-297.
- Sarmiento, J., Rocha, J. V. M., & Santana, R. (2020). Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal. BMC Health Services Research, 20(1).
- Secretaria Regional da Saúde e Desporto Despacho n.º 1436/2021 (2021). Cirurgia.
- Secretaria Regional da Saúde e Desporto Despacho n.º 278/2021 (2021). Plano de Rastreio Oncológico na Região Autónoma dos Açores.
- Secretaria Regional da Saúde e Desporto Despacho n.º 508/2021 (2021). Rastreamentos oncológicos, organizados e de base populacional.
- Secretaria Regional da Saúde, DRS (2016). Plano Regional de Saúde 2014-2016 - Extensão a 2020.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016). Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Coleção Relatórios.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016). Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Álcool, Coleção Relatórios.
- SICAD. (2020). Relatório Anual 2019 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.
- SICAD. (2021). Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.
- SICAD. (2022). Relatório Anual 2021 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.
- Sicras-Mainar, A., Serrat-Tarrés, J., Navarro-Artieda, R., Llausí-Sellés, R., Ruano-Ruano, I., & González-Ares, J. A. (2007). Adjusted Clinical Groups use as a measure of the

referrals efficiency from primary care to specialized in Spain. *European journal of public health*, 17(6), 657–663.

- SNS/DGS (2020). REACT – COVID 2020: comparação com estudos nacionais anteriores (Versão retificada).
- SNS/DGS (2021). REACT – COVID – Inquérito sobre Alimentação e Atividade Física em Contexto de Contenção Social” (Versão2.0; outubro 2021).
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & European, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- SReS & INSA, I.P. (2015). Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados. Direção Regional da Saúde.
- SRES/DRS (2018). Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável 2018-2020.
- SRSSS/DRS, Plano regional para a redução de comportamentos aditivos e dependências (PRRCAD) 2021-2024
- SRSSS/DRS/INSA (2014). InRes Açores; Resultados Preliminares 2014, agosto de 2014.
- 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>.
- World Health Organization (WHO) (2021). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance]. ISBN 978-65-00-15021-6 (versão digital) ISBN 978-65-00-15064-3 (versão impressa).
- World Health Organization, W. H., Finland. Sosiaalija terveysministeriö, F. M. of S. A. and, & Global Conference on Health Promotion (8th: 2013: Helsinki, F. (2014). Health in all policies: Helsinki statement, framework for country action: the 8th Global Conference on Health Promotion.
- World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf)

- World Health Organization. (2016). The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf)