



Governo dos Açores
Secretaria Regional da Saúde

Relatório de Avaliação Intercalar **Plano Regional de Saúde**



plano regional de
SAÚDE AÇORES

Fevereiro 2018

Índice

| | |
|--|-----------|
| Lista de Siglas e Acrónimos | 4 |
| Preâmbulo | 7 |
| Sumário Executivo..... | 8 |
| Introdução | 11 |
| Principais Indicadores de Saúde, 2014 a 2016 | 14 |
| I PARTE | 15 |
| A Saúde dos Açorianos numa perspetiva global..... | 15 |
| 1. Quantos Somos | 15 |
| 2. Como nos Sentimos | 17 |
| 3. Desempenho e Segurança do Serviço Regional de Saúde | 18 |
| 4. Mortalidade | 37 |
| II PARTE | 40 |
| Indicadores de Saúde | 40 |
| Estratégias e Áreas de Intervenção do PRS 2014-2020..... | 44 |
| 1. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco | 45 |
| 1.1. Área de Intervenção na Saúde da Mulher..... | 45 |
| 1.1.1. Indicadores da Área de Intervenção na Saúde da Mulher | 50 |
| 1.1.2. Evidências e Análise Crítica..... | 52 |
| 1.1.3. Recomendações..... | 52 |
| 1.2. Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil..... | 53 |
| 1.2.1. Indicadores da Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil..... | 57 |
| 1.2.2. Evidências e Análise Crítica..... | 60 |
| 1.2.3. Intervenção Precoce | 61 |
| 1.2.4. Vacinação..... | 63 |
| 1.2.5. Recomendações..... | 65 |
| 1.3. Área de Intervenção na Promoção da Saúde em Contexto Escolar..... | 66 |
| 1.3.1. Indicadores da Área de Intervenção na Promoção da Saúde Escolar | 67 |
| 1.3.2. Evidências e Análise Crítica..... | 76 |
| 1.3.3. Recomendações..... | 77 |
| 1.4. Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral | 77 |
| 1.4.1. Evidências e Análise Crítica..... | 82 |
| 1.4.2. Recomendações..... | 84 |
| 1.5. Área de Intervenção nas Dependências..... | 84 |
| 1.5.1. Substâncias Lícitas | 88 |
| 1.5.2. Substâncias Ilícitas | 93 |
| 1.5.3. Indicadores na Área das Dependências..... | 94 |
| 1.5.4. Evidências e Análise Crítica..... | 97 |
| 1.5.5. Recomendações..... | 99 |
| 1.6. Área de Intervenção nas Doenças Infecciosas | 99 |
| 1.6.1. Indicadores da Pneumonia | 102 |
| 1.6.2. Ações na Tuberculose..... | 103 |
| 1.6.3. Indicadores sobre Tuberculose..... | 106 |
| 1.6.4. Ações sobre o VIH/SIDA..... | 106 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 1.6.5. | Indicadores sobre o VIH/SIDA..... | 109 |
| 1.6.6. | Evidências e Análise Crítica..... | 109 |
| 1.6.7. | Recomendações..... | 110 |
| 1.7. | Área de Intervenção na Prevenção de Acidentes | 110 |
| 1.7.1. | Indicadores da área de Intervenção na Prevenção de Acidentes | 113 |
| 1.7.2. | Evidências e Análise Crítica..... | 113 |
| 1.7.3. | Recomendações..... | 114 |
| 1.8. | Área de Intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo | 114 |
| 1.8.1. | Indicadores da área de intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo | 116 |
| 1.8.2. | Evidências e Análise Crítica..... | 117 |
| 1.8.3. | Recomendações..... | 117 |
| 2. | Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas | 118 |
| 2.1. | Área de Intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes Mellitus | 118 |
| 2.1.1. | Indicadores na Área de Intervenção Prevenção e Controlo da Diabetes <i>Mellitus</i> | 124 |
| 2.1.2. | Evidências e Análise Crítica..... | 130 |
| 2.1.3. | Recomendações..... | 130 |
| 2.2. | Área de Intervenção na Obesidade | 131 |
| 2.2.1. | Indicadores na Área de Intervenção na Obesidade..... | 135 |
| 2.2.2. | Evidências e Análise Crítica..... | 135 |
| 2.2.3. | Recomendações..... | 140 |
| 2.3. | Área de Intervenção na Hipertensão | 141 |
| 2.3.1. | Indicadores na Área de Intervenção na Hipertensão | 144 |
| 2.3.2. | Evidências e Análise Crítica..... | 147 |
| 2.3.3. | Recomendações..... | 148 |
| 2.4. | Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não Infeciosas | 148 |
| 2.4.1. | Indicadores na Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não Infeciosas.. | 151 |
| 2.4.2. | Evidências e Análise Crítica..... | 153 |
| 2.4.3. | Recomendações..... | 154 |
| 2.5. | Área de Intervenção na Dor | 155 |
| 2.5.1. | Indicadores na Área de Intervenção na Dor | 155 |
| 2.5.2. | Recomendações..... | 156 |
| 2.6. | Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas | 157 |
| 2.6.1. | Evidências e Análise Crítica..... | 160 |
| 2.6.2. | Recomendações..... | 161 |
| 2.7. | Área de Intervenção na Promoção da Saúde Mental | 162 |
| 2.7.1. | Indicadores na Área de intervenção na Promoção da Saúde Mental | 166 |
| 2.7.2. | Evidências e Análise Crítica..... | 168 |
| 2.7.3. | Recomendações..... | 168 |
| 2.8. | Área de Intervenção nos Cuidados Paliativos | 169 |
| 2.8.1. | Recomendações..... | 170 |
| 2.9. | Área de Intervenção em Cuidados Continuados..... | 170 |
| 2.9.1. | Análise crítica..... | 174 |

| | |
|---|------------|
| 2.9.2. Recomendações..... | 174 |
| 2.10. Área de Intervenção nas Doenças Genéticas | 174 |
| 2.10.1. Indicadores da Área de Intervenção nas Doenças Genéticas..... | 177 |
| 2.10.2. Evidências e Análise Crítica..... | 178 |
| 2.10.3. Recomendações..... | 180 |
| 3. Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebrovasculares..... | 180 |
| 3.1. Área de Intervenção no Acidente Vascular Cerebral | 180 |
| 3.1.1. Indicadores na Área de Intervenção no AVC e no EAM | 185 |
| 3.1.2. Evidências e Análise Crítica..... | 187 |
| 3.1.3. Recomendações..... | 187 |
| 4. Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas | 188 |
| 4.1. Área de Intervenção na Prevenção e no Tratamento da Doença Oncológica | 188 |
| 4.1.1. Indicadores na área de intervenção na Prevenção e no Tratamento da Doença Oncológica | 191 |
| 4.1.2. Evidências e Análise Crítica..... | 195 |
| 4.1.3. Recomendações..... | 196 |
| Conclusões e Recomendações | 197 |
| Lista de Quadros | 200 |
| Lista de Figuras | 203 |
| Bibliografia | 205 |

Lista de Siglas e Acrónimos

| | |
|-------------------|---|
| APDP | Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal |
| APVP | Anos Potencias de Vida Perdidos |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| BIS | Boletim de Saúde da Grávida |
| BISO | Boletim Individual de Saúde Oral |
| BSIJ | Boletim de Saúde Infantojuvenil |
| BSR/PF | Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar |
| CAD | Comportamentos Aditivos e Dependências |
| CDT | Comissão de Dissuasão da Toxicodependência |
| COA | Centro de Oncologia dos Açores Professor Doutor José Conde |
| COSI | Childhood Obesity Surveillance Initiative |
| CPCJ | Comissão de Proteção de Crianças e Jovens |
| CS | Centros de Saúde |
| CTPSCIA | Centro de Tratamento para a Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina dos Açores |
| DEPD | Divisão de Estudos, Planeamento e Documentação |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| DMJ | Doença do Machado-Joseph |
| DPOC | Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica |
| DRE | Direção Regional da Educação |
| DRPCD | Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências |
| DRS | Direção Regional da Saúde |
| DSRD | Diagnóstico Sistemático da Retinopatia Diabética |
| EAM | Enfarte Agudo do Miocárdio |
| ECRIP | Equipa de Coordenação Regional de Intervenção Precoce |
| ECSCP | Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos |
| EGS | Exame Global de Saúde |
| EHSCP | Equipa Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos |
| EIP | Equipas de Intervenção Precoce |
| EPS | Exame Periódico de Saúde |
| EMRCCI | Estrutura de Missão da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados |
| ESE | Equipas de Saúde Escolar |
| ETIP | Equipa Técnica de Intervenção Precoce |
| GAPS | Gabinete de Apoio e Promoção da Saúde |
| GCL | Grupos de Coordenação Local |
| GCR | Grupo de Coordenação Regional |
| GRA | Governo Regional dos Açores |
| HDES | Hospital do Divino Espírito Santo, EPER |
| HH | Hospital da Horta, EPER |
| Hospitais | Hospitais, EPER |
| HPV | Vírus do Papiloma Humano |
| HSEIT | Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER |
| HTA | Hipertensão Arterial |
| IAN-AF 2015-2016 | Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| IP | Intervenção Precoce |
| InReS Açores 2014 | Inquérito Regional de Saúde dos Açores 2014 |

| | |
|------------------|---|
| 4º INS 2005/2006 | 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 |
| INS 2014 | Inquérito Nacional de Saúde 2014 |
| INSA | Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge |
| INSEF 2015 | 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico—Estado de Saúde 2015 |
| IPSS | Instituição Particular de Solidariedade Social |
| IVG | Interrupção Voluntária da Gravidez |
| LNH | Linfoma Não Hodgkin |
| NEE | Necessidades Educativas Especiais |
| NSE | Necessidades de Saúde Especiais |
| NUTS | Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAI | Processo Assistencial Integrado |
| PASE | Plano de Atividades de Saúde Escolar |
| PBCI | Precauções Básicas de Controlo de Infeção |
| PNSIJ | Plano Nacional de Saúde Infantojuvenil |
| PPCIRA | Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e das Resistências Antimicrobianas |
| PRIP | Programa Regional de Intervenção Precoce |
| PRS | Plano Regional de Saúde 2014-2020 |
| PRV | Programa Regional de Vacinação |
| RA – SPMA 2015 | Relatório Anual 2015 – A Situação do País em Matéria de Álcool |
| RA – SPMDT 2015 | Relatório Anual 2015 – A Situação do País em Matéria de Droga e Toxicodependência |
| RAA | Região Autónoma dos Açores |
| RAM | Região Autónoma da Madeira |
| RRCCI | Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados |
| ROCCA | Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero |
| ROCCRA | Rastreio Organizado do Colon e Reto |
| ROCMA | Rastreio Organizado do Cancro da Mama |
| RORA | Registo Oncológico Regional dos Açores |
| SBVDAE | Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa |
| SCM | Santa Casa da Misericórdia |
| SICA | Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento |
| SICAD | Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências |
| SIDA | Síndrome Imunodeficiência Adquirida |
| SIGLICA | Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da RAA |
| SINAVE | Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica |
| SISA | Sistema de Informação de Saúde dos Açores |
| SPSM | Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental |
| SREA | Serviço Regional de Estatística dos Açores |
| SReS | Secretaria Regional da Saúde |
| SRS | Serviço Regional de Saúde |
| SVCRJ | Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco nos Jovens |
| TDT | Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica |
| TOD | Toma Observada Diária |
| UCCI | Unidade de Cuidados Continuados Integrados |
| UCP | Unidade de Cuidados Paliativos |
| UDC | Unidade de Dor Crónica |
| UO | Unidades Orgânicas |
| US | Unidades de Saúde |
| USI | Unidades de Saúde de Ilha |
| VIH | Vírus da Imunodeficiência Humana |

SINAIS CONVENCIONAIS:

| | |
|------------|-----------------------|
| CT | Continente |
| $\Delta\%$ | Varição percentual |
| X | Dado não disponível |
| - | O fenómeno não existe |

Preâmbulo

A existência de um plano de saúde reveste-se de especial importância para o estabelecimento de linhas estratégicas, para a promoção e a valorização da saúde na sociedade, na medida em que expõe as diretrizes orientadoras e recomendações para os cuidados de saúde que se pretendem colocar ao dispor dessa mesma sociedade. Foi com este propósito que o Plano Regional de Saúde 2014 - 2020 se desenvolveu e se tem vindo a implementar na Região Autónoma dos Açores.

Como em qualquer projeto que implique uma componente de intervenção, tão importante como a conceptualização, torna-se necessário submetê-lo a uma avaliação, pois só desta forma é que somos capazes de perceber se os objetivos para os quais nos propusemos desenvolver, estão a ser atingidos!

Na área da saúde, em que a dualidade prestação/receção de cuidados está dependente de diversos atores, entre os quais se destacam os profissionais de saúde e o próprio cidadão, intermediados por colaboradores e por outros agentes com poder de decisão, é necessário avaliar se as medidas e ações propostas conduziram aos resultados inicialmente pretendidos. Por outro lado, sabemos que os ganhos em saúde não são imediatos nem proporcionais ao investimento efetuado.

Por isso, este Relatório de Avaliação Intercalar do Plano Regional de Saúde apresenta a realidade dos resultados obtidos entre os anos de 2014 e 2016, permitindo uma monitorização o mais minuciosa possível desta evolução ao nível do Serviço Regional de Saúde.

Assim, com o dinamismo e a perseverança que caracteriza a área da saúde, devemos assumir com a devida humildade os resultados que aqui são expostos: os mais robustos, de forma a continuar a potenciá-los e; os mais débeis, para que no futuro sejam alvo de maior atenção e desenvolvimento.

É com estes pressupostos, que este relatório se constitui como uma ferramenta de trabalho para todos aqueles que colaboram direta ou indiretamente com o SRS, onde poderão encontrar algumas recomendações que induzem esse reconhecimento e nos impelem a dar seguimento ao trabalho que tem vindo a ser desenvolvido!

O Secretario Regional da Saúde

Rui Duarte Gonçalves Luís

Sumário Executivo

O presente *Relatório* põe em evidência indicadores de saúde da Região Autónoma dos Açores (RAA), permitindo enunciar recomendações para sustentar as tomadas de decisão estratégicas baseadas na evolução do Plano Regional de Saúde.

No que se refere aos recursos humanos adstritos ao Serviço Regional de Saúde (SRS) no triénio 2014 – 2016, verifica-se que é no ano de 2016 que se regista o número de médicos mais elevado na Região, ou seja, 599, representando uma variação de 3,3% para o período em análise. Os profissionais de enfermagem (1 545) a trabalhar no SRS, registaram um aumento de 5,0% no mesmo período. Em relação ao pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica da Região, a variação foi de 2,5%, apresentando em 2016 um total de 323 técnicos. Relativamente aos Médicos Dentistas, existem 24 em 2016, apresentando uma variação positiva global de 14,3%.

Em termos de cuidados de saúde, para o período em causa, ocorreu, assim, um aumento de consultas nas Unidades de Saúde de Ilha (USI): 1,3 consultas médicas por habitante em 2014 e 1,8 consultas por habitante, em 2016. As consultas por habitante para os Hospitais registaram, igualmente, um acréscimo de 1,3 consultas por habitante em 2014 para 1,4 por habitante, em 2016.

O número total de consultas efetuadas pelos médicos especialistas que se deslocaram às USI, em 2016, foi de 8 462, em 2015 foi de 8 587 e em 2014 haviam-se registado 3612 consultas. Por sua vez, a deslocação total de doentes entre 2014 e 2016 apresentou um aumento de 12,65%, porém, denotou-se um decréscimo de 2015 para 2016. A taxa de utilização de consultas de planeamento familiar nas USI tem vindo a aumentar desde 2014, quer ao nível das consultas médicas quer ao nível de enfermagem.

De 2014 para 2016, o número total de partos teve um decréscimo de 2,0%. Também se evidencia uma diminuição da proporção de nascimentos em mulheres adolescentes e uma tendência semelhante na proporção de nascimentos em mulheres com idade ≥ 35 anos.

Considerando os anos de 2015 e 2016 onde os critérios de integração na lista de espera de cirurgia foram idênticos, o número de inscritos para cirurgia aumentou de 9 974 para 10 694, respetivamente.

Podemos verificar ainda, a melhoria significativa dos indicadores na intervenção da saúde infantojuvenil, que se refletem numa vigilância de saúde infantil mais eficaz. As taxas de cobertura vacinal da população abrangida pelo Programa Regional de Vacinação (PRV) consideram-se bastante elevadas, com valores superiores a 99% para os anos de 2014, 2015 e 2016.

Ao analisar a taxa de cobertura da saúde escolar pelo número total de escolas, bem como pelo total de alunos do Pré-escolar, Ensino Básico e Secundário, salienta-se que a mesma na RAA tem sido de 100%.

No âmbito da intervenção da Secretaria Regional da Saúde sobressai a dotação das USI e Hospitais de médicos dentistas e estomatologistas, garantindo a acessibilidade dos doentes à vigilância e ao tratamento, acompanhados e seguros.

No que se refere às dependências: 27,6% da população açoriana, com idades compreendidas entre 20 e 74 anos, fuma diariamente. Nos últimos 12 meses, aproximadamente 15% dos residentes bebeu diariamente, pelo menos uma bebida alcoólica. A prevalência de consumo de drogas ao longo da vida para a população em geral é de 10,6% e nos últimos 12 meses é de 3,6%. Face ao exposto, o Serviço Regional de Saúde respondeu com o aumento do número de consultas de acompanhamento e tratamento.

A taxa de cobertura da vigilância médica das pessoas com diagnóstico de diabetes que utilizaram as USI em 2015 era de 32,72% e em 2016, aumentou para 39,89%. No acompanhamento de enfermagem, 30,03% dos utentes foram consultados em 2015, e esta percentagem ascendeu aos 49,22% em 2016.

Com o enfoque dirigido para o problema da obesidade a nível regional, verifica-se que a proporção de inscritos nas USI, com idade igual ou superior a 14 anos, com registo de avaliação de Índice de Massa Corporal (IMC), tem vindo a aumentar, constatando-se em 2014, 22,27%; em 2015, 30,60% e em 2016, 38,63%.

Considerando o número de inscritos nas USI, em 2015, a prevalência de Hipertensão Arterial (HTA) na RAA, foi de 15,11% e em 2016 foi de 17,70%, pelo que também a proporção de pessoas com dislipidémia aumentou de 13,56% em 2015 para 17,31% em 2016. Verificou-se ainda a mesma tendência de aumento para o número de pessoas com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral e Enfarte Agudo do Miocárdio. Neste contexto, o número de consultas médicas sofreu um aumento de 21,03% para 26,86%, nos anos de 2015 e 2016, respetivamente.

Ao nível das doenças respiratórias, a proporção de inscritos nas USI, com idade igual ou superior a 14 anos com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), apresentou uma tendência crescente, de 0,66% em 2014, 0,85% em 2015 e 1,07% em 2016.

O número de utentes com perturbações mentais comuns, designadamente demência, perturbações de ansiedade e perturbações depressivas, mostra um padrão crescente. No entanto, a proporção de inscritos nas USI, com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de depressão a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva tem vindo a diminuir desde 2014, tendência igualmente verificada para a prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos a pessoas com mais de 65 anos.

Os cuidados paliativos também foram iniciados na Região, pelo que desde 2016 se encontra em funcionamento uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), com dez camas de internamento. A resposta comunitária a este nível de cuidados traduziu-se, em parte, na operacionalização de duas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

O movimento global de doentes na Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados no ano de 2016 ascendeu aos 467 referenciados, dos quais 74,3% foram admitidos e destes, 62,1% tiveram alta.

No que confere às doenças genéticas e, especificamente, à doença de Machado Joseph verifica-se que, apesar do maior número de doentes se encontrar em S. Miguel, a maior prevalência mantém-se na ilha das Flores.

Relativamente aos rastreios oncológicos em execução, no caso do Rastreio Organizado do Cancro da Mama, os dados apontam para uma população rastreada que corresponde a 29 523 mulheres, sendo a taxa de participação de 75,30%, relativamente à 4ª volta (2015-2016). Em relação ao Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero, a população rastreada foi de 24 572 indivíduos, sendo a taxa de participação de 36,00%, no que se refere à 2ª volta (2014-2016). No Rastreio Organizado do Colon e Reto a população rastreada foi de 11 129 indivíduos, tendo sido a taxa de participação de 31,90% (1ª volta 2014-2016).

A taxa bruta de mortalidade para a Região, em 2015, foi de 9,4 por mil habitantes e a taxa de mortalidade infantil em 2016 foi de 1,8 por mil nados vivos. Nos anos em apreço, estas taxas apresentaram-se como as mais baixas do País.

Introdução

Para que se consolide um referencial abrangente de qualidade de vida e de melhoria das condições de saúde é necessário que os resultados obtidos em saúde sejam partilhados por todos. Para isso é necessário dispor de informação atualizada e estruturada que permita uma leitura rigorosa da evolução da situação, que possa apoiar o processo de tomada de decisão ajudando, ao mesmo tempo, a que este se torne cada vez mais transparente: para os cidadãos, para os profissionais de saúde e para os decisores políticos.

O presente documento, constitui o primeiro *Relatório de Avaliação Intercalar do Plano Regional de Saúde*, e pretende traçar um retrato multidimensional e dinâmico da forma como se encontra o processo de evolução do *Plano Regional de Saúde 2014-2020 (PRS)*, o qual foi concebido tendo em vista melhorar a qualidade de vida dos cidadãos açorianos, através de ações que evidenciem, também, os índices de saúde da população.

O PRS surgiu como um documento estratégico, estruturado por áreas de intervenção na saúde, que engloba recomendações, orientações e ações para maximizar os ganhos em saúde para toda a população da Região Autónoma dos Açores (RAA), tendo por base um processo de planeamento centrado nas necessidades de saúde identificadas na Região, orientado para o estabelecimento de prioridades de intervenção, garantindo o uso eficaz e eficiente dos recursos disponíveis. Define ainda, indicadores específicos para cada área, que permitem a produção e a análise de resultados.

O PRS assenta em quatro eixos fundamentais: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis, os quais exigem a responsabilidade e competência dos diferentes intervenientes ativos no sistema de saúde - cidadão, profissional de saúde, gestor e administrador, representante de grupos de interesses, empresário, decisor político - canalizados no sentido da obtenção de ganhos e valor em saúde.

O presente *Relatório* dá cumprimento ao disposto no Despacho n.º 355, de 17 de fevereiro de 2017, e apresenta como objetivos: i) monitorizar a implementação das

ações definidas no PRS; ii) analisar os indicadores de saúde produzidos pelas Unidades de Saúde (US); iii) emanar recomendações com base nos dados monitorizados.

A estrutura do *Relatório* assenta nos princípios orientadores do PRS, pelo que inicia com uma I Parte que apresenta, no essencial, a caracterização da saúde dos açorianos, numa perspetiva global, balizada pelos seguintes marcos: quantos somos, como nos sentimos, desempenho e segurança do Serviço de Saúde e mortalidade.

A II Parte está organizada, de acordo com as Estratégias Regionais definidas e respetivas áreas de intervenção incluídas no PRS, a saber:

- i. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco;
- ii. Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas;
- iii. Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebrocardiovasculares;
- iv. Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas.

Para cada uma das estratégias, são avaliadas as ações e os indicadores de saúde previstos, quer através da Avaliação de Processos (quantitativa), quer através da Avaliação de Resultados (qualitativa), havendo, ainda, espaço para uma análise crítica e demonstração de algumas evidências, direcionadas para as áreas definidas. Finaliza-se cada Área de Intervenção com um conjunto de recomendações resultantes da análise efetuada.

Atendendo que se trata do primeiro *Relatório* de acompanhamento do PRS, foram definidos alguns princípios metodológicos orientadores. Para obtenção dos dados, recorreu-se a várias fontes de informação regionais: Sistema de Informação da Saúde dos Açores (SISA), Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento (SICA), *Inquérito Regional de Saúde dos Açores- 2014* (InRes Açores 2014), Relatórios e registos regionais específicos junto das próprias US, em colaboração com as Direções Regionais, da Saúde (DRS) e da Prevenção e Combate às Dependências (DRPCD), Centro de Oncologia dos Açores e Saudaçor, SA. A nível nacional, suportou-se em estudos que salvaguardaram a inclusão de dados específicos para a RAA.

A DRS realizou, pela primeira vez, um InReS Açores 2014, ao qual será dado maior enfoque, por se tratar de um instrumento que serviu de base à caracterização do estado de saúde dos cidadãos e à avaliação do desempenho do sistema de saúde regional.

Considerando a diversidade de fontes de informação, bem como o elevado número de ações e indicadores definidos no PRS, importa esclarecer que a ausência de informação em determinadas US se prende com o facto de não ter sido possível a obtenção de todos os requisitos definidos para as mesmas.

Para uma análise global e uniforme das ações nas US, foi-lhes solicitada informação relativa à execução de cada ação prevista, através da utilização das seguintes classificações: “Executadas”; “Parcialmente executadas” e “Em execução”. Consideram-se ações “Executadas” aquelas que pressupõem ter tido um início e fim, previamente definidos, e “Em execução” aquelas foram iniciadas mas que exigem continuação. As ações classificadas como “Parcialmente executadas” correspondem às ações que foram executadas em pelo menos um dos Centros de Saúde (CS) que integram as respetivas Unidades de Saúde de Ilha (USI). Para um melhor entendimento, dada a especificidade efetuada nalgumas ações, sugere-se que a análise da sua execução seja acompanhada paralelamente à leitura do PRS.

Em função do número de ações “Executadas”, “Parcialmente executadas” e “Em execução” e do número total de ações previstas por objetivo, foi determinada a percentagem das ações por USI e a média para o total da Região, de 2014 a 2016.

Como foi referido anteriormente, considerando o horizonte temporal de vigência do PRS, o presente Relatório apresenta uma monitorização e não uma avaliação final das ações realizadas, daí a importância de analisar o grau de evolução da execução das mesmas.

A elaboração deste *Relatório* é da responsabilidade da Secretaria Regional da Saúde (SReS), tendo sido materializado por uma equipa constituída por elementos do Gabinete do Secretário Regional, da DRS, DRPCD e da Saudaçor, S.A..

Principais Indicadores de Saúde, 2014 a 2016

Segue-se um resumo dos principais indicadores de saúde que foram alvo de análise na primeira parte do *Relatório*.

Quadro 1. Resumo de indicadores de saúde

| | Censos 2001 | Censos 2011 | |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Anos | 2014 | 2015 | 2016 |
| População residente | 241 763 | 246 772 | |
| Número de nados-vivos | 2 316 | 2 261 | 2 263 |
| Número de óbitos | 2 316 | 2 304 | 2 408 |
| Saldo fisiológico | 0 | -43 | -145 |
| Taxa bruta de natalidade (/1 000 habitantes) | 9,4 | 9,2 | 9,2 |
| Índice de dependência de idosos (/100 pessoas 15-64 anos) | 18,9 | 19,3 | 19,6 |
| Índice de Dependência de Jovens | 24,1 | 23,5 | 23,3 |
| Médicos por 1 000 habitantes | 2,4 | 2,3 | 2,3 |
| Enfermeiros por 1 000 habitantes | 5,9 | 5,9 | 6,3 |
| Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica por 1 000 habitantes | 1,3 | 1,3 | 1,3 |
| Consultas realizadas – Hospitais (N.º) | 310 468 | 322 204 | 344 925 |
| Consultas realizadas - Unidades de Saúde de Ilha (N.º) | 325 609 | 399 046 | 441 458 |
| Demora Média - Hospitais (dias) | 6,5 | 6,4 | 6,5 |
| Taxa Ocupação - Hospitais (%) | 62,1 | 60,6 | 61,4 |
| Demora Média - Unidades de Saúde de Ilha (dias) | 9,9 | 6,8 | 6,9 |
| Taxa Ocupação - Unidades de Saúde de Ilha (%) | 32,8 | 36,1 | 32,4 |
| Lista de espera para cirurgia (N.º de utentes) | 3 542 | 9 974 | 10 694 |
| Intervenções cirúrgicas realizadas (N.º) | 11 321 | 11 187 | 11 504 |
| Percentagem de Cesarianas realizadas nos Hospitais | 34,0 | 35,0 | 34,5 |
| Taxa bruta de mortalidade (/1 000 habitantes) | 9,4 | 9,4 | 9,8 |
| Taxa de mortalidade infantil (/1 000 nados-vivos) | 3,5 | 4,4 | 1,8 |
| Taxa de mortalidade perinatal (/1 000 nados-vivos) | 5,6 | 3,5 | 3,1 |
| Mortalidade proporcional por doenças cerebrovasculares (% em relação ao total de óbitos por Causas de Morte) | 10,4 | 9,9 | X |
| Mortalidade prematura por doenças cerebrovasculares (% em relação ao total de óbitos por Causas de Morte) | 4,0 | 4,5 | X |
| Triénios | 2012-2014 | 2013-2015 | 2014-2016 |
| Esperança de vida à nascença (HM) (anos) | 76,8 | 77,2 | X |
| Esperança de vida aos 65 anos (HM) (anos) | 16,7 | 16,8 | X |

Fonte: SReS/DEPD/INE

I PARTE**A Saúde dos Açorianos numa perspetiva global****1. Quantos Somos**

Os Açores tinham em 2011 (censos) 246 772 habitantes, apresentando uma variação percentual (Δ), relativamente aos censos 2001 de 2,07%, com variação positiva nos grupos etários 25-64 e 65 e mais anos, respetivamente de 15,21% e 3,38%.

A população residente, entre 2001 e 2011, aumentou em 5 009 pessoas, no entanto, em sentido contrário, verificou-se uma diminuição do saldo fisiológico¹ no ano de 2001 (521) em comparação com o ano de 2011 (373).

Quadro 2. População residente, por ilha e sexo, Censos 2001 e Censos 2011

| Ilhas | Censos 2001 | | | Censos 2011 | | |
|-------------|-------------|---------|---------|-------------|---------|---------|
| | HM | H | M | HM | H | M |
| Açores | 241 763 | 119 486 | 122 277 | 246 772 | 121 534 | 125 238 |
| Santa Maria | 5 578 | 2 759 | 2 819 | 5 552 | 2 682 | 2 870 |
| São Miguel | 131 609 | 65 108 | 66 501 | 137 856 | 67 988 | 69 868 |
| Terceira | 55 833 | 27 411 | 28 422 | 56 437 | 27 697 | 28 740 |
| Graciosa | 4 780 | 2 348 | 2 432 | 4 391 | 2 174 | 2 217 |
| São Jorge | 9 674 | 4 778 | 4 896 | 9 171 | 4 565 | 4 606 |
| Pico | 14 806 | 7 432 | 7 374 | 14 148 | 6 956 | 7 192 |
| Faial | 15 063 | 7 429 | 7 634 | 14 994 | 7 320 | 7 674 |
| Flores | 3 995 | 1 997 | 1 998 | 3 793 | 1 912 | 1 881 |
| Corvo | 425 | 224 | 201 | 430 | 240 | 190 |

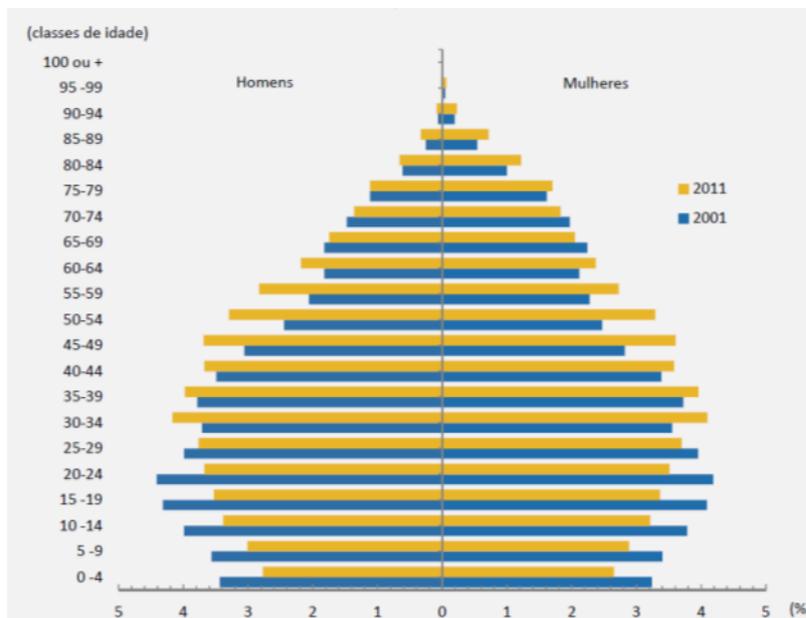
Fonte: INE/SREA

A Figura 1 apresenta a evolução etária entre o ano de 2001 e 2011, onde se verifica que a percentagem de jovens diminuiu de 21,4% em 2001 para 17,9% em 2011, e a de idosos aumentou de 12,9% para 13,1%. O índice de envelhecimento² subiu de 61, em 2001, para 73 em 2011.

¹ Diferença entre o número de nados vivos e o número de óbitos, num dado período de tempo.

² Relação entre a população idosa e a população jovem. Quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos

Figura 1. Pirâmide etária da população residente na RAA por sexo, Censos 2001 e Censos 2011



Fonte: INE (2011). Censos 2011

No que se refere à fecundidade geral³ as taxas registadas evidenciam, que há um equilíbrio nos valores, para os anos 2014 e 2015 que foram, respetivamente, de 36,8% e 36,0%.

A taxa bruta de natalidade⁴, para os mesmos anos registou 9,4 nados-vivos por 1000 habitantes em 2014 e 9,2 em 2015. A sucessiva redução da natalidade começou por determinar margens de crescimento fisiológico menores, observando-se no ano 2014 um saldo nulo, em 2015 de - 43 e em 2016 de -145.

As alterações demográficas verificadas, associam o índice de dependência de idosos⁵ na Região, que foi 18,9 em 2014 e de 19,3 em 2015 e o índice de dependência de jovens⁶, cujos valores são, respetivamente, 24,1 para 2014 e 23,5 para 2015.

³ Número de nados vivos observados durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao efetivo médio de mulheres em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos) desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 (10³) mulheres em idade fértil).

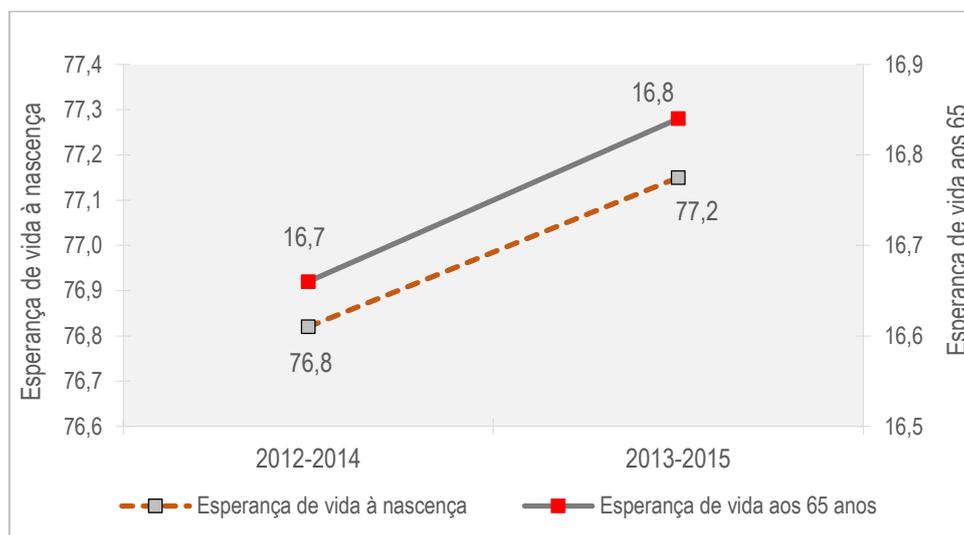
⁴ Número de nados vivos ocorridos durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 (10³) habitantes).

⁵ Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos).

⁶ Relação entre a população jovem e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos).

A esperança de vida à nascença⁷ foi de 76,8 anos em 2012-2014 e de 77,2 anos em 2013-2015. No que respeita à esperança de vida aos 65 anos⁸ os valores registados foram de 16,7 anos em 2012-2014, ascendendo a 16,8 anos em 2013-2015.

Figura 2. Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, 2012-2014 e 2013-2015



Fonte: INE/SREA

2. Como nos Sentimos

Segundo o InReS Açores 2014, 61,3% da população residente nos Açores, apresentava uma autoapreciação do seu estado de saúde Muito Boa ou Boa, 34,2% Razoável. A proporção de homens que percecionaram a sua saúde como Muito Boa ou Boa (63%) é ligeiramente superior à verificada para as mulheres (60%). Em relação à apreciação da qualidade de vida como Má ou Muito Má, 5,6% das mulheres avaliaram-na como tal, assim como 2,8% dos homens.

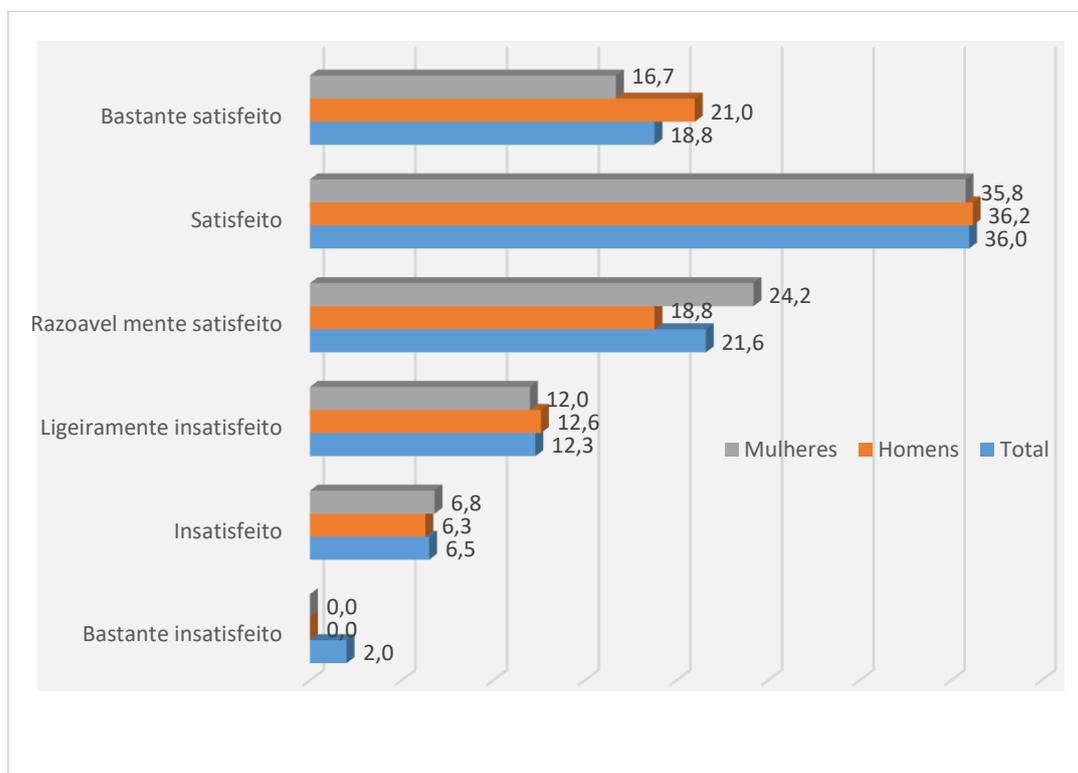
Nos Açores, de acordo com os dados mais recentes constantes no *Inquérito Nacional de Saúde 2014 (INS-2014)*, da proporção da população residente com 15 ou mais anos de idade por sexo, grupo etário e grau de satisfação com a vida, 6,5% estavam insatisfeitos, 12,3% ligeiramente insatisfeitos, 21,6% razoavelmente satisfeitos, 36,0% satisfeitos e 18,8% bastante satisfeitos. Observa-se, relativamente aos indivíduos bastante

⁷ Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

⁸ Número médio de anos que uma pessoa que atinja a idade exata x pode esperar ainda viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

satisfeitos, que a maior proporção se encontra na faixa etária entre os 15 e os 24 anos com 27,6% para os homens e 25,5% para as mulheres.

Figura 3. Proporção da população residente na RAA com 15 ou mais anos de idade, por sexo e grau de satisfação com a vida, 2014



Fonte: INE/INS

3. Desempenho e Segurança do Serviço Regional de Saúde

O Serviço Regional de Saúde (SRS) da RAA, de acordo com o Decreto Legislativo Regional nº 1/2010/A, de 4 de janeiro, é um conjunto articulado e coordenado de entidades prestadoras de cuidados de saúde, organizado sob a forma de sistema público de saúde.

O SRS é composto por três Hospitais e por nove USI. Aos Hospitais incumbe a prestação de cuidados de saúde diferenciados aos utentes que lhes sejam referenciados por outras entidades prestadoras de cuidados de saúde, ou que a eles recorram diretamente. As USI organizam-se como unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, sendo constituídas pelos 17 CS, distribuídos pelas respetivas ilhas.

A USI é uma estrutura de planeamento, coordenação e prestação de cuidados integrados de saúde, assumindo a natureza de sistema local de saúde, com perfil de

cuidados na comunidade. Nas ilhas onde existe uma única entidade prestadora de cuidados de saúde, a USI assume diretamente as funções de CS, não havendo lugar à existência deste.

O SRS compreende as seguintes USI:

- i. A Unidade de Saúde da Ilha de Santa Maria;
- ii. A Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel, que integra os Centros de Saúde de Nordeste, Ponta Delgada, Povoação, Ribeira Grande e Vila Franca do Campo;
- iii. A Unidade de Saúde de Ilha Terceira que integra os Centros de Saúde de Angra do Heroísmo e da Praia da Vitória;
- iv. A Unidade de Saúde de Ilha Graciosa;
- v. A Unidade de Saúde de Ilha de São Jorge, que integra os Centros de Saúde de Calheta e Velas;
- vi. A Unidade de Saúde de Ilha do Pico, que integra os Centros de Saúde de Lajes, Madalena e São Roque;
- vii. A Unidade de Saúde de Ilha do Faial;
- viii. A Unidade de Saúde de Ilha das Flores;
- ix. A Unidade de Saúde de Ilha do Corvo.

Circunscritos aos CS da Região existem 99 extensões de saúde que constituem entidades prestadoras de cuidados de saúde de proximidade às populações.

O Centro de Oncologia dos Açores Professor Doutor José Conde (COA) reveste a natureza de serviço especializado e tem como atribuições a prevenção primária e secundária da patologia oncológica; a conceção, coordenação e desenvolvimento de programas organizados de rastreio, de base populacional, bem como programas e ações de rastreio oportunista; a execução, coordenação e desenvolvimento do registo oncológico dos Açores e ainda, colaborar na elaboração e desenvolvimento da estratégia regional de combate às doenças oncológicas.

É competência da DRS acompanhar a evolução da produtividade dos serviços, a prestação de cuidados de saúde e a promoção da qualidade, colaborando na definição de critérios de afetação dos recursos disponíveis.

Em relação aos recursos humanos do SRS, suporte de toda a atividade assistencial em análise neste *Relatório*, apresentam-se, nas páginas seguintes os dados referentes aos profissionais de saúde, por ilha, para os anos 2014 a 2016.

Relativamente ao total de pessoal médico, no triénio 2014-2016, verifica-se que é no ano de 2016 que se regista o número de médicos mais elevado na Região, ou seja, 599, representando uma $\Delta\%$ ⁹ de 3,3. As ilhas onde se verificam as $\Delta\%$ mais significativas são as ilhas da Graciosa (66,7%), São Jorge (40,0%) e ilha do Faial (15,8%).

Os valores globais do número de médicos existentes na RAA permitem calcular a sua média por 1000 habitantes, perfazendo 2,4 em 2014, 2,3 em 2015 e 2,5 em 2016.

Quadro 3. Pessoal Médico na RAA, 2014-2016

| Ilha | Médicos | | | |
|--------------|------------|------------|------------|------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | $\Delta\%$ (2016/2014) |
| Santa Maria | 5 | 5 | 5 | 0,0 |
| São Miguel | 325 | 321 | 335 | 3,1 |
| Terceira | 163 | 158 | 162 | -0,6 |
| Graciosa | 3 | 3 | 5 | 66,7 |
| São Jorge | 5 | 6 | 7 | 40,0 |
| Pico | 18 | 14 | 16 | -11,1 |
| Faial | 57 | 64 | 66 | 15,8 |
| Flores | 3 | 3 | 2 | -33,3 |
| Corvo | 1 | 1 | 1 | 0,0 |
| Total | 580 | 575 | 599 | 3,3 |

Fonte: SReS/DEPD

Nota: Inclui todos os médicos de todas as áreas de especialidade da RAA.

Relativamente aos Médicos Dentistas, existem 24 em 2016, distribuídos por ilha de acordo com o Quadro abaixo, apresentando uma $\Delta\%$ global de 14,3. Apraz-nos referir

⁹ O conceito de variação percentual é usado para descrever a relação entre um valor ou quantidade anterior e um valor ou quantidade posterior. De modo específico, a variação percentual expressa a diferença entre ambas as quantidades, na forma de uma percentagem relativa ao primeiro valor.

que a Região foi pioneira na dotação das USI com profissionais de Medicina Dentária, com repercussões positivas nos indicadores de saúde oral, especificados em área de intervenção própria.

Quadro 4. Médicos Dentistas na RAA, 2014-2016

| Ilha | Médicos Dentistas | | | |
|--------------|-------------------|-----------|-----------|----------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | Δ% (2016/2014) |
| Santa Maria | 1 | 1 | 1 | 0,0 |
| São Miguel | 9 | 9 | 11 | 22,2 |
| Terceira | 4 | 4 | 4 | 0,0 |
| Graciosa | 2 | 2 | 2 | 0,0 |
| São Jorge | 1 | 1 | 2 | 100,0 |
| Pico | 1 | 1 | 1 | 0,0 |
| Faial | 2 | 2 | 2 | 0,0 |
| Flores | 1 | 1 | 1 | 0,0 |
| Corvo | - | - | 1* | 100,0 |
| Total | 21 | 21 | 24 | 14,3 |

Fonte: SReS/DEPD: *Nota: a tempo parcial

Numa perspetiva de cuidados de saúde primários, no Quadro abaixo constam os médicos de medicina geral e familiar do SRS, cujos acréscimos se verificaram na ordem dos 12,9%.

Quadro 5a. Médicos de Medicina Geral e Familiar na RAA, 2014-2016

| Ilha | Médicos Medicina Geral e Familiar* | | | |
|--------------|------------------------------------|-----------|------------|----------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | Δ% (2016/2014) |
| Santa Maria | 4 | 4 | 4 | 0,0 |
| São Miguel | 45 | 49 | 53 | 17,8 |
| Terceira | 22 | 21 | 26 | 18,2 |
| Graciosa | 3 | 3 | 3 | 0,0 |
| São Jorge | 4 | 5 | 6 | 50,0 |
| Pico | 12 | 8 | 12 | 0,0 |
| Faial | 8 | 6 | 8 | 0,0 |
| Flores | 2 | 2 | 1 | -50,0 |
| Corvo | 1 | 1 | 1 | 0,0 |
| Total | 101 | 99 | 114 | 12,9 |

Fonte: SReS/DEPD *Não estão incluídos os médicos de clínica geral e internos

O panorama referente a este triénio para os médicos da carreira hospitalar, reflete um acréscimo ($\Delta\%$) de 4,6 sendo o HSEIT o único Hospital que teve um decréscimo de 1,2%. Não obstante, de 2015 para 2016, houve um aumento de médicos em todos os Hospitais.

Quadro 5b. Médicos da Carreira Médica Hospitalar na RAA, 2014-2016

| Ilha | Médicos da Carreira Médica Hospitalar | | | |
|--------------|---------------------------------------|------------|------------|------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | $\Delta\%$ (2016/2014) |
| São Miguel | 169 | 165 | 174 | 3,0 |
| Terceira | 85 | 79 | 84 | -1,2 |
| Faial | 31 | 33 | 40 | 29,0 |
| Total | 285 | 277 | 298 | 4,6 |

Fonte: SReS/DEPD

Quanto aos médicos internos do ano comum que se encontravam a fazer formação nos Hospitais da Região, verifica-se pelo Quadro 5c, que as $\Delta\%$ são significativas apontando para o global dos três Hospitais, para uma $\Delta\%$ de 67,7.

Quadro 5c. Médicos - Internos Ano Comum na RAA, 2014-2016

| Ilha | Internos - Ano Comum | | | |
|--------------|----------------------|-----------|-----------|------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | $\Delta\%$ (2016/2014) |
| São Miguel | 19 | 26 | 32 | 68,4 |
| Terceira | 10 | 12 | 14 | 40,0 |
| Faial | 2 | 6 | 6 | 200,0 |
| Total | 31 | 44 | 52 | 67,7 |

Fonte: SReS/DEPD

Os profissionais de enfermagem a trabalhar no SRS, especificados no Quadro seguinte, registaram uma $\Delta\%$ de 5,9. Pode constatar-se, que ao nível de quase todas as ilhas, as $\Delta\%$ foram significativamente positivas. Constata-se ainda, que de 2015 para 2016 o número de enfermeiros também aumentou na maior parte das ilhas, mantendo-se igual apenas na ilha das Flores e Corvo. O número de enfermeiros por 1000 habitantes aumentou substancialmente no período em análise, visto que em 2014 existiam 5,9 enfermeiros/1000 habitantes, em 2015 este valor manteve-se, mas em 2016 aumentou

para 6,3. É importante esclarecer que estão contemplados todos os enfermeiros com vínculo ao SRS, independentemente da natureza do vínculo laboral ao SRS.

Quadro 6. Pessoal de Enfermagem na RAA, 2014-2016

| Ilha | Enfermeiros | | | |
|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | Δ% (2016/2014) |
| Santa Maria | 21 | 22 | 24 | 14,3 |
| São Miguel | 755 | 733 | 760 | 0,7 |
| Terceira | 432 | 433 | 477 | 10,4 |
| Graciosa | 14 | 14 | 17 | 21,4 |
| São Jorge | 23 | 24 | 26 | 13,0 |
| Pico | 49 | 45 | 57 | 16,3 |
| Faial | 152 | 163 | 170 | 11,8 |
| Flores | 12 | 13 | 13 | 8,3 |
| Corvo | 1 | 1 | 1 | 0,0 |
| Total | 1 459 | 1 448 | 1 545 | 5,9 |

Fonte: SReS/DEPD

Em relação ao pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) da RAA, a Δ% foi de 2,5. No Quadro 7 este indicador encontra-se especificado por ilha.

Quadro 7. Pessoal Técnico Diagnóstico e Terapêutica na RAA, 2014-2016

| Ilha | Técnicos Diagnóstico e Terapêutica | | | |
|--------------|------------------------------------|------------|------------|----------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | Δ% (2016/2014) |
| Santa Maria | 9 | 11 | 9 | 0,0 |
| São Miguel | 127 | 134 | 124 | -2,4 |
| Terceira | 88 | 89 | 93 | 5,7 |
| Graciosa | 9 | 12 | 10 | 11,1 |
| São Jorge | 13 | 17 | 18 | 38,5 |
| Pico | 20 | 18 | 19 | -5,0 |
| Faial | 39 | 35 | 39 | 0,0 |
| Flores | 10 | 9 | 11 | 10,0 |
| Corvo | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Total | 315 | 325 | 323 | 2,5 |

Fonte: SReS/DEPD

Quando calculada a média de TDT's por 1000 habitantes, verifica-se que o valor se manteve inalterado durante os três anos em análise, com 1,3 TDT/1000 habitantes.

A análise sobre o número de Nutricionistas e Psicólogos (Quadro 8) no período em apreço, indica o aumento da afetação destes recursos na RAA.

Quadro 8. Técnicos Superiores de Saúde (Nutricionistas e Psicólogos) na RAA, 2014-2016

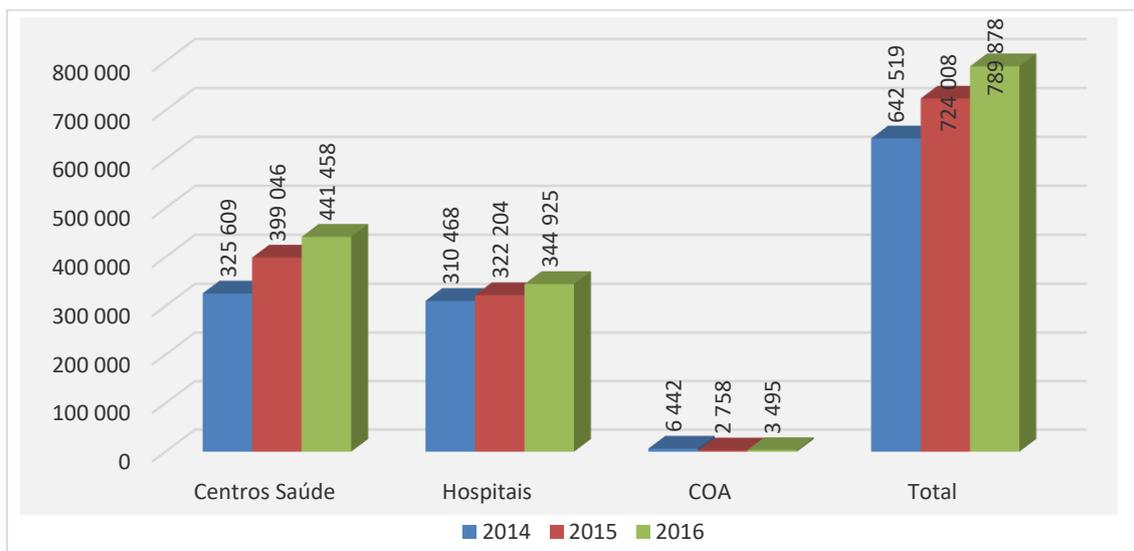
| Ilha | Técnicos Superiores de Saúde (Nutricionistas e Psicólogos) | | | |
|--------------|--|-----------|-----------|----------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | Δ% (2016/2014) |
| Santa Maria | 2 | 3 | 2 | 0,0 |
| São Miguel | 19 | 15 | 30 | 57,9 |
| Terceira | 10 | 9 | 11 | 10,0 |
| Graciosa | 2 | 2 | 2 | 0,0 |
| São Jorge | 1 | 1 | 1 | 0,0 |
| Pico | 3 | 3 | 3 | 0,0 |
| Faial | 4 | 5 | 5 | 25,0 |
| Flores | 2 | - | - | -100,0 |
| Corvo | - | - | - | - |
| Total | 43 | 38 | 54 | 25,6 |

Fonte: SReS/DEPD

Quanto à promoção do acesso aos serviços de saúde, o Governo Regional dos Açores (GRA) desenhou e levou a cabo algumas medidas no setor da saúde, nomeadamente na reorganização e afetação de recursos humanos ao SRS com resultados positivos, como pudemos verificar.

Na RAA, entre 2014 e 2016 registou-se um aumento total das consultas de 22,93%. O aumento de consultas nas USI, neste período, foi de 35,58% e nos Hospitais de 11,10%. Em termos de cuidados de saúde, para o período em causa, ocorreu, assim, um aumento de consultas nas USI por habitante: 1,3 consultas médicas por habitante em 2014 e 1,8 consultas por habitante, em 2016. As consultas por habitante para os Hospitais registaram, igualmente, um acréscimo. De 1,3 consultas por habitante para 2014 ascendeu a 1,4 por habitante, em 2016.

O total de consultas realizadas no SRS, por área de cuidados consta da Figura 4.

Figura 4. Consultas realizadas no Serviço Regional de Saúde, 2014-2016

Fonte: SReS/DEPD

Para as USI, especificando os valores, por tipo de consulta e anos em análise, atente-se no Quadro 9. O mesmo demonstra uma $\Delta\%$ de 35,58 para o total das consultas, constatando-se variações percentuais significativas nas consultas de saúde dos adultos ($\Delta\%$ 33,69), consultas de saúde de vigilância da gravidez ($\Delta\%$ 89,61), consultas de saúde infantojuvenil ($\Delta\%$ 49,28), consultas de planeamento familiar ($\Delta\%$ 125,35), consultas realizadas por outros profissionais de saúde: medicina dentária ($\Delta\%$ 3,03); psicologia ($\Delta\%$ 24,28); nutrição e dietética ($\Delta\%$ 44,5) e serviço social e terapia da fala ($\Delta\%$ 8,33).

Quadro 9. Consultas nas Unidades de Saúde de Ilha/Centros de Saúde, 2014-2016

| | 2014 | 2015 | 2016 | $\Delta\%$ (2016/2014) |
|--|----------------|----------------|----------------|------------------------|
| Consultas de saúde de adultos | 191 559 | 230 008 | 256 087 | 33,69 |
| Consultas de saúde da mulher: Vigilância da gravidez | 8 490 | 13 282 | 16 098 | 89,61 |
| Consultas de saúde infantojuvenil | 45 230 | 66 717 | 67 520 | 49,28 |
| Consultas de saúde da mulher: Planeamento familiar | 8 748 | 14 648 | 19 714 | 125,35 |
| Consultas por outros profissionais de saúde - Medicina dentária | 33 748 | 33 451 | 34 769 | 3,03 |
| Consultas por outros prof. de saúde-Psicologia | 10 656 | 10 564 | 13 243 | 24,28 |
| Consultas por outros profissionais de saúde - Nutrição/Dietética | 12 676 | 15 828 | 18 317 | 44,50 |
| Consultas por outros profissionais de saúde - Serviço social, terapia da fala, tabagismo | 14 502 | 14 548 | 15 710 | 8,33 |
| Total | 325 609 | 399 046 | 441 458 | 35,58 |

Fonte: SISA

O número total de consultas efetuadas pelos médicos especialistas que se deslocaram às USI, em 2016, foi de 8 462. Em 2014 haviam-se registado 3 612 consultas.

Quadro 10. Movimento assistencial realizado pelos médicos deslocados ao abrigo do regime da deslocação de especialistas às USI, 2014-2016

| | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------------------|-------|-------|-------|
| Consultas realizadas | 3 612 | 8 587 | 8 462 |
| Exames realizados | 1 927 | 8 532 | 6 848 |
| Número de deslocações | 106 | 212 | 172 |
| Número de dias de deslocação | 143 | 462 | 427 |

Fonte: SReS/DEPD

O número de meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados pelos médicos especialistas nas deslocações às USI em 2014, 2015 e 2016 foi, respetivamente de 1 927, 8 532 e 6 848.

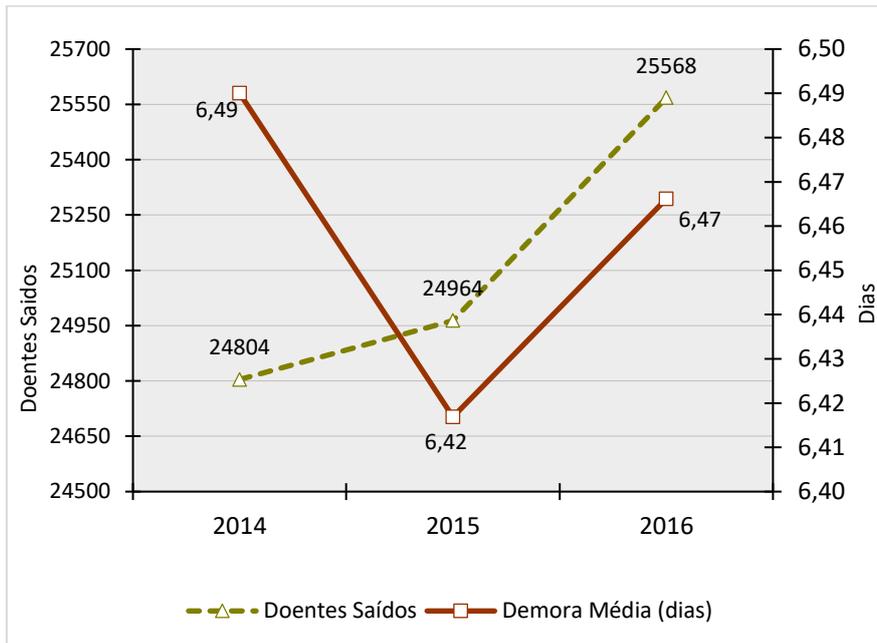
Relativamente aos indicadores de internamento nos Hospitais, extraídos dos seus relatórios e contas, salienta-se que de 2014 a 2016, houve um aumento na $\Delta\%$ para os doentes saídos de 3,08, para a demora média¹⁰ de -0,37, nos dias de internamento de 2,76 e para a taxa de ocupação¹¹ de -1,13. Para as USI, para o mesmo período, o número de doentes saídos diminuiu em 30,63 ($\Delta\%$); a demora média teve uma variação percentual de -29,92; os dias de internamento foram -51,35 ($\Delta\%$) e a taxa de ocupação registou uma $\Delta\%$ de -1,16.

Os gráficos seguintes permitem perceber a relação entre as componentes de demora média e taxa de ocupação nos Hospitais e USI.

¹⁰ Indicador que mede a produção do internamento considerando o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período de referência.

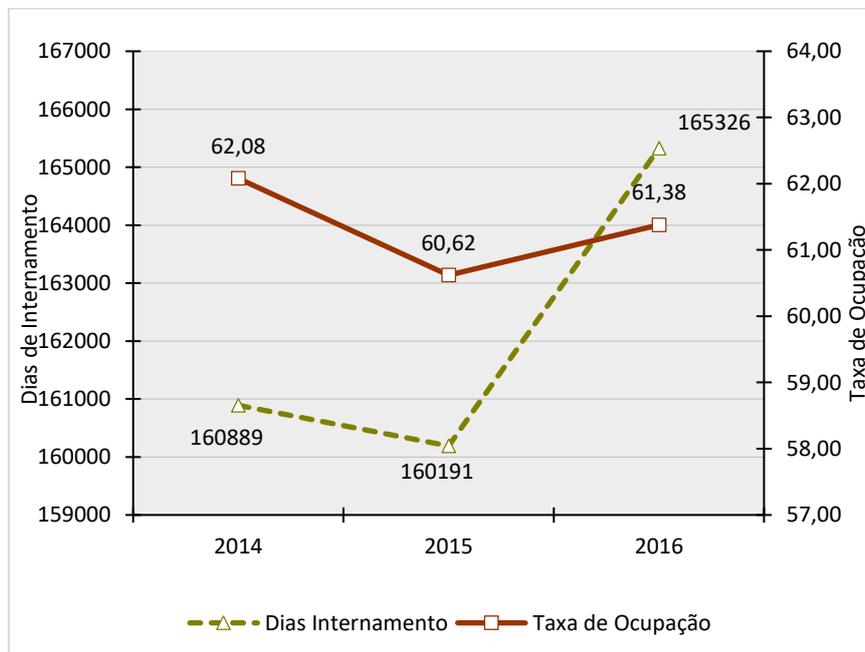
¹¹ Indicador que corresponde ao rácio entre o tempo de internamento no ano e a lotação praticada x 365 dias.

Figura 5. Doentes saídos e demora média nos Hospitais da RAA, 2014-2016



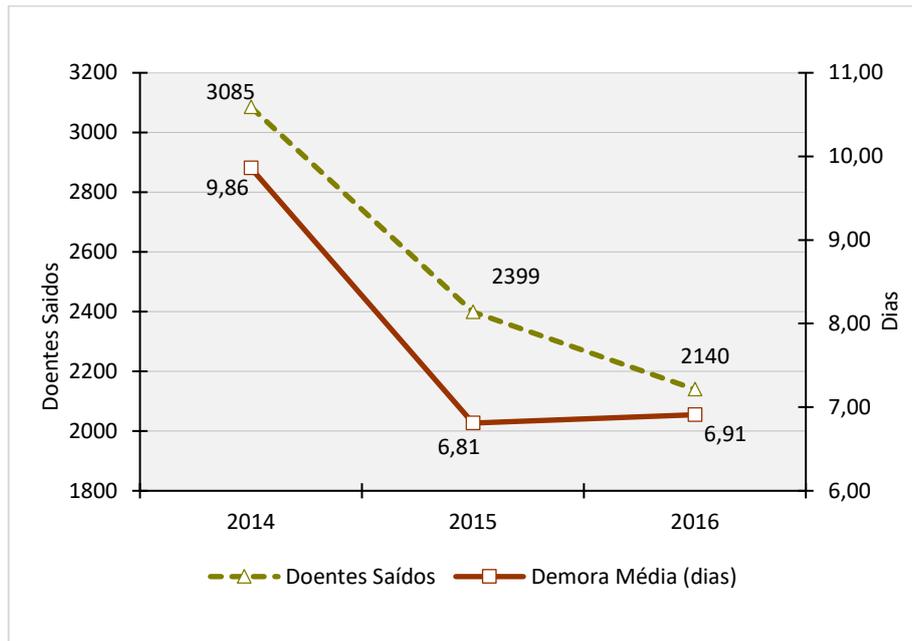
Fonte: SReS/DEPD

Figura 6. Dias de internamento e taxa de ocupação nos Hospitais da RAA, 2014-2016



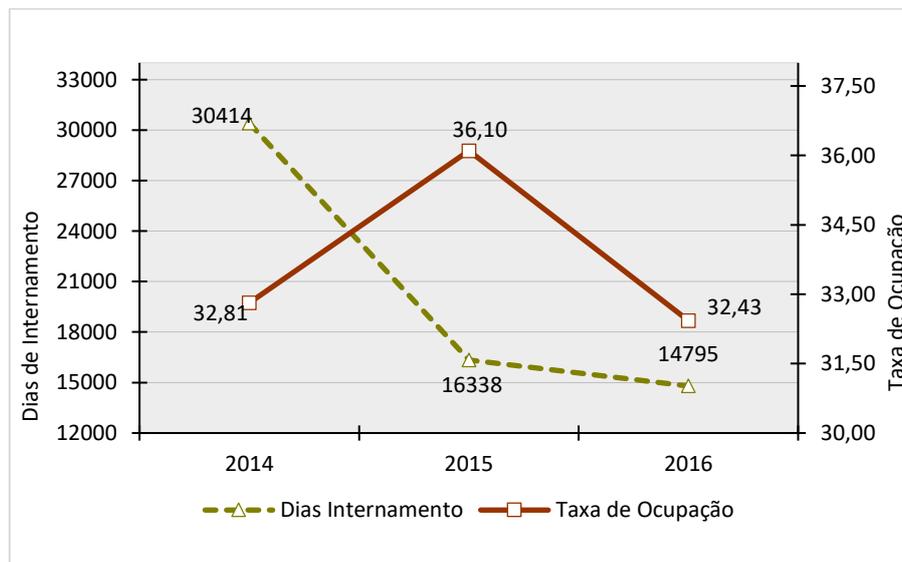
Fonte: SReS/ DEPD

Figura 7. Doentes saídos e demora média nas USI da RAA, 2014-2016



Fonte: SReS/DEPD

Figura 8. Dias de internamento e taxa de ocupação nas USI da RAA, 2014-2016

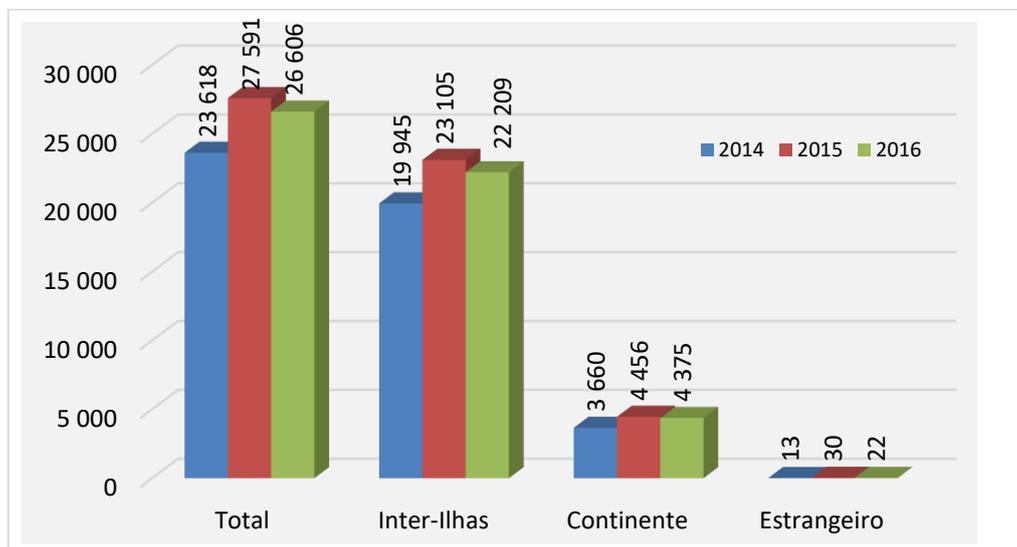


Fonte: SReS/DEPD

O movimento assistencial para o total de atendimentos urgentes para os Hospitais aumentou, de 2014 para 2016, em 10,32%. Relativamente às USI, o número de atendimentos urgentes registou uma $\Delta\%$ na ordem dos -4,04. O aumento do número de consultas e o decréscimo nas urgências constitui um fator positivo.

Quanto à deslocação total de doentes verifica-se, de 2014 a 2016 que a mesma foi de 12,65 ($\Delta\%$). A Figura seguinte põe em evidência, porém, um decréscimo na deslocação de doentes de 2015 para 2016.

Figura 9. Deslocação de doentes inter-ilhas, continente e estrangeiro, 2014-2016



Fonte: SReS/DEPD

As deslocações para o Continente (CT), neste período, sofreram uma ($\Delta\%$) de 19,54 e para o estrangeiro de 69,23 ($\Delta\%$). O número de doentes evacuados pela Força Aérea Portuguesa foi de 4,48 ($\Delta\%$), correspondendo a 210 indivíduos evacuados em 2016.

A lista de utentes em espera para cirurgia encontra-se discriminada nos Quadros 11, 12a e 12b, reportando-se a 31 de dezembro de cada ano. Deve ser esclarecido que os requisitos de entrada em lista de espera em vigor no ano de 2014 integravam os doentes em espera a partir dos 18 meses, pelo que os dados são discrepantes em relação aos anos de 2015 e 2016.

Quadro 11. Número de utentes inscritos para cirurgia, acumulado por Hospital, de 2014 a 2016

| Hospital | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------|--------------|--------------|---------------|
| HDES | 2 809 | 7 823 | 7 782 |
| HSEIT | 598 | 1 540 | 1 648 |
| HH | 135 | 611 | 1 264 |
| Total | 3 542 | 9 974 | 10 694 |

Fonte: SReS/DEPD/SIGLICA

A 31 de dezembro de 2015 a lista de espera de utentes correspondia a 9 970 indivíduos (inclui pré-inscritos e inscritos) distribuídos pelas diversas especialidades¹² e Hospitais. Quanto ao ano de 2016, a lista de espera de utentes ascendeu aos 10 694.

As especialidades com maiores listas de espera nos anos de 2015 e 2016 são a ortopedia, a cirurgia geral, a cirurgia plástica, a cirurgia vascular, a oftalmologia e otorrinolaringologia.

¹² Fonte: Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores (SIGLICA).

Quadro 12a. Número de utentes inscritos para cirurgia, acumulado por hospital e especialidade, em 31 de dezembro de 2015

| Especialidade | Local Situação LIC | Nº Registos SIGLICA | | | | | | | | | | | | | | | Lista de espera | |
|------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------|------------|------------|-----------|------------------|---------------|------------|------------|-----------|------------------|---------------|------------|------------|-----------|-----------------|--------------|
| | | HDES | | | | | HSEIT | | | | | HH | | | | | Total (1+2) | |
| | | PréInscritos (1) | Inscritos (2) | Operados | Cancelados | Suspensos | PréInscritos (1) | Inscritos (2) | Operados | Cancelados | Suspensos | PréInscritos (1) | Inscritos (2) | Operados | Cancelados | Suspensos | | |
| Cardiologia | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cirurgia Geral | | 0 | 1 232 | 112 | 27 | 0 | 0 | 331 | 54 | 8 | 3 | 4 | 98 | 91 | 3 | 0 | 0 | 1 685 |
| Cirurgia Maxilo-Facial | | 0 | 51 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 |
| Cirurgia Pediátrica | | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| Cirurgia Plástica | | 0 | 772 | 20 | 2 | 0 | 0 | 205 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 977 |
| Cirurgia Vascular | | 0 | 949 | 25 | 13 | 0 | 0 | 465 | 11 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 414 |
| Estomatologia | | 0 | 52 | 5 | 0 | 0 | 0 | 8 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 62 |
| Gastroenterologia | | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Ginecologia | | 0 | 232 | 24 | 7 | 1 | 0 | 0 | 17 | 0 | 1 | 0 | 7 | 12 | 1 | 0 | 0 | 239 |
| Neurocirurgia | | 0 | 322 | 7 | 2 | 0 | 0 | 9 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 331 |
| Obstetrícia | | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Oftalmologia | | 0 | 1 035 | 58 | 27 | 9 | 0 | 166 | 17 | 12 | 1 | 2 | 17 | 12 | 0 | 0 | 0 | 1 220 |
| Ortopedia | | 0 | 1 265 | 37 | 8 | 2 | 0 | 243 | 16 | 8 | 0 | 42 | 265 | 32 | 2 | 0 | 0 | 1 815 |
| Otorrinolaringologia | | 0 | 1 295 | 27 | 17 | 0 | 0 | 24 | 12 | 0 | 0 | 0 | 30 | 12 | 1 | 1 | 0 | 1 349 |
| Pneumologia | | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Urologia | | 0 | 497 | 10 | 4 | 1 | 0 | 77 | 30 | 1 | 0 | 1 | 104 | 7 | 0 | 0 | 0 | 679 |
| N/E | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| Acumulado do hospital | | 0 | 7 718 | 329 | 113 | 14 | 0 | 1 536 | 180 | 37 | 6 | 49 | 524 | 168 | 7 | 1 | 0 | 9 827 |

Fonte: SIGLICA

LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia

Pré-inscritos - utentes com indicação cirúrgica, que ainda não entregaram o consentimento informado.

Inscritos - utentes a aguardar cirurgia.

Operados - utentes submetidos a cirurgia.

Cancelados - utentes retirados da lista de espera cirúrgica por decisão do próprio, ou não ser necessária a cirurgia.

Suspensos - utentes com a cirurgia agendada que, por motivos clínicos, não foram operados e aguardam nova marcação.

Quadro 12b. Número de utentes inscritos para cirurgia, acumulado por hospital e especialidade, em 31 de dezembro de 2016

| Especialidade | Nº Registos SIGLICA | | | | | | | | | | | | | | | | Lista de espera Total (1+2) |
|-------------------------------|---------------------|-------------------|---------------|-----------|------------|------------|-------------------|---------------|-----------|------------|------------|-------------------|---------------|------------|------------|---------------|--------------------------------|
| | Local | HDES | | | | | HSEIT | | | | | HH | | | | | |
| | Situação LIC | Pré-Inscritos (1) | Inscritos (2) | Operados | Cancelados | Suspensos | Pré-Inscritos (1) | Inscritos (2) | Operados | Cancelados | Suspensos | Pré-Inscritos (1) | Inscritos (2) | Operados | Cancelados | Suspensos | |
| Cirurgia Geral | 0 | 1 192 | 141 | 23 | 0 | 58 | 133 | 83 | 14 | 3 | 311 | 72 | 49 | 20 | 0 | 1 766 | |
| Cirurgia Maxilo-Facial | 0 | 57 | 10 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 77 | |
| Cirurgia Pediátrica | 0 | 71 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 71 | |
| Cirurgia Plástica | 0 | 716 | 17 | 5 | 0 | 73 | 259 | 24 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 048 | |
| Cirurgia Vascular | 0 | 981 | 26 | 2 | 0 | 9 | 419 | 14 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 409 | |
| Estomatologia | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 6 | 26 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 54 | |
| Gastrenterologia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | |
| Ginecologia | 0 | 244 | 42 | 14 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 5 | 12 | 7 | 0 | 249 | |
| Neurocirurgia | 0 | 336 | 8 | 2 | 0 | 10 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 347 | |
| Obstetrícia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 6 | 0 | 2 | |
| Oftalmologia | 0 | 890 | 59 | 17 | 0 | 124 | 245 | 31 | 1 | 1 | 29 | 20 | 19 | 5 | 0 | 1 308 | |
| Ortopedia | 0 | 1 354 | 40 | 9 | 0 | 1 | 215 | 19 | 1 | 0 | 8 | 548 | 21 | 47 | 2 | 2 126 | |
| Otorrinolaringologia | 0 | 1 291 | 50 | 2 | 0 | 2 | 21 | 18 | 0 | 0 | 0 | 37 | 11 | 8 | 0 | 1 351 | |
| Pneumologia | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | |
| Urologia | 0 | 524 | 23 | 2 | 0 | 12 | 26 | 22 | 7 | 0 | 25 | 25 | 20 | 14 | 0 | 612 | |
| N/E | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 3 | |
| Acumulado por Hospital | 0 | 7 676 | 430 | 78 | 0 | 295 | 1 347 | 227 | 29 | 9 | 373 | 722 | 138 | 107 | 2 | 10 413 | |

Fonte: SIGLICA

LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia

Pré-inscritos - utentes com indicação cirúrgica, que ainda não entregaram o consentimento informado.

Inscritos - utentes a aguardar cirurgia.

Operados - utentes submetidos a cirurgia.

Cancelados - utentes retirados da lista de espera cirúrgica por decisão do próprio, ou não ser necessária a cirurgia.

Suspensos - utentes com a cirurgia agendada que, por motivos clínicos, não foram operados e aguardam nova marcação.

O número de intervenções cirúrgicas, excluindo as pequenas cirurgias, realizadas nos três Hospitais em 2014, 2015 e 2016 constam do Quadro abaixo.

Quadro 13. Número de intervenções cirúrgicas realizadas por Hospital, 2014-2016

| | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| H Divino Espírito Santo | 5 907 | 5 862 | 6 389 |
| H Santo Espírito da Ilha Terceira | 3 255 | 3 168 | 2 962 |
| H Horta | 2 159 | 2 157 | 2 153 |
| Total Geral | 11 321 | 11 187 | 11 504 |

Fonte: SReS/DEPD

Desde a regulamentação da interrupção da gravidez, em 2007, que a SReS/Divisão de Estudos, Planeamento e Documentação (DEPD) vem acompanhando a sua evolução. Sobre a mesma, em 2014, 2015, 2016, constata-se um total de interrupções da gravidez de 194, 203 e 207, respetivamente. Destas, no último ano, 5 foram efetuadas no HH, 145 no HDES e 57 no CT.

No Quadro seguinte pode constatar-se a evolução dos casos de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), na RAA de 2014 a 2016.

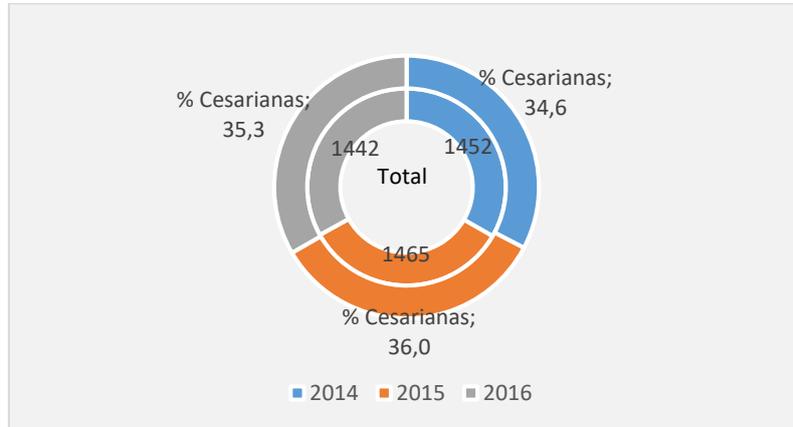
Quadro 14. Número de casos de interrupção voluntária da gravidez, 2014-2016

| Local de realização da IVG | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------------|------------|------------|------------|
| Continente | 66 | 75 | 57 |
| Região | 128 | 128 | 150 |
| H Divino Espírito Santo | 128 | 128 | 145 |
| H Horta | - | - | 5 |
| Total | 194 | 203 | 207 |

Fonte: SReS/DEPD

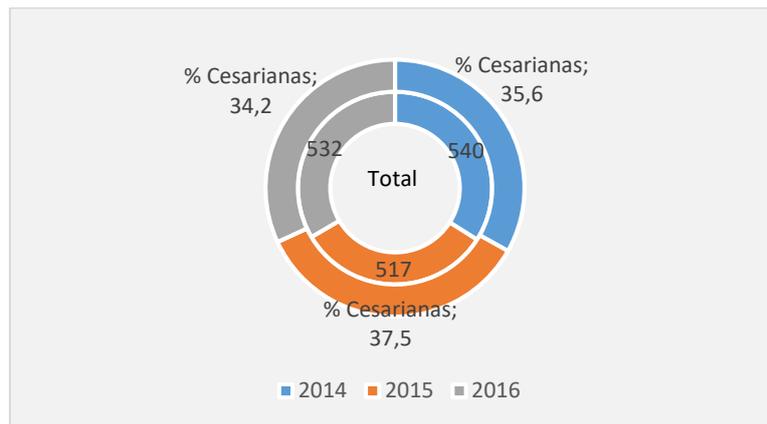
De 2014 para 2016, o número total de partos teve um decréscimo de 2,0%. Os partos no HDES reduziram 0,7%, no HSEIT baixaram 1,5% e no HH diminuíram 10,1%. Considerando a percentagem de cesarianas em relação ao total de partos, as Figuras seguintes, apontam para a realidade no período em apreço.

Figura 10. Partos e cesarianas realizadas, no Hospital Divino Espírito Santo, 2014-2016



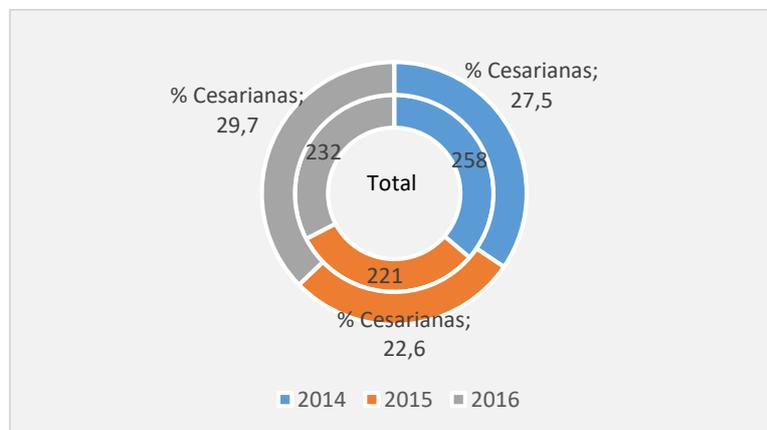
Fonte: SReS/DEPD

Figura 11. Partos e cesarianas realizadas, no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, 2014-2016



Fonte: SReS/DEPD

Figura 12. Partos e cesarianas realizadas, no Hospital da Horta, 2014-2016



Fonte: SReS/DEPD

3.1. Prevenção e Controlo de Infeção e das Resistências Antimicrobianas

Considerando a necessidade de acompanhar a atualização das orientações nacionais do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e das Resistências Antimicrobianas (PPCIRA), assim como as recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, foi determinada, através do Despacho n.º 2376, de 4 de dezembro de 2014, a criação da estrutura organizacional do PPCIRA na RAA, que inclui um Grupo de Coordenação Regional (GCR) e Grupos de Coordenação Local (GCL) em todas as USI e Hospitais.

Os GCL em cada USI integram médicos, enfermeiros, e ainda farmacêuticos e microbiologistas, no caso dos Hospitais. Entre 2015 e 2016 o número de profissionais envolvidos variou entre os 45 e 50. Os GCL articulam-se com o GCR e com os elos de ligação do PPCIRA em cada serviço da sua instituição.

As ações desenvolvidas nesta área ao nível da formação, entre 2014 e 2016, foram as seguintes:

- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2014;
- Seminário Vacinação e Controlo da Infeção, 2015;
- Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI): planeamento, implementação e monitorização, 2015;
- Prevenção e controlo da doença dos legionários, 2016;
- Terapêutica antibiótica, 2016.

No âmbito das atividades inerentes ao programa, salientam-se:

- i. Distribuição aos serviços de saúde de lembretes de bolso sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção e das Precauções Básicas Baseadas nas Vias de Transmissão;
- ii. Orientação aos Hospitais para adesão ao Programa de Vigilância Epidemiológica das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea;

- iii. Divulgação das candidaturas ao projeto “STOP Infecção Hospitalar! - Desafio Gulbenkian”;
- iv. Divulgação aos GCL de materiais técnicos e promocionais alusivos às PBCI para dinamização de atividades no âmbito da "Semana das PBCI, incluindo a Higiene das Mãos”;
- v. “Inquérito à Prevalência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e de Consumo de Antibióticos nos Hospitais”;
- vi. Informação aos GCL sobre a “Estratégia Multimodal para Promoção das PBCI”;
- vii. Divulgação aos GCL das “II Jornadas do PPCIRA e de resistência aos antimicrobianos”;
- viii. No âmbito do Dia Europeu dos Antibióticos, foram remetidos aos GCL um conjunto de conteúdos produzidos pela Direção Geral da Saúde (DGS), com o objetivo de facilitar a manutenção ou o início de atividades locais para uma melhor sensibilização, em relação à problemática da antibioterapia, assim como para um conhecimento da realidade local que permita a comparação futura;
- ix. Preenchimento pelos GCL do inquérito sobre a Estrutura PPCIRA;
- x. Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica nas US, da responsabilidade da DGS.

Entre 2014 e 2016 foram divulgadas aos serviços de saúde, Normas e Orientações da DGS, com o objetivo de implementar melhores práticas em termos de controlo da infeção e combate à resistência aos antibióticos.

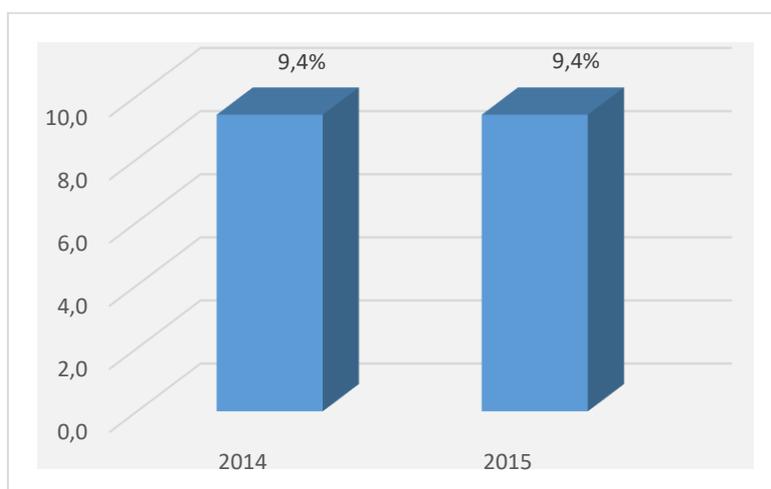
- Norma n.º 18/2014 da DGS - Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina nos Hospitais e unidades de internamento de Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI);
- Norma n.º 6, da DGS, de 08 de maio de 2014, atualizada, 08 de maio de 2015 - Duração de Terapêutica Antibiótica;

- Norma n.º 4, da DGS, de 21 de fevereiro de 2013, atualizada, 13 de novembro de 2015 - Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos;
- Norma n.º 13, da DGS, de 25 de agosto de 2014, atualizada, 07 de agosto de 2015 - Uso e gestão de luvas nas Unidades de Saúde;
- Orientação n.º 14, da DGS, de 17 de dezembro de 2015 - Processo de Gestão da Medicação;
- Comunicado da DGS, C 113.01.v1, de 20 de abril de 2016 - Infeções Hospitalares;
- Norma n.º 22, da DGS, de 16 de dezembro de 2015 - Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central;
- Norma n.º 21, da DGS, de 16 de dezembro de 2015 - Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação;
- Norma n.º 20, da DGS, de 15 de dezembro de 2015 - Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico;
- Norma n.º 19, da DGS, de 15 de dezembro de 2015 - Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.

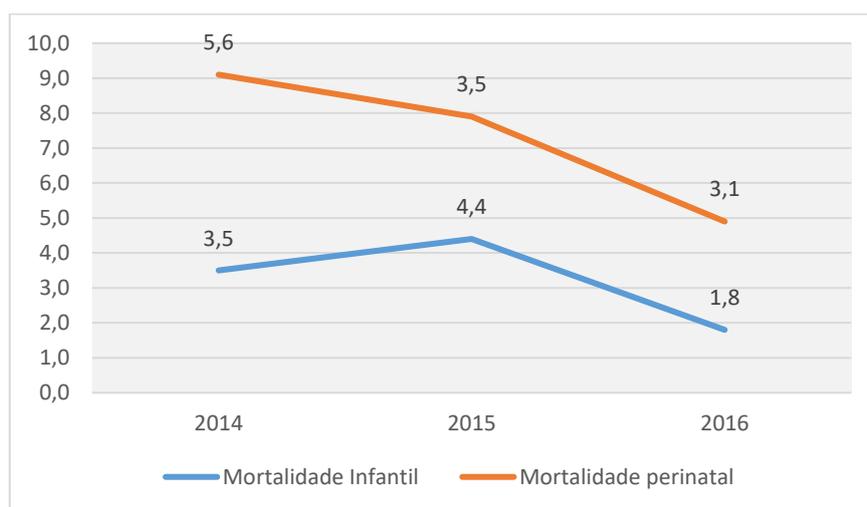
4. Mortalidade

A importância dos dados relativos à mortalidade reside no facto dela ser considerada uma medida direta das necessidades em cuidados de saúde, refletindo a carga global da doença na população, não só em termos da incidência da doença, como da capacidade de a tratar.

A taxa bruta de mortalidade para a RAA, em 2015, que foi de 9,4 por mil habitantes, apresenta-se inferior em relação ao CT e Região Autónoma da Madeira (RAM), aspeto que já vinha, tendencialmente, a verificar-se desde os anos anteriores.

Figura 13. Taxa bruta de mortalidade (%), na RAA, 2014-2015

Fonte: INE/SREA

Figura 14. Taxa mortalidade (%) infantil e perinatal, na RAA, 2012-2016

Fonte: INE/SREA

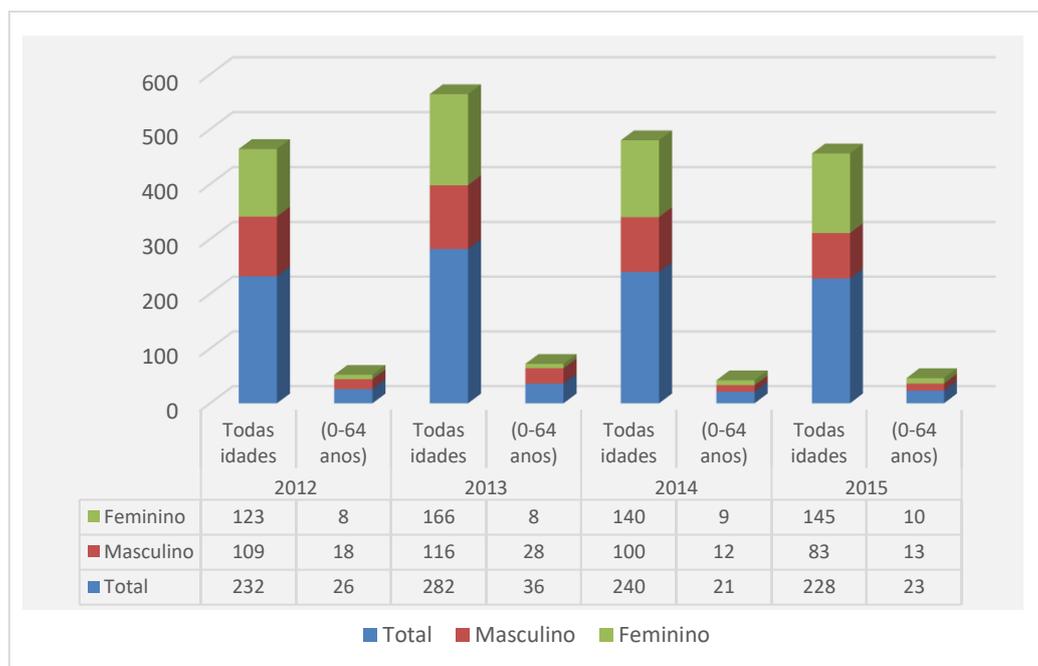
De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) registou-se nos Açores, em 2016, a taxa de mortalidade infantil mais baixa do país, 1,8 por mil nados vivos, verificando-se que este valor é o mais baixo de sempre desde que há registo (série 1990-2016). Verifica-se, assim, que a maior diminuição nesta taxa se regista na RAA, de 4,4 em 2015 para 1,8 em 2016.

Também devemos realçar a redução verificada na taxa de mortalidade perinatal, a qual se posiciona nos 3,1 no ano de 2016. Em 2014 esta taxa havia sido de 5,6 e de 3,5 em 2015.

No conjunto da mortalidade por tipo de doenças para o último ano em que há informação disponível (2015) constata-se que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório são a 1ª causa de morte na Região (33,7%), agregando o maior número de casos, 777, sendo a mortalidade por doenças cerebrovasculares de 228 casos (9,9%) e a mortalidade por cardiopatia isquémica de 227 casos (9,8%). De salientar que a maior $\Delta\%$ para a mortalidade para todas as idades e as doenças cerebrovasculares, tem uma maior incidência nas mulheres (0,61 $\Delta\%$). Nos homens, este valor foi de -19,17 $\Delta\%$, considerando a diminuição do número de óbitos no período em análise.

A Figura seguinte apresenta a evolução da mortalidade por doenças cerebrovasculares, para todas as idades e prematura (0-64 anos), por género.

Figura 15. Mortalidade (nº de pessoas) por doenças cerebrovasculares, 2012-2015



Fonte: INE/SREA

II PARTE

Indicadores de Saúde

O Quadro seguinte apresenta um resumo dos principais indicadores de saúde definidos no PRS 2014-2020. No ano de elaboração do PRS foram apresentados os valores de cada indicador para a RAA nos anos de 2001 e 2011, bem como definida a proposta de meta para 2016. Assim, realçam-se os dados atualizados para o ano de 2015.

Quadro 15. Indicadores de Saúde em 2001, 2011, 2015 e metas para 2016

| Indicador | Valores RAA | | | Proposta de Meta RAA 2016 Ext.2020 |
|---|-------------|----------|----------|------------------------------------|
| | 2001 (a) | 2011 (a) | 2015 (a) | |
| Área: Mortalidade - Taxas de Anos Potencias de Vida Perdidos (APVP) por 100 000 hab) | | | | |
| APVP por acidentes de transporte (/100 000 hab. < 70 anos) | 555,8 | 438,9 | 198,4 | 226,8 |
| APVP por doença crónica do fígado (/100 000 hab.<70 anos) | 226,9 | 109,2 | 98,6 | 123,8 |
| APVP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100 000 hab.< 70 anos) | 307,1 | 307,5 | 317,2 | 204,1 |
| APVP por tumor maligno do estômago (/100 000 hab.< 70 anos) | 69,9 | 125,9 | 115,5 | 117,2 |
| APVP por tumor maligno do colo do útero (/100 000 mulheres < 70 anos) | 92,5 | 22,4 | 13,4 | 29,3 |
| APVP por tumor maligno da mama feminina (/100 000 mulheres < 70 anos) | 152,6 | 210,9 | 165,7 | 152,7 |
| APVP por tumor maligno do cólon, reto e ânus (/100 000 hab. < 70 anos) | 90,5 | 90,2 | 111,0 | 82,8 |
| APVP por pneumonia (/100000 hab. < 70 anos) | 115,7 | 21,2 | 41,5 | 31,6 |
| APVP por diabetes (/100 000 hab. < 70 anos) | 124,9 | 91,4 | 103,1 | 54,2 |
| APVP por doenças cerebrovasculares (/100 000 hab. < 70 anos) | 262,4 | 275,2 | 174,9 | 157,6 |

Indicadores de Saúde (continuação)

| Indicador | Valores RAA | | | Proposta de Meta RAA – 2016 Ext.2020 |
|--|-------------|----------|--------------------|--------------------------------------|
| | 2001 (a) | 2011 (a) | 2015 (a) | |
| Área: Mortalidade | | | | |
| Esperança de vida à nascença (anos) | 72,5 | 75,7 | 77,2 | 78,9 |
| Esperança de vida aos 65 anos (anos) | 14,4 | 16,2 | 16,8 | 18,2 |
| Área: Morbilidade | | | | |
| Nascimentos pré-termo (/100 nados vivos) | 5,6 | 6,1 | 8,1 | 6,3 |
| Crianças com baixo peso à nascença (/100 nados vivos) | 8,1 | 7,8 | 9,5 | 7,6 |
| Área: Qualidade | | | | |
| Partos por cesariana (/100 nados vivos) | 32,2 | 36,8 | 34,5 ¹³ | 35,4 |
| Área: Efetividade | | | | |
| Nascimentos em mulheres adolescentes (/100 nados vivos) | 11,2 | 8,2 | 6,1 | 5,2 |
| Área: Mortalidade | | | | |
| Mortalidade perinatal (/1000 nascimentos) | 8,6 | 6,0 | 3,1 ¹³ | 3,9 |
| Mortalidade infantil (/1000 nados vivos) | 5,1 | 6,0 | 1,8 ¹³ | 3,2 |
| Área: Mortalidade (Taxas de Mortalidade Padronizadas antes dos 65 anos) | | | | |
| Mortalidade por tumor maligno da mama feminina < 65 anos(/100 000 mulheres) | 11,5 | 11,2 | 4,9 | 10,3 |
| Mortalidade por tumor maligno do colo do útero < 65 anos (/100 000 mulheres) | 6,8 | 0,9 | 1,8 | 2 |
| Mortalidade por tumor maligno do cólon e reto < 65 anos (/100 000 hab.) | 10,7 | 4,7 | 8,2 | 3,7 |
| Mortalidade por tumor maligno estômago < 65 anos (/100 000 hab.) | 5,9 | 6,5 | 5,4 | 7 |
| Mortalidade por doença isquémica cardíaca < 65 anos (/100 000 hab.) | 37,6 | 17,8 | 20,6 | 10,9 |
| Mortalidade por doenças cerebrovasculares < 65 anos (/100 000 hab.) | 16,5 | 17,6 | 9,5 | 10,4 |

¹³ Corresponde ao ano 2016.

Indicadores de Saúde (continuação)

| Indicador | Valores RAA | | | Proposta de Meta RAA – 2016 Ext.2020 |
|--|-------------|----------|----------|--------------------------------------|
| | 2001 (a) | 2011 (a) | 2015 (a) | |
| Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor < 65 anos (/100 000 hab.) | 14,8 | 10,1 | 6,2 | 5,9 |
| Mortalidade por suicídio < 65 anos (/100 000 hab.) | 9,2 | 13,8 | 12,1 | 8,3 |
| Área: Morbidade | | | | |
| Taxa de incidência de tuberculose (/100 000 hab) | 13,7 | 11,8 | 8,1 | 9,4 |
| Taxa incidência de VIH/SIDA (/100 000 hab) | 3,7 | 4,1 | 4,5 | 4,1 |
| Porcentagem de crianças com 6 anos livres de cáries | 30,8 | 41,9 | 75,1 | 50,7 |
| Índice de CPOD aos 12 anos | 4,5 | 2,1 | 0,77 | 1,4 |
| Índice de CPOD aos 15 anos | 6,4 | 3,8 | X | 2,8 |
| Área: Determinantes de saúde/Fatores de Risco/Comportamentos | | | | |
| Porcentagem de nascimentos em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos) | 11,4 | 16,6 | 21,6 | 16,5 |
| Porcentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem tabaco | 29 | 36 | X | 31 |
| Porcentagem de adolescentes escolarizados (3º ciclo) que consomem álcool | 17 | 12 | X | 8,5 |
| Porcentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem álcool | 42 | 29 | X | 23,5 |
| Porcentagem de adolescentes escolarizados (Secundário) que consomem cannabis | 25 | 30 | 24,9 | 24,5 |
| Porcentagem de crianças com 6/8 anos obesas | 22,7 | 12,7 | X | 11,4 |
| Porcentagem de crianças com 6/8 anos com excesso de peso | 42 | 34,2 | X | 26,8 |

Indicadores de Saúde (continuação)

| Indicador | Valores RAA | | | Proposta de Meta RAA – 2016 Ext.2020 |
|--|-------------|----------|---------------------|--------------------------------------|
| | 2001 (a) | 2011 (a) | 2015 (a) | |
| Área: Acesso | | | | |
| Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos (%) | 81,2 | 73,5 | 88,0 | 82,8 |
| Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos (%) | 74,2 | 65,8 | 84,0 | 67,4 |
| Área: Eficiência | | | | |
| Médicos (/100 000 hab.) | 168 | 209 | 243 ¹⁴ | 340,7 |
| Enfermeiros (/100 000 hab.) | 398 | 569 | 626 ¹⁴ | 702,7 |
| Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (/100 000 hab.) | 133,2 | 203 | 219,2 ¹⁴ | 203 |
| Consultas de Medicina Familiar (/hab./ano) | 0,7 | 0,7 | 1,0 ¹⁴ | 2,3 |
| Consultas médicas hospitalares (/hab./ano) | 0,6 | 1,1 | 1,4 ¹⁴ | 1,8 |
| Atendimentos em urgências hospitalares (/1000 hab./ano) | 623,1 | 609,8 | 798,7 ¹⁴ | 631 |
| Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas | 1,0 | 0,6 | 0,6 ¹⁴ | 0,4 |

Fonte: INE

(a) Ou ano mais próximo.

¹⁴ Corresponde ao ano 2016.

Estratégias e Áreas de Intervenção do PRS 2014-2020

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

- 1.1. Área de Intervenção na Saúde da Mulher
- 1.2. Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil
- 1.3. Área de Intervenção na Promoção da Saúde em contexto Escolar
- 1.4. Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral
- 1.5. Área de Intervenção nas Dependências
- 1.6. Área de Intervenção nas Doenças Infeciosas
- 1.7. Área de Intervenção na Prevenção de Acidentes
- 1.8. Área de intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo

2. Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas

- 2.1. Área de intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes *Mellitus*
- 2.2. Área de Intervenção na Obesidade
- 2.3. Área de Intervenção na Hipertensão
- 2.4. Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não infecciosas
- 2.5. Área de Intervenção na Dor
- 2.6. Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas
- 2.7. Área de Intervenção na promoção da Saúde Mental
- 2.8. Área de Intervenção nos Cuidados Paliativos
- 2.9. Área de Intervenção nos Cuidados Continuados
- 2.10. Área de Intervenção nas Doenças Genéticas

3. Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares

- 3.1. Área de Intervenção no AVC e no EAM

4. Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas

- 4.1. Área de Intervenção na Prevenção e Tratamento da Doença Oncológica

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

1.1. Área de Intervenção na Saúde da Mulher

A área de intervenção na saúde da mulher engloba ações desenvolvidas sobretudo no âmbito da vigilância da saúde materna e planeamento familiar, verificando-se que a execução das mesmas por parte das USI, para todos os objetivos, se manteve acima dos 89,5% (Quadro 16).

Relativamente ao objetivo “Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, importa salientar que a maioria (n=5) das USI executaram 100% das ações previstas.

Neste objetivo, todas as USI executaram a ação “Informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos do indivíduo, incluindo os fenómenos de violência e abuso sexual”, bem como a do “Reconhecimento e orientação dos indivíduos/casais com dificuldades sexuais”. Apenas uma apresentou a ação “Fornecimento da quantidade adequada de contraceptivos orais e preservativos, no âmbito das consultas de planeamento familiar”, como parcialmente executada no triénio.

A Portaria n.º 63, aprovada a 24 de setembro de 2014, visou responsabilizar as USI pela “Aquisição e entrega, a título gratuito, de contraceptivos bem como enfatizou a disponibilização imediata de contraceção de emergência”.

No objetivo “Promover o planeamento familiar” a média de execução da globalidade das ações pelas USI é de 89,57%, no entanto, todas as USI apresentam uma taxa de execução superior a 75%.

A ação que previa a “Instalação nas USI, de gabinetes técnicos de atendimento a jovens, na área do planeamento familiar e sexualidade”, foi cumprida por 33,33% (n=3) das USI. A “Promoção da utilização do Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (BSR/PF)” tornou-se efetiva, em 100% das USI, a partir de 2015. Para a implementação do BSR/PF a DRS criou um modelo específico para a RAA (modelo 1388), o qual constitui

uma mais-valia porque permite um acompanhamento e vigilância eficaz na área do planeamento familiar.

Quanto ao objetivo “Prevenção da mortalidade e morbilidade materna, neonatal e infantil”, tendo por base a vigilância da saúde materna, todas as USI se posicionam numa execução média superior a 80%, das quais 77,77% (n=7) das USI apresenta valores acima dos 90% de execução das ações.

Uma das ações que necessita de melhorar os índices de execução é o “Agendamento e realização da visita domiciliária de enfermagem à puérpera”, visto que 33,33% das USI apresenta esta ação concretizada em 2016. No entanto, é evidente, o investimento na mesma, pois existem USI que passaram de ação em execução em 2015 para executada em 2016.

“A constituição nas USI dos cantinhos de amamentação”, para a promoção do aleitamento materno, foi executada por 33,33% das USI nos últimos três anos.

Deve-se, ainda, enaltecer o cumprimento por parte de todas as USI:

- i. Do encaminhamento das grávidas de risco para consulta hospitalar;
- ii. Da monitorização do estado vacinal das grávidas;
- iii. Do correto preenchimento e utilização do Boletim de Saúde da Grávida (BIS), mesmo quando seguidas em consultório privado;
- iv. Distribuição de ácido fólico para prevenção dos defeitos do tubo neural de acordo com a Portaria nº 56, de 24 de Julho de 1997;
- v. Da prevenção da isoimunização Rh, disponibilizando a Imunoglobulina anti-D às 28 semanas de gestação, a todas as grávidas Rh-não sensibilizadas.

“As aulas de preparação para o parto e cuidados ao bebé, em articulação com a saúde infantil”, foram uma das ações consideradas mais ambiciosas nesta área de intervenção. Três USI (33,33%) tem a ação executada, duas (22,22%) parcialmente executadas e em duas (22,22%) encontra-se em execução.

Relativamente ao objetivo de “Promoção da saúde mental na gravidez”, salienta-se o facto de 88,8% das USI ter executado 100% das ações previstas. É de registar a

execução de todas as ações neste objetivo, no âmbito da vigilância da gravidez, nomeadamente na “Identificação precoce de sinais e situações de risco em saúde mental na gravidez e pós-parto”. Evidencia-se também a “Promoção da parentalidade e vinculação segura pais-bebé”, bem como a “Facilitação de apoio especializado em psicologia, ação social ou em outras áreas consideradas relevantes para mulheres em situação de IVG”.

A “Promoção da saúde da mulher” é um objetivo que aponta para uma média de ações executadas de 92,6%, a qual ascende aos 100% quando acrescentada a percentagem que se encontra em execução.

No objetivo “Prevenção da ocorrência de consumos nocivos durante a gravidez”, temática cada vez mais emergente, foi feita a “Identificação precoce das grávidas com comportamentos aditivos e dependências (CAD), procedendo-se ao seu encaminhamento, de acordo com a situação”. Também foi “Providenciado o acompanhamento aos recém-nascidos”. A ação relativa à “Garantia do acesso prioritário a cuidados específicos a mulheres grávidas com CAD e seus companheiros”, foi executada por todas as USI, à exceção de uma.

O trabalho apresentado pelo Grupo de Estudos da Tiroide da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, relativo ao período de 2009 a 2011 (Limbert E, et al, 2012), revelou que a carência de iodo nas crianças e nas grávidas açorianas era substancialmente superior à encontrada para esses grupos em Portugal Continental e Madeira.

Na gravidez, a carência de iodo poderá resultar em danos irreversíveis no desenvolvimento do cérebro dos fetos, aumentando o risco de nados-mortos, abortos espontâneos e deficiências congénitas. Assim, as USI, da RAA, ficaram responsáveis pela “Aquisição e entrega, a título gratuito, de um suplemento de iodo sob a forma de iodeto de potássio (150 a 200µg/dia), na dose devidamente ajustada às mulheres em preconceção, grávidas ou a amamentar”, mediante prescrição médica, no âmbito das consultas de saúde materna/saúde infantil. A cedência gratuita do suplemento de iodo pelas USI é também aplicável a grávidas vigiadas em consulta hospitalar ou em consultórios privados. Esta ação foi executada por todas as USI em 2016, em cumprimento do Despacho n.º 359, de 1 de março de 2016.

Determinou-se também, divulgar a temática à população em geral, alertando para as consequências do déficit de iodo e sensibilizando para a importância da substituição de sal comum por sal iodado, acompanhada pela diminuição do seu consumo, através de um *spot* televisivo. Procedeu-se à informação às Câmaras do Comércio da RAA sobre a campanha em apreço e foram ainda efetuados contactos com comerciantes locais para os sensibilizar para a importância de divulgar e promover o sal iodado, destacando o produto nas suas superfícies.

Quadro 16. Execução das ações na Área de Intervenção na Saúde da Mulher, 2014-2016

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|------------|-------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | Nº | % |
| Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura | Executada | 48 | 100,0 | 42 | 87,5 | 48 | 100,0 | 48 | 100,0 | 45 | 93,8 | 48 | 100,0 | 48 | 100,0 | 47 | 97,9 | 41 | 85,4 | 46,1 | 96,1 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 6 | 12,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 6,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,0 | 2,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,1 | 1 | 2,1 | 0,2 | 0,5 |
| Promover o Planeamento familiar | Executada | 44 | 91,7 | 36 | 75,0 | 42 | 87,5 | 48 | 100,0 | 42 | 87,5 | 42 | 87,5 | 48 | 100,0 | 41 | 85,4 | 39 | 81,3 | 42,4 | 88,4 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 11 | 22,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 6,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,6 | 3,2 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 6,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 8,3 | 0 | 0,0 | 0,8 | 1,6 |
| Prevenir a mortalidade e a morbilidade materna, neonatal e infantil | Executada | 125 | 94,7 | 119 | 90,2 | 109 | 82,6 | 129 | 97,7 | 123 | 93,2 | 121 | 91,7 | 120 | 90,9 | 116 | 87,9 | 128 | 96,7 | 121,1 | 91,7 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 13 | 9,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 2,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,8 | 1,3 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 15 | 11,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 0 | 0,0 | 10 | 7,6 | 2 | 1,5 | 3,1 | 2,4 |
| Promover a saúde mental na gravidez | Executada | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 6 | 66,7 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 8,7 | 96,3 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Promover a saúde da mulher | Executada | 12 | 100,0 | 10 | 83,3 | 6 | 50,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 11,1 | 92,6 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 2 | 16,7 | 6 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,9 | 7,4 |
| Prevenir a ocorrência de consumos nocivos durante a gravidez | Executada | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 3 | 50,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 5,7 | 94,4 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Fonte: USI

1.1.1. Indicadores da Área de Intervenção na Saúde da Mulher

A taxa de utilização de consultas de planeamento familiar tem vindo a aumentar desde 2014, quer nas consultas médicas quer nas de enfermagem. De salientar ainda o aumento significativo, de 2014 para 2016, da proporção de grávidas com seis ou mais consultas de enfermagem em saúde materna ($\Delta\%39,6$) e a proporção de grávidas com a 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre ($\Delta\%42,56$).

Quadro 17a. Indicadores da área da saúde da mulher, 2014-2016

| Indicadores | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|--------|--------|--------|
| Taxa de utilização global de consultas de planeamento familiar | 15,69% | 17,08% | 25,48% |
| Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar | 12,54% | 11,69% | 21,02% |
| Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar | 6,42% | 10,53% | 15,48% |
| Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna | 22,35% | 27,87% | 61,95% |
| Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre | 36,48% | 63,19% | 79,04% |

Fonte: SISA

O Quadro seguinte disponibiliza os dados dos Hospitais que demonstram uma diminuição da proporção de nascimentos em mulheres adolescentes e, também, uma tendência para a diminuição da proporção de nascimentos em mulheres com idade ≥ 35 anos.

Quadro 17b. Indicadores hospitalares da área de intervenção da saúde da mulher, 2014-2016

| Indicadores | HDES | | | HSEIT | | | HH | | |
|--|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso | 7,59% | 9,68% | 8,62% | 2,93% | 2,68% | 2,42% | 2,32% | 4,98% | 8,23% |
| Proporção de nascimentos pré-termo | 8,13% | 9,35% | 7,73% | 4,39% | 4,02% | 2,79% | 4,63% | 8,14% | 3,90% |
| Proporção de nascimentos em mulheres adolescentes | 2,67% | 1,88% | 2,46% | 2,93% | 2,29% | 1,49% | 1,16% | 2,26% | 1,73% |
| Proporção de nascimentos em mulheres com idade \geq 35 anos | X | X | X | 22,12% | 19,31% | 19,89% | 27,41% | 28,51% | 22,94% |
| Proporção de grávidas com amniocentese realizada | X | X | X | 3,16% | 4,60% | 4,17% | 11,06% | 10,58% | 3,61% |
| Proporção de grávidas encaminhadas para a consulta de genética | X | X | X | 0,40% | 0,74% | 0,70% | 0,45% | 0,00% | 0,23% |

Fonte: Hospitais

1.1.2. Evidências e Análise Crítica

A Região percorreu um longo caminho desde a introdução dos dispensários materno-infantis na década de 50 decorrente da elevada taxa de mortalidade infantil. As repercussões que estes trouxeram para a melhoria dos estilos de vida e condições de saúde da população prevaleceram e estão “enraizados” nas práticas médicas e de enfermagem, quer no âmbito da saúde materna, como no da saúde infantil, demonstrando-se, pela quantidade de ações executadas no âmbito dos cuidados de saúde primários.

As taxas de mortalidade materna, perinatal e infantil continuam a ser consideradas indicadores de saúde da população que expressam o nível socioeconómico e a qualidade dos cuidados de saúde, pelo que se constata uma evolução positiva destes indicadores na Região.

A DRS encetou vários procedimentos, no final do ano de 2015, junto da DGS, para que a RAA integrasse o registo do aleitamento materno na base de dados da mesma. Esta condição permite que se faça uma avaliação da situação, um planeamento mais eficaz e intervenções mais direcionadas.

1.1.3. Recomendações

- Otimizar os registos nas USI relativos à proporção de grávidas com diabetes gestacional referenciadas e a proporção de grávidas com amniocentese realizada;
- Incentivar ao aumento de consultas de planeamento familiar;
- Promover aulas de preparação para o parto em todas as USI;
- Reforçar a promoção do aleitamento materno;
- Melhorar o enfoque na prevenção dos consumos (tabaco e álcool) na gravidez.

1.2. Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil

A saúde e a qualidade de vida futura das crianças é fundamental, não só para evitar perdas de saúde, mas acima de tudo para garantir um desenvolvimento saudável e controlar distúrbios já existentes. Assim, a área de intervenção da saúde infantojuvenil integra a execução das ações das USI, com uma forte relevância no âmbito da vigilância de saúde (Quadro 18).

Relativamente ao objetivo de “Garantia da vigilância de saúde do recém-nascido”, 100% (n=9) das USI executou ou tem em execução a ação de “Agendamento de consultas para o médico de família, aquando da realização do diagnóstico precoce”.

A ação que previa o “Agendamento com os pais/cuidadores, aquando do diagnóstico precoce, de uma consulta de enfermagem, em contexto domiciliário, preferencialmente até ao 15º dia de vida do bebé”, à semelhança da ação preconizada para a área da saúde da mulher “Agendamento e realização de visita domiciliar de enfermagem à puérpera”, era previsível que estas duas ações fossem, realizadas simultaneamente. Duas USI (22,22%) executaram a ação, uma USI tem a ação parcialmente executada e noutra encontra-se em execução.

O objetivo de “Assegurar a vigilância de saúde das crianças e adolescentes” além de ser inerente a esta área, também se cruza com algumas das atividades preconizadas para a área da saúde escolar, nomeadamente o Exame Global de Saúde (EGS) e o cumprimento do Plano Regional de Vacinação (PRV). Todas as USI garantiram, no triénio em análise, a “Monitorização regular da cobertura da vigilância de saúde, de acordo com o esquema de idades preconizado e a monitorização da realização de EGS (5 anos e 12-13 anos), em articulação com as Equipas de Saúde Escolar (ESE)” (ver ponto 1.3.). Para algumas USI encontra-se parcialmente executada ou em execução a garantia de consulta de medicina geral e familiar a crianças e ou adolescentes sem médico de família.

A ação de “Promoção da visita domiciliar, como elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde nas situações de doença prolongada ou crónica, e nos

casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco”, foi executada em 55,55% (n=5) das USI durante o triénio 2014-2016.

A “Promoção de hábitos alimentares saudáveis e o combate à obesidade infantil e na adolescência” é o objetivo com maior destaque na vigilância de saúde infantil, quer nas consultas médicas, quer nas consultas de enfermagem. Também foi fundamental a intervenção dos profissionais da área da nutrição das USI. Assim, é de realçar uma execução superior a 90% das ações previstas para este objetivo.

Neste objetivo, destaca-se o desenvolvimento das seguintes ações:

- i. Promoção de uma adequada diversificação alimentar, ajustada à idade, que garantisse o desenvolvimento global do bebé/criança;
- ii. Avaliação do regime alimentar e orientação/incentivo de hábitos alimentares equilibrados, adequados às diferentes idades e às necessidades individuais;
- iii. Promoção e/ou participação em rastreios de obesidade e respetivo encaminhamento dos casos identificados;
- iv. Avaliação, nas consultas de enfermagem e/ou médicas, do índice de Massa Corporal (IMC) tendo em consideração as novas tabelas de percentil (0-5 anos e 5-19 anos).

“O rastreio de dislipidémias em crianças/adolescentes de risco ou pertencentes a famílias de risco, de acordo com as orientações do Plano Nacional de Saúde Infantojuvenil (PNSIJ)”, é uma das ações com maior necessidade de investimento de toda esta área de intervenção. Em 2014 e 2015 duas USI realizaram o referido rastreio, às quais se acrescentou mais uma em 2016.

“O estímulo para a adoção de comportamentos promotores de saúde” é outro dos objetivos que se enquadra na vigilância de saúde infantojuvenil, destacando-se que as ações previstas para o presente objetivo foram executadas a 100% em 55,55% (n=5) das USI, tendo apenas uma ficado abaixo dos 80% de execução.

Considerando a carência de iodo nas crianças e nas grávidas açorianas reportada pelo estudo do Grupo de Estudos da Tireoide da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, anteriormente evidenciado, e o facto de as crianças com carência moderada ou severa de iodo apresentarem rendimento intelectual global abaixo dos valores normais e diminuição das capacidades da motricidade fina, verifica-se que a suplementação de iodo se traduz em efeitos positivos na melhoria do processamento de informação, no aumento das capacidades da motricidade e na resolução de problemas visuais.

Atendendo à problemática em questão, entre 2014 e 2016, a DRS, em parceria com a Direção Regional da Educação (DRE) e com o Serviço de Endocrinologia e Nutrição do HDES, implementou várias medidas com vista a combater o défice de iodo na população açoriana.

No ano letivo de 2015-2016 iniciou-se a substituição do sal comum por sal iodado nas cantinas/refeitórios com gestão direta nas escolas do Sistema Educativo Regional. No ano letivo 2016-2017 todas as Unidades Orgânicas (UO) com cantinas/refeitórios de gestão direta confeccionam as suas refeições com sal iodado.

A DRS emanou a Circular Normativa n.º 18, de 30 de julho de 2014, sobre substituição de sal não iodado por sal iodado, para todos os serviços dependentes da SReS que tenham serviço de cantina/refeitório/bar.

Realizou-se ainda uma campanha de sensibilização para as vantagens da substituição do sal comum por sal iodado. Neste âmbito, foram produzidos panfletos informativos, dirigidos a profissionais de saúde, no sentido de consolidar conhecimentos para melhor informação aos utentes e aos pais, atendendo à necessidade de divulgar e justificar a substituição do sal comum por sal iodado nas cantinas/refeitórios das escolas.

Quadro 18. Execução das ações da Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil, 2014-2016

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|--|----------------------------|-----------------|------|----------------|------|--------------|------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Garantir a vigilância de saúde do recém-nascido | Executada | 18 | 75,0 | 18 | 75,0 | 12 | 50,0 | 21 | 87,5 | 15 | 62,5 | 16 | 66,7 | 18 | 75,0 | 15 | 62,5 | 16 | 66,7 | 16,6 | 69,0 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 6 | 25,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 12,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,0 | 4,2 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 8,3 | 0 | 0,0 | 3 | 12,5 | 3 | 12,5 | 2,2 | 9,3 |
| Assegurar a vigilância de saúde das crianças e adolescentes | Executada | 68 | 98,6 | 57 | 82,6 | 39 | 56,5 | 60 | 87,0 | 66 | 95,7 | 60 | 87,0 | 66 | 95,7 | 52 | 75,4 | 68 | 98,6 | 59,6 | 86,3 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 12 | 17,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,3 | 1,9 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 24 | 34,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,5 | 0 | 0,0 | 15 | 21,7 | 0 | 0,0 | 4,4 | 6,4 |
| Promover hábitos alimentares saudáveis e combater a obesidade infantil/na adolescência | Executada | 24 | 88,9 | 24 | 88,9 | 24 | 88,9 | 24 | 88,9 | 24 | 88,9 | 24 | 88,9 | 24 | 88,9 | 25 | 92,6 | 27 | 100,0 | 24,4 | 80,7 |
| | Parcialmente executada | 3 | 11,1 | 3 | 11,1 | 3 | 11,1 | 3 | 11,1 | 3 | 11,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,7 | 6,2 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 7,4 | 0 | 0,0 | 0,2 | 0,8 |
| Estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde | Executada | 15 | 83,3 | 15 | 83,3 | 12 | 66,7 | 18 | 100,0 | 18 | 100,0 | 18 | 100,0 | 18 | 100,0 | 17 | 94,4 | 18 | 100,0 | 16,6 | 92,0 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 16,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 1,9 |
| | Em execução | 3 | 16,7 | 0 | 0,0 | 3 | 16,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,6 | 0 | 0,0 | 0,8 | 4,3 |

Fonte: USI

1.2.1. Indicadores da Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil

A área da saúde infantojuvenil, como já referido anteriormente, assenta a sua intervenção maioritariamente nas USI.

Quadro 19. Indicadores na área de intervenção da saúde infantojuvenil, 2014-2016

| Indicadores | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|--------|--------|--------|
| Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida | 31,21% | 32,80% | 45,66% |
| Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida | 65,60% | 75,65% | 82,02% |
| Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida | 13,91% | 23,91% | 31,08% |
| Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida | 32,13% | X | 50,09% |

Fonte: SISA

Pela observação da tabela anterior podemos verificar a melhoria significativa dos indicadores na intervenção da saúde infantojuvenil, que se refletem numa vigilância de saúde infantil mais eficaz realizada nas consultas de medicina geral e familiar, às quais geralmente também estão associadas as consultas de enfermagem.

Para um melhor entendimento do trabalho desenvolvido e, considerando os dados e os indicadores produzidos por algumas das USI, relativamente à área de intervenção na saúde infantojuvenil, os mesmos são reportados no Quadro seguinte:

Quadro 20. Indicadores na área de intervenção em saúde infantojuvenil, por USI 2014-2016

| Indicadores | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|------|------|
| USI Santa Maria | | | |
| Nº de sessões de educação para a saúde sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 725 | 1142 | 1234 |
| Nº de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) encaminhadas para consulta de especialidade | X | X | 291 |
| Proporção de crianças encaminhadas para equipas de intervenção precoce | 8% | 2% | 1% |
| Nº de rastreios de obesidade realizados | 3 | 3 | 3 |
| Proporção de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) abrangidos pelos rastreios de obesidade | 14% | X | 14% |

| | | | |
|--|---|----|----|
| Nº de encaminhamentos efetuados por dislipidemia | X | 18 | 24 |
|--|---|----|----|

(Continuação)

| Indicadores | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|
| Nº de atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 21 | 7 | 15 |
| Proporção de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) abrangidos pelas atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 56% | X | 34% |
| USI São Miguel (dados de 3 Centros de Saúde) | | | |
| Nº de crianças com menos de 1 ano convocadas por consultas em atraso | 67 | 68 | 34 |
| Nº de crianças com 1-3 anos convocadas por consultas em atraso | 67 | 62 | 35 |
| Nº de crianças com 4-9 anos convocadas por consultas em atraso | 35 | 44 | 34 |
| Nº de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) convocados por consultas em atraso | 15 | 13 | 10 |
| Nº de crianças com médico de família que são seguidas em consulta privada | 22 | 19 | 16 |
| Nº de sessões de educação para a saúde sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 28 | 850 | 1884 |
| Nº de panfletos/cartazes/outro material informativo elaborado e ou distribuído sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 12 | 19 | 10 |
| Proporção de crianças encaminhadas para equipas de intervenção precoce | 42% | 37% | 42% |
| Nº de rastreios de obesidade realizados | 1 | 1 | 1 |
| Nº de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) abrangidos pelos rastreios de obesidade | X | 720 | 380 |
| Nº de atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 32 | 92 | 147 |
| Nº de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) abrangidos pelas atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 580 | 722 | 1448 |
| Nº de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) a quem foi realizada visita domiciliária por doença prolongada ou crónica, ou por se encontrar em situação de risco | 20 | 16 | 23 |
| USI Graciosa | | | |
| Nº de panfletos/cartazes/outro material informativo elaborado e ou distribuído sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 2 | 2 | 1 |
| Nº de rastreios de obesidade realizados | 1 | 4 | 4 |
| Nº de atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 8 | 6 | 5 |
| USI São Jorge (dados dos 2 centros de saúde) | | | |
| Nº de crianças com médico de família que são seguidas em consulta privada | 0 | 1 | 1 |
| Nº de panfletos/cartazes/outro material informativo elaborado e ou distribuído sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 3 | 3 | 3 |

| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| Nº de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) encaminhadas para consulta de especialidade | 308 | 582 | 428 |
|---|-----|-----|-----|

(Continuação)

| Indicadores | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|-------|-------|-------|
| Nº de crianças encaminhadas para equipas de intervenção precoce | 0 | 2 | 7 |
| Nº de rastreios de obesidade realizados | 8 | 6 | 20 |
| Nº de atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 8 | 12 | 14 |
| Nº de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) abrangidos pelas atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 330 | 149 | 147 |
| USI Faial | | | |
| Nº de sessões de educação para a saúde sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 166 | 46 | 152 |
| Nº de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) encaminhadas para consulta de especialidade | 194 | 191 | 247 |
| Proporção de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) a quem foi realizada visita domiciliária por doença prolongada ou crónica, ou por se encontrar em situação de risco | 0,36% | 2,63% | 0,99% |
| USI Flores | | | |
| Nº de crianças com médico de família que são seguidas em consulta privada | 7 | 6 | 5 |
| Nº de crianças sem médico de família que são seguidas em consulta privada | 0 | 2 | 1 |
| Nº de sessões de educação para a saúde sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 25 | 14 | 6 |
| Nº de panfletos/cartazes/outro material informativo elaborado e ou distribuído sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 1 | 2 | 2 |
| Nº de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) encaminhadas para consulta de especialidade | 0 | 4 | 6 |
| Proporção de crianças encaminhadas para equipas de intervenção precoce | 0 | 2% | 2% |
| Nº de rastreios de obesidade realizados | 0 | 4 | 7 |
| Proporção de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) abrangidos pelos rastreios de obesidade | 97% | 98% | 92% |
| Nº de atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 3 | 4 | 4 |
| Proporção de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) abrangidos pelas atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 97% | 98% | 92% |
| USI Corvo | | | |
| Nº de crianças com médico de família que são seguidas em consulta privada | 0 | 1 | 1 |
| Nº de sessões de educação para a saúde sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 0 | 1 | 1 |

(Continuação)

| Indicadores | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|------|------|
| Nº de panfletos/cartazes/outro material informativo elaborado e ou distribuído sobre a importância da vigilância de saúde na infância/adolescência | 0 | 50 | 50 |
| Proporção de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) encaminhadas para consulta de especialidade | 10% | 10% | 10% |
| Proporção de crianças encaminhadas para equipas de intervenção precoce | 0 | 2% | 2% |
| Nº de rastreios de obesidade realizados | 5 | 10 | 15 |
| Proporção de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) abrangidos pelos rastreios de obesidade | 4% | 4% | 4% |
| Nº de encaminhamentos efetuados por dislipidémia | 2 | 4 | 4 |
| Nº de atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 0 | 1 | 1 |
| Proporção de crianças/adolescentes (≤ 15 anos) abrangidos pelas atividades desenvolvidas no âmbito do combate e da prevenção da obesidade infantil | 0 | 50% | 50% |

Fonte: USI

1.2.2. Evidências e Análise Crítica

A consecução dos objetivos a nível regional para a área da saúde infantojuvenil pressupõe estratégias de intervenção articuladas com outras áreas, sobretudo com a área da saúde escolar, Equipas de Intervenção Precoce (EIP), entre outras.

Foram várias as ações desenvolvidas na área da saúde infantojuvenil, quer pelas USI, quer pela SRS. Por parte desta última destacam-se algumas ações, nomeadamente a adequação dos procedimentos a adotar no plano nacional de irradicação da poliomielite, pela Circular Normativa n.º 3, de 18 de fevereiro de 2014, revogada pela Circular Normativa n.º 8, de 5 maio de 2015. Ainda neste ano, também se procedeu à implementação do novo Boletim de Saúde Infantojuvenil (BSIJ) para a RAA. Este resultou da atualização do PNSIJ, que implicou a revisão dos instrumentos de registo, fundamentais para o acompanhamento da vigilância da saúde individual.

Em 2015, é de realçar a adaptação à RAA do Despacho n.º 2085, de 14 de setembro de 2015 sobre a “Intervenção dos profissionais de saúde no domínio dos maus tratos em crianças e jovens”, cujo objetivo foi a constituição de uma rede de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco nos Hospitais e nas USI.

1.2.3. Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce (IP) está regulamentada através da Portaria n.º 89, de 17 de agosto de 2012, funcionando em rede e integrando dezassete Equipas Técnicas de Intervenção Precoce (ETIP), que dão cobertura a todos os concelhos da Região e por uma Equipa de Coordenação Regional de Intervenção Precoce (ECRIP).

Em 2016, estavam afetos às ETIP da RAA, 72 profissionais da área da saúde. As ETIP integram, no mínimo, quatro profissionais da área da saúde (médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo), verificando-se, em vários casos, que das equipas também fazem parte outros técnicos, como fisioterapeutas e terapeutas da fala. No global, cerca 114 profissionais fazem parte das ETIP do Programa Regional de Intervenção Precoce (PRIP), (saúde, educação e ação social).

Toda a documentação relacionada com o PRIP foi produzida pela ECRIP em colaboração com as ETIP, incluindo o estabelecimento de critérios de elegibilidade:

- i. Modelo de Funcionamento das ETIP;
- ii. Ficha de Caracterização da Criança/Família;
- iii. Ficha de Referenciação da Criança;
- iv. Código de Ética do Profissional de IP;
- v. Plano Individual de Intervenção Precoce;
- vi. Base de recolha de dados;
- vii. Regulamento interno da ECRIP;
- viii. Modelo de regulamento interno das ETIP;
- ix. Relatório de avaliação;
- x. Ficha de adiamento de matrícula;
- xi. Plano de transição.

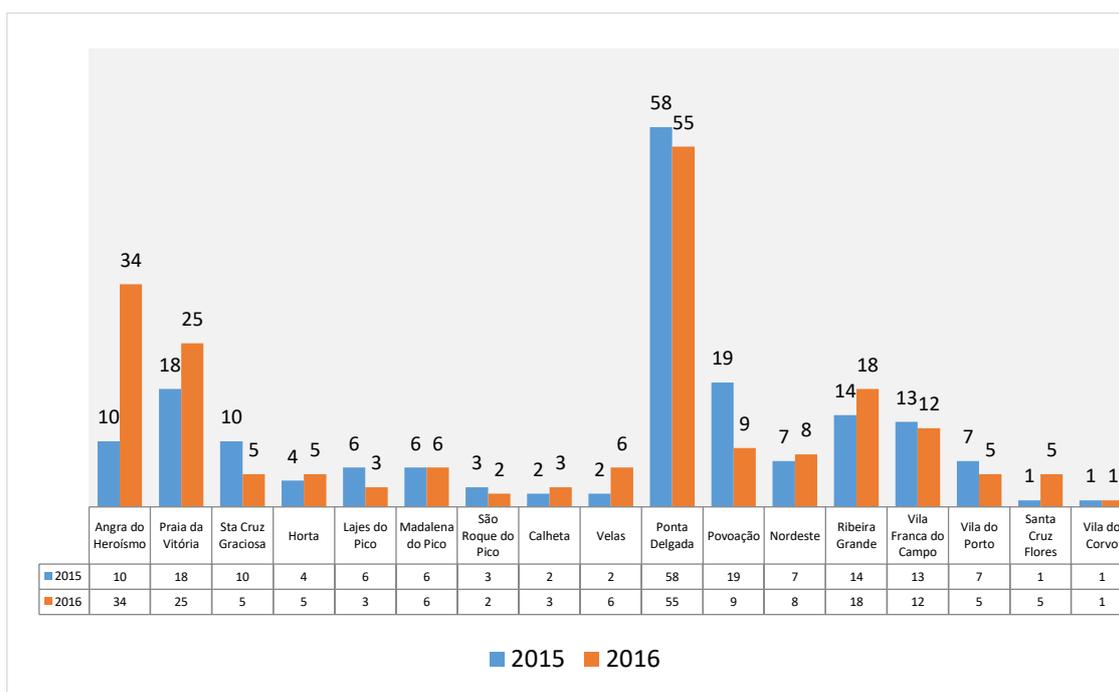
Em 2015, a DRS emitiu a Circular Normativa n.º 5, de 25 de março, que estabelece os procedimentos no âmbito da prestação de cuidados de saúde a crianças integradas no PRIP.

Tem sido uma preocupação da ECRIP a promoção de formação aos profissionais destas equipas, tendo decorrido, em 2015 e 2016, as seguintes ações:

- Avaliação do Desenvolvimento Infantil em Intervenção Precoce;
- Perturbações da Relação e da Comunicação - Modelo DIR Floortime;
- CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Versão para crianças e jovens – aplicação à IP;
- Realização de seis reuniões de trabalho, com os elementos da ECRIP e trinta e quatro reuniões com as ETIP.

Na Figura 16 encontra-se informação sobre o número de crianças acompanhadas pelas ETIP em 2015 e 2016. No final de 2016 estavam a ser acompanhadas 202 crianças.

Figura 16. Número de crianças apoiadas pelas ETIP, 2015-2016



Fonte: ETIP, RAA

1.2.4. Vacinação

Em 2014, foi publicada a Portaria n.º 68, de 20 de outubro de 2014, que aprova o PRV 2014, determinando alterações na vacinação universal de rotina no âmbito da vacina do Vírus do Papiloma Humano (HPV), seguindo as orientações nacionais sobre a matéria. Neste diploma, determinou-se ainda a inclusão, no PRV 2014, de uma vacina contra a doença pneumocócica, aplicável às crianças até aos cinco anos de idade, comparticipada de acordo com o previsto na Portaria n.º 52, de 30 de julho de 2014.

A Portaria n.º 68, de 1 de junho de 2015 passa a incluir a vacina Prevenar 13[®] (Pn13), aplicável às crianças nascidas a partir de 1 de janeiro desse ano. A Portaria n.º 5, de 16 de janeiro de 2017, estabelece o atual PRV 2017, revogando a Portaria n.º 68, de 1 de junho de 2015.

As taxas de cobertura vacinal da população abrangida pelo PRV consideram-se bastante elevadas, com valores superiores a 99% para as coortes avaliadas em 2014, 2015 e 2016 (Quadro 19), exceto no caso da vacinação de adultos com a vacina antitetânica. Na área de intervenção de saúde escolar serão explanados dados mais detalhados sobre o PRV.

Entre 2014 e 2016, foram emanadas várias orientações pela DRS, no âmbito dos PRV em vigor, nomeadamente:

- Circular Normativa n.º 03, de 18 de fevereiro de 2014 - Operacionalização do Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite - Plano de Ação Pós-Eliminação;
- Circular Normativa n.º 10, de 27 de março de 2014 - Registo de vacinação no *MedicineOne*;
- Circular Normativa n.º 08, de 5 de maio de 2015 - Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite - Plano de Ação Pós-Eliminação;
- Circular Normativa n.º 13, de 29 de junho de 2015 - PRV: Introdução da vacina conjugada de 13 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* (Pn13);
- Circular Normativa n.º 23, de 12 de novembro de 2015 - Vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido

para doença invasiva pneumocócica. Atualização da Circular Normativa n.º 15, de 3 de julho de 2015;

- Circular Normativa n.º 24, de 13 de novembro de 2015 - Vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica. Atualização da Circular Normativa n.º 14, de 3 julho de 2015;
- Circular Normativa n.º 21, de 17 de agosto de 2016 - Atualização da Circular Normativa n.º 10, de 27 de março de 2014 - Registo de Vacinação no *MedicineOne*;
- Circular Informativa n.º 22, de 19 de agosto de 2016 - Vacinação da grávida contra a tosse convulsa;
- Circular Normativa n.º 23, de 22 de agosto de 2016 - Vacinação contra *Neisseria Meningitidis* do grupo B, de grupos com risco acrescido para doença invasiva meningocócica;
- Circular Normativa n.º 36, de 29 de dezembro de 2016 - PRV 2017 - Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG.

Quadro 21. Avaliação anual do programa regional de vacinação - esquema cumprido, 2014 - 2016

| 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | |
|--------|--------|------------------------|--------|--------|------------------------|--------|--------|------------------------|
| Coorte | Vacina | % de pessoas vacinadas | Coorte | Vacina | % de pessoas vacinadas | Coorte | Vacina | % de pessoas vacinadas |
| 2013 | VHB | 99,3 | 2014 | VHB | 99,6 | 2015 | VHB | 99,7 |
| | DTPa | 99,3 | | DTPa | 99,6 | | DTPa | 99,6 |
| | Hib | 99,3 | | Hib | 99,6 | | Hib | 99,6 |
| | VIP | 99,3 | | VIP | 99,6 | | VIP | 99,8 |
| 2012 | BCG | 100 | 2013 | BCG | 99,9 | 2014 | BCG | 99,9 |
| | VHB | 100 | | VHB | 99,6 | | VHB | 100 |
| | DTPa | 99,5 | | DTPa | 98,6 | | DTPa | 99,1 |
| | Hib | 99,5 | | Hib | 98,6 | | Hib | 99,1 |
| | VASPR | 99,8 | | VASPR | 99,7 | | VASPR | 100 |
| | MenC | 99,8 | | MenC | 99,7 | | MenC | 100 |

Continuação

| 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | |
|--------|--------|------------------------|--------|--------|------------------------|--------|--------|------------------------|
| Coorte | Vacina | % de pessoas vacinadas | Coorte | Vacina | % de pessoas vacinadas | Coorte | Vacina | % de pessoas vacinadas |
| 2007 | BCG | 99,7 | 2008 | BCG | 100 | 2009 | BCG | 100 |
| | VHB | 99,9 | | VHB | 100 | | VHB | 100 |
| | DTPa | 98,9 | | DTPa | 99,8 | | DTPa | 99,9 |
| | VIP | 98,9 | | VIP | 99,8 | | VIP | 99,8 |
| | VASPR | 98,9 | | VASPR | 99,8 | | VASPR | 99,7 |
| | MenC | 99,7 | | MenC | 99,8 | | MenC | 99,9 |
| 2000 | BCG | 99,8 | 2001 | BCG | 99,8 | 2002 | BCG | 99,9 |
| | VHB | 99,9 | | VHB | 99,8 | | VHB | 100 |
| | VASPR | 99,6 | | VASPR | 99,8 | | VASPR | 99,9 |
| | VIP | 99,5 | | VIP | 99,7 | | VIP | 99,9 |
| | MenC | 99,6 | | MenC | 99,6 | | MenC | 99,8 |
| | Td | 99 | | Td | 99,8 | | Td | 99,8 |
| 1949 | Td | 75,4 | 1950 | Td | 80,4 | 1991 | Td | 87,3 |
| | | | | | | 1971 | Td | 74,7 |
| | | | | | | 1951 | Td | 81,7 |

Fonte: USI

1.2.5. Recomendações

- Melhorar o indicador de agendamento com os pais/cuidadores, aquando do diagnóstico precoce, de uma consulta de enfermagem, em contexto domiciliário;
- Aumentar os índices de adesão ao rastreio de dislipidémias em crianças/adolescentes de risco ou pertencentes a famílias de risco;
- Promover a visitação domiciliária ao recém-nascido;
- Contabilizar as crianças acompanhadas em consultas privadas;
- Considera-se pertinente a realização de Estudo, semelhante ao realizado em 2012, pelo Grupo de Estudos da Tireoide da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia;
- Reforçar as ETIP com profissionais da área da saúde e técnicos da área da terapia da fala e ocupacional, com tempos atribuídos adequadamente,

decorrente da exigência das intervenções e acompanhamento dos casos referenciados, bem como da crescente sinalização de crianças pelas equipes;

- Investir na formação dos técnicos de saúde com vista à consolidação das suas boas práticas de intervenção precoce.

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

A Saúde Escolar é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola, que deve desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Por isso, a avaliação das ações da área de intervenção da promoção da saúde em contexto escolar é efetuada, através dos dados apresentados nos relatórios de atividades da saúde escolar das 17 Equipas de Saúde Escolar (ESE). Tendo em consideração a organização temporal das escolas em ano letivo, será segundo esta estrutura que os dados são apresentados.

Quadro 22. Execução das ações por Equipa de Saúde Escolar, 2014-2016

| Objetivos | Execução das ações | Ano letivo 2014/2015 | | Ano letivo 2015/2016 | |
|--|--------------------|----------------------|-------|----------------------|-------|
| | | Nº | % | Nº | % |
| Promover o envolvimento e a articulação dos CS/USI e Unidades Orgânicas/Escolas na promoção da saúde em contexto escolar | Executada | 5 | 83,3% | 5 | 83,3% |
| | P. executada | 1 | 16,7% | 1 | 16,7% |
| | Em execução | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Promover a saúde individual e coletiva em contexto escolar. | Executada | 14 | 87,5% | 14 | 87,5% |
| | P. executada | 1 | 6,3% | 1 | 6,3% |
| | Em execução | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Promover a inclusão escolar de crianças com NEE | Executada | 6 | 85,7% | 6 | 85,7% |
| | P. executada | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Em execução | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Promover um ambiente escolar seguro | Executada | 4 | 80,0% | 4 | 80,0% |
| | P. executada | 1 | 20,0% | 1 | 20,0% |
| | Em execução | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Promover estilos de vida saudável junto à comunidade educativa | Executada | 4 | 66,7% | 4 | 66,7% |
| | P. executada | 2 | 33,7% | 2 | 33,7% |
| | Em execução | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

Fonte: USI

Pela análise da Quadro 22, torna-se evidente que a maior parte (> 83%) das ações previstas nos objetivos definidos para esta área de intervenção foram executadas pelas ESE, demonstrando que se mantiveram os mesmos índices nos dois anos letivos.

Foi implementado o Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco nos Jovens (SVCRJ) que permitiu o levantamento das necessidades/problemas por escola, facilitando o planeamento das intervenções das ESE. Foi decidido ainda, tendo em conta a problemática da obesidade infantil e a emergência da problemática do *bullying*, que estas temáticas fossem de carácter obrigatório no 1º ciclo. Estas indicações são fornecidas às ESE através do *Manual de Operacionalização da Saúde Escolar* elaborado anualmente pela DRS.

Devemos realçar as ações integradas no objetivo de “Promoção da saúde individual e coletiva, em contexto escolar”, bem como da “Promoção de estilos de vida saudável junto à comunidade educativa”, por se verificar que mais de 93% das ações foram executadas ou executadas parcialmente.

No que confere ao objetivo de “Inclusão escolar de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE)” verifica-se que 85,7% das ações foram executadas.

1.3.1. Indicadores da Área de Intervenção na Promoção da Saúde em Contexto Escolar

A colaboração entre o setor da saúde e o da educação comprova-se, como se verifica no Quadro 23, por uma concretização da totalidade dos Planos de Atividades da Saúde Escolar (PASE).

No que concerne às UO com Gabinete de Apoio e Promoção da Saúde (GAPS) verifica-se que das escolas existentes, 88% apresenta esta estrutura implementada na sua sede.

Ao analisar a taxa de cobertura da saúde escolar pelo número total de escolas, bem como pelo total de alunos do Pré-escolar, Ensino Básico e Secundário, salienta-se que a sua cobertura foi de 100%.

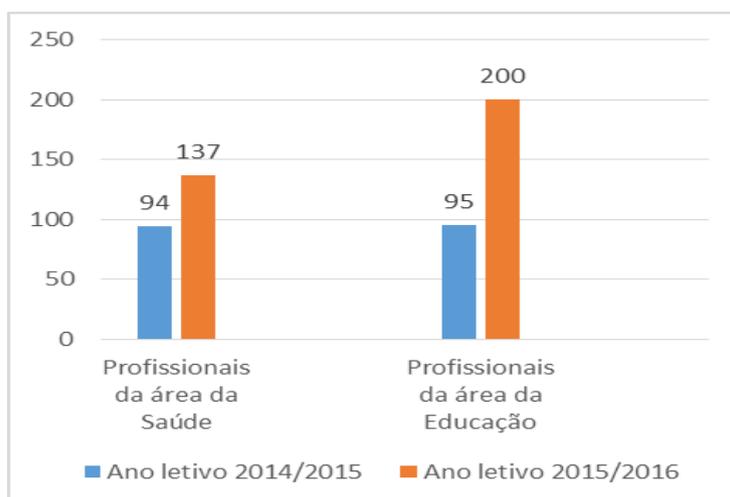
Quadro 23. Cobertura da saúde escolar na RAA, 2014-2016

| Indicador | Ano letivo 2014/2015 | Ano letivo 2015/2016 |
|---|----------------------|----------------------|
| Proporção de CS/USI e Unidades Orgânicas/Escolas com PASE | 100% (17) | 100% (17) |
| Proporção de escolas/unidades orgânicas com GAPS na sede | 88% (38) | 88% (38) |
| Taxa de cobertura de escolas por SE do Pré-Escolar, Escolas do Ensino Básico e Secundário | 100% (360) | 100% (360) |
| Taxa de cobertura de alunos por SE dos alunos do Pré-Escolar, Ensino Básico e Secundário | 100% (42 691) | 100% (41 113) |

Fonte: RASE

Considerando que as ESE são compostas por profissionais da área da saúde e da área da educação, importa quantificar o número de envolvidos por cada uma destas áreas. Assim, a Figura 17 demonstra o investimento efetuado e o crescente envolvimento de profissionais de saúde, que se elevam de 94 para 137, e de profissionais da área da educação que passam de 95 para 200, verificando-se um crescimento de 45,7% e de 110,5%, respetivamente.

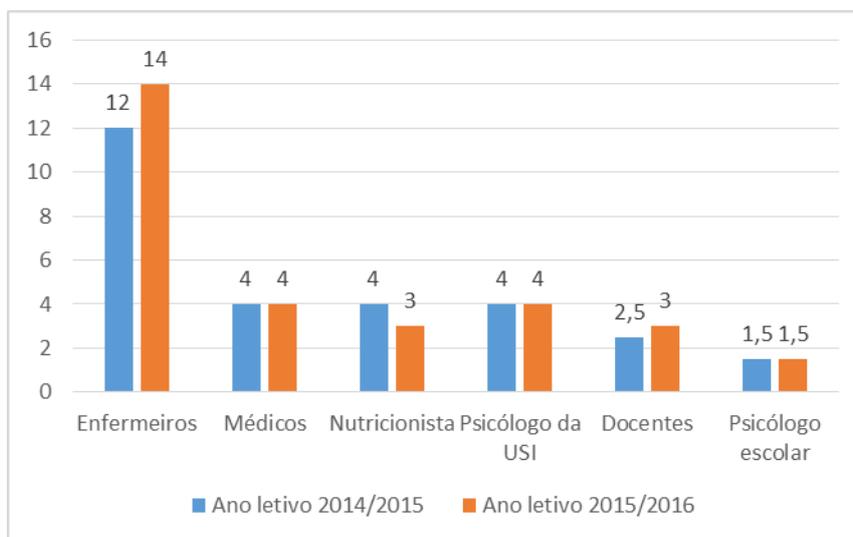
Figura 17. Número de profissionais da área da saúde e da educação nas ESE, 2014-2016



Fonte: RASE

Relativamente aos profissionais de saúde e docentes, foi calculada a média de tempo adstrito ao trabalho semanal desenvolvido neste âmbito, por cada área profissional, como se comprova pela Figura 18.

Figura 18. Tempo adstrito (em horas/semana) por profissionais da área da saúde e da educação, 2014-2016



Fonte: RASE

Nesta sequência, também se analisou o número de profissionais da área da educação alocados ao programa de saúde escolar, tendo-se denotado um aumento do número de docentes em todos os níveis de ensino (Quadro 24).

De salientar que a taxa de cobertura da saúde escolar dos alunos do Pré-Escolar, Escolas do Ensino Básico e Secundário que foi sempre de 100%, quer no ano letivo de 2014/2015 (42 691 alunos), como no ano letivo 2015/2016 (41 113 alunos).

Quadro 24. Número de profissionais envolvidos na área da educação, 2014-2016

| Profissionais | Ano letivo 2014/2015 | Ano letivo 2015/2016 |
|--|----------------------|----------------------|
| Docentes na educação pré-escolar e 1º ciclo; | 1 508 | 1 351 |
| Docentes no 2º ciclo | 1 039 | 1 084 |
| Docentes no 3º ciclo e secundário | 2 014 | 2 105 |
| Docentes de educação especial | - | 247 |
| Docentes de ensino artístico | - | 84 |
| Pessoal não docente | 2 031 | 2 051 |

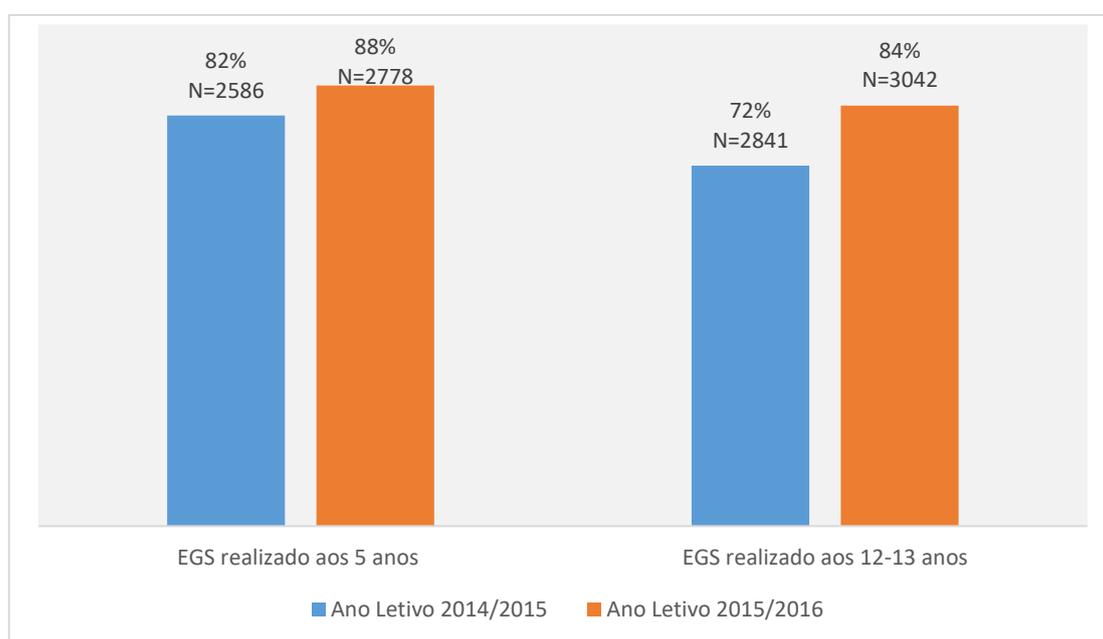
Fonte: RASE

No âmbito da Saúde Escolar são desenvolvidos os Exames Globais de Saúde (EGS), os quais visam estabelecer uma vigilância de saúde às crianças em dois momentos: aos 5 anos e aos 12-13 anos.

Salienta-se na Figura 19 o aumento da percentagem de EGS realizados nas idades-chave em cada ano letivo. Para este facto tem contribuído a divulgação e sensibilização dos alunos, pais e comunidade educativa, no que respeita à importância da vigilância da saúde.

O EGS constitui um dos pilares da vigilância de saúde infantil, sendo o papel das ESE fundamental tanto na convocação das crianças, como na concretização dos mesmos.

Figura 19. Vigilância de saúde nas idades-chave – exames globais de saúde, ano letivo 2014/ 2015 e 2015/2016



Fonte: RASE

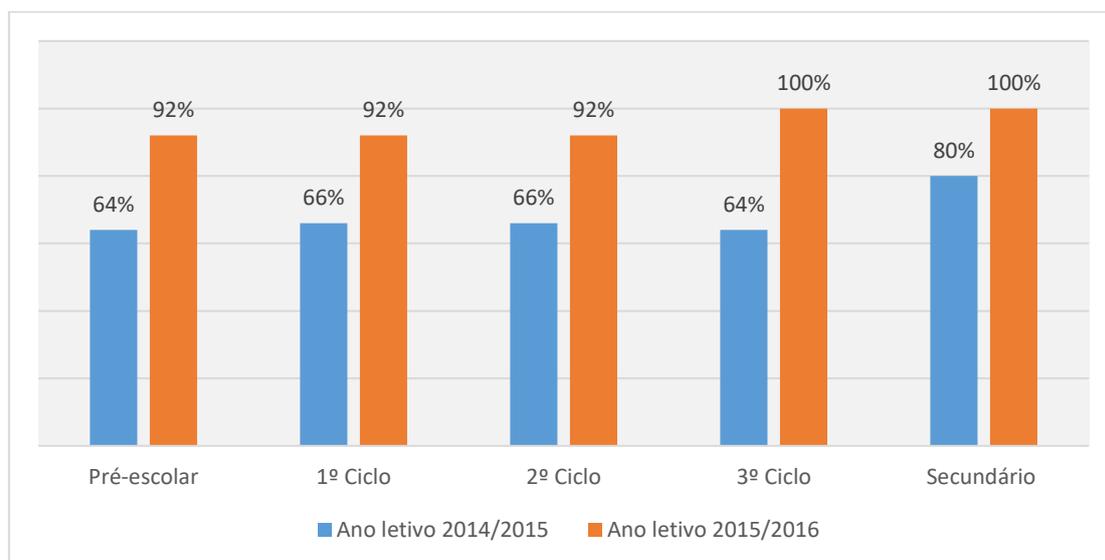
A avaliação do cumprimento do PRV é também um dos pilares da intervenção na saúde escolar e é feita em articulação com os setores de saúde infantil/vacinação das USI. As percentagens de cumprimento do PRV (Quadro 25), quer no pré-escolar, como nas idades chave do EGS, tem-se mantido sempre acima dos 98%. No ano letivo de 2015/2016 a avaliação semestral, realizada em simultâneo com a avaliação da DGS também se tem mantido acima dos 98%. A proporção de professores e auxiliares de ação educativa com PRV atualizado em 2015/2016 foi de 86,54%, apresentando assim uma melhoria significativa em relação à percentagem do ano letivo transato (80,6%).

Quadro 25. Taxas de cumprimento do Programa Regional de Vacinação, 2014-2016

| Indicadores | | Ano letivo 2014/2015 | Ano letivo 2015/2016 |
|--|-------------|----------------------|----------------------|
| Proporção de alunos com PRV atualizado | Pré-escolar | 98,55% | NC |
| | 6 anos | 99,31% | 99,36% |
| | 13 anos | 98,23% | 99,42% |
| Percentagem de alunos com PRV cumprido, no 1.º ano do 1.º Ciclo de Ensino Básico | | 99,31% | 99,36% |
| Proporção de professores e auxiliares de ação educativa com PRV atualizado | | 80,6% (n=6592) | 86,54% (n=6922) |

Fonte: RASE

Relativamente à proporção de alunos com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), por grau de ensino, encaminhados, tratados e/ou em tratamento, é de realçar um aumento do ano letivo 2014/2015 para o ano letivo 2015/2016.

Figura 20. Proporção de alunos com necessidades de saúde especiais, por grau de ensino, encaminhados, tratados e ou em tratamento, 2014-2016

Fonte: RASE

A avaliação das condições de segurança, higiene e saúde de todos os estabelecimentos Ensino é efetuada no final do ano letivo para que as escolas possam proceder à correção das inconformidades, tendo sido efetuada na totalidade dos estabelecimentos (100%) nos dois anos letivos em análise.

O número de acidentes ocorridos nas escolas e as suas consequências é também um dado monitorizado pelas ESE. No ano letivo de 2014/2015 foram registados 991 acidentes e no ano letivo 2015/2016, 2 190. A maior parte dos acidentes são de pequena dimensão, não necessitando de intervenção médica. O aumento da efetividade dos registos contribuiu para este aumento abrupto.

Para a avaliação do indicador proporção de alunos com hábitos nocivos, por tipo (drogas lícitas e ilícitas) foram utilizados os dados do SVCRJ aplicados aos jovens do 6.º ao 12.º ano, verificando-se, grosso modo, uma uniformidade nos dois anos letivos. Alerta-se para o facto de a percentagem de respostas ao questionário ter aumentado, significativamente, de um ano para o outro (+19,8%).

Quadro 26. Indicadores de hábitos nocivos do 6.º ao 8.º ano, 2014-2016

| Indicadores | | Ano letivo 2014/2015 | Ano letivo 2015/2016 |
|--|---|-------------------------|-------------------------|
| Percentagem de alunos que referem que... | % de resposta | 49,91% | 69,71 % |
| | já experimentaram fumar cigarros, mesmo que apenas 1 ou 2 passas | 27,3 % | 27,8 % |
| | nos últimos 30 dias, fumaram cigarros todos os dias | 2,8 % | 3,0 % |
| | Nos últimos 30 dias, nos dias em que fumaram cigarros, fumaram mais de 10 cigarros por dia | 1,2 % | 1,1 % |
| | Beberam álcool, mais que alguns goles | 37,5 % | 36,7 % |
| | Consumiram álcool pela primeira vez, para além de alguns goles, com amigos fora da escola | 13,2 % | 13,3 % |
| | Consumiram álcool pela primeira vez, para além de alguns goles, com os pais/encarregados de educação/outros familiares | 11,9 % | 11,3 % |
| | Consumiram marijuana alguma vez | 5,7 % | 5,3 % |

Fonte: SVCRJ

Os dados do SVCRJ do ano letivo de 2014/2015 e ano letivo 2015/2016 relativos aos hábitos nocivos dos alunos do 9.º ao 12.º ano são, os do Quadro seguinte:

Quadro 27. Indicadores de hábitos nocivos do 9.º ao 12.º ano, 2014-2016

| Indicadores | | Ano letivo 2014/2015 | Ano letivo 2015/2016 |
|--|--|-------------------------|-------------------------|
| Percentagem de alunos que referem que... | % de resposta | 49,91% | 69,71 % |
| | Já experimentaram fumar cigarros, charutos, cachimbo ou cigarrilhas, mesmo que apenas 1 ou 2 passas | 53,7. % | 55,2 % |
| | Tinham 12 anos ou menos quando fumaram um cigarro inteiro pela primeira vez | 14,3 % | 12,9 % |
| | Experimentaram fumar cigarros pela primeira vez com amigos na escola | 13,0 % | 12,2 % |
| | Nos últimos 30 dias, fumaram cigarros todos os dias | 7,0 % | 8,7 % |
| | Nos últimos 30 dias, nos dias em que fumaram cigarros, fumaram mais de 20 cigarros por dia | 0,8 % | 0,8 % |
| | Beberam álcool, mais que alguns goles | 69,9 % | 72,2 % |
| | Consumiram álcool pela primeira vez, para além de alguns goles, com 12 anos ou menos | 15,7 % | 14,6 % |
| | Nos últimos 30 dias, beberam pelo menos uma bebida alcoólica em 3 ou mais dias | 16,3 % | 19,8 % |
| | Nos últimos 30 dias, beberam 5 ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, com um intervalo de poucas horas entre elas, em 3 ou mais dias | 7,7 % | 8,8 % |
| | Consumiram marijuana alguma vez | 18,9 % | 20,5 % |
| | Nos últimos 30 dias, consumiram marijuana mais de 10 vezes | 2,6 % | 3,8 % |

Fonte: SVCRJ

Os dados demonstram que houve um decréscimo no início da experimentação antes dos 12 anos. Também diminuiu a percentagem de jovens que iniciaram o tabaco sob influência dos amigos na escola, bem como daqueles que fumam pelo menos um cigarro diariamente em 30 dias (indicadores do 6.º ao 8.º ano). Dos indicadores do 9.º ao 12.º ano salienta-se a diminuição na percentagem de jovens que consumiram álcool pela primeira vez com 12 anos ou menos.

Todas as escolas desenvolveram projetos/ações de promoção da saúde, tendo em conta as temáticas devidamente legisladas para o efeito. A proporção de escolas com projetos de promoção de saúde, para todas as temáticas, foi assim de 100%, para os anos letivos de 2014/2015 e 2015/2016.

Os indicadores relativos à educação para a saúde tiveram por base os dados inseridos na plataforma de registo das ações de educação para a saúde, a saber: 2 465 ações em 2014/2015 e 3 583 ações em 2015/2016, o que perfaz um aumento de 45,35%.

As temáticas abrangidas foram definidas anteriormente para a saúde escolar, sendo consideradas obrigatórias: a saúde afetivo-sexual e reprodutiva, alimentação saudável e violência em meio escolar, para o 1.º ciclo, tendo sido nestas que se registou o maior número de sessões.

Apesar do aumento da abrangência populacional destas intervenções, no que confere à proporção de sessões de educação para a saúde, por ciclo de ensino, verificou-se uma ligeira diminuição em termos percentuais, exceto ao nível do ensino profissional.

Quadro 28. Proporção/número de ações realizadas no âmbito dos projetos de promoção da saúde, 2014-2016

| Sessões/ações de educação para a saúde | | Ano letivo | |
|--|--|------------|-----------|
| | | 2014/2015 | 2015/2016 |
| Nº de ações de educação para a saúde inseridas na plataforma de registo | | 2 465 | 3 583 |
| Proporção de sessões de educação para a saúde realizadas por ciclo de ensino | Pré-escolar | - | 10% |
| | 1º ciclo | 28% | 26% |
| | 2º ciclo | 24% | 20% |
| | 3º ciclo | 35% | 32% |
| | Secundário | 10% | 8% |
| | Profissional | 3% | 4% |
| Proporção de profissionais intervenientes nas sessões de educação para a saúde | Profissionais de Saúde | 54% | 47% |
| | Professores | 16% | 28% |
| | Outros | 30% | 25% |
| Número de ações realizadas por temática | Prevenção da violência em meio escolar | 314 | 314 |
| | Prevenção dos consumos nocivos e comportamentos de risco | 264 | 497 |
| | Segurança individual e coletiva, prevenção de acidentes e suporte básico de vida | 312 | 470 |
| | Ambiente e saúde | 192 | 553 |
| | Atividade física | 115 | 287 |
| | Saúde afetivo-sexual e reprodutiva | 679 | 774 |
| | Saúde mental | 100 | 194 |
| | Saúde Oral | 248 | 223 |
| | Alimentação saudável | 493 | 649 |

Fonte: Plataforma de Saúde Escolar

A envolvimento dos pais/encarregados de educação tem sido uma preocupação notória das ESE, pelo que praticamente quadruplicou o número de sessões realizadas a este grupo. De salientar ainda, que triplicou o número de sessões realizadas aos indivíduos adstritos à comunidade educativa.

Quadro 29. Número de sessões de educação para a saúde, ano letivo, 2014-2016

| Sessões de educação para a saúde | | Ano letivo | |
|--|--|------------|-----------|
| | | 2014/2015 | 2015/2016 |
| Número de sessões de educação para a saúde realizadas aos pais/encarregados de educação e comunidade educativa | Pais/Encarregados de Educação (EE) | 22 | 83 |
| | Professores /Educadores/Auxiliares Ação Educativa (AAE) | 89 | 261 |
| Número de sessões de educação para a saúde realizadas aos pais/encarregados de educação por temática | Prevenção da violência em meio escolar | 1 | 3 |
| | Prevenção dos consumos nocivos e comportamentos de risco | 2 | 12 |
| | Segurança individual e coletiva, prevenção de acidentes e suporte básico de vida | 4 | 11 |
| | Ambiente e saúde | 7 | 14 |
| | Atividade física | 3 | 10 |
| | Saúde afetivo-sexual e reprodutiva | 4 | 4 |
| | Saúde mental | 4 | 12 |
| | Saúde Oral | 1 | 9 |
| Número de sessões de educação para a saúde realizadas aos Professores /Educadores/Auxiliares de Ação Educativa por temática: | Alimentação saudável | 5 | 49 |
| | Prevenção da violência em meio escolar | 3 | 20 |
| | Prevenção dos consumos nocivos e comportamentos de risco | 4 | 21 |
| | Segurança individual e coletiva, prevenção de acidentes e suporte básico de vida | 17 | 33 |
| | Ambiente e saúde | 18 | 92 |
| | Atividade física | 6 | 25 |
| | Saúde afetivo-sexual e reprodutiva | 25 | 35 |
| | Saúde mental | 4 | 14 |
| Saúde Oral | 15 | 5 | |
| Alimentação saudável | 10 | 60 | |

Fonte: Plataforma de Saúde Escolar

1.3.2. Evidências e Análise Crítica

O investimento efetuado em profissionais intervenientes na saúde escolar, onde se inclui a existência de nutricionistas nas ESE, foi fundamental para a diminuição da obesidade infantil na Região, segundo dados *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), e é um exemplo de boas práticas a nível regional.

Relativamente à vigilância de saúde das crianças nas idades-chave, salienta-se o aumento na percentagem de EGS realizados. Para este facto contribuiu a divulgação e sensibilização dos alunos, pais e comunidade educativa, no que respeita à importância da vigilância da saúde, bem como o investimento das ESE neste desígnio.

A percentagem de alunos com 6 e 13 anos de idade sem vigilância da sua saúde foi calculada tendo em conta o número de crianças que não tiveram EGS realizados, não tendo sido integrados os EGS realizados na privada.

Os excelentes dados no cumprimento do PRV advém, em grande parte, da sensibilização dos alunos, pais e comunidade educativa sobre a importância da vacinação e atualização do PRV. Também tem contribuído para os bons resultados do PRV o cuidado posto nas convocatórias e atualização de registos vacinais, quer por parte das equipas de saúde escolar, quer pelas equipas de saúde infantil/vacinação dos USI.

Relativamente às sessões de educação para a saúde, principal estrutura da intervenção da saúde escolar, foram consideradas como temáticas prioritárias a nível regional, as definidas a nível nacional, como já referido anteriormente. De salientar a mais-valia que consistiu a implementação do sistema de vigilância de comportamentos de risco nos jovens na RAA que permitiu, além do levantamento das necessidades/problemas por escola, facilitar o planeamento das intervenções das ESE e a possibilidade de se avaliar o impacto das mesmas.

A ação prevista para a criação, pela DRS, ainda no ano letivo 2013/2014, de uma ferramenta de registo de atividades para as ESE, em articulação com a Saudaçor, S.A. que permitisse obter a informação necessária à elaboração dos respetivos relatórios de atividades anuais, encontra-se parcialmente executada nos dois anos letivos. A DRS

optou por criar uma plataforma *online* para a submissão das sessões de educação para a saúde, permitindo, assim, que o trabalho seja processado centralmente, facilitando a análise da atividade realizada.

1.3.3. Recomendações

- Melhorar a efetividade dos registos das atividades dos GAPS de forma a dar visibilidade ao funcionamento das ESE;
- Aumentar o tempo adstrito de profissionais de saúde no contacto com as escolas no sentido de efetuar um acompanhamento e intervenção contínuas, no que se refere à promoção de saúde, ao controlo dos fatores de risco e à prestação de cuidados diretos relativos às etapas do ciclo vital em questão;
- Incentivar nas escolas (cantinas e bares), a disponibilidade de alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos, em detrimento de outros alimentos com elevado teor de açúcar, sal e gordura;
- Melhorar as estratégias de acompanhamento às crianças em risco ou com NSE;
- Incluir na intervenção da saúde escolar, as crianças e jovens que frequentam as escolas profissionais e outros estabelecimentos/instituições de apoio a crianças em situação considerada mais vulnerável ou de risco.

1.4. Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral

A saúde oral implica uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolvendo-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam. Posto isto, as ações da área de intervenção na promoção da saúde oral foram definidas tendo em conta os grupos etários considerados prioritários para a mesma. Também deve ser reforçada a indicação dada na introdução do presente relatório.

Para o objetivo de “Promoção da saúde oral na gravidez” a média das USI relativa às ações executadas, parcialmente executadas e em execução atinge os 87,00%.

A ação relativa à “Elaboração de documentos ou outros materiais informativos, pelos médicos de medicina dentária, em parceria com as equipas de enfermagem de saúde materna, sobre a importância da saúde oral durante a gravidez”, para entrega e utilização nas USI, está executada ou em execução em oito das USI (88,88%). A ação sobre a “Importância da saúde oral na gravidez, nas aulas de preparação para o nascimento e nas aulas pós-parto” foi igualmente executada ou encontra-se em execução em 88,88% (n=8) das USI.

As ações de “Sensibilização dos médicos e dos enfermeiros para incentivar as mulheres grávidas a agendarem uma consulta de medicina dentária”, bem como a “Avaliação da dentição durante a gravidez antes e após o parto” foram concretizadas em 88,88% (n=8) das USI.

No objetivo de “Promoção de saúde oral dos 0 aos 3 e dos 3 aos 6 anos” verifica-se que está implementada em todas as USI, tendo uma percentagem de execução na ordem dos 94,4% entre os 0 e 3 anos e, de 80% dos 3 aos 6 anos.

Destaca-se que, em 2016, foi “Disponibilizada a todas crianças com três anos uma escova dentária e o Boletim Individual de Saúde Oral (BISO)”, à exceção de uma USI. A ação que deve ser alvo de melhoria da taxa de concretização na promoção da saúde oral das crianças dos 3 aos 6 anos é a “Realização de sessões de educação para a saúde e *workshops* para pais e educadores sobre as técnicas de observação oral”.

O objetivo de “Promoção da saúde oral a partir dos 6 anos” apresenta ações em processo de execução e executadas acima dos 80%.

Quanto ao objetivo de “Prevenir a doença e promover a vigilância da saúde oral, nos grupos mais vulneráveis e na população em geral”, as USI desempenharam um papel preponderante, quer pela avaliação e tratamento dos grupos considerados prioritários para intervenção, quer também pela organização de campanhas sobre noções básicas

de saúde oral. No entanto, é notório que se trata de um objetivo em evolução tendo em consideração que a percentagem das ações executadas é de 65,43%.

Ao analisar o objetivo de “Promoção de formação e atualização dos profissionais de saúde oral” verifica-se que a percentagem de ações executadas e parcialmente executadas é de 48,2%. Releva-se o facto que 77,77% (n=7) das USI tem apostado neste objetivo.

Com o propósito de determinar os índices de produtividade na área da saúde oral, foi elaborada em 2014, uma plataforma para recolha dos dados, permitindo a avaliação da atividade nesta área em todas as USI.

Quadro 30. Execução das ações da Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral, 2014-2016

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|------------|-------|-----------|-------|---------------|-------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Promover a saúde oral na gravidez | Executada | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 3 | 25,0 | 9 | 75,0 | 3 | 25,0 | 9 | 75,0 | 3 | 25,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 7,0 | 58,3 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 75,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 2,3 | 19,4 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 75,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,0 | 8,3 |
| Promover a saúde oral dos 0-3 anos | Executada | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 9 | 75,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 6 | 50,0 | 11 | 91,6 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 25,0 | 0,3 | 2,8 |
| Promover a saúde oral dos 3-6 anos | Executada | 18 | 85,7 | 21 | 100,0 | 15 | 71,4 | 16 | 76,2 | 21 | 100,0 | 21 | 100,0 | 18 | 85,7 | 20 | 95,2 | 18 | 85,7 | 18,6 | 77,8 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 14,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 4,8 | 0 | 0,0 | 0,4 | 2,1 |
| Promover a saúde oral a partir dos 6 anos | Executada | 15 | 71,4 | 21 | 100,0 | 12 | 57,1 | 11 | 52,4 | 15 | 71,4 | 21 | 100,0 | 15 | 71,4 | 21 | 100,0 | 12 | 57,1 | 15,8 | 75,6 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 42,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,0 | 4,8 |
| Promover a saúde oral de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais | Executada | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Prevenir a doença e promover a vigilância da saúde oral nos grupos mais vulneráveis e na população em geral | Executada | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 | 66,7 | 5 | 55,6 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 6 | 66,7 | 6,8 | 76,55 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 44,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,4 | 4,9 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 11,1 | 0,4 | 4,9 |
| Promover a formação e atualização dos profissionais de saúde oral | Executada | 1 | 16,7 | 6 | 100,0 | 3 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 4 | 66,7 | 3 | 50,0 | 3 | 50,0 | 2,8 | 48,2 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Determinar os índices de produtividade na área da saúde oral | Executada | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 2 | 66,7 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 1 | 33,3 | 2,6 | 88,8 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,1 | 3,7 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 33,3 | 0,1 | 3,7 |

Fonte: USI

Quadro 31. Recursos humanos e atividade profissional, 2014-2016

| Anos | Nº de médicos dentistas | | | Nº de médicos estomatologistas | | | Nº de consultas efetuadas | | | Nº de BISOS distribuídos | | | Nº de projetos comunitários realizados | | |
|----------------|-------------------------|-----------|-----------|--------------------------------|----------|----------|---------------------------|---------------|---------------|--------------------------|--------------|--------------|--|-----------|-----------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| HDES | - | - | - | 2 | 2 | 2 | 2 801 | 2 922 | 2 953 | - | - | - | - | - | - |
| HSEIT | - | - | - | 3 | 3 | 2 | 1 856 | 1 974 | 1 517 | - | - | - | - | - | - |
| HH | - | - | - | 2 | 2 | 3 | 1 285 | 1 567 | 2 169 | - | - | - | - | - | - |
| USI Sta. Maria | 1 | 1 | 1 | - | - | - | 2 442 | 2 176 | 2 075 | 108 | 90 | 100 | 1 | 1 | 1 |
| USI S. Miguel | 10 | 10 | 10 | - | - | - | 17 095 | 13 379 | 13 276 | 100 | 50 | 304 | 12 | 5 | 6 |
| USI Terceira | 4 | 4 | 4 | - | - | - | 5712 | 5692 | 6147 | 0 | 692 | 1287 | 12 | 9 | 10 |
| USI Graciosa | 2 | 2 | 2 | - | - | - | 2 778 | 2 593 | 2 337 | 0 | 0 | 118 | 3 | 1 | 1 |
| USI S. Jorge | 1 | 2 | 2 | - | - | - | 729 | 2056 | 3998 | 729 | 139 | 104 | 0 | 0 | 5 |
| USI Pico | 1 | 1 | 1 | - | - | - | 1879 | 2042 | 1388 | 0 | 427 | 579 | 3 | 2 | 2 |
| USI Faial | 2 | 2 | 2 | - | - | - | 2 020 | 2 001 | 2 884 | 0 | 0 | 328 | 4 | 3 | 2 |
| USI Flores | 1 | 1 | 1 | - | - | - | 1 914 | 1 611 | 689 | 37 | 18 | 7 | 4 | 4 | 6 |
| USI Corvo | 0 | 0 | 1 | - | - | - | 25 | 64 | 253 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 22 | 23 | 24 | 7 | 7 | 7 | 40 536 | 38 077 | 39 686 | 984 | 1 416 | 2 829 | 39 | 25 | 33 |

Fonte: DRS

A análise do Quadro 31 demonstra que no período temporal de 2014 a 2016 o número de médicos dentistas aumentou e de estomatologistas manteve-se estável. O número de BISO distribuídos em 2016 triplicou face ao ano de 2014 e duplicou tendo em consideração o número disponibilizado em 2015.

Relativamente ao equipamento de apoio (Quadro 32) ao dispor dos profissionais, consegue-se verificar o esforço para a permanência do número total dos mesmos nas USI da RAA. Considerando o diferencial entre 2014 e 2016, o número de cadeiras e o número de equipamentos de raio-x-periapical aumentou e o equipamento de raio-x-ortopantomógrafo reduziu uma unidade, embora se tenha verificado uma reposição de 2015 para 2016.

Quadro 32. Número de equipamentos de apoio, 2014-2016

| | Nº de cadeiras | | | Nº de equipamentos de raio-x periapical | | | Nº de equipamentos de raio-x ortopantomógrafo | | |
|----------------|----------------|-----------|-----------|---|-----------|-----------|---|----------|----------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| HDES | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| HSEIT | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| HH | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| USI Sta. Maria | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| USI S. Miguel | 9 | 8 | 9 | 8 | 7 | 7 | 1 | 1 | 2 |
| USI Terceira | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| USI Graciosa | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| USI S. Jorge | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| USI Pico | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| USI Faial | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| USI Flores | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| USI Corvo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Total | 27 | 27 | 29 | 24 | 24 | 25 | 8 | 6 | 7 |

Fonte: DRS

1.4.1. Evidências e Análise Crítica

No âmbito da intervenção da tutela sobressai a dotação das USI e Hospitais de médicos dentistas e estomatologistas, garantindo a acessibilidade dos doentes a um tratamento acompanhado e seguro. A inclusão de médicos dentistas nas USI constituiu uma ação pioneira no país, melhorando, significativamente, a saúde oral das crianças.

De salientar a participação da Região em dois Estudos nacionais da área da saúde oral, o *III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Oraís – 2013* e o *Estudo do Flúor e da*

Fluorose Dentária na RAA – 2016, estudos estes que contribuem para o conhecimento e avaliação desta área na Região.

O primeiro Estudo indica que a percentagem de crianças dos 6, 12 e 18 anos livres de cáries encontra-se acima da média nacional, apresentando inclusive aos 6 e aos 12 anos as melhores percentagens do país, que foram da ordem dos 75,1% e 68,9%, respetivamente. Ao nível do índice de Doentes Cariados, Perdidos e Obturados (C₅POD) apenas estamos acima da média nacional no grupo etário dos 64 aos 74 anos (+ 1,53 %) (Quadro 33).

Quadro 33. Percentagem de indivíduos livres de cáries e índice de C₅POD

| Idade | Indivíduos Livre de Cáries (%) | Índice de C ₅ POD |
|--------------|--------------------------------|------------------------------|
| 6 Anos | 75,1% | 0,56% |
| 12 Anos | 68,9% | 0,77% |
| 18 Anos | 36,4% | 1,9% |
| 35 - 44 anos | 4,3% | 9,17% |
| 65 - 74 anos | 0,5% | 16,64% |

Fonte: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais -2013

O *Estudo do Flúor e da Fluorose Dentária na RAA – 2016*, foi realizado através do protocolo estabelecido entre a DRS e a Entidade Reguladora dos Serviços de Água e Resíduos dos Açores. A maioria das águas de consumo humano nos Açores, apresenta boas concentrações de fluoretos.

Desde o ano letivo de 2014/2015 foi instituída a obrigatoriedade da saúde oral como temática na saúde escolar, para as crianças do pré-escolar e 1º ciclo, em conjunto com a temática da alimentação saudável. Estas temáticas pressupõem também a realização de pelo menos uma sessão aos pais/encarregados de educação. A DRS tem promovido a comemoração do Dia Mundial da Saúde Oral e divulgado as diferentes atividades realizadas, através das redes sociais, alertando para a importância da vigilância da saúde oral.

De referir ainda, que aquando da realização do EGS as crianças/jovens são rastreadas ao nível da saúde oral, sendo encaminhadas para tratamento e/ou acompanhamento.

Em 2015 foi efetuado o lançamento do novo BISO documento entregue nas USI a todas as crianças a partir dos 3 anos de idade, com o objetivo de registrar informações respeitantes à saúde oral e que surge como complemento ao BSIJ.

1.4.2. Recomendações

- Aumentar a aposta em intervenções preventivas dirigidas a crianças em idade pré-escolar;
- Sensibilizar a população adulta a adotar boas práticas de saúde oral;
- Intervir na saúde oral na gravidez;
- Fomentar uma participação eficaz dos pais/educadores em técnicas de observação oral;
- Disponibilizar mais tempo aos médicos dentistas para trabalhar no âmbito da saúde escolar;

1.5. Área de Intervenção nas Dependências

No objetivo de “Prevenir e reduzir da incidência de anomalias e perturbações de desenvolvimento fetal causadas pelos comportamentos aditivos e dependências (CAD)”, releva-se a ação de “Promoção de conhecimentos sobre o impacto do CAD na evolução da gravidez através de ações de sensibilização”. Assim, 77,77% (n=7) das USI apresenta progressão na execução das ações, sendo que em três destas foram executadas a 100%.

Nas ações predefinidas, a “Identificação precoce de grávidas com CAD, o seu encaminhamento, de acordo com a situação e acompanhamento dos recém-nascidos”, foi executada a 100% em 77,77% (n=7) das USI. A “Garantia do acesso prioritário a cuidados específicos a mulheres grávidas com CAD e seus companheiros, de acordo com as suas problemáticas e níveis de risco”, foi executada pela quase totalidade das USI (88,88%)

O objetivo destinado à “Redução de comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, e a identificação precoce de padrões de comportamento infantil desadaptados, predisponentes ao desenvolvimento de CAD”, nas crianças até

aos 9 anos obtiveram percentagens de ações executadas nas USI de 88,01% e para as crianças entre os 10 e os 14 anos de 87%. Os dados demonstram uma maior necessidade de “Articulação entre a rede de serviços de saúde públicos e o setor da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e social detetados”.

A partir dos 15 anos, à medida que as idades de intervenção vão aumentando, a percentagem de execução das ações pelas USI vai diminuindo, pois entre os 15 e os 19 anos a percentagem de execução é de 74,07% e aos 65 anos ou mais, a percentagem situa-se nos 44,44%. No entanto, analisando estes aspetos na globalidade do ciclo vital realça-se que em 88,88% das USI, as ações encontram-se em execução.

Quadro 34. Execução das ações na Área de Intervenção nas Dependências

Os objetivos desta área de intervenção foram delineados tendo em conta as fases do ciclo de vida, pelo que a sua análise segue o mesmo processo.

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|------|------------|-------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Prevenir e reduzir a incidência de anomalias e perturbações de desenvolvimento fetal causadas pelos CAD, bem como a ocorrência de patologias na grávida, decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e medicamentos não prescritos, na Gravidez e período neonatal. | Executada | 6 | 66,7 | 6 | 66,7 | 9 | 100,0 | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 | 66,7 | 9 | 100,0 | 6,0 | 66,7 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,7 | 7,4 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, (...) nas crianças até aos 9 anos. | Executada | 15 | 100,0 | 15 | 100,0 | 9 | 60,0 | 15 | 100,0 | 15 | 100,0 | 15 | 100,0 | 9 | 60,0 | 11 | 73,3 | 15 | 100,0 | 13,2 | 88,1 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 40,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 26,7 | 0 | 0,0 | 1,1 | 7,4 |
| Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, (...) nos jovens dos 10 aos 14 anos. | Executada | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 4 | 33,3 | 9 | 75,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 9 | 75,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 10,4 | 87,0 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 8 | 66,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,9 | 7,4 |
| Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, (...) nos jovens dos 15 aos 19 anos. | Executada | 12 | 100,0 | 3 | 25,0 | 3 | 25,0 | 10 | 83,3 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 9 | 75,0 | 7 | 58,3 | 12 | 100,0 | 8,9 | 74,1 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 9 | 75,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,0 | 8,3 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 75,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 41,7 | 0 | 0,0 | 1,6 | 13,0 |

(Continuação)

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, (...), nos jovens dos 20 aos 24 anos | Executada | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 3 | 100,0 | 1,8 | 59,3 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 11,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0,4 | 14,8 |
| Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, (...), nos adultos dos 25 aos 64 anos. | Executada | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 33,3 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 2 | 66,7 | 3 | 100,0 | 2,0 | 66,7 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 11,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0,4 | 14,8 |
| Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, (...) nos adultos > 65 anos. | Executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 33,3 | 3 | 100,0 | 1,3 | 44,4 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 11,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 0 | 0,0 | 0,6 | 18,5 |
| Transversal ao Ciclo Vital | Executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 1 | 33,3 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 2 | 66,7 | 3 | 100,0 | 1,7 | 55,6 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 11,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0,4 | 14,8 |

Fonte: USI

1.5.1. Substâncias Lícitas

Tabagismo

O tabagismo contribui para as principais causas de morte verificadas anualmente e é, simultaneamente, um fator de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes.

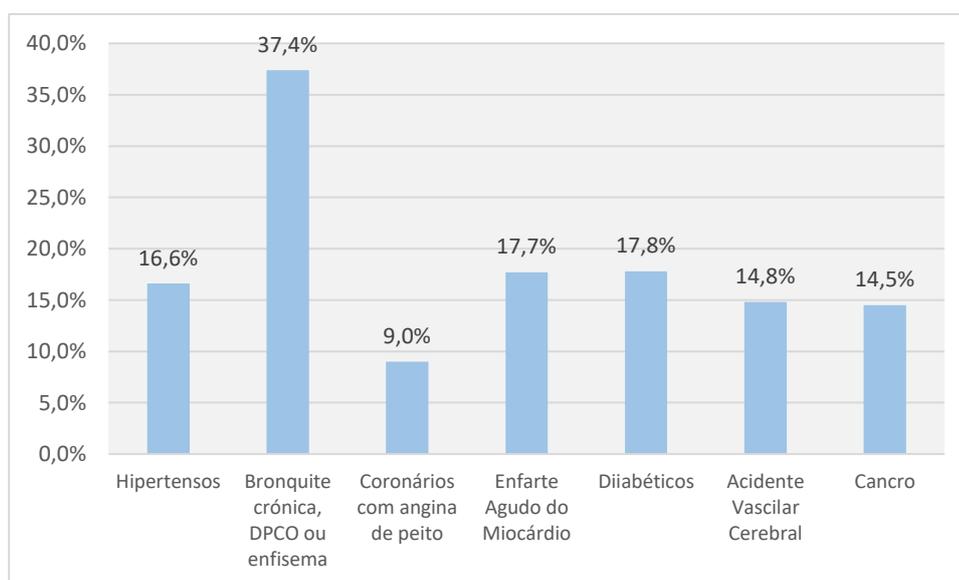
Se olharmos para a distribuição da população residente na RAA, pelo consumo de tabaco, sexo e grupo etário (%) constatamos que do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (4º INS 2005/2006) para o INS 2014 houve, para o total da RAA, um aumento global no consumo de 24% para 27,1%. Para os homens, o aumento de consumo passou de 36,4% para 39,4% em 2014, passando para as mulheres, de 11,9% para 15,5%.

Do InReS Açores 2014 retiram-se, no imediato, as seguintes conclusões:

- i. 27,6% da população açoriana, com idades compreendidas entre 20 e 74 anos, fumava diariamente, sendo mais prevalente nos homens (37,6%) do que nas mulheres (19,3%). Já 50% da população nunca fumou e 15,6% é ex-fumador;
- ii. 17,8% das mulheres afirmou ter fumado diariamente durante a gravidez;
- iii. Cerca de 31% dos fumadores consome menos de 10 cigarros por dia, 46,9% entre 11 e 20 cigarros, 13,9% entre 21 e 30 cigarros e 6% entre 31 e 40 cigarros;
- iv. Fumar na presença de outras pessoas, incluindo crianças, é hábito para 45% dos fumadores;
- v. Aproximadamente 66% dos fumadores já tentou, alguma vez, deixar de fumar;
- vi. Dos ex-fumadores, 57,2% deixou de fumar há mais de 10 anos;
- vii. Cerca de 20% da população afirma que, pelo menos um elemento do agregado familiar fuma dentro de casa;
- viii. Aproximadamente 19% da população afirma que, pelo menos, um elemento do agregado familiar fuma dentro do carro;
- ix. A exposição ao fumo do tabaco foi mencionada por 47% da população;

- x. Estima-se que fumam diariamente: a) 16,6% dos hipertensos; b) 37,4% das pessoas que sofrem de bronquite crónica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ou enfisema; c) 9% dos doentes coronários com angina de peito; d) 17,7% das pessoas que já sofreram um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM); e) 17,8% dos diabéticos; f) 14,8% das pessoas que já sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC); h) 14,5% das pessoas que sofrem ou já sofreram de cancro, tal como evidenciado na figura seguinte.

Figura 21. Prevalência (%) do consumo diário de tabaco e patologia



Fonte: InReS Açores 2014

O consumo de tabaco, enquanto problema de saúde pública, repercute-se em várias áreas de intervenção, nomeadamente na área de intervenção da hipertensão, diabetes, doenças cérebro cardiovasculares, respiratórias, dependências, entre outras.

No ano de 2014, relativamente às ações de “Informação e educação para a saúde na área do tabagismo”, além das que foram realizadas individualmente nas consultas de saúde dirigidas aos jovens e adultos, bem como as de prevenção efetuadas na vigilância de saúde materna e saúde infantil na prevenção do consumo de tabaco, também foram realizadas várias intervenções nas escolas da Região.

No cumprimento dos objetivos em relação ao consumo de tabaco, em 2016 foram “Criadas, em todas as USI, consultas intensivas de cessação tabágica”. Os profissionais destas consultas usufruíram de formação específica e foi concebido, pela DRS, um

Manual para a uniformização dos registos no sistema informático *MedicineOne* - módulo da cessação tabágica.

Relativamente às consultas de cessação tabágica realizadas nas USI, o Quadro seguinte apresenta o número de consultas realizadas de 2014 a 2016.

Quadro 35. Número de consultas de cessação tabágica, 2014-2016

| Nº de consultas | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|
| USI São Miguel | 784 | 1 154 | 1 743 |
| USI Santa Maria | - | - | 40 |
| USI Terceira | - | - | 132 |
| USI Graciosa | - | - | 25 |
| USI São Jorge | - | - | 29 |
| USI Pico | - | - | 110 |
| USI Faial | 87 | 69 | 85 |
| USI Flores | - | - | 10 |
| USI Corvo | - | - | 6 |
| Total | 1 265 | 1 223 | 2 180 |

Fonte: DEPD/DRPCD

Podemos verificar que com a implementação destas consultas, o aumento da resposta tornou-se exponencial.

A DRS tem assegurado o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco nos Açores, quer pela participação da RAA em estudos nacionais, aplicação do primeiro InReS Açores 2014, bem como através do SVCRJ efetuado anualmente em todas as escolas.

Álcool

O consumo nocivo do álcool determina o aparecimento de várias doenças, constituindo, por isso, uma preocupação relevante ao nível da saúde pública, também na RAA.

Segundo o *Relatório Anual 2015 – A Situação do País em Matéria de Álcool* (RA – SPMA 2015) do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) são de salientar as heterogeneidades regionais entre o CT e as Regiões Autónomas, sendo este aspeto evidenciado, também, através das taxas regionais de

anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool. A nível regional este registo foi de 253,1 anos, por 100 000 habitantes. A prevalência de consumo de álcool ao longo da vida foi de 86,5%, nos últimos 12 meses foi de 80,2% e nos últimos 30 dias de 59,9%.

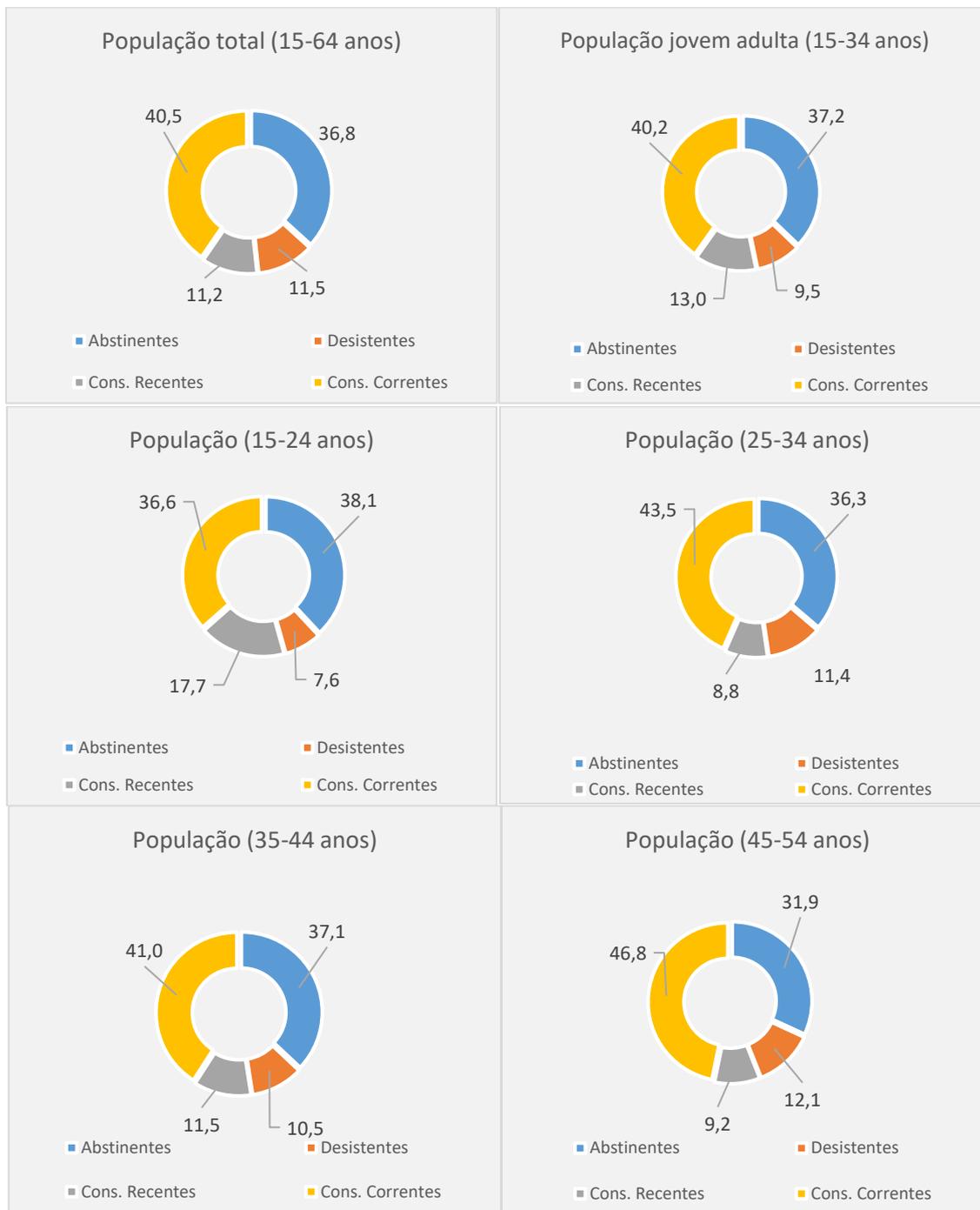
O INS 2014 revelou que 61,1% da população dos Açores bebeu pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos doze meses, sendo o consumo para os homens de 75,7% e para as mulheres de 47,4%. 31,3% dos homens e 8,6% das mulheres consome diariamente.

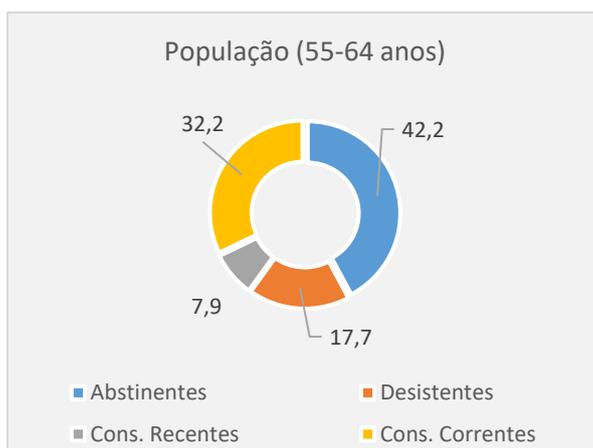
Os resultados do InReS Açores 2014 permitem concluir que:

- i. Nos 12 meses anteriores à entrevista, aproximadamente 15% dos residentes bebeu diariamente, pelo menos uma bebida alcoólica. A proporção de homens que bebeu diariamente (24,6%) é superior à das mulheres (6,4%). As bebidas de eleição daqueles que beberam diariamente foram o vinho (50,7%) e a cerveja (40,4%);
- ii. Cerca de 11% das pessoas que consomem álcool, declaram que ingerem 5 ou 6 copos de bebidas alcoólicas, numa única ocasião, 3 ou mais dias por mês;
- iii. Cerca de 30% das pessoas que consomem bebidas alcoólicas considera que bebe mais ao fim-de-semana, em comparação com os dias de semana, enquanto 18,4% declara só ingerir bebidas alcoólicas ao fim-de-semana.

Quanto à tipologia das experiências do consumo de bebidas alcoólicas, por grupo etário, atente-se nas Figuras seguintes:

Figura 22. Tipologia das experiências do consumo de bebidas alcoólicas, por grupo etário (%), na RAA, 2012



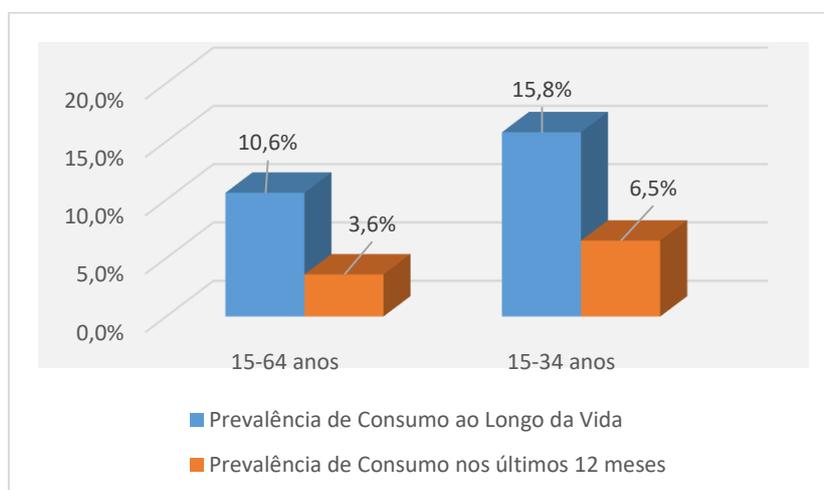


Fonte: Balsa et al., 2014/SICAD, in RA – SPMA 2015

1.5.2. Substâncias Ilícitas

O Relatório Anual 2015 – Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências (RA – SPMDT 2015) trata destas questões sob a perspectiva da caracterização e evolução da situação, contemplando alguma informação referente à RAA. Neste mesmo Relatório evidenciaram-se prevalências de consumo ao longo da vida e de consumo recente mais elevadas nos homens, para todas as drogas, apesar de alguns consumos no grupo feminino terem aumentado entre 2007 e 2012, contrariamente ao padrão geral de evolução. A RAA, entre outras, apresentou prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida e nos últimos 12 meses, quer para a população total, quer para a jovem adulta, conforme o representado na Figura que se segue:

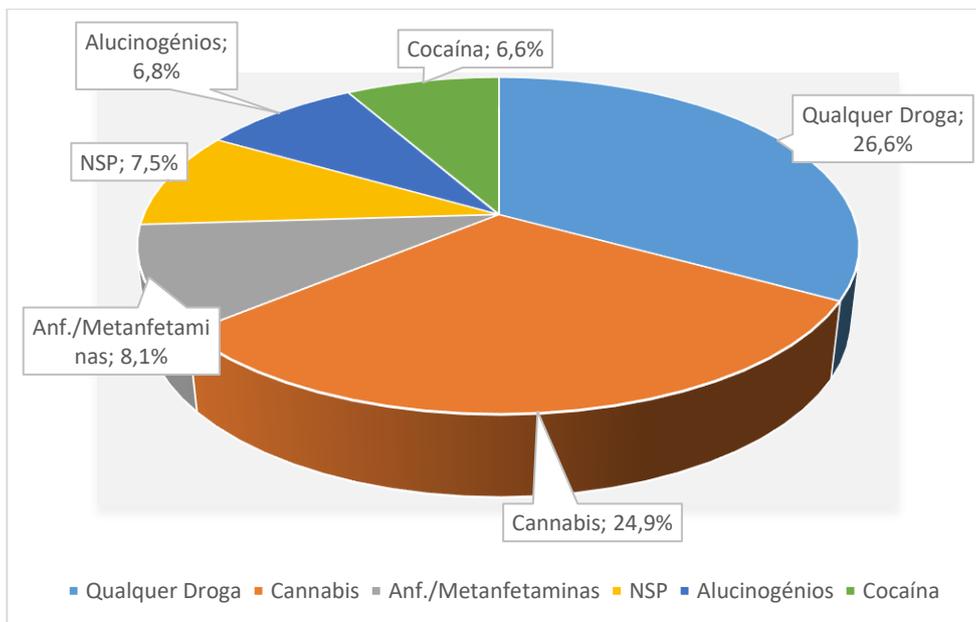
Figura 23. Prevalência de consumos na população geral (15-64 anos) e população jovem adulta (15-34 anos) na RAA, 2012



Fonte: RA – SPMDT 2015

Segundo o mesmo Estudo, são de notar também os consumos específicos para a Região de qualquer Droga, Cannabis e outras que não cannabis, cujo gráfico abaixo aponta para a prevalência nos últimos 12 meses, em 2015.

Figura 24. Prevalência de consumos nos últimos 12 meses (18 anos) para a RAA, 2015, (qualquer droga, cannabis, outras que não cannabis)



Fonte: RA – SPMDT 2015

Quanto às novas substâncias psicoativas em 2012, à semelhança das substâncias ilícitas, os consumidores eram maioritariamente jovens e do sexo masculino, apresentando a RAA prevalências de consumo ao longo da vida acima da média nacional. Porém os resultados dos estudos nacionais realizados em 2014 e 2015 nas populações escolares evidenciaram uma tendência de descida dos consumos por comparação a 2010, 2011 e 2012, a nível da grande maioria das substâncias e grupos etários.

1.5.3. Indicadores na Área das Dependências

Depois de exposta a realidade na RAA sobre o consumo de substâncias lícitas e ilícitas, cumpre analisar os indicadores de respostas de saúde existentes.

Os dados das Comissões de Dissuasão das Toxicodependências (CDT) nos três anos em análise encontram-se apresentados no Quadro seguinte.

Quadro 36. Número de casos notificados por Comissão para a Dissuasão das Toxicodependências, 2014-2016

| Número de indiciados por CDT: Casos notificados | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------------|------------|------------|
| CDT Angra do Heroísmo | 90 | 96 | 89 |
| CDT Horta | 28 | 29 | 35 |
| CDT Grupo Oriental | 259 | 261 | 295 |
| TOTAL | 377 | 386 | 419 |

Fonte: CDT

Atendendo aos valores apresentados, realça-se o crescimento do número de indiciados nas CDT da Horta e do Grupo Oriental, contrariamente à diminuição verificada na CDT de Angra do Heroísmo no ano de 2016. Na globalidade das CDT verifica-se um aumento da notificação de 11,1% entre o ano de 2014 e 2016.

No que concerne ao tratamento em regime ambulatorio destacam-se os programas de desabilitação e o tratamento de substituição opiácea (Quadro 37). Os dados demonstram que se verificou um aumento do número de utentes em tratamento de 2014 para 2016 em 7,1%.

Quadro 37. Número de utentes em tratamento em regime de ambulatorio, 2014 - 2016

| Tratamento em Regime Ambulatorio | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Centro de Adictologia da Horta | | | |
| Programa de Substituição Opiácea + Programa Livre de Drogas | 74 | 73 | 80 |
| ARRISCA | | | |
| Programa de Substituição Opiácea | 872 | 890 | 872 |
| Programa Livre de Drogas | 521 | 655 | 671 |
| Programa "Percursos" | | | |
| Programa de Substituição Opiácea + Programa Livre de Drogas | 452 | 468 | 442 |
| Santa Casa da Misericórdia da Povoação | | | |
| Ambulatorio | 14 | 17 | 15 |
| Utentes em fase de alta em ambulatorio | 6 | 4 | 0 |
| Utentes em programa | 28 | 28 | 27 |
| Total | 1 967 | 2 135 | 2 107 |

Fonte: DRPCD

Quanto ao movimento assistencial na RAA, no que respeita ao número de utentes em tratamento por internamento de longa duração em comunidade terapêutica, na Casa de Saúde de São Miguel e ambulatório, bem como ao número de consultas para a série de anos 2014-2016, o mesmo consta do Quadro abaixo. De referir que os valores incluem as consultas de enfermagem, das quais consta a Toma Observada Diária (TOD), o que se reflete no total geral em consultas.

Quadro 38. Movimento assistencial na RAA, 2014 -2016

| | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---------|---------|---------|
| Nº Total de Consultas (inclui as TOD) | 295 392 | 175 365 | 298 705 |
| Internamentos de Longa Duração /Comunidades Terapêuticas | 12 | 19 | 17 |
| Internamentos de curta e média duração na Casa de Saúde de São Miguel | 64 | 54 | 56 |
| Total de utentes tratados em Ambulatório | 1 947 | 2 114 | 2 092 |

Fonte: DRPCD

Quanto à reinserção, deve ser considerada parte integrante e complementar, não só do Tratamento, mas também das áreas da Prevenção, Dissuasão e Redução de Riscos e Minimização de Danos. No Quadro 39 verifica-se que no ano 2015 os utentes em centro de dia diminuíram, por terem transitado para programas de inserção. Assim, não podemos concluir a diminuição em centro de dia como uma diminuição no investimento da inserção, pois é o 1º nível pós-fase de estabilização.

Quadro 39. Número de intervenções em reinserção na toxicod dependência, 2014 - 2016

| Intervenções em Reinserção | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------------|------------|------------|
| ALTERNATIVA | | | |
| Programa de Reabilitação e Reinserção Social | 66 | 42 | 36 |
| ARRISCA | | | |
| Centro de Dia (presenças) | 502 | 344 | 448 |
| Total | 568 | 386 | 484 |

Fonte: DRPCD

1.5.4. Evidências e Análise Crítica

Vários estudos comprovam que a prevenção de CAD tem que ser feita o mais precocemente possível, sendo a escola considerada o meio de excelência para a intervenção nas camadas mais jovens da população.

No que respeita à área de intervenção da promoção da saúde em contexto escolar, tem vindo a ser realizadas atividades de educação para a saúde no âmbito prevenção dos consumos nocivos e dos comportamentos de risco, em estreita coordenação entre as Escolas e as US. No mesmo âmbito tem sido igualmente elaboradas parcerias e protocolos de cooperação entre as escolas e várias entidades regionais.

A área de intervenção nos CAD enquadra-se na Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco porque inclui outras áreas como a saúde infantojuvenil, saúde escolar, saúde materna e doenças infecciosas. Neste sentido, e de uma forma objetiva, o investimento nesta área tem sido complementado da seguinte forma:

- i. A nível da gravidez e período neonatal foi feita sensibilização sobre o impacto dos CAD na evolução da gravidez através das consultas de vigilância;
- ii. Nas crianças até aos 9 anos foram realizadas ações de sensibilização sobre consumo nocivo do álcool, tabaco e consumos de substâncias ilícitas, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos escolar e familiar;
- iii. Nos jovens dos 10 aos 14 anos foram realizadas ações de sensibilização sobre consumo de álcool (como o *binge drinking*), tabaco e consumos ilícitos, condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e/ou de medicamentos não prescritos, sexualidade e violência entre pares, com especial incidência nos contextos escolar e familiar;
- iv. É efetuada a articulação com os representantes da saúde nas CPCJ sempre que tal se justifica e são realizadas ações de educação para a saúde no contexto de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, no âmbito da saúde escolar;

- v. Nos jovens dos 15 aos 19 anos foram realizadas ações de sensibilização sobre consumo de álcool (como o *binge drinking*), tabaco e consumos ilícitos, condução sob o efeito do álcool, de substâncias psicotrópicas e ou de medicamentos, sexualidade e violência entre pares com especial incidência nos contextos escolar;
- vi. As ações realizadas aos jovens em idade escolar foram desenvolvidas pelas ESE, pelas equipas das unidades de saúde pública e equipas de saúde infantil das USI, envolvendo outras entidades;
- vii. Relativamente aos adultos já se encontram implementados mecanismos de referenciação em resposta ao surgimento de comportamentos aditivos com ou sem substâncias, nomeadamente o acesso a programas de desabituação e a tratamentos de substituição (Metadona);
- viii. Realizada sensibilização da população à deteção precoce do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), nomeadamente através das redes sociais, divulgando a realização dos testes rápidos nas USI;
- ix. Desde 2014 que se tem trabalhado no sentido da implementação de consulta específica de CAD em todas as USI, fazendo a devida formação aos profissionais que as constituem. Neste momento, esta consulta já existe nas USI de Santa Maria, Terceira, Graciosa, Pico, São Jorge e Flores. A administração da terapêutica de substituição é possível em sete das nove USI/CS. A administração da terapêutica de substituição na USI de São Miguel está a cargo da ARRISCA e na USI Faial a cargo do respetivo Centro de Adictologia;
- x. No âmbito da formação dos profissionais das USI nesta área salienta-se a realização do 1º Seminário de CAD da Região em setembro de 2016;
- xi. Estabelecidas parcerias, nomeadamente com o grupo dos Alcoólicos Anónimos da RAA e com a Casa de Saúde de São Rafael, ao longo do triénio, na intervenção da problemática do alcoolismo. Neste âmbito, importa referir a preparação da implementação do Fórum Regional do Álcool e Saúde;
- xii. Participação no Dia da Defesa Nacional com a aplicação de um módulo de comportamentos aditivos e dependências aos jovens com 18 e 19 anos, o

que permite a abrangência da totalidade dos jovens nestas idades na RAA, traduzindo-se num total de 3 286 jovens em 2015 e 3 391 em 2016.

As CDT têm investido no trabalho de dissuasão, redução do consumo de estupefacientes e substâncias psicoativas e dependências, a proteção sanitária dos consumidores e das populações e a prevenção da exclusão social. A Região tem três CDT, cujo âmbito territorial abrange todas as Ilhas.

Quanto à área do tratamento propriamente dita, existem várias modalidades, nas quais se destacam as intervenções psicossociais, a desabilitação e substituição opiácea, podendo ser feito em regime ambulatorio ou em internamento. O tratamento em regime de internamento pode ser de curta ou longa duração, exigindo que os utentes pernoitem na instituição. Estes programas têm como finalidade levar os utentes a absterem-se de consumir droga não permitindo tratamentos de substituição.

1.5.5. Recomendações

- Estabelecer linhas de ação prioritárias tendentes a uma melhor gestão e monitorização dos fatores de risco e proteção, nomeadamente para alguns grupos que se encontrem em maior situação de vulnerabilidade e/ou exclusão social, e associados a CAD;
- Melhorar a articulação com as equipas de saúde mental, principalmente em situações de duplo diagnóstico;
- Investir na reinserção social pelo seu carácter abrangente e transversal em toda a intervenção na problemática da toxicodependência;
- Melhorar a articulação entre a rede de serviços de saúde públicos e o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e social detetados.

1.6. Área de Intervenção nas Doenças Infeciosas

Um fator fundamental que objetiva a “Diminuição do número de internamentos por pneumonia” passa pela prevenção efetuada pela vacinação com a vacina da gripe e pela

administração da vacina pneumocócica. Como reportado no Quadro 40, todas as USI investiram em ações na área relativa à pneumonia, posicionando-se com percentagens de execução iguais ou superiores a 75%.

No que respeita a algumas das ações específicas, 100% (n=9) das USI executou a ação de “Informar a população em geral sobre os benefícios da vacinação contra a Gripe”. Têm sido utilizadas as redes sociais e redes oficiais do GRA, sendo ainda emanadas anualmente, circulares e orientações para os profissionais de saúde com as indicações das boas práticas, relativamente à vacinação contra a gripe.

Na época gripal 2013/2014 a RAA apresentou taxas de vacinação contra a gripe, dos indivíduos ≥ 65 anos, da ordem dos 39%. Em 2014/2015 a taxa foi de 42%, em 2015/2016 foi de 44% e na última época gripal (2016/2017) a taxa foi de 47%. Apesar de se ter verificado um aumento gradual da cobertura vacinal populacional, mantém-se o objetivo de vacinar pelo menos 60% dos indivíduos ≥ 65 anos.

Para um melhor entendimento, esta área de intervenção será analisada por patologia: a Pneumonia, a Tuberculose e Infeção pelo VIH/Síndrome Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Quadro 40. Execução das ações desenvolvidas na Área da Pneumonia

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Total das USIS | |
|--|----------------------------|-----------------|------|----------------|------|--------------|------|--------------|------|---------------|-------|----------|-------|-----------|------|------------|------|-----------|-------|----------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Diminuir o número de internamentos por Pneumonia | Executada | 11 | 91,7 | 9 | 75,0 | 9 | 75,0 | 6 | 50,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 9 | 75,0 | 7 | 58,3 | 12 | 100,0 | 9,7 | 80,6 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 25,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 2,8 |
| | Em execução | 1 | 8,3 | 0 | 0,0 | 3 | 25,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 41,7 | 0 | 0,0 | 1,0 | 8,3 |

Fonte: USI

1.6.1. Indicadores da Pneumonia

Um dos indicadores definidos para esta patologia consiste no número de internamentos, visível no Quadro abaixo.

Quadro 41. Número de internamentos por pneumonia em Hospital, 2014-2016

| Anos | HDES | | | HSEIT | | | HH | | |
|---|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Internamentos por Pneumonia (abaixo dos 70 anos de Idade) | 611 | 342 | 589 | 8 | 16 | 26 | 33 | 35 | 71 |

Fonte: Hospitais

Os episódios de internamentos de cidadãos residentes na RAA, com o diagnóstico principal de pneumonia, encontram-se contabilizados no Quadro seguinte.

Quadro 42. Número de episódios de pneumonia, por ilha de residência do utente, 2015-2016

| Local de Residência/Ilha | Nº de Episódios de Pneumonia | |
|--------------------------|------------------------------|------------|
| | 2015 | 2016 |
| Santa Maria | 2 | 8 |
| São Miguel | 573 | 504 |
| Terceira | 207 | 232 |
| Graciosa | 3 | 1 |
| São Jorge | 9 | 4 |
| Pico | 24 | 59 |
| Faial | 85 | 120 |
| Flores | 1 | 5 |
| Corvo | 1 | 0 |
| Total | 905 | 933 |

Fonte: Base de dados GDH

De salientar, o investimento na consolidação e alargamento das consultas de cessação tabágica na RAA, apresentando desde julho de 2016, uma cobertura nas USI de 100%.

Relativamente à informação sobre os malefícios do uso do tabaco à população jovem e adulta, reforçando a componente antitabágica nos programas de saúde escolar e nos

locais de trabalho, importa salientar que sete USI identificam esta ação como executada no triénio 2014-2016. As restantes duas USI consideram esta ação, desde 2014, em execução.

Pela observação do Quadro seguinte é possível analisar a identificação dos utentes com quantificação dos hábitos tabágicos. Embora ainda distante de valores considerados aceitáveis, é de salientar o aumento de 11,2%, de 2015 para 2016, na proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos três anos. Estes valores coincidem com a cobertura gradual de consultas de cessação tabágica nas USI.

Quadro 43. Proporção de inscritos com hábitos tabágicos, 2014-2016

| Ano | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|--------|--------|--------|
| Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos | 0,58% | 1,37% | 12,57% |
| Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano | 36,89% | 38,53% | 34,13% |

Fonte: SISA

Qualquer profissional de saúde pode realizar, na sua consulta, uma intervenção no tabagismo, denominada por “intervenção breve”, só podendo realizar uma consulta intensiva de cessação tabágica os profissionais com formação e que fazem parte integrante de uma equipa multidisciplinar. De qualquer modo, é de realçar em 2016 o aumento da proporção de inscritos com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos.

1.6.2. Ações na Tuberculose

As ações para o objetivo de “Reduzir o número de novos casos de tuberculose” foram implementadas em todas as USI com uma percentagem média de execução 77,78%, denotando-se que em 77,77% delas foram executadas a 100%. O objetivo de “Combate à transmissão e desenvolvimento da resistência aos fármacos” também apresentou uma execução média de 69,44% em todas as USI.

Neste sentido, além da contínua implementação efetiva do Plano Regional de Vacinação, em 2014 foi realizada “Formação sobre tuberculose aos profissionais de saúde das USI e Hospitais”. Esta ação permitiu a “Corresponsabilização das US na luta antituberculose”, tendo dado origem à Circular Normativa n.º 4, de 24 de Março de 2015 da DRS, sobre a definição de redes de diagnóstico, notificação, tratamento e controlo da tuberculose na RAA.

Conforme previsto nas ações do PRS para a tuberculose, foi “Implementado na RAA o Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TB)”. A notificação da Tuberculose passou a ser efetuada através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

Quadro 44. Execução das ações desenvolvidas na Área da Tuberculose

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|--|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|------|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Reduzir o número de novos casos de Tuberculose | Executada | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | 9 | 100,0 | 7,0 | 77,8 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,0 | 11,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0,3 | 3,7 |
| Reduzir a prevalência da tuberculose, bem como a transmissão da doença prevenindo, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de resistência aos fármacos | Executada | 9 | 75,0 | 12 | 100,0 | 9 | 75,0 | 9 | 75,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 6 | 50,0 | 6 | 50,0 | 12 | 100,0 | 8,3 | 69,4 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,3 | 11,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 25,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 50,0 | 0 | 0,0 | 1,0 | 8,3 |

Fonte: USI

1.6.3. Indicadores sobre Tuberculose

Relativamente à taxa de cobertura da vacina BCG, e tendo em conta as avaliações do PRV, em 2014 foi de 99,7%, em 2015 de 99,8% e em 2016 de 99,9%.

Atendendo que estamos perante uma Doença de Declaração Obrigatória (DDO), deve ser reportada informação frequente, regular e temporalmente adequada relativamente aos casos de doença individuais é considerada necessária para a sua prevenção e controlo. Pelo que o Quadro 45 discrimina os principais casos da RAA.

Quadro 45. Principais casos de doenças de declaração obrigatória na RAA, 2014-2016

| DDO | 2014 | 2015 | 2016 ¹⁵ |
|--------------------------|------|------|--------------------|
| Tuberculose respiratória | 32 | 36 | 25 |
| Leptospirose | 3 | 37 | 47 |
| Hepatite C | 4 | 17 | 30 |

Fonte: SReS/DEPD, SINAVE

1.6.4. Ações sobre o VIH/SIDA

As ações destinadas ao objetivo de “Diminuir o risco de infeção pelo VIH/SIDA” foram desenvolvidas por 100% (n=9) das USI. No que diz respeito ao objetivo de “Melhorar a eficiência do SRS na prevenção, combate e tratamento”, também se evidencia o investimento efetuado, dado que 88,88% das USI apresentou 100% de execução das ações.

A promoção de ações de “Educação para a saúde no contexto da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis” foi executada por 88,88% (n=8) das USI, estando em execução na restante. Estas ações foram desenvolvidas essencialmente em âmbito escolar na temática relativa à saúde afetivo-sexual.

A promoção de ações de “Educação para a saúde sobre a importância da vacinação contra a Hepatite A e Hepatite B, aos grupos vulneráveis”, é efetuada maioritariamente em contexto de vigilância de saúde e foi executada por 88,88% (n=8) das USI.

¹⁵ Dados provisórios obtidos do SINAVE

A “Promoção de campanhas de sensibilização em parceria com instituições públicas e privadas da RAA, no sentido da prevenção da infeção pelo VIH/SIDA e da Hepatite” foi executada por 66,66% das USI ao longo do período em apreço. Em igual percentagem de execução se encontra a “Prevenção da infeção pelo VIH/SIDA nos utilizadores de droga injetáveis e o estímulo do acesso da população à deteção precoce do VIH”.

Quadro 46. Execução das ações desenvolvidas na Área do VIH/SIDA

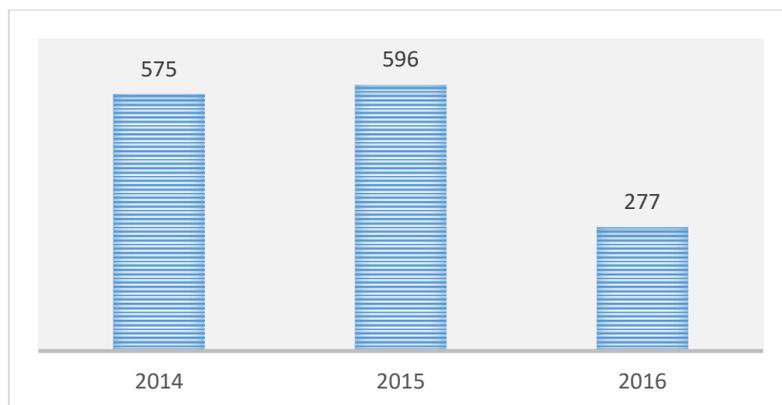
| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Ma ia | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Diminuir o risco de infeção pelo VIH/SIDA | Executada | 12 | 80,0 | 12 | 80,0 | 9 | 60,0 | 9 | 60,0 | 12 | 80,0 | 15 | 100,0 | 6 | 40,0 | 6 | 40,0 | 15 | 100,0 | 10,7 | 71,1 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 20,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 20,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,7 | 4,4 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 20,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 8 | 53,3 | 0 | 0,0 | 1,2 | 8,1 |
| Melhorar a eficiência do SRS na prevenção, combate e tratamento ao VIH/SIDA | Executada | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 2 | 66,7 | 3 | 100,0 | 2,6 | 85,2 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 11,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0,1 | 3,7 |

Fonte: USI

1.6.5. Indicadores sobre o VIH/SIDA

No que a esta área diz respeito, o número de testes de rastreio de VIH, realizados nas USI, manteve-se constante entre 2014 e 2015 e reduziu para 277 em 2016.

Figura 25. Número de testes de VIH rastreados nas Unidades de Saúde de Ilha, 2014-2016



Fonte: USI

1.6.6. Evidências e Análise Crítica

Os grupos de risco e as orientações para a vacinação com a vacina pneumocócica estão devidamente definidas pelas Circulares Normativas n.º 15, de 03 julho de 2015, n.º 23, de 12 de novembro de 2015 e n.º 24, de 13 de novembro de 2015.

Os casos de Tuberculose na RAA, desde 2014, encontram-se subscritos às ilhas de São Miguel, Terceira, Graciosa e Faial, pelo que é de esperar que algumas das USI tenham considerado como não executadas, ou executadas parcialmente algumas das ações. Os princípios definidos para o tratamento da tuberculose, consagrados no Programa Global de Controlo da Tuberculose da OMS, iniciaram o seu processo de aplicação no estabelecimento prisional de Ponta Delgada.

No que concerne ao VIH/SIDA e Hepatite, salienta-se o protocolo existente entre a DRS, Saudaço e a Associação de Planeamento Familiar e Saúde Sexual e Reprodutiva dos Açores. Esta Associação tem desempenhado um papel fundamental na abordagem da infeção pelo VIH/SIDA e da Hepatite, sobretudo junto dos grupos vulneráveis das ilhas de São Miguel e Terceira. Também é feita a cooperação com os diferentes recursos

locais, através de protocolos e ou parcerias, nomeadamente com as ESE que fazem uma abordagem à sexualidade e à saúde reprodutiva e planeamento familiar.

Tendo em conta o objetivo de melhorar a eficiência do SRS na prevenção, combate e tratamento ao VIH/SIDA importa referir que, desde 2015 que a DRS, em parceria com a Saudaçor, tem trabalhado no sentido da implementação do Sistema Informático VIDA (SI.VIDA) na RAA, bem como efetuou um Protocolo com a DGS que permite a adoção na RAA de boas práticas para várias patologias.

1.6.7. Recomendações

- Aumentar a cobertura vacinal contra a gripe e vacinação pneumocócica principalmente nos indivíduos ≥ 65 anos;
- Melhorar a identificação e o registo dos utentes com quantificação dos hábitos tabágicos para posterior encaminhamento para a consulta antitabágica;
- Potencializar os testes rápidos de VIH nas USI - deteção precoce.

1.7. Área de Intervenção na Prevenção de Acidentes

A maioria dos acidentes deve-se a faltas de atenção por parte dos adultos e menosprezo por riscos comuns. As ações enquadradas no objetivo “Diminuição da mortalidade e incapacidade por acidentes de viação” foram cumpridas, na sua quase totalidade pelas USI, havendo 88,88% (n=8) das USI com 100% das ações executadas (Quadro 48).

No âmbito das ações de “Sensibilização para o transporte de crianças de forma correta e segura” é de salientar a implementação, em 2016, do projeto “Bebés, Crianças e Jovens em Segurança” da DGS em São Miguel. Foi realizada uma formação, promovida pela DRS, a profissionais da área da Pediatria/Saúde Infantil e Saúde Pública do grupo oriental.

O cumprimento das ações previstas nos objetivos de “Diminuir a mortalidade e incapacidade por acidentes de trabalho” e de “Capacitação de profissionais de saúde na atuação na prevenção de acidentes e para estimular a organização de Gabinetes de

Saúde Ocupacional no âmbito do SRS” encontram-se em processo de execução em (88,88%) das USI.

Como se pode observar no seguinte Quadro, os dados relativos aos anos potenciais de vida perdidos, por acidentes de transporte, tem apresentado alguma variação ao longo dos anos.

Quadro 47. Evolução dos anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte, 2004-2014

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| APVP por acidentes de transporte abaixo dos 70 anos (/100.000 hab.) | 710,4 | 457,3 | 443,5 | 376,2 | 234,8 | 185,9 | 145,0 | 438,9 | 202,1 | 361,1 | 200,7 |

Fonte: INE

Quadro 48. Execução das ações na Área de Intervenção na Prevenção de Acidentes

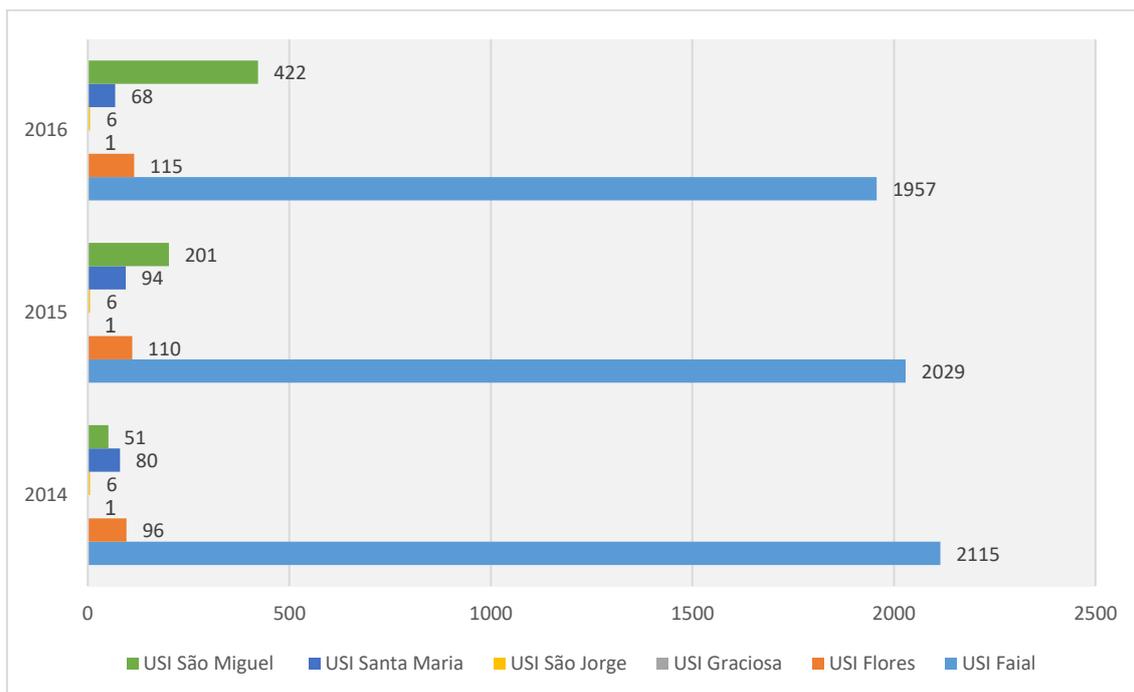
| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Diminuir a mortalidade e incapacidade por acidentes de viação | Executada | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 2 | 66,7 | 3 | 100,0 | 2,6 | 85,2 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,1 | 0 | 0,0 | 0,4 | 11,3 |
| Diminuir a mortalidade e incapacidade por acidentes de trabalho | Executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 2 | 33,3 | 2 | 33,3 | 6 | 100,0 | 3 | 50,0 | 1 | 16,7 | 6 | 100,0 | 2,6 | 42,6 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,9 | 14,8 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 83,3 | 0 | 0,0 | 0,6 | 9,3 |

Fonte: USI

1.7.1. Indicadores da área de Intervenção na Prevenção de Acidentes

Tendo em consideração os dados fornecidos, relativamente ao número de sessões/ações de sensibilização efetuadas no âmbito da prevenção de acidentes é de salientar o investimento feito pela USI Faial ao longo dos três anos em análise.

Figura 26. Número de sessões/ações de sensibilização efetuadas no âmbito da prevenção de acidentes, 2014-2016



Fonte: USI

Até ao ano de 2016, as USI com Gabinetes de Saúde Ocupacional implementados são o HDES, HSEIT e USI São Miguel.

1.7.2. Evidências e Análise Crítica

Os acidentes de trânsito são um grave problema de saúde pública com impacto na vida pessoal e familiar das vítimas, nos sistemas de saúde e de proteção social.

Segundo dados do INE, na RAA, a mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos tem apresentado, genericamente, tendência decrescente, constatando-se que em 2011 a taxa por 100000 habitantes era de 10,1. Em 2012 o valor baixou para os 5,4, situando-se em 2014 nos 6,2.

1.7.3. Recomendações

- Valorizar a saúde ocupacional nas unidades de saúde da RAA;
- Proceder à identificação das necessidades de formação dos profissionais de saúde do SRS, na área da prevenção de acidentes e em saúde e higiene do trabalho, através dos núcleos de formação profissional de cada USI;
- Fomentar campanhas de sensibilização para a prevenção de acidentes rodoviários;
- Fomentar Planos de Prevenção de acidentes de trabalho nas Empresas;
- Apostar numa abordagem multiprofissional e intersectorial das várias entidades públicas, privadas e do sector social, bem como da sociedade civil para a realização de ações no sentido de diminuir a mortalidade e incapacidade por acidentes de trabalho.

1.8. Área de Intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo

De todas as USI, 55,55% (n=5) apresenta 100% das ações executadas, e das quatro restantes, a percentagem de execução é superior a 55%, perfazendo uma execução média neste período de 87,04% de todas as ações previstas no PRS (Quadro 49).

As ações destinadas para esta área incidiram na informação e formação às pessoas idosas, às suas famílias e aos seus cuidadores, dando resposta ao objetivo de capacitação para a promoção do envelhecimento ativo.

Todas as USI realizaram ações de “Informação e formação às pessoas idosas” sobre atividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar. As temáticas “Estimulação das funções cognitivas”, Manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase de reforma” e “Utilização, em segurança, dos transportes rodoviários” e “Promoção e recuperação da saúde Oral” são aquelas que necessitam de maior investimento por parte das USI.

Quadro 49. Execução das ações na Área de Intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|------|----------------|-------|--------------|------|--------------|------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Capacitar as pessoas idosas/ famílias/ cuidadores no sentido da promoção do envelhecimento ativo | Executada | 36 | 66,7 | 54 | 100,0 | 48 | 88,9 | 30 | 55,6 | 54 | 100,0 | 54 | 100,0 | 54 | 100,0 | 39 | 72,2 | 54 | 100,0 | 47,0 | 87,0 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 11,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 14 | 25,9 | 0 | 0,0 | 2,2 | 4,1 |

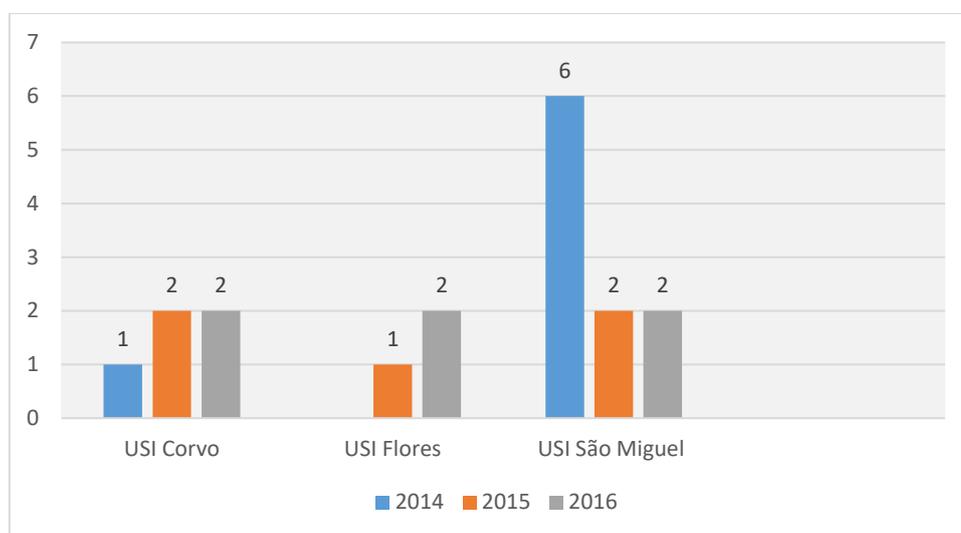
Fonte: USI

1.8.1. Indicadores da área de intervenção na Promoção do Envelhecimento

Ativo

A intervenção relativa à informação na área da promoção do envelhecimento ativo, é muitas vezes realizada em contexto de vigilância de saúde e/ou cuidados domiciliários, pelo que a contabilização do número de sessões realizadas nem sempre é efetuada separadamente. Desta forma, na (Figura 27) refletem-se apenas três USI.

Figura 27. Número de formações realizadas aos idosos, familiares e cuidadores, 2014-2016



Fonte: USI

O grau de satisfação das pessoas idosas (mais de 65 anos) relativamente à prestação de cuidados de saúde do SRS encontra-se no Quadro seguinte:

Quadro 50. Grau de satisfação da população idosa com os cuidados de saúde do Serviço Regional de Saúde

| | | Grupo etário | 65-69 anos | 70 -74 anos |
|--|--------------------------|--------------|------------|-------------|
| Em que medida se considera satisfeito com a prestação de cuidados de saúde no Serviço Regional de Saúde? | Não sabe/ Não responde | | 1,1% | 3,0% |
| | Nada satisfeito(a) | | 4,5% | 5,7% |
| | Pouco satisfeito(a) | | 25,7% | 17,5% |
| | Satisfeito(a) | | 52,7% | 57,5% |
| | Muito satisfeito(a) | | 3,7% | 8,5% |
| | Totalmente satisfeito(a) | | 12,3% | 7,7% |
| | Total | | 100% | 100% |

Fonte: InReS Açores 2014

1.8.2. Evidências e Análise Crítica

Salienta-se nesta área, o trabalho desenvolvido por parte das USI em apreço, na capacitação das pessoas idosas, famílias e cuidadores no sentido da promoção do envelhecimento ativo.

De evidenciar, que de uma forma indireta, as ações previstas e executadas nas Áreas de Intervenção da Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas, Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro Cardiovasculares, Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas, Prevenção de Comportamentos de Risco e restantes áreas de intervenção da Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável concorrem, significativamente para um envelhecimento saudável e ativo ao longo da vida.

1.8.3. Recomendações

- Fomentar estratégias de formação e de alívio da sobrecarga dos cuidadores familiares;
- Reforçar a envolvimento dos profissionais de saúde em formação aos idosos, familiares e cuidadores informais;
- Adotar soluções para o acesso a cuidados de reabilitação por pessoas idosas, maximizando a utilização dos recursos disponíveis;
- Promover planos de formação de preparação para a reforma, tanto nos locais de trabalho como noutros locais da comunidade.

2. Estratégia Regional de Combate às Doenças Crônicas

2.1. Área de Intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes Mellitus

Ao analisar a globalidade das ações executadas pelas USI (Quadro 52), integradas nos objetivos definidos para esta área, identificamos que para a “Redução da incidência de diabetes” entre 2014 e 2016 encontram-se executadas, parcialmente executadas e em execução cerca de 86% de todas as ações previstas. Da mesma forma, com uma percentagem de 85% estão em execução as ações relativas ao objetivo de “Diminuição das complicações vasculares indutoras de morbidade e mortalidade”.

Entre 2014 e 2016, todas as USI (100%; n=9) desenvolveram ações de “Divulgação, junto das respetivas comunidades, informação sobre diabetes e sobre os seus fatores de risco”. A DRS, entre 2014 e 2016, efetuou várias publicações sobre diabetes, nas redes sociais e institucionais no sentido de divulgar informação sobre a temática.

No que respeita ao “Diagnóstico precoce de diabetes”, 77,8% das USI (n=7) considera que os seus profissionais de saúde realizaram esta atividade nos três anos em análise.

O “Diagnóstico e conduta na diabetes gestacional” plasmado nas orientações da Norma n.º 7, da DGS, de 31 de janeiro de 2011, é seguido por 100% das USI (n=9) desde 2014.

A “Definição do grau de risco de diabetes em dez anos”, através da aplicação do questionário de risco, é uma ação particularmente importante para a identificação das pessoas potencialmente diabéticas ou pré-diabéticas. Verificou-se que 33,3% (n=3) afirma que, entre 2014 e 2016, o grau de risco de diabetes dos seus utentes, em dez anos, foi determinado através do questionário de risco. Uma USI implementou-a em 2015 e 2016 e outra tem esta ação parcialmente executada no período em análise.

Uma das ações delineadas para promover a redução da incidência de diabetes prende-se com a “Comemoração de dias Mundiais e Nacionais” relacionados com fatores de risco para esta patologia, pelo que se constatou que, em 2014, 77,8% das USI (n=7) assinalou estas efemérides. Em 2015 e 2016 todas as USI 100%; (n=9) realizaram atividades para assinalar estas datas.

Das várias atividades no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Diabetes, a título de exemplo, enunciam-se:

- i. Foi criado, em 2014, um novo Guia da Pessoa com Diabetes, que resultou da integração dos conteúdos constantes do Guia do Diabético e do Diário do Diabético. Assim, propôs-se às USI a convocatória de todas as pessoas com Diabetes, para entrega deste Guia e para consulta de enfermagem, considerando um Manual com orientações também elaborado pela DRS;
- ii. Em 2015, foi levada a cabo a iniciativa *Showcooking* para Diabéticos, da responsabilidade da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), envolvendo diretamente os utentes e os profissionais de saúde, com uma forte componente de educação para a saúde. Replicou-se a iniciativa em três ilhas: Graciosa, Pico e Terceira;
- iii. Em 2016, a DRS, em parceria com o HSEIT e com a Associação dos Diabéticos Açorianos, desenvolveu uma atividade onde foi possível conhecer melhor a diabetes e as suas complicações, bem como as estratégias para a sua prevenção e para viver com a doença. Participaram, na dinamização do evento, profissionais de saúde de várias especialidades, sendo que, em termos da área da nutrição foram prestados esclarecimentos sobre alimentação na diabetes e sobre a contagem de hidratos de carbono e de açúcares nos alimentos. Considerando a sugestão da *International Diabetes Federation* de iluminar de azul monumentos ou edifícios, para comemorar este dia, a DRS iluminou o edifício do Solar dos Remédios. O edifício do HSEIT também foi iluminado. A DRS convidou ainda várias entidades da Ilha Terceira a juntarem-se à iniciativa, designadamente as Câmaras Municipais, para iluminarem não só os seus edifícios, mas também alguns monumentos emblemáticos dos respetivos concelhos, e solicitou a todos os serviços de saúde do SRS a adesão à iniciativa.
- iv. Em 2016, o Dia Mundial da Saúde teve como tema “Vencer a Diabetes”, pelo que a DRS promoveu a dinamização de várias atividades em articulação com várias USI:

- Na USI Flores e São Jorge - Cuidados na Diabetes;
- Na USI de São Miguel - *Showcookings*;
- Na USI Corvo - Lanche saudável.

Dando também enfoque ao objetivo de “Reduzir a incidência das complicações micro e macro-vasculares da diabetes, promovendo a diminuição da morbidade e da mortalidade” por esta doença, foram várias as ações definidas para o efeito.

De acordo com os dados obtidos, 77,8% das USI (n=7) tem implementada uma “Consulta transdisciplinar de diabetes” desde 2014. Uma das USI assume que 2014 e 2015 correspondeu a um período de estruturação e consolidação da consulta, tendo a mesma entrado em efetivo funcionamento em 2016. Constata-se ainda que outra das USI tem esta ação parcialmente executada no período em análise.

Em novembro de 2015 retomou-se o “Diagnóstico Sistemático da Retinopatia Diabética na RAA (DSRD)”, rastreio este operacionalizado pela DRS em articulação com as USI da RAA. Neste contexto, foi revisto o “Manual de Procedimentos” produzido em 2011 para a primeira volta do rastreio, o qual foi adaptado para cada USI.

De novembro de 2015 a dezembro de 2016, foram abrangidas pelo DSRD as ilhas Terceira, Faial, Pico, São Jorge, Flores, Graciosa e Santa Maria. Na ilha do Corvo, a respetiva USI assegura o rastreio aos diabéticos elegíveis. No quadro infra, apresentam-se as taxas de adesão ao rastreio, por ilha.

Quadro 51. Adesão dos diabéticos elegíveis para o Diagnóstico Sistemático da Retinopatia Diabética, 2015-2016

| Ilha | Concelho | Nº de diabéticos elegíveis/convocados | Nº de diabéticos rastreados | Adesão ao rastreio |
|---------------------|-------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Santa Maria | Vila do Porto | 559 | 433 | 77,50% |
| Terceira | Angra do Heroísmo | 2 318 | 1 570 | 67,70% |
| | Praia da Vitória | 1 708 | 1 033 | 60,50% |
| Graciosa | Santa Cruz | 400 | 315 | 78,80% |
| São Jorge | Calheta | 207 | 169 | 81,60% |
| | Velas | 384 | 299 | 77,86% |
| Pico | Lajes | 512 | 352 | 68,80% |
| | Madalena | 739 | 546 | 73,90% |
| | São Roque | 439 | 283 | 64,50% |
| Faial | Horta | 1 018 | 691 | 67,90% |
| Flores | Santa Cruz | 324 | 151 | 46,60% |
| Total da RAA | | 8 608 | 5 842 | 67,90% |

Fonte: DRS

A ação de “Avaliação do risco do pé diabético, das pessoas com diabetes”, no ano 2014, efetuou-se em 88,9% das USI (n=8). Em 2015 e 2016, todas as USI relatam que este procedimento fazia parte da vigilância de saúde das pessoas com diabetes acompanhadas pelos seus profissionais de saúde. A DRS dinamizou duas ações de formação, no âmbito da implementação da consulta do pé diabético, uma na ilha Terceira (2015) e outra na ilha do Faial (2016), ambas da responsabilidade da APDP. Em 2016, foi ainda promovido o curso “Pé diabético e úlcera por pressão”, dirigido aos profissionais de enfermagem da consulta de suporte à decisão no tratamento de feridas da RAA.

Apurou-se que, em 2014, o “Rastreio sistemático da nefropatia diabética” era realizado em 33,3% das USI (n=3). Em 2015, este valor aumentou para 55,6% (n=5), tendo-se mantido em 2016. Considerando os três anos em avaliação, 22,2% das USI (n=2) assume que esta ação se encontra parcialmente executada.

Em termos de divulgação de documentos orientadores no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com diabetes, sublinha-se que está prevista, desde 2014, no PRS, a “Implementação nos serviços de saúde da RAA do Processo Assistencial Integrado (PAI) para a Diabetes *Mellitus* tipo 2”, constatando-se que um terço das USI (33,3%; n=3)

implementou o referido PAI ainda em 2014, constatando-se que este valor aumentou para 44,4% (n=4) em 2015, atingindo em 2016, os 66,7% (n=6).

As “Normas de Orientação Clínica”, tendo em vista o controlo metabólico das pessoas com diabetes, sustentam a atividade assistencial dos profissionais de saúde de 88,9% (n=8) das USI. Uma das USI considera que nem todos os seus CS aplicam este princípio, encontrando-se a decorrer a sua execução. No âmbito da introdução de boas práticas relacionadas com o controlo metabólico das pessoas com diabetes pode salientar-se, em 2016, a divulgação, pela DRS, a todos os serviços de saúde da RAA do “Manual Contagem de Hidratos de Carbono na Diabetes *Mellitus* para profissionais de saúde”.

Em 2014, teve início o processo de implementação do Centro de Tratamento para a Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina dos Açores (CTPSCIA), sediado no HDES. Neste contexto, foi estabelecido um Acordo de Cooperação com o objetivo de assegurar a colaboração entre a DRS, o HDES e a APDP (um dos CTPSCI reconhecidos pela DGS), com o intuito de promover o acesso ao mesmo pelos utentes do SRS, onde ficaram estabelecidos os procedimentos de encaminhamento de utentes elegíveis para o tratamento até à entrada em funcionamento do CTPSCIA.

Ainda no âmbito da implementação do CTPSCIA, e após a identificação dos profissionais a integrar o mesmo (médicos, enfermeiros e nutricionistas), processo que ficou a cargo do Serviço de Endocrinologia e Nutrição (HDES), foram promovidos dois momentos de formação da equipa, um teórico em 2015, no HDES, e um prático em 2016, na APDP. Atualmente o CTPSCIA já se encontra em pleno funcionamento.

A DRS promoveu ou colaborou em iniciativas de âmbito nacional relacionadas com a diabetes, como sejam o *Estudo sobre a Prevalência da Neuropatia Diabética* (PREVANEDIA) e o Projeto Não à Diabetes, Desafio *Gulbenkian*, em que participaram os municípios de Ponta Delgada e Praia da Vitória.

A nível regional, a DRS tem vindo a apoiar iniciativas desenvolvidas pelas unidades de saúde da região no âmbito da prevenção e da diabetes, como sejam as 10^a e 11^a Semanas Educativas dos Açores para Jovens Diabéticos Tipo 1, que decorreram em 2014 e 2016, respetivamente, da responsabilidade do Serviço de Endocrinologia e Nutrição do HDES.

Quadro 52. Execução das ações desenvolvidas na Área de Intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes *Mellitus*

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USIG | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|--|----------------------------|-----------------|------|----------------|------|--------------|------|------|------|---------------|-------|----------|-------|-----------|------|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Reduzir a incidência da diabetes | Executada | 9 | 60,0 | 12 | 80,0 | 12 | 80,0 | 12 | 80,0 | 15 | 100,0 | 14 | 93,3 | 13 | 86,7 | 9 | 60,0 | 15 | 100,0 | 12,3 | 82,2 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 20,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 2,2 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 20,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 2,2 |
| Reduzir a incidência das complicações micro e macro - vasculares da diabetes e deste modo reduzir também a morbilidade e mortalidade por diabetes. | Executada | 9 | 60,0 | 3 | 20,0 | 13 | 86,7 | 12 | 80,0 | 10 | 66,7 | 15 | 100,0 | 13 | 86,7 | 3 | 20,0 | 15 | 100,0 | 10,3 | 68,9 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 12 | 80,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,9 | 12,6 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 46,7 | 0 | 0,0 | 0,8 | 5,2 |

Fonte: USI

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

Os resultados dos indicadores delineados para avaliar as ações da área de intervenção, prevenção e controlo da diabetes *Mellitus*, designadamente os que fazem parte do PAI, encontram-se descritos seguidamente.

Em 2015 encontravam-se registados, nas USI da RAA, 17 070 utentes com diagnóstico de diabetes (classificação ICPC2: T90 – diabetes tipo 2; T89 – diabetes tipo 1), num universo de 281 553 inscritos e, em 2016, 18 826 utentes, num universo de 279 687 inscritos. Estes dados resultam em prevalências de diabetes diagnosticada e registada de 6,06% e 6,73%, respetivamente.

De acordo com os dados obtidos através dos registos no *MedicineOne*, a proporção de diabéticos tipo 2, em 2015, era de 93,7% (n=15 995) e, em 2016, de 94,8% (n=17 857).

O número de novos casos de diabetes aumentou de 2 468, em 2015, para 2 474, em 2016, pelo que a incidência anual da patologia foi de 0,88%. Estima-se que, em 2015, por cada 100 000 habitantes na RAA, tenham sido diagnosticados cerca de 877 novos casos de diabetes. Em 2016, o número estimado de novos casos de diabetes por 100 mil habitantes foi de 885.

Quadro 53. Indicadores epidemiológicos da diabetes, 2015-2016

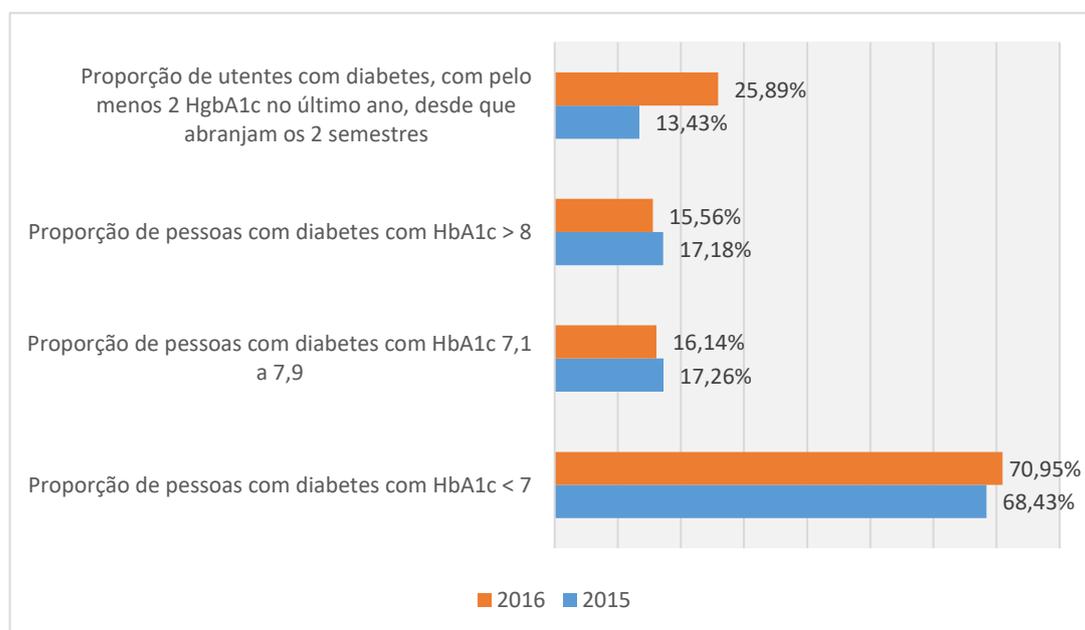
| Indicador | Resultados | |
|---|------------|--------|
| | 2015 | 2016 |
| Prevalência da diabetes tipo 1 e 2 | 6,06% | 6,73% |
| Incidência da diabetes tipo 1 e 2 | 0,88% | 0,88% |
| Nº de pessoas com diabetes registadas nas USI | 17 070 | 18 826 |

Fonte: SISA

O teste de hemoglobina glicada A1c (HbA1c) é um dos instrumentos mais importantes para avaliar o controlo glicémico da pessoa com diabetes e, também, para confirmar o diagnóstico de diabetes ou de pré-diabetes.

Dos utentes com hemoglobina glicada A1c (HbA1c) registada em 2015 (36,43%; n=6 218), 68,43% apresentou valores de HbA1c ≤ 7 ; 17,26% com HbA1c > 7 e < 8 e 17,18% com HbA1c ≥ 8 (Figura 28). Em 2016, constatou-se o registo dos valores de HbA1c em 37,42% (n=7 044) dos diabéticos. Neste ano, a proporção de utentes diabéticos com HbA1c ≤ 7 foi de 70,95%; com HbA1c > 7 e < 8 , 16,14% e HbA1c ≥ 8 , 15,56%. No que respeita à existência de, pelo menos, 2 registos de HbA1c, abrangendo os dois semestres do ano, evidenciou-se que, em 2015, 13,43% (n=2 634) dos utentes com diagnóstico de diabetes possuíam este registo e que, em 2016, esta proporção aumentou para 25,89% (n=4 874).

Figura 28. Monitorização da Hemoglobina Glicada A1c (HbA1c) nas pessoas com diabetes na RAA, 2015- 2016

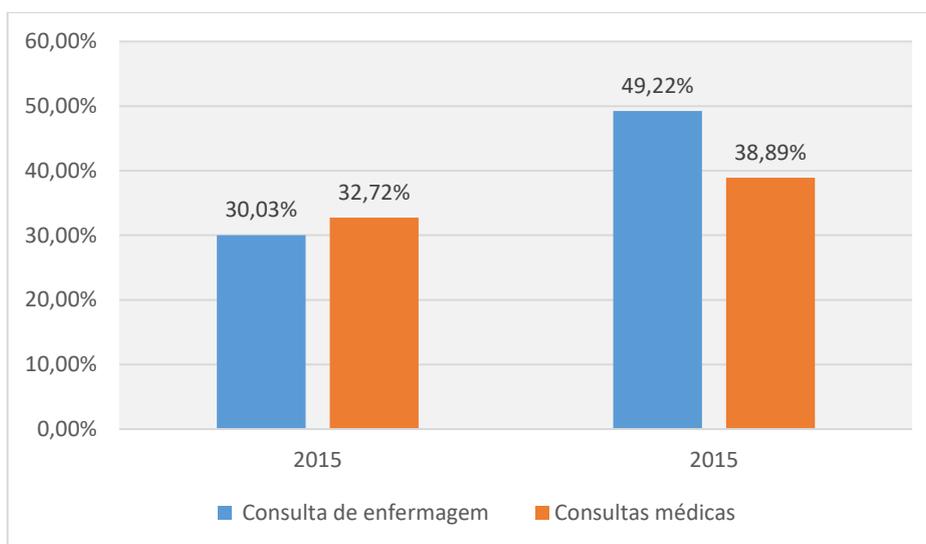


Fonte: SISA

Em 2015, a taxa de cobertura da vigilância médica das pessoas com diabetes (com 2 ou mais consultas registadas) que utilizaram as USI era de 32,72%, ou seja, dos 17 070 utentes com diagnóstico de diabetes apenas 5 586 tinham registo de, pelo menos, duas consultas médicas anuais, conforme previsto nas orientações para a vigilância destes utentes. Esta taxa, em 2016, aumenta para 39,89%, o que significa que, dos 18 826 utentes com diabetes diagnosticada, 7 509 efetuaram duas ou mais consultas médicas de vigilância naquele ano.

No acompanhamento de enfermagem, em 2015, 30,03% dos utentes com diagnóstico de diabetes (17 070) realizou, no mínimo, uma consulta de enfermagem de vigilância, o que corresponde a 5 126 utentes. Já em 2016 (18 826 pessoas com diagnóstico de diabetes), esta proporção aumentou para 49,22%, ou seja, 9 266 pessoas com diabetes efetuaram pelo menos uma consulta de enfermagem de vigilância de diabetes no ano.

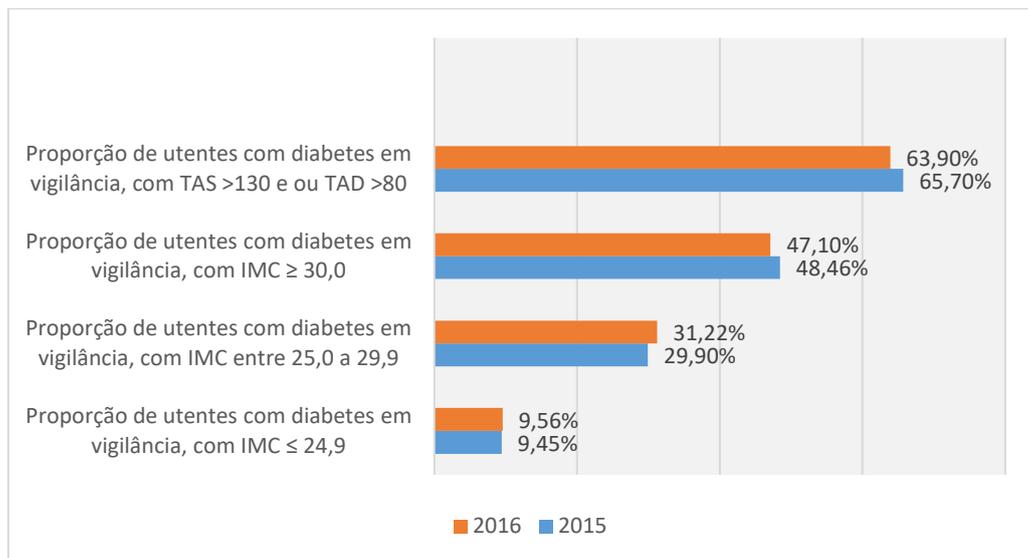
Figura 29. Proporção de utentes com diabetes com 2 ou mais consultas médicas registadas e proporção de utentes com diabetes com consulta de enfermagem, RAA, 2015 - 2016



Fonte: SISA

Considerando os utentes com vigilância médica (pessoas com diabetes com duas ou mais consultas médicas registadas) constatou-se que, em 2015, 29,90% (n=1 670) apresentava excesso de peso (IMC entre 25,0 a 29,9) e 48,46% (n=2 707) apresentava diagnóstico de obesidade (IMC \geq 30) (Figura 29). Em 2016, a proporção de utentes diabéticos com excesso de peso era de 31,22% (n=2 344) e com obesidade de 47,10% (n=3 537). Já a Hipertensão Arterial (HTA) afetava 65,70% (n=3 670) dos utentes diabéticos vigiados em 2015 e, em 2016, 63,90% (n=4 798).

Figura 30. Monitorização do IMC e Tensão Arterial das pessoas com diabetes em vigilância, RAA, 2015-2016



Fonte: SISA

A microalbuminúria corresponde à fase mais precoce da nefropatia diabética. Atendendo à população de utentes diabéticos vigiados (com 2 ou mais consultas médicas registadas), conforme se apresenta no Quadro 54 apurou-se que, em 2015, 8,77% (n=490) apresentava avaliação de microalbuminúria positiva. Em 2016, este valor foi de 9,95% (n=747). Atendendo ao número total de pessoas com diagnóstico de diabetes em 2016 (n=18 826), independentemente do número de consultas médicas efetuadas, foi possível apurar que 25,15% (n=4 735) apresentavam microalbuminúria.

Verificou-se, em 2015, que apenas 15,79% (n=2 696) das pessoas com diagnóstico de diabetes tinham registo dos valores de LDL. Destas, 55,93% (n=1 508) apresentava valores de LDL > 100mg/dl. A proporção de diabéticos com LDL registado diminuiu para 13,69% (n=2 577), em 2016, apurando-se que, destas, 54,99% (n=1 417) tinham valores de LDL > 100mg/dl.

Quadro 54. Indicadores de diagnóstico, tratamento e fatores de risco da diabetes, 2015-2016

| Indicadores | Resultados | |
|---|------------|--------|
| | 2015 | 2016 |
| Proporção de utentes com diabetes com microalbuminúria no último ano (taxa de excreção urinária de albuminúria >20 µg/min ou 30mg/20h) | - | 25,15% |
| Proporção de utentes com diabetes em vigilância (com 2 ou mais consultas médicas registadas), com avaliação de microalbuminúria positiva | 8,77% | 9,95% |
| Proporção de pessoas com diabetes com LDL > 100mg/dl | 55,93% | 54,99% |
| Proporção de utentes com diabetes em vigilância (com 2 ou mais consultas médicas registadas), com prescrição de metformina | 70,26% | 72,11% |
| Proporção de utentes com diabetes em vigilância (com 2 ou mais consultas médicas registadas), com prescrição de insulina | 14,05% | 14,00% |
| Proporção de utentes com diabetes tipo 2, em terapêutica com insulina | 9,30% | 9,60% |
| Proporção de utentes com diabetes em vigilância (com 2 ou mais consultas médicas registadas), com pelo menos um registo de exame ao pé no ano | 48,28% | 57,41% |
| Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registados no ano | 28,29% | 36,88% |
| Proporção de utentes com diabetes em vigilância (com 2 ou mais consultas médicas registadas), com diagnóstico de EAM | 2,42% | 2,92% |
| Proporção de utentes com diabetes em vigilância (com 2 ou mais consultas médicas registadas), com diagnóstico de AVC | 2,95% | 3,01% |
| Proporção de pessoas com diabetes fumadoras de > 1 cigarro | - | 20,89% |

Fonte: SISA

Relativamente ao tratamento farmacológico da diabetes, verificou-se que a metformina foi prescrita a 70,26% (n=3 925) dos utentes diabéticos com vigilância médica (com duas ou mais consultas registadas) em 2015. Já em 2016, este fármaco foi prescrito a 72,11% (n=5 415) dos utentes. Em 2015, foi prescrita insulina a 14,05% (n=785) dos diabéticos e, em 2016, a 14% (n=1 051). O tratamento com insulina das pessoas com diabetes tipo 2 aumentou de 9,3% em 2015 para 9,6%, em 2016.

Constatou-se que 48,28% (n=2 697) dos utentes diabéticos em vigilância, no ano de 2015, tinha registo de, pelo menos, um exame ao pé. Em 2016, esta proporção aumentou para 57,41% (n=4 311). Se considerarmos o número total de pessoas com diagnóstico de diabetes em 2015 (17 070), independentemente do número de consultas médicas realizadas, verifica-se que 28,29% (n=4 829) tinha registo de vigilância do pé. Em 2016 (18 826 pessoas com diagnóstico de diabetes), esta percentagem aumenta para 36,88% (n=6 943).

No que respeita às complicações da diabetes, apurou-se que, em 2015, 2,42% (n=135) dos diabéticos em vigilância sofreram um EAM. Em 2016, este valor foi de 2,92% (n=219). Ainda considerando as pessoas com diabetes em vigilância, apurou-se que, em 2015, 2,95% (n=165) teve diagnóstico de AVC, enquanto, em 2016, esta percentagem foi de 3,01% (n=226).

O consumo de tabaco foi avaliado em 5 525 utentes com diagnóstico de diabetes, em 2016. Ou seja, de acordo com os registos no *MedicineOne*, a avaliação de hábitos tabágicos foi efetuada a 29,35% dos diabéticos. Destes, 1 154 (20,89%) fumavam um ou mais cigarros por dia.

Em 2015, na RAA, ocorreram 3 771 internamentos evitáveis¹⁶, dos quais 119 (3,2%) atribuíveis à diabetes (Quadro 55). Dos 3 480 internamentos evitáveis ocorridos em 2016, 94 (2,7%) tiveram como diagnóstico principal a diabetes.

Quadro 55. Número de internamentos por diabetes, nos Hospitais, da RAA, 2015-2016

| Ilha Residência do utente | 2015 | | 2016 | |
|---------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| | Nº de internamentos por Diabetes | Total de internamentos evitáveis (nº) | Nº de internamentos por Diabetes | Total de internamentos evitáveis (nº) |
| Santa Maria* | 1 | 20 | 1 | 18 |
| São Miguel* | 64 | 2 278 | 42 | 1 835 |
| Terceira | 25 | 1 035 | 30 | 1 052 |
| Graciosa* | 1 | 23 | 0 | 11 |
| São Jorge* | 0 | 42 | 0 | 30 |
| Pico* | 14 | 95 | 9 | 199 |
| Faial | 13 | 266 | 9 | 320 |
| Flores* | 0 | 9 | 2 | 13 |
| Corvo* | 1 | 3 | 1 | 2 |
| Total | 119 | 3 771 | 94 | 3 480 |

Fonte: Base de dados GDH – Sudaçor, SA

*excluindo internamentos nas USI

¹⁶ Internamentos de cidadãos residentes na RAA com uma *Ambulatory Care Sensitive Condition* como diagnóstico principal, definidas de acordo com a metodologia de Caminal et al (adaptada à realidade regional), excluindo internamentos com alta por morte, internamentos com duração <1 e < 40 dias e internamentos com GDH cirúrgico. São contabilizados os internamentos com o diagnóstico principal (cod. ICD-9-CM): pneumonia (481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486), infeção urinária (590.0, 590.1, 599.0, 590.8), DPOC (466.0, 490, 491, 492, 494, 496), cardiopatia hipertensiva (401, 402.00, 402.10, 403-405, 410-414, 430, 431, 436, 437.2), insuficiência cardíaca (428, 402.01, 402.11, 402.91, 518.4), infeções da pele e do tecido subcutâneo (681, 682, 683, 686), diabetes (250.0, 250.1, 250.2, 250.3, 250.7, 250.8, 251.0, 785,4+250.7), e asma (493).

2.1.2. Evidências e Análise Crítica

No que respeita à monitorização da prevalência da diabetes, constata-se que, ao longo dos últimos anos, têm vindo a decorrer vários estudos que, embora com diferenças metodológicas entre si, permitem inferir uma tendência crescente da prevalência de diabetes na RAA. O Quadro infra resume os resultados de alguns desses estudos.

Quadro 56. Resultados sobre prevalência de diabetes em alguns estudos na RAA

| Estudos | | Zona Geográfica | |
|--|---|--|---|
| | | RAA | Portugal |
| PREVADIAB 2009 ¹⁷ | Prevalência estimada através da medição do nível de glucose no sangue ou prova de tolerância à glucose para o grupo populacional dos 20 aos 79 anos | 14,3 % (9,2% diagnosticada e 5,1% não diagnosticada) | 11,7% (6,6% diagnosticada e 5,1% não diagnosticada) |
| Inquérito Regional de Saúde 2014 ¹⁸ | Prevalência autorreportada; estimativas para o número total de residentes com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos | 9,90% | X |
| INS 2014 ¹⁹ | Prevalência autorreportada; estimativas para o nº total de indivíduos com 15 ou mais anos | 9,40% | 9,30% |
| INSEF 2015 ²⁰ | Prevalência estimada através da avaliação do nível de HbA1c no sangue, medicação ou autorreporte, para a população com idades entre os 25-74 anos | 10,10% | 9,80% |

Fonte: PREVADIAB 2009, InReS 2014, INS 2014, INSEF 2015

2.1.3. Recomendações

- Apostar na identificação das pessoas pré-diabéticas ou com predisposição para o diagnóstico de diabetes, alargando a aplicação sistemática da ficha de risco a todas as pessoas com mais de 40 anos de idade ou com fatores

¹⁷ Gardete-Correia, L. et al (2010). *Estudo da prevalência da Diabetes em Portugal: PREVADIAB*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em <http://www.spd.pt/index.php/noticias-topmenu-19/223-estudo-da-prevalencia-da-diabetes-em-portugal>; consultado a 4 de abril de 2017.

¹⁸ SReS & INSA, I.P. (2015). Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados. Direção Regional da Saúde. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf>, consultado a 4 de abril de 2017.

¹⁹ INE, I. P. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. INE: Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmo_do=2, consultado a 4 de abril de 2017.

²⁰ Marta, B. et al. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx>, consultado a 4 de abril de 2017.

de risco de diabetes, visando o diagnóstico precoce da doença, bem como a disponibilização do tratamento atempadamente;

- Apostar na efetividade dos cuidados à pessoa com diabetes, o que requer a intervenção de equipas multidisciplinares, garantindo a continuidade assistencial entre os vários níveis de cuidados;
- Potenciar a implementação do PAI da Diabetes *Mellitus* tipo 2 nas US;
- Valorizar a monitorização das complicações da diabetes (nefropatia diabética, retinopatia diabética e o pé diabético), de acordo com as normas de orientação clínica em vigor, assegurando a identificação precoce das patologias em causa e o devido encaminhamento dos utentes;
- Promover formação específica sobre a diabetes aos profissionais de saúde, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários – USI.

2.2. Área de Intervenção na Obesidade

A “Prevenção do excesso de peso e da obesidade em todos os grupos etários da população” é um dos objetivos gerais desta área de intervenção, visando-se melhorar o estado nutricional da população da RAA promovendo, paralelamente, a diminuição dos níveis de sedentarismo da população. Assim, no que confere às ações definidas para este objetivo, encontram-se em execução cerca de 90% das ações previstas (Quadro 57).

De acordo com os dados facultados de 2014 a 2016, 88,9% das USI (n=8) realizou atividades de “Comemoração dos dias mundiais e nacionais relacionados com este problema de saúde”, designadamente a alimentação, o exercício físico e a obesidade. Em 2014, o Dia Mundial da Alimentação subordinado ao tema “Agricultura Familiar: Alimentar o mundo, cuidar do planeta” foi assinalado pela DRS, em parceria com entidades locais. Em 2015, o Dia Mundial da Alimentação foi dedicado à “Segurança Alimentar” e teve por objetivo catalisar ações coletivas, governamentais e públicas.

No período em análise, 77,7% das USI (n=7) efetuou “Campanhas de informação dirigidas à população” sobre os benefícios do Exame Periódico de Saúde (EPS).

Todas as USI (100%; n=9) reportaram a “Divulgação, à população em geral, de informação sobre os benefícios da prática de atividade física e sobre os malefícios do

excesso ponderal”, bem como sobre as vantagens de uma alimentação e nutrição adequadas.

Foi reportada por 77,8% das USI (n=7), a “Implementação de medidas que favoreçam a modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura)”, promovendo o controlo do seu fornecimento e venda em estabelecimentos de ensino, de saúde e em outras instituições da comunidade, incentivando a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos.

Todas as USI (100%; n=9) desenvolveram ações no âmbito do “Combate ao défice de iodo” identificado na população açoriana.

A área de intervenção na obesidade inclui ainda um segundo objetivo geral que passa pelo “Diagnóstico precoce da população com excesso de peso ou obesidade”. Pelo que se constatou que nas USI, o processo de execução da globalidade das ações integradas neste objetivo se encontra acima dos 73%.

Em 2014, 77,8% (n=7) das USI possuía “Equipas transdisciplinares no âmbito do combate à obesidade”. Em 2015, este valor aumenta para 88,9% (n=8) valor que mantém-se em 2016. Numa das USI encontra-se em fase de organização da equipa.

O “PAI da Pré-Obesidade no Adulto” (Informação n.º10, de 21 de dezembro de 2015, atualizada a 21 de outubro de 2016) encontra-se implementado em 22,2% das USI (n=2), e parcialmente executado em 22,2% (n=2).

Neste período, 88,9% das USI (n=8) menciona ter efetuado “Rastreios de obesidade e o respetivo encaminhamento dos utentes”.

Em 2015 foi promovido, na RAA, o Projeto "Peso na Saúde", uma ação de educação para a saúde da responsabilidade Keypoint²¹, que visou aumentar a consciencialização de cada indivíduo sobre a sua situação no que diz respeito à obesidade, excesso de peso e riscos associados.

²¹ Para mais informações sobre o projeto, consultar: <http://www.grupokeypoint.pt/?action=pesodasaude>.

Refira-se, ainda, em 2015 e 2016 a participação e a divulgação, junto das US, do projeto “Integrar para Alimentar”, implementado pela Oikos, em parceria com a DGS e o Instituto Superior de Agronomia. Trata-se de um projeto que envolveu Comunidades Virtuais de Prática (CoP), orientadas para a influência de políticas públicas, contribuindo para a criação de uma estratégia integrada de segurança alimentar e nutricional, em Portugal.

Ao longo do período em análise, a DRS apoiou projetos nesta área, podendo destacar-se o I Encontro “Ser Saudável na Desportiva” da USI São Miguel, que teve como principais objetivos estimular e reeducar os jovens para estilos de vida saudáveis.

Quadro 57. Execução das ações desenvolvidas na área de Intervenção na Obesidade

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USIC | | Médias das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|------|----------------|------|--------------|------|--------------|------|---------------|-------|----------|-------|-----------|------|------------|------|------|-------|----------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Prevenir o excesso de peso e a obesidade em todos os grupos etários da população; Reduzir a proporção de indivíduos com IMC entre 25 e 30 e de indivíduos com IMC ≥ 30. | Executada | 9 | 60,0 | 11 | 73,3 | 12 | 80,0 | 12 | 80,0 | 15 | 100,0 | 14 | 93,3 | 13 | 86,7 | 9 | 60,0 | 15 | 100,0 | 12,2 | 81,5 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 4 | 26,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,44 | 2,97 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 20,0 | X | X | 0,33 | 2,22 |
| Diagnosticar precocemente situação de excesso de peso/obesidade para retardar o início das suas complicações. | Executada | 5 | 55,6 | 6 | 66,7 | 6 | 66,7 | 6 | 66,7 | 7 | 77,8 | 9 | 100,0 | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | 6 | 66,7 | 6 | 66,7 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 22,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,56 | 6,17 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 11,1 | 0,11 | 1,23 |

Fonte: USI

2.2.1. Indicadores na Área de Intervenção na Obesidade

Relativamente à proporção de inscritos nas USI, com idade igual ou superior a 14 anos, com registo de IMC, verifica-se que esta tem vindo a aumentar, constatando-se em 2014, 22,27%; em 2015, 30,60% e em 2016, 38,63%.

As USI reportaram alguns indicadores definidos para a área de intervenção na obesidade, encontrando-se os dados agrupados para os três anos em análise (Quadro 58).

Quadro 58. Indicadores para a Área de Intervenção na Obesidade, 2014-2016

| Indicador | Resultados |
|---|-------------|
| | 2014 - 2016 |
| Nº de rastreios de obesidade realizados | 115 |
| Nº de casos de excesso de peso/obesidade identificados | 7 849 |
| Nº de encaminhamentos de pessoas obesas efetuados | 1 028 |
| Nº de educações para a saúde sobre atividade física | 3 975 |
| Nº de educações para a saúde sobre alimentação saudável | 9 121 |

Fonte: USI

A informação reportada pelos Hospitais da RAA sobre o número de consultas relacionadas com a obesidade encontra-se no Quadro 59.

Quadro 59. Número de consultas relacionadas com a obesidade nos Hospitais, RAA, 2014-2016

| Indicador | HDES | | | HH | | |
|---|------|------|------|------|------|------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Nº de consultas realizadas nos hospitais relacionadas com obesidade | 431 | 402 | 443 | 352 | 787 | 421 |

Fonte: Hospitais

2.2.2. Evidências e Análise Crítica

A Região tem vindo a participar no estudo COSI, o sistema de vigilância da obesidade infantil (crianças entre os 6 e os 8 anos) da Organização Mundial de Saúde (OMS),

designadamente nas edições de 2008, 2010, 2013 e 2016 (ainda sem dados disponíveis). Os resultados obtidos para a RAA são animadores, constatando-se uma diminuição das prevalências de excesso de peso e obesidade infantil ao longo dos últimos anos, tal como pode constatar-se no Quadro 60. As crianças incluídas neste estudo foram avaliadas quanto às características antropométricas (estatura e peso) a partir das quais foi calculado o IMC. Para os Açores a estatura média foi de 125,8 cm, o peso médio de 26,0 kg e o IMC médio de 16,3.

Quadro 60. Prevalência de obesidade, excesso de peso e baixo peso nas crianças dos 6 aos 8 anos, por região (resultados dos estudos COSI Portugal)

| Estado Nutricional das Crianças dos 6-8 anos por região de acordo com o critério da OMS, em 2008 ²² , 2010 ²³ e 2013 ²⁴ | | | | | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------------------------------|-------|-------|------------|------|------|
| | Obesidade | | | Excesso de peso ²⁵ | | | Baixo peso | | |
| Região | 2008 | 2010 | 2013 | 2008 | 2010 | 2013 | 2008 | 2010 | 2013 |
| RAA | 22,7% | 11,4% | 10,0% | 46,6% | 40,5% | 24,0% | 1,1% | - | 4,0% |
| RAM | 16,5% | 18,0% | 10,8% | 39,4% | 38,5% | 26,0% | 0,6% | 0,2% | 3,0% |
| Portugal | 15,3% | 14,6% | 13,9% | 37,9% | 35,6% | 31,6% | 1% | 0,7% | 2,7% |

Fonte: Adaptado dos resultados do COSI Portugal (2008/2010/2013)

De acordo com os resultados do INS 2014, ao nível da população adulta, constata-se que a prevalência de excesso de peso é de 34,4% em 2014 e a prevalência de obesidade de 22,1% para o mesmo ano. No que respeita aos resultados de acordo com o sexo, nos homens, a prevalência de excesso de peso é de 39% e de obesidade de 17,4%. Nas mulheres a prevalência de obesidade é de 26,5% e de excesso de peso de 30%.

²² INSA (2010). *COSI Portugal 2008*. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/CosiPortugal2008.aspx>, consultado a 6 de abril de 2017.

²³ INSA (2012). *COSI Portugal 2010*. Disponível em <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1109>, consultado a 6 de abril de 2017.

²⁴ INSA (2015). *COSI Portugal 2013*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-2013.aspx>, consultado a 6 de abril de 2017.

²⁵ Incluindo obesidade

Quadro 61. Prevalência de excesso de peso e obesidade na RAA, 2014

| Sexo | Excesso de peso (Grau I e Grau II) (%) | Obesidade (%) |
|------|---|------------------|
| HM | 34,4 | 22,1 |
| H | 39 | 17,4 |
| M | 30 | 26,5 |

Fonte: INS 2014²⁶

Os resultados do InReS Açores 2014²⁷ revelaram que 36,5% dos cidadãos residentes na RAA, com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos, era pré-obeso e 27,5% era obeso. Também se verificou que a prevalência de obesidade nas mulheres, 29,3%, era superior à encontrada para os homens, 25,4%.

Em relação aos hábitos alimentares da população residente nos Açores, com idades compreendidas entre 20 e 74 anos, constatou-se que:

- i. A maioria da população (60,2%) faz 3 a 4 refeições diárias, 16,4% faz 5 a 6 e 11,2% 1 a 2 refeições;
- ii. Cerca de 17% ingere menos do que 0,5l de água/chás/infusões;
- iii. Aproximadamente 15% consome doces/bolos/chocolates diariamente ou 4 a 6 vezes por semana;
- iv. As gorduras animais fazem parte da alimentação diária de 43% da população;
- v. O azeite é a gordura de eleição de 70% da população para a confeção dos alimentos;
- vi. 9% dos açorianos consome diariamente ou 4 a 6 vezes por semana, alimentos fritos, e a ingestão de fritos, 2 a 3 vezes por semana, foi mencionada por 35% da população;
- vii. Mais de 75% da população afirma raramente ou nunca consumir alimentos pré confeccionados;

²⁶ INE, I. P. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. INE: Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmo_do=2, consultado a 6 de abril de 2017.

²⁷ SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf>, consultado a 26 de abril de 2017.

- viii. A ingestão diária de legumes (em salada ou cozinhados) foi mencionada por 35,7% dos residentes, enquanto 9% reporta raramente ou nunca os consumir;
- ix. 39,3% da população consome sopa de legumes diariamente;
- x. Mais de 63% da população ingere fruta diariamente, 64,4% 1 a 2 peças e 32,7% 3 a 5 peças.

O 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015 (INSEF 2015)²⁸ identificou os Açores como a Região do país com maior prevalência de obesidade (IMC \geq 30 Kg/m²), com 32,5% da população residente com idades entre os 25 e os 74 anos a apresentar esta alteração de saúde. A prevalência de excesso de peso (IMC \geq 25 Kg/m² e $<$ 30 kg/m²) foi de 37,9% e, no que respeita à obesidade abdominal (razão entre os perímetros da cintura e da anca; categorizado em risco muito aumentado de acordo com os pontos de corte preconizados pela OMS para a população adulta: \geq 0,85 nas mulheres e \geq 0,90 nos homens) constatou-se que 64,5% da população residente, com idade entre os 25 e os 74 anos, encontrava-se em risco de vir a desenvolver complicações cardiometabólicas.

No âmbito do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 (IAN-AF 2015-2016), projeto cuja população-alvo foi a população residente em Portugal com idades compreendidas entre os 3 meses e os 84 anos, apurou-se, para a RAA, uma prevalência de obesidade de 30,5% e de pré-obesidade de 31,2%.

Quadro 62. Prevalências de categorias de IMC, por região, ponderadas para a distribuição da população Portuguesa, 2015-2016

| Região | IAN-AF 2015-2016 ²⁹ | | |
|----------|--------------------------------|-------------------|----------------------|
| | Obesidade (%) | Pré-Obesidade (%) | Eutrofia/Magreza (%) |
| RAA | 30,5 | 31,2 | 38,4 |
| RAM | 22,0 | 35,9 | 41,8 |
| Portugal | 22,3 | 34,8 | 43,0 |

Fonte: IAN-AF 2015-2016

Nota: O índice de massa corporal foi categorizado com base nos pontos de corte preconizados pela OMS para adultos e crianças.

²⁸ Marta, B. et al. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx>, consultado a 27 de abril de 2017.

²⁹ Lopes, C. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em <https://ian-af.up.pt/resultados>, consultado a 27 de abril de 2017.

No IAN-AF 2015-2016, foi ainda avaliada a obesidade abdominal, na população adulta (18 - 84 anos), através dos indicadores perímetro da cintura e perímetro da cintura-anca, de acordo com os pontos de corte preconizados pela OMS. No Quadro 63, apresentam-se os resultados obtidos para a RAA.

Quadro 63. Prevalências de categorias de risco muito aumentado de perímetro da cintura e de perímetro da cintura-anca em adultos, por região, ponderadas para a distribuição da população Portuguesa, 2015-2016

| Região | Perímetro da cintura: risco muito aumentado (%) | Perímetro da cintura-anca: risco muito aumentado (%) |
|----------|---|--|
| RAA | 45,8 | 58,6 |
| RAM | 32,2 | 48,6 |
| Portugal | 34,2 | 50,5 |

Fonte: IAN-AF 2015-2016

Outra das áreas relevantes para a redução da obesidade é o exercício físico, pelo que com base no *International Physical Activity Questionnaire*, citado no IAN-AF 2015-2016, verificou-se que as zonas com maior percentagem de pessoas ativas são as do Norte e as das Regiões Autónomas.

No InReS Açores 2014, relativamente à frequência da prática de atividade física, 31% dos respondentes com este hábito (41,6% da população com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos) referem fazê-lo diariamente, pelo menos durante 30 minutos. Aproximadamente 24% dos respondentes refere uma frequência de 3 a 4 vezes por semana e 21%, 1 a 2 vezes por semana. Do mesmo Inquérito concluiu-se que:

- i. Cerca de 68% das pessoas que afirmaram praticar atividade física tinham entre os 25 e 54 anos;
- ii. Constata-se que 34,6% dos residentes com pré-obesidade e 30,6% com obesidade praticam algum tipo de atividade física.

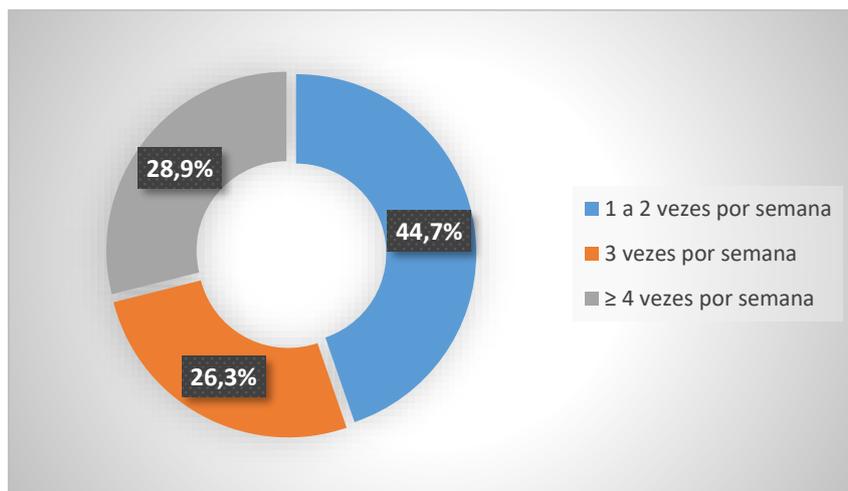
No IAN-AF 2015-2016, segundo a distribuição geográfica, são os Açores que apresentam a maior prevalência (77,4%) de cumprimento das recomendações da OMS para a prática de atividade física (60 minutos diários de atividade física moderada ou vigorosa), para

todas as idades, sendo este valor significativamente superior à prevalência nacional (57%).

A prevalência de crianças que participa em brincadeiras pelo menos 60 minutos por dia é elevada quer nos dias de semana (69,5%), quer nos dias de fim-de-semana (80,8%), aproximando-se ou superando os valores nacionais (72,2% e 78,9%, respetivamente).

O Quadro seguinte ilustra a frequência de atividade física programada e regular das crianças dos Açores, que segundo o IAN-AF 2015-2016, as Regiões Autónomas da Madeira (28,9%) e Açores (28,9%) e o Alentejo (28,6%) são aquelas com maior percentagem de crianças a praticar quatro ou mais sessões/semanais de atividade física programada.

Figura 31. Frequência de prática de atividade física desportiva programada e regular (%) por crianças, 2015-2016



Fonte: IAN-AF 2015-2016

2.2.3. Recomendações

- Combater o sedentarismo e a alimentação inadequada, ao longo do ciclo de vida;
- Promover o diagnóstico precoce destes problemas de saúde, numa perspetiva de implementação de cuidados que promovam a recuperação das pessoas com excesso de peso e obesidade;

- Desenvolver o Programa Regional Promoção da Alimentação Saudável, com as linhas orientadoras regionais sobre a matéria, identificando e promovendo ações transversais com outros setores da sociedade açoriana;
- Incrementar a literacia alimentar e nutricional e na capacitação dos cidadãos para as escolhas e práticas alimentares saudáveis, objetivando o controlo dos riscos associados ao excesso de peso e à obesidade;
- Melhorar os métodos de intervenção no excesso de peso e na obesidade, designadamente através da implementação do PAI da Pré-Obesidade no Adulto.

2.3. Área de Intervenção na Hipertensão

A hipertensão arterial (HTA) apresenta-se como o principal fator de risco para as doenças do aparelho circulatório passível de ser modificado, sendo estas doenças, para os Açores, a primeira causa de morte.

Dos objetivos definidos para o combate à hipertensão é notório o investimento das USI da RAA nesta área de intervenção (Quadro 64), visto que ao nível da “Diminuição da incidência da HTA”, as ações executadas, em execução e parcialmente executadas situam-se numa média de 85% e no diagnóstico precoce da HTA o processo de execução atinge os 100% em todas as USI.

Foram delineadas várias ações no sentido de diminuir a incidência de HTA, uma das quais preconiza a “Comemoração dos dias Mundiais e Nacionais relacionados com esta patologia”. Entre 2014 a 2016, 77,8% das USI (n=7) realizou atividades neste âmbito. A DRS assinalou o Dia Mundial da Hipertensão em 2015 e 2016 com publicações sobre o assunto na rede social institucional.

No período em análise, 55,6% das USI (n=5) efetuou “Campanhas de informação dirigidas à população sobre os benefícios do exame periódico de saúde”, enquanto uma apresentou a ação parcialmente executada.

De acordo com a informação reportada, todas as USI (100%; n=9) prestaram, à população em geral, “Informação sobre os benefícios da prática de atividade física, bem

como sobre os malefícios do excesso ponderal, das vantagens de uma alimentação e nutrição adequadas e promotoras de saúde, necessariamente acompanhadas da redução do consumo de álcool”.

Uma das medidas consideradas fundamentais para combater os fatores de risco relacionados com a HTA, passa pela “Modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino, de saúde e noutras instituições da comunidade”. Esta ação foi considerada executada por 66,7% (n=6) das USI nos 3 anos em análise, constatando-se que uma delas apresentou a ação parcialmente executada.

Todas as USI (100%; n=9) confirmaram a dinamização de “Ações informativas sobre os malefícios do uso do tabaco à população jovem e adulta”, reforçando a componente antitabágica nas escolas e nos locais de trabalho, nos 3 anos em estudo.

Com o objetivo de “Fomentar o diagnóstico precoce de hipertensão e promover o seu acompanhamento”, neste período, 88,9% das USI (n=8) reporta ter promovido ações de “Rastreio de HTA e respetivo encaminhamento dos casos identificados” e, uma USI considera a ação parcialmente executada. Em consonância, todas as USI (100%; n=9) reportaram, para o período em análise, que a pessoa com HTA é devidamente seguida nos seus serviços.

Salienta-se ainda, a divulgação e a orientação pela DRS para implementação nos serviços de saúde da RAA, do PAI do Risco Cardiovascular no Adulto (Informação n.º 9, da DGS, de 29 de dezembro de 2014).

Quadro 64. Execução das ações desenvolvidas na área de Intervenção na Hipertensão

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USISM | | USIT | | USIG | | USISJ | | USIP | | USI Faial | | USI Flores | | USIC | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|-------|-------|------|------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|-----------|-------|------------|------|------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Diminuir a incidência da HTA. | Executada | 12 | 66,7 | 12 | 66,7 | 0 | 0,0 | 15 | 83,3 | 18 | 100,0 | 18 | 100,0 | 9 | 50,0 | 17 | 94,4 | 15 | 83,3 | 12,9 | 71,6 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 6 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,7 | 3,7 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 18 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,6 | 1 | 5,6 | 2,2 | 12,3 |
| Fomentar o diagnóstico precoce de hipertensos e promover o seu acompanhamento | Executada | 6 | 100,0 | 3 | 50,0 | 3 | 50,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 5 | 83,3 | 6 | 100,0 | 5,2 | 87,0 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 5,6 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 16,7 | 0 | 0,0 | 0,4 | 7,4 |

Fonte: USI

2.3.1. Indicadores na Área de Intervenção na Hipertensão

Apresentam-se, no Quadro seguinte, os resultados dos indicadores delineados para avaliar as ações da área de intervenção da HTA.

Quadro 65. Indicadores da área de intervenção da hipertensão, 2015-2016

| Indicador | Resultados (%) | |
|--|----------------|-------|
| | 2015 | 2016 |
| Proporção de pessoas com HTA | 15,11 | 17,70 |
| Proporção de utentes com PA medida e PA ótima/normal | 70,31 | 71,00 |
| Prevalência de Dislipidémia | 13,53 | 17,31 |
| Incidência de HTA | 4,55 | 4,52 |
| Incidência de Dislipidémia | X | 4,48 |
| Proporção de utentes com HTA em vigilância | 21,03 | 26,86 |
| Proporção de utentes HTA vigiados com IMC<=24,9 | 9,83 | 10,79 |
| Proporção de utentes HTA vigiados com IMC entre 25 e 29 | 27,41 | 30,54 |
| Proporção de utentes HTA vigiados com IMC>=30 | 43,65 | 43,79 |
| Proporção de utentes HTA vigiados com PAS>140 e/ou PAD >90 mmHg | 34,45 | 32,14 |
| Proporção de utentes HTA vigiados e microalbuminúria positiva no ano | 6,90 | 6,35 |
| Proporção de utentes HTA vigiados com diagnóstico de EAM | 2,26 | 2,09 |
| Proporção de utentes HTA vigiados com diagnóstico de AVC | 3,00 | 2,73 |
| Proporção de utentes HTA com idade < 65 anos, com pressão arterial sistólica inferior a 150 e diastólica inferior a 90mmHg | 34,63 | 35,56 |
| Percentagem de utentes medicados com anti-hipertensores codificados como hipertensos | 70,70 | 77,99 |

Fonte: SISA

Em 2015, a prevalência de HTA na RAA, foi de 15,11% (n=33 164), num universo de 219 540 inscritos (com mais de 18 anos) nas USI. Este valor aumentou para 17,70% (n=38 384) em 2016, num total de 216 835 inscritos (com mais de 18 anos). O número de novos casos (incidência) de HTA em 2015 foi de 9 991 (4,55%) e, em 2016, de 9 806 (4,52%). Estima-se que, em 2015, por cada 100 000 habitantes na RAA, tenham sido diagnosticados cerca de 4 550 novos casos de HTA. Em 2016, o número estimado de novos casos de HTA por 100 000 habitantes, foi de 4 522.

A proporção de pessoas com dislipidémia aumentou de 2015 para 2016, de 13,56% (n=29 708) para 17,31% (n=37 542). Foi possível apurar o número de novos casos de dislipidémia para o ano de 2016, 9 723 casos (4,48%), pelo que o número estimado de novos casos por 100 000 habitantes foi de 4 484.

A proporção de pessoas a quem foi medida a tensão arterial, por médico ou enfermeiro, com avaliação ótima/normal, e com registo no *MedicineOne*, foi, em 2015, de 70,31% (de um total de 23 449 utentes a quem foi medida a HTA) e, em 2016, aumentou para 71% (de um total de 24 385 utentes).

Considerando o número total de pessoas com diagnóstico de HTA em 2015, constata-se que 21,03% (n=6 980) tem registo de, pelo menos, duas consultas médicas. Em 2016, a taxa de cobertura da vigilância médica das pessoas com HTA (com duas ou mais consultas registadas) aumentou para 26,86% (n=10 312).

Relativamente aos utentes com vigilância médica (pessoas com HTA com duas ou mais consultas médicas registadas), verificou-se que, em 2015, 27,41% (n=1 913) apresentava excesso de peso (IMC entre 25,0 a 29,9) e 43,65% (n=3 047) apresentava diagnóstico de obesidade (IMC \geq 30). Em 2016, verificou-se um ligeiro aumento, pois a proporção de utentes hipertensos com excesso de peso era de 30,54% (n=3 149) e com obesidade de 43,79% (n=4 516).

A proporção de utentes hipertensos vigiados (com duas ou mais consultas médicas registadas) com PAS>140 e/ou PAD>90mmHg foi, em 2015, de 34,45% (n=2 403), e de 32,14% (n=3 314), em 2016. Ainda tendo em consideração os utentes hipertensos vigiados, apurou-se que, em 2015, 6,90% (n=481) apresentou microalbuminúria positiva no ano. Em 2016, esta proporção foi de 6,35% (n=655).

No que respeita às complicações associadas à HTA, apurou-se que, em 2015, 2,26% (n=158) dos hipertensos em vigilância, tinha registo de EAM. Em 2016, este valor foi de 2,09% (n=215). Ainda considerando as pessoas com HTA em vigilância, verificou-se que, em 2015, 3,00% (n=209) teve diagnóstico de AVC, enquanto, em 2016, esta percentagem baixou para 2,72% (n=281).

Foi possível apurar, também, que a proporção de hipertensos com idade <65 anos (independentemente do número de consultas médicas realizadas), com PAS <150 e PAD <90mmHg, foi de 34,63%, em 2015, e aumentou para 35,56%, em 2016.

A percentagem de utentes medicados com anti-hipertensores e codificados como hipertensos foi de 70,70% em 2015, e de 77,99%, em 2016.

Analisando os indicadores dirigidos para os cuidados diferenciados, em 2015, na RAA, ocorreram 3 771 internamentos evitáveis³⁰, dos quais 534 (14,2%) atribuíveis à cardiopatia hipertensiva. Dos 3 480 internamentos evitáveis ocorridos em 2016, 532 (15,3%) tiveram como diagnóstico principal cardiopatia hipertensiva.

Quadro 66. Número de internamentos por cardiopatia hipertensiva nos Hospitais, RAA, 2015-2016

| Residência do utente / Ilha | 2015 | | 2016 | |
|-----------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | Nº de internamentos por Cardiopatia Hipertensiva | Total de internamentos evitáveis (nº) | Nº de internamentos por Cardiopatia Hipertensiva | Total de internamentos evitáveis (nº) |
| Santa Maria* | 5 | 20 | 5 | 18 |
| São Miguel* | 224 | 2 278 | 201 | 1 835 |
| Terceira | 194 | 1 035 | 218 | 1 052 |
| Graciosa* | 11 | 23 | 9 | 11 |
| São Jorge* | 16 | 42 | 12 | 30 |
| Pico* | 35 | 95 | 30 | 199 |
| Faial | 46 | 266 | 56 | 320 |
| Flores* | 3 | 9 | 1 | 13 |
| Corvo* | 0 | 3 | 0 | 2 |
| Total | 534 | 3 771 | 532 | 3 480 |

*excluídos os internamentos nas USI

Fonte: Base de dados GDH/Saudaçor, SA

³⁰ Internamentos de cidadãos residentes na RAA com uma *Ambulatory Care Sensitive Condition* como diagnóstico principal, definidas de acordo com a metodologia de Caminal et al (adaptada à realidade regional), excluindo internamentos com alta por morte, internamentos com duração <1 e < 40 dias e internamentos com GDH cirúrgico. São contabilizados os internamentos com o diagnóstico principal (cod. ICD-9-CM): pneumonia (481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486), infeção urinária (590.0, 590.1, 599.0, 590.8), DPOC (466.0, 490, 491, 492, 494, 496), cardiopatia hipertensiva (401, 402.00, 402.10, 403-405, 410-414, 430, 431, 436, 437.2), insuficiência cardíaca (428, 402.01, 402.11, 402.91, 518.4), infeções da pele e do tecido subcutâneo (681, 682, 683, 686), diabetes (250.0, 250.1, 250.2, 250.3, 250.7, 250.8, 251.0, 785,4+250.7), e asma (493).

2.3.2. Evidências e Análise Crítica

De acordo com os resultados do INS 2014, a prevalência de HTA na RAA é de 21,9% (Quadro 67). No entanto, a prevalência desta patologia mantém-se inferior à verificada para o todo nacional no mesmo ano: 25,3%.

Quadro 67. Prevalência de Hipertensão Arterial na RAA, 2014

| Sexo | INS 2014 ³¹ |
|-------------------|------------------------|
| Homens e Mulheres | 21,9 |
| Homem | 16,2 |
| Mulher | 27,3 |

Fonte: INS 2014

Notas: INS 2014 - População residente com 15 ou mais anos que referiu hipertensão arterial nos 12 meses anteriores à entrevista.

De acordo com os resultados do InReS Açores 2014³², a HTA é a patologia crónica mais frequente, tendo sido mencionada por 28,3% dos residentes na RAA com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos. Apurou-se também que a prevalência desta patologia é superior nas mulheres (30,7%) comparativamente aos homens (25,3%). Considerando os escalões etários, constata-se que mais de 30% das pessoas com idades entre os 45 e os 59 anos refere sofrer desta patologia, enquanto 50 a 60% das pessoas com idades superiores a 60 anos aponta o mesmo problema de saúde. A diabetes foi referida por 23% das pessoas com HTA e mais de 30% das pessoas com HTA é pré-obesa e 28% sofre de obesidade.

O INSEF 2015³³ revelou que, em 2015, a HTA³⁴ na RAA, entre os indivíduos com idade entre os 25 e os 74 anos, era de 33,6%, valor inferior ao encontrado para o todo nacional, 36,0%.

³¹ INE, I. P. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. INE: Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmo_do=2, consultado a 29 de março de 2017.

³² SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional de Saúde. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf>, consultado a 29 de março de 2017.

³³ Marta, B. et al. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx>, consultado a 27 de abril de 2017.

³⁴ Medição da TAS≥140 ou TAD≥90 ou reporte de medicação para diminuir a TA.

2.3.3. Recomendações

- Evidenciar a necessidade das US estabelecerem a articulação entre a área de intervenção na hipertensão com as áreas de intervenção na obesidade, nas dependências, na diabetes *Mellitus* e com a Estratégia Regional de Combate às Doenças Cerebrocardiovasculares (AVC e EAM), tendo por base duas linhas fundamentais: a prevenção da HTA e a vigilância e/ou tratamento dos utentes diagnosticados com HTA;
- Promover a informação e formação da população sobre a temática para a promoção da deteção precoce da patologia, designadamente, através de uma vigilância de saúde adequada ao longo do ciclo de vida;
- Melhorar a capacitação da pessoa com HTA para a autovigilância, apoiando o desenvolvimento de competências de autocontrolo da doença e na adoção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a gestão e a adesão dos utentes ao regime terapêutico, bem como, quando aplicável, efetuar a devida e atempada referência das USI para os Hospitais, com acompanhamento simultâneo da situação e retorno às USI, numa perspetiva de continuidade de cuidados;
- Preconizar a efetiva implementação do PAI do Risco Cardiovascular no Adulto nas USI, que inclui a avaliação do risco cardiovascular, nos termos da Norma n.º 5, da DGS, de 19 de março de 2013, atualizada a 21 de maio de 2015 - Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*).

2.4. Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias Não Infeciosas

Um dos principais fatores de risco para as patologias respiratórias não infecciosas, designadamente para a Asma e para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a qual engloba a bronquite crónica e o enfisema pulmonar, é o fumo do tabaco. Neste âmbito, as USI das diferentes ações preconizadas (Quadro 68) investiram em ações de educação para a saúde junto da população jovem e adulta. Em 2016, foi dado um grande passo no cumprimento dos objetivos/ações, em relação ao consumo de tabaco, com a

criação, em todas as USI, de consultas intensivas de cessação tabágica. Os profissionais destas consultas receberam formação específica e foi criado pela DRS um manual de uniformização dos registos para o *MedicineOne* (módulo da cessação tabágica).

O objetivo de “Promover a capacidade de diagnóstico precoce e controlo da Asma” encontra-se em execução em todas as USI, embora com percentagens de execução variáveis desde os 16,7% aos 100%.

Uma das ações preconizadas para promover a capacidade de diagnóstico precoce e controlo da Asma e DPOC, relaciona-se com a possibilidade de “Generalização, nas USI, da utilização de espirometria, a ser realizada anualmente, nas populações com risco acrescido”. Atendendo à informação reportada, a percentagem de USI em processo de execução, em 2014 e 2015, foi de 66,6% (n=6).

Para o período em análise, 44,4% (n=4) das USI dinamizou atividades relacionadas com o diagnóstico precoce e controlo da Asma e DPOC, nomeadamente, através do “Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a divulgação, junto da população em geral e de grupos específicos”, enquanto uma das USI apresenta a ação parcialmente executada.

O acompanhamento destes doentes no seu contexto de vida, nomeadamente no domicílio, “Promovendo o desenvolvimento das suas capacidades e competências, bem como as das suas famílias”, é outra das ações delineadas nesta área de intervenção, com o objetivo de “Reduzir o recurso à urgência/número de internamentos por Asma e por DPOC”. Assim, constata-se que 77,8% (n=7) das USI assegurou este acompanhamento no período de tempo em causa.

No que respeita à “Monitorização da oxigenoterapia domiciliária”, apurou-se que, em 2014 e 2015, 66,7% (n=6) das USI efetuava este seguimento. Esta percentagem aumentou para 77,8% (n=7), em 2016.

O “Acesso atempado aos cuidados de reabilitação respiratória” afigura-se como fundamental para o controlo da Asma e DPOC. Em relação a esta ação, verificou-se que, em 2014 e 2015, a percentagem de execução pelas USI era de 55,6% (n=5), aumentando para 66,7%, em 2016.

Quadro 68. Execução das ações na Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não Infeciosas

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|------|----------------|-------|--------------|------|--------------|------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-----|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Promover a capacidade de diagnóstico precoce e controlo da Asma | Executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 8 | 44,4 | 7 | 38,9 | 14 | 77,8 | 14 | 77,8 | 0 | 0,0 | 2 | 11,1 | 6 | 33,3 | 5,7 | 31,5 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 18 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 22,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2,4 | 13,6 |
| | Em execução | 3 | 16,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 66,7 | 0 | 0,0 | 1,7 | 9,3 |
| Reduzir o recurso à urgência/nº de internamentos por Asma e por DPOC melhorando o estado de saúde e a funcionalidade do doente com Asma e DPOC. | Executada | 6 | 50,0 | 6 | 50,0 | 7 | 58,3 | 3 | 25,0 | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 7 | 58,3 | 12 | 100,0 | 7,2 | 60,2 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 6 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,7 | 5,6 |
| | Em execução | 1 | 8,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 41,7 | 0 | 0,0 | 0,7 | 5,6 |

Fonte: USI

As especificações técnicas para a realização de espirometrias de qualidade nas USI da RAA, em adultos, foram divulgadas aos serviços de saúde através da Circular Informativa n.º 1, da DRS, de 6 de janeiro de 2017, elaborada com base no documento publicado pelo Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, intitulado “Critérios da qualidade para a realização de espirometrias em adultos” (2016).

Na RAA, os critérios e os procedimentos de prescrição de cuidados respiratórios domiciliários foram estabelecidos através da Circular Normativa n.º 6, da DRS, de 11 de fevereiro de 2016, através da qual foi divulgado o “Manual de Cuidados Respiratórios Domiciliários – Uniformização da Prescrição por Formulário Único”.

Em termos de divulgação de boas práticas pela DRS, salienta-se, em 2015, a divulgação pelos serviços de saúde do “Manual para abordagem da sibilância e Asma em idade pediátrica”; do “Estudo de análise preliminar dos indicadores nacionais de Asma – 2014” e das “Boas práticas e orientações para o controlo da Asma no adulto e na criança”.

Em 2016, ocorreu a formação “Da Prevenção ao Tratamento do Doente com DPOC” promovida pela DRS, dirigida a profissionais de saúde do SRS, particularmente, às equipas responsáveis pela consulta intensiva em cessação tabágica, médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de cardiopneumologia e radiologia.

2.4.1. Indicadores na Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não Infeciosas

Considerando a informação disponível no SISA, constata-se que a proporção de inscritos nas USI, com idade igual ou superior a 14 anos com diagnóstico de DPOC, apresentou uma tendência crescente, de 0,66% em 2014, 0,85% em 2015 e 1,07% em 2016.

A informação reportada pelos Hospitais, relativamente aos indicadores relacionados com a proporção de primeiras consultas médicas de pneumologia e ao número de internamentos (abaixo dos 70 anos de idade) por Asma e DPOC, encontra-se resumida no Quadro 69.

Quadro 69. Proporção de primeiras consultas médicas de pneumologia/total de consultas médicas de pneumologia e nº de internamentos por asma e DPOC (abaixo dos 70 anos de idade) nos Hospitais da RAA, 2014 - 2016

| Indicador | HDES | | | HSEIT | | | HH | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------|--------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Proporção de primeiras consultas médicas de Pneumologia/total de consultas médicas de Pneumologia | 46,29% | 45,40% | 43,59% | 24,32% | 25,24% | 24,91% | X | X | 56,12% |
| Nº de Internamentos por asma (abaixo dos 70 anos de idade) | 44 | 54 | 34 | 34 | 25 | 26 | 35 | 42 | 61 |
| Nº de Internamentos por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (abaixo dos 70 anos de Idade) | 245 | 213 | 202 | 100 | 88 | 140 | 4 | s/d | 6 |

Fonte: Hospitais

Da análise deste Quadro, verifica-se que a proporção das primeiras consultas médicas de pneumologia, entre 2014 e 2016, reduziu no HDES e manteve-se no HSEIT. O número de internamentos por asma diminuiu no HDES (de 2015 para 2016) e HSEIT (de 2014 para 2016), tendo aumentado no HH. Já os internamentos por DPOC aumentaram de 2014 para 2016 tanto no HSEIT como no HH.

Em 2015 ocorreram 3 771 internamentos evitáveis³⁵, dos quais 92 (2,4%) atribuíveis à Asma, e 745 (19,8%) à DPOC. Dos 3 480 internamentos evitáveis ocorridos em 2016, 88 (2,5%) tiveram como diagnóstico principal a Asma e 613 (17,6%) a DPOC.

³⁵ Internamentos de cidadãos residentes na RAA com uma *Ambulatory Care Sensitive Condition* como diagnóstico principal, definidas de acordo com a metodologia de Caminal et al (adaptada à realidade regional), excluindo internamentos com alta por morte, internamentos com duração <1 e < 40 dias e internamentos com GDH cirúrgico. São contabilizados os internamentos com o diagnóstico principal (cod. ICD-9-CM): pneumonia (481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486), infeção urinária (590.0, 590.1, 599.0, 590.8), DPOC (466.0, 490, 491, 492, 494, 496), cardiopatia hipertensiva (401, 402.00, 402.10, 403-405, 410-414, 430, 431, 436, 437.2), insuficiência cardíaca (428, 402.01, 402.11, 402.91, 518.4), infeções da pele e do tecido subcutâneo (681, 682, 683, 686), diabetes (250.0, 250.1, 250.2, 250.3, 250.7, 250.8, 251.0, 785,4+250.7), e asma (493).

Quadro 70. Número de internamentos por Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, nos Hospitais, 2015-2016

| Residência do utente/Ilha | 2015 | | | 2016 | | |
|---------------------------|------------------|------------|---------------------------------------|------------------|------------|---------------------------------------|
| | Nº internamentos | | Total de internamentos evitáveis (nº) | Nº internamentos | | Total de internamentos evitáveis (nº) |
| | por Asma | por DPOC | | por Asma | por DPOC | |
| Santa Maria | 1 | 4 | 20 | 0 | 2 | 18 |
| São Miguel | 60 | 529 | 2278 | 52 | 378 | 1835 |
| Terceira | 25 | 172 | 1035 | 29 | 158 | 1052 |
| Graciosa | 0 | 1 | 23 | 0 | 0 | 11 |
| São Jorge | 1 | 3 | 42 | 0 | 6 | 30 |
| Pico | 1 | 3 | 95 | 0 | 24 | 199 |
| Faial | 4 | 40 | 266 | 7 | 41 | 320 |
| Flores | 0 | 2 | 9 | 0 | 3 | 13 |
| Corvo | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 |
| Total | 92 | 754 | 3771 | 88 | 613 | 3480 |

Fonte: Base de dados GDH - Saudaçor, S.A.

2.4.2. Evidências e Análise Crítica

As patologias respiratórias, como a Asma e a DPOC são doenças crónicas cuja tendência é aumentar nas próximas décadas, devido a fatores como o fumo de tabaco, a poluição atmosférica e as alterações climáticas. Os dados do INS 2014 demonstram uma prevalência de asma para a RAA de 6% e de bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou enfisema de 6,1% (considerando a população residente com 15 ou mais anos que referiu as patologias nos últimos 12 meses).

Tal como identificado nos indicadores (em SISA) anteriormente descritos, aparentemente, o registo de utentes com o diagnóstico de asma e DPOC nas USI apresenta uma tendência crescente. Contudo, os valores de prevalência extraídos da respetiva plataforma informática são muito inferiores aos valores de prevalência evidenciados pelo INS 2014. Eventualmente, poderá inferir-se sobre a falta de registos destas patologias ou sub-diagnóstico e, possivelmente, sub-tratamento na Região.

Por outro lado, importa realçar o bom trabalho que os serviços de saúde têm efetuado no âmbito das campanhas de vacinação contra a gripe promovendo o aumento da taxa

de cobertura vacinal, sobretudo nos idosos (> 65 anos) e grupos de risco, com o objetivo de reduzir não só a morbidade e mortalidade por pneumonia, mas também as exacerbações de DPOC e de asma. As taxas de cobertura de vacinação antigripal no grupo de pessoas com 65 e mais anos, na RAA, têm vindo a aumentar ao longo do tempo, com 39% na época 2013/2014; 42% em 2014/2015; 44,4% nos anos 2015/2016 e 47,2% na época 2016/2017, valor que, apesar de animador, ainda está longe da cobertura de 60% preconizada para este grupo. A vacinação contra as infeções pneumocócicas está também recomendada a pessoas com patologias respiratórias.

2.4.3. Recomendações

- Consciencializar a população sobre as formas de prevenir e/ou controlar as doenças respiratórias - DPOC e Asma, bem como a importância do diagnóstico precoce e o rápido início e cumprimento de eventual terapêutica;
- Efetivar o acesso à espirometria pelas populações com risco acrescido de Asma e DPOC de forma a garantir o diagnóstico precoce e a sua monitorização;
- Acompanhar e avaliar a implementação das orientações emanadas através da Circular Informativa n.º 1, da DRS, de 6 de janeiro de 2017 - Especificações técnicas para a realização de espirometrias com qualidade em adultos, nos Cuidados de Saúde Primários, designadamente no que respeita à espirometria realizada nas USI em interligação com a pneumologia hospitalar;
- Garantir que a reabilitação respiratória faça parte integrante da terapêutica dos doentes respiratórios crónicos sintomáticos.

2.5. Área de Intervenção na Dor

As ações definidas no PRS que se encontram sob responsabilidade da DRS para a área de intervenção na dor encontram-se em execução, pelo que tem sido reforçada a importância da aplicação clínica da informação veiculada através da Circular Normativa n.º 24, da DRS, de 22 de outubro de 2003, que equipara a intensidade da Dor ao 5º Sinal Vital.

Na RAA aplica-se o regime de comparticipação dos medicamentos opióides, definido através dos documentos normativos da DRS, devidamente divulgados, o que tem permitido melhorar o acesso, a racionalização, a prescrição e o consumo de medicamentos analgésicos.

Na operacionalização dos objetivos traçados para esta área de intervenção, salienta-se a formação no âmbito da dor, designadamente:

- Formação em dor crónica (“PAIN Education”), nas ilhas de São Miguel, Terceira e Faial. Formação dirigida a equipas multidisciplinares da dor, médicos de medicina geral e familiar e enfermeiros, em 2015;
- Formação sobre dor - Ação dirigida aos médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e farmacêuticos da USI São Jorge, em 2015;
- Curso prático de atualização sobre dor - Curso dirigido a médicos e enfermeiros das USI Flores, Corvo, Terceira e Pico, em 2016.

Paralelamente, a integração de formação em dor nas licenciaturas e formações pós-graduação de profissionais de saúde, através da Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores, espera-se que traga benefícios no que respeita à prevenção, diagnóstico precoce e controlo da dor.

2.5.1. Indicadores na Área de Intervenção na Dor

A informação reportada pelos Hospitais da RAA sobre o número/proporção de partos realizados com analgesia epidural, número de primeiras consultas nas Unidades de Dor Crónica (UDC), demora média para obter primeiras consultas em UDC e número de médicos com a competência em Medicina da Dor, encontra-se no Quadro seguinte.

Quadro 71. Indicadores Hospitalares relativos à dor, 2014-2016

| Indicador | HDES** | | | HSEIT* | | | HH** | | |
|---|--------|-------|-------|--------|------|------|-------|-------|-------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Partos realizados com analgesia epidural | 25,9% | 19,6% | 38,2% | 184 | 185 | 219 | 3,88% | 2,71% | 6,90% |
| Nº de primeiras consultas nas UDC | 449 | 600 | 363 | 74 | 70 | 120 | 45 | 24 | 44 |
| Demora média (dias) para obter primeiras consultas em UDC | - | - | - | - | - | - | 19 | 0 | 20 |
| Nº de médicos com a Competência em Medicina da Dor | - | - | - | 7 | 8 | 8 | 3 | 3 | 4 |

Fonte: Hospitais, RAA

* nº de partos ; ** proporção de partos

No InReS Açores 2014³⁶ apurou-se que a prevalência de dor crónica na RAA atingia 23,6% das pessoas com idades entre os 20 e os 74 anos. Das mulheres açorianas, cerca de 30% referiu sofrer de dor crónica, enquanto 16% dos homens mencionou o mesmo problema de saúde. Ainda no âmbito da dor, o INS 2014 revelou que 25,4% dos cidadãos residentes na RAA³⁷ referiu dores lombares e 18,4% dores cervicais.

2.5.2. Recomendações

- Avaliar a efetiva definição e implementação dos critérios de referenciação para as Consultas de Dor, bem como a articulação das UDC com as Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalares e com as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos;
- Desenvolver indicadores que permitam monitorizar a avaliação e registo da intensidade da dor (dor como 5º Sinal Vital);
- Promover a continuidade da formação dos profissionais de saúde, atendendo ao envelhecimento da população, pelo que se justifica a programação futura de cursos neste âmbito.

³⁶ SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf>, consultado a 2 de maio de 2017.

³⁷ População residente com 15 ou mais anos que referiu as patologias em apreço nos 12 meses anteriores à entrevista.

- Promover a articulação dos serviços de saúde com as Associações de Doentes como medida para favorecer a referenciação atempada de pessoas com dor.

2.6. Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas

Um dos objetivos delineados para a área de intervenção nas doenças reumáticas preconiza o “Controlo da morbilidade e da mortalidade, bem como a melhoria da qualidade de vida destes doentes”. Pelos dados evidenciados no Quadro 72, verifica-se que mais de 70% das ações previstas se encontram em processo de execução em todas as USI da RAA.

Neste contexto, e no período 2014 a 2016, foram “Divulgadas junto dos serviços de saúde, Normas de Orientação Clínica sobre patologia reumática” que foram sendo emanadas pela DGS, como a Norma n.º 17, da DGS, de 27 de dezembro de 2016, sobre Abordagem Diagnóstica da Fibromialgia.

No que respeita à “Divulgação de informação à população em geral sobre as doenças reumáticas e sua prevenção”, 44,4% (n=4) das USI reporta ter desenvolvido atividades neste sentido.

Em termos de prevenção destas patologias, as ESE têm um importante papel, nomeadamente no que se refere à “Identificação de crianças com fatores de risco modificáveis para doenças musculoesqueléticas”, ação que 77,8% (n=7) das USI considera ter executado.

Considerando que os trabalhadores com atividades físicas repetitivas ou com alterações da ergonomia constituem um grupo com risco acrescido para o desenvolvimento de doenças reumáticas, torna-se pertinente a dinamização de ações que visem a “Sensibilização para a ergonomia do ambiente laboral”. No período em estudo, apenas 22,2% das USI (n=2) executou esta ação.

As pessoas idosas constituem igualmente um grupo com risco acrescido para o desenvolvimento destas patologias, sendo fundamental reconhecer e “Divulgar boas práticas especialmente em relação à prevenção de quedas”. Apurou-se que, em 2014,

77,8% (n=7) das USI executou esta ação, em 2015 e 2016, tendo esta percentagem aumentado para 88,9% (n=8).

Com o objetivo de “Melhorar a eficiência do SRS no controlo e tratamento das doenças reumáticas”, no período em análise, 88,9% (n=8) das USI “Adotou orientações técnicas sobre diagnóstico, acompanhamento e referenciação de doentes reumáticos”.

Quadro 72. Execução das ações na Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas

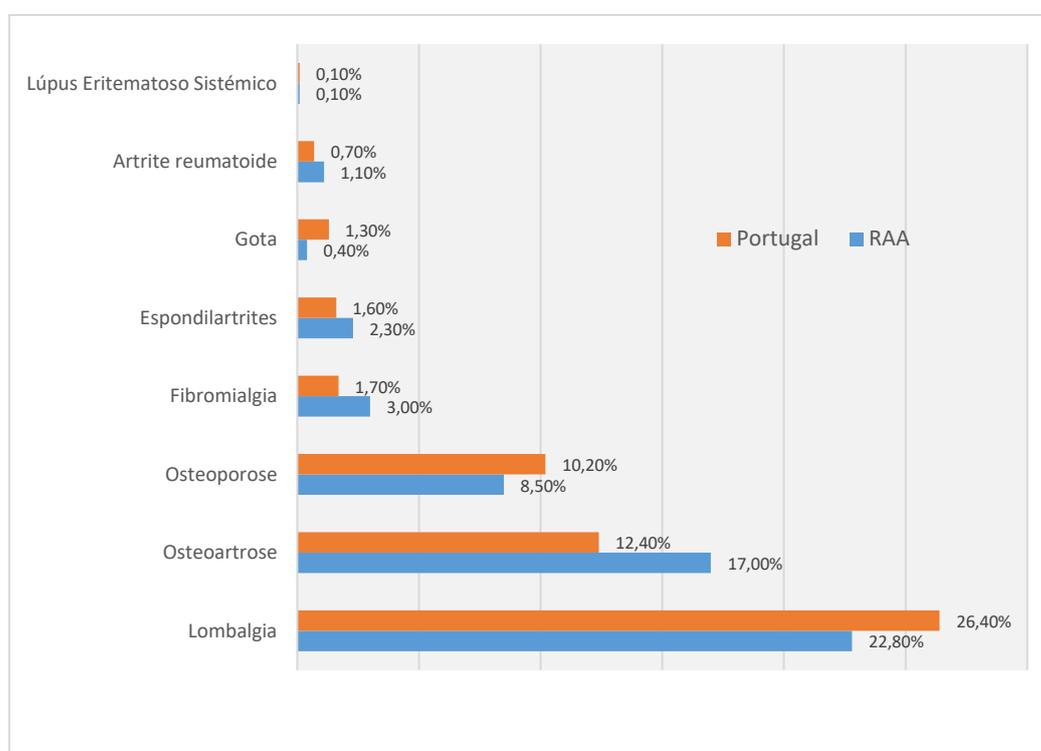
| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|--|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|------|------------|-------|-----------|-----|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Controlar a morbilidade e a mortalidade causadas por doenças reumáticas melhorando a qualidade de vida do doente reumático | Executada | 4 | 33,3 | 3 | 25,0 | 8 | 66,7 | 6 | 50,0 | 9 | 75,0 | 8 | 66,7 | 6 | 50,0 | 3 | 25,0 | 12,0 | 100 | 6,6 | 54,6 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 9 | 75,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 25,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 1,3 | 11,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 50,0 | 0,0 | 0 | 0,7 | 5,6 |
| Melhorar a eficiência do SRS no controlo e tratamento das doenças reumáticas. | Executada | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 3,0 | 100 | 2,3 | 77,8 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,3 | 11,1 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |

Fonte: USI

2.6.1. Evidências e Análise Crítica

A RAA, entre 2011 e 2013, participou no estudo *EpiReumaPt – Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal* (Sociedade Portuguesa de Reumatologia)³⁸, projeto de âmbito nacional, que teve como objetivo principal determinar a prevalência das doenças reumáticas em Portugal. Na Figura 32 encontram-se os resultados, constatando-se que, na RAA, a lombalgia (22,8%) e a osteoartrose (17%) são as patologias mais prevalentes.

Figura 32. Prevalência (%) de doenças reumáticas na RAA e Portugal, 2011-2013



Fonte: Estudo *EpiReumaPt*

Este estudo revelou ainda que as doenças reumáticas estão sub-diagnosticadas em Portugal, verificando-se que 22% dos portugueses avaliados no *EpiReumaPt* auto-reportaram uma destas patologias. Constatou-se, porém, que após observação por um reumatologista, 56% dos indivíduos sofriam de doença reumática. O mesmo cenário foi identificado para a RAA, estimando-se que 43 a 50% das doenças reumáticas estejam por diagnosticar. Ainda de acordo com os resultados deste projeto, a estimativa de

³⁸ *EpiReumaPt – Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal* – disponível em http://reumacensus.org/pdf/quadrptico_resultados_epireumapt.pdf.

custos médios anuais por indivíduo residente na RAA com doença reumática ascende os 400€, valor significativamente superior ao estimado para indivíduos sem este tipo de patologias (100-200€).

Em 2014, no 5º INS, 25,4% dos cidadãos residentes na RAA³⁹ referiu dores lombares, 18,4% dores cervicais e 17,9% artrose. No InReS Açores 2014⁴⁰, a doença reumática foi referida por 22,6% da população açoriana com mais de 20 anos, afetando 31,8% das mulheres e 11,6% dos homens. Constatou-se um acréscimo de cerca de 13% na prevalência de doença reumática quando se comparam as pessoas com idades compreendidas entre os 45-49 anos (18,6%) e aquelas com idades entre 50-54 anos (32%).

Importa referir que quando comparadas com outros doentes crónicos, as pessoas com doenças reumáticas e musculoesqueléticas reportam pior qualidade de vida⁴¹, sendo estas doenças uma das causas mais frequentes de dor crónica.

2.6.2. Recomendações

- Melhorar os registos das patologias reumatológicas pelos profissionais de saúde;
- Investir no âmbito da implementação de medidas de prevenção primária e secundária no sentido de melhorar os resultados dos estudos apresentados;
- Considerando o envelhecimento da população, a importância do tratamento precoce das doenças reumáticas inflamatórias e sistémicas autoimunes, o aumento da complexidade terapêutica e a importância do acompanhamento especializado destes doentes, é necessário avaliar a situação, em termos de capacidade de resposta dos Hospitais (serviços de Reumatologia, Ortopedia e de Medicina Física e de Reabilitação), bem

³⁹ População residente com 15 ou mais anos que referiu as patologias em apreço nos 12 meses anteriores à entrevista.

⁴⁰ SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf>, consultado a 2 de maio de 2017.

⁴¹ *EpiReumaPt – Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal* – disponível em http://reumacensus.org/pdf/quadruplico_resultados_epireumapt.pdf.

como fazer uma análise sobre a articulação entre cuidados de saúde primários e diferenciados;

- Melhorar a eficiência no controlo e tratamento das doenças reumáticas, o que poderá ser concretizado através de mecanismos de referenciação destes doentes e, eventualmente, estabelecendo práticas de consultoria entre instituições de saúde.

2.7. Área de Intervenção na Promoção da Saúde Mental

O desenvolvimento de ações preventivas no âmbito da saúde mental e a promoção do diagnóstico precoce de perturbações psiquiátricas mantêm-se como objetivos desta área de intervenção, estando as ações executadas pelas USI num nível médio de execução que ronda os 58% (Quadro 73).

Neste sentido, a “Divulgação de informação sobre saúde mental junto à população em geral e, também, aos profissionais de saúde”, afigura-se como medida pertinente. De acordo com a informação reportada, em 2014, 55,6% (n=5) das USI executou esta ação, constatando-se que, em 2015 e 2016, este valor aumentou para 66,7% (n=6), mantendo-se, ao longo dos três anos, uma USI com a ação parcialmente executada, por nem todos os seus CS a terem implementado. Salienta-se ainda, o importante papel das equipas de saúde escolar, que têm vindo a “Desenvolver projetos na área da saúde mental, dirigidos não só às crianças, mas também à restante comunidade educativa”.

Relativamente à “Dinamização de atividades no âmbito da comemoração de dias mundiais/nacionais relacionados com a saúde mental”, constata-se que, durante o período em apreço, 55,6% (n=5) das USI realizou iniciativas a este nível.

A “Promoção da saúde mental na gravidez, pós-parto e no período infantojuvenil”, é também um objetivo da área de intervenção na promoção da saúde mental. Na análise global das ações executadas, cerca de 80% das ações encontram-se em processo de execução, das quais, apenas uma USI apresenta percentagem inferior a 55% na sua execução.

Neste contexto, foi realizada “Formação aos profissionais de saúde” sobre esta matéria, pelo que nos três anos, cerca de 55,6% (n=5) das USI executou esta ação.

A “Triagem, avaliação e atendimento de casos menos graves (crianças/família de risco ou com psicopatologia ligeira) realizadas pelo médico de família e o encaminhamento para consulta de especialidade”, de acordo com a avaliação da situação, foram reportadas como ação executada por 88,9% (n=8) das USI e uma USI com a ação parcialmente executada. A “Articulação e parceria com outras estruturas da comunidade” tendo em vista a promoção da saúde mental nestas fases do ciclo de vida foi efetuada por 77,7% (n=7) das USI, com uma USI a executar parcialmente a ação.

Quadro 73. Execução das ações desenvolvidas na área da Promoção da Saúde Mental

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|---|----------------------------|-----------------|-------|----------------|------|--------------|------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|------|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Desenvolver ações preventivas no âmbito da saúde mental e promover o diagnóstico precoce de perturbações psiquiátricas. | Executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Parcialmente executada | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 3 | 50,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 4 | 66,7 | 3 | 50,0 | 3,1 | 51,9 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 16,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,4 | 7,4 |
| Promover a saúde mental na gravidez, pós-parto e no período infantojuvenil. | Executada | 6 | 66,7 | 0 | 0,0 | 3 | 33,3 | 8 | 88,9 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 6 | 66,7 | 5 | 55,6 | 9 | 100,0 | 6,1 | 67,9 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 7 | 77,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,8 | 8,6 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 44,4 | 0 | 0,0 | 0,4 | 4,9 |

Fonte: USI

Um dos objetivos delineados para a área de intervenção na promoção da saúde mental relaciona-se com a articulação dos cuidados de saúde mental entre as USI e Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) dos Hospitais da respetiva área de influência, garantindo a toda a população açoriana o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de excelência.

No sentido de concretizar este objetivo, em 2015, a DRS desenvolveu o projeto “Equipas Móveis de Apoio Domiciliário Integrado em Saúde Mental da RAA”, denominadas EMADISM. A criação destas equipas visa libertar os serviços especializados de Saúde Mental do seguimento dos casos menos graves de doença mental e melhorar, pelos cuidados de proximidade, a qualidade de vida destes doentes, bem como da rede familiar envolvida. O projeto prevê para toda a região, a constituição de dois modelos de Equipas Móveis de Apoio Domiciliário Integrado em Saúde Mental, com estruturação e funcionamento diferenciado. Com a colaboração dos SPSM dos Hospitais, de referência, preconiza-se a formação de Equipas Nucleares, com função coordenadora, supervisora e formadora das Equipas de Campo, constituídas multidisciplinarmente a partir dos CS de cada USI. Estas é que irão assegurar a prestação de cuidados psiquiátricos ao domicílio, em colaboração (nomeadamente ao nível da referência) com as Casas de Saúde e outras entidades/Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com que se considerasse pertinente o estabelecimento de parceria.

Assim, decidiu-se implementar um projeto-piloto em São Miguel, tendo-se promovido a prévia formação dos profissionais a integrar as Equipas Nuclear e de Campo desta ilha. Nesta formação participaram 20 profissionais de saúde provenientes do Serviço de Psiquiatria do HDES; da USI São Miguel; da Casa de Saúde de São Miguel e da Casa de Saúde de Nossa Senhora da Conceição. Destaca-se que este projeto foi submetido e aprovado pela Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental, cuja composição atual foi determinada através do Despacho n.º 1 624, de 24 de julho de 2015.

Atendendo ao compromisso assumido pelo GRA, surge no início de 2016, uma proposta de diploma para constituir a RRCCI em Saúde Mental, a qual veio a ser criada

através do Decreto Legislativo Regional n.º 26/2016/A, de 28 de novembro e que determina o alargamento das funções da Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental, a criação de uma Equipa de Coordenação Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, as diretrizes de funcionamento da Rede, entre outras medidas.

Das atividades dinamizadas pela DRS, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Saúde Mental, salienta-se, em 2015, a exibição de duas sessões do filme "Divertidamente". Em 2016, a DRS dinamizou, em parceria com a DRE, uma atividade prática com crianças entre os quatro e cinco anos de idade de alguns jardins-de-infância de Angra do Heroísmo, com o intuito de exploração das emoções básicas. A DRS colaborou, divulgou e fez-se representar na I Caminhada pela Saúde Mental - Ilha Terceira, organizada pela Casa de Saúde de São Rafael, também em 2016.

2.7.1. Indicadores na Área de Intervenção na Promoção da Saúde Mental

Considerando a informação disponível constata-se que a proporção de inscritos nas USI, com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de depressão a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva tem vindo a diminuir desde 2014, tendência igualmente verificada para a prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos a pessoas com mais de 65 anos (Quadro 74).

O registo, nas USI, de utentes com perturbações mentais comuns, designadamente demência, perturbações de ansiedade e perturbações depressivas, mostra um padrão crescente, tal como expresso no Quadro 74. As proporções mais elevadas de registo são as de utentes com perturbações depressivas, seguidas das perturbações de ansiedade e, finalmente, das demências.

Quadro 74. Indicadores sobre a Saúde Mental na RAA, 2014-2016

| Indicador | Resultados | | |
|---|------------|--------|--------|
| | 2014 | 2015 | 2016 |
| Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva | 52,73% | 49,69% | 47,29% |
| Proporção de utilizadores com idade igual ou superior a 65 anos sem prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos | 77,89% | 77,08% | 75,25% |
| Nº de utentes inscritos nas USI com diagnóstico de demência (ICPC-2: P70) | X | 1 033 | 1 296 |
| Nº de utentes inscritos nas USI com diagnóstico de perturbações da ansiedade (ICPC-2: P74) | X | 9 746 | 12 860 |
| Nº de utentes inscritos nas USI com diagnóstico de perturbações depressivas (ICPC-2: P76) | X | 10 638 | 13 398 |

Fonte: SISA

As USI reportaram informação sobre o indicador “N.º de Dias Mundiais na área da saúde mental comemorados” constatando-se que o somatório dos dias assinalados, entre 2014 e 2016, foi de 18.

A informação reportada pelos Hospitais da RAA relativamente aos indicadores relacionados com a área de intervenção na promoção da saúde mental, encontra-se resumida no Quadro seguinte.

Quadro 75. Indicadores no âmbito da Saúde Mental nos Hospitais, 2014-2016

| Indicador | HDES | | | HSEIT | | | HH | | |
|--|--------|----------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Nº de episódios de urgência Psiquiátrica | X | X | X | 136 | 88 | 35 | 56 | 46 | 57 |
| Taxa de ocupação geral dos Serviços de Psiquiatria | 94,01% | 101,47%* | 106,32%* | 74,32% | 71,06% | 64,31% | 43,42% | 35,62% | 39,89% |

Fonte: Hospitais

*utilização de mais camas do que as alocadas ao serviço.

2.7.2. Evidências e Análise Crítica

A prevenção e o diagnóstico precoce das perturbações mentais comuns, como sejam as perturbações depressivas, carece de atenção especial, considerando, para este caso em particular, o aumento do número de pessoas registadas nas USI com este diagnóstico, bem como os resultados do INS 2014⁴², com prevalência para a RAA de 12,8%. Assim, preconiza-se a implementação, a nível regional, do Programa Nacional de Prevenção da Depressão em parceria com a Delegação Regional dos Açores da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

No InReS Açores 2014⁴³ apurou-se a existência de alterações psicológicas⁴⁴ em, aproximadamente, um terço da população (32%) da RAA, com idades entre os 20 e os 74 anos.

2.7.3. Recomendações

- Introduzir nos currículos escolares módulos que intervenham nos fatores protetores da saúde mental;
- Redefinir a organização escolar de modo a prevenir os fatores de risco de doença mental;
- Formar os professores para a deteção de sinais de alerta e em mecanismos de encaminhamento;
- Ter especial atenção às taxas de comportamentos de auto dano na população escolar;
- Favorecer a mudança de paradigma das intervenções fundamentalmente centradas nos Hospitais, promovendo alternativas de tratamento e

⁴² INE, I. P. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. INE: Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESm_odo=2, consultado a 3 de maio de 2017.

⁴³ SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf>, consultado a 26 de abril de 2017.

⁴⁴ Para avaliar o bem-estar psicológico utilizou-se a versão com 12 questões do General Health Questionnaire: General Health Questionnaire, versão 12. (GHQ-12): Medidas de Saúde - Goldberg (1978) adaptado por McIntyre, McIntyre e Redondo (1999).

acompanhamento acessíveis, nos contextos em que vivem os doentes, efetivando a implementação da RRCCI em Saúde Mental;

- Combater o estigma associado à doença mental;
- Aumentar a literacia da população sobre saúde mental;
- Melhorar a articulação entre cuidados domiciliários, cuidados hospitalares e as instituições psiquiátricas no sentido de estabelecer uma resposta integrada ao utente.

2.8. Área de Intervenção nos Cuidados Paliativos

No que diz respeito às USI, a resposta comunitária para os cuidados paliativos traduziu-se, em parte, na operacionalização das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). No presente, existem duas ECSCP na Unidade de Saúde de Ilha Terceira.

Desde 2016 encontra-se em funcionamento uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), no HDES, com dez camas de internamento, a qual integra uma Equipa Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EHSCP).

Em 2014, a Estrutura de Missão da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (EMRRCCI) promoveu em São Miguel, três cursos básicos de Cuidados Paliativos, dirigidos aos profissionais das equipas e unidades da RRCCI. Foi promovido o Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos a profissionais da área da saúde e setor social da Ilha de São Miguel.

Em 2016, foram enviados documentos informativos às US sobre cuidados paliativos pediátricos da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

2.8.1. Recomendações

- Melhorar a resposta hospitalar e o acompanhamento no domicílio por Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos.
- Estabelecer estratégias de articulação formal entre as Unidades de Dor Crónica e as Equipas de Cuidados Paliativos.
- Consolidar as equipas de cuidados paliativos comunitários e as unidades hospitalares, de forma a estabelecer uma efetiva Rede Regional de Cuidados Paliativos.

2.9. Área de Intervenção em Cuidados Continuados

Apesar de não ter sido contemplada no PRS uma área específica em cuidados continuados, achou-se pertinente a sua inclusão como área de intervenção, considerando a sua importância e o trabalho desenvolvido até ao momento.

A EMRRCCI tem assumido a coordenação dos cuidados continuados na RAA, e tem desenvolvido algumas ferramentas de apoio para uma melhor resposta a este nível de cuidados. Disto são exemplo os seis manuais de apoio ao cuidador informal: Cuidados à pessoa dependente: “Promoção do autocuidado e lazer”; “Incontinência urinária no idoso”; “Prevenção de quedas em idosos no domicílio”; “Prevenção de úlceras por pressão”; “Cuidados à pessoa dependente” e “Cuide de si, cuide dos seus”.

Na RAA, a resposta de cuidados continuados encontra-se assegurada pelas Santas Casas de Misericórdia (SCM) locais, IPSS ou pelos CS com unidades de internamento.

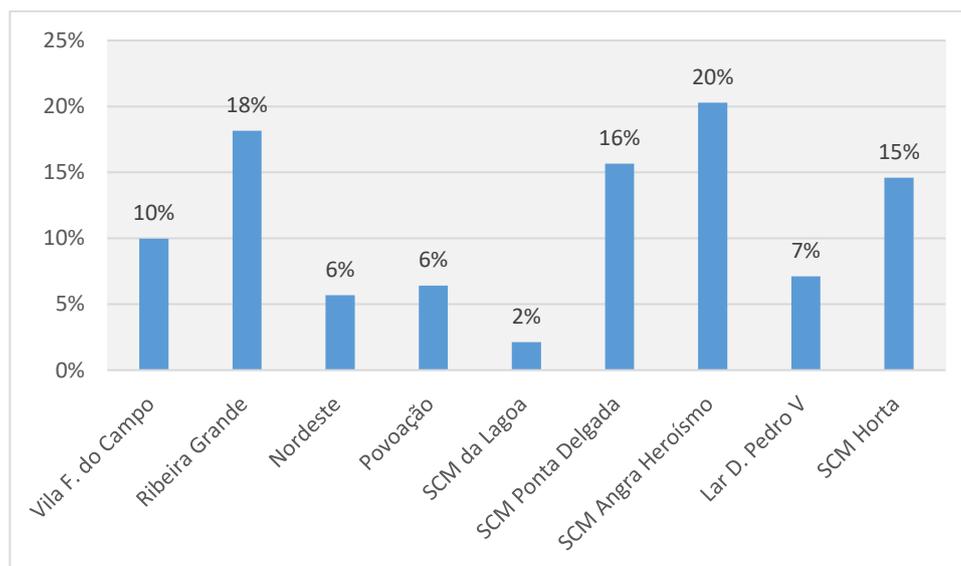
O movimento global de doentes na RRCCI no ano de 2015 ascendeu aos 380 referenciados, dos quais 65% foram admitidos e, destes, 71,65% tiveram alta. Comparativamente aos dados de 2015, no Quadro seguinte, verificamos que em 2016 a capacidade de resposta aumentou.

Quadro 76. Movimento de doentes da RRCCI em 2015 e 2016

| Ano | Referenciados | Admitidos | Altas |
|------|---------------|-------------|--------------|
| 2015 | 380 | 247 (65%) | 177 (71,65%) |
| 2016 | 467 | 347 (74,3%) | 290 (62,1%) |

Fonte: EMRRCCI

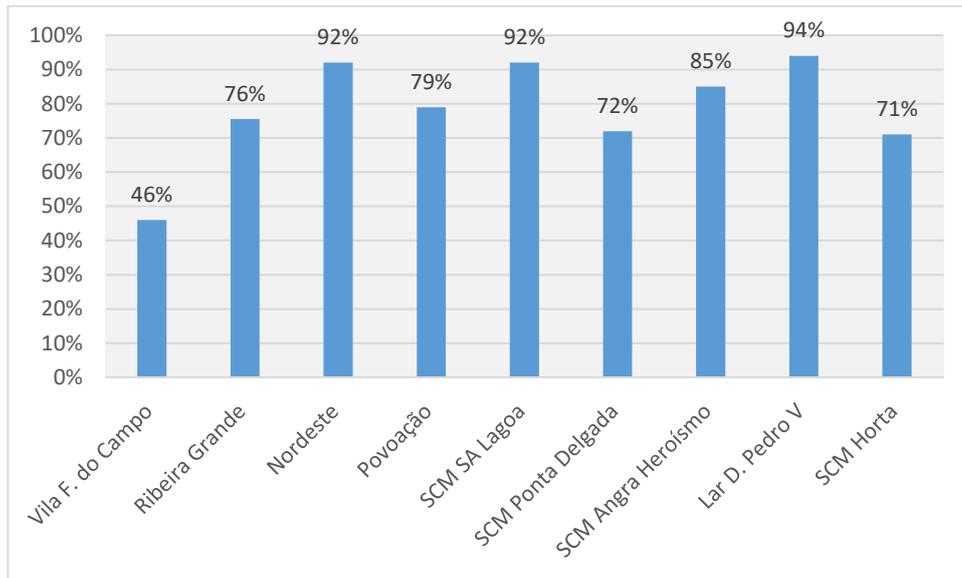
Os dados discriminados abaixo, referem-se ao primeiro semestre de 2016 para as unidades das Ilhas Terceira, São Miguel e Faial. Para um total de 281 doentes assistidos, verifica-se que a SCM de Angra do Heroísmo é a instituição que recebe a maior percentagem de utentes, seguindo-se a da Ribeira Grande e a de Ponta Delgada. Com menor capacidade de resposta evidencia-se a SCM da Lagoa.

Figura 33. Utentes assistidos nas Unidade de Cuidados Continuados

Fonte: EMRRCCI

Ao analisar a taxa de ocupação de camas em função da disponibilidade existente nas diferentes unidades implementadas, excetuando Vila Franca do Campo, todas as unidades apresentam taxa de ocupação superior a 70%.

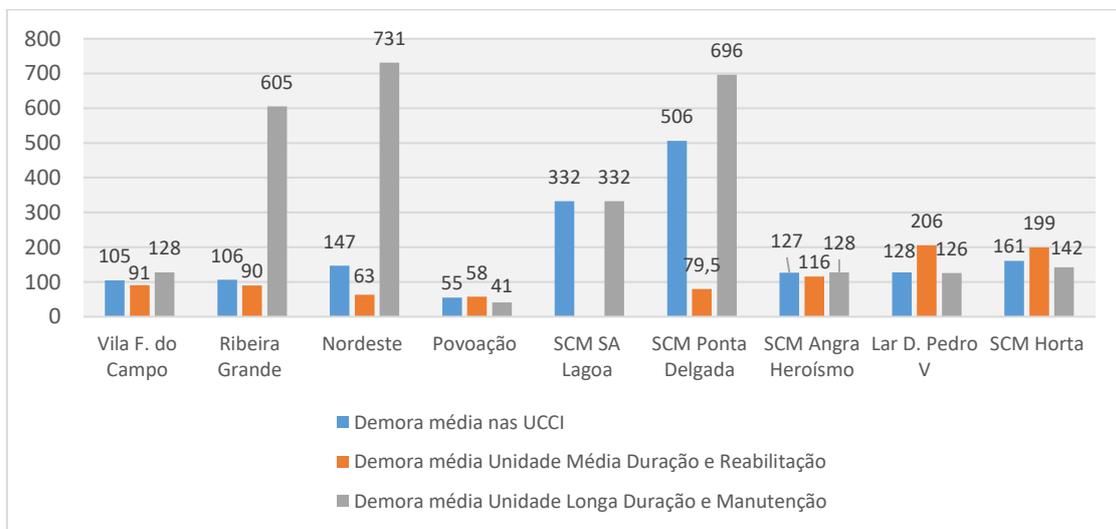
Figura 34. Taxa de Ocupação nas UCCI



Fonte: EMRRCCI

Analisando a demora média global de internamento para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), constata-se que os extremos se posicionam entre os 55 dias na Povoação e os 506 dias na SCM de Ponta Delgada. Quando se analisam as demoras médias para cada tipologia de unidade, nas unidades de média duração e reabilitação ascende dos 58 dias aos 206 dias nas instituições referidas anteriormente. Nas unidades de longa duração e manutenção oscila entre os 41 dias na Povoação e os 731 dias no Nordeste.

Figura 35. Demora Média nas UCCI (dias)



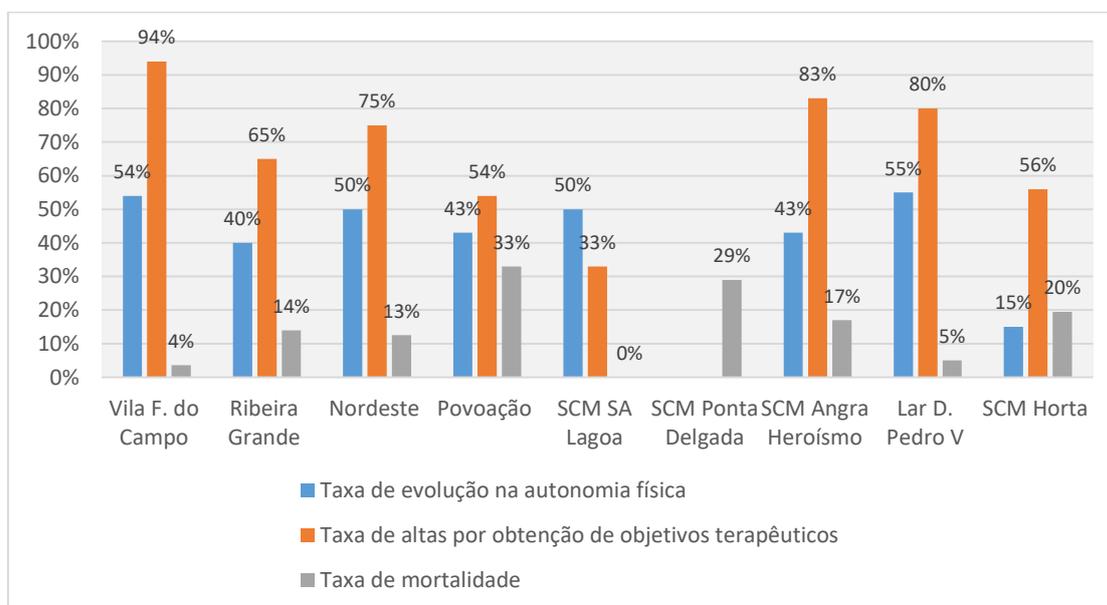
Fonte: EMRRCCI

Os indicadores de resultado (figura 36) permitem analisar o processo evolutivo dos doentes em função dos cuidados prestados. Assim, no que respeita à taxa de evolução na autonomia física, excetuando a SCM da Horta com 15%, nas restantes organizações é igual ou superior a 43%.

A taxa de alta por obtenção dos objetivos terapêuticos previstos, inicia-se nos 33% na SCM da Lagoa e ascende até aos 94% em Vila Franca do Campo. Para estas duas variáveis, não se obtiveram dados relativos a SCM de Ponta Delgada.

Por último, a taxa de mortalidade associada a pessoas integradas nesta área de cuidados posiciona-se entre os 0% na SCM da Lagoa e os 33% na Povoação.

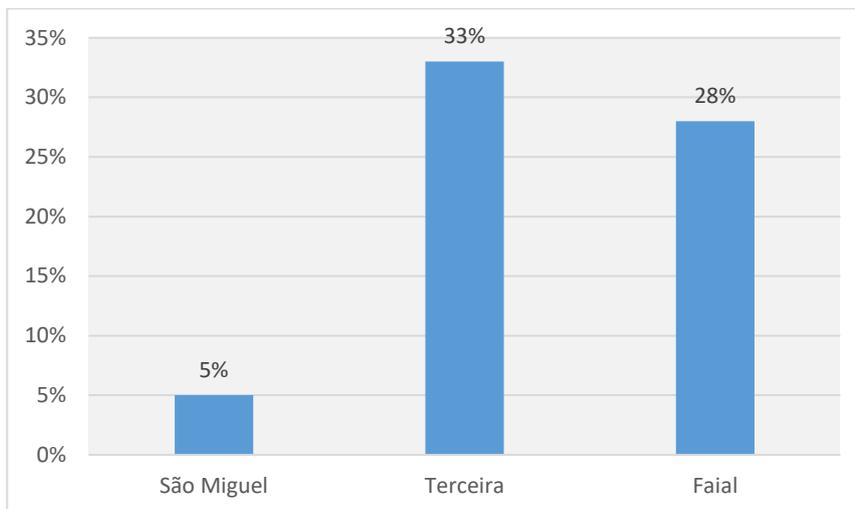
Figura 36. Indicadores de resultado



Fonte: EMRRCCI

Após a alta dos utentes de uma UCCI, foi analisada a taxa daqueles que usufruem de uma resposta social, tendo-se verificado que são as ilhas Terceira e Faial que apresentam valores mais destacados.

Figura 37. Taxa de utentes que ingressaram em respostas sociais após alta da RRCCI



Fonte: EMRRCCI

2.9.1. Análise crítica

Para além dos dados apresentados relativos à ilha Terceira, São Miguel e Faial, no ano de 2016 já se iniciou a dinamização das UCCI noutras ilhas do arquipélago, pelo que se pretende que gradualmente seja aumentada a resposta da RRCCI.

2.9.2. Recomendações

- Melhorar o registo dos indicadores para todas as UCCI;
- Aumentar a taxa de ocupação das unidades de forma a aumentar a taxa de resposta face às referências efetuadas;
- Reduzir a demora média das unidades de média e longa duração.

2.10. Área de Intervenção nas Doenças Genéticas

A área de intervenção nas doenças genéticas, no contexto do PRS, integra como principal objetivo a “Promoção do acompanhamento adequado e a qualidade de vida

das pessoas com Doença do Machado-Joseph (DMJ), uma vez que esta doença neurodegenerativa hereditária apresenta a sua maior prevalência, a nível mundial, na RAA, designadamente na ilha das Flores. Pela análise do Quadro 77 verifica-se que cerca de 55% das ações se encontram executadas ou em execução.

A “Participação, inclusão e convívio social das pessoas com DMJ e suas famílias” é uma das ações preconizadas para favorecer a qualidade de vida destes doentes. Considerando o período em análise, 44,4% (n=4) das USI reportou desenvolver atividades neste âmbito. Constatou-se que as USI que não executaram esta ação são as mesmas que informam não ter fomentado o “Acesso das pessoas com DMJ e suas famílias a serviços/procedimentos/informação que facilitem a resolução de problemas quotidianos”. A não execução destas ações está relacionada com o facto de, em alguns casos, não ter ocorrido o diagnóstico de DMJ entre a população.

Quadro 77. Execução das ações na Área de Intervenção nas Doenças Genéticas

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USI | |
|--|----------------------------|-----------------|-----|----------------|-------|--------------|-----|--------------|-----|---------------|-------|----------|-------|-----------|-----|------------|------|-----------|-------|---------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Promover o acompanhamento adequado e a qualidade de vida das pessoas com DMJ | Executada | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 6 | 100,0 | 3,0 | 50,0 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 5,6 |

Fonte: USI

A DRS, pretendendo promover a participação, inclusão e convívio social das pessoas com DMJ, bem como dar a conhecer os principais avanços a nível da investigação sobre a doença, dinamizou, no âmbito das comemorações do Dia das Doenças Raras em 2015 e 2016, os Seminários “Dia das Doenças Raras 2015” exclusivamente dedicado à DMJ e “Dia das Doenças Raras 2016” dedicado à DMJ e à Neurofibromatose. Os Seminários foram transmitidos por videoconferência, para a ilha das Flores (2015) e para a ilha do Faial (2016).

Com vista a regular o acesso a apoios no âmbito da saúde, foram emitidos, pela DRS e Sudaçor, S.A., vários documentos normativos no período 2014 a 2016, particularmente no que respeita ao regime de reembolsos/comparticipação aos cidadãos portadores da DMJ:

- Circular Normativa n.º 1, de 10 de fevereiro de 2015 que estabelece que o regime geral de reembolsos, aplicável aos utentes do SRS. O regime específico de apoio aos cidadãos portadores da DMJ, consagrado no Decreto Legislativo Regional n.º 21/92/A, de 21 de outubro e no Decreto Regulamentar Regional n.º 9/93/A, de 6 de abril mantém-se a cedência, a título gratuito, pelas USI, do material clínico de apoio às pessoas portadoras DMJ;
- Ofício n.º DRS-Sai/2015/4957, de 7 de dezembro, contendo informação às USI sobre a criação de uma linha genérica na aplicação do Sistema de Gestão de Reembolsos, com um código específico para reembolsos aos cidadãos portadores da DMJ;
- Ofício n.º Saúde-Sai/2015/1683, de 10 dezembro, relativa ao correto preenchimento de receitas médicas, onde consta a menção à participação total de medicamentos aos cidadãos portadores da DMJ.

2.10.1. Indicadores da Área de Intervenção nas Doenças Genéticas

A informação reportada pelo HSEIT sobre o diagnóstico e acompanhamento das pessoas e famílias portadoras de DMJ encontra-se no Quadro 78.

Quadro 78. Indicadores da Doença de Machado-Joseph, HSEIT, 2014-2016

| Indicador | HSEIT | | |
|--|-------|-------|-------|
| | 2014 | 2015 | 2016 |
| Nº de pessoas/famílias acompanhadas no Programa de Aconselhamento Genético | 94/6 | 101/5 | 116/4 |
| Nº de pessoas que realizaram o Teste Preditivo | 9 | 12 | 9 |
| Nº de pessoas que realizaram o Teste Preditivo, com diagnóstico de DMJ | 1 | 5 | 2 |
| Nº de pessoas com diagnóstico de DMJ | 15 | 11 | 16 |

Fonte: HSEIT

Do ano de 2014 a 2016, apesar do número de famílias ter diminuído, o total de pessoas acompanhadas pelo HSEIT no Programa de Aconselhamento Genético aumentou 23,4%. No que concerne ao número de pessoas que realizaram o teste preditivo no ano de 2014 (9 pessoas), apenas uma (11,11%) apresentou diagnóstico de DMJ. No ano de 2015 esta proporção ascendeu aos 41,66% (5 em 12 pessoas) e em 2016 reduziu para os 22,22% (2 em 9 pessoas).

O número total de pessoas com a patologia diagnosticada diminuiu 26,6% de 2014 para 2015 mas aumentou 45,45% de 2015 para 2016.

2.10.2. Evidências e Análise Crítica

Em 2016, foram publicados os resultados de um estudo⁴⁵ onde foi determinado o número de pessoas com DMJ e a prevalência da doença em 2015, na RAA. Esta informação encontra-se resumida no Quadro 79, sendo de sublinhar o elevado número de doentes na ilha de São Miguel e, particularmente, na ilha das Flores. Na ilha do Corvo os três utentes diagnosticados são originários da ilha das Flores.

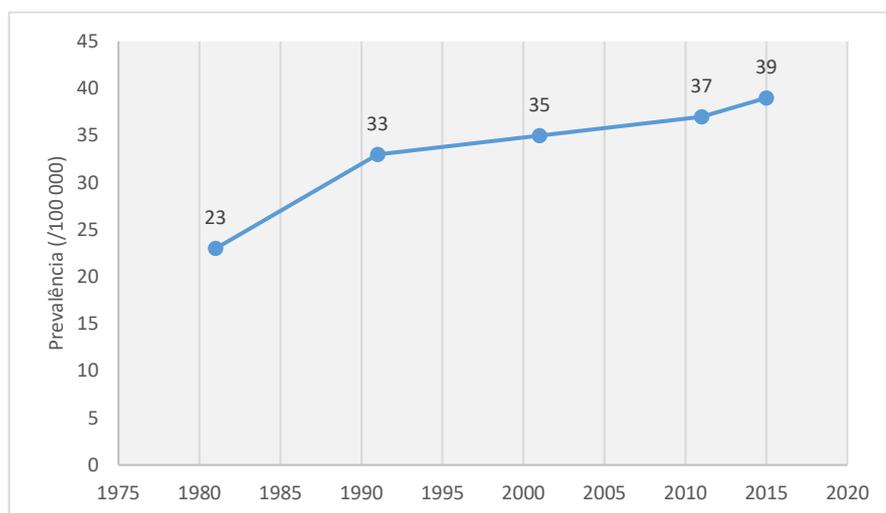
⁴⁵ Araújo, M.A.; Raposo, M.; Kazachkova, N.; Vasconcelos, J.; Kay, T., et al. (2016). Trends in the Epidemiology of Spinocerebellar Ataxia Type 3/Machado-Joseph Disease. *JSM Brain Sci* 1(1): 1001.

Quadro 79. Número de pessoas com DMJ e prevalências, por ilha e total, RAA, 2015

| Ilha | Nº de pessoas com DMJ e prevalências, por ilha e total, RAA, 2015 | |
|--------------|---|-----------------------------|
| | Nº | Prevalência |
| Santa Maria | 0 | 0 |
| São Miguel | 52 | 1/2 651 |
| Graciosa | 7 | 1/627 |
| Terceira | 8 | 1/7 055 |
| Pico | 1 | 1/141 18 |
| São Jorge | 0 | 0 |
| Faial | 2 | 1/7 497 |
| Flores | 24 | 1/158 |
| Corvo | 3 | 1/143 |
| Total | 97 | 1/2 544 (39/100 000) |

Fonte: Adaptado de Araújo, M.A.; Raposo, M.; Kazachkova, N.; Vasconcelos, J.; Kay, T., et al. (2016). Trends in the Epidemiology of Spinocerebellar Ataxia Type 3/Machado-Joseph Disease in the Azores Islands, Portugal. *JSM Brain Sci* 1(1): 1001.

No trabalho de investigação em apreço, evidencia-se ainda o aumento da prevalência da doença na RAA, ao longo dos últimos 35 anos (Figura 38).

Figura 38. Tendência temporal da prevalência de Doença do Machado-Joseph, RAA - 1981 a 2015

Fonte: Adaptado de Araújo, M.A.; Raposo, M.; Kazachkova, N.; Vasconcelos, J.; Kay, T., et al. (2016). Trends in the Epidemiology of Spinocerebellar Ataxia Type 3/Machado-Joseph Disease in the Azores Islands, Portugal. *JSM Brain Sci* 1(1): 1001.

2.10.3. Recomendações

- Manter as estratégias que visem minimizar o impacto DMJ na qualidade de vida das pessoas afetadas, que garantam o acesso equitativo a um seguimento adequado dessas pessoas e suas famílias;
- Fomentar a investigação sobre a DMJ na RAA atendendo a que a mesma contribui para melhorar o conhecimento sobre a doença, a prática do diagnóstico, o aconselhamento genético, a clínica e a intervenção, no sentido de minimizar, tanto quanto possível, a gravidade da sintomatologia associada à doença;
- Implementação efetiva de um Programa de Aconselhamento Genético Regional.

3. Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro-cardiovasculares

3.1. Área de Intervenção no Acidente Vascular Cerebral

A área de intervenção no AVC e no EAM assenta na prevenção primária e secundária das doenças cérebro-cardiovasculares. Para isso exige-se a complementaridade entre ações destinadas à população em geral ou a grupos específicos e a ações individuais dirigidas a pessoas identificadas como portadoras de fatores de risco cérebro-cardiovascular modificáveis. Estes aspetos são fundamentais para dar resposta aos objetivos definidos de “Reduzir a incidência de AVC e de EAM na RAA”. Também estão previstas ações de natureza informativa, formativa e normalizadora, dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a sua prática. Assim, os dados relativos à execução das ações demonstram que, para todos os objetivos, as USI demonstram um progresso na execução, que se encontra acima dos 70%.

É de realçar que é no âmbito do EAM que devem ser investidos maiores esforços, visto que nas ações relativas ao “Diagnóstico precoce, bem como da valorização da dor precordial”, as percentagens de ações executadas apresentam os valores mais baixos, 25% e 16,7%, respetivamente.

Algumas das ações específicas preconizadas para esta área de intervenção interrelacionam-se com as áreas de intervenção na Hipertensão, na Diabetes *Mellitus* e na Obesidade.

As USI, ao longo do período em análise, desenvolveram várias ações com o intuito de reduzir a incidência do AVC e do EAM, sobretudo abaixo dos 65 anos. Uma das ações preconizadas para atingir este objetivo está relacionada com a “Redução da prevalência de fumadores”. Neste âmbito 100% (n=9) das USI reportou ter dinamizado ou estar a “Dinamizar atividades de sensibilização da população para os malefícios do uso do tabaco”, nomeadamente nas escolas e nos locais de trabalho, de forma a conseguir, não apenas diminuir a incidência de novos fumadores, mas também aumentar a incidência de ex-fumadores.

A dislipidémia é também um importante fator de risco para o AVC e o EAM. 100% (n=9) das USI procederam, nos três anos em apreço, à “Divulgação de informação sobre dislipidémia, fatores de risco e formas de prevenção da patologia”. Também 66,7% (n=6) promoveu “Rastreios de dislipidémia com o respetivo encaminhamento dos utentes identificados”. Além do diagnóstico precoce, é fundamental instituir medidas terapêuticas adequadas à correção da dislipidémia. Neste contexto, 88,9% (n=8) das USI reportou cumprir as boas práticas nesta matéria, e numa delas constatou-se que a ação se encontra parcialmente executada.

A melhoria da abordagem ao utente com AVC desenvolve-se, designadamente, através de um “Melhor acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado, incluindo a precocidade e continuidade da reabilitação”. Neste âmbito, 88,9% (n=8) das USI assume ter cumprido o recomendado. Importa ainda atender a que a Via Verde do Doente com AVC se encontra regulamentada, na RAA, pela Circular Normativa n.º 8, da DRS, de 14 de setembro de 2012 – Protocolo de atuação face a AVC.

O “PAI do Risco Cardiovascular no Adulto” (Informação n.º 9, da DGS, de 29 de dezembro de 2014), divulgado pela DRS aos serviços de saúde, encontra-se, desde 2015, implementado em 22,2% (n=2) das USI. Em 2016, a proporção de USI com esta ação efetuada duplicou para 44,4% (n=4).

No que respeita à redução da incidência de EAM, inclui-se a “Dinamização de atividades de educação e de alerta à população para as características da dor anginosa e valorização da dor precordial”. De acordo com a informação reportada, dois terços das USI (n=6) realizou sensibilização à população sobre esta temática.

A “Otimização da abordagem pré-hospitalar para possibilitar o acesso rápido à Desfibrilhação Automática Externa e à Via Verde do EAM” (Circular Normativa n.º 15, da DRS, de 21 de abril de 2016 - Protocolo de Atuação Face a Síndrome Coronário Agudo - Atualização da Circular Normativa n.º 7, de 6 de setembro de 2012), está também contemplada nesta área de intervenção. Em 2014 e 2015, 55,6% (n=5) das USI efetivou esta ação, apurando-se que, em 2016, este valor aumentou para 66,7%, e 11,1% (n=1) reportou a ação como parcialmente executada.

Quadro 80. Execução das ações na área de intervenção no Acidente Vascular Cerebral e no Enfarte Agudo do Miocárdio

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USIS | |
|--|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|------------|------|-----------|-------|----------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Reduzir a incidência do AVC abaixo dos 65 anos, reduzindo a prevalência de fumadores. | Executada | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 1 | 33,3 | 3 | 100,0 | 2,4 | 81,5 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 0 | 0,0 | 0,6 | 18,5 |
| Reduzir a incidência do AVC abaixo dos 65 anos fomentando o diagnóstico precoce dos dislipidémicos e promovendo o acompanhamento dos mesmos. | Executada | 5 | 62,5 | 6 | 66,7 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 6 | 66,7 | 8 | 88,9 | 9 | 100,0 | 6,8 | 76,1 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 33,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 3,7 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 11,1 | 0 | 0,0 | 1,1 | 12,3 |
| Reduzir a incidência do AVC abaixo dos 65 anos melhorando a abordagem do utente com AVC. | Executada | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 1 | 33,3 | 3 | 100,0 | 2,4 | 81,5 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 0 | 0,0 | 0,6 | 18,5 |
| Reduzir a incidência do EAM abaixo dos 65 anos fomentando o diagnóstico precoce dos dislipidémicos e promovendo o acompanhamento dos mesmos. | Executada | 6 | 50,0 | 3 | 25,0 | 4 | 33,3 | 9 | 75,0 | 10 | 83,3 | 9 | 75,0 | 8 | 66,7 | 8 | 66,7 | 12 | 100,0 | 7,7 | 63,9 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 9 | 75,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 16,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,2 | 10,2 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 8,3 | 0 | 0,0 | 0,8 | 6,5 |

(Continuação)

| Objetivo | Execução das ações por USI | USI Santa Maria | | USI São Miguel | | USI Terceira | | USI Graciosa | | USI São Jorge | | USI Pico | | USI Faial | | USI Flores | | USI Corvo | | Média das USIS | |
|--|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|------------|------|-----------|-------|----------------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Reduzir a incidência do EAM abaixo dos 65 anos reduzindo a prevalência de fumadores. | Executada | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | 1 | 33,3 | 3 | 100,0 | 2,8 | 92,6 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 0 | 0,0 | 0,2 | 7,4 |
| Reduzir a incidência do EAM sobretudo abaixo dos 65 anos melhorando a valorização da dor precordial. | Executada | 3 | 50,0 | 3 | 50,0 | 1 | 16,7 | 3 | 50,0 | 6 | 100,0 | 3 | 50,0 | 1 | 16,7 | 3 | 50,0 | 6 | 100,0 | 3,2 | 53,7 |
| | Parcialmente executada | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,3 | 5,6 |
| | Em execução | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0,7 | 11,1 |

Fonte: USI

3.1.1. Indicadores na Área de Intervenção no AVC e no EAM

Nesta área de intervenção, e atendendo aos dados disponíveis no SISA, foi possível constatar que a prevalência de dislipidemia aumentou de 13,56% (n=29 708), no universo de 219 540 inscritos e em 2015, para 17,31% (n=37 542, no universo de 216835 inscritos). Verificou-se a mesma tendência para o número de pessoas com diagnóstico de AVC e EAM, conforme expresso no quadro seguinte.

Quadro 81. Prevalência, incidência de dislipidemia e número de pessoas com diagnóstico de AVC e EAM, 2015-2016

| Indicador | Resultados | |
|---|------------|--------|
| | 2015 | 2016 |
| Prevalência de Dislipidemia | 13,53% | 17,31% |
| Incidência de Dislipidemia (novos casos) | s/d | 4,48 |
| Nº de pessoas registado nas USI/CS com diagnóstico de AVC | 1 232 | 1 429 |
| Nº de pessoas registado nas USI/CS com diagnóstico de EAM | 748 | 830 |

Fonte: SISA

Ao nível hospitalar, apesar de não podermos assumir uma comparabilidade dos indicadores entre os Hospitais que disponibilizaram informação (Quadro 82), verifica-se que todos eles apresentaram uma redução no ano de 2016, comparativamente ao ano de 2014.

Quadro 82. Taxas de internamento relativas à área cerebrovascular, 2014-2016

| Indicador | HDES a) | | | HSEIT b) | | | HH a) | | |
|---|---------|--------|--------|----------|-------|-------|--------|--------|--------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, < 70 anos | 50,99% | 43,41% | 34,48% | 0,08% | 0,09% | 0,07% | 39,29% | 30,30% | 34,25% |
| Taxa de internamento por AVC < 70 anos | 48,47% | 41,95% | 39,84% | 0,07% | 0,07% | 0,07% | - | - | 66,67% |
| Taxa de internamento por insuficiência cardíaca < 70 anos | X | X | X | 0,06% | 0,09% | 0,06% | 34,07% | 28,97% | 26,32% |
| Taxa de internamento por Angina de peito < 70 anos | X | X | X | 0,02% | 0,01% | 0,02% | 50,00% | 30,00% | 57,14% |

(Continuação)

| Indicador | HDES a) | | | HSEIT b) | | | HH a) | | |
|---|---------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Taxa de internamento por EAM < 70 anos | 57,93% | 58,33% | 66,37% | 0,085% | 0,059% | 0,075% | 68,18% | 66,67% | 73,68% |
| Incidência de EAM < 70 anos/ nº de casos novos | 201* | 119* | 229* | X | X | X | 68,00% | 51,35% | 60,00% |
| Incidência de AVC < 70 anos / nº de casos novos | 127* | 120* | 123* | X | X | X | 50,00% | 54,17% | 45,45% |

Fonte: Hospitais

Nota: a) Valor calculado com base nos doentes entrados com DVC e AVC.

b) Valor calculado com base na população das ilhas: Terceira, Graciosa e São Jorge, por ano.

*Valores absolutos

Em 2015, na RAA, ocorreram 3 771 internamentos evitáveis⁴⁶, dos quais 576 (15,3%) são atribuíveis à insuficiência cardíaca (Quadro 83). Dos 3 480 internamentos evitáveis ocorridos em 2016, 515 (14,8%) tiveram como diagnóstico principal insuficiência cardíaca.

Quadro 83. Número de internamentos por insuficiência cardíaca nos Hospitais da RAA por local de residência, 2015-2016

| Local de Residência/Ilha | 2015 | | 2016 | |
|--------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | Nº de internamentos por Insuficiência Cardíaca | Total de internamentos evitáveis (nº) | Nº de internamentos por Insuficiência Cardíaca | Total de internamentos evitáveis (nº) |
| Santa Maria* | 1 | 20 | 2 | 18 |
| São Miguel* | 357 | 2 278 | 290 | 1 835 |
| Terceira | 148 | 1 035 | 132 | 1 052 |
| Graciosa* | 2 | 23 | 0 | 11 |
| São Jorge* | 9 | 42 | 5 | 30 |
| Pico* | 11 | 95 | 47 | 199 |
| Faial | 46 | 266 | 39 | 320 |
| Flores* | 1 | 9 | 0 | 13 |
| Corvo* | 1 | 3 | 0 | 2 |
| Total | 576 | 3 771 | 515 | 3 480 |

Fonte: Base de dados GDH; dados facultados pela Saudaçor, S.A.

*Nota: excluídos internamentos nas USI

⁴⁶ Internamentos de cidadãos residentes na RAA com uma *Ambulatory Care Sensitive Condition* como diagnóstico principal, definidas de acordo com a metodologia de Caminal et al (adaptada à realidade regional), excluindo internamentos com alta por morte, internamentos com duração <1 e < 40 dias e internamentos com GDH cirúrgico. São contabilizados os internamentos com o diagnóstico principal (cod. ICD-9-CM): pneumonia (481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486), infeção urinária (590.0, 590.1, 599.0, 590.8), DPOC (466.0, 490, 491, 492, 494, 496), cardiopatia hipertensiva (401, 402.00, 402.10, 403-405, 410-414, 430, 431, 436, 437.2), insuficiência cardíaca (428, 402.01, 402.11, 402.91, 518.4), infeções da pele e do tecido subcutâneo (681, 682, 683, 686), diabetes (250.0, 250.1, 250.2, 250.3, 250.7, 250.8, 251.0, 785,4+250.7), e asma (493).

3.1.2. Evidências e Análise Crítica

As doenças do aparelho circulatório mantêm-se como a principal causa de morte na RAA e a nível nacional.

A DRS, além das orientações emanadas no âmbito do seu programa de formação, promoveu, em 2015, dois cursos de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa (SBVDAE) dirigidos a profissionais de saúde, e um curso de Primeiros Socorros dirigido a pessoal não clínico destinado, preferencialmente, aos colaboradores da DRS. Em 2016, realizaram-se, cinco cursos de SBVDAE, dirigidos a profissionais de saúde.

A DRS tem vindo a apoiar iniciativas na área do combate às doenças do aparelho circulatório. Como exemplo, podemos citar o apoio atribuído para publicação do livro *Manual de Consulta de Risco CórdioCerebrovascular*.

3.1.3. Recomendações

- Controle dos fatores de risco, como sejam a hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, a HTA, o excesso de peso e a obesidade, os hábitos tabágicos, o abuso de bebidas alcoólicas e o sedentarismo;
- Sensibilizar a população para as consequências e para as formas de prevenção destas patologias, capacitando-a para assumir as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu próprio estilo de vida, encorajando os cidadãos a serem responsáveis pela sua própria saúde;
- Valorizar a vigilância da saúde e educação terapêutica como um fator determinante no controlo e na reabilitação dos doentes com patologia cardiovascular, no respeito pelas boas práticas clínicas e terapêuticas;
- Consolidar as estratégias organizativas: Vias Verdes do EAM e do AVC.

4. Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas

4.1. Área de Intervenção na Prevenção e no Tratamento da Doença Oncológica

A atividade clínica na área da oncologia constitui uma elevada preocupação para o SRS, pelo que as ações desenvolvidas, nos anos em análise, vão desde as avaliações diagnósticas, através dos rastreios, até à capacidade de resposta terapêutica diferenciada, com responsabilidade acrescida nas estruturas hospitalares da Região. Os rastreios permitem a identificação precoce de sinais de alerta ou indicativos de doença oncológica, o que possibilita uma intervenção cada vez mais atempada, quer no acompanhamento em situação de risco, quer no tratamento em situação de doença.

O COA tem desenvolvido a sua ação centrada em programas de rastreio de base populacional:

- i. Rastreio Organizado do Cancro da Mama (ROCMA);
- ii. Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero (ROCCA);
- iii. Rastreio Organizado do Colon e Reto (ROCCRA);
- iv. Programa de Intervenção da Cavidade Oral (PICCOA).

Assim, entre 2014 e 2016, no que se refere ao registo, vigilância e investigação epidemiológicas das doenças oncológicas nos Açores, a Região, tem participado em estudos nacionais e internacionais, onde tem sido divulgados os resultados regionais, bem como tem realizado os seus próprios estudos.

O último estudo publicado pelo COA, *Registo Oncológico Regional dos Açores – Cancro nos Açores: Incidência, Mortalidade e Sobrevivência - 2015* contempla dados referentes ao período de 2007 a 2011, cujos resultados registados para o total da incidência de novos casos de cancro foi de 5 170, dos quais 60,1% nos homens e 39,9% nas mulheres.

Paralelamente a estas atividades e, como suporte das mesmas, tem sido efetuada formação aos profissionais qualificados em epidemiologia e registo oncológico. Como foram também, realizadas sessões de educação para a saúde em escolas, em parceria com ESE, e a produção de um *spot* televisivo.

No que concerne ao ROCMA, ROCCA e ROCCRA, as ações para o aumento da abrangência dos rastreios foram desenvolvidas conforme os Quadros inseridos abaixo.

Quadro 84. Execução das ações relativas ao Rastreio Organizado do Cancro da Mama, 2014 a 2016

| Ações | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|------|------|
| Programação anual das duas unidades móveis por concelho e freguesia. | ✓ | ✓ | ✓ |
| Execução da 3ª e 4ªs voltas | ✓ | ✓ | ✓ |
| Atualização e divulgação do manual executivo | - | - | ✓ |
| Monitorização das voltas | ✓ | ✓ | ✓ |
| Obtenção e instalação de uma nova aplicação informática | ✓ | ✓ | ✓ |
| Reforço da segurança e a celeridade do processo de leitura das mamografias de rastreio (2014) | ✓ | - | - |
| Reforço da capacidade de armazenamento das imagens (2014) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Desenvolvimento de contratos-programa/ROCMA (2014,2015,2016) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Atualização dos protocolos de colaboração entre as unidades de saúde do SRS e o COA | ✓ | ✓ | ✓ |
| Desenvolvimento de estratégias que visem a obtenção, por doação, de uma nova unidade móvel de rastreio, com mamógrafo digital direto (2013), tendendo a integral conformidade tecnológica do ROCMA | ✓ | ✓ | ✓ |

Fonte: COA

Quadro 85. Execução das ações relativas ao Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero, 2014 a 2016

| Ações | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|
| Execução da 2ª volta (2014/2015/2016) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Reforço do envolvimento institucional e profissional no desenvolvimento do programa (2014-2016) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Campanha, em articulação com as USI, de informação/sensibilização/mobilização da população alvo | ✓ | ✓ | ✓ |
| Monitorização das voltas | ✓ | ✓ | ✓ |
| Celebração de protocolo de colaboração com o HSEIT e atualização dos protocolos com as USI | ✓ | ✓ | ✓ |
| Elaboração da versão definitiva do manual executivo (2014) | ✓ | - | - |
| Aperfeiçoamento da aplicação informática, nomeadamente para as tarefas de monitorização | ✓ | ✓ | ✓ |
| Aperfeiçoamento/atualização das listagens da população alvo | ✓ | ✓ | ✓ |
| Desenvolvimento de contratos programa ROCCA (2014/2015/2016) | ✓ | ✓ | ✓ |

Fonte: COA

Quadro 86. Execução das ações relativas ao Rastreio Organizado do Colon e Reto, 2014 a 2016

| Ações | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|------|------|
| Celebração de protocolos de colaboração com as USI e Hospitais Regionais | ✓ | ✓ | ✓ |
| Contratualização de serviços e aquisição de consumíveis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Aprovação do manual executivo provisório (2014) | ✓ | - | - |
| Instalação e ensaio de nova aplicação informática (2014) | ✓ | - | - |
| Apuramento/atualização das listagens da população alvo | ✓ | ✓ | ✓ |
| Execução da 1ª volta (2014/2015) e da 2ª volta (2016) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Promoção de campanha de informação, sensibilização e mobilização da população alvo | ✓ | ✓ | ✓ |
| Definição de contratos programa ROCCRA | ✓ | ✓ | ✓ |

Fonte: COA

Como é possível verificar, as ações desenvolvidas foram realizadas de acordo com as diferentes etapas dos rastreios, desde o seu planeamento, passando pela implementação e monitorização.

Nos anos de 2015 e 2016, a DRS emanou algumas orientações relativas a esta área:

- Circular Normativa n.º 20, de 26 de outubro de 2015 – Rastreio do Cancro do Cólon e Reto;
- Circular Informativa n.º 21, de 26 de outubro de 2015 – Rastreio do Cancro do Cólon e Reto – Realização de Colonoscopia;
- Norma n.º 2, de 6 de dezembro de 2013, atualizada, 15 de junho de 2015 - Tratamento do Cancro da Cavidade Oral;
- Norma n.º 18, da DGS, de 26 de novembro de 2013, atualizada, 8 de maio de 2015 - Tratamento do Carcinoma Medular da Tireoide;
- Norma n.º 25, da DGS, de 27 de dezembro de 2012, atualizada, 28 de julho de 2015 - Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento Cólon e Reto.
- Circular Normativa n.º 01, de 7 de janeiro de 2016 – Funcionamento da Consulta de Enfermagem da Mama nos Hospitais, da RAA;

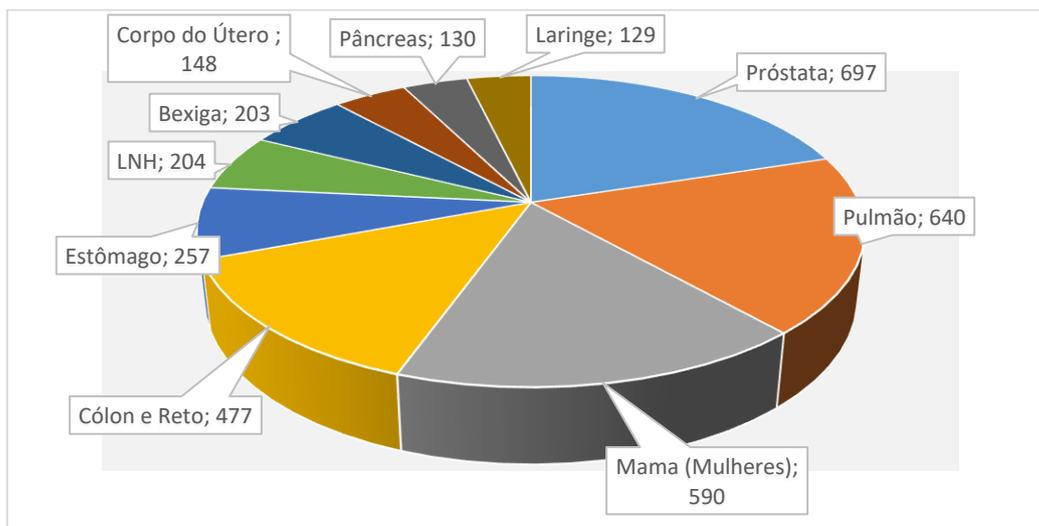
- Despacho n.º 727, de 18 de abril de 2016, que aprova o Programa de Rastreio do Cancro Colo-retal, proposto pelo COA, revogando o Despacho n.º 25, de 13 de janeiro de 2014.

Por ocasião do Dia Mundial do Cancro em 2015, a DRS divulgou junto de todos os serviços de saúde a realização de uma sessão pública de apresentação do estudo *Registo Oncológico Regional dos Açores – Cancro nos Açores: Incidência, Mortalidade e sobrevivência – 2015*.

4.1.1. Indicadores na área de intervenção na Prevenção e no Tratamento da Doença Oncológica

Atendendo aos objetivos definidos para a área de oncologia e aos respetivos indicadores, de 2014 a 2016, foram realizadas 12 sessões de educação para a saúde sobre os malefícios do tabaco, em parceria com as ESE, de acordo com o eixo estratégico do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo: Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens.

Na Região, os dez tipos de cancro mais frequentes, para ambos os sexos, para os anos em causa, foram o cancro da próstata - 697 casos (13,5%), do pulmão - 640 casos (12,4%), da mama - 590 casos (11,4%); do cólon e reto - 477 casos (9,2%); do estômago - 257 casos (5,0%); do Linfoma Não Hodgkin (LNH) - 204 casos (3,9%); da bexiga - 203 casos (3,9%); do corpo do útero - 148 casos (2,9%); do pâncreas – 130 casos (2,5%) e da laringe - 129 casos (2,5%).

Figura 39. Os dez cancros mais frequentes na Região, 2007-2011 (ICD – 10)

Fonte: Registo Oncológico Regional dos Açores – Cancro nos Açores: Incidência, Mortalidade e Sobrevivência - 2015

Relativamente aos rastreios em execução na RAA a situação atual encontra-se especificada nos Quadros abaixo.

Quadro 87. Rastreio Organizado do Cancro da Mama nos Açores (ROCMA)

| | 1ª Volta (2009/2010) | | 2ª Volta (2011/2012) | | 3ª Volta (2013/2014) | | 4ª Volta (2015/2016) | |
|--------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| | Rastreadas | Taxa de Participação |
| Santa Maria | 685 | 83,40% | 751 | 80,80% | 801 | 82,70% | 830 | 84,90% |
| São Miguel | 9 046 | 48,70% | 11 193 | 58,50% | 13 430 | 67,20% | 14 646 | 69,60% |
| Terceira | 5 270 | 51,30% | 5 989 | 61,70% | 6 760 | 69,40% | 7 437 | 76,10% |
| Graciosa | 505 | 65,70% | 550 | 78,90% | 554 | 85,40% | 602 | 91,80% |
| São Jorge | 893 | 54,30% | 1 095 | 69,90% | 1 294 | 83,80% | 1 288 | 87,40% |
| Pico | 1 132 | 49,10% | 2 032 | 74,30% | 2 168 | 93,90% | 2 229 | 92,20% |
| Faial | 1 241 | 59,00% | 1 688 | 66,00% | 1 891 | 79,90% | 2 046 | 86,30% |
| Flores | 342 | 52,20% | 370 | 61,40% | 385 | 72,00% | 422 | 70,00% |
| Corvo | 15 | 29,40% | 23 | 45,10% | 23 | 92,00% | 23 | 95,80% |
| Total | 19 129 | 51,40% | 23 691 | 62,30% | 27 306 | 71,60% | 29 523 | 75,30% |

Fonte: SReS/DEPD / COA

Quadro 88. Rastreio Organizado de Cancro do Colo do Útero nos Açores (ROCCA)

| | 1ª Volta (2010/2013) | | 2ª Volta (2014/2016) | |
|--------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| | Rastreadas | Taxa de Participação | Rastreadas | Taxa de Participação |
| Santa Maria | 815 | 100,00% | 1 039 | 83,10% |
| São Miguel | 11 503 | 34,70% | 12 883 | 33,60% |
| Terceira | 5 558 | 43,00% | 5 028 | 30,80% |
| Graciosa | 618 | 68,30% | 627 | 64,30% |
| São Jorge | 1 148 | 55,50% | 982 | 35,60% |
| Pico | 2 492 | 89,40% | 2 343 | 66,80% |
| Faial | 1 632 | 43,40% | 1 427 | 33,70% |
| Flores | 266 | 28,20% | 213 | 22,90% |
| Corvo | 0 | 0 | 30 | 62,50% |
| Total | 24 032 | 41,90% | 24 572 | 36,00% |

Fonte: SReS/DEPD / COA

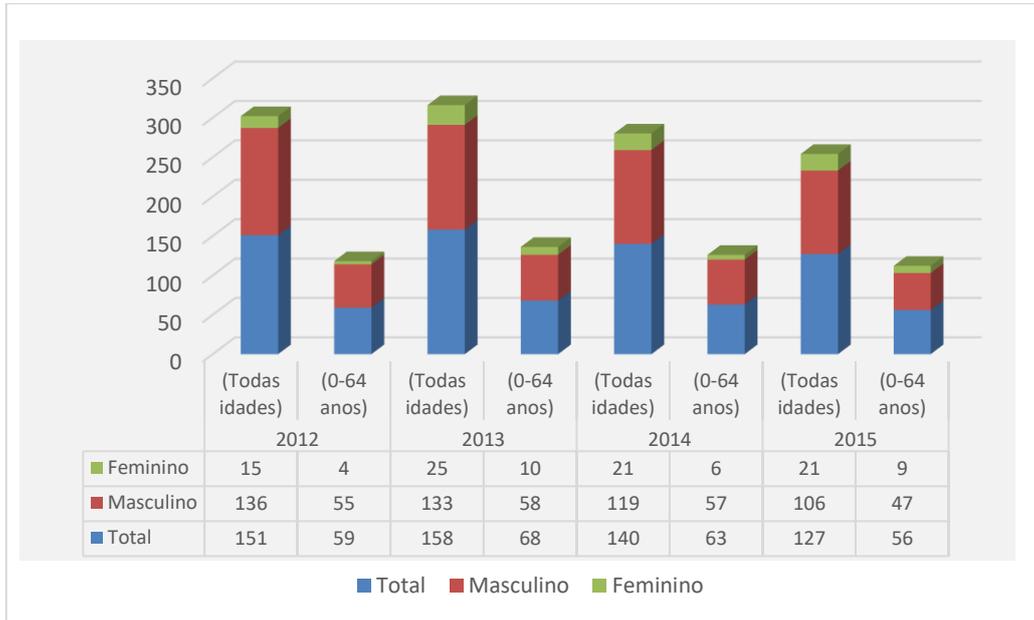
Quadro 89. Rastreio Organizado de Cancro do Colon e Reto nos Açores (ROCCRA)

| | 1ª Volta (2014/2016) | |
|--------------|-------------------------|----------------------|
| | Rastreados | Taxa de Participação |
| Santa Maria | 757 | 52,40% |
| São Miguel | 6 027 | 25,40% |
| Terceira | a) | |
| Graciosa | a) | |
| São Jorge | a) | |
| Pico | 2 188 | 48,50% |
| Faial | 1 891 | 46,70% |
| Flores | 251 | 21,00% |
| Corvo | 15 | 18,10% |
| Total | 11 129 | 31,90% |

Fonte: SReS/DEPD / COA

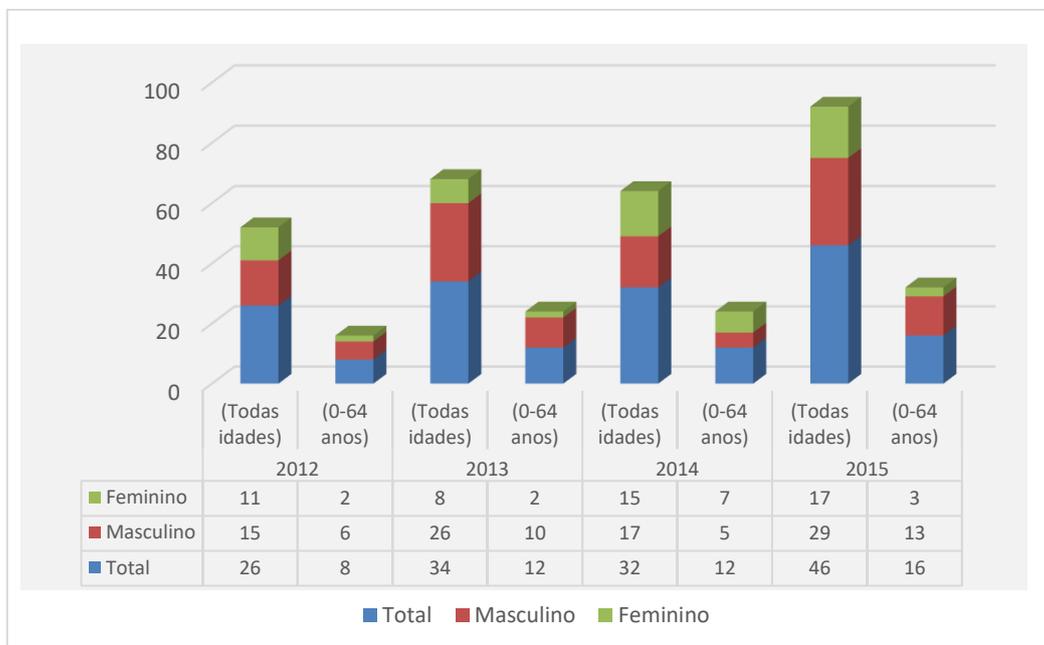
Os três tumores malignos com maior índice de mortalidade na Região, são o tumor maligno da laringe, dos brônquios e dos pulmões onde foram registados 127 casos em 2015 correspondendo, em relação a 2012, a uma $\Delta\%$ de -15,89, seguindo-se os 46 casos de óbitos por tumor do estômago (76,92 $\Delta\%$) e os 42 casos por tumor maligno da mama (10,53 $\Delta\%$).

Figura 40. Mortalidade por tumor maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões para todas as idades e prematura, por género, 2012-2015



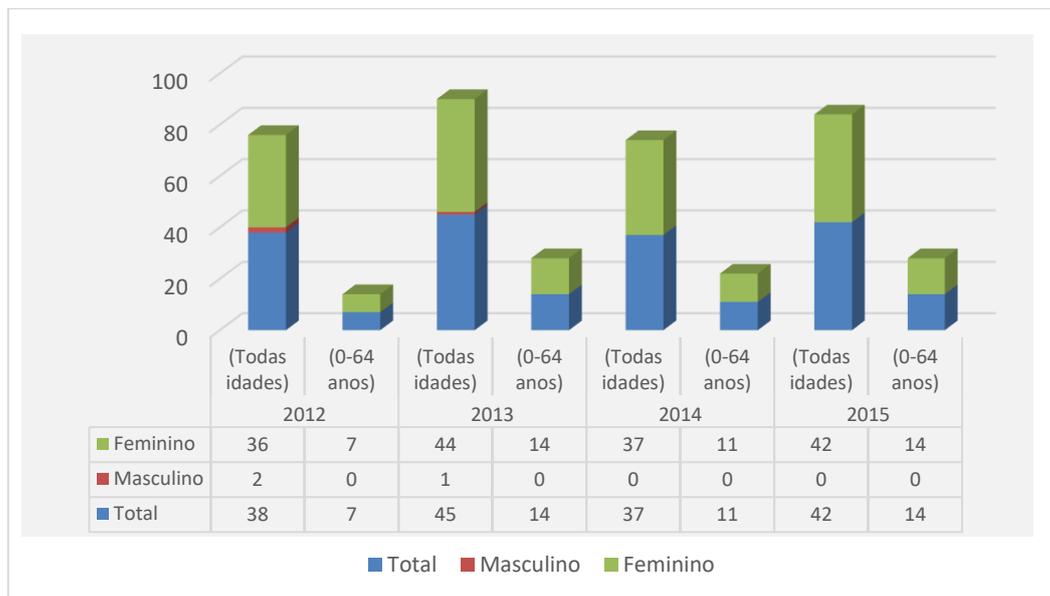
Fonte: INE/SREA

Figura 41. Mortalidade por tumor maligno estômago para todas as idades e prematura, por género 2012-2015



Fonte: INE/SREA

Figura 42. Mortalidade por tumor maligno da mama para todas as idades e prematura por género, 2012-2015



Fonte: INE/SREA

Em janeiro de 2016, foi inaugurada a clínica de radioncologia Centro Madalena Paiva, sediada na ilha de São Miguel que começou em março a fazer os primeiros tratamentos de radioterapia. Foi considerado projeto de interesse regional e pertence à empresa Joaquim Chaves Saúde, tendo capacidade para tratar 500 doentes por ano. No primeiro ano de atividade esta clínica de radioterapia atendeu 266 pacientes oncológicos de todo o arquipélago.

O pólo de radioterapia da ilha Terceira a funcionar no HSEIT será uma extensão do Centro de Radioterapia de São Miguel e servirá os utentes das ilhas do grupo central e ocidental e vai tratar os cancros mais comuns (mama, próstata, pulmão, cabeça, pescoço, sistema nervoso central, aparelho gastrointestinal, urinário).

4.1.2. Evidências e Análise Crítica

De acordo com as competências do COA, direcionadas para os rastreios de base populacional, algumas das ações predefinidas no PRS, deixaram de ser da área de competência do COA. No entanto, nesta área de intervenção, as sessões informativas presenciais realizadas tiveram uma abrangência de 300 pessoas.

Também se torna importante referir que, as ações realizadas no âmbito dos rastreios são transversais aos três anos em apreço.

4.1.3. Recomendações

- Potenciar a abrangência das sessões de sensibilização desenvolvidas sobre os efeitos do tabagismo;
- Desenvolver estratégias para aumentar a adesão da população aos rastreios;
- Definir indicadores de resultado face ao acompanhamento das pessoas com doença oncológica;
- Definir diretrizes de sensibilização para a vigilância individual de despiste de sinais e sintomas, para os tipos de cancro mais prevalentes.

Conclusões

A elaboração do primeiro *Relatório de Avaliação Intercalar do PRS da RAA* permitiu fazer uma avaliação do PRS, através da análise das diferentes áreas de intervenção e respetivos indicadores.

Esta avaliação para o triénio 2014-2016 colocou em análise o impacto das intervenções preconizadas, possibilitando o reconhecimento dos seus pontos fortes e a identificação de áreas de melhoria, com o intuito de obter mais qualidade na prestação de cuidados e melhor saúde para os cidadãos açorianos.

Considerando que as mudanças nos comportamentos de saúde nos indivíduos são dificilmente obtidas no imediato, é importante ter presente que é necessário adaptar as estratégias e políticas de saúde aos movimentos da população e evolução demográfica. Assim, para além das recomendações que foram traçadas em cada área de intervenção, realçam-se as principais evidências deste *Relatório*, que pretendem direcionar para um SRS cada vez mais eficiente. Assim:

A necessidade de dotar todas as US com sistemas de informação adequados ao suporte, à tomada de decisão clínica, à gestão, bem como à investigação;

Melhorar a interoperabilidade dos sistemas de informação e a facilidade na utilização e registo por parte dos profissionais de saúde;

Melhorar a adesão dos profissionais de saúde ao registo sistemático nas plataformas informáticas existentes que permita a recolha de informação fidedigna, viabilizando o planeamento, a monitorização e a avaliação das ações desenvolvidas, bem como a efetiva avaliação da qualidade clínica;

Investir na transparência do SRS através da divulgação interna e externa dos indicadores produzidos, potenciando o conhecimento da produção e da qualidade dos cuidados prestados;

Definir os indicadores do PRS que deverão ser reconhecidos e extraídos pelos diferentes Sistemas de Informação das US;

Promover a transversalidade das ações com outros setores da sociedade açoriana, nomeadamente da agricultura, desporto, ambiente, educação e segurança social, possibilitando uma intervenção integrada, com vista à melhoria dos objetivos previstos no PRS;

Promover a articulação dos serviços de saúde com os agentes públicos e privados com responsabilidade educativa e informativa no seio das comunidades, que produza um aumento da literacia e da capacitação dos cidadãos sobre saúde e doença;

Estabelecer estratégias de promoção e educação para saúde que abranjam o início do percurso pré-escolar, traduzindo-se, deste modo, num investimento geracional, para a existência de uma cultura de estilos de vida saudáveis, de vigilância da saúde e para a redução da exposição a fatores de risco, predisponentes de doenças crónicas;

Adequar os tempos dos profissionais às reais necessidades de intervenção das equipas em matéria de infância e juventude: ESE, ETIP, CPCJ e Núcleos de apoio às crianças e jovens em risco, bem como apostar na formação e no diagnóstico precoce, encaminhamento e acompanhamento de crianças e jovens em risco;

Implementar uma cultura de cuidados de proximidade através dos núcleos de saúde familiar que permita o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do indivíduo, inserido no ambiente familiar e comunitário, ao longo de todo o ciclo vital;

Manter o investimento nos rastreios oncológicos de base populacional bem como a resposta de tratamento aos doentes diagnosticados;

Desenvolver um registo para o acompanhamento de doenças raras;

Consolidar a estratégia regional de resposta para os cuidados paliativos;

Promover a implementação de medidas de combate ao excesso de peso e obesidade, bem como o seu diagnóstico e tratamento precoces, prevenindo o desenvolvimento de outras doenças associadas, como a diabetes ou a HTA, incentivando os cidadãos à

adoção de estilos de vida adequados, designadamente os relacionados com a nutrição e com a atividade física;

Promover a saúde mental atuando em todos os escalões etários, minimizando o seu impacto futuro em alterações do foro psiquiátrico;

Valorizar as respostas centradas no envelhecimento ativo e na capacitação de cuidadores informais, pilares estruturantes para uma preparação adequada face às necessidades dos idosos;

Melhorar as estratégias definidas no PRS, através da articulação entre as USI, os serviços hospitalares, todos os agentes locais de saúde e setor social, estabelecendo circuitos de referenciação e de circulação de informação entre os profissionais e serviços envolvidos, com vista à otimização dos cuidados prestados e recursos existentes.

Neste sentido, o *Relatório de Avaliação Intercalar* pretende ser uma ferramenta de monitorização do PRS, contribuindo para a análise e avaliação do desempenho do SRS, pelo facto de possibilitar uma melhoria contínua do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como da eficiência na gestão de recursos.

Lista de Quadros

| | | |
|-------------|--|----|
| Quadro 1. | Resumo de indicadores de saúde..... | 14 |
| Quadro 2. | População residente, por ilha e sexo, Censos 2001 e Censos 2011 | 15 |
| Quadro 3. | Pessoal Médico na RAA, 2014-2016 | 20 |
| Quadro 4. | Médicos Dentistas da RAA, 2014-2016 | 21 |
| Quadro 5a. | Médicos de Medicina Geral e Familiar na RAA, 2014-2016 | 21 |
| Quadro 5b. | Médicos da Carreira Médica Hospitalar na RAA, 2014-2016 | 22 |
| Quadro 5c. | Médicos - Internos Ano Comum na RAA, 2014-2016 | 22 |
| Quadro 6. | Pessoal de Enfermagem na RAA, 2014-2016 | 23 |
| Quadro 7. | Pessoal Técnico Diagnóstico e Terapêutica na RAA, 2014-2016..... | 23 |
| Quadro 8. | Técnicos Superiores de Saúde (Nutricionistas e Psicólogos) na RAA, 2014-2016 | 24 |
| Quadro 9. | Consultas nas Unidades de Saúde de Ilha/Centros de Saúde, 2014-2016..... | 25 |
| Quadro 10. | Movimento assistencial realizado pelos médicos deslocados ao abrigo do regime da deslocação de especialistas às USI, 2014-2016..... | 26 |
| Quadro 11. | Número de utentes inscritos para cirurgia, acumulado por Hospital, de 2014 a 2016 | 29 |
| Quadro 12a. | Número de utentes inscritos para cirurgia, acumulado por hospital e especialidade, em 31 de dezembro de 2015..... | 31 |
| Quadro 12b. | Número de utentes inscritos para cirurgia, acumulado por hospital e especialidade, em 31 de dezembro de 2016..... | 32 |
| Quadro 13. | Número de intervenções cirúrgicas realizadas por Hospital, 2014-2016..... | 33 |
| Quadro 14. | Número de casos de interrupção voluntária da gravidez, 2014-2016 | 33 |
| Quadro 15. | Indicadores de Saúde em 2001, 2011, 2015 e metas para 2016 | 40 |
| Quadro 16. | Execução das ações na Área de Intervenção na Saúde da Mulher, 2014-2016..... | 49 |
| Quadro 17a. | Indicadores da área da saúde da mulher, 2014-2016 | 50 |
| Quadro 17b. | Indicadores hospitalares da área de intervenção da saúde da mulher, 2014-2016..... | 51 |
| Quadro 18. | Execução das ações da Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil, 2014-2016..... | 56 |
| Quadro 19. | Indicadores na área de intervenção da saúde infantojuvenil, 2014-2016..... | 57 |
| Quadro 20. | Indicadores na área de intervenção em saúde infantojuvenil, por USI 2014-2016..... | 57 |
| Quadro 21. | Avaliação anual do programa regional de vacinação – esquema cumprido, 2014 - 2016..... | 64 |
| Quadro 22. | Execução das ações por Equipa de Saúde Escolar, 2014-2016 | 66 |
| Quadro 23. | Cobertura da saúde escolar na RAA, 2014-2016..... | 68 |
| Quadro 24. | Número de profissionais envolvidos na área da educação, 2014-2016..... | 69 |
| Quadro 25. | Taxas de cumprimento do Programa Regional de Vacinação, 2014-2016..... | 71 |
| Quadro 26. | Indicadores de hábitos nocivos do 6.º ao 8.º ano, 2014-2016..... | 72 |
| Quadro 27. | Indicadores de hábitos nocivos do 9.º ao 12.º ano, 2014-2016..... | 73 |
| Quadro 28. | Proporção/número de ações realizadas no âmbito dos projetos de promoção da saúde, 2014-2016..... | 74 |
| Quadro 29. | Número de sessões de educação para a saúde, ano letivo, 2014-2016 | 75 |
| Quadro 30. | Execução das ações da Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral, 2014-2016 | 80 |
| Quadro 31. | Recursos humanos e atividade profissional, 2014-2016..... | 81 |
| Quadro 32. | Número de equipamentos de apoio, 2014-2016 | 82 |
| Quadro 33. | Percentagem de indivíduos livres de cáries e índice de C ₅ POD | 83 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Quadro 34. | Execução das ações na Área de Intervenção nas Dependências | 86 |
| Quadro 35. | Número de consultas de cessação tabágica, 2014-2016 | 90 |
| Quadro 36. | Número de casos notificados por Comissão para a Dissuasão das Toxicodependências, 2014-2016 | 95 |
| Quadro 37. | Número de utentes em tratamento em regime de ambulatório, 2014 -2016..... | 95 |
| Quadro 38. | Movimento assistencial na RAA, 2014 -2016 | 96 |
| Quadro 39. | Número de intervenções em reinserção na toxicodependência, 2014 - 2016..... | 96 |
| Quadro 40. | Execução das ações desenvolvidas na Área da Pneumonia | 101 |
| Quadro 41. | Número de internamentos por pneumonia em Hospital, 2014-2016 | 102 |
| Quadro 42. | Número de episódios de pneumonia, por ilha de residência do utente, 2015-2016..... | 102 |
| Quadro 43. | Proporção de inscritos com hábitos tabágicos, 2014-2016 | 103 |
| Quadro 44. | Execução das ações desenvolvidas na Área da Tuberculose..... | 105 |
| Quadro 45. | Principais casos de doenças de declaração obrigatória na RAA, 2014-2016..... | 106 |
| Quadro 46. | Execução das ações desenvolvidas na Área do VIH/SIDA | 108 |
| Quadro 47. | Evolução dos anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte, 2004-2014..... | 111 |
| Quadro 48. | Execução das ações na Área de Intervenção na Prevenção de Acidentes..... | 112 |
| Quadro 49. | Execução das ações na Área de Intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo..... | 115 |
| Quadro 50. | Grau de satisfação da população idosa com os cuidados de saúde do Serviço Regional de Saúde..... | 116 |
| Quadro 51. | Adesão dos diabéticos elegíveis para o Diagnóstico Sistemático da Retinopatia Diabética, 2015-2016 | 121 |
| Quadro 52. | Execução das ações desenvolvidas na área de Intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes <i>Mellitus</i> | 123 |
| Quadro 53. | Indicadores epidemiológicos da diabetes, 2015-2016 | 124 |
| Quadro 54. | Indicadores de diagnóstico, tratamento e fatores de risco da diabetes, 2015-2016 | 128 |
| Quadro 55. | Número de internamentos por diabetes, nos Hospitais, da RAA, 2015-2016..... | 129 |
| Quadro 56. | Resultados sobre prevalência de diabetes em alguns estudos na RAA | 130 |
| Quadro 57. | Execução das ações desenvolvidas na área de Intervenção na Obesidade | 134 |
| Quadro 58. | Indicadores para a Área de Intervenção na Obesidade, 2014-2016 | 135 |
| Quadro 59. | Número de consultas relacionadas com a obesidade nos Hospitais, RAA, 2014-2016 | 135 |
| Quadro 60. | Prevalência de obesidade, excesso de peso e baixo peso nas crianças dos 6 aos 8 anos, por região (resultados dos estudos COSI Portugal) | 136 |
| Quadro 61. | Prevalência de excesso de peso e obesidade na RAA, 2014 | 137 |
| Quadro 62. | Prevalências de categorias de IMC, por região, ponderadas para a distribuição da população Portuguesa, 2015-2016..... | 138 |
| Quadro 63. | Prevalências de categorias de risco muito aumentado de perímetro da cintura e de perímetro da cintura-anca em adultos, por região, ponderadas para a distribuição da população Portuguesa, 2015-2016..... | 139 |
| Quadro 64. | Execução das ações desenvolvidas na área de Intervenção na Hipertensão | 143 |
| Quadro 65. | Indicadores da área de intervenção da hipertensão, 2015-2016 | 144 |
| Quadro 66. | Número de internamentos por cardiopatia hipertensiva nos Hospitais, RAA, 2015-2016 | 146 |

| | | |
|------------|--|-----|
| Quadro 67. | Prevalência de Hipertensão Arterial na RAA, 2014 | 147 |
| Quadro 68. | Execução das ações na Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não Infeciosas..... | 150 |
| Quadro 69. | Proporção de primeiras consultas médicas de pneumologia/total de consultas médicas de pneumologia e nº de internamentos por asma e DPOC (abaixo dos 70 anos de idade) nos Hospitais da RAA, 2014 - 2016..... | 152 |
| Quadro 70. | Número de internamentos por Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, nos Hospitais, 2015-2016 | 153 |
| Quadro 71. | Indicadores Hospitalares relativos à dor, 2014-2016..... | 156 |
| Quadro 72. | Execução das ações na Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas..... | 159 |
| Quadro 73. | Execução das ações desenvolvidas na área da Promoção da Saúde Mental..... | 164 |
| Quadro 74. | Indicadores sobre a Saúde Mental na RAA, 2014-2016 | 167 |
| Quadro 75. | Indicadores no âmbito da Saúde Mental nos Hospitais, 2014-2016..... | 167 |
| Quadro 76. | Movimento de doentes da RRCCI..... | 171 |
| Quadro 77. | Execução das ações na Área de Intervenção nas Doenças Genéticas..... | 176 |
| Quadro 78. | Indicadores da Doença de Machado-Joseph, HSEIT, 2014-2016 | 178 |
| Quadro 79. | Número de pessoas com DMJ e prevalências, por ilha e total, RAA, 2015 | 179 |
| Quadro 80. | Execução das ações na área de intervenção no Acidente Vascular Cerebral e no Enfarte Agudo do Miocárdio..... | 183 |
| Quadro 81. | Prevalência, incidência de dislipidémia e número de pessoas com diagnóstico de AVC e EAM, 2015-2016 | 185 |
| Quadro 82. | Taxas de internamento relativas à área cerebrovascular, 2014-2016 | 185 |
| Quadro 83. | Número de internamentos por insuficiência cardíaca nos Hospitais da RAA, 2015-2016..... | 186 |
| Quadro 84. | Execução das ações relativas ao Rastreio Organizado do Cancro da Mama, 2014 a 2016..... | 189 |
| Quadro 85. | Execução das ações relativas ao Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero, 2014 a 2016 | 189 |
| Quadro 86. | Execução das ações relativas ao Rastreio Organizado do Colon e Reto, 2014 a 2016..... | 190 |
| Quadro 87. | Rastreio Organizado do Cancro da Mama nos Açores (ROCMA) | 192 |
| Quadro 88. | Rastreio Organizado de Cancro do Colo do Útero nos Açores (ROCCA) | 193 |
| Quadro 89. | Rastreio Organizado de Cancro do Colon e Reto nos Açores (ROCCRA) | 193 |

Lista de Figuras

| | | |
|------------|---|-----|
| Figura 1. | Pirâmide etária da população residente na RAA por sexo, Censos 2001 e Censos 2011 | 16 |
| Figura 2. | Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, 2012-2014 e 2013-2015 | 17 |
| Figura 3. | Proporção da população residente na RAA com 15 ou mais anos de idade, por sexo e grau de satisfação com a vida, 2014 | 18 |
| Figura 4. | Consultas realizadas no Serviço Regional de Saúde, 2014-2016..... | 25 |
| Figura 5. | Doentes saídos e demora média nos Hospitais da RAA, 2014-2016..... | 27 |
| Figura 6. | Dias de internamento e taxa de ocupação nos Hospitais da RAA, 2014-2016..... | 27 |
| Figura 7. | Doentes saídos e demora média nas USI da RAA, 2014-2016 | 28 |
| Figura 8. | Dias de internamento e taxa de ocupação nas USI da RAA, 2014-2016 | 28 |
| Figura 9. | Deslocação de doentes inter-ilhas, continente e estrangeiro, 2014-2016 | 29 |
| Figura 10. | Partos e cesarianas realizadas, no Hospital Divino Espírito Santo, 2014-2016..... | 34 |
| Figura 11. | Partos e cesarianas realizadas, no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, 2014-2016..... | 34 |
| Figura 12. | Partos e cesarianas realizadas, no Hospital da Horta, 2014-2016 | 34 |
| Figura 13. | Taxa bruta de mortalidade, na RAA, 2014-2015 | 38 |
| Figura 14. | Taxa mortalidade infantil e perinatal, na RAA, 2012-2016 | 38 |
| Figura 15. | Mortalidade por doenças cerebrovasculares, 2012-2015..... | 39 |
| Figura 16. | Número de crianças apoiadas pelas ETIP, 2015-2016..... | 62 |
| Figura 17. | Número de profissionais da área da saúde e da educação, 2014-2016..... | 68 |
| Figura 18. | Tempo adstrito (em horas/semana) por profissionais da área da saúde e da educação, 2014-2016 | 69 |
| Figura 19. | Vigilância de saúde nas idades chave – exames globais de saúde, ano letivo 2014/ 2015 e 2015/2016 | 70 |
| Figura 20. | Proporção de alunos com necessidades de saúde especiais, por grau de ensino, encaminhados, tratados e ou em tratamento, 2014-2016 | 71 |
| Figura 21. | Prevalência (%) do consumo diário de tabaco e patologia | 89 |
| Figura 22. | Tipologia das experiências do consumo de bebidas alcoólicas, por grupo etário (%), na RAA, 2012..... | 92 |
| Figura 23. | Prevalência de consumos na população geral (15-64 anos) e população jovem adulta (15-34 anos) na RAA, 2012 | 93 |
| Figura 24. | Prevalência de consumos nos últimos 12 meses (18 anos) para a RAA, 2015, (qualquer droga, cannabis, outras que não cannabis - %) | 94 |
| Figura 25. | Número de testes de VIH rastreados nas Unidades de Saúde de Ilha, 2014-2016 | 109 |
| Figura 26. | Número de sessões/ações de sensibilização efetuadas no âmbito da prevenção de acidentes, 2014-2016..... | 113 |
| Figura 27. | Número de formações realizadas aos idosos, familiares e cuidadores, 2014-2016..... | 116 |
| Figura 28. | Monitorização da Hemoglobina Glicada A1c (HbA1c) nas pessoas com diabetes na RAA, 2015- 2016 | 125 |
| Figura 29. | Proporção de utentes com diabetes com 2 ou mais consultas médicas registadas e proporção de utentes com diabetes com consulta de enfermagem, RAA, 2015 - 2016 | 126 |
| Figura 30. | Monitorização do IMC e Tensão Arterial das pessoas com diabetes em vigilância, RAA, 2015-2016 | 127 |
| Figura 31. | Frequência de prática de atividade física desportiva programada | |

| | | |
|------------|--|-----|
| | e regular (%) por crianças, 2015-2016..... | 140 |
| Figura 32. | Prevalência (%) de doenças reumáticas na RAA e Portugal, 2011-2013..... | 160 |
| Figura 33. | Utentes assistidos nas Unidade de Cuidados Continuados (1º semestre 2016)..... | 171 |
| Figura 34. | Taxa de Ocupação nas UCCI | 172 |
| Figura 35. | Demora Média nas UCCI (dias)..... | 172 |
| Figura 36. | Indicadores de resultado..... | 173 |
| Figura 37. | Taxa de utentes que ingressaram em respostas sociais após alta da RRCCI..... | 174 |
| Figura 38. | Tendência temporal da prevalência de Doença do Machado-Joseph, RAA - 1981 a 2015 | 179 |
| Figura 39. | Os dez cancros mais frequentes na Região, 2007-2011 (ICD – 10)..... | 192 |
| Figura 40. | Mortalidade por tumor maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, 2012-2015 | 194 |
| Figura 41. | Mortalidade por tumor maligno estômago, 2012-2015 | 194 |
| Figura 42. | Mortalidade por tumor maligno da mama, 2012-2015 | 195 |

Bibliografia

Centro de Oncologia dos Açores Professor Doutor José Conde (2015) – *Cancro nos Açores – Incidência, Mortalidade e Sobrevivência*, Angra do Heroísmo.

Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2013/A. Diário da República, 1.ª Série - n.º 118, de 21 de junho de 2013.

Direção Geral da Saúde (2015) – *A Saúde dos Portugueses – Perspetiva*, julho. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>. Consultado a 10 de março de 2017.

Direção Regional do Planeamento e Fundos Europeus (2016) - *Situação Socioeconómica 2015*, dezembro.

Gardete-Correia, L. et al (2010) – *Estudo da prevalência da Diabetes em Portugal: PREVADIAB*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em <http://www.spd.pt/index.php/noticias-topmenu-19/223-estudo-da-prevalencia-da-diabetes-em-portugal>; Consultado a 4 de abril de 2017.

INE, I. P. (2016) – *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. INE: Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2, Consultado a 6 de abril de 2017.

INSA (2010) – *COSI Portugal 2008*. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/CosiPortugal2008.aspx>. Consultado a 4 de abril de 2017.

Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009) – *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. Lisboa: INE, I.P. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx>. Consultado a 4 de abril de 2017.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, e outro (2015) - *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2014*. Departamento de Doenças Infeciosas do INSA. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Lisboa

Lopes, C. et al. (2017) - *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em <https://ian-af.up.pt/resultados>. Consultado a 4 de abril de 2017.

Marta, B. et al. (2016) - *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx>. Consultado a 6 de março de 2017.

Observatório dos Sistemas de Saúde (OSS) – *Relatório de Primavera 2012; Crise & Saúde, Um País em Sofrimento*. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjBqJnmiuDTAhUIS48KHcXrA_sQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.esesjd.uevora.pt%2Fcontent%2Fdownload%2F194%2F909%2Fversion%2F1%2Ffile%2FRelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf&usq=AFQjCNGAhBbzkRb0IMPLcchUPwGNZVwdqA. Consultado a 7 de março de 2017.

Instituto Nacional de Estatística (2017) - Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt. Consultado a 6 de março de 2017.

Serviço Regional de Estatística (2017) – Disponível em <http://srea.azores.gov.pt/>. Consultado a 6 de março de 2017.

Secretaria Regional da Saúde - *Plano Regional de Saúde 2014-2016 - Extensão a 2020* – Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/C1434B21-D0C0-4B26-9A3B-17254892AD0F/0/PRS20142016.pdf>. Consultado a 3 de março de 2017.

Secretaria Regional da Saúde, Direção Regional da Saúde (2009) - *Estudo sobre a Satisfação dos Utentes e Profissionais dos Centros de Saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores* – DRS, Setembro. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/FA9A9A9E-7E71-407E-A277-3B0D72567B53/357796/relatorioCS.PDF>. Consultado a 4 de abril de 2017.

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. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/114/Sumário%20Executivo.pdf. Consultado a 13 de março de 2017.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016) – *Relatório Anual 2015 – A Situação do País em Matéria de Álcool*, Coleção Relatórios. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Lists/SICAD_NOVIDADES/Attachments/130/Sumário%20Executivo%20Relatório%20Álcool%202015.pdf. Consultado a 13 de março de 2017.

SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014*. Resumo dos resultados. Direção Regional da Saúde. Disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf>. Consultado a 6 de março de 2017.

Outras fontes de informação/dados:

MedicineOne – Sistema informatizado de registo das USI

Plataforma de Saúde Escolar

RASE – Relatório de Atividades de Saúde Escolar

RORA – Registo Oncológico da Região Açores

RSO – Registo de Saúde Oral

SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores

SICA – Sistemas de Informação de Contratualização e Acompanhamento

SIGLICA - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores

SVCRJ – Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco em Jovens

Unidades de Saúde da RAA – USI e Hospitais