

**Para:** Serviços de Saúde do Serviço Regional de Saúde c/c: OM-RAA, OE-RAA, ON-RAA, DREAE e DRSS

**Assunto:** Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis – PRPCDNT

**Fonte:** Direção Regional da Saúde

**Contacto na DRS:** sres-drs@azores.gov.pt

O Plano Regional de Saúde 2030 é um documento estratégico e orientador da política de saúde, alinhado com as estratégias europeias e internacionais para promover o desenvolvimento sustentável, que permite reduzir as iniquidades e aumentar o capital populacional de saúde, enquanto responde às aspirações e necessidades de cada pessoa, visando o desenvolvimento de políticas intersectoriais concertadas, com a inerente cooperação interdepartamental, potenciando as sinergias existentes e promovendo a melhoria da saúde dos açorianos. O Plano Regional de Saúde fornece aos decisores, aos profissionais de saúde e aos cidadãos um referencial para agir perante os grandes problemas de saúde.

O Plano Regional de Saúde 2030 integra e pretende dar continuidade às orientações estratégicas que constaram dos planos anteriores, assumindo como linhas orientadoras o Plano Nacional de Saúde 2030, os programas de saúde prioritários a desenvolver a nível nacional, e a melhor evidência científica regional, nacional e internacional, incorporando-se fatores de atualização e inovação, recomendações e ações, visando promover o potencial de saúde dos cidadãos da Região Autónoma dos Açores, assente numa matriz estrutural alinhada com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, em estreita articulação com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – SAÚDE DE QUALIDADE – cuja princípio é o de garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.



O Plano Regional de Saúde 2030 traça o perfil de saúde da população da Região Autónoma dos Açores (RAA), caracterizando o seu estado de saúde, e define programas regionais de saúde prioritários, transversais e convergentes, em primeira instância promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis e capacitando os açorianos para a tomada de decisões promotoras de Saúde. Tem ainda o intuito de garantir cuidados integrados e globais, racionalizando recursos humanos e técnicos.

Neste sentido, nos termos do artigo 15º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2025/A, de 9 de janeiro, e na sequência do despacho de Sua Excelência a Secretária Regional da Saúde e Segurança Social, datado de 20 de maio de 2025, determina a publicação, em anexo, do **Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis (PRPCDNT)**.

O programa tem como objetivo reduzir a carga das DNT na Região Autónoma dos Açores, promovendo estilos de vida saudáveis e melhorando o acesso aos cuidados de saúde. Foca-se na prevenção, diagnóstico precoce e controlo de doenças como a hipertensão, diabetes, doenças respiratórias e musculoesqueléticas.

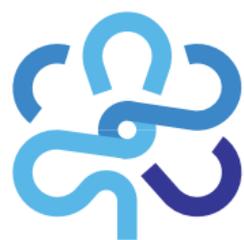
O programa atua em várias frentes — saúde, educação, autarquias e comunidade — com estratégias adaptadas a diferentes fases da vida. Destaca ainda a importância da literacia em saúde, da colaboração intersetorial e da monitorização contínua para garantir o sucesso das intervenções.

### O Diretor Regional

Assinado por: **Pedro Garcia Monteiro Paes**  
Num. de Identificação: 11865956  
Data: 2025.05.20 16:56:22+00'00'  
Certificado por: **Governo Regional dos Açores**  
Atributos certificados: **Diretor Regional da Saúde**

Pedro Garcia Monteiro Paes





Plano Regional  
de Saúde **Açores**

**Programa Regional de Prevenção e Controlo  
de Doenças Não Transmissíveis**







## Índice

Índice de figuras.....	2
Índice de tabelas.....	3
Lista de siglas e abreviaturas .....	4
Introdução.....	5
Diagnóstico da situação .....	7
Finalidade.....	19
Objetivos Gerais.....	19
Objetivos Específicos .....	20
Estratégias/Ações.....	21
Bibliografia .....	400

## Índice de figuras

Figura 1. Determinantes das DNT .....	5
Figura 2. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade (%) que reporta ter doença crónica, por tipo de doença crónica na RAA em 2019.....	7
Figura 3. Proporção de óbitos para todas as idades distribuídos pelas dez primeiras causas de morte na RAA em 2021.....	8
Figura 4. Distribuição da prevalência de indivíduos que declararam que a situação que melhor descrevia as suas atividades durante os tempos livres era “Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias”, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região. ....	9
Figura 5. Distribuição da prevalência de indivíduos que reportaram dedicar-se a alguma atividade física regular (como correr, andar de bicicleta ou outras) de forma a suar e/ou sentir cansaço, pelo menos uma vez por semana, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.....	10
Figura 6. Proporção de indivíduos entre os 40 e 65 anos com risco cardiovascular muito alto (utilizando o algoritmo do SCORE), em 2015, por região. ....	11
Figura 7. Distribuição da prevalência de diabetes (HbA1c $\geq$ 6,5%, medicação ou autorreporte) na população residente em Portugal com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região. ....	13
Figura 8. Percentagem de mortes por lesões não intencionais em relação às mortes totais por sexo e faixas etárias em Portugal no ano 2019.....	17
Figura 9. Número total de mortes por lesões não intencionais distribuídos por causa específica em Portugal no ano de 2019.....	18

## Índice de tabelas

Tabela 1. Proporção de utentes com hipertensão arterial com, pelo menos, 2 medições de pressão arterial no último ano, desde que abranjam os 2 semestres (2024).....	12
Tabela 2. Proporção de utentes com hipertensão arterial com pelo menos 1 medição de pressão arterial no último ano (2024).....	12
Tabela 3. Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg (2024). ....	12
Tabela 4. Proporção de hipertensos inscritos nos CSP com risco cardiovascular avaliado nos últimos 3 anos (2024). ....	13
Tabela 5. Proporção de utentes com diabetes com, pelo menos, 2 HbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres (2024).....	14
Tabela 6. Proporção de utentes com diabetes com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano (2024). ....	15
Tabela 7. Proporção de utentes com diabetes com registo de avaliação de albuminúria no último ano (2024).....	15

## Lista de siglas e abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CSP – Cuidados de Saúde Primários

c- HDL – *High Density Lipoproteins*

DALYs – *Disability-Adjusted Life Years*

DCV – Doenças Cardiovasculares

DNT – Doenças Não Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRS – Direção Regional da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

UE – União Europeia

GLP-1 – *Glucagon-like Peptide-1*

HbA1c – Hemoglobina glicada

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

INS – Inquérito Nacional de Saúde

InReS – Inquérito Regional de Saúde dos Açores

LDL – *Low Density Lipoproteins*

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAA – Região Autónoma dos Açores

RCV – Risco Cardiovascular

SISA – Sistema de Informação de Saúde dos Açores

SGLT-2 - *Sodium-Glucose Transport Protein 2*

## Introdução

As Doenças Não Transmissíveis (DNT) são doenças não infecciosas na sua origem e transmissão e resultam da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (Figura 1). Compreende-se então que esta definição inclui um grande espectro de doenças.



Figura 1. Determinantes das DNT

Fonte: Adaptado de Budreviciute, A., *et al* 2020

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as DNT são a principal causa de morte, sendo responsáveis por 74% das mortes globalmente. As principais DNT são as doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes e estes quatro grupos de doenças são responsáveis mundialmente por cerca de 80% das mortes prematuras (antes dos 70 anos) por DNT. Na União Europeia (UE), de acordo com o estudo, *Global Burden of Disease*, as DNT foram a causa de 91% das mortes em 2019 e verificou-se que estas doenças contribuíram para 87,6% da carga de doença, medida em *Disability-Adjusted Life Years (DALYs)*.

O impacto destas patologias não se limita à mortalidade, estando também associadas a significativa morbilidade, com comprometimento da qualidade de vida, bem como impacto significativo na economia, pela diminuição da produtividade, aumento do absentismo laboral e aumentos dos encargos com a saúde.

Como referido, as DNT são condições que estão intimamente relacionadas com os estilos de vida adotados pela população: uma alimentação não saudável, o consumo de tabaco e álcool e o sedentarismo. Ao contrário de outros, estes fatores de risco são modificáveis e neste sentido o Plano Regional de Saúde 2030 já contempla estratégias que atuam especificamente em muitos destes, nomeadamente a Estratégia Regional de Prevenção e Combate ao Tabagismo, a Estratégia Regional

de Promoção da Alimentação Saudável e a Estratégia Regional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências.

Os fatores socioeconómicos também desempenham um papel importante sobre essas doenças, sendo a sua carga maior em situações de pobreza, verificando-se em Portugal uma maior incidência de DNT (81,4%) nas pessoas com nível educacional mais baixo (nenhuma escolaridade ou 1º ciclo).

De salientar que muitas destas doenças são inicialmente silenciosas pelo que implementar estratégias de diagnóstico precoce é de extrema importância, não esquecendo a relevância do seu posterior controlo. Deste modo, a prevenção e controlo DNT representa um desafio para os sistemas de saúde e para atingir os objetivos de reduzir a mortalidade e morbilidade destas doenças é necessária uma estratégia assente na promoção da Saúde e evicção da doença, com melhoria da acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde e continuidade destes mesmos cuidados.

O Programa Regional de Prevenção e Doenças Não Transmissíveis surge, então, inserido no Plano Regional de Saúde 2030, como uma estratégia de reforço de ações para a melhoria da qualidade das repostas existentes e para desenvolver intervenções integradas e continuadas, com atuação ao nível político, dos sistemas de saúde, ao nível da comunidade e a nível individual.

## Diagnóstico da situação

Como exposto as DNT englobam um amplo espectro de patologias, sendo por isso importante contextualizar esta problemática na realidade açoriana. Através da Figura 2 verifica-se que os problemas que a população com idade igual ou superior a 15 anos mais reporta são de natureza musculoesquelética (lombalgia e cervicalgia crónica) e do foro cardiovascular (hipertensão arterial e dislipidemia). Nota-se que as doenças respiratórias ocupam um patamar inferior ao apurado mundialmente, o que se poderá explicar por um eventual subdiagnóstico e tendência de os utentes desvalorizarem queixas respiratórias especialmente quando fumam.

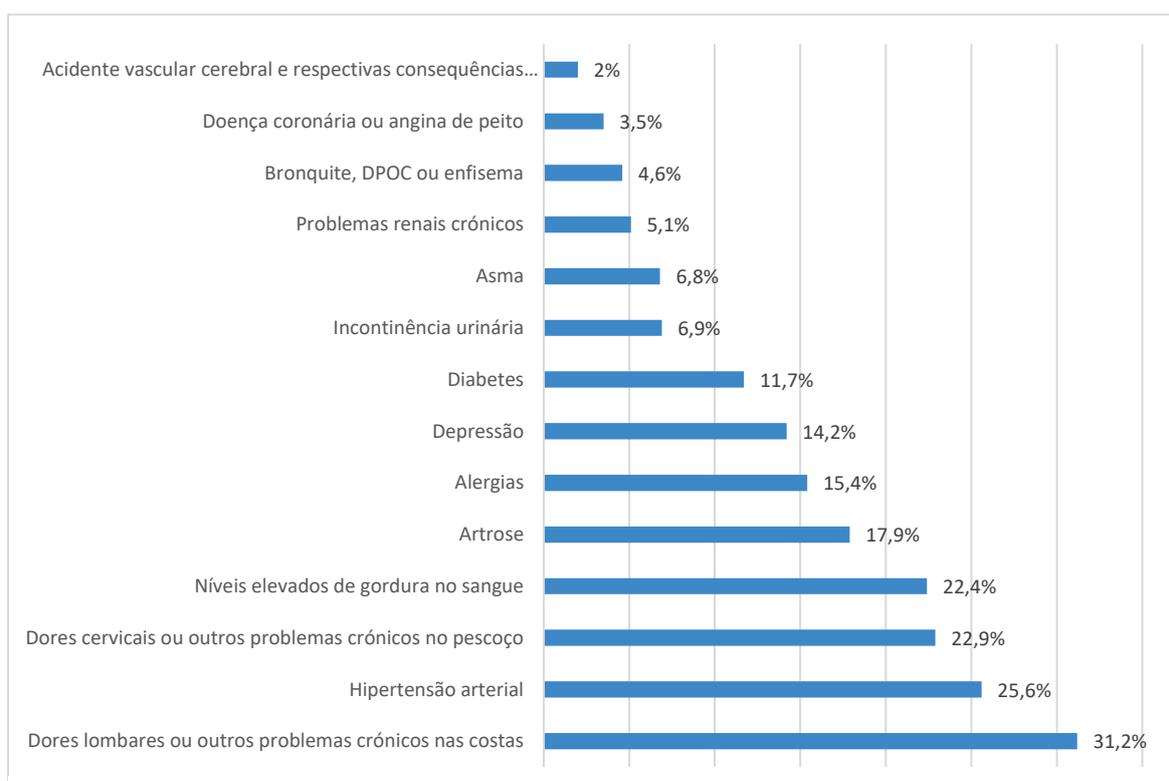


Figura 2. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade (%) que reporta ter doença crónica, por tipo de doença crónica na RAA em 2019.

Fonte INE.

Relativamente às três principais causas de morte, a Região Autónoma dos Açores (RAA) apresenta, como se pode observar na Figura 3, a mesma tendência que a nível europeu e mundial, sendo elas então os tumores (28,8%), doenças do aparelho circulatório (27,3%) e doenças do aparelho respiratório (9,6%).

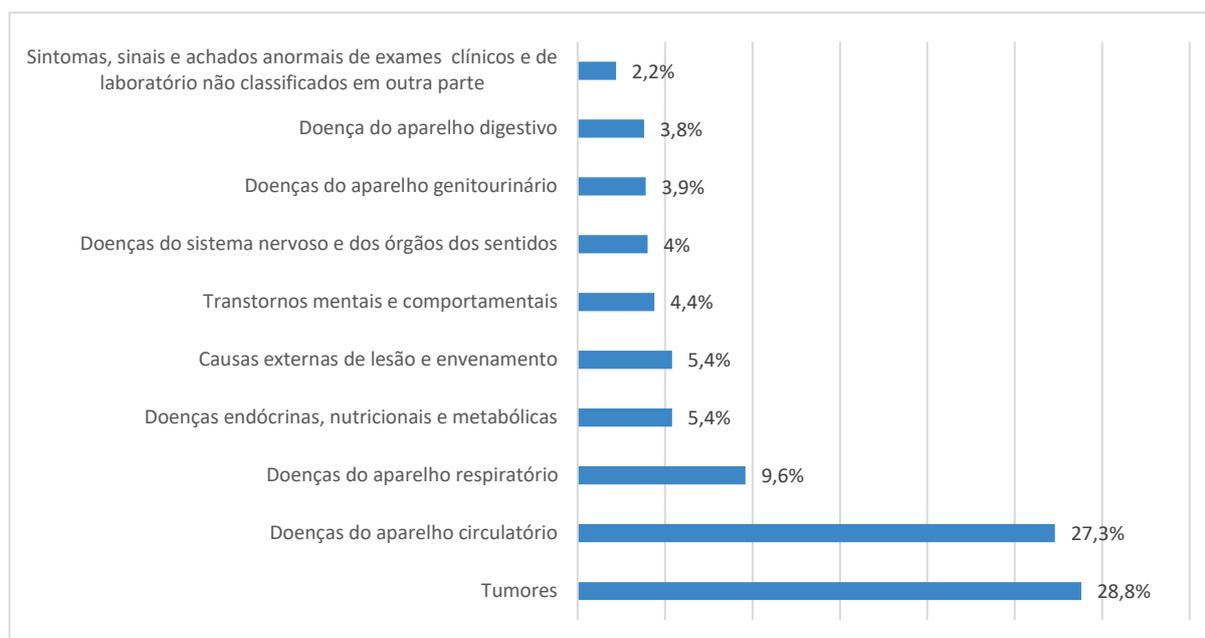


Figura 3. Proporção de óbitos para todas as idades distribuídos pelas dez primeiras causas de morte na RAA em 2021.

Fonte: INE.

Em relação às mortes prematuras constatou-se que as duas principais causas também se mantêm alinhadas com o que se observa a nível europeu e mundial, ou seja, os tumores (45,4%) e as doenças do aparelho circulatório (18,9%). Contudo, ao contrário do que se verifica a nível europeu e mundial a terceira causa de morte prematura na RAA foram as causas externas de lesão e envenenamento (10,7%).

De referir que as doenças oncológicas, responsáveis pela maioria da mortalidade na RAA, são abrangidas especificamente pela Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas e que a patologia do foro mental, que também tem grande peso na população açoriana, é abrangida pela Estratégia Regional para a Saúde Mental.

### Sedentarismo

O sedentarismo que se entende como a realização de atividade física insuficiente causa, segundo a OMS, 6-10% das mortes prematuras por doença cardíaca isquémica, diabetes, cancro da mama, colorretal e cancro no global. Os estudos revelam ainda que atividade física insuficiente aumenta o risco de morte em 20-30% em comparação com pessoas que realizam atividade física suficiente.

Está comprovado que a atividade física tem efeitos positivos na saúde – reduz em 29% a mortalidade global, em 38% o risco relativo de mortalidade por cancro (mama, colorretal e próstata) e em 27% o risco relativo de morte cardiovascular. Contudo, apesar dos benefícios já sobejamente

conhecidos, verifica-se que mundialmente 31% dos adultos e 80% dos adolescentes não cumprem as recomendações de atividade física da OMS. A nível europeu, segundo dados do Eurobarómetro de 2022, apurou-se que Portugal foi o país onde maior percentagem da população reportou nunca realizar exercício físico e não praticar um desporto (73%).

A nível nacional, segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) de 2015, verificou-se que a prevalência de sedentarismo em tempo de lazer na população entre os 25 e os 74 anos apresentou relação inversa com o nível de escolaridade (51,6% dos indivíduos sem escolaridade ou apenas com o 1º ciclo do ensino básico e 38,9% da população com escolaridade de nível superior). Paralelamente verificou-se que prática de exercício físico era mais frequente entre a população com ensino superior (49,6%) e menos frequente entre quem não possuía escolaridade ou possuía apenas o 1º ciclo do ensino básico (18,8%).

Neste mesmo estudo verificou-se que a RAA apresentava a maior prevalência de sedentarismo em tempo de lazer (na população entre os 25 e 74 anos) do país, como se comprova na Figura 4.

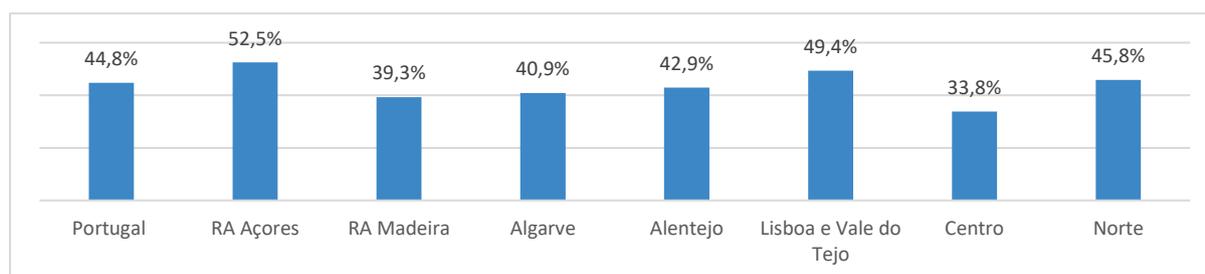


Figura 4. Distribuição da prevalência de indivíduos que declararam que a situação que melhor descrevia as suas atividades durante os tempos livres era "Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias", na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

Fonte INSEF 2015.

Observa-se ainda que prevalência de indivíduos residentes na RAA, com idade entre os 25 e os 74 anos, que em 2015 declararam praticar, pelo menos uma vez por semana, alguma atividade física regular de forma a transpirar e/ou sentir cansaço foi de apenas 34,8% (Figura 5).

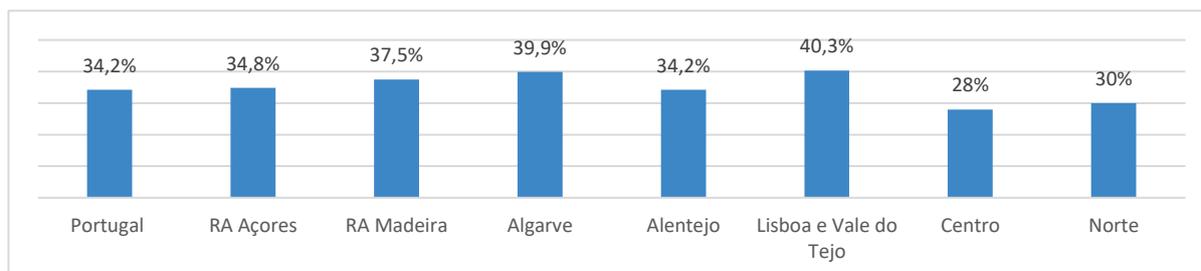


Figura 5. Distribuição da prevalência de indivíduos que reportaram dedicar-se a alguma atividade física regular (como correr, andar de bicicleta ou outras) de forma a suar e/ou sentir cansaço, pelo menos uma vez por semana, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

Fonte: INSEF 2015.

Segundo o Eurobarómetro de 2022, em Portugal, os 3 principais motivos apontados pela população para a realização de exercício físico foram “melhorar a saúde”, “melhorar a preparação física” e “relaxar” e as 3 principais barreiras mencionadas foram a “falta de tempo”, a “falta de interesse ou motivação” e “ter uma doença/deficiência”.

Posto isso conclui-se que deverão ser feitos todos os esforços para aumentar os níveis de atividade física e reduzir o sedentarismo da população açoriana de forma a aumentar a sua qualidade de vida e reduzir a carga das DNT.

### Hipertensão Arterial e Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de doenças do coração e vasos sanguíneos que inclui a doença coronária, a doença cerebrovascular, a doença arterial periférica, as doenças cardíacas reumáticas, as doenças cardíacas congénitas, a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar. Estas foram responsáveis, segundo a OMS em 2019, por 38% das mortes prematuras por DNT e por 32% das mortes globalmente, sendo que 85% destas deveram-se a enfarte agudo do miocárdio (EAM) e acidente vascular cerebral (AVC).

Em Portugal os dados indicam que em 2019 a doença cerebrovascular foi responsável por 6,8% do total de *DALYs* e a doença cardíaca isquémica foi responsável por 5,5%.

A nível regional verificou-se no Inquérito Nacional de Saúde (INS) em 2019 que a proporção da população residente na RAA com 15 e mais anos de idade que referiu história de doença coronária ou angina de peito foi de 3,5% e 2% referiu acidente vascular cerebral (Figura 2).

Intimamente relacionado com as DCV temos a hipertensão arterial (HTA), que é em si um fator de risco para DCV e é ela própria influenciada pelos mesmos fatores de risco modificáveis da DCV. Segundo a OMS só cerca de 42% dos adultos hipertensos são diagnosticados e tratados. Este facto é preocupante uma vez que a redução de somente 2 mmHg no valor da pressão arterial habitual diminui o risco de eventos cardiovasculares em 10% e o tratamento anti-hipertensivo, no geral, foi associado

a uma redução de 35-40% da incidência de AVC, 20-25% da incidência de EAM e de mais de 50% da incidência de insuficiência cardíaca.

Na RAA, em 2019 de acordo com dados do INS, denotou-se um aumento de 21,4% para 25,6% na proporção da população com 15 e mais anos de idade que reportou HTA. Segundo dados do Inquérito Regional de Saúde dos Açores (InReS) de 2014 a tensão arterial alta foi o fator de risco cardiovascular mais prevalente, tendo sido mencionada por 28,3% dos residentes na RAA, com predomínio nas mulheres (30,7%) comparativamente aos homens (25,3%).

Outro fator relevante no contexto das DCV é a dislipidemia. Num estudo realizado em Portugal, a prevalência de hipercolesterolemia (colesterol total >200mg/dL), em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, foi de 47% e a de níveis de colesterol LDL elevados (>130mg/dL) foi de 38%. A hipertrigliceridemia ( $\geq 200$ mg/dL) e o colesterol HDL diminuído (<40mg/dL) afetavam 13% da população deste estudo. Os estudos têm vindo a demonstrar que a redução do colesterol LDL em 38,6mg/dL reduz em cerca de 20% o risco de morte cardíaca.

Apesar de se ter falado individualmente destes fatores de risco é preciso salientar que a abordagem do utente deverá ser assente numa avaliação do risco cardiovascular global com atuação nas suas diferentes vertentes. Assim, entende-se como risco cardiovascular a probabilidade de sofrer um evento cardiovascular num determinado período.

Segundo dados provenientes do INSEF em 2015, através da aplicação da ferramenta SCORE da Sociedade Europeia de Cardiologia, a RAA foi a região do país com maior proporção de indivíduos entre os 40 e os 65 anos com risco cardiovascular (RCV) muito alto (Figura 6).

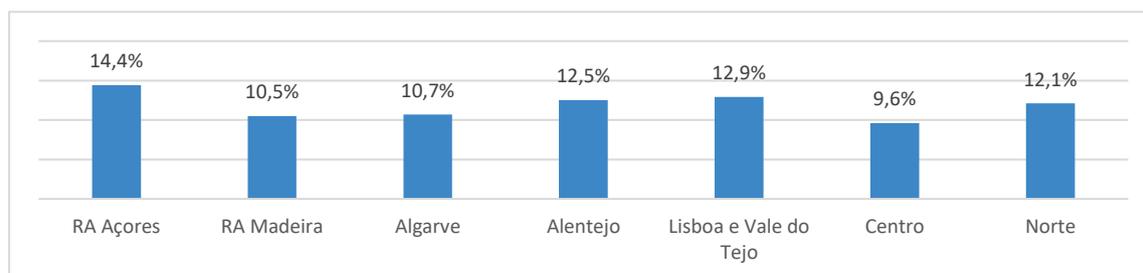


Figura 6. Proporção de indivíduos entre os 40 e 65 anos com risco cardiovascular muito alto (utilizando o algoritmo do SCORE), em 2015, por região.

Fonte: INSEF 2015.

Uma vez mais verificou-se uma relação inversa entre o nível de escolaridade e o problema. Em Portugal a proporção de indivíduos entre os 40 e 65 anos com RCV muito alto, foi de 20,1% na população com nenhuma escolaridade ou com o primeiro ciclo e de 6,4% naquela com o ensino superior.

Analisando agora o ponto de situação da vigilância da HTA ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na RAA, verifica-se na Tabela 1 que a proporção de utentes com hipertensão arterial com registo de, pelo menos, duas medições de pressão arterial no último ano (desde que abranjam os 2 semestres) foi de 35,4%, sendo o valor mais alto na ilha de São Jorge (62,8%) e o mais baixo na ilha das Flores (24,5%).

RAA	Santa Maria	São Miguel	Terceira	Faial	Pico	São Jorge	Graciosa	Flores	Corvo
35,4%	51,1%	25,6%	46,5%	29,1%	52,9%	62,8%	36,7%	24,5%	35,1%

Tabela 1. Proporção de utentes com hipertensão arterial com, pelo menos, 2 medições de pressão arterial no último ano, desde que abranjam os 2 semestres (2024).

Fonte: DRS - SISA 2024.

Avaliando a proporção de utentes com hipertensão arterial com registo de pelo menos 1 medição de pressão arterial no último ano (Tabela 2) observa-se que mais de metade (66,9%) teve a sua pressão arterial avaliada. Constata-se novamente que a ilha de São Jorge foi a que apresentou o melhor valor e a ilha de São Miguel o valor mais baixo, mas ainda assim com um valor superior a 60%.

RAA	Santa Maria	São Miguel	Terceira	Faial	Pico	São Jorge	Graciosa	Flores	Corvo
66,9%	84,6%	61,0%	75,5%	62,2%	82,7%	86,8%	68,4%	73,6%	76,0%

Tabela 2. Proporção de utentes com hipertensão arterial com pelo menos 1 medição de pressão arterial no último ano (2024).

Fonte: DRS – SISA 2024.

Observa-se que, na RAA, a proporção de utentes com idade inferior a 65 anos que, nos últimos 6 meses de 2024, apresentou pressão arterial inferior a 150/90 mmHg foi de 37,1%, sendo o melhor valor detetado novamente na ilha de São Jorge. O valor mais baixo encontrado foi na ilha do Faial.

RAA	Santa Maria	São Miguel	Terceira	Faial	Pico	São Jorge	Graciosa	Flores	Corvo
37,1%	45,6%	30,9%	45,3%	27,5%	51,4%	54,3%	44,6%	30,9%	77,3%

Tabela 3. Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg (2024).

Fonte: DRS – SISA 2024.

Respeitante ao registo de avaliação do risco cardiovascular nos utentes hipertensos, verificam-se valores globalmente baixos, o que se poderá justificar pelo facto da ferramenta SCORE carecer de atualização no *software* de apoio à clínica.

RAA	Santa Maria	São Miguel	Terceira	Faial	Pico	São Jorge	Graciosa	Flores	Corvo
15,1%	24,6%	7,0%	4,9%	28,8%	32,6%	72,3%	83,4%	34,1	84,5%

Tabela 4. Proporção de hipertensos inscritos nos CSP com risco cardiovascular avaliado nos últimos 3 anos (2024).

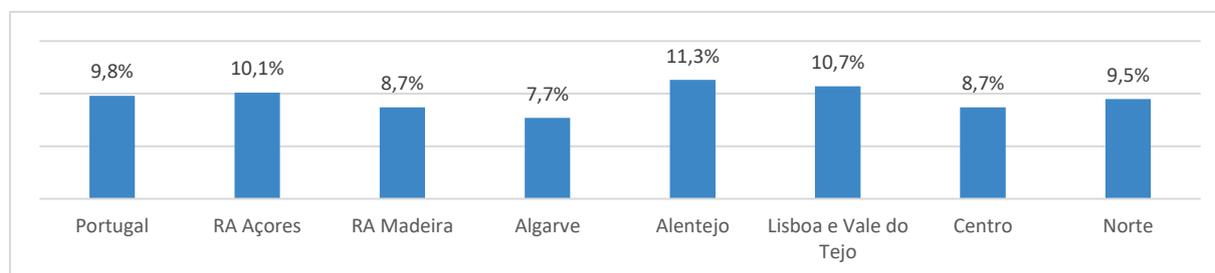
Fonte: DRS – SISA 2024.

Assim sendo, é impreterível que sejam feitos esforços no âmbito deste Programa Regional no sentido de prevenir, diagnosticar precocemente e controlar estas patologias reduzindo assim o risco cardiovascular.

### Diabetes Mellitus

A diabetes é uma doença crónica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não consegue utilizar a insulina que produz, o que resulta em valores de glicemia elevados. Para além do seu papel como fator de risco cardiovascular estando intimamente relacionada com aumento de risco de EAM e AVC, a diabetes apresenta-se também como a principal causa de doença renal crónica. É ainda responsável por outras complicações como a retinopatia diabética com consequente cegueira bem como surgimento de úlceras dos membros inferiores que podem levar à necessidade de amputação.

Em 2021, de acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2023), a prevalência estimada de diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 14,1%, ou seja, cerca de 1,1 milhões de portugueses neste grupo etário tem diabetes. Neste relatório não são discriminadas a prevalências por região, pelo que para esse fim analisou-se o INSEF de 2015, onde se verificou que a RAA era a terceira região do país com maior prevalência de diabetes na população entre os 25 e os 74 anos, apresentando uma prevalência superior ao observado ao nível nacional (Figura 7).

Figura 7. Distribuição da prevalência de diabetes (HbA1c  $\geq$ 6,5%, medicação ou autorreporte) na população residente em Portugal com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

Fonte: INSEF 2015.

No INSEF de 2015 verificou-se que, tal como acontece para as DCV, a prevalência de diabetes foi mais elevada entre indivíduos sem qualquer nível de escolaridade ou apenas com o ensino básico (20,1%) e mais baixa entre os indivíduos com o ensino superior (4,0%).

No InReS de 2014 a diabetes foi referida por 9,9% da população residente na RAA (9,8% das mulheres e 10% dos homens) e aproximadamente 66% das pessoas que referiam ser diabéticas eram, simultaneamente, hipertensas. O INS em 2019 analisou a população com 15 e mais anos de idade e verificou que nesta população na RAA a proporção que reportou diabetes foi de 11,7% existindo um aumento em relação a 2014 (9,4%).

No que se refere a internamentos dos utentes com diabetes, segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – 2023, verificou-se que em 2021 na RAA corresponderam a 23%, valor superior ao nacional (20,3%). Por outro lado, a letalidade intra-hospitalar dos internamentos por diabetes na RAA foi de 2,2%, valor inferior ao nacional (6,7%).

Está demonstrado que um bom controlo glicémico pode reduzir em 40% o risco de doença renal crónica, retinopatia diabética e neuropatia diabética e em duas meta-análises demonstrou-se que a terapêutica intensiva da diabetes reduziu o risco de ocorrência de um evento cardíaco major em 9%, o risco de EAM em 15% e o risco de doença cardiovascular em 10%. Contudo é de salientar que o controlo glicémico não é o único objetivo do tratamento, é também importante reduzir o risco cardiovascular global atuando noutras vertentes como a HTA, dislipidemia, controlo peso, alimentação saudável, atividade física, entre outros. Convém ainda referir a importância dos novos fármacos - análogos do GLP1 e inibidores do SGLT-2 - na redução de eventos cardiovasculares.

O controlo glicémico é, na maioria dos casos, monitorizado através da avaliação da hemoglobina glicada (HbA1c) que deverá ser realizada pelo menos duas vezes no ano (em semestres diferentes). Ao nível dos CSP na RAA observa-se na Tabela 5 que 36,7% dos utentes com diabetes apresentou pelo menos duas HbA1c (desde que abranjam os 2 semestres), sendo o menor valor observado em São Miguel (22,1%) e o maior no Corvo (100%).

RAA	Santa Maria	São Miguel	Terceira	Faial	Pico	São Jorge	Graciosa	Flores	Corvo
36,7%	27,1%	22,1%	61,5%	36,7%	39,0%	80,7%	41,6%	30,5%	100%

Tabela 5. Proporção de utentes com diabetes com, pelo menos, 2 HbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres (2024).

Fonte: DRS – SISA 2024.

Referente ao rastreio das complicações microvasculares da diabetes ao nível dos CSP foi possível obter dados relativamente ao rastreio do pé diabético e da nefropatia diabética. O rastreio organizado da retinopatia diabética está ainda deficientemente implementado na RAA.

Analisando a Tabela 6 observa-se que 62,2% dos utentes diabéticos realizou o rastreio do pé diabético, com todas as ilhas a apresentar valores acima dos 50%, exceto a ilha das Flores.

RAA	Santa Maria	São Miguel	Terceira	Faial	Pico	São Jorge	Graciosa	Flores	Corvo
62,2%	86,6%	52,5%	78,2%	83,7%	52,1%	91,8%	59,8%	37,6%	100%

Tabela 6. Proporção de utentes com diabetes com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano (2024).  
Fonte: DRS – SISA 2024.

No que concerne o rastreio da nefropatia diabética, verifica-se na região um baixo registo da avaliação da albuminúria (21%) conforme se visualiza na Tabela 7. As ilhas com níveis de registo mais altos são as ilhas de São Jorge e Graciosa e as com níveis de registo mais baixos são as ilhas de Santa Maria e Pico. É importante salientar que alguns dos resultados apresentados poderão estar enviesados por procedimentos de registo diferentes entre unidades de Saúde.

RAA	Santa Maria	São Miguel	Terceira	Faial	Pico	São Jorge	Graciosa	Flores	Corvo
21,0%	0,4%	20,5%	26,6%	9,4%	2,6%	48,2%	47,6%	21,8%	6,8%

Tabela 7. Proporção de utentes com diabetes com registo de avaliação de albuminúria no último ano (2024).  
Fonte: DRS 2024.

Deste modo, tendo em conta o papel relevante da diabetes nas DCV e da significativa morbidade associada às suas complicações é essencial que este Programa Regional se dedique também à prevenção, diagnóstico precoce e controlo desta patologia e das suas complicações.

### Doenças Respiratórias Crónicas

As doenças respiratórias afetam as vias aéreas e as estruturas pulmonares e incluem uma diversidade de patologias, sendo as mais prevalentes a Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), tendo esta última estreita relação com o consumo de tabaco (incluindo fumo em segunda mão). Outros fatores de risco são a poluição do ar, químicos ou poeiras ocupacionais e infeções respiratórias inferiores frequentes durante a infância.

A asma é uma DNT multifatorial que afeta tanto crianças como adultos e mundialmente é a doença crónica mais comum nas crianças. Estima-se que em 2019 tenha afetado cerca de 262 milhões de pessoas e causado 455.000 mortes a nível mundial. Um mau controlo da asma está associado a

episódios frequentes de exacerbação com necessidade de ida ao Serviço de Urgência e hospitalização, estando comprovado que a utilização de corticoides inalados reduz o número de internamentos por asma.

A DPOC é a quarta causa de morte no mundo, tendo causado em 2021 cerca de 3.5 milhões de mortes (5% de todas as mortes). Apesar do seu impacto, os estudos mostram que os subdiagnósticos variam entre 72 e 93%. Em Portugal uma das causas para este subdiagnóstico é o facto de o exame de diagnóstico – espirometria – não estar amplamente disponível. Verificou-se que o impacto desta doença, em termos de *DALYs*, foi em 2019 responsável por 3,3% da morbilidade. A adesão à terapêutica inalatória nesta patologia já demonstrou reduzir a sintomatologia e as exacerbações (com conseqüente diminuição da necessidade de internamento) e os dados sugerem que é benéfica na redução do declínio da função pulmonar e mortalidade. O papel da reabilitação respiratória na DPOC está estudado e consagrada nas *guidelines* da *Global Initiative for Obstructive Lung Disease*, contudo o acesso dos utentes a esta na RAA ainda é limitado.

No que toca à realidade da RAA, constatou-se que a proporção da população com 15 e mais anos de idade que reportou asma foi de 6,8% e DPOC foi de 4,6% (Figura 2) e que as doenças respiratórias são a terceira causa principal de morte (Figura 3).

Parte da carga destas doenças pode ser reduzida com o controlo de fatores de risco, especialmente o tabagismo. Contudo, as doenças respiratórias crónicas não são curáveis, podendo, no entanto, ser controladas de modo a permitir uma melhor qualidade de vida e evitar a mortalidade prematura. Desta forma, farão parte deste Programa Regional medidas que assim o possibilitem.

### **Doenças Musculoesqueléticas**

As doenças musculoesqueléticas referem-se às patologias que abrangem o aparelho locomotor e englobam uma variedade enorme de condições clínicas que se manifestam maioritariamente por dor e limitação da mobilidade articular.

Mundialmente cerca de 1.7 mil milhões de pessoas sofrem destas condições, que são as principais responsáveis pelo absentismo laboral e reformas precoces, sendo a dor lombar a principal causa de incapacidade.

Como já referido, a lombalgia e a cervicalgia estão entre os principais problemas crónicos reportados pela população residente na RAA com idade igual ou superior a 15 anos – 31,2% e 22,4%, respetivamente (Figura 2). As principais estratégias preventivas neste âmbito são a manutenção de um peso saudável e a prática regular de atividade física, que são fatores já abrangidos por este e outros Programas Regionais.

De referir que uma parte significativa das doenças musculoesqueléticas está relacionada com a atividade laboral e nestas circunstâncias são geralmente despoletadas por sobrecargas biomecânicas e desconforto ergonómico.

Na Europa verifica-se que a maior percentagem de trabalhadores que reporta queixas são os trabalhadores da construção civil, trabalhadores do abastecimento de água, agricultores, silvicultores e pescadores. Observa-se também uma prevalência acima da média nos profissionais de saúde e trabalhadores do serviço social. Posto isto, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho recomenda a realização de campanhas de consciencialização acerca da problemática. Assim sendo, o Programa pretende intervir neste âmbito de forma a reduzir a carga destas patologias na população açoriana.

### Lesões Não Intencionais

As causas de morte por lesões não intencionais incluem acidentes de viação, envenenamentos, quedas, afogamentos, incêndios, desastres naturais, entre outros. Analisando-se a Figura 8 observa-se que em Portugal as mortes acidentais são responsáveis por uma maior proporção das mortes nas faixas etárias mais jovens, com um pico na faixa etária dos 15-24 anos, havendo predomínio do sexo masculino na maioria das faixas etárias.

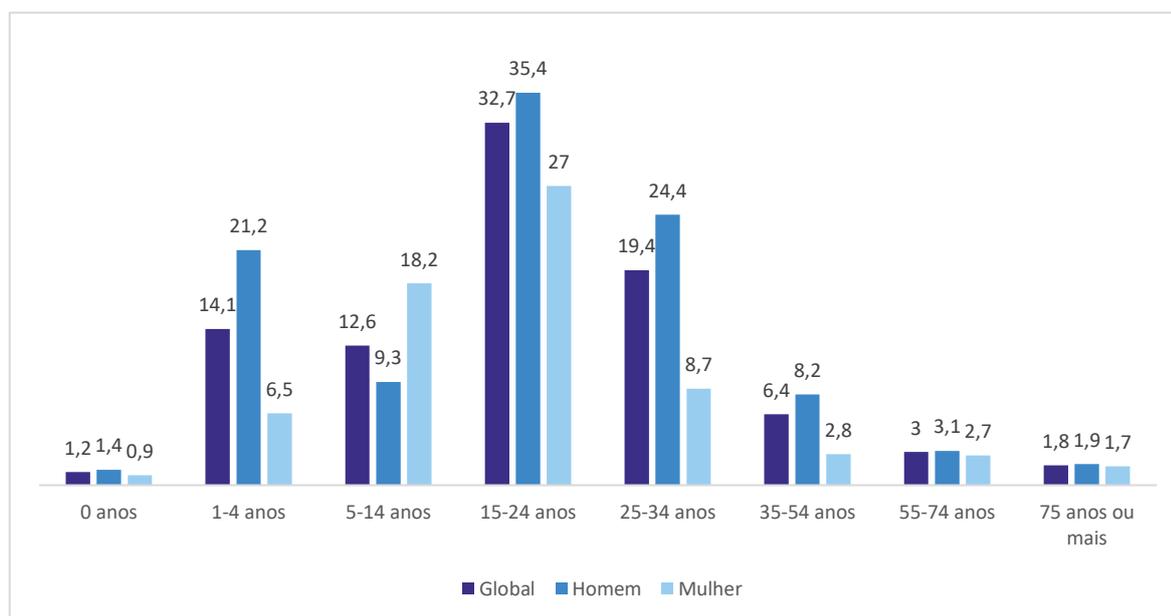


Figura 8. Percentagem de mortes por lesões não intencionais em relação às mortes totais por sexo e faixas etárias em Portugal no ano 2019.

Fonte: OMS.

Através da observação da Figura 9 constata-se que a nível nacional as causas de morte por lesão não intencional são variadas, mas com o predomínio dos acidentes de viação e quedas.

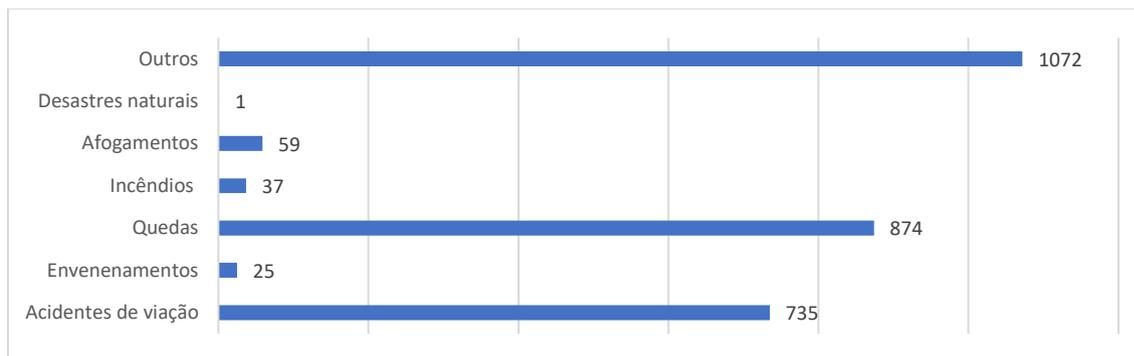


Figura 9. Número total de mortes por lesões não intencionais distribuídos por causa específica em Portugal no ano de 2019.

Fonte: OMS.

Como mencionado anteriormente, a terceira principal causa de morte prematura na RAA foram as lesões externas e envenenamentos, daí a importância de se aplicarem estratégias que permitam reduzir estas causas de morte.

## **Finalidade**

O Programa Regional de Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis dos Açores pretende criar uma sociedade mais saudável através da implementação de intervenções que promovam a saúde, previnam doenças e melhorem a qualidade de vida de todos os açorianos.

## **Objetivos Gerais**

- Promover estilos de vida saudáveis;
- Fomentar a literacia em saúde;
- Melhorar o acesso aos cuidados de saúde;
- Reduzir a incidência e prevalência das DNT nos Açores;
- Reduzir a morbilidade e mortalidade por diabetes;
- Reduzir a morbilidade e mortalidade por hipertensão arterial e doenças cardiovasculares;
- Reduzir a morbilidade e mortalidade por doenças respiratórias crónicas;
- Controlar a morbilidade causada pelas doenças musculoesqueléticas;
- Reduzir a mortalidade prematura por lesões não acidentais.

### Objetivos Específicos

- Aumentar em pelo menos 50% a proporção de hipertensos inscritos nos CSP com risco cardiovascular avaliado nos últimos 3 anos;
- Aumentar em pelo menos 25% a proporção de utentes hipertensos inscritos nos CSP com idade inferior a 65 anos com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg;
- Reduzir em 15% o número total de pessoas com hipertensão arterial e diagnóstico de acidente vascular cerebral no último ano;
- Reduzir em 15% do número total de pessoas com diabetes e diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio no último ano;
- Aumentar para 50% a proporção de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas no último ano, desde que abranjam os dois semestres;
- Aumentar para 50% a proporção de utentes utilizadores com  $\geq 15$  anos com avaliação e registo da atividade física no último ano;
- Reduzir em 10% a inatividade física de 2020 até 2030 (meta adaptada da OMS);
- Reduzir em pelo menos 10% o número de internamentos por doenças respiratórias crónicas;
- Reduzir para 8% a proporção de mortes por lesões não intencionais;
- Reduzir em 22% a mortalidade prematura por DNT de 2020 até 2030 (meta adaptada da OMS).

### **Estratégias/Ações**

Este programa regional irá implementar estratégias dirigidas às áreas onde se detetou maior necessidade de intervenção: literacia em saúde, acessibilidade, atividade física, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, doenças respiratórias crónicas, doenças musculoesqueléticas e lesões não intencionais.

Para cada área de intervenção são propostas medidas com base nas recomendações internacionais e na evidência científica mais atual, de acordo com as necessidades específicas regionais detetadas.

De forma a ser possível executar as medidas propostas será fundamental a coparticipação e corresponsabilização de todos os intervenientes (cidadãos, comunidade, serviços de saúde e organizações), sob uma perspetiva multidisciplinar e intersectorial.

1. Literacia em Saúde		
Medida	Monitorização	Meta
1.1. Articular com a Direção Regional da Educação o aumento da oferta de cursos de alfabetização para adultos.	Número de cursos abertos e número de participantes.	Aumento progressivo da oferta e do número de participantes até 2030.
1.2. Realizar formações aos profissionais de saúde sobre Boas Práticas e Estratégias de Comunicação em Saúde com utentes com baixa literacia, em colaboração com o Programa Regional de Promoção da Literacia em Saúde.	Número de formações e número de participantes.	Participação de profissionais de todas as ilhas nas formações até 2030.
1.3. Criar guias terapêuticos adaptados a utentes com baixa literacia.	Realizado/Não Realizado	Criação dos guias até 2026.
1.4. Criar um <i>microsite</i> dedicado às DNT.	Realizado/Não Realizado	Criação do site até 2027.
1.5. Divulgar informação acerca das DNT e os seus fatores de risco nas plataformas digitais.	Realizado/Não Realizado	Divulgação realizada até 2030.

2. Acessibilidade e continuidade de cuidados		
Medida	Monitorização	Meta
2.1. Garantir que todos os utentes tenham equipa de saúde familiar.	Proporção de utentes com médico e/ou enfermeiro de família.	100% de utentes com médico e/ou enfermeiro de família até 2030.
2.2. Ajustar as dimensões das listas de utentes das equipas de saúde familiar às necessidades concretas dos mesmos.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2030
2.3. Garantir o acesso e partilha informática de informação entre os cuidados de saúde primários e secundários.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2026.
2.4. Aumentar a validade das requisições de análises dos CSP para 12 meses.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2027.
2.5. Possibilitar a colocação da data pretendida de agendamento nos exames complementares de diagnósticos pedidos nos CSP e assegurar que a validade da requisição seja de 12 meses.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2027.
2.6. Identificar os exames complementares de diagnóstico (imagiológicos, analíticos, endoscópicos e histológicos) que devem estar disponíveis gratuitamente nos CSP.	Realizado/Não Realizado	Realizar até 2026.
2.7. Convidar para consulta de vigilância os utentes que façam 40 anos no próprio ano e não tenham tido consulta nos CSP no último ano.	Proporção de utentes com 40 anos sem consulta de	50% de utentes com 40 anos sem consulta de vigilância no

	vigilância no último ano que tiveram consulta médica ou de enfermagem aos 40 anos.	último ano que tiveram consulta médica ou de enfermagem aos 40 anos.
2.8. Elaborar um documento com propostas de melhorias ao sistema informático dos CSP de forma a facilitar o registo dos dados clínicos e o acompanhamento dos utentes.	Realizado/Não Realizado	Realizar em 2025.

3. Atividade física		
Medida	Monitorização	Meta
3.1. Realizar campanhas televisivas, na rádio e nas plataformas digitais acerca dos benefícios da atividade física.	Realizado/Não Realizado.	Realização das campanhas até 2030.
3.2. Realizar campanhas televisivas, na rádio e nas plataformas digitais para promoção do transporte ativo (bicicleta, caminhadas).	Realizado/Não Realizado	Realização das campanhas até 2030.
3.3. Celebrar o Dia Mundial da Atividade Física (6 de abril).	Realizado/Não Realizado	Realização de atividades em todas as ilhas até 2030.
3.4. Colaborar com o Programa Regional de Saúde Escolar.	Realizado/Não Realizado	Realização de atividades em todas as ilhas até 2030.
3.5. Colaborar com o Programa Regional de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável.	Realizado/Não Realizado	Realização de atividades em todas as ilhas até 2030.

3.6. Articular com a Direção Regional da Educação o aumento da oferta desportiva nas escolas.	Número total de novas ofertas desportivas nas escolas.	Aumento progressivo da oferta desportiva nas escolas até 2030.
3.7. Promover atividades em espaços públicos de forma gratuita para a comunidade, em colaboração com as autarquias.	Número de atividades realizadas e número de participantes.	Realização de atividades em todas as ilhas até 2030.
3.8. Estimular o aumento da quantidade de espaços públicos nas áreas urbanas e rurais onde seja possível praticar atividade física, em articulação com as autarquias.	Número total de novos espaços.	Aumento progressivo do número de espaços até 2030.
3.9. Aumentar o número/extensão de ciclovias, em articulação com as autarquias.	Número total de novas ciclovias ou de novas extensões.	Aumento progressivo do número/extensão das ciclovias até 2030.
3.10. Criar uma plataforma com aulas online que permita a realização de atividade física dentro de portas nos dias de condições climatéricas adversas, em articulação com a Direção Regional do Desporto.	Realizado/Não Realizado	Criação da plataforma até 2028.
3.11. Garantir a formação dos profissionais de saúde na Avaliação e Aconselhamento-breve para a promoção da atividade física, em articulação com o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física.	Número de formações realizadas e número de participantes.	Participação de profissionais de todas as ilhas até 2030.

3.12. Promover a formação dos profissionais de saúde em Prescrição do Exercício.	Número de formações realizadas e número de participantes.	Participação de profissionais de todas as ilhas até 2030.
3.13. Incluir nos sistemas informáticos das Unidades de Saúde e Hospitais o questionário de avaliação da atividade física e guias de apoio ao aconselhamento breve para a atividade física preconizados no Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2027.
3.14. Incluir nos sistemas informáticos das Unidades de Saúde e Hospitais uma ferramenta de prescrição de exercício físico.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2027.
3.15. Implementar Consultas de Atividade Física nas Unidades de Saúde e criar protocolos de convenção com ginásios e outras entidades promotoras do exercício físico.	Implementado/Não Implementado	Implementação em pelo menos uma ilha até 2030.
3.16. Implementar pausas ativas nas Unidades de Saúde em articulação com os Serviços de Saúde Ocupacional com divulgação da iniciativa #BeActiveatWork do Instituto de Desporto e Juventude.	Implementado/Não Implementado	Implementação em todas as ilhas até 2030.

4. Hipertensão Arterial e Doenças Cardiovasculares		
Medida	Monitorização	Meta
4.1. Garantir a existência de esfigmomanómetros digitais validados em todos os gabinetes médicos e de enfermagem das Unidades de Saúde de Ilha (assegurando a existência de esfigmomanómetros manuais para utilização em pacientes com Fibrilhação Auricular).	Proporção de gabinetes médicos e de enfermagem com esfigmomanómetro digital.	100% de implementação até 2030.
4.2. Rastrear oportunisticamente a pressão arterial nos indivíduos com idade $\geq 18$ anos nas consultas médicas e/ou de enfermagem.	Proporção de adultos com consulta médica ou de enfermagem no último ano com registo de TA.	80% adultos com consulta médica ou de enfermagem no último ano com registo de TA.
4.3. Realizar na comunidade rastreios de HTA, dislipidemia, glicemia, risco cardiovascular e atividade física.	Realizado/Não Realizado	Realização em todas as ilhas até 2030.
4.4. Realizar formações aos profissionais de saúde para atualização científica na área da HTA e risco cardiovascular, anualmente, integrada no Programa de Formação da DRS.	Realizado/Não Realizado	Implementação até 2027.

4.5. Realizar formações sobre a gestão de doenças cardiovasculares nos CSP dirigida aos médicos de família.	Realizado/Não Realizado	Participação de médicos de todas as ilhas até 2030.
4.6. Criar um Processo Assistencial Integrado de vigilância de HTA e Risco Cardiovascular a ser aplicado a toda a Região.	Realizado/Não Realizado	Realização até 2028.
4.7. Celebrar o Dia Mundial da Hipertensão (17 de maio).	Realizado/Não Realizado	Realização de atividades em todas as ilhas até 2030.
4.8. Realizar campanhas televisivas, na rádio e nas plataformas digitais para consciencialização acerca da HTA e DCV.	Realizado/Não Realizado	Realização das campanhas até 2030
4.9. Garantir o acesso gratuito à Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA) nos CSP.	Proporção das Unidades de Saúde com acesso gratuito ao MAPA.	100% de implementação em todas as ilhas até 2030.
4.10. Garantir o acesso gratuito ao score de cálcio coronário mediante critérios de elegibilidade.	Proporção das Unidades de Saúde com acesso gratuito ao score de cálcio coronário.	100% implementação em

		todas as ilhas até 2030.
4.11. Promover o rastreio do aneurisma da aorta abdominal através do ecodoppler.	Divulgação das <i>guidelines</i> entre os médicos.	Divulgação em todas as ilhas até 2027.
4.12. Implementar Equipas de Reabilitação Cardíaca.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2030.

5. Diabetes <i>Mellitus</i>		
Medida	Monitorização	Meta
5.1. Realizar formação aos profissionais de saúde para atualização científica nesta área, anualmente, integrada no Programa de Formação da DRS.	Realizado/Não Realizado	Implementação até 2027.
5.2. Criar um Processo Assistencial Integrado de vigilância da Diabetes <i>Mellitus</i> a ser aplicado a toda a Região.	Realizado/Não Realizado	Realização até 2028.
5.3. Celebrar o Dia Mundial da Diabetes (14 de novembro).	Realizado/Não Realizado	Realização de atividades em todas as ilhas até 2030.
5.4. Consciencializar a população através de campanhas televisivas, na rádio e nas plataformas digitais acerca da Diabetes <i>Mellitus</i> .	Realizado/Não Realizado	Realização das campanhas até 2030.
5.5. Organizar o rastreio da retinopatia diabética.	Realizado/Não Realizado	Implementação até 2027.
5.6. Otimizar e monitorizar o rastreio da retinopatia diabética.	Proporção de utentes com diabetes que realizou rastreio da retinopatia diabética no último ano.	35% de utentes com diabetes que realizou rastreio da retinopatia diabética

		no último ano até 2030.
5.7. Otimizar e monitorizar o rastreio do pé diabético.	Proporção de utentes com diabetes com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano.	75% de utentes com diabetes com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano.
5.8. Otimizar e monitorizar o rastreio da nefropatia diabética.	Proporção de utentes com diabetes com registo de avaliação de albuminúria no último ano.	50% de utentes com diabetes com registo de avaliação de albuminúria no último ano.
5.9. Promover a adesão de todos os municípios da RAA ao programa “Diabetes em Movimento” da Direção Geral da Saúde.	Proporção de municípios que aderiu ao programa.	Adesão de todos os municípios até 2030.
5.10. Divulgar os vídeos “Falar Abertamente da Diabetes” do Programa Nacional para a Diabetes.	Realizado/Não Realizado	Realização da divulgação até 2030.

<b>6. Doenças Respiratórias Crónicas</b>		
<b>Medida</b>	<b>Monitorização</b>	<b>Meta</b>
6.1. Realizar formações aos profissionais de saúde para atualização científica acerca de Asma e DPOC, anualmente, integrada no Programa de Formação da DRS.	Realizado/Não Realizado	Implementação até 2027.
6.2. Criar um Processo Assistencial Integrado de vigilância da Asma a ser aplicado a toda a Região.	Realizado/Não Realizado	Criação até 2028.
6.3. Criar um Processo Assistencial Integrado de vigilância da DPOC a ser aplicado a toda a Região.	Realizado/Não Realizado	Criação até 2028.
6.4. Garantir o acesso gratuito à espirometria nos CSP em toda a RAA.	Proporção das Unidades de Saúde com acesso gratuito à espirometria.	100% de implementação em todas as ilhas até 2030.
6.5. Implementar Equipas de Reabilitação Respiratória.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2030.
6.6. Alterar o regime de comparticipação das câmaras expansoras para comparticipação direta em vez de reembolso (1 por ano por utente).	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2027.

6.7. Criar um regime especial de comparticipação da terapêutica inalatória para o doente respiratório crónico.	Implementado/Não Implementado	Publicação da portaria até 2027.
6.8. Realizar <i>Workshops</i> de técnica inalatória para profissionais de saúde, com divulgação dos vídeos e folhetos informativos relativos à técnica inalatória do Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.	Número de formações realizadas e número de participantes.	Participação de profissionais de todas as ilhas até 2030.
6.9. Alargar a gratuidade da vacinação antipneumocócica para os utentes com patologia respiratória crónica.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2027.
6.10. Criar no programa informático dos CSP o programa de vigilância “Doenças Respiratórias Crónicas” à semelhança do que já existe para a HTA e Diabetes <i>Mellitus</i> .	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2027.
6.11. Realizar campanhas de consciencialização na rádio, televisão e nas plataformas digitais acerca das doenças respiratórias crónicas.	Realizado/Não Realizado	Realização das campanhas até 2030.
6.12. Celebrar o Dia Mundial do Pulmão (25 de setembro).	Realizado/Não Realizado	Realização de atividades em todas as ilhas até 2030.

6.13. Monitorizar prescrição da terapêutica inalatória de longa ação versus curta ação.	Realizado/Não Realizado	Monitorização anual.
6.14. Garantir a existência de oxímetros em todos os gabinetes médicos e de enfermagem das Unidades de Saúde de Ilha.	Proporção da totalidade de gabinetes médicos e de enfermagem que possui oxímetro.	100% de implementação até 2030.

7. Doenças Musculoesqueléticas		
Medida	Monitorização	Meta
7.1. Realizar campanhas televisivas e nas plataformas digitais acerca da prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao trabalho.	Realizado/Não Realizado	Realização das campanhas até 2030.
7.2. Criar panfletos acerca de exercícios e medidas de proteção articular para as principais patologias musculoesqueléticas e divulgá-los entre os profissionais de saúde.	Realizado/Não Realizado	Criação até 2027.
7.3. Realizar formações dirigidas aos médicos de família acerca das patologias musculoesqueléticas mais frequentes.	Número de formações realizadas e número de participantes.	Participação de médicos de todas as ilhas nas formações até 2030.
7.4. Incluir escalas de avaliação de dor adequadas no sistema informático dos CSP.	Implementado/Não Implementado	Implementação até 2027.
7.5. Articular com os serviços de saúde ocupacional das unidades de saúde e hospitais a realização de formações relativas a ergonomia e prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao trabalho.	Realizado/Não Realizado	Realização em todas as ilhas até 2030.

7.6. Celebrar o Dia Mundial das Doenças Reumáticas (12 outubro).	Realizado/Não Realizado	Realização de atividades em todas as ilhas até 2030.
--	-------------------------	--

8. Lesões Não Intencionais		
Medida	Monitorização	Meta
8.1. Articular com a Proteção Civil e Polícia de Segurança Pública a realização de campanhas televisivas, na rádio e nas plataformas digitais acerca da prevenção de lesões não intencionais.	Realizado/Não Realizado	Realização das campanhas até 2030.
8.2. Articular com a Proteção Civil, Polícia de Segurança Pública e com o Programa Regional de Saúde Escolar a realização de sessões de educação nas escolas.	Número de palestras efetuadas, número de participantes e as suas faixas etárias.	Realização de sessões em todas as ilhas até 2030.
8.3. Divulgar entre os profissionais de saúde orientações técnicas para a prevenção de acidentes.	Realizado/Não Realizado	Divulgação em todas as ilhas até 2027.
8.4. Celebrar o do Dia Nacional da Segurança Infantil (23 de maio).	Realizado/Não Realizado	Realização de atividades em todas as ilhas até 2030.
8.5. Realizar sessões de prevenção de quedas para idosos e seus familiares em articulação com Programa Regional de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável.	Realizado/Não Realizado	Realização em todas as ilhas até 2030.

<p>8.6. Estimular o acesso das crianças no 1º ciclo do ensino básico a aulas de natação.</p>	<p>Proporção das crianças no 1º ciclo do ensino básico com aulas de natação no último ano.</p>	<p>50% das crianças do 1º ciclo no ensino básico com aulas de natação no último ano.</p>
<p>8.7. Realizar cursos de primeiros socorros pediátricos para pais e/ou outros familiares cuidadores.</p>	<p>Número de cursos realizados e número de participantes nos cursos.</p>	<p>Realização de cursos em todas as ilhas até 2030.</p>
<p>8.8. Monitorizar o ensino dos sistemas de retenção de crianças nas consultas de enfermagem dos 0-9 anos (6 ensinos no primeiro ano de vida; 4 ensinos entre os 1 e 3 anos; 5 ensinos entre os 4 e 9 anos).</p>	<p>Realizado/Não Realizado</p>	<p>Monitorização anual.</p>

## Bibliografia

1. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, et al. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front Public Health* [Internet]. 26 de novembro de 2020 [citado 4 de dezembro de 2024];8:574111. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7726193/>.
2. Bertram M, Banatvala N, Kulikov A, Belausteguigoitia I, Sandoval R, Hennis A, et al. Using economic evidence to support policy decisions to fund interventions for non-communicable diseases. *The BMJ* [Internet]. 2019 [citado 8 de dezembro de 2024];365:l1648. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6526680/>.
3. Noncommunicable diseases [Internet]. [citado 3 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. WHO Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care. 2020; citado 7 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334186/9789240009226-eng.pdf?sequence=1>.
5. Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings [Internet]. 2013 [citado 7 de dezembro de 2024]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/implementation-tools-package-of-essential-noncommunicable-\(-pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care-in-low-resource-settings](https://www.who.int/publications/i/item/implementation-tools-package-of-essential-noncommunicable-(-pen)-disease-interventions-for-primary-health-care-in-low-resource-settings)
6. Coelho A, Catalão P, Nunes N. Doenças não transmissíveis em Portugal: Desafios e oportunidades. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* [Internet]. 23 de setembro de 2019 [citado 4 de dezembro de 2024];17–21. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/317>.
7. Noncommunicable diseases [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
8. Non Communicable Diseases | NCD Alliance [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://ncdalliance.org/why-ncds/NCDs>.
9. Breslow L. Prevention and control of non-communicable diseases. *World Health Forum* [Internet]. 2015 [citado 4 de dezembro de 2024];3(4):429–31. Disponível em: <https://academic.oup.com/book/35585/chapter/306373605>.

10. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.
11. A renewed call to action: How can the European Union scale-up action on non-communicable disease prevention? [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/375436>.
12. NCD BEST BUYS AND OTHER EFFECTIVE INTERVENTIONS. [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: [https://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB\\_2018\\_EN\\_17036.pdf](https://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2018_EN_17036.pdf)
13. Tackling NCDs: 'Best buys' [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?ua=1>.
14. Orientações para a monitorização de doenças não transmissíveis com base nas unidades de saúde: enquadramento, indicadores e aplicação [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/367073>.
15. Artigo: Prevalência, conhecimento e controlo da diabetes em Portugal – resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015) - INSA [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/artigo-prevalencia-conhecimento-e-controlo-da-diabetes-em-portugal-resultados-do-inquerito-nacional-de-saude-com-exame-fisico-insef-2015/>.
16. Carneiro D. Prescrição de exercício físico: A sua inclusão na consulta. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [Internet]. 1 de setembro de 2011 [citado 4 de dezembro de 2024];27(5):470–9. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10890>.
17. DGS. Programa Nacional para a Atividade Física. 2017.
18. Physical Inactivity | NCD Alliance [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://ncdalliance.org/why-ncds/risk-factors-prevention/physical-inactivity>
19. Infográfico INSEF — Atividade física - INSA [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insef-%E2%94%80-atividade-fisica/>.
20. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>.

21. Physical activity for cardiovascular prevention [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: [https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-\(CCP\)/Cardiopractice/physical-activity-for-cardiovascular-prevention](https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopractice/physical-activity-for-cardiovascular-prevention).
22. Sport and physical activity - Eurobarometer survey [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668>.
23. Diretrizes da OMS para a Atividade Física e Comportamento Sedentário. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>.
24. EUPAP GUIDE Guidance for prescribing physical activity – lessons learned from the EUPAP project. [citado 3 de fevereiro de 2025]; Disponível em: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e7bed29b2a7c44c4865395bb08bf0158/eupap-guide-guidance-for-prescribing-physical-activity.pdf>.
25. EUPAP FYSS-short Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease A summary of evidence and diagnosis-specific recommendations on physical activity. [citado 3 de fevereiro de 2025]; Disponível em: [https://www.fyss.se/wp-content/uploads/2023/05/FYSS-short-English-and-translated-versions\\_EUPAP.pdf](https://www.fyss.se/wp-content/uploads/2023/05/FYSS-short-English-and-translated-versions_EUPAP.pdf).
26. EUPAP – A European model for Physical Activity on Prescription - The Public Health Agency of Sweden [Internet]. [citado 3 de fevereiro de 2025]. Disponível em: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/living-conditions-and-lifestyle/physical-activity/eupap-a-european-model-for-physical-activity-on-prescription/>.
27. Brorsson Lundqvist E, Praetorius Björk M, Bernhardsson S. Physical activity on prescription in Swedish primary care: a survey on use, views, and implementation determinants amongst general practitioners. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2024 [citado 3 de fevereiro de 2025];42(1):61. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10851819/>.
28. Wang N, Woodward M, Huffman MD, Rodgers A. Compounding Benefits of Cholesterol-Lowering Therapy for the Reduction of Major Cardiovascular Events: Systematic Review and Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* [Internet]. 1 de Junho de 2022 [citado 4 de dezembro de 2024];15(6):E008552. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008552>.
29. Cortez-Dias N, Martins SR, Belo A, Fiúza M. Caracterização do perfil lipídico nos utentes dos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet]. 1 de dezembro de 2013 [citado 4 de dezembro de 2024];32(12):987–96. Disponível em:

- <https://www.revportcardiol.org/pt-caracterizacao-do-perfil-lipidico-nos-articulo-S0870255113002473>.
30. Okai H, Lopes MMC. Redução do risco cardiovascular global através da continuidade de cuidados assistenciais prestados a uma população hipertensa pelo médico de família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* [Internet]. 1 de março de 2009 [citado 4 de dezembro de 2024];25(2):169–76. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10603>.
  31. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
  32. Arterial hypertension: benefits and limitations of treatment. [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-13/arterial-hypertension-benefits-and-limitations-of-treatment>.
  33. Cortez-Dias N, Martins SR, Belo A, Fiúza M. Caracterização do perfil lipídico nos utentes dos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet]. 2013 [citado 3 de fevereiro de 2025];32(12):987–96. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/259516723\\_Caracterizacao\\_do\\_perfil\\_lipidico\\_nos\\_utentes\\_dos\\_cuidados\\_de\\_saude\\_primarios\\_em\\_Portugal](https://www.researchgate.net/publication/259516723_Caracterizacao_do_perfil_lipidico_nos_utentes_dos_cuidados_de_saude_primarios_em_Portugal).
  34. Abreu A, Mendes M, Dores H, Silveira C, Fontes P, Teixeira M, et al. Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Revista portuguesa de cardiologia* [Internet]. 1 de maio de 2018 [citado 3 de fevereiro de 2025];37(5):363–73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29724635/>.
  35. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhalra N, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: A meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *The Lancet* [Internet]. 13 de novembro de 2010 [citado 4 de dezembro de 2024];376(9753):1670–81. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673610613505/fulltext>
  36. Wang N, Woodward M, Huffman MD, Rodgers A. Compounding Benefits of Cholesterol-Lowering Therapy for the Reduction of Major Cardiovascular Events: Systematic Review and Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 1 de junho de 2022;15(6):E008552.
  37. Relatório do Observatório Nacional da Diabetes – APDP [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://apdp.pt/3d-flip-book/relatorio-do-observatorio-nacional-da-diabetes/>.

38. Organização Mundial de Saúde. Diabetes [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
39. Infográfico INSA — Diabetes - INSA [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-diabetes/>.
40. Health and Economic Benefits of Diabetes Interventions | National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP) | CDC [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nccdphp/priorities/diabetes-interventions.html>.
41. Bugalho de Almeida A, Covas A, Prates L, Fragoso E. Asthma hospital admission and mortality in mainland Portugal 2000–2007. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*. Maio de 2009;15(3):367–83.
42. Bischof AY, Cordier J, Vogel J, Geissler A. Medication adherence halves COPD patients' hospitalization risk – evidence from Swiss health insurance data. *npj Primary Care Respiratory Medicine* 2024 34:1 [Internet]. 7 de março de 2024 [citado 4 de dezembro de 2024];34(1):1–7. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41533-024-00361-2>
43. Doenças respiratórias no mundo: Realidades de Hoje – Oportunidades para o Amanhã [Internet]. 2013; Disponível em: <https://www.thoracic.org/about/global-public-health/firs/resources/FIRS-in-Portuguese.pdf>.
44. Bezerra de Menezes M, Ponte EV, Bertagni Mingotti CF, Carvalho Pinto RM, Bagatin E, Bião Lima V, et al. Provision of inhaled corticosteroids is associated with decrease in hospital admissions in Brazil: A longitudinal nationwide study. *Respir Med*. 1 de maio de 2020;166:105950.
45. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
46. Asthma [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
47. Chronic respiratory diseases [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_3).
48. Prevention of musculoskeletal disorders and psychosocial risks in the workplace: EU strategies and future challenges | Safety and health at work EU-OSHA [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/prevention-musculoskeletal-disorders-and-psychosocial-risks-workplace-eu-strategies-and-future-challenges>.

49. Musculoskeletal health [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>.
50. Schmitt LR, Blank D. Prevenção de Lesões Não Intencionais. WER. 2012;86(2):385–400.
51. DeGeorge KC, Neltner CE, Neltner BT. Prevention of Unintentional Childhood Injury. Am Fam Physician [Internet]. 1 de outubro de 2020 [citado 4 de fevereiro de 2025];102(7):411–7. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/1001/p411.html>.
52. Jullien S. Prevention of unintentional injuries in children under five years. BMC Pediatr [Internet]. 1 de setembro de 2021 [citado 4 de fevereiro de 2025];21(1):1–11. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-021-02517-2>.
53. DeGeorge KC, Neltner CE, Neltner BT. Prevention of Unintentional Childhood Injury. Am Fam Physician [Internet]. 1 de outubro de 2020 [citado 4 de fevereiro de 2025];102(7):411–7. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/1001/p411.html>.
54. Lúcia A, Ramos C, Rosa L, Nunes M, Nogueira PJ. Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2013 [citado 4 de fevereiro de 2025]; Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/5789>.
55. Sudore LR, Schillinger D. Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. J Clin Outcomes Manag [Internet]. 2009 [citado 4 de dezembro de 2024];16(1):20. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2799039/>.
56. Rowlands G, Tabassum B, Campbell P, Harvey S, Vaittinen A, Stobbart L, et al. The Evidence-Based Development of an Intervention to Improve Clinical Health Literacy Practice. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 1 de março de 2020 [citado 4 de dezembro de 2024];17(5):1513. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7084414/>.