

Presidência do Governo

Resolução do Conselho do Governo n.º 67/2024 de 26 de junho de 2024

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 permita 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.

A elaboração e a execução do Plano Regional de Saúde 2030, conforme disposto no artigo 50.º do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A, de 4 de janeiro, é assegurada pela Direção Regional da Saúde, que coordena a definição e o desenvolvimento de programas de saúde, com base num sistema de informação, articulando com os demais serviços e organizações do sistema de saúde.

Refletindo os compromissos previstos no Programa do XIV Governo Regional dos Açores, no âmbito da organização do Serviço Regional de Saúde, é estabelecido um Plano Regional de Saúde com programas que tenham em conta a prevalência das principais patologias na Região, com indicadores de saúde mensuráveis, permitindo o acompanhamento da evolução do seu cumprimento.

Da análise da vigência do anterior Plano Regional de Saúde 2014-2016 – Extensão a 2020, constata-se resultados que evidenciam a melhoria dos níveis de saúde da população açoriana, bem como a sensibilização das unidades de saúde do Serviço Regional de Saúde e dos seus profissionais para a importância do planeamento em 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, 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. São programas concretos os seguintes:

- a) Programa Regional de Prevenção e Combate ao Tabagismo;
- b) Programa Regional de Promoção da Alimentação Saudável;
- c) Programa Regional de Promoção da Literacia em Saúde;
- d) Programa Regional de Combate às Doenças Oncológicas;
- e) Programa Regional de Saúde Escolar;
- f) Estratégia Regional para a Saúde Mental;

- g) Programa Regional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências;
 - h) Programa Regional para a promoção da Integração de Cuidados;
 - i) Programa Regional para a melhoria da resposta integrada em situações emergentes e críticas;
 - j) Programa Regional multisectorial de acompanhamento e promoção de natalidade e
 - k) Programa Regional para acompanhamento e melhoria da mortalidade infantil,
- cada um com ações formalmente enquadradas e respetivos indicadores.

O Plano Regional de Saúde 2030 estabelece uma lógica para a identificação de ganhos em saúde, definindo indicadores e metas, com a finalidade de determinar a adequação entre as necessidades de saúde e as respostas da sociedade, do Sistema Regional de Saúde, no geral, e do Serviço Regional de Saúde, em particular.

Durante a elaboração do Plano Regional de Saúde 2030, foram promovidas diversas ações, tais como, por exemplo, a organização de Fóruns da Saúde 2030 e pedidos de colaboração a diversas entidades (direções regionais e equiparados, instituições particulares de solidariedade social, autarquias, ordens profissionais, instituições de ensino, entre outros), de forma a permitir obter contributos prévios, tornando o Plano Regional de Saúde 2030 um documento mais ágil e com uma maior potencialidade de interação com os diferentes parceiros e com a população.

Durante o período de consulta pública recebeu o contributo de diversas entidades e cidadãos.

Assim, nos termos das alíneas a) e d) do n.º 1 do artigo 90.º e do n.º 4 do artigo 91.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, e de acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 50.º do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A de 4 de janeiro, na sua redação atual, o Conselho do Governo resolve:

- 1- Aprovar o Plano Regional de Saúde 2030, que consta do Anexo à presente resolução, que dela faz parte integrante.
- 2- Encarregar a Secretaria Regional da Saúde e Desporto, através da Direção Regional da Saúde, de proceder à mais ampla publicitação do Plano Regional de Saúde, nomeadamente por todas as entidades, públicas e privadas, com intervenção e/ou responsabilidade na área da saúde.
- 3- Estabelecer que a presente resolução entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em Conselho do Governo, em Angra do Heroísmo, em 20 de junho de 2024. - O Presidente do Governo, *José Manuel Bolieiro*.



Plano Regional
de Saúde **Açores**

Plano Regional de Saúde 2030

Introdução e Enquadramento

Índice

Índice de figuras

Lista de siglas e abreviaturas

Mensagem do Diretor Regional da Saúde

Mensagem do Coordenador do PRS2030

1. Enquadramento

2. Bibliografia

Índice de figuras

Figura 1 Organização temática da participação dos vários atores nos objetivos para o desenvolvimento saudável

Figura 2 Ciclo de planeamento estratégico em Saúde de base Populacional

Lista de siglas e abreviaturas

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos

COA - Centro de Oncologia dos Açores

COSI - European Childhood Obesity Surveillance Initiative

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNT - Doenças não transmissíveis

DRS - Direção Regional da Saúde

EBS - Ensino Básico e Secundário

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

EGS - Exame Global de Saúde

ELS - Estratégias Locais de Saúde

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

HLS - Health Literacy Survey

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

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

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

PLS - Plano Local de Saúde

PLV - Prevalência dos Consumos ao longo da vida

PNS - Plano Nacional de Saúde

PRS 2030 - Plano Regional de Saúde 2030

RAA - Região Autónoma dos Açores

RAM - Região Autónoma da Madeira

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

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

ROCMA - Rastreio Organizado ao Cancro da Mama nos Açores

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SISA - Sistema de Informação em Saúde dos Açores

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores

SRS - Serviço Regional de Saúde

SRSSS - Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social

TBM - Taxa Bruta de Mortalidade

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

US - Unidade de Saúde

USI - Unidade de Saúde de Ilha

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

Mensagem do Diretor Regional da Saúde

De acordo com o disposto no Estatuto do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores, compete à Direção Regional da Saúde a elaboração e o acompanhamento do Plano Regional de Saúde.

Em 1989 surge o primeiro Plano Regional de Saúde da Região, o qual, logo à partida, permitiu sensibilizar os profissionais de Saúde para uma nova abordagem relativa à atuação dos serviços de Saúde, assente em evidências e de forma integrada e coerente, de modo a contribuir para a melhoria da Saúde da população açoriana.

Após três décadas e com um longo caminho percorrido, sabemos que, nos dias de hoje, temos melhores níveis de Saúde. Resultado de uma aposta dos profissionais da Região na promoção da Saúde, concomitante com o esforço das diferentes tutelas da Saúde, no que concerne ao acesso aos cuidados de Saúde, no fortalecimento do Serviço Regional de Saúde e na constante evolução do nível de literacia em Saúde da população.

Contudo, pretendemos mais. Queremos desenvolver um rumo estratégico orientado para a maximização de ganhos em Saúde de forma consistente, suportado na abordagem dos determinantes em Saúde em todas as políticas e sectores da nossa sociedade, garantindo o enfoque na Saúde de qualidade para a nossa Região. Para tal, e com uma visão pluridisciplinar, ao longo do processo de preparação do Plano, contou-se com a participação e contributos de muitos cidadãos e entidades desta região.

É bem-sabido que existem, nos dias de hoje, múltiplas condicionantes que são um desafio para o planeamento em Saúde. De entre elas, destacamos a Globalização, as Alterações Climáticas, o Envelhecimento da população, as Emergências e Reemergências de doenças transmissíveis e os constrangimentos específicos do próprio sistema de Saúde. Por isso, no século XXI, ter uma visão estratégica global e integrada é condição crucial para a efetiva obtenção de ganhos para a Saúde para a população, sem comprometer a Saúde de gerações futuras.

Nesta senda, comprometemo-nos com um novo Plano Regional de Saúde para os Açores, que se pretende integrador, impactante, responsivo, dinâmico e alinhado com 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. Consideramos que este plano, enquanto instrumento indispensável de governação em Saúde, contribuirá para que os profissionais de Saúde, as entidades da Região, os cidadãos e a Sociedade Açoriana em geral possam mirar o mesmo horizonte e trabalhar numa perspetiva da melhoria

da Saúde e bem-estar de todos, de forma transversal e alicerçada num guião estratégico de recomendações, orientações e ações para maximizar os ganhos em Saúde, que é o Plano Regional de Saúde 2030.

Com objetivos de Saúde sustentável este Plano Regional de Saúde inspirou-se, em termos de imagem e de modelo de conceção na planta *Myosotis marítima*, uma espécie endémica dos Açores conhecida popularmente por “Não me esqueças”. Em cada elemento da flor encerram-se as estratégias em que o Plano Regional de Saúde 2030 se assenta, como sejam, a base do financiamento, a evidência científica, a promoção da Saúde, a prevenção da doença, a inovação, a integração de cuidados, o “Cuidar”, o “Tratar”, tendo como cerne a tríade, pessoa, família e comunidade.

É desta forma que a Direção Regional da Saúde vê e acredita no Plano Regional de Saúde 2030 e por isso queremos afirmar à população da nossa Região Autónoma dos Açores, que o Plano de Saúde da Região é de todos e para todos e, com a *Myosotis marítima* em mente, deixar a mensagem final: “Não me esqueças”.

Pedro Paes

Mensagem do Coordenador do PRS 2030

O desafio da Insularidade e a oportunidade da Autonomia.

Viver nos Açores é um privilégio e um desafio.

A condição de viver em ilhas não é apenas um determinante da Saúde é o que define a forma de ser dos açorianos. Ao longo da história os Açores foram fustigados por temporais, sismos e vulcões, mas permaneceu a resiliência teimosa de chamar casa a estas ilhas. Talvez pela sua beleza natural que nos atrai teluricamente. Talvez pela simplicidade da sua existência. Talvez pelo desafio de subsistir.

Esta mesma condição de ilhéu confere aos açorianos várias características únicas, algumas paradoxais. Por um lado, conformamo-nos por estar subjugados ao poder da natureza, por outro lado, superamo-nos para ultrapassar as barreiras. Por vezes somos melancólicos, debaixo do cinzento das nuvens. Outras vezes, resplandecemos em manifestações culturais comunitárias. Tantas vezes habituamo-nos à distância, mas não dispensamos a proximidade dos outros, seja a família ou a comunidade. Prezamos a autonomia, mas temos consciência do que nos une.

É para esta população e contexto único que surge a necessidade de planear a Saúde.

Este Plano Regional de Saúde 2030 (PRS 2030) pretende ser um contributo para identificar os desafios concretos na Saúde dos açorianos e, mais importante ainda, definir estratégias para os ultrapassar. Este exercício é realizado com a consciência de que, não só, o contexto arquipelágico é um forte condicionante, mas também, a autonomia confere uma responsável oportunidade para adequar as estratégias.

Foi da, também única, flora dos Açores que surgiu a inspiração para a imagem e modelo conceptual do PRS 2030. A *Myosotis marítima* é uma espécie endémica dos Açores, encontrada nas falésias e rochedos marítimos. A sua flor é pequena e delicada, mas simultaneamente resiliente e bela. É conhecida por “não me esqueças”. Estes são atributos que se desejam para o PRS 2030. Em primeiro lugar, que não seja esquecido, mas que se faça presente nos esforços de planeamento e nas ações concretas. Em segundo lugar, espera-se que sendo um pequeno contributo tenha a delicadeza de catalisar dinâmicas de mudança resilientes que conduzam a belos resultados em Saúde.

Os desígnios do PRS 2030 resumem-se na missão de permitir que os açorianos vivam mais e com mais qualidade de vida, sabendo que escolhas e comportamentos devem adotar para o atingir. Para tal, o desafio é utilizar os eternamente limitados recursos para fazer cada vez melhor e com mais valor em Saúde.

O ideal primordial deste PRS 2030 é o da equidade entre todos os açorianos. De facto, garantir uma distribuição equitativa de recursos que permita igualdade nos resultados em Saúde será o grande desafio para as próximas décadas. Por essa razão, e pela primeira vez na história dos planos regionais de Saúde, serão estudadas as diferenças entre ilhas em alguns indicadores. Houve ainda um investimento em novas ferramentas que permitam fazer esta análise com bastante maior grau de pormenor. A partir destas diferenças deverão ser implementadas estratégias locais concretas.

Finalmente importa referir que o PRS 2030 pretende ser mais que um documento que se lê e se esquece. Pretende ser uma plataforma de ação que ative toda a sociedade e promova o seu alinhamento com os objetivos de desenvolvimento do mundo, do país e acima de tudo da Região Autónoma dos Açores. Neste sentido, importa mais a soma das ações concretas de todos e cada indivíduo, enquanto pessoa, família, comunidade, profissional (de Saúde e não só), gestor ou decisor do que a soma das palavras de um documento.



“Não me esqueças”

Com a certeza de um futuro melhor,

João Sarmento

(Coordenador do PRS 2030)

1. Enquadramento

A 1 de janeiro de 2016 entrou em vigor a resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) intitulada “Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável”, constituída por 17 objetivos (ODS), desdobrados em 169 metas, aprovada pelos líderes mundiais, a 25 de setembro de 2015, numa cimeira na sede da ONU, em Nova Iorque (EUA).

Atuar no contexto dos ODS implica que todas as instituições, aos vários níveis, devam colaborar, em parceria e em intersectoralidade, **colocando a Saúde em todos os sectores da sociedade**, perspectiva e desígnio que se procura acompanhar e aprofundar com o presente PRS, o qual, por esse motivo, deverá estar em sintonia com a nova Agenda das Nações Unidas para 2030, tendo definido, por isso, a sua cronologia.

A nova Agenda das Nações Unidas para 2030 constitui um plano de ação centrado nas pessoas, no planeta, na prosperidade, na paz e nas parcerias (5P), tendo como objetivo final a erradicação da pobreza e o **desenvolvimento sustentável**, no âmbito do qual todos os Estados e outras partes interessadas que assumem responsabilidades próprias, no que diz respeito à sua implementação, enfatizando-se que ninguém deve ser deixado para trás.

Os **17 ODS** alteraram, pois, a forma de abordar o desenvolvimento:

- i. Ao integrarem as 3 dimensões do **desenvolvimento sustentável** (económica, social e ambiental);
- ii. Ao assentarem em **objetivos e metas universais** a serem implementados por todos os países (e não apenas por países em desenvolvimento);
- iii. Tendo uma maior dimensão de **combate às desigualdades e promoção dos Direitos Humanos**, como preocupação transversal a todos os ODS; e
- iv. Ao implicarem uma nova dinâmica de **conjugação de esforços de uma multiplicidade de atores**, incluindo as organizações não-governamentais, o setor empresarial privado, a academia, parceiros sociais, e restantes membros da sociedade civil, não esquecendo também a cooperação entre o Parlamento, o Governo, autoridades regionais e autarquias locais. Estamos perante um desafio que diz respeito a todos.

Até ao presente, o arco temporal do PRS, de acordo com o Estatuto do Serviço Regional de Saúde (SRS), foi coincidente com o período de uma legislatura. Foram elaborados cinco Planos Regionais de Saúde (1989, 1995-1999, 2004-2006, 2009-2012 e 2014-2016 – extensão 2020), tendo este último atingido o horizonte temporal respetivo.

O próximo ciclo de planeamento estratégico em Saúde ao nível nacional foi aprovado em 11 de maio de 2023, através do Plano Nacional de Saúde 2030, marcado por desafios que confluem com os *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e da Saúde*, tendo alcance até 2030, razão pela qual o PRS encontra-se, do mesmo modo, alinhado com esse horizonte temporal e políticas, em função da realidade açoriana, nomeadamente no setor da Saúde.

Para que o “plano” seja “real” e não simplesmente formal terá de ser interiorizado por todos aqueles a que se destina. No âmbito do território nacional, os planos terão de ser interiorizados pelos decisores ao nível nacional, regional e local, e por aqueles que estão de alguma forma na sua dependência. Se isso não ocorre, torna-se claro que não influencie visivelmente as suas decisões, então, o “plano”, de facto”, não existe.

“Planos formais, de facto, “inexistentes”, são frequentes na nossa cultura.”

(Fonte: Relatório Primavera. Observatório Português dos Sistemas de Saúde)

Face ao exposto o PRS, que constitui um instrumento basilar das políticas de Saúde, que ajuda a fazer escolhas, a melhorar e a focar no que é importante e a alinhar e trabalhar em conjunto, deverá articular-se com os parceiros, nomeadamente ao nível intragovernamental com relevância para a Agenda 2030, contribuindo para o desenvolvimento sustentável, num quadro de complementaridade, pelo que importa promover e valorizar o diálogo com os demais Departamentos do Governo e entidades interessadas, num espírito de cooperação para a prossecução dos objetivos da referida Agenda, de uma forma integrada e inclusiva.



Figura 1 Organização temática da participação dos vários atores nos objetivos para o desenvolvimento saudável. Fonte: Relatório Voluntário Nacional – Portugal, 2017

Garantir o acesso à Saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades passa por existir um **rumo estratégico** para a intervenção no quadro do SRS, nomeadamente colocando enfoque no *Plano Regional de Saúde 2030*.

No que diz respeito em concreto à Saúde de Qualidade (ODS 3) são orientações de base para a Região Autónoma dos Açores (RAA), através do PRS e respetivas intervenções nas áreas prioritárias identificadas:

- Garantir o acesso equitativo dos açorianos aos cuidados de Saúde e o direito à proteção da Saúde consagrado na Constituição, através do SRS;
- Reduzir a taxa de mortalidade prematura, aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos e reduzir fatores de risco, relacionados com as doenças não transmissíveis, nomeadamente o consumo de tabaco, álcool e outras dependências, e a obesidade infantil;
- Promover a Saúde e bem-estar em geral em meio escolar, incluindo a Saúde mental;
- Promover planos específicos com vista a reforçar a capacidade da RAA na resposta às emergências internacionais.
- Garantir a sustentabilidade e reformas necessárias do SRS;

Os resultados apresentados no Relatório de Avaliação Intercalar do PRS 2014-2016 – Extensão 2020 (fevereiro 2018), a leitura possível realizada, relativamente às respetivas Metas, bem como o diagnóstico atual e o Estudo Nacional 2021 de identificação das Necessidades Sentidas (ou percecionadas) de Saúde, evidenciaram a importância de serem revisitadas e reforçadas estratégias em áreas essenciais da promoção e prevenção da doença, no pressuposto da *consolidação das intervenções já implementadas, mas também no da sua expansão, em tempo oportuno, adequada à (re)construção de programas/planos de intervenção que criem opções estratégicas para a melhoria cumulativa do sistema de Saúde e da Saúde das populações*. Há, por isso, um claro propósito; melhorar a qualidade das respostas existentes e desenvolver ações justificadas pelo atual contexto social e epidemiológico, abrindo-se neste Plano de forma permanente e consequente, lugar a outros programas/intervenções/reformas.

O último PRS enquadrou a literacia, nomeadamente em contexto de promoção da Saúde em todas as áreas, com particular atenção na promoção da Saúde em contexto escolar. No contexto atual, a promoção da

Literacia em Saúde ganha redobrada importância junto das pessoas, das comunidades, das organizações e dos profissionais de Saúde, constituindo-se como uma resposta necessária e uma ferramenta da Saúde Pública. Assim, a Literacia em Saúde constitui neste plano um desígnio e uma oportunidade de promover a Saúde ao longo do “ciclo de vida”, operacionalizando-se em Programa próprio, com a visão de capacitar e responsabilizar cada indivíduo pelo seu percurso de Saúde.

A multidimensionalidade da Saúde implica, por conseguinte, que para além da intervenção dos serviços de Saúde haja também a intervenção da restante sociedade (organizada e não organizada), numa perspetiva de ação, de participação e de compromisso intersectoriais, que conduzirá, quanto maior e melhor for essa interação, ao fortalecimento do sistema de Saúde, para a melhoria do estado de Saúde e bem-estar da população/grupos da população.

A pandemia de Sars-Cov-2 trouxe um desafio adicional e diferente. A pandemia obrigou o sistema de saúde a aumentar a capacidade de resposta, reconhecendo a necessidade de, também, tornar a resposta mais eficiente nas crises de saúde pública, criando um aumento da capacidade de testes, a criação e organização de unidades de internamento e tratamento especializadas, o aumento da aquisição e distribuição de equipamentos de proteção individual, colocar em prática um plano regional de vacinação contra a COVID-19, promover educação para a saúde e adoção de estilos de vida saudáveis de forma a aumentar a literacia em saúde e combater a desinformação, além da contratação de mais profissionais de saúde.

Sendo assim, a experiência adquirida durante a pandemia demonstrou a importância da integração de cuidados, da necessidade de articulação, coordenação e colaboração entre os diferentes *stakeholders* do Serviço Regional de Saúde e da sociedade, em especial do sector social. A pandemia permitiu criar pontes e ligações que podem, e devem, continuar a ser exploradas para potenciar a resposta em saúde. Comparando com 2020, verificamos que é possível uma articulação mais próxima dos serviços, uma articulação centrada no utente. A melhoria de algumas respostas digitais, tais como o recurso à Linha de Saúde Açores, à telemedicina, a emissão digital do isolamento profilático, o sistema de notificação de casos positivos, entre outros, abriu as portas para a unificação do processo clínico do utente, para a melhoria da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e ainda para o diagnóstico de situação da saúde dos açorianos, podendo perspetivar-se a possibilidade de efetuar um planeamento em saúde que responda efetivamente às necessidades em saúde dos cidadãos e não seja centrado nos serviços de saúde.

Essas mudanças no sistema regional de saúde foram desafiadoras, mas também criaram oportunidades para melhorar a resposta a crises de saúde pública no futuro. A experiência da pandemia de COVID-19 destacou

a necessidade de maior cooperação institucional, interdepartamental, nacional e internacional, maior investimento em tecnologia e prevenção de doenças para garantir a saúde pública em toda região.

Os desígnios propostos são:

- Redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos);
- Melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos);
- Redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis:
 - consumo de tabaco e álcool (e outras drogas);
 - mudança de estilos de vida;
 - obesidade infantil;
- Melhoria do acesso a cuidados de Saúde;

Para alcançar estes desígnios as intervenções preconizadas devem ter tradução local Plano Local de Saúde, (PLS), com base no diagnóstico da situação de Saúde das populações locais. A sua implementação local deve ser pensada de uma forma integrada, de acordo com as *necessidades e os recursos existentes*, definindo prioridades e gerindo os recursos disponíveis, com a assunção por parte de todos os envolvidos das suas responsabilidades.

O PRS constitui-se, não apenas um documento estático, mas sim uma plataforma dinâmica que visa desenvolver e reforçar a sua implementação ao nível regional e local. Neste contexto, importa salientar que os PLS são instrumentos de implementação do PRS, de alinhamento com os objetivos regionais e próprios e, como tal, devem refletir nas suas estratégias as intervenções preconizadas, de forma particular aquelas que se assumem como promotoras de estilos de vida saudáveis em tudo aquilo ou em todas as componentes que sejam **transversais às áreas de eleição do PRS**, focando, do mesmo modo, as **estratégias e ações definidas para as mesmas, tendo em consideração, porém, a realidade local**, em função do diagnóstico e, por conseguinte das respetivas problemáticas. Os PLS, em integração com os Planos de Atividades das Unidades de Saúde (US), devem estar, por isso, alinhados com as estratégias nacionais e regionais, contribuindo para o cumprimento das respetivas metas, mas devem também traçar estratégias e intervenções específicas e, orientadas para os potenciais ganhos em Saúde da comunidade que servem, promovendo o objetivo último

de melhoria justa do estado de Saúde da sua população. A existência de respostas diferentes em diferentes contextos é fundamental para reduzir as desigualdades ao nível dos resultados em Saúde.

O Plano Regional de Saúde 2030 (PRS 2030) assenta, essencialmente:

- no facto do PRS constituir a orientação fundamental das políticas de Saúde, assumindo-se como um instrumento de compromisso com a mudança, empoderando os intervenientes, dentro e fora da Saúde, na sua execução (transversal) para fazerem melhores escolhas, no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 e do pressuposto de que a Saúde e a participação e compromisso intersectoriais têm um papel-chave no alcance dos mesmos;
- na perspetiva de continuidade relativamente ao PRS 2014-2016 Extensão 2020, considerando os ganhos e os aspetos a melhorar que constam do respetivo Relatório de Avaliação Intercalar (2018) (Análise Crítica e Evidências);
- nas políticas de Saúde consideradas no Programa XIII Governo Regional;
- nas principais necessidades de Saúde na RAA, identificadas, nomeadamente através dos indicadores de Saúde: mortalidade, morbilidade e análise aos determinantes;
- no alinhamento com as prioridades em Saúde Pública da Organização Mundial da Saúde (OMS) Europa que apontam a obesidade/doenças não transmissíveis, a Saúde da criança e do adolescente, o consumo excessivo do tabaco e do álcool, abuso de substâncias psicoativas, a Saúde mental e as ameaças emergentes;
- no reconhecimento de que a obtenção de ganhos em Saúde só será possível através da coparticipação e corresponsabilização de todos os intervenientes – cidadãos; organizações (sob uma perspetiva multi e intersectorial) e comunidades e numa perspetiva de médio longo prazo;
- no pressuposto da Saúde em Todas as Políticas;
- no reconhecimento de que o nível local tem uma responsabilidade de planeamento e de atividades ímpar, por serem as comunidades que de facto podem permitir melhores ou piores sucessos no bem comum da Saúde;
- no pressuposto de que o PRS não é uma resenha de desígnios formatados centralmente, mas sim um instrumento orientado para a mudança para ser adequado, principalmente, às necessidades locais exigindo, portanto, não só um trabalho conjunto, em Rede e de alinhamento, bem como o reforço da capacidade e competências das US do SRS;

- na necessidade de “responder às necessidades das pessoas”, garantindo o acesso à Saúde de qualidade e promoção de bem-estar para todos, em todas as idades;
- no reconhecimento da importância da monitorização e avaliação das intervenções implementadas sob as orientações estratégicas constantes neste documento.

Metodologicamente o PRS 2030 segue a metodologia do Plano Nacional de Saúde 2030, nomeadamente o ciclo de planeamento estratégico em Saúde de base populacional (Figura 2). Salientam-se como pontos chave as palavras ciclo e populacional. Tendo o PRS 2030 um horizonte temporal alargado é fundamental a sua avaliação e ajuste cíclico durante o seu período de vigência. O foco populacional é fundamental para a identificação das prioridades da RAA.

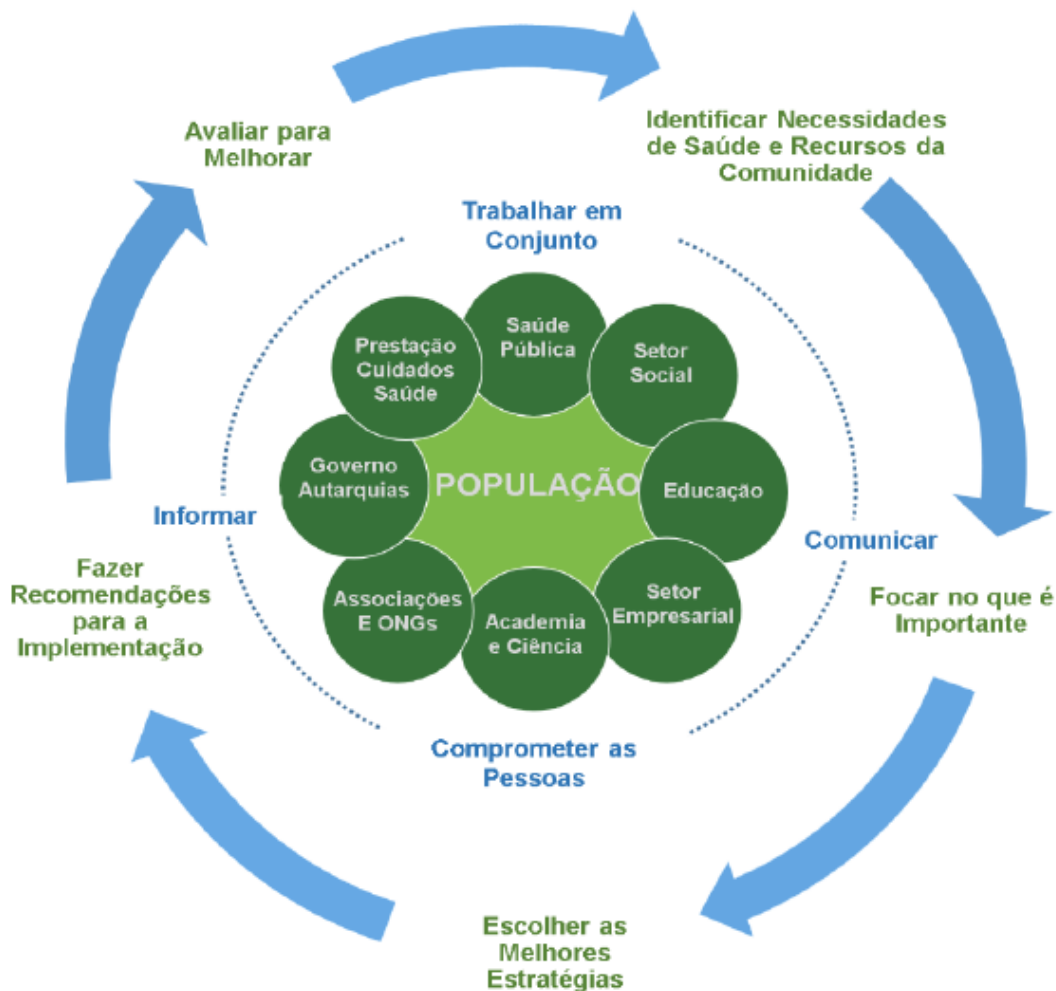


Figura 2 Ciclo de planeamento estratégico em Saúde de base Populacional. Fonte: adaptado de Institute of Population Health, County Health Rankings. University of Wisconsin, 2014

Foram consideradas duas principais perspetivas de análise no PRS 2030. A perspetiva decorrente da análise de dados e informações provenientes de diversas fontes. Foi possível recorrer a um considerável repositório de bases de dados, fontes de informação estatística oficial, estudos científicos e vários relatórios técnicos. De forma a complementar esta perspetiva procurou-se auscultar vários intervenientes diretamente no terreno. Foram utilizadas diversas metodologias, desde reuniões presenciais e virtuais, convites formais para colaborações concretas, eventos públicos para discussão temática (“Fóruns Saúde”), foi convocado o Conselho Regional de Saúde e foi ainda criado um endereço eletrónico público para envio de colaborações voluntárias. Finalmente, decorreu um período de consulta pública oficial. Foi possível reunir contributos de diversos sectores da sociedade. Participaram diversos profissionais de Saúde e dirigentes. Da administração pública foram recolhidos contributos de diversas áreas estratégicas, entre as quais se salientam a educação, ambiente e ciência e tecnologia. Foram também recolhidos contributos da academia e do poder local, entre municípios e juntas de freguesia. Finalmente, da sociedade civil chegaram contributos de organizações e indivíduos.

Para conveniência de leitura, além do presente documento, o PRS 2030 é composto pelas seguintes partes:

- Parte I – Perfil de Saúde da Região;
- Parte II – Modelo conceptual, estratégias, indicadores, monitorização e mecanismos de suporte ao PRS 2030.

2. Bibliografia

- Adams, E. K., Bronstein, J. M., & Raskind-Hood, C. (2002). Adjusted clinical groups: predictive accuracy for Medicaid enrollees in three states. *Health care financing review*, 24(1), 43–61.
- Assembleia Legislativa da Região; Decreto Legislativo Regional nº 16/2008/A de 12 de junho (2008). Rede de Cuidados Continuados Integrados da RAA.
- Barrenho, E., Haywood, P., Kendir, C., & Klazinga, N. S. (2022). International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure. *OECD Health Working Papers*, 142, 1–78.
- Butte N. F. (2001). The role of breastfeeding in obesity. *Pediatric clinics of North America*, 48(1), 189–198.
- Centro de Oncologia dos Açores Professor Doutor José Conde (2015). *Cancro nos Açores – Incidência, Mortalidade e Sobrevivência*. Angra do Heroísmo.
- COA (2018). *Registo Oncológico dos Açores - 20 anos (1997-2016)*.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021 – 2022*.
- Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s – Necessidades de Saúde em Portugal: ponto de situação; Seleção de Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável: introdução*. Direção-Geral da Saúde.
- Decreto Legislativo Regional n.º 1/2022 (2022). *Plano Regional Anual para o ano de 2022*.
- Decreto Legislativo Regional n.º 18/2021/A (2021). *Plano de Nutrição das Escolas, Alimentação Saudável*.
- Decreto Legislativo Regional nº 113/2021/A (2021). *Plano Regional Anual 2021*.
- Despacho n.º 12761/2021 (2021). *Planos Regionais da Saúde para as Demências*.
- Despacho n.º 5988/2018 (2018). *Estratégia da Saúde na Área das Demências*.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma nº 010/2013, de 31 de maio de 2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

- Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020, maio de 2015.
- ECATD-CAD/2019. Elsa Lavado, Vasco Calado, Fernanda Feijão; estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências (alunos dos 13 aos 18 anos de idade).
- Equipa de Investigação - Universidade dos Açores (2019). Relatório Final de Atividades - 1ª parte: Análise Descritiva dos Consumos de Substâncias Psicoativas na RAA.
- Girwar, S. M., Fiocco, M., Sutch, S. P., Numans, M. E., & Bruijnzeels, M. A. (2021). Assessment of the Adjusted Clinical Groups system in Dutch primary care using electronic health records: a retrospective cross-sectional study. *BMC health services research*, 21(1), 217.
- Girwar, S. M., Verloop, J. C., Fiocco, M., Sutch, S. P., Numans, M. E., & Bruijnzeels, M. A. (2022). Identifying complex patients using Adjusted Clinical Groups risk stratification tool. *The American journal of managed care*, 28(4), e140–e145.
- Global Burden of Disease. Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2019. IHME.
- Gröne, O., Garcia-Barbero, M., & WHO European Office for Integrated Health Care Services (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International journal of integrated care*, 1, e21.
- Grover, H., King, W., Bhattarai, N., Moloney, E., Sharp, L., & Fuller, L. (2022). Systematic review of the cost-effectiveness of screening for lung cancer with low dose computed tomography. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 170, 20–33.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Lisboa: INE, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2019). Inquérito Nacional de Saúde 2019.
- Lopes, C. et al. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório). Universidade do Porto.

- Marta, B. et al. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. INSA, IP: Lisboa.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais Saúde para todos. - Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2 vols.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Observatório dos Sistemas de Saúde (OSS) (2012). Relatório de Primavera 2012; Crise & Saúde, Um País em Sofrimento.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). Relatório de Primavera – As duas faces da Saúde. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021). 20 anos de Relatórios de Primavera, junho de 2021.
- Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s – Necessidades de Saúde em Portugal: ponto de situação; Seleção de Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável: Direção-Geral da Saúde, 2021.
- Portaria Nº 59/2021 da Assembleia Legislativa Regional (2021). Saúde mental dos jovens.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2016). Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde | Resenha dos Planos de Saúde: Nacional, Regionais, Locais - Edição 2016.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para promoção da alimentação saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para a promoção da atividade física. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2020). Literacia em Saúde e a COVID, Plano, prática e desafios; Health Literacy and COVID-19 in Portugal: Plan, Practice and Challenges, Lisboa.

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

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

- Sicras-Mainar, A., Serrat-Tarrés, J., Navarro-Artieda, R., Llausí-Sellés, R., Ruano-Ruano, I., & González-Ares, J. A. (2007). Adjusted Clinical Groups use as a measure of the referrals efficiency from primary care to specialized in Spain. *European journal of public health*, 17(6), 657–663.
- SNS/DGS (2020). REACT – COVID 2020: comparação com estudos nacionais anteriores (Versão retificada).
- SNS/DGS (2021). REACT – COVID – Inquérito sobre Alimentação e Atividade Física em Contexto de Contenção Social (Versão 2.0; outubro 2021).
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & European, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- SReS & INSA, I.P. (2015). Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados. Direção Regional da Saúde.
- SRES/DRS (2018). Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável 2018-2020.
- SRSSS/DRS, Plano regional para a redução de comportamentos aditivos e dependências (PRRCAD), 2021-2024
- SRSSS/DRS/INSA (2014). InRes Açores; Resultados Preliminares 2014, agosto de 2014.
- WHO-Europe (2008). Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. Disponível em <http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2021). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance]. ISBN 978-65-00-15021-6 (versão digital) ISBN 978-65-00-15064-3 (versão impressa).
- World Health Organization, W. H., Finland. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, F. M. of S. A. and, & Global Conference on Health Promotion (8th : 2013 : Helsinki, F. (2014). Health in all policies : Helsinki statement, framework for country action : the 8th Global Conference on Health Promotion.
- World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf

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



Plano Regional
de Saúde **Açores**

Plano Regional de Saúde 2030

Parte I – Perfil de Saúde da Região

Índice

Índice de figuras

Índice de tabelas

Índice de gráficos

Lista de siglas e abreviaturas

A nossa identidade num abrir e fechar de olhos

1. Quem somos

1.1. A população

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

1.1.2. Entre 2001-2020

1.2. Nós e os outros

1.2.1. A natalidade

1.2.2. O envelhecimento

1.2.3. A esperança de vida à nascença

1.2.4. Tabela Resumo

2. Que escolhas fazemo

2.1. O Tabaco

2.1.1. Prevalência do Consumo de Tabaco

2.1.2. O consumo de tabaco nos jovens

2.2. O álcool

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

2.2.2. O consumo de álcool nos jovens

2.3. O consumo de drogas ilícitas

2.3.1. Experiência e consumos por ilhas

2.4. Alimentação

2.4.1. O que comem os açorianos

2.5. Atividade Física

3. Que saúde temos

3.1. Mortalidade

3.1.1. Taxa Bruta de Mortalidade

3.1.2. Taxa bruta de mortalidade em idade prematura

3.1.3. Causas de morte

3.1.4. Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)

3.1.5. Mortalidade Infantil e Mortalidade Perinatal

3.2. Morbilidade

3.2.1. As Doenças Crónicas

3.2.2. A Obesidade

3.3. Previsão do risco de necessidade de cuidados

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

5. Bibliografia

Índice de figuras

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

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

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

Índice de tabelas

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

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

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

Tabela 4 Evolução da taxa de natalidade (‰), taxa de fecundidade geral (‰), esperança de vida à nascença (anos) e índice de envelhecimento (nº), em Portugal, RAA e RAM, entre 2014 e 2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Índice de gráficos

Gráfico 1 Evolução da população residente nos Açores entre 1900 e 2021.

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

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

Gráfico 4 Prevalência de consumo de tabaco nos adolescentes entre os 13 e 18 anos em Portugal e na RAA no ano de 2019.

Gráfico 5 Tipo de consumo de tabaco na adolescência em Portugal e na RAA no ano de 2019.

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

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

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

Gráfico 9 Prevalência de níveis de atividade física “ativo” e “sedentário”, ponderados para a população portuguesa e da RAA.

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

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

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

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

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

Lista de siglas e abreviaturas

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos

COA - Centro de Oncologia dos Açores

COSI - European Childhood Obesity Surveillance Initiative

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNT - Doenças não transmissíveis

DRS - Direção Regional da Saúde

EBS - Ensino Básico e Secundário

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

EGS - Exame Global de Saúde

ELS - Estratégias Locais de Saúde

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

HLS - Health Literacia Sorve

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

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização da Nações Unidas

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

PLS - Plano Local de Saúde

PLV - Prevalência dos Consumos ao longo da vida

PNS - Plano Nacional de Saúde

PRS 2030 - Plano Regional de Saúde 2030

RAA - Região Autónoma dos Açores

RAM - Região Autónoma da Madeira

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

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

ROCMA - Rastreio Organizado ao Cancro da Mama nos Açores

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SISA - Sistema de Informação em Saúde dos Açores

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores

SRS - Serviço Regional de Saúde

SRSSS - Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social

TBM - Taxa Bruta de Mortalidade

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

US - Unidade de Saúde

USI - Unidade de Saúde de Ilha

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

A nossa identidade num abrir e fechar de olhos

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

quem somos?

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

como vivemos?

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

Um. unidade, Var. variação.

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

2ª doença crónica: hipertensão arterial	25,6	%	↑
3ª doença crónica: dores cervicais e outros problemas crónicos no pescoço	22,9		↑
Taxa de novos diagnósticos de tuberculose (100 000 habitantes)	7,0		↓
Taxa de novos diagnósticos de VIH/SIDA (100 000 habitantes)	1,27		↓
Taxa de incidência de Sífilis (100 000 habitantes)	7,4		↑
Obesidade infantil (6-8 anos)	18,0	%	↑26,7% (2019)
Excesso de peso (6-8 anos)	43,0	%	↑ 19,7% (2019)
Taxa de aleitamento materno	73,8	%	↑ 4.3% (2019)
Obesidade nos adultos (IMC≥30)	33,8	%	↑
Excesso de peso nos adultos (IMC≥25 e IMC<30)	39,0	%	↑
Hipertensos	25,6	%	↑
Nascimentos pré-termo	8,6	%	↓
Partos por cesariana	41,9	%	↑16,4% (2017)
Crianças com baixo peso à nascença	8,3	%	↓
Gravidez precoce	3,5	%	↓32,7% (2017)

Legenda:

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

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

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

- dado não disponível

1. Quem somos

1.1. A população

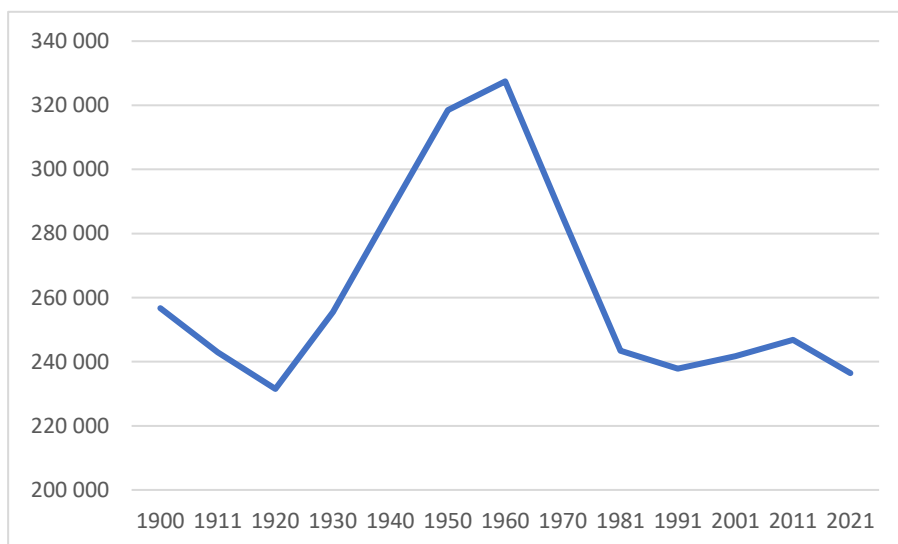
1.1.1. Evolução da população residente na Região Autónoma dos Açores (RAA)

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

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

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

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



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

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

1.1.2. Entre 2001-2020

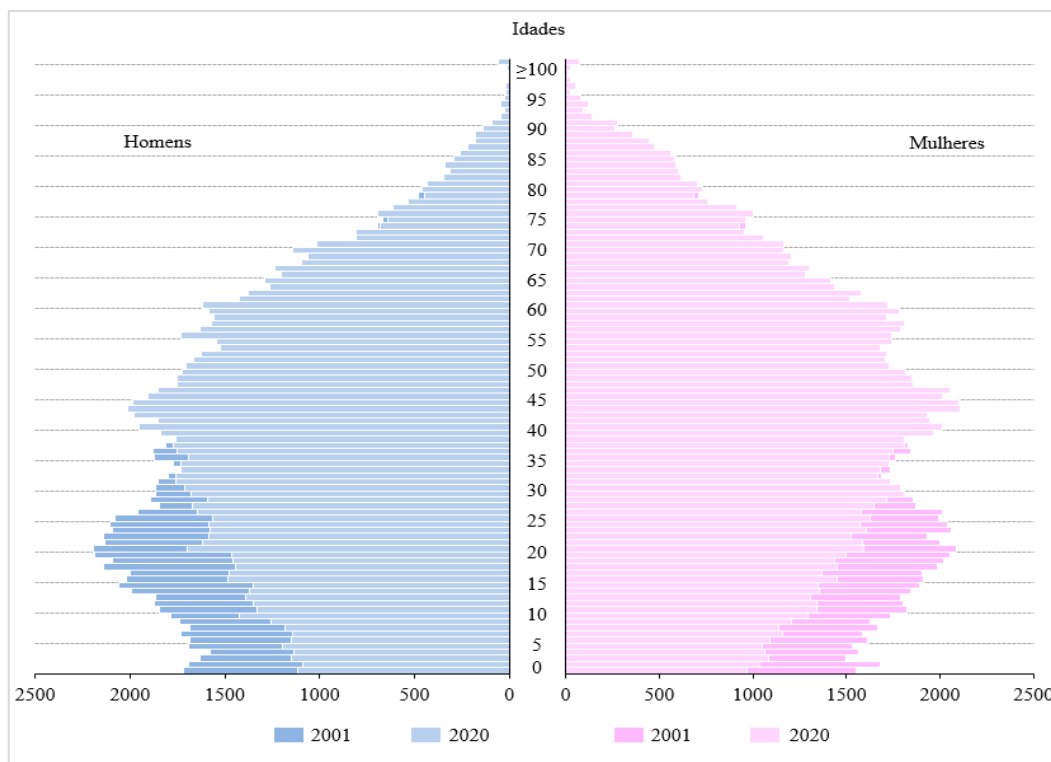


Figura 1 Evolução da pirâmide etária da população residente na RAA entre 2001 e 2020. Fonte INE

1.2. Nós e os outros

1.2.1. A natalidade

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

Ano	Portugal	RAA	RAM
2014	7,9	9,5	6,7
2015	8,2	9,3	7,6
2016	8,4	9,4	7,3
2017	8,3	9,3	7,8
2018	8,4	9,5	7,7

2019	8,4	9,0	7,5
2020	8,1	8,9	7,4
2021	7,6	8,6	6,9
2022	8,0	8,6	6,9

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

1.2.2. O envelhecimento

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

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

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

2021	181,3	113,6	158,2	37,3	24,5	30,1
2022	185,6	117,2	165,0	38,0	24,9	30,8

1.2.3. A esperança de vida à nascença

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

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

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

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

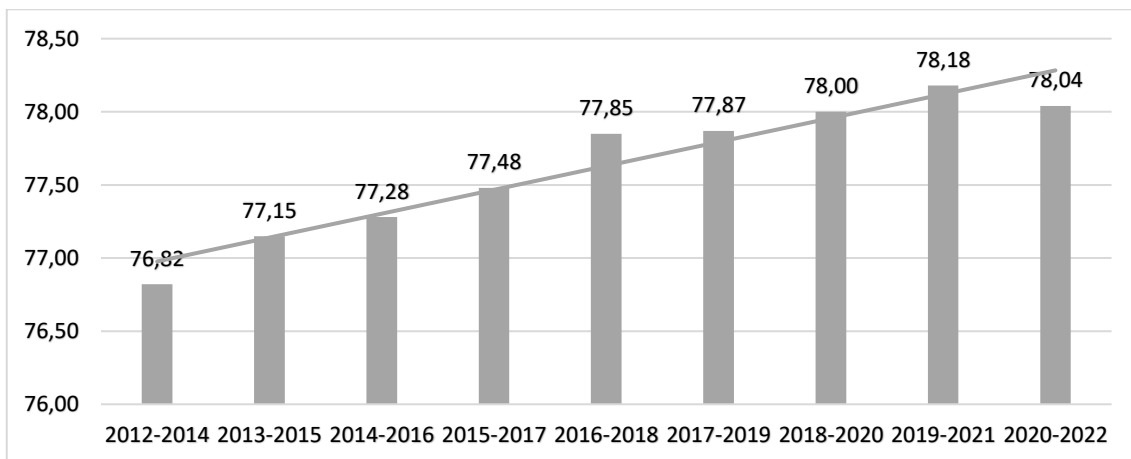


Gráfico 2 Evolução da esperança de vida à nascença (anos) na RAA entre 2012 e 2022. Fonte INE

1.2.4. Tabela Resumo

Tabela 4 Evolução da taxa de natalidade (%), taxa de fecundidade geral (%), esperança de vida à nascença (anos) e índice de envelhecimento (nº), em Portugal, RAA e RAM, entre 2014 e 2022. Fonte: INE/SREA

	Taxa de Natalidade (%)		Taxa de Fecundidade Geral (%)		Esperança de Vida à nascença (anos)		Índice de Envelhecimento (nº)	
	2014	2022	2014	2022	2012-2014	2020-2022	2014	2022
Portugal	7,9	8,0	34,3	38,0	80,32	80,96	141,9	185,6
RAA	9,5	8,6	37,6	36,5	76,82	78,04	82,6	117,2
RAM	6,7	6,9	27,1	31,9	77,68	78,77	104,7	165,0

2. Que escolhas fazemos

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

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

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

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

Aspetos essenciais das nossas escolhas

2.1. O Tabaco

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

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

reconhecido que o tabaco é um fator que contribui para a pobreza e desigualdades em Saúde entre diferentes géneros e grupos sociais.

2.1.1. Prevalência do Consumo de Tabaco

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

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

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

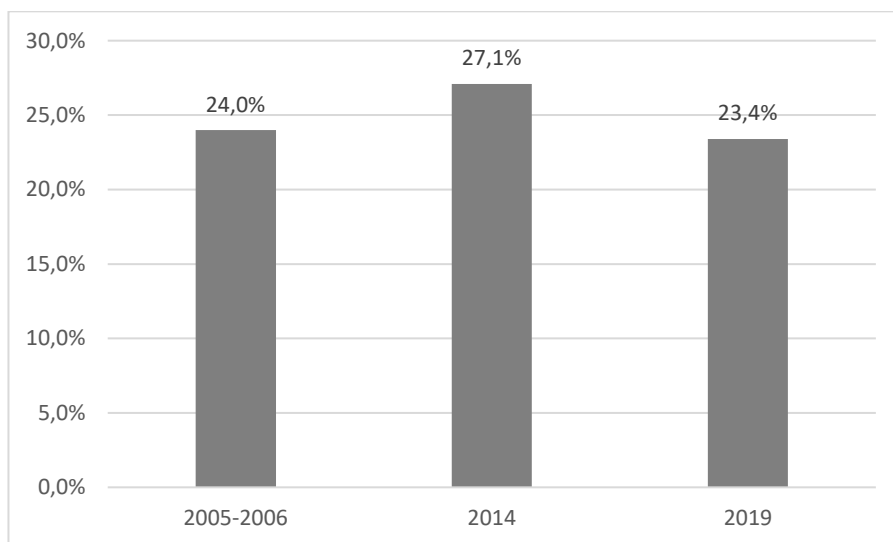


Gráfico 3 Evolução da prevalência de fumadores (%) com 15 ou mais anos de ambos os sexos na RAA. Fonte INS

2.1.2. O consumo de tabaco nos jovens

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

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

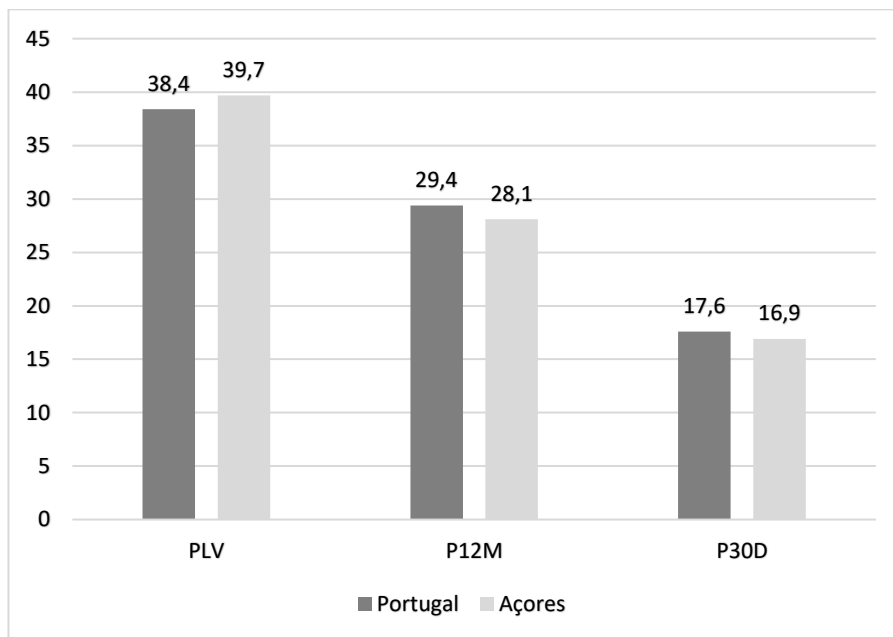


Gráfico 4 Prevalência de consumo de tabaco nos adolescentes entre os 13 e 18 anos em Portugal e na RAA no ano de 2019. Fonte: ECATD-CAD 2019

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

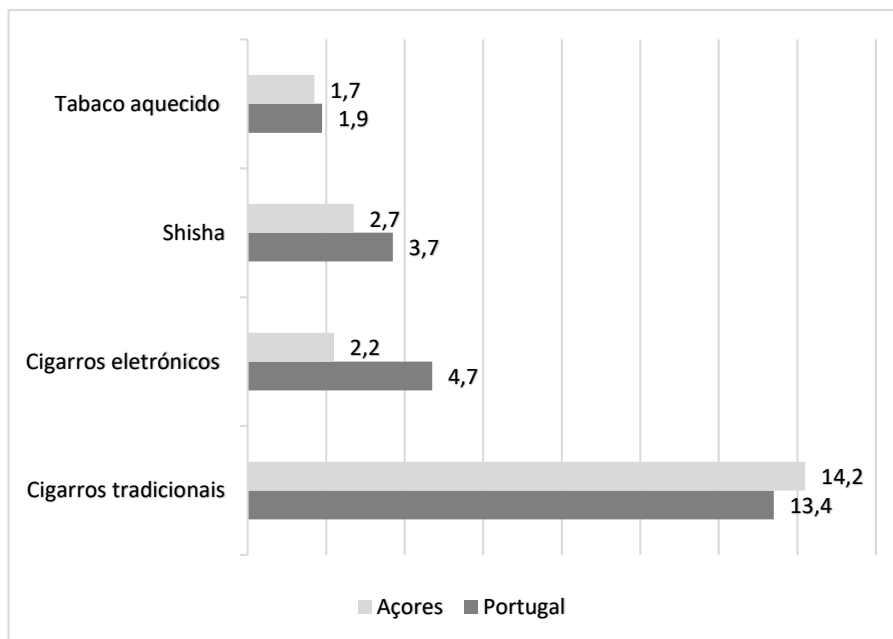


Gráfico 5 Tipo de consumo de tabaco na adolescência em Portugal e na RAA no ano de 2019. Fonte: ECATD-CAD 2019

2.2. O álcool

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

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

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

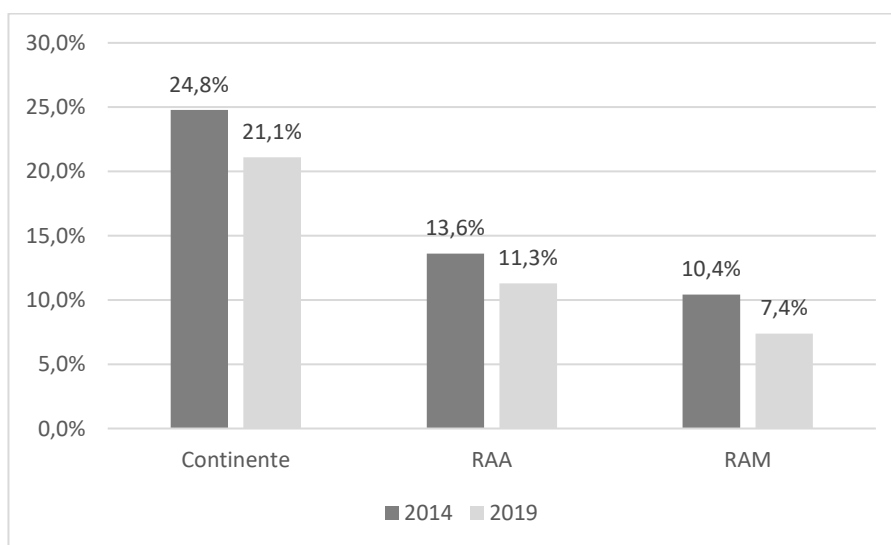


Gráfico 6 Percentagem da população que referiu consumo diário de álcool nos 12 meses anteriores, em Portugal continental, RAA e RAM nos inquéritos nacionais de saúde de 2014 e 2019. Fonte INS

2.2.2. O consumo de álcool nos jovens

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

Destaca-se ainda o seguinte:

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

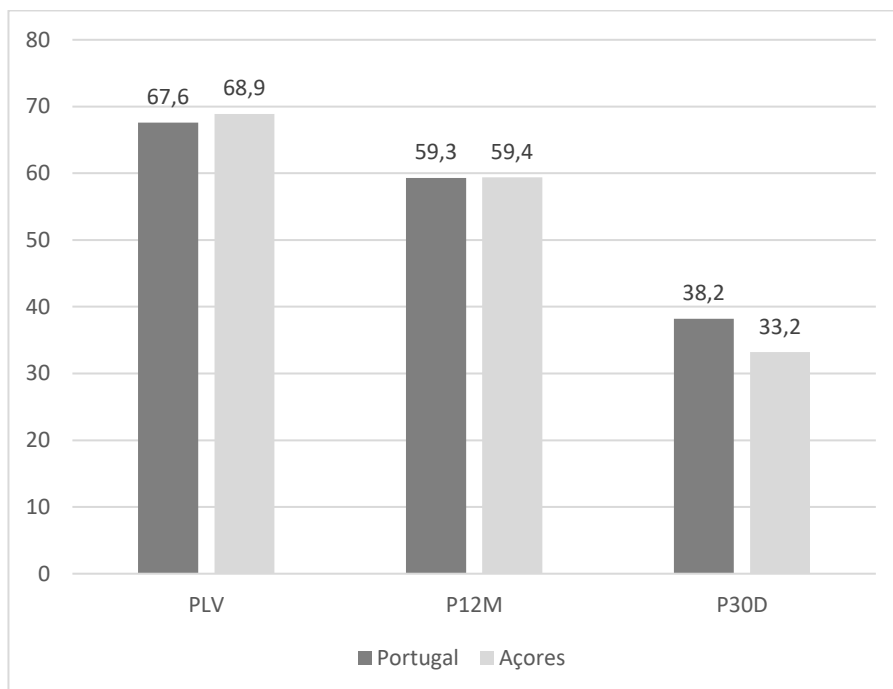


Gráfico 7 Prevalência de consumo de álcool nos adolescentes entre os 13 e 18 anos em Portugal e na RAA no ano de 2019. Fonte: ECATD 2019

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

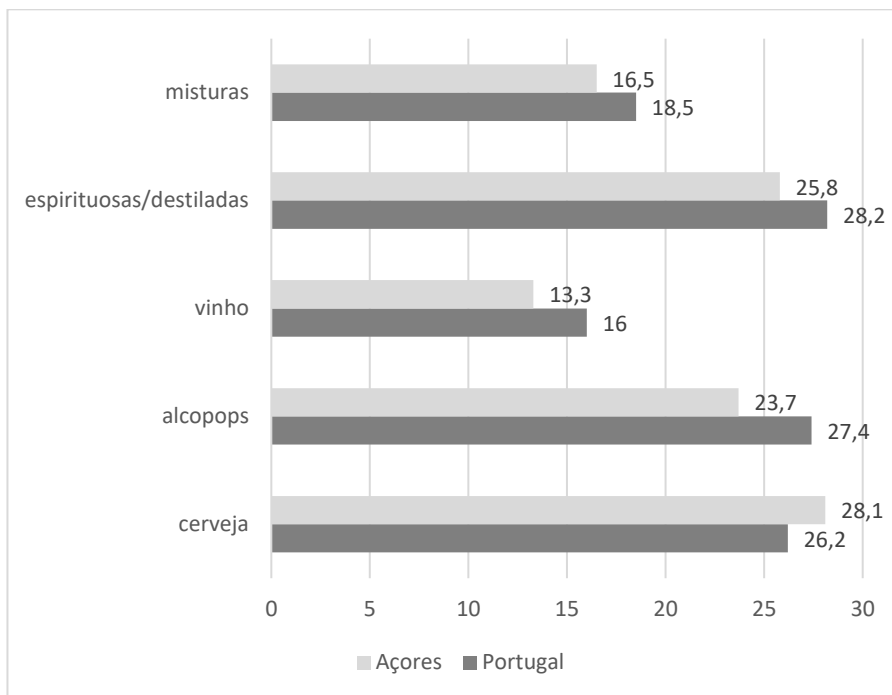


Gráfico 8 Tipo de consumo de álcool na adolescência em Portugal e na RAA no ano de 2019. Fonte: ECATD 2019

2.3. O consumo de drogas ilícitas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1. Experiência e consumos por ilhas

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

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

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

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

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

2.4. Alimentação

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

2.4.1. O que comem os açorianos

O que é a alimentação saudável?

De

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

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

2.5. Atividade Física

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

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

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

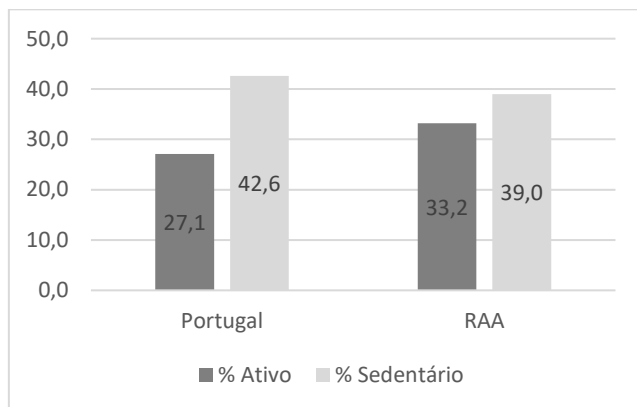


Gráfico 9 Prevalência de níveis de atividade física “ativo” e “sedentário”, ponderados para a população portuguesa e da RAA.
Fonte: IAN-AF 2015-2016

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

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

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

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

Sumos naturais, feitos a partir de fruta fresca			
2019	Continente	HM	11,9
2014	Continente	HM	9,9
2019	RAA	HM	16,1
2014	RAA	HM	13,8

3. Que saúde temos

3.1. Mortalidade

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

3.1.1. Taxa Bruta de Mortalidade

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

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

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

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

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

3.1.2. Taxa bruta de mortalidade em idade prematura

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

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

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

3.1.3. Causas de morte

Analisando a distribuição dos óbitos pelas principais causas de morte, em 2021, constata-se que a maior proporção de óbitos, para todas as idades, ocorreu devido aos tumores (28,8%) e às doenças do aparelho circulatório (27,3%), seguindo-se as doenças do aparelho respiratório (9,6%).

Os óbitos por tumores (45,4%), doenças do aparelho circulatório (18,9%) e causas externas de lesão e envenenamento (10,7%) constituíram em 2021 as maiores causas de óbitos prematuros < 70 anos, nos Açores.

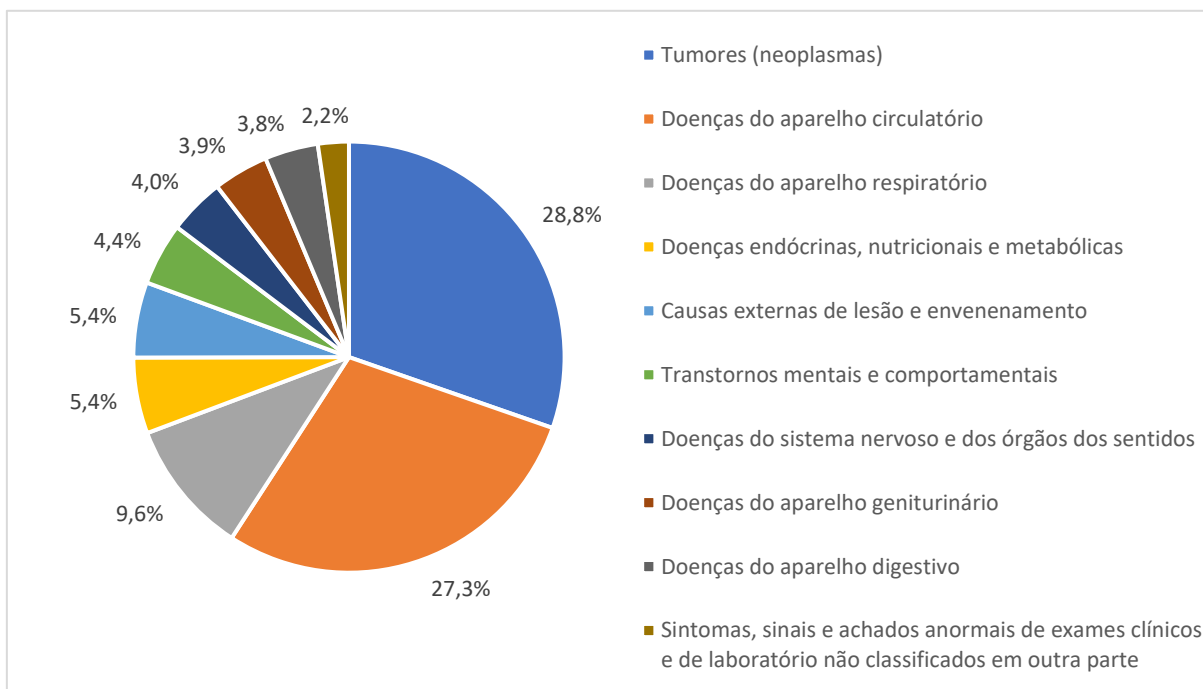


Gráfico 10 Proporção de óbitos para todas as idades distribuídos pelas dez primeiras causas de morte na RAA em 2021. Fonte: INE

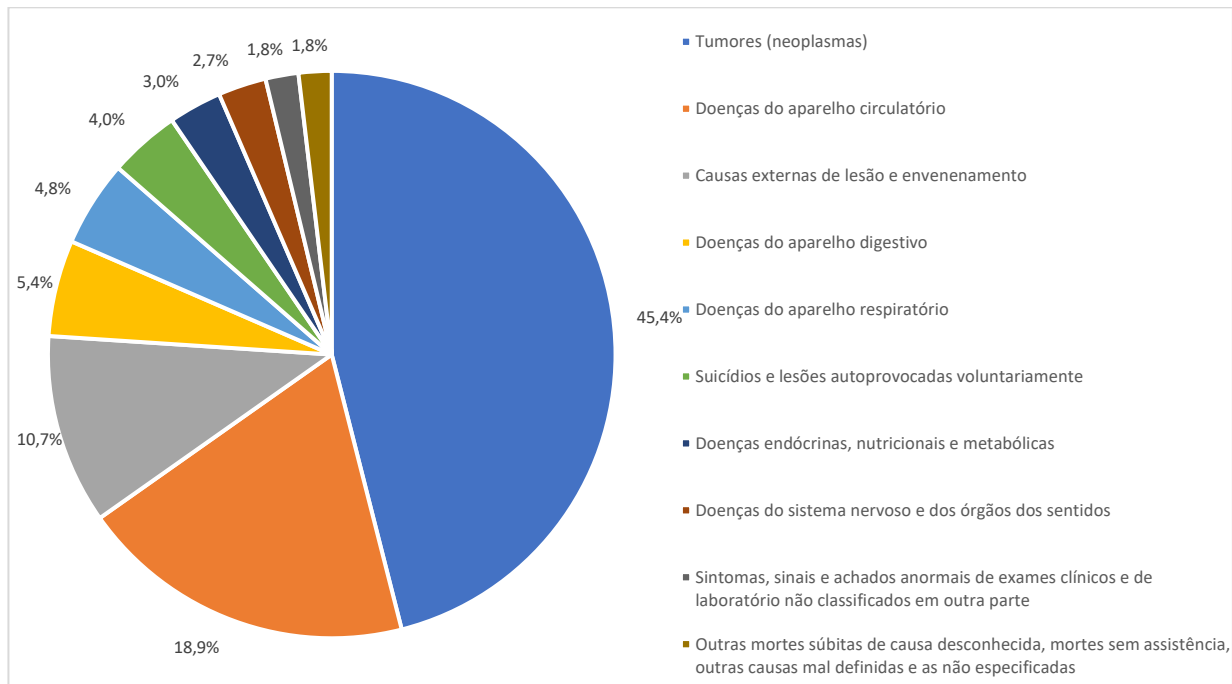


Gráfico 11 Proporção de óbitos prematuros (<70 anos) distribuídos pelas dez primeiras causas de morte na RAA em 2021. Fonte: INE

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

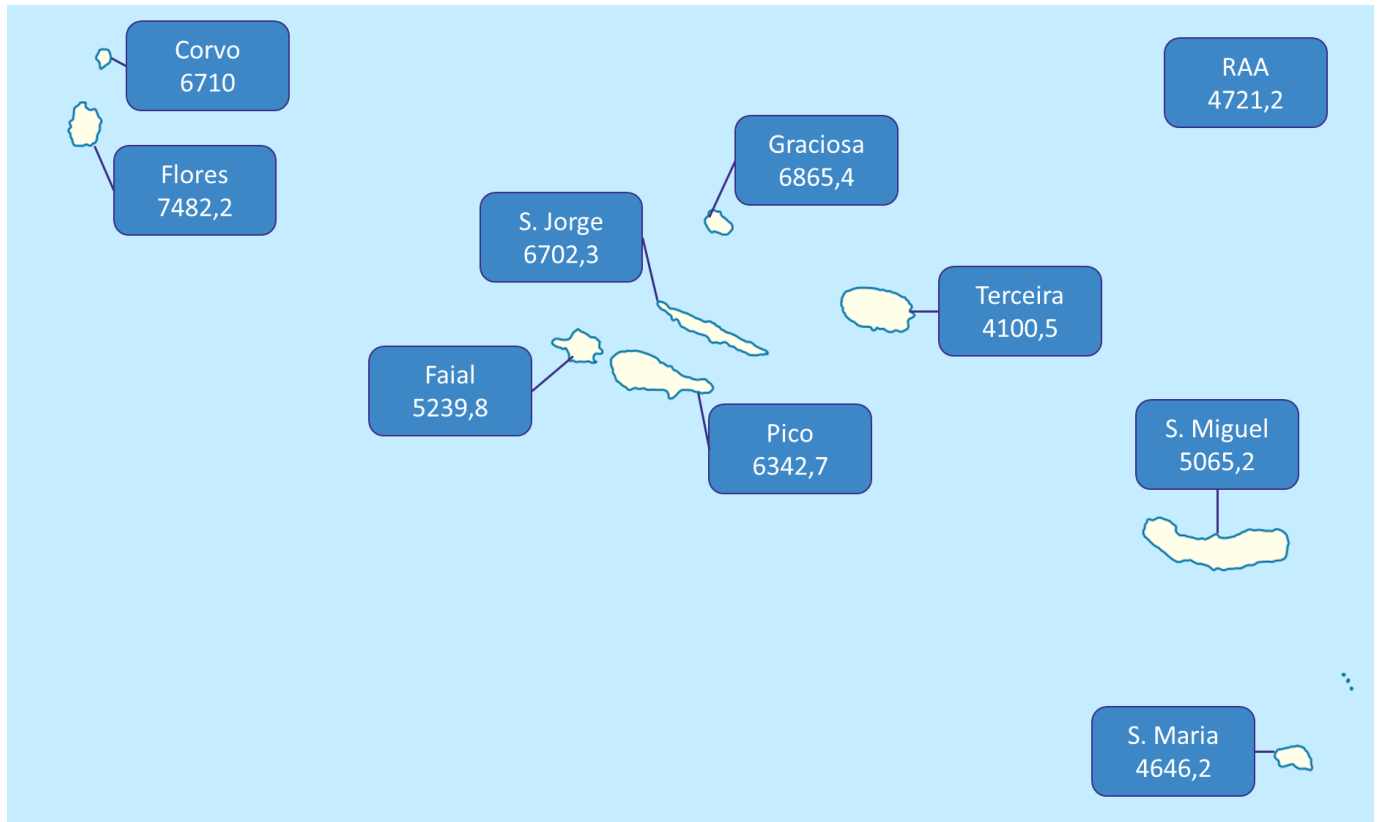


Figura 2 Taxa bruta de mortalidade quinquenal (por 100.000 hab.) 2015-2019 por ilha. Fonte INE

Causas Morte	RAA			S. Miguel			Terceira			Faial			Pico			S. Jorge			S. Maria			Graciosa			Flores		
	n.º óbitos	Taxa bruta	Rank	n.º óbitos	Taxa bruta	Rank	n.º óbitos	Taxa bruta	Rank	n.º óbitos	Taxa bruta	Rank	n.º óbitos	Taxa bruta	Rank	n.º óbitos	Taxa bruta	Rank	n.º óbitos	Taxa bruta	Rank	n.º óbitos	Taxa bruta	Rank	n.º óbitos	Taxa bruta	Rank
Doenças cérebro-vasculares	183	484,6	1	642	466,3	1	279	50,18	1	80	545,8	1	80	581,9	1	50	594,2	2	6	106,4	10	18	421,7	3	2	54,6	8
Doenças isquémicas do coração	990	405,6	2	488	354,5	2	254	456,9	2	65	443,5	2	65	276,4	4	52	617,9	1	14	248,3	4	31	726,3	1	10	273,1	5
Tumor maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões	694	284,3	3	329	239,0	3	204	366,9	3	48	327,5	3	48	218,2	6	26	309,0	5	17	301,5	3	13	304,6	6	6	163,8	7
Outras doenças cardíacas	665	272,4	4	271	186,9	5	146	262,6	4	40	272,9	5	60	436,4	2	44	522,9	4	42	744,8	1	29	679,5	2	11	300,4	4
Diabetes mellitus	618	253,2	5	286	207,8	4	135	242,8	6	28	1910	9	46	334,6	3	46	546,6	3	26	461,1	2	9	210,9	8	13	355,0	2
Causas externas de lesão e envenenamento	524	214,7	6	271	186,9	6	111	199,7	8	33	225,1	7	36	261,9	5	23	273,3	6	7	124,1	7	11	257,7	7	7	191,2	6
Pneumonia	507	207,7	7	238	172,9	8	139	250,0	5	37	252,4	6	19	138,2	9	13	154,5	8	9	159,6	5	1	23,4	20	12	327,7	3
Doenças crónicas das vias aéreas inferiores	502	205,6	8	269	185,4	7	100	179,9	9	32	218,3	8	26	189,1	7	10	118,8	9	0	0,0	n/a	14	328,0	5	14	382,3	1
Transtornos mentais e comportamentais	422	172,9	9	185	134,4	9	115	206,9	7	41	279,7	4	22	160,0	8	3	35,7	17	7	124,1	8	17	398,3	4	0	0,0	n/a
Acidentes	280	114,7	10	143	103,9	10	59	106,1	10	15	102,3	13	16	116,4	11	14	166,4	7	3	53,2	14	8	187,4	9	2	54,6	9

Tabela 1.4 Distribuição do n.º de óbitos e Taxa bruta de mortalidade quinzenal (por 100.000 hab.) pelas principais causas de morte e ilha 2015-2019. Fonte INE

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

3.1.4. Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)

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

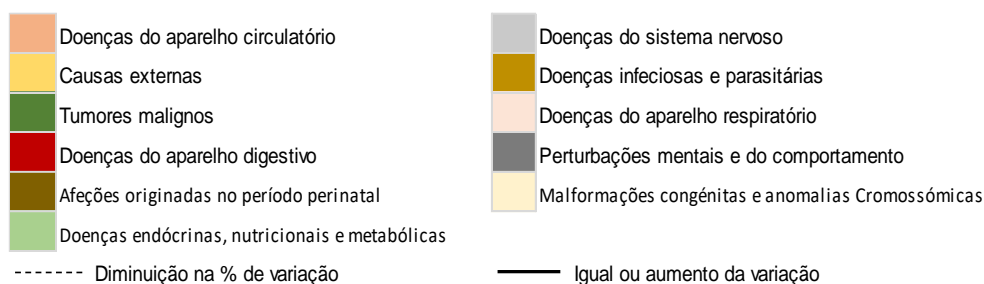


Figura 3 Evolução da taxa padronizada de APVP por 100.000 hab. por causa de morte na RAA entre 2018 e 2019.

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

3.1.5. Mortalidade Infantil e Mortalidade Perinatal

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

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

Tabela 14 Evolução das taxas de mortalidade infantil e perinatal em Portugal e na RAA entre 2014 e 2022. Fonte INE

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

3.2. Morbilidade

3.2.1. As Doenças Crónicas

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

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

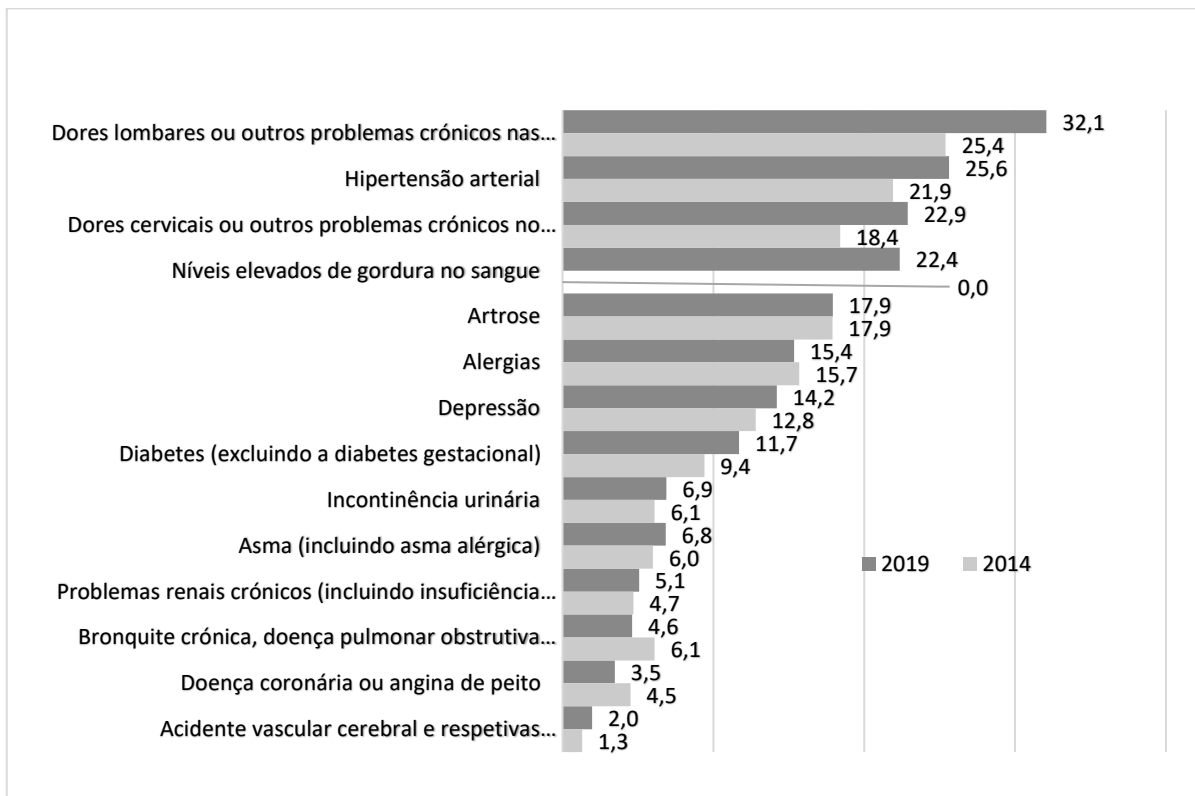


Gráfico 12 Evolução da proporção da população residente com 15 e mais anos de idade (%) que reporta ter doença crónica, por tipo de doença crónica na RAA entre 2014 e 2019. Fonte INS

3.2.2. A Obesidade

Crianças entre os 6 e 8 anos

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

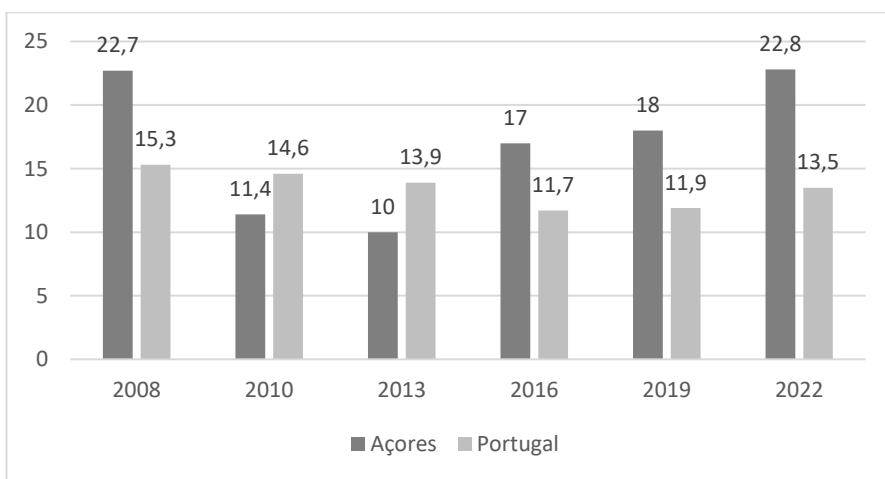


Gráfico 13 Evolução da proporção de crianças entre os 6 e os 8 anos com obesidade, na RAA e em Portugal, entre 2008 e 2022. Fonte: COSI

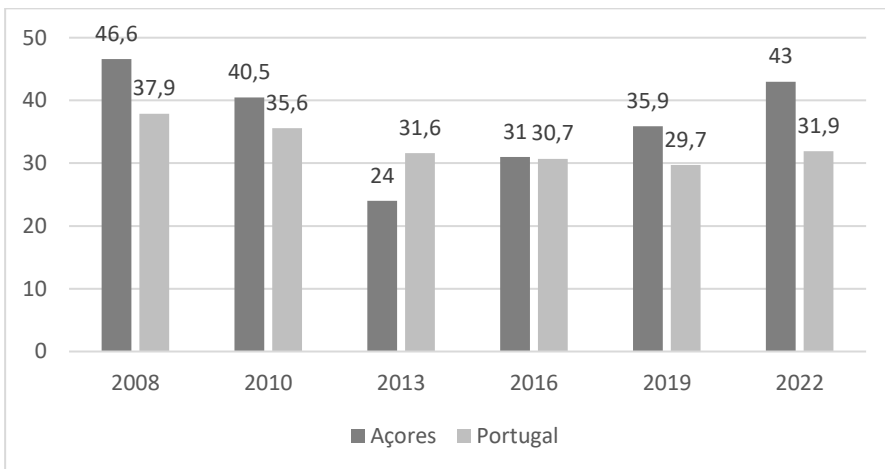


Gráfico 14 Evolução da proporção de crianças entre os 6 e os 8 anos com excesso de peso, na RAA e em Portugal, entre 2008 e 2022. Fonte: COSI

População adulta

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

Tabela 15 Proporção estimada de indivíduos com excesso de peso e obesidade em Portugal e na RAA no ano de 2015. Fonte: INSEF 2015

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

3.3. Previsão do risco de necessidade de cuidados

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

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

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

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

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

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

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

Condicionantes na leitura das metas

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

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

As metas

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

Os indicadores de metas

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

Apesar de, nos Açores, existirem quatro programas ativos de rastreio oncológico, todos com taxas de cobertura geográfica a 100%: o Rastreio Organizado ao Cancro da Mama nos Açores (ROCMA); o Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero nos Açores (ROCCA); o Rastreio Organizado do Cancro do Colón e Reto nos Açores (ROCCRA) e o Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores (PICCOA), em termos de metas a atingir no ano 2020, os APVP por tumor maligno do colo do útero (100 000 mulheres) e cólon, reto e ânus ficaram aquém do preconizado, ou seja, - 56,2 e - 23,6. Ficaram igualmente abaixo da meta prevista os acidentes de transporte (- 54,4), os APVP por doença crónica do fígado (-10,1), tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (-186,0) e por doença cerebrovascular (- 10,6).

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

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

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

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

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

Do grupo de indicadores do ES-SD (subgrupo mortalidade) constam a mortalidade perinatal e infantil, considerados indicadores de qualidade de vida, assistência e grau de desenvolvimento da população, sendo que relativamente a ambas, olhando aos valores obtidos em 2020, as metas propostas ficaram aquém do previsto. No caso da mortalidade perinatal, cuja evolução positiva se vinha registando desde 2001 até 2016 (8,6 vs. 3,1) assistiu-se, posteriormente a uma evolução negativa com o pior valor a ser registado em 2018 (8,8). Não obstante, a sua diminuição posterior, em 2019 (3,7); 2020 (4,7) ficou-se aquém da meta (3,9).

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

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

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

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

Pelo facto de o SICAD ter decidido descontinuar o “Inquérito Nacional em Meio Escolar” – que se realizava no Continente e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, em amostras representativas dos alunos do 3.º ciclo e do ensino secundário, foi tomada a decisão de realizar o estudo ESPAD/ECTAD_CAD/2019, colmatando a falta de um estudo desde 2011, com a participação das regiões autónomas, sendo os dados deste estudo representativos por idade e para os dois grupos de escolaridade (3º ciclo e secundário), os considerados nesse ano para efeitos da leitura das metas. Deste modo, e partindo da prevalência dos consumos ao longo da vida (PLV), que corresponde aos consumidores ocasionais e diários, verifica-se a condicionante de ter de considerar-se a meta para o conjunto dos alunos escolarizados, com vista a possibilitar a sua leitura relativamente à apresentação das prevalências em 2019.

Assim, a PLV de consumo de tabaco nos adolescentes escolarizados (3º ciclo e secundário) apontava para 39,7%, o que considerada a meta para 2020, 31,0%, representa um desvio de 8,7 pontos percentuais.

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

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

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

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

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

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

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

A Tabela 16 apresenta a leitura sumária quantitativa dos indicadores de Saúde definidos no PRS 2014-2016 - Extensão 2020.

Tabela 16 Resumo dos indicadores do PRS 2014-2016 - Extensão 2020 e seu cumprimento

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

5. Bibliografia

- Adams, E. K., Bronstein, J. M., & Raskind-Hood, C. (2002). Adjusted clinical groups: predictive accuracy for Medicaid enrollees in three states. *Health care financing review*, 24(1), 43–61.
- Assembleia Legislativa da Região; Decreto Legislativo Regional nº 16/2008/A de 12 de junho (2008). Rede de Cuidados Continuados Integrados da RAA.
- Barrenho, E., Haywood, P., Kendir, C., & Klazinga, N. S. (2022). International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure. *OECD Health Working Papers*, 142, 1–78.
- Butte N. F. (2001). The role of breastfeeding in obesity. *Pediatric clinics of North America*, 48(1), 189–198.
- Centro de Oncologia dos Açores Professor Doutor José Conde (2015). Cancro nos Açores – Incidência, Mortalidade e Sobrevivência. Angra do Heroísmo.
- COA (2018). Registo Oncológico dos Açores - 20 anos (1997-2016).
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021 – 2022.
- Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s – Necessidades de Saúde em Portugal: ponto de situação; Seleção de Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável: introdução. Direção-Geral da Saúde.
- Decreto Legislativo Regional n.º 1/2022 (2022). Plano Regional Anual para o ano de 2022.
- Decreto Legislativo Regional n.º 18/2021/A (2021). Plano de Nutrição das Escolas, Alimentação Saudável.
- Decreto Legislativo Regional nº 113/2021/A (2021). Plano Regional Anual 2021.
- Despacho n.º 12761/2021 (2021). Planos Regionais da Saúde para as Demências.
- Despacho n.º 5988/2018 (2018). Estratégia da Saúde na Área das Demências.
- Direção Geral da Saúde (2013). Norma nº 010/2013, de 31 de maio de 2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

- Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020, maio de 2015.
- ECATD-CAD/2019. Elsa Lavado, Vasco Calado, Fernanda Feijão; estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências (alunos dos 13 aos 18 anos de idade).
- Equipa de Investigação - Universidade dos Açores (2019). Relatório Final de Atividades - 1ª parte: Análise Descritiva dos Consumos de Substâncias Psicoativas na RAA.
- Girwar, S. M., Fiocco, M., Sutch, S. P., Numans, M. E., & Bruijnzeels, M. A. (2021). Assessment of the Adjusted Clinical Groups system in Dutch primary care using electronic health records: a retrospective cross-sectional study. *BMC health services research*, 21(1), 217.
- Girwar, S. M., Verloop, J. C., Fiocco, M., Sutch, S. P., Numans, M. E., & Bruijnzeels, M. A. (2022). Identifying complex patients using Adjusted Clinical Groups risk stratification tool. *The American journal of managed care*, 28(4), e140–e145.
- Global Burden of Disease. Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2019. IHME.
- Gröne, O., Garcia-Barbero, M., & WHO European Office for Integrated Health Care Services (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International journal of integrated care*, 1, e21.
- Grover, H., King, W., Bhattarai, N., Moloney, E., Sharp, L., & Fuller, L. (2022). Systematic review of the cost-effectiveness of screening for lung cancer with low dose computed tomography. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 170, 20–33.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Lisboa: INE, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P (2019). Inquérito Nacional de Saúde 2019.
- Lopes, C. et al. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório). Universidade do Porto.

- Marta, B. et al. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. INSA, IP: Lisboa.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais Saúde para todos. - Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2 vols.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267.
- Observatório dos Sistemas de Saúde (OSS) (2012). Relatório de Primavera 2012; Crise & Saúde, Um País em Sofrimento.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). Relatório de Primavera – As duas faces da Saúde. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021). 20 anos de Relatórios de Primavera, junho de 2021.
- Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s – Necessidades de Saúde em Portugal: ponto de situação; Seleção de Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável: Direção-Geral da Saúde, 2021.
- Portaria Nº 59/2021 da Assembleia Legislativa Regional (2021). Saúde mental dos jovens.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2016). Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde | Resenha dos Planos de Saúde: Nacional, Regionais, Locais - Edição 2016.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para promoção da alimentação saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para a promoção da atividade física. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2020). Literacia em Saúde e a COVID, Plano, prática e desafios; Health Literacy and COVID-19 in Portugal: Plan, Practice and Challenges, Lisboa.

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

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

- Sicras-Mainar, A., Serrat-Tarrés, J., Navarro-Artieda, R., Llausí-Sellés, R., Ruano-Ruano, I., & González-Ares, J. A. (2007). Adjusted Clinical Groups use as a measure of the referrals efficiency from primary care to specialized in Spain. *European journal of public health*, 17(6), 657–663.
- SNS/DGS (2020). REACT – COVID 2020: comparação com estudos nacionais anteriores (Versão retificada).
- SNS/DGS (2021). REACT – COVID – Inquérito sobre Alimentação e Atividade Física em Contexto de Contenção Social (Versão 2.0; outubro 2021).
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & European, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- SReS & INSA, I.P. (2015). Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados. Direção Regional da Saúde.
- SRES/DRS (2018). Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável 2018-2020.
- SRSSS/DRS, Plano regional para a redução de comportamentos aditivos e dependências (PRRCAD), 2021-2024
- SRSSS/DRS/INSA (2014). InRes Açores; Resultados Preliminares 2014, agosto de 2014.
- WHO-Europe (2008). Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. Disponível em <http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2021). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance]. ISBN 978-65-00-15021-6 (versão digital) ISBN 978-65-00-15064-3 (versão impressa).
- World Health Organization, W. H., Finland. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, F. M. of S. A. and, & Global Conference on Health Promotion (8th : 2013 : Helsinki, F. (2014). Health in all policies : Helsinki statement, framework for country action : the 8th Global Conference on Health Promotion.
- World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf

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



Plano Regional
de Saúde **Açores**

Plano Regional de Saúde 2030

Parte II – Modelo conceptual, estratégias,
indicadores, monitorização e mecanismos de
suporte ao PRS 2030

Índice

Índice de figuras

Índice de tabelas

Lista de siglas e abreviaturas

1. Modelo Conceptual do PRS 2030

2. Estratégias prioritárias

2.1. Estratégia Regional de Prevenção e Combate ao Tabagismo

2.2. Estratégia Regional de Promoção da Alimentação Saudável

2.3. Estratégia Regional de Promoção da Literacia em Saúde

2.4. Estratégia Regional de Saúde Escolar

2.5. Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas

2.6. Estratégia Regional para a Saúde Mental

2.7. Estratégia Regional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências

2.8. Estratégia Regional para a Promoção da Integração de Cuidados

2.9. Estratégia Regional para Acompanhamento e Melhoria da Mortalidade Infantil

2.10. Estratégia Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis

2.11. Estratégia de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

3. Indicadores e Metas do PRS 2030

3.1. Indicadores de monitorização

3.1.1. Indicadores globais do estado de Saúde

3.1.2. Indicadores específicos das estratégias identificadas

4. Monitorização do PRS 2030

4.1. Plataforma de acompanhamento

4.2. Avaliações intercalares

4.3. Avaliação final

5. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no PRS 2030

6. Mecanismos de suporte ao PRS 2030

6.1. Modelo de governação

6.2. As Estratégias Locais de Saúde

6.3. Parcerias intersectoriais e interdepartamentais

6.4. Comunicação

6.5. Plano de Formação

6.6. Melhoria da Informação e partilha do conhecimento

6.7. Participação nos Fórum Nacionais (PNS)

6.8. Integração da RAA em estudos nacionais e elaboração de estudos específicos

6.9. Divulgação de boas práticas e orientações para as unidades de saúde, no âmbito do PRS

7. Bibliografia

Índice de figuras

Figura 1 Modelo conceptual do PRS 2030 inspirado na Myosotis marítima

Figura 2: Organigrama do modelo de governação do PRS 2030

Índice de tabelas

Tabela 1 Principais estratégias propostas pelo PRS 2030 distribuídas pelas dimensões do modelo conceptual.

Tabela 2 Resultados anteriores e metas 2030 dos indicadores de estado de Saúde – Ganhos em Saúde

Tabela 3 Resultados anteriores e metas 2030 dos indicadores de qualidade e efetividade

Tabela 4 Metas 2030 dos Indicadores de determinantes de Saúde/ fatores de risco/ comportamentos

Tabela 5 Resultados anteriores e metas 2030 dos indicadores específicos de cada estratégia identificada

Lista de siglas e abreviaturas

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos

COA - Centro de Oncologia dos Açores

COSI - European Childhood Obesity Surveillance Initiative

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNT - Doenças não transmissíveis

DRS - Direção Regional da Saúde

EBS - Ensino Básico e Secundário

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

EGS - Exame Global de Saúde

ELS - Estratégias Locais de Saúde

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

HLS - Health Literacy Survey

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

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização da Nações Unidas

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

PLS - Plano Local de Saúde

PLV - Prevalência dos Consumos ao longo da vida

PNS - Plano Nacional de Saúde

PRS 2030 - Plano Regional de Saúde 2030

RAA - Região Autónoma dos Açores

RAM - Região Autónoma da Madeira

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

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

ROCMA - Rastreio Organizado ao Cancro da Mama nos Açores

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SISA - Sistema de Informação em Saúde dos Açores

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores

SRS - Serviço Regional de Saúde

SRSSS - Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social

TBM - Taxa Bruta de Mortalidade

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

US - Unidade de Saúde

USI - Unidade de Saúde de Ilha

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

1. Modelo Conceptual do PRS 2030

O modelo conceptual do Plano Regional de Saúde 2030 (PRS 2030) é inspirado na *Myosotis marítima*, planta endémica dos Açores encontrada nas rochas e falésias marítimas das nossas ilhas.

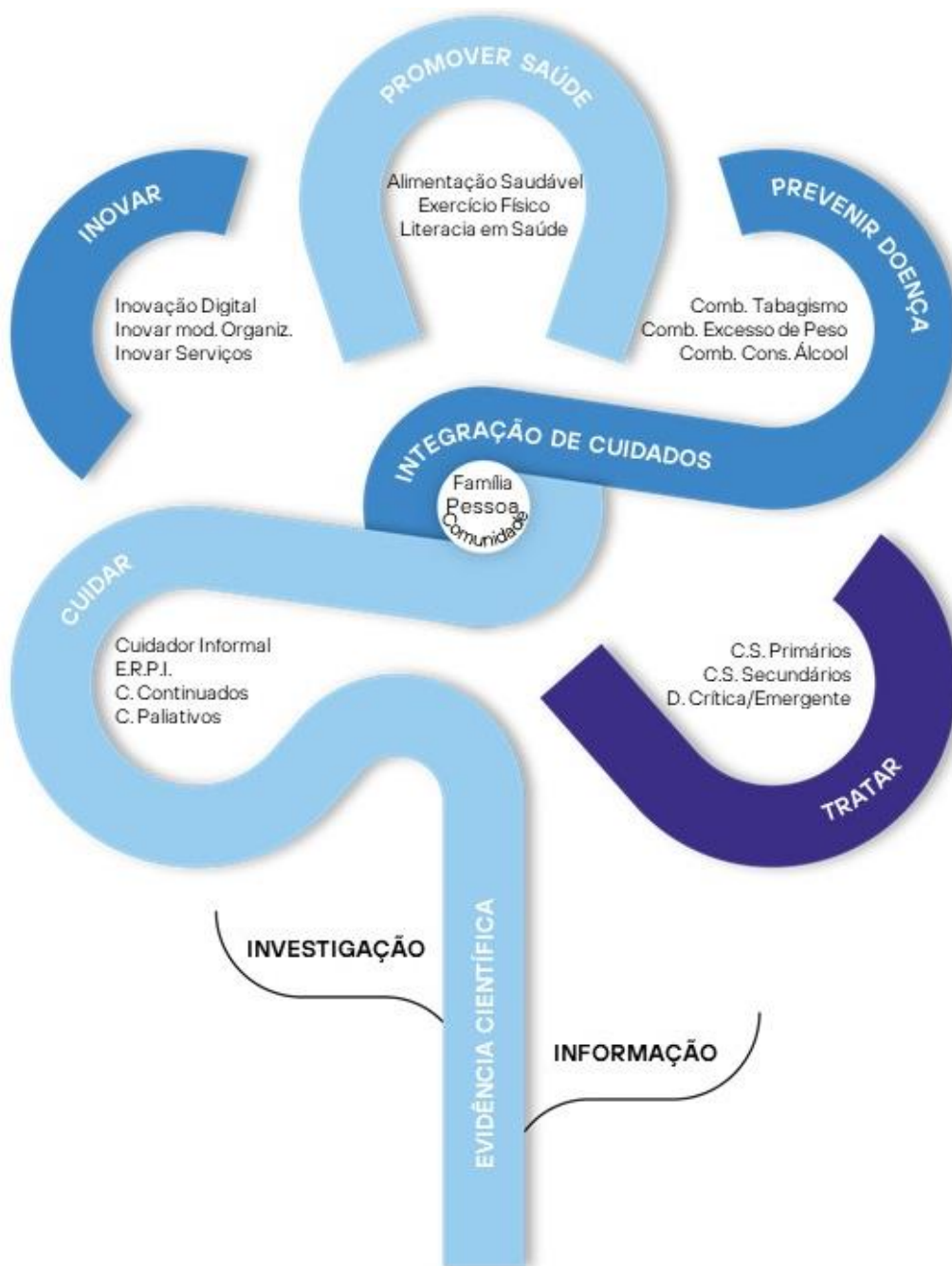


Figura 1 Modelo conceptual do PRS 2030 inspirado na *Myosotis marítima*

No centro está a pessoa, a família e a comunidade. Pretende-se que todo o planeamento e ação se foque nesta tríade e nas suas necessidades concretas. Daí decorre que o primeiro passo para a melhoria da Saúde dos açorianos é a identificação das necessidades concretas de cada pessoa. Apenas com esta identificação poderá planear-se adequadamente o que lhe oferecer, satisfazendo as suas necessidades com uma utilização eficiente e eficaz dos recursos. Para isso é importante perguntar “O que importa para si?” e não “O que se passa consigo?”. É também importante que as necessidades desta tríade central sejam o foco de atenção, não só do sector da Saúde, mas também de toda a sociedade, na perspetiva de que a Saúde depende de uma complexa interação de fatores.

A camada imediatamente seguinte é da integração de cuidados. Na atual complexidade dos sistemas de Saúde e das circunstâncias individuais de Saúde/doença, também elas cada vez mais complexas, é imperioso atuar de forma integrada entre todos os intervenientes, permitindo um *continuum* de cuidados, no qual o utente se sinta orientado, seguro e confiante de que todo o sistema trabalha e se organiza em torno das suas necessidades. Para o sistema de Saúde a integração de cuidados permite que cada profissional se sinta valorizado e integrado numa cadeia de valor, da qual resultam melhores cuidados de Saúde. É possível obter ganhos de eficiência ao eliminar duplicações ou intervenções desnecessárias. É também possível aumentar a segurança da prestação de cuidados pela integração da informação, permitindo decisões mais informadas e apoiadas.

As cinco pétalas da flor são cinco dimensões fundamentais à melhoria da Saúde de uma população. Em primeiro lugar a **Promoção da Saúde**. É a estratégia primordial e basilar, permitindo que se evite a instalação de situações de doença, através de ambientes saudáveis e promotores de comportamentos protetores da Saúde. Segue-se a **Prevenção da Doença**, domínio onde predomina o combate a comportamentos ligados a fatores de risco e a promoção de ações de prevenção como o diagnóstico precoce ou a vacinação. Uma vez instalada a doença é necessária uma estrutura capaz para o seu tratamento atempado, acessível, efetivo, eficiente e eficaz, retratado na pétala **Tratar**. Nesta dimensão são necessárias estratégias para a melhoria contínua dos cuidados desde as situações mais simples às mais complexas, das emergentes às crónicas. Quando as situações se tornam irreversíveis ganha preponderância a quarta pétala, **Cuidar**. Neste âmbito, serão propostas estratégias para reforço da capacidade coletiva de cuidar das situações não modificáveis, seja na comunidade, através dos cuidadores informais ou estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), ou em estruturas diferenciadas de cuidados continuados ou paliativos. A última, mas não menos importante, é a pétala **Inovar**. Em todas as restantes dimensões do modelo conceptual é importante inovar. Desde logo,

através da ciência e da tecnologia que abrem novas possibilidades cada vez mais rapidamente, mas também através da inovação dos modelos organizativos e dos serviços disponibilizados pelos vários intervenientes da sociedade. Toda a flor é sustentada pela evidência científica, que serve de informação e suporte à decisão e intervenção. São folhas da planta a Investigação e Informação, pois estas dimensões fornecem o alimento necessário para que as restantes dimensões floresçam. Sem utilização da informação e investigação ao serviço das restantes dimensões o seu desenvolvimento será atrofico ou mal guiado.

Na Tabela 1 estão agrupadas as estratégias propostas para cada uma das dimensões identificadas no modelo conceptual. Na secção seguinte serão operacionalizadas as estratégias prioritárias por programa de ação.

Tabela 1 Principais estratégias propostas pelo PRS 2030 distribuídas pelas dimensões do modelo conceptual.

Dimensão	Estratégias propostas
<u>Integração de Cuidados</u>	<ul style="list-style-type: none">- Promoção da abordagem integrada da carga de doença com utilização de modelos preditivos do risco de consumo de cuidados;- Promoção de respostas integradas adequadas à carga de doença individual ou de grupos de indivíduos (p.ex. gestão de caso, gestão de doença, hospitalização domiciliária, internamento virtual);- Reforço do desenvolvimento e implementação dos processos assistenciais integrados para as patologias e problemas de Saúde mais frequentes;- Implementação de um registo de Saúde eletrónico único na Região Autónoma dos Açores (RAA);- Integração do registo de Saúde único da RAA com os registos nacionais e europeus;- Implementação de um sistema único de referenciação entre unidades prestadoras de serviços de Saúde, com possibilidade de monitorização e auditoria para possibilitar a informação transparente dos utentes;- Centralização e gestão integrada dos processos de deslocação de utentes e profissionais de Saúde na RAA, com possibilidade de monitorização e auditoria para possibilitar a informação transparente dos utentes;- Fortalecimento da articulação entre a componente clínica, preventiva e de promoção da Saúde do sistema de Saúde, e com os outros sectores da sociedade, para uma abordagem integrada das problemáticas que afetam a Saúde;

	<ul style="list-style-type: none"> - Redesenho e adequação dos modelos de governança dos cuidados de Saúde primários, hospitalares, paliativos e continuados, no sentido da maior integração, eficiência e sustentabilidade;
<p><u>Promover a Saúde</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de políticas e recomendações que suportem a criação de comunidades e ambientes saudáveis, seguros e sustentáveis, para todas as idades; - Promoção da abordagem intersectorial em todas as políticas, nos diferentes níveis de prevenção; - Dinamização de ambientes promotores de Saúde; - Promoção da literacia em Saúde de toda a população, em todos os contextos; - Reforço de estratégias de comunicação e de <i>marketing</i> social que promovam a opção por políticas saudáveis; - Criação de programas integrados de promoção da Saúde e resposta às necessidades de Saúde, de acordo com o ciclo de vida e contextos; - Promoção do envelhecimento ativo e saudável; - Promoção da Saúde de grupos mais vulneráveis (p. ex. pessoas em situação de vulnerabilidade social ou económica, pessoas com necessidades especiais, pessoas com doenças raras, migrantes, e outras minorias); - Promoção de políticas e recomendações que sustentem o reforço das redes de suporte social e do capital social ao longo da vida; - A promoção de uma cultura de cidadania, de forma a maximizar a autonomia e responsabilidade de cada cidadão em relação à sua Saúde e à Saúde de quem deles depende; - Promoção do respeito pela dignidade humana e pelos direitos humanos, em todas as circunstâncias; - Promoção de políticas de promoção da Saúde global.
<p><u>Prevenir a Doença</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir cobertura total de médico e de enfermeiro de família; - Promoção da vigilância de Saúde ao longo do ciclo vital e em situações específicas (p. ex. vigilância de Saúde infantil e juvenil; na gravidez, parto e puerpério);

	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço da intervenção precoce no controlo de fatores de riscos para as doenças não transmissíveis, como as doenças crónicas e as neoplasias, para as doenças transmissíveis e para os acidentes; - Reforço da deteção precoce de doenças; - Promoção de rastreios de base populacional adequados e de qualidade; - Promoção de políticas e práticas dirigidas aos fatores risco para as doenças crónicas e neoplasias focados na alimentação saudável e segura, prática de atividade física, redução do consumo de tabaco, redução do consumo do álcool e de outras substâncias psicoativas; - Promoção do acesso a consultas de cessação tabágica; - Promoção do acesso a consultas de Nutrição; - Promoção do acesso a consultas de Psicologia; - Promoção de políticas e práticas dirigidas aos fatores risco para as doenças mentais, incluindo a abordagem das situações de vulnerabilidade e adições sem substância; - Promoção de estratégias de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; - Capacitação dos profissionais de Saúde para a mudança de comportamentos; - Promoção da Saúde Oral; - Capacitação da população para o controlo de fatores de riscos evitáveis e prevenção e gestão da situação de doença; - Promoção da vacinação da população, no que respeita às vacinas do Plano Regional de Vacinação ou às incluídas em estratégias complementares de vacinação (por exemplo, as campanhas de vacinação sazonal contra a gripe e contra a COVID-19); - Promoção de políticas e práticas dirigidas à prevenção de eventos causadores de lesões e envenenamentos, incluindo os riscos ocupacionais e o suicídio, ao longo da vida. - Desenvolvimento de planos de ação integrados em caso de emergências de Saúde Pública;
<p><u>Tratar</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento da resposta ao nível de cuidados de Saúde diferenciados, incluindo meios complementares de diagnóstico e terapêutica, consultas,

	<p>cirurgias, em especial da cirurgia de ambulatório orientadas pelas prioridades estabelecidas neste plano;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimento/manutenção competências técnicas determinantes para a efetividade e eficácia dos cuidados de Saúde necessários para suprir as necessidades de Saúde identificadas neste plano; - Reforço das Vias Verdes estabelecidas para garantia da melhor resposta a emergências; - Incremento da resposta dos serviços de hospital de dia e hospitalização domiciliária; - Melhoria da acessibilidade atempado a cuidados diferenciados em situações emergentes e de doença crítica, nomeadamente nas ilhas sem hospital; - Capacitação de equipas profissionais de Saúde e para a prontidão, coordenação e resposta a emergências de Saúde pública e outras situações de exceção/catástrofes;
<p><u>Cuidar</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do papel do cuidador informal e sua capacitação, em articulação com o sector social; - Incremento da resposta ao nível dos serviços de cuidados continuados integrados, em especial os de longa duração; - Incremento da resposta ao nível de serviços de cuidados paliativos; - Incremento da resposta ao nível dos cuidados de Saúde mental, na perspetiva da sua integração nos cuidados de Saúde global, foco na comunidade e apoio à não institucionalização da pessoa que vive com a doença mental; - Incremento/melhoria da resposta dos cuidados de Saúde às problemáticas associadas ao envelhecimento;
<p><u>Inovar</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento da digitalização da Saúde e do uso de tecnologias de comunicação e informação na prestação de cuidados de Saúde; - Intensificação da teleSaúde, com definição de redes de suporte; - Melhoria do acesso do cidadão à informação e aos serviços de Saúde, incluindo através dos meios digitais; - Capacitação do cidadão e dos <i>stakeholders</i> para o uso dos recursos digitais em Saúde;

	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensionamento das listas de utentes dos núcleos de Saúde familiares, de acordo com o risco de consumo de cuidados; - Ajustamento dos indicadores e dos objetivos de contratualização das unidades de Saúde do Serviço Regional de Saúde (SRS), de acordo com o risco de consumo de cuidados; - Consolidação de parcerias entre os sectores da Saúde, académico e empresarial, no sentido da transposição da inovação para a prática.
<u>Informação</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da tecnologia disponível e dos sistemas de informação afetos à vigilância epidemiológica, à gestão e à prestação de cuidados de Saúde, garantindo a interoperabilidade de sistemas no sistema de Saúde e com outros parceiros; - Reforço da vigilância epidemiológica de doenças; vigilância de determinantes de Saúde e fatores de risco, de vetores e de riscos ambientais; - Reforço dos sistemas de monitorização de alertas de Saúde pública, promovendo a deteção precoce dos eventos; - Reforço do sistema de informação em Saúde dos Açores (SISA), por forma a permitir o suporte à monitorização do SRS na sua globalidade e o apoio à decisão estratégica em Saúde.
<u>Investigação</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinamização do acesso seguro, facilitado e sistemático a dados de Saúde gerados na RAA para fins de investigação; - Promoção da estratégia de investigação e inovação para a especialização inteligente da RAA – RIS3 – área prioritária Saúde; - Dinamização da participação de entidades públicas e empresariais da RAA em consórcios de investigação nacionais e internacionais; - Apoio à realização de investigação clínica nas instituições do SRS; - Capacitação da RAA para o suporte à investigação e à formação em Saúde; - Consolidação de parcerias entre os sectores da Saúde, académico e empresarial, no sentido da transposição da inovação para a prática.
<u>Evidência Científica</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço de implementação das estratégias de promoção da Saúde, baseadas em evidência, considerando a atual identificação de prioridades em Saúde, com revisão e atualização periódica;

	<ul style="list-style-type: none">- Reforço de implementação de estratégias de utilização de tecnologias e intervenções custo-efetivas, baseadas em evidência, com revisão e atualização periódica;- Promoção do acesso a plataformas de apoio à decisão clínica;- Promoção do acesso a plataformas de divulgação de publicações científicas;- Promoção da inclusão de ferramentas de apoio à decisão clínica nos <i>softwares</i> de gestão da prática clínica;- Promoção da capacitação e formação dos profissionais de Saúde da RAA na identificação e interpretação de evidência científica.
<u>Financiamento</u>	<ul style="list-style-type: none">- Requalificação das infraestruturas de prestação de cuidados, nos cuidados de Saúde primários e hospitalares, para responder às necessidades de cuidados atuais, de acordo com as prioridades estratégicas (Apêndice B);- Reforço/melhoria da tecnologia e do equipamento de diagnóstico e tratamento disponível nos cuidados de Saúde primários e hospitalares (para o acesso a diagnóstico mais precoce e tratamento efetivo);- Reforço dos recursos humanos afetos à Saúde, no sentido da garantia da qualidade e segurança, em todos os contextos de prestação de cuidados;- Reforço de medidas de utilização racional dos recursos em Saúde, incluindo medicamentos, tendo como referência análises de custo-efetividade;

2. Estratégias prioritárias

As principais causas de mortalidade precoce e de perda de qualidade de vida são as doenças cérebro-cardiovasculares e os tumores malignos. Sabendo que na génese destas doenças encontram-se vários comportamentos e decisões de estilo de vida é prioritário atuar sobre estes fatores de risco modificáveis, nomeadamente o consumo de tabaco e de álcool e a alimentação. Mais do que garantir importantes ganhos imediatos, é fundamental investir a longo prazo. Por estas razões definem-se como prioritárias as estratégias de prevenção e combate ao tabagismo e a promoção da alimentação saudável. No entanto, as decisões sobre comportamentos e atitudes em Saúde exigem mais do que intervenções na alimentação, tabagismo e álcool, é necessário promover a literacia em Saúde para capacitar cada indivíduo a tomar decisões que protejam a sua Saúde. Considera-se, assim, prioritária a intervenção nestas áreas, através de uma efetiva aposta na literacia em Saúde.

Estas são as três estratégias primordiais do PRS 2030, combate ao tabagismo, promoção da alimentação saudável e promoção da literacia em Saúde. Os principais ganhos em Saúde resultarão do sucesso destas estratégias, não só no horizonte temporal do presente plano, mas para além dele. Representam um claro investimento na promoção da Saúde e prevenção da doença, com o foco na capacitação dos indivíduos, enquanto principais responsáveis pela sua Saúde. Implicam uma consciencialização de toda a sociedade de que a prevenção é mais eficaz do que o tratamento. Pela sua importância e complexidade estas estratégias serão operacionalizadas em maior detalhe técnico e de implementação em Programas regionais próprios.

2.1. Estratégia Regional de Prevenção e Combate ao Tabagismo

O tabagismo é o mais importante fator de risco modificável para as doenças cérebro-cardiovasculares e para grande percentagem dos cancros mais incidentes nos Açores.

Não existem estudos sobre o impacto económico do tabagismo no contexto açoriano. No entanto, com base em vários estudos internacionais, estima-se um impacto na ordem dos 3% do Produto Interno Bruto regional (cerca de 135 M€). Incluem-se nesta estimativa várias dimensões, nomeadamente os custos diretos com o tratamento (cerca de 52M€), a perda de produtividade por doenças relacionadas com o tabagismo (cerca de 40M€), a perda de produtividade devida à morte prematura (cerca de 39M€) e ainda, a perda de produtividade devido à morte prematura de fumadores passivos, entre outras.

Esta estratégia assume-se, assim, como a primeira prioridade do PRS 2030.

Esta estratégia será operacionalizada através do Programa Regional de Prevenção e Combate ao Tabagismo.

O objetivo principal será reduzir a prevalência do tabagismo e melhorar a qualidade de vida dos açorianos, proporcionando-lhes recursos e apoio para deixarem de fumar. O programa terá base em evidências científicas atualizadas, melhores práticas internacionais e será adaptado às necessidades e características específicas dos Açores.

Serão estabelecidas metas ambiciosas, a fim de diminuir a taxa de tabagismo na Região. Serão implementadas estratégias de cessação tabágica, que incluem serviços de aconselhamento personalizado e programas de suporte comunitário. Reconhecendo os desafios associados ao abandono do tabagismo é, por isso, necessário disponibilizar um conjunto abrangente de recursos e intervenções para auxiliar os fumadores durante esse processo.

Para além disso, o programa enfatizará a importância da sensibilização e da educação pública, visando informar a população sobre os riscos do tabagismo e promover a adoção de um estilo de vida saudável. Será estimulada a participação de escolas, empresas e instituições locais para criar ambientes livres de fumo e encorajar comportamentos saudáveis desde cedo.

A implementação bem-sucedida deste programa requererá a colaboração ativa entre decisores políticos, entidades de Saúde, organizações comunitárias, profissionais de Saúde e a população em geral.

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos ao programa, no âmbito do PRS 2030 serão definidos os indicadores e metas que se apresentam de seguida.

Indicadores e metas:

- Redução da percentagem de fumadores ativos com idade ≥ 15 anos para menos de 10% (objetivo nacional);
- Redução em 35% do consumo global de tabaco;
- Aumentar em 25% a proporção de fumadores que teve pelo menos uma consulta com equipa de intervenção em cessação tabágica.

2.2. Estratégia Regional de Promoção da Alimentação Saudável

Os Açores, como uma região autónoma, possuem uma rica tradição gastronómica e recursos naturais abundantes. No entanto, também enfrentam desafios relacionados com a adoção de práticas alimentares saudáveis. Os dados mais recentes, explanados em maior detalhe na parte II deste documento, identificam um alarmante crescimento da percentagem de crianças entre os 6 e 8 anos com excesso de peso (incluindo obesidade). É também a RAA, a região do país com maior proporção de adultos com excesso de peso. Este cenário é coerente com a elevada mortalidade precoce devido a doenças cérebro-cardiovasculares.

A estratégia será operacionalizada através do Programa Regional de Promoção da Alimentação Saudável.

O objetivo desta estratégia é fornecer orientações, recursos e iniciativas para incentivar a população a adotar escolhas alimentares mais saudáveis, promover estilos de vida ativos e criar ambientes promotores de escolhas saudáveis.

Serão estabelecidos princípios e diretrizes nutricionais baseados em evidências científicas atualizadas e nas recomendações nacionais e internacionais. Pretender-se-á fornecer informações claras e acessíveis sobre os benefícios de uma alimentação equilibrada, assim como orientações práticas para ajudar os açorianos a fazerem escolhas alimentares mais saudáveis no seu dia a dia.

Para além disso, o programa deverá incentivar a promoção de uma agricultura sustentável e local, estimulando a produção e o consumo de alimentos frescos e sazonais nos Açores. Serão estimuladas iniciativas com produtores locais, mercados e iniciativas comunitárias, visando disponibilizar alimentos saudáveis e acessíveis para toda a população.

A educação alimentar será uma prioridade neste programa, em estreita integração com o Programa Regional de Saúde Escolar.

Outro fator protetor com impacto significativo no excesso de peso e obesidade infantil é o aleitamento materno. A promoção do aleitamento materno será também uma estratégia prioritária, desde a preparação para a parentalidade e nas primeiras horas de vida, e também durante o acompanhamento até pelo menos aos 6 meses de vida.

A implementação bem-sucedida deste programa requer a colaboração ativa de entidades de Saúde, instituições governamentais, escolas, profissionais de Saúde, produtores locais e a comunidade em geral. Somente, através de uma abordagem integrada e do trabalho em conjunto, poderemos criar um ambiente favorável à promoção da alimentação saudável nos Açores.

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos ao programa, no âmbito do PRS 2030 serão definidos os indicadores e metas que se apresentam de seguida.

Indicadores e metas:

- Aumentar a percentagem de crianças com aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses para pelo menos 25%;
- Atingir a certificação Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) “Hospital amigo dos Bebés” nos 3 hospitais da RAA;
- Atingir certificação UNICEF “Unidade Amiga dos Bebés” em unidades dos cuidados de saúde primários (CSP) garantindo cobertura de pelo menos 75% das mulheres em idade fértil inscritas nos Centros de Saúde da RAA;
- Redução da percentagem de crianças dos 6 aos 8 anos com excesso de peso (incluindo obesidade) para menos de 30%;
- Aumento da proporção de inscritos nos CSP entre os 18 e 65 anos com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 20 e 25 para mais de 40%.

2.3. Estratégia Regional de Promoção da Literacia em Saúde

A literacia em Saúde é entendida enquanto pilar central da saúde pública, a qual, por definição da OMS, corresponde às “habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e usarem a informação de modo a que promovam e mantenham uma boa saúde”. O investimento na promoção da literacia em Saúde pressupõe uma abordagem global e positiva da Saúde, em que os indivíduos apresentam quatro tipos de competências-chave, designadamente: aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação sobre saúde. Neste sentido, a literacia em Saúde é entendida enquanto um determinante da Saúde, uma forma de impulsionar a equidade em Saúde e uma estratégia de empoderamento.

A evidência tem demonstrado que na promoção da literacia em Saúde reside a resposta para muitos dos desafios com que atualmente os ecossistemas de Saúde se deparam, nomeadamente, as desigualdades ao nível do acesso serviços e cuidados de Saúde, a esperança média de vida, a morbilidade e a mortalidade.

Nesta ótica, deve ser entendida enquanto recurso basilar necessário ao melhoramento do ecossistema da Saúde e à sua sustentabilidade.

A literacia em Saúde, que engloba diversas dimensões e competências, tem levado a um esforço comum para se agir na definição de políticas favoráveis à Saúde. Neste sentido, elaborou-se um Protocolo de Cooperação entre a Secretaria Regional da Saúde e Desporto, a Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) e a Associação Nacional de Emergência, Socorro e Catástrofe (ANESC). Este representa “um acordo para o desenvolvimento de estratégia e intervenções comunitárias e nas organizações, abrangendo indivíduos, grupos e comunidade, ao longo do ciclo de vida, conducentes a uma melhor literacia em Saúde na Região Autónoma dos Açores” e estabelece os seguintes objetivos:

O desenho de uma sociedade com maior literacia em Saúde, mais competências para a tomada de decisão, promovendo, por isso, uma sociedade mais inclusiva e equitativa, com a melhoria de qualidade de vida das pessoas;

A promoção de estratégias, iniciativas e ações que contribuam para a literacia em Saúde individual, organizacional e pública;

Um processo assente em parcerias, na rede colaborativa e no investimento nas pequenas comunidades com ativação de todos os cidadãos.

Face ao exposto, e em linha com o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (PNLSCC), a operacionalização de uma estratégia regional no âmbito da literacia em Saúde operacionalizar-se-á no Programa Regional de Promoção da Literacia em Saúde, assentando nos seguintes eixos estratégicos:

A avaliação inicial e periódica dos níveis e graus de literacia em Saúde da população açoriana;

Em função dos níveis de literacia em Saúde apresentados pela população açoriana, a determinação da população/grupos-alvo de intervenção prioritária;

O desenvolvimento de ações de saúde ao longo do ciclo de vida do indivíduo;

Destacar a importância da navegabilidade e da digitalização do setor da Saúde;

A formação em literacia em Saúde que, numa fase inicial, deverá ser direcionada aos profissionais do SRS e da Direção Regional da Saúde (DRS);

Cumprir com o estipulado no relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) “O Futuro da Educação e Competências 2030”, que nomeia a literacia em Saúde como uma

competência central para o século XXI e uma meta crítica para a educação, convergindo os propósitos do Programa de literacia em Saúde com os propósitos do Programa Regional de Saúde Escolar;

A ativação de parceiros estratégicos e a mobilização social.

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos ao programa, no âmbito do PRS 2030 serão definidos os indicadores e metas que se apresentam de seguida.

Indicadores e metas:

- Determinação, pelo menos, a cada 3 anos do nível de literacia da população açoriana com recurso ao instrumento Health Literacy Survey (HLS) na sua versão portuguesa;
- Melhoria do nível global de literacia em Saúde e das suas componentes mais deficitárias, após identificação pelo HLS.

2.4. Estratégia Regional de Saúde Escolar

A promoção da Saúde em meio escolar é uma oportunidade prioritária para formar cidadãos capazes de fazer escolhas promotoras de estilos de vida saudáveis e que desenvolvam as competências necessárias para atingirem um nível de literacia em Saúde que os capacite para a gestão dos seus estados de Saúde e doença.

Esta estratégia será operacionalizada através do Programa Regional de Saúde Escolar.

Os objetivos do programa estarão alinhados com programa nacional, nomeadamente: Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a Saúde da comunidade educativa; Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a Saúde; Promover a Saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de Saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as.

As estratégias e conteúdos programáticos devem estar alinhadas com as estratégias prioritárias do PRS 2030, nomeadamente a prevenção e combate ao tabagismo, a promoção da alimentação e estilos de vida saudáveis e a promoção da literacia em Saúde. Devem ainda ser tidas em conta as ações mais eficientes e eficazes de forma a rentabilizar os recursos existentes.

A operacionalização conjunta entre o sector da Saúde e da Educação será condição *sine qua non* para o sucesso do programa.

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos, no âmbito do PRS 2030 serão definidos os indicadores e metas que se apresentam de seguida.

Indicadores e metas:

- Aumentar em 25% a proporção de alunos/as com um nível excelente de literacia para a Saúde no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do Ensino Básico e Secundário (EBS);
- Aumentar 35% a proporção de alunos/as que referem consumir frutas e vegetais, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS;
- Aumentar 35% a proporção de alunos/as que negam qualquer comportamento aditivo, no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS.

2.5. Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), as doenças oncológicas são responsáveis por cerca de 26,3% do número de óbitos na RAA, ultrapassadas apenas pelas doenças do aparelho circulatório. Acresce que são a primeira causa de anos potenciais de vida perdidos (33,6% em 2017). É necessário, portanto, uma estratégia forte para o combate multidimensional destas doenças, quer pelo seu impacto em termos de mortalidade, quer pela morbilidade e sofrimento que causam.

Na RAA o Centro de Oncologia dos Açores (COA) operacionaliza três rastreios de base populacional, concretamente, cancro do cólon e reto (ROCCRA), colo do útero (ROCCA) e mama (ROCMA) e ainda um programa de intervenção sobre o cancro da cavidade oral (PICCOA). Em 2022 a percentagem de utentes rastreados dos elegíveis inscritos nos CSP foi 66% no ROCCA, 74% no ROCMA, 20% no ROCCRA e 38% no PICCOA.

A estratégia será operacionalizada em programa regional, estando este alinhado com a Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030, fazendo adaptações ao contexto regional e local.

No âmbito do *Europe's Beating Cancer Plan*, e das metas e recomendações aí estabelecidas, serão acompanhadas de perto as recomendações do Conselho Europeu sobre rastreio do cancro, de modo a refletir as últimas evidências científicas disponíveis sobre rastreio das doenças oncológicas e avaliando, à realidade

regional, a implementação das recomendações sobre os novos rastreios preconizados, garantindo a operacionalização das Recomendações do Conselho Europeu. Neste âmbito, destaca-se o rastreio do cancro do pulmão. Este rastreio em indivíduos de alto risco (mais de 55 anos e fumadores de mais de 20 unidades maço ano [UMA]) com recurso a tomografia computadorizada de baixa dose tem uma favorável relação custo-eficácia. Dado o impacto significativo na mortalidade e morbilidade pelo cancro do pulmão na RAA, recorde-se que é a terceira causa de mortalidade e uma das principais causas de anos potenciais de vida perdidos, será fundamental implementar este rastreio, por forma a diagnosticar precocemente o cancro do pulmão.

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos, no âmbito do PRS 2030 serão definidos os indicadores e metas que se apresentam de seguida.

Indicadores e metas:

- Percentagem de mulheres elegíveis inscritas nos CSP rastreadas para o ROCCA superior a 70%;
- Percentagem de mulheres elegíveis inscritas nos CSP rastreadas para o ROCMA superior a 75%;
- Percentagem de utentes elegíveis inscritos nos CSP rastreados para o ROCCRA superior a 50%;
- Percentagem de utentes elegíveis inscritos nos CSP com observação em PICCOA superior a 65%;
- Implementação de rastreio do cancro de pulmão na população com risco aumentado.

Serão ainda monitorizados alguns indicadores globais do estado de Saúde relacionados com as doenças oncológicas, nomeadamente:

- Taxa APVP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão por 100 000 hab. com o objetivo <200;
- Taxa APVP por tumor maligno do colo do útero por 100 000 hab. com o objetivo <45;
- Taxa APVP por tumor maligno da mama feminina por 100 000 hab. com o objetivo <150;
- Taxa APVP por tumor maligno do cólon, reto e ânus por 100 000 hab. com o objetivo <85.

2.6. Estratégia Regional para a Saúde Mental

A Saúde mental é uma área de reconhecido impacto nas sociedades de todo o mundo. Em Portugal destaca-se o facto de ser o segundo país da Europa com maior prevalência de perturbações psiquiátricas estimando-se que 23,8% do total de anos vividos com incapacidade por parte dos portugueses correspondam a doenças mentais e do comportamento sendo que custos diretos e indiretos com Saúde Mental rondam os 6.500 milhões de €/ano.

Sendo esta uma área prioritária está aprovado o Programa Regional para a Saúde Mental dos Açores, desde 28 de junho de 2022, operacionalizado e monitorizado pela Estrutura para a Saúde Mental da RAA. Tem como objetivos:

- Promover o desenvolvimento de cuidados de Saúde mental de proximidade e de qualidade à população;
- Garantir o acesso equitativo e de qualidade aos cuidados de Saúde mental e o acesso ao devido tratamento de doenças mentais, a todos os açorianos;
- Reorganizar os serviços de pedopsiquiatria, psiquiatria e Saúde mental, promovendo uma adequada articulação entre as diversas respostas ao nível do SRS e entidades convencionadas, ou com protocolo ou contrato celebrado com a Região, com ação nesses âmbitos;
- Promover a transversalidade da Saúde mental em todas as áreas da Saúde, articulando em complementaridade os serviços de Saúde públicos e privados, e com outros setores para além da Saúde;

O programa propõe medidas distribuídas pelas seguintes dimensões: Equidade; Organização dos serviços; Rede hospitalar do SRS da RAA; Institutos hospitalares; Outras estruturas; Cuidados de Saúde primários; Articulação inter-serviços; Saúde escolar; Covid-19: O que esperar e onde atuar; Saúde mental e exercício físico; Literacia em Saúde

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos, no âmbito do PRS 2030 serão definidos os indicadores e metas que se apresentam de seguida.

Indicadores e metas:

- Redução em pelo menos 25% da proporção de reinternamentos em psiquiatria pelo mesmo diagnóstico;

- Aumento para pelo menos 70% da proporção de utentes com diagnóstico de depressão nos cuidados de Saúde primários com consulta até 8 semanas após prescrição inicial antidepressivo ou novo diagnóstico de perturbação depressiva;
- Reduzir a taxa de suicídios por 100.000 hab. para, pelo menos, valores idênticos à média nacional.

2.7. Estratégia Regional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências

Pelo impacto negativo causado na sociedade açoriana pelos comportamentos aditivos e dependências foi definido como estratégica a existência de um Plano Regional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências.

Este plano tem como visão consolidar e aprofundar uma política pública integrada e eficaz no âmbito da Prevenção dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, com base numa articulação intersectorial, visando ganhos em Saúde e bem-estar na sociedade.

Tem como princípios orientadores a centralidade no cidadão, o Humanismo e Pragmatismo, a intervenção integrada e o conhecimento e inovação. Centra-se essencialmente na redução da procura – Prevenção, Dissuasão, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção e é desenvolvido tendo em conta o ciclo vital do indivíduo, uma vez que a idade é um fator preponderante no planeamento e consequente sucesso das intervenções com o objetivo de prevenir, identificar precocemente e implementar mecanismos de resposta adequados a situações efetivas de comportamentos aditivos e dependências, com ou sem substâncias. Recorre a diferentes estratégias de intervenção, universal, seletiva, indicada, global, específica e dirigida, organizando-se ao longo do ciclo de vida.

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos, no âmbito do PRS 2030 serão definidos os indicadores e metas que se apresentam de seguida.

Indicadores e metas:

- Redução prevalência de consumo de qualquer droga entre os 15-34 anos nos últimos 12 meses para valores inferiores a 9%;

- Redução da prevalência de consumo de álcool entre os jovens com idades entre 13 e 18 anos nos últimos 12 meses para valores inferiores a 53%.

2.8. Estratégia Regional para a Promoção da Integração de Cuidados

Nos sistemas de Saúde dos países desenvolvidos a integração de cuidados é um dos principais desafios. Tal facto deve-se, fundamentalmente, à transição epidemiológica de uma predominância de doenças transmissíveis, necessitando de cuidados pontuais, agudos, curativos prestados essencialmente em ambiente hospitalar, para a predominância de doenças crónicas, que exigem cuidados longitudinais no tempo, crónicos, complexos e prestados na comunidade. Acresce que, frequentemente, os indivíduos têm mais do que uma doença crónica o que torna a prestação de cuidados cada vez mais complexa. De facto, é necessário alinhar um conjunto cada vez maior de profissionais de Saúde, com diferentes competências técnicas, em diferentes contextos, com uma disponibilidade crescente de conhecimento e tecnologias. A RAA e o SRS existem no contexto descrito, acrescentando a complexidade de conseguir este alinhamento em contexto arquipelágico.

Perante este desafio a OMS tem vindo a desenvolver várias iniciativas relacionadas com o tema. Desde logo definindo integração de cuidados como a “aproximação de inputs, produção, gestão e organização de serviços relacionados com o diagnóstico, tratamento, cuidado, reabilitação e promoção da Saúde. A Integração é um meio para a melhoria dos serviços em relação ao acesso, qualidade, satisfação dos utilizadores e eficiência”. Em 2015 foi lançada a estratégia global para serviços de Saúde integrados e centrados nas pessoas, sendo mais tarde lançado pela Região Europeia da OMS uma estratégia para ação. Nos documentos da estratégia para a ação o caminho da integração de cuidados é considerado fundamental para a adaptação dos sistemas de Saúde.

Promover a integração dos cuidados prestados pelo SRS na RAA é, portanto, uma estratégia prioritária para a obtenção de maior acesso a serviços mais eficientes e com maior qualidade, o que gerará maior satisfação nos cidadãos. Será operacionalizada através do Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados.

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos ao programa, no âmbito do PRS 2030 serão definidos os indicadores e metas que se apresentam de seguida.

Indicadores e metas

- Redução da taxa padronizada de internamentos evitáveis por insuficiência cardíaca e acidentes vasculares cerebrais em 15%;
- Redução da percentagem de reinternamentos pela mesma causa 1 ano após o primeiro internamento por insuficiência cardíaca ou acidente vascular cerebral em 10%.

2.9. Estratégia Regional para Acompanhamento e Melhoria da Mortalidade Infantil

Tendo em conta variação histórica da taxa de mortalidade infantil na RAA, é fundamental estabelecer uma estratégia regional abrangente para o acompanhamento e melhoria desta problemática.

Este programa deve contar com a colaboração de profissionais com reconhecida competência técnico-científica nas áreas da Saúde Pública, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia. A formação multidisciplinar destes especialistas permitirá uma abordagem holística e abrangente, abordando todas as facetas que contribuem para a mortalidade infantil. Para além disso, esta equipa de especialistas poderá oferecer recomendações baseadas em evidências para o controlo e melhoria dos resultados na RAA.

Esta estratégia será operacionalizada pelo Programa Regional para Acompanhamento e Melhoria da Mortalidade Infantil.

Principais objectivos:

Recolha e análise de dados: recolher, consolidar e analisar informações detalhadas sobre cada caso de mortalidade infantil. Isso incluirá dados médicos, socioeconómicos e demográficos, bem como informações sobre a assistência médica recebida pelas gestantes e neonatos.

Identificação de determinantes: Com base na análise dos dados, a identificar e caracterizar os determinantes que contribuem para a mortalidade infantil nas diferentes ilhas dos Açores. Estes determinantes podem variar amplamente e incluir fatores como acesso aos cuidados de saúde, qualidade dos serviços de saúde, condições socioeconómicas, educação materna e muito mais.

Formular recomendações multidisciplinares: Com base em evidências e na análise dos determinantes identificados, desenvolver recomendações multidisciplinares destinadas a melhorar a qualidade dos

cuidados pré-natais e neonatais, promover a educação materna, e abordar outros fatores de risco. Estas recomendações serão fundamentais para orientar políticas e práticas de saúde na região.

Monitorização e avaliação contínua: estabelecer um sistema de monitorização contínua para avaliar o impacto das intervenções implementadas com base nas recomendações. Isso permitirá ajustes ao longo do tempo para garantir que as estratégias adotadas estejam eficazes.

Envolvimento da Comunidade: Além do trabalho técnico-científico, é crucial envolver ativamente as comunidades locais e as famílias no processo. A conscientização pública, a educação e a promoção da saúde são elementos essenciais para o sucesso da estratégia.

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos ao programa, no âmbito do PRS 2030 será definido o indicador e meta que se apresenta de seguida.

Indicadores e metas

- Redução sustentada da taxa de mortalidade infantil para valores inferiores a 3%.

2.10. Estratégia Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis

Com base no "Plano de ação global para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis 2013-2030" da Organização Mundial da Saúde, é fundamental desenvolver uma estratégia regional abrangente para a prevenção e controlo das Doenças Não Transmissíveis (DNTs) na RAA. Importa salientar que, no âmbito do Plano Regional de Saúde 2030, já estão contempladas estratégias que se integram nesta abordagem, nomeadamente a Estratégia Regional de Prevenção e Combate ao Tabagismo, a Estratégia Regional de Promoção da Alimentação Saudável, a Estratégia Regional de Promoção da Literacia em Saúde, a Estratégia Regional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências e a Estratégia Regional para a Promoção da Integração de Cuidados.

Objetivos da Estratégia:

Reduzir a Prevalência de DNTs: Diminuir a incidência e prevalência das DNTs nos Açores, com especial foco nas doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas, promovendo a redução dos fatores de risco associados.

Promover Estilos de Vida Saudáveis: Incentivar e capacitar a população açoriana a adotar estilos de vida saudáveis, que incluem uma alimentação equilibrada, a prática regular de atividade física, a cessação do tabagismo e do consumo de álcool.

Melhorar o Acesso a Cuidados Preventivos: Assegurar que os cuidados de saúde preventivos estejam disponíveis e acessíveis a todas as comunidades, com enfoque na promoção da saúde, na deteção precoce e na gestão eficaz das DNTs.

Fomentar a Literacia em Saúde: Promover a educação e literacia em saúde, capacitando os açorianos a tomar decisões informadas sobre a sua saúde e a adotar comportamentos saudáveis.

Reduzir o Consumo de Tabaco e Comportamentos Aditivos: Reforçar a implementação do Programa Regional de Prevenção e Combate ao Tabagismo e do Programa Regional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências, com medidas específicas para reduzir o consumo de tabaco e de outras substâncias aditivas.

Promover Alimentação Saudável: Reforçar a implementação do Programa Regional de Promoção da Alimentação Saudável, com ações direcionadas para melhorar a qualidade nutricional dos alimentos disponíveis e promover escolhas alimentares saudáveis.

Integração de Cuidados: Avançar com a implementação do Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados, garantindo que os serviços de saúde trabalhem de forma coordenada para proporcionar cuidados contínuos e integrados às pessoas com DNTs.

Em síntese, a operacionalização da estratégia através do Programa Regional para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis nos Açores representa um passo crucial para melhorar a saúde da população e reduzir a carga das DNTs. Com uma abordagem abrangente e colaborativa, é possível alcançar resultados significativos e garantir um futuro mais saudável para os habitantes das ilhas dos Açores.

São propostos indicadores e metas focados nos objetivos de melhoria do acesso a cuidados preventivos e integrados, baseados na adoção e implementação dos Processos Assistenciais Integrados da Diabetes e Risco Cardiovascular, sem prejuízo da utilização de um conjunto alargado de indicadores do programa.

Indicadores e metas

- 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;
- Redução em 15% do número total de pessoas com diabetes e diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio no último ano;
- Redução em 15% do número total de pessoas com hipertensão arterial e diagnóstico de acidente vascular cerebral no último ano.

2.11. Estratégia de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

Na RAA, como ao nível nacional, o envelhecimento da população é uma realidade. Entre 2014 e 2022 o índice de envelhecimento aumentou de 78,6 para 117,2, ou seja, por cada 100 jovens existiam cerca 117,2 idosos com 65 ou mais anos. A esperança de vida à nascença tem aumentado mais na RAA do que a nível nacional, convergindo com os valores nacionais.

Além do aumento da longevidade dos indivíduos importa assegurar a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo de vida. Por estas razões, será uma estratégia do PRS 2030 a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Seguindo a estratégia nacional proposta pelo Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026, na RAA a estratégia será operacionalizada pelo Programa Regional de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável que contemple os seis pilares propostos:

- Pilar I — Saúde e bem-estar;
- Pilar II — Autonomia e vida independente;
- Pilar III — Desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida;
- Pilar IV — Vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida;
- Pilar V — Rendimentos e economia do envelhecimento;
- Pilar VI — Participação na sociedade.

Importa ainda referir a implementação e alargamento do programa “Novos Idosos”, que visa oferecer uma resposta de proximidade, permitindo aos idosos continuarem a viver em casa e na comunidade, ao longo do

tempo, com segurança e de forma independente, através da conceção e execução de um plano individual de cuidados.

Sem prejuízo da utilização de um conjunto adicional alargado de indicadores específicos ao programa, no âmbito do PRS 2030 serão definidos os indicadores e metas que se apresentam de seguida.

Indicadores e metas

- Aumentar em pelo menos 50% o n.º de avaliações de atividade física em utentes dos cuidados de Saúde primários com mais de 65 anos;
- Atingir pelo menos 50% da população elegível com rastreio nutricional realizado nos cuidados de Saúde primários;

3. Indicadores e Metas do PRS 2030

A monitorização do sucesso das estratégias do PRS 2030 é fundamental para a sua avaliação periódica e adaptação, tanto mais dado o seu período alargado de vigência. Por este facto foram seleccionados os indicadores com maior capacidade informativa sobre os processos transformativos em curso e os resultados que permitiram atingir. Foram também definidas metas, de acordo com as informações existentes, nomeadamente as tendências passadas (quando disponíveis) e/ou previsões futuras. Para alguns indicadores não foi possível definir, no momento atual, uma meta concreta, mas apenas um sentido desejado de evolução. Em algumas situações o indicador selecionado implica o desenvolvimento na RAA da capacidade para a sua medição, sendo esse um objetivo em si mesmo. No decorrer da aplicação do PRS tentar-se-á definir, ou redefinir, se necessário, as metas de cada indicador.

3.1. Indicadores de monitorização

Os indicadores de monitorização serão divididos em dois grupos principais. O primeiro refere-se a indicadores globais de monitorização do estado de Saúde da população da RAA. O segundo refere-se à monitorização das estratégias prioritárias identificadas.

3.1.1. Indicadores globais do estado de Saúde

Tabela 2 Resultados anteriores e metas 2030 dos indicadores de estado de Saúde – Ganhos em Saúde

Indicador de estado de Saúde - Ganhos em Saúde	Anos anteriores					Meta 2030
Taxa APVP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão por 100 000 hab.	2013 310,2	2014 197,7	2015 198,4	2016 138,4	2017 218,2	<200
Taxa APVP por tumor maligno do colo do útero por 100 000 hab.	2013 2,2	2014 13,4	2015 130,3	2016 38,2	2017 85,5	<45
Taxa APVP por tumor maligno da mama feminina por 100 000 hab.	2013 178,9	2014 165,7	2015 238,1	2016 159,7	2017 99,0	<150
Taxa APVP por tumor maligno do cólon, reto e ânus por 100 000 hab.	2013 107,8	2014 90,3	2015 111,0	2016 77,6	2017 81,0	<85
Taxa APVP por doenças cerebrovasculares por 100 000 hab.	2013 280,3	2014 147,2	2015 174,9	2016 148,5	2017 163,1	<130
Diferença entre a taxa de APVP da RAA e Nacional (por todas as causas)	2013 1106,7	2014 1041,4	2015 986,3	2016 783,7	2017 384,1	<150

Média da diferença da taxa de APVP (por todas as causas) por ilha em relação ao melhor resultado da RAA*	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	A definir
Esperança de vida à nascença (anos)	2015-17 77,48	2016-18 77,85	2017-19 77,87	2018-20 78,00	2019-21 78,18	>79,5
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	2015-17 17,12	2016-18 17,24	2017-19 17,52	2018-20 17,63	2019-21 17,58	>18,8
Mortalidade perinatal (/1000 nascimentos)	2018 8,8	2019 3,7	2020 4,7	2021 3,9	2022 4,3	<3,5
Mortalidade infantil (/1000 nados vivos)	2018 4,0	2019 2,3	2020 4,8	2021 2,4	2022 2,9	<3

*Dependente da cedência de dados da DGS; APVP Anos Potenciais de Vida Perdidos, Hab. Habitante, n/d não disponível

Tabela 3 Resultados anteriores e metas 2030 dos indicadores de qualidade e efetividade

Indicadores de qualidade e efetividade	Anos anteriores					Meta 2030
	2017	2018	2019	2020	2021	
Percentagem de nascimentos em mulheres com idade de risco (≥ 35 anos)	26,1%	25,9%	26,5%	28,1%	28,8%	<25%
Percentagem de partos por cesariana	36,0%	36,5%	37,8%	37,5%	41,9%	< 25%
Percentagem de gravidez precoce*	5,2%	3,6%	4,1%	3,9%	3,5%	<2,5%

Tabela 4 Metas 2030 dos Indicadores de determinantes de Saúde/ fatores de risco/ comportamentos

Determinantes de Saúde/Fatores de Risco/Comportamentos	Meta 2030
Percentagem de fumadores ativos com idade ≥ 15 anos	<10%
Percentagem de alunos/as que negam qualquer comportamento aditivo, no 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS	Aum. 35%
Consumo global de tabaco (n.º maços vendidos)	Red. 35%
Proporção de inscritos nos CSP entre os 18 e 65 anos com IMC entre 20 e 25	>40%
Percentagem de crianças com 6/8 anos com excesso de peso (incluindo obesidade)	<30%
Percentagem de alunos/as que referem consumir frutas e vegetais, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do ensino básico e secundário	Aum. 35%

Prevalência de consumo de qualquer droga entre os 15-34 anos nos últimos 12 meses	<9%
Prevalência de consumo de álcool entre os jovens com idades entre 13 e 18 anos nos últimos 12 meses	<53%

Red. Reduzir, Aum. Aumentar

3.1.2. Indicadores específicos das estratégias identificadas

Tabela 5 Resultados anteriores e metas 2030 dos indicadores específicos de cada estratégia identificada

Estratégia/Programa	Indicador	Anos anteriores		Meta 2030
Prevenção e Combate ao Tabagismo	Proporção de fumadores que teve pelo menos uma consulta com equipa de intervenção em cessação tabágica.			Aum. 25%
Promoção Alimentação Saudável	Percentagem de crianças com aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses	2019 13,2%	2022 14,2%	>25%
	Percentagem de hospitais da RAA com certificação UNICEF “Hospital amigo dos Bebés”		(Desde 2016) 33,3%	100%
	Percentagem de mulheres em idade fértil inscrita em centros de Saúde com certificação UNICEF “Unidade Amiga dos Bebés”	2022	0%	>75%
Promoção da Literacia em Saúde	Determinação do nível de literacia da população açoriana com recurso ao instrumento <i>Health Literacy Survey</i> , pelo menos a cada 3 anos.	n/d		100%
	% da população açoriana com nível de literacia em Saúde problemático ou inadequado	n/d		Dim. 25%
Saúde escolar	Percentagem de alunos/as com um nível de literacia para a Saúde excelente no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do Ensino Básico e Secundário (EBS)	n/d		Aum. 25%
Combate às doenças oncológicas	Percentagem de mulheres elegíveis inscritas nos CSP rastreadas para o ROCCA	2022	66%	70%
	Percentagem de mulheres elegíveis inscritas nos CSP rastreadas para o ROCMA	2022	74%	75%

	Percentagem de utentes elegíveis inscritos nos CSP rastreados para o ROCCRA	2022	20%	50%
	Percentagem de utentes elegíveis inscritos nos CSP com observação em PICCOA	2022	38%	65%
	Implementação de rastreio do cancro de pulmão na população com risco aumentado	2022	n/a	Implem.
Saúde mental	Proporção de reinternamentos em psiquiatria pelo mesmo diagnóstico em 1 ano	n/d		Dim. 25%
	Proporção de utentes com diagnóstico de depressão nos cuidados de Saúde primários com consulta até 8 semanas após prescrição inicial antidepressivo ou novo diagnóstico de perturbação depressiva	2021 47%	2021 52%	>70%
	Reduzir a taxa de suicídios por 100.000 hab. para pelo menos, valores idênticos à média nacional	2021	14,7	≤ Valor nacional
Integração de cuidados	Taxa padronizada de internamentos evitáveis por insuficiência cardíaca e acidentes vasculares cerebrais	n/d		Dim. 15%
	Percentagem de reinternamentos pela mesma causa 1 ano após o primeiro internamento por insuficiência cardíaca ou acidente vascular cerebral;	n/d		Dim. 10%
Prevenção e controlo das DNTs	Proporção de hipertensos inscritos nos CSP com risco cardiovascular avaliado nos últimos 3 anos	n/d		>50%
	Proporção de utentes hipertensos inscritos nos CSP com idade inferior a 65 anos com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	n/d		Aum. 25%
	Número total de pessoas com diabetes e diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio no último ano.	n/d		Dim. 15%
	Número total de pessoas com hipertensão arterial e diagnóstico de acidente vascular cerebral no último ano.	n/d		Dim. 15%
Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável	N.º de avaliações de atividade física em utentes dos cuidados de Saúde primários com mais de 65 anos	n/d		Aum. 50%

	População elegível com rastreio nutricional realizado nos cuidados de Saúde primários	n/d	>50%
--	---	-----	------

Red. Reduzir, Aum. Aumentar, n/d não disponível; n/a não aplicável; Implem. Implementado

4. Monitorização do PRS 2030

4.1. Plataforma de acompanhamento

A plataforma de divulgação e acompanhamento do Plano Regional de Saúde 2030 dos Açores será uma ferramenta abrangente e inovadora que será desenvolvida para promover a transparência e a participação ativa na implementação do plano estratégico. Através desta plataforma, os cidadãos, profissionais de Saúde e partes interessadas terão acesso a uma variedade de recursos e funcionalidades.

Os eventos e iniciativas relacionados ao Plano Regional de Saúde 2030 serão amplamente divulgados, permitindo que todos acompanhem e participem de forma ativa. Para além disso, a plataforma facilitará a partilha de iniciativas estratégicas entre as várias entidades envolvidas, promovendo a colaboração e a troca de boas práticas. Os planos e estratégias locais de Saúde também serão disponibilizados na plataforma, permitindo que os utilizadores tenham uma visão holística e atualizada das ações em curso em cada ilha ou região.

Um destaque importante da plataforma será o seu *dashboard* de monitorização, que apresentará de forma visual a evolução dos indicadores-chave do Plano Regional de Saúde 2030. Esse *dashboard* permitirá uma avaliação contínua dos progressos e desafios, fornecendo informações valiosas para a tomada de decisões e o aprimoramento das políticas de Saúde nos Açores.

4.2. Avaliações intercalares

No âmbito do PRS 2030 dos Açores, estão programadas duas avaliações para acompanhar o progresso e a eficácia das ações implementadas. Serão realizadas em 2026 e 2028 referentes aos anos imediatamente anteriores. Essas avaliações fornecerão uma visão detalhada do estado de implementação do plano estratégico em diferentes momentos-chave.

A primeira avaliação intercalar abordará a análise inicial dos indicadores-chave do plano, permitindo uma avaliação preliminar dos resultados alcançados e identificando possíveis lacunas ou desafios. Para além disso, serão examinadas as iniciativas e ações desenvolvidas até o momento, bem como a sua eficácia na melhoria dos serviços de Saúde e na promoção do bem-estar da população.

A segunda avaliação intercalar, realizada numa fase mais avançada do PRS 2030, irá avaliar o progresso em relação aos objetivos estabelecidos, bem como as ações corretivas realizadas após a primeira avaliação intercalar, fazendo os ajustes necessários para garantir que o plano cumpra seus objetivos.

Essas avaliações intercalares desempenham um papel fundamental na monitorização contínua do PRS 2030, e possibilitarão adequar e adaptar o propósito do documento, melhorando o conteúdo do mesmo. Elas fornecerão informações valiosas sobre o cumprimento do plano, permitindo a tomada de decisões informadas e a implementação de medidas corretivas, se necessário. Através dessas avaliações, será possível avaliar o impacto das ações e ajustar a abordagem para garantir que o plano atinja seus objetivos finais de melhorar a Saúde e o bem-estar da população dos Açores.

4.3. Avaliação final

No final do período de vigência do PRS 2030, será realizada uma avaliação abrangente, com o intuito de fornecer recomendações para a próxima década, até 2040. Essa avaliação contemplará uma análise aprofundada dos resultados alcançados, assim como dos desafios encontrados ao longo do período de implementação.

Na avaliação final, serão revistos os indicadores definidos, com base nos dados e informações disponíveis. Será realizada uma análise comparativa entre os objetivos estabelecidos no início do plano e os resultados efetivamente alcançados, identificando possíveis desvios e áreas que necessitam de atenção para aprimoramento.

Além disso, serão consideradas as principais aprendizagens e experiências obtidas ao longo da implementação do PRS 2030. Serão avaliadas as estratégias e abordagens utilizadas, assim como os mecanismos de governança e coordenação envolvidos. Com base nessa análise, serão elaboradas recomendações para a próxima década, visando a continuidade e a melhoria das políticas de Saúde nos Açores.

As recomendações resultantes da avaliação final poderão abranger diversos aspetos, tais como ajustes nas metas e indicadores, melhoria da gestão de recursos, fortalecimento de parcerias com entidades locais e regionais, investimentos em infraestruturas de Saúde, entre outras áreas relevantes. O objetivo é fornecer orientações claras e fundamentadas para direcionar as ações futuras, garantindo que o planeamento estratégico de Saúde esteja alinhado com as necessidades da população açoriana.

Essa avaliação final, juntamente com as suas recomendações, representará um marco importante para a continuidade dos esforços de promoção da Saúde nos Açores, fornecendo um guia para a próxima década de planeamento e implementação de políticas de Saúde regional.

5. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no PRS 2030

A nova Agenda das Nações Unidas para 2030 constitui um plano de ação centrado nas pessoas, no planeta, na prosperidade, na paz e nas parcerias (5P), tendo como objetivo final a erradicação da pobreza e o desenvolvimento sustentável, no âmbito do qual todos os Estados, e outras partes interessadas, assumem responsabilidades próprias, no que diz respeito à sua implementação, enfatizando-se que ninguém deve ser deixado para trás.

A responsabilidade da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social (SRSSS) na implementação dos ODS, monitorização e revisão da Agenda 2030 ao nível Regional e local, assenta na base do modelo institucional/Departamental, em função das diferentes competências e respetiva relação com as temáticas de cada ODS, assumindo a Saúde, naquilo que são os objetivos próprios, o seu papel num quadro de complementaridade, da *Saúde em todas as políticas*.

Neste quadro, o PRS 2030 concorre para a implementação da Agenda 2030, no âmbito Regional e Local, ao incluir nas suas estratégias, programas/planos e políticas regionais, prevendo e potenciando a articulação com as várias temáticas relativamente aos ODS com foco na Região, assumindo o poder local e as estratégias locais de Saúde (ELS) um relevante papel no seu desenvolvimento e implementação nos respetivos territórios, através de iniciativas, em articulação com as Unidades de Saúde, no âmbito do PRS, e das suas próprias competências, que vão muito para além da Saúde, contribuindo decisivamente, pela proximidade e ação concreta, para a implementação de estratégias intervenção definidas localmente, com impacto revelante nas populações locais sem “deixar ninguém para trás”.

Face ao exposto a SRSSS materializa através das suas competências e desempenho, com a sua ação, a Agenda 2030, no ODS *Saúde de Qualidade*, antevendo o seu contributo essencialmente para as Pessoas, mas também para as Parcerias (ODS), Prosperidade (ODS), Planeta (ODS), Paz (ODS), entre outros, no pressuposto de que o setor da Saúde, ao cuidar das pessoas, alicerça também a erradicação da pobreza, da fome, da igualdade de género, trabalho digno, na sustentabilidade e crescimento económico, etc.

Saúde de Qualidade, Pessoas e Parcerias

Saúde de Qualidade – traduzido na garantia do acesso à Saúde de qualidade e promoção do bem-estar para todos em todas as idades;

Pessoas – traduzindo a determinação em erradicar a pobreza e a fome, em todas as suas formas e dimensões, e garantir que todos possam realizar o seu potencial no respeito da dignidade e igualdade, num ambiente saudável;

Parcerias – mobilizando-se os meios necessários para a implementação da Agenda 2030, por meio de uma Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável revitalizada, fortalecendo-se o espírito de solidariedade, com ênfase nos mais pobres e mais vulneráveis, e com a participação de todos, todas as partes interessadas e todas as pessoas, não deixando ninguém para trás.

O acesso à Saúde de qualidade e a promoção do bem-estar para todos, em todas as idades (ciclos de vida).

A SRSSS deve prosseguir como seu desígnio o Serviço Regional de Saúde por ser universal quanto à população abrangida, prestar de forma integrada cuidados globais ao garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito para os utentes e garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados.

Reconhece-se, no âmbito prioridades políticas, o acesso de todos os cidadãos a serviços públicos de primeira necessidade, incluindo a Saúde, considerando o seu impacto decisivo na defesa da coesão e combate às desigualdades. Como tal, é objetivo garantir a sustentabilidade do SRS, ao privilegiar o alargamento da oferta de serviços sociais e de Saúde, com o foco nos cuidados de proximidade, adequando-os às necessidades emergentes.

O PRS 2030, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do SRS constitui um elemento basilar das políticas de Saúde na RAA, em termos de promoção da Saúde e prevenção da doença. O documento define metas como a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, nomeadamente através da alteração dos determinantes comportamentais e das estratégias definidas para promoção da Saúde e prevenção da doença e controlo da mesma, consagradas em Programas, assentes no acesso aos cuidados de Saúde integrados.

Em particular, no âmbito do PRS, determina-se o desenvolvimento de programas/intervenções de Saúde orientadores das políticas regionais de promoção da Saúde e do bem-estar, também em meio escolar, visando contribuir para mais Saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização

de todos com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens. No âmbito da promoção de contextos escolares favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e à melhoria da literacia em Saúde, o respetivo Programa intervém nas áreas da Saúde mental e competências socio-emocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física e desportiva, higiene corporal e Saúde oral, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como nos comportamentos aditivos sem substância.

Noutra vertente, na linha das orientações da OMS e da Comissão Europeia e do Conselho de Europa consubstanciam-se nos vários *ciclos de vida* a promoção da Saúde e prevenção da doença, promovendo a literacia em Saúde nos aspetos que suportem comportamentos saudáveis e interação com o SRS e ou com as Unidades de Saúde.

O PRS recomenda estratégias apropriadas sobre o impacto da doença, por forma a obter ganhos em Saúde, as quais são parte integrante das áreas de intervenção, correspondentes a Programas específicos de Saúde, com o envolvimento dos responsáveis, dos profissionais de Saúde, dos cidadãos/utentes, sem nunca perder de vista os aspetos da intersectorialidade.

6. Mecanismos de suporte ao PRS 2030

6.1. Modelo de governação

De acordo com o estipulado no Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, na sua redação atual, compete ao diretor regional de saúde propor ao membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde a criação das comissões necessárias ao tratamento de aspetos específicos do plano ou de qualquer dos seus programas integrantes.

O modelo de governação proposto constitui-se por uma Comissão para o Acompanhamento do Plano Regional de Saúde e coordenadores de cada programa regional.



Figura 2: Organograma do modelo de governação do PRS 2030

6.2. As Estratégias Locais de Saúde

O PRS 2030 constitui o documento basilar das políticas de Saúde na Região, traçando o rumo estratégico para a intervenção em Saúde no quadro do Sistema de Saúde. É uma plataforma que visa desenvolver e reforçar a sua implementação ao nível regional e local.

Neste contexto, importa salientar a importância dos Planos Locais de Saúde (PLS), instrumentos ímpares de implementação do PRS, de alinhamento com os objetivos regionais e, como tal, devem refletir nas suas estratégias, em todas as intervenções, uma abordagem intersectorial que envolva os diferentes parceiros que têm impacto na Saúde.

Os PLS devem estar alinhados com as estratégias regionais, contribuindo, concertadamente, para o cumprimento das metas regionais, mas devem também traçar estratégias e intervenções específicas e individualizadas, orientadas para os potenciais ganhos em Saúde da comunidade que servem, promovendo o objetivo último de melhoria do estado de Saúde da sua população.

A condução dos processos para promover a Saúde da comunidade, nomeadamente na luta contra as doenças crónicas não-transmissíveis, baseia-se na construção de sinergias e na complementaridade de decisão e de ação – dos sectores público, privado e social - conjugando as reais potencialidades existentes. O envolvimento direto dos vários setores e de todos os potenciais interessados no desenho de estratégias locais é, potencialmente, um meio de qualificação e otimização dos recursos da comunidade, de definição de objetivos comuns, da ação e compromissos de cada um e de um mais fácil reconhecimento dos resultados do esforço de todos.

Os PLS assumem-se, deste modo, como planos integrados para o desenvolvimento local, devendo constituir-se como documentos orientadores de todos os setores da comunidade para uma intervenção. Com esta referência, a intervenção em Saúde, embora mantendo as especificidades próprias como os demais setores, não se separa de uma ação concertada com os intervenientes relevantes da comunidade local. Este Plano pode representar, assim, uma oportunidade, ao nível local, de incorporar a Saúde em Todas as Políticas.

Os processos associados à elaboração e supervisão dos PLS cabe às Unidades de Saúde de Ilha.

6.3. Parcerias intersectoriais e interdepartamentais

O PRS 2030 requer o reforço das parcerias criadas, no seu âmbito, bem como o seu alargamento a outros sectores da sociedade, nomeadamente, àqueles que têm influência direta nos fatores potenciadores de Saúde, com vista à obtenção de ganhos em Saúde.

As parcerias são, por conseguinte, instrumentos de mudança, nomeadamente o desenvolvimento de parcerias com os sectores privado e social, com os intervenientes dos diversos setores do Governo numa maior coordenação horizontal entre si, encorajando, também, a participação do poder local na elaboração e intervenção no âmbito das ELS. As parcerias intersectoriais e interdepartamentais a realizar podem e devem reforçar, no todo Regional, a mobilização e partilha do conhecimento da realidade aos vários níveis, para apoiar a realização dos objetivos do desenvolvimento sustentável na RAA e a plena atuação do PRS em todas as políticas.

6.4. Comunicação

Importa desenvolver um *Plano de Comunicação*, em tempo e espaço adequado, que represente um esforço continuado para promover o envolvimento dos cidadãos, parceiros, instituições, e profissionais, nos múltiplos planos que se elaboram.

O Plano de Comunicação, mecanismo fundamental para o sucesso da implementação do Plano, visa aumentar o conhecimento e promover a sensibilização em torno do PRS 2030, com especial destaque junto das estruturas de governação das unidades de Saúde, dos profissionais enquanto “peritos” com intervenção direta na elaboração dos Programas e enquanto agentes da mudança, através da sua prática assente na sua formação especializada, bem como junto dos parceiros, alargando o espectro à comunidade e aos cidadãos, preferencialmente.

A divulgação do PRS, a monitorização das metas, a sustentação do interesse dos vários públicos e intervenientes pelo Plano e a coordenação dos vários atores implicam a necessidade de um esforço continuado, através de contactos diretos e indiretos, realizando-se, periodicamente, Fóruns Regionais entre outros mecanismos a contemplar neste Plano.

A eficácia na divulgação e envolvimento no PRS deve ser o motivo para restaurar a confiança de todos tornando-os cientes da existência do PRS, como instrumento credível de planeamento e governação.

6.5. Plano de Formação

Promover uma formação orientada para as necessidades.

Deverá ser avaliada e programada formação, enquadrada numa estratégia para o sector da Saúde e operacionalizada, em primeira instância, no plano anual de formação da DRS, indispensável para assegurar a capacidade de resposta às necessidades decorrentes dos programas da Saúde e do funcionamento dos serviços.

Cientes da importância capital da formação contínua dos profissionais de saúde, pretende-se dar continuidade aos planos de formação anuais, assentes nas melhores evidências científicas atuais. Assim, na certeza de que, no âmbito do PRS 2030, podemos evoluir e fortalecer a oferta formativa aos profissionais de saúde da RAA, será criado o Centro Clínico Integrado de Simulação Biomédica dos Açores.

Com resultados já comprovados, a simulação clínica é uma das estratégias pedagógicas em crescendo na formação de profissionais de saúde e pode servir-se de simuladores de baixa ou média tecnologia, quando os objetivos pretendem o treino de habilidades técnicas específicas, ou simuladores de alta tecnologia, quando a intenção é o desenvolvimento de raciocínio clínico, tomada de decisão, habilidades técnicas, atuação da equipa multiprofissional ou outras competências mais amplas, a partir de casos clínicos complexos.

Neste sentido, e tendo por base que a simulação clínica tem como pressupostos:

- Ausência de risco para os doentes e profissionais
- Formar profissionais e equipas multidisciplinares eficientes na abordagem de eventos críticos e situações de urgência / emergência
- Controlo dos fatores causais dos eventos críticos
- Permitir a prática de situações raras e complexas, com baixa incidência e grande impacto para os profissionais e doentes.

Será criado, como acima se referiu, o Centro Clínico Integrado de Simulação Biomédica dos Açores.

6.6. Melhoria da Informação e partilha do conhecimento

O PRS 2030 contempla um conjunto alargado de indicadores de acesso periódico em termos de obtenção de dados atualizados ao ano (INE/SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores), ou a períodos de mais de um ano (INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP), ou no imediato, noutros contextos de trabalho, como o SISA, ou ainda de indicadores em resultado de Estudos, com vista à sua preparação e avaliação. Não obstante, reconhece-se a limitação dos mesmos, em quantidade (diversidade) e quanto à sua fiabilidade.

Assim, com vista à formulação de políticas e avaliação do PRS e respetivos Programas, importa ampliar as fontes de dados e melhorar a qualidade da informação/dados, nomeadamente daqueles que resultam do desempenho dos intervenientes em sistemas de informação (SISA) do SRS e alargar, quer no caso das unidades de saúde de ilha (USI)/ centro de saúde (CS), quer dos hospitais, a contratualização a novos indicadores.

As ELS, cujo bom desempenho reverte para os bons resultados do PRS, carecem de ser apoiadas, na sua formulação, implementação e avaliação, identificando-se lacunas na existência de dados desagregados de âmbito regional ou local (concelho), pelo que deve trabalhar-se, no sentido da sua formulação e ou obtenção.

A elaboração e avaliação de Planos ou Programas não dispensa a existência de dados necessários à respetiva monitorização e definição de metas.

6.7. Participação nos Fórum Nacionais (PNS)

Pelo facto de o Plano Nacional de Saúde (PNS) integrar na sua elaboração, nas suas sucessivas fases, todas as Regiões do país, através de Comissários indicados para o efeito, reveste-se de particular interesse e utilidade a continuidade da presença da SRSSS/DRS nas mesmas, bem assim como a sua participação nos eventos organizados a nível nacional relativos ao PNS, facto que aprofunda conhecimento (s) e experiências integradoras.

6.8. Integração da RAA em estudos nacionais e elaboração de estudos específicos

Para além da elaboração de Estudos específicos que se revelem necessários decorrentes da implementação do PRS e, com maioria de razão dos Programas, reveste-se da maior importância promover a integração da RAA, em matéria de Saúde, em Estudos de âmbito nacional, prevenindo ou acautelando a obtenção dos respetivos dados/informação desagregada.

6.9. Divulgação de boas práticas e orientações para as unidades de saúde, no âmbito do PRS

No âmbito dos Programas de Saúde devem ser divulgadas orientações, nomeadamente, de boas práticas, como referências para ação das unidades de saúde (US), através dos seus profissionais.

Para além disso, preconiza-se que, anualmente, sejam facultadas orientações relativamente a assuntos ou ações a implementar no ano, nomeadamente quanto às ações que se afigurem transversais, de modo que as mesmas sejam incluídas nos Planos de Atividades das US.

7. Bibliografia

- Adams, E. K., Bronstein, J. M., & Raskind-Hood, C. (2002). Adjusted clinical groups: predictive accuracy for Medicaid enrollees in three states. *Health care financing review*, 24(1), 43–61.
- Assembleia Legislativa da Região; Decreto Legislativo Regional nº 16/2008/A de 12 de junho (2008). Rede de Cuidados Continuados Integrados da RAA.
- Barrenho, E., Haywood, P., Kendir, C., & Klazinga, N. S. (2022). International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure. *OECD Health Working Papers*, 142, 1–78.
- Butte N. F. (2001). The role of breastfeeding in obesity. *Pediatric clinics of North America*, 48(1), 189–198.
- Centro de Oncologia dos Açores Professor Doutor José Conde (2015). Cancro nos Açores – Incidência, Mortalidade e Sobrevivência. Angra do Heroísmo.
- COA (2018). Registo Oncológico dos Açores - 20 anos (1997-2016).
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021 – 2022.
- Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s – Necessidades de Saúde em Portugal: ponto de situação; Seleção de Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável: introdução. Direção-Geral da Saúde.
- Decreto Legislativo Regional n.º 1/2022 (2022). Plano Regional Anual para o ano de 2022.
- Decreto Legislativo Regional n.º 18/2021/A (2021). Plano de Nutrição das Escolas, Alimentação Saudável.
- Decreto Legislativo Regional nº 113/2021/A (2021). Plano Regional Anual 2021.
- Despacho n.º 12761/2021 (2021). Planos Regionais da Saúde para as Demências.
- Despacho n.º 5988/2018 (2018). Estratégia da Saúde na Área das Demências.

- Direção Geral da Saúde (2013). Norma nº 010/2013, de 31 de maio de 2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020, maio de 2015.
- ECATD-CAD/2019. Elsa Lavado, Vasco Calado, Fernanda Feijão; estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências (alunos dos 13 aos 18 anos de idade).
- Equipa de Investigação - Universidade dos Açores (2019). Relatório Final de Atividades - 1ª parte: Análise Descritiva dos Consumos de Substâncias Psicoativas na RAA.
- Girwar, S. M., Fiocco, M., Sutch, S. P., Numans, M. E., & Bruijnzeels, M. A. (2021). Assessment of the Adjusted Clinical Groups system in Dutch primary care using electronic health records: a retrospective cross-sectional study. *BMC health services research*, 21(1), 217.
- Girwar, S. M., Verloop, J. C., Fiocco, M., Sutch, S. P., Numans, M. E., & Bruijnzeels, M. A. (2022). Identifying complex patients using Adjusted Clinical Groups risk stratification tool. *The American journal of managed care*, 28(4), e140–e145.
- Global Burden of Disease. Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2019. IHME.
- Gröne, O., Garcia-Barbero, M., & WHO European Office for Integrated Health Care Services (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International journal of integrated care*, 1, e21.
- Grover, H., King, W., Bhattarai, N., Moloney, E., Sharp, L., & Fuller, L. (2022). Systematic review of the cost-effectiveness of screening for lung cancer with low dose computed tomography. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 170, 20–33.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Lisboa: INE, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014.
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P (2019). Inquérito Nacional de Saúde 2019.
- Lopes, C. et al. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório). Universidade do Porto.

- Marta, B. et al. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. INSA, IP: Lisboa.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais Saúde para todos. - Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2 vols.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Observatório dos Sistemas de Saúde (OSS) (2012). Relatório de Primavera 2012; Crise & Saúde, Um País em Sofrimento.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). Relatório de Primavera – As duas faces da Saúde. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021). 20 anos de Relatórios de Primavera, junho de 2021.
- Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s – Necessidades de Saúde em Portugal: ponto de situação; Seleção de Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável: Direção-Geral da Saúde, 2021.
- Portaria N.º 59/2021 da Assembleia Legislativa Regional (2021). Saúde mental dos jovens.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2016). Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde | Resenha dos Planos de Saúde: Nacional, Regionais, Locais - Edição 2016.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para promoção da alimentação saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2019). Programa nacional para a promoção da atividade física. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2020). Literacia em Saúde e a COVID, Plano, prática e desafios; Health Literacy and COVID-19 in Portugal: Plan, Practice and Challenges, Lisboa.

- Portugal. Ministério da saúde. Direção-Geral da Saúde (2021). Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2021). Programa nacional de promoção da saúde oral 2021-2025. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da saúde. Direção-Geral da Saúde (2021). Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2008). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2010). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2013). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2013 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2016). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2021). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2019 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros (2023). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022 - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros (2017). Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, por ocasião da Apresentação Nacional Voluntária no Fórum Político de Alto Nível das Nações Unidas, junho de 2017.
- Resolução da Assembleia da República n.º 195/2021 (2021). Prevenção, tratamento e combate à obesidade.

- Resolução da Assembleia Legislativa Regional n.º 26/2021/A (2021). Revisão de apoios e incentivos à fixação de pessoal médico na Região Autónoma dos Açores.
- Santelices C, Emilio, Muñoz P, Fernando, Muñiz, Patricio, & Rojas, José. (2016). Clasificación según nivel de morbilidad e intensidad del uso de recursos de una población con patologías crónicas en Atención Primaria de Salud utilizando “Adjusted Clinical Groups” (ACG). Revista médica de Chile, 144(3), 291-297.
- Sarmento, J., Rocha, J. V. M., & Santana, R. (2020). Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal. BMC Health Services Research, 20(1).
- Secretaria Regional da Saúde e Desporto. Despacho n.º 1436/2021 (2021). Cirurgia.
- Secretaria Regional da Saúde e Desporto. Despacho n.º 278/2021 (2021). Plano de Rastreio Oncológico na Região Autónoma dos Açores.
- Secretaria Regional da Saúde e Desporto. Despacho n.º 508/2021 (2021). Rastreios oncológicos, organizados e de base populacional.
- Secretaria Regional da Saúde, DRS (2016). Plano Regional de Saúde 2014-2016 - Extensão a 2020.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016). Relatório Anual 2015 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Coleção Relatórios.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016). Relatório Anual 2015 – A Situação do País em Matéria de Álcool, Coleção Relatórios.
- SICAD. (2020). Relatório Anual 2019 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.
- SICAD. (2021). Relatório Anual 2020 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.
- SICAD. (2022). Relatório Anual 2021 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.
- Sicras-Mainar, A., Serrat-Tarrés, J., Navarro-Artieda, R., Llausí-Sellés, R., Ruano-Ruano, I., & González-Ares, J. A. (2007). Adjusted Clinical Groups use as a measure of the referrals efficiency from primary care to specialized in Spain. European journal of public health, 17(6), 657–663.
- SNS/DGS (2020). REACT – COVID 2020: comparação com estudos nacionais anteriores (Versão retificada).
- SNS/DGS (2021). REACT – COVID – Inquérito sobre Alimentação e Atividade Física em Contexto de Contenção Social (Versão 2.0; outubro 2021).

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & European, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- SRES & INSA, I.P. (2015). Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados. Direção Regional da Saúde.
- SRES/DRS (2018). Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável 2018-2020.
- SRSSS/DRS, Plano regional para a redução de comportamentos aditivos e dependências (PRCAD), 2021-2024
- SRSSS/DRS/INSA (2014). InRes Açores; Resultados Preliminares 2014, agosto de 2014.
- WHO-Europe (2008). Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. Disponível em <http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2021). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance]. ISBN 978-65-00-15021-6 (versão digital) ISBN 978-65-00-15064-3 (versão impressa).
- World Health Organization, W. H., Finland. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, F. M. of S. A. and, & Global Conference on Health Promotion (8th : 2013 : Helsinki, F. (2014). Health in all policies : Helsinki statement, framework for country action : the 8th Global Conference on Health Promotion.
- World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf
- World Health Organization. (2016). The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf



Plano Regional
de Saúde **Açores**

Plano Regional de Saúde 2030

Parte III – Apêndices

Índice

Lista de siglas e abreviaturas

1. Apêndice A - Documento de Apoio à Conceção dos Planos Locais de Saúde/Plano de Ação Integrada
 - 1.1. Introdução
 - 1.2. Fase I - O Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) a elaborar pelas USI, com a participação dos parceiros
 - 1.3. Fase II - Plano de Ação Integrada (grelhas anexas)
 - 1.4. Fase III - Plano de Avaliação
2. Apêndice B - Prioridades de investimento
 - Ilha de Santa Maria
 - Ilha de São Miguel
 - Ilha Terceira
 - Ilha Graciosa
 - Ilha de S. Jorge
 - Ilha do Pico
 - Ilha do Faial
 - Ilha das Flores
 - Ilha do Corvo
3. Apêndice C - Prioridades de contratação de recursos humanos

Lista de siglas e abreviaturas

ACG - Adjusted Clinical Groups

ADG - Aggregated Diagnosis Groups

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos

COA - Centro de Oncologia dos Açores

COSI - European Childhood Obesity Surveillance Initiative

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CS - Centro de Saúde

DNT - Doenças não transmissíveis

DPQS - Divisão de Planeamento e Qualidade em Saúde

DRS - Direção Regional da Saúde

DSS - Diagnóstico de Situação de Saúde

EBS - Ensino Básico e Secundário

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

EGS - Exame Global de Saúde

ELS - Estratégias Locais de Saúde

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

EBS – Ensino Básico e Secundário

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GPS - Ganhos Potenciais em Saúde

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

HH, EPER - Hospital da Horta, EPER

HLS - Health Literacy Survey

HSEIT, EPER - Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER

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

IC – Intervalo de Confiança

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal

ISJD - Instituto de São João de Deus

MGF - Medicina Geral e Familiar

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

ONG - Organizações não-governamentais

PA - Plano de Atividades

PAI - Plano de Ação Integrada

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

PIS - Plano Integrado de Saúde

PLS - Plano Local de Saúde

PLV - Prevalência dos Consumos ao longo da vida

PNS 2030 - Plano Nacional de Saúde 2030

PNS - Plano Nacional de Saúde

PRS 2030 - Plano Regional de Saúde 2030

RAA - Região Autónoma dos Açores

RAM - Região Autónoma da Madeira

ROCCA Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero nos Açores

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

ROCMA - Rastreio Organizado ao Cancro da Mama nos Açores

SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SF - Saldo fisiológico

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SISA - Sistema de Informação em Saúde dos Açores

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores

SRS - Serviço Regional de Saúde

SRSD - Secretaria Regional da Saúde e Desporto

TBM - Taxa Bruta de Mortalidade

TIP - Taxa de Incidência Padronizada

TSDT - Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

UMA - Unidades Maço Ano

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

US - Unidade de Saúde

USI - Unidade de Saúde de Ilha

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

YLD - Total de Anos Vividos com Incapacidade

1. Apêndice A - Documento de Apoio à Conceção dos Planos Locais de Saúde/Plano de Ação Integrada

1.1. Introdução

O PRS 2030 preconiza a sua aplicação através de Estratégias Locais de Saúde (ELS), fazendo parte integrante dos Planos de Atividades das unidades de Saúde de ilha (USI) assumindo, por isso a forma de um plano integrado de Saúde baseado nas estratégias definidas no PRS, no pressuposto de irem ao encontro dos Programas/áreas consideradas, não obstante poderem adotar as estratégias e intervenções específicas, na base da priorização dos problemas locais identificados. Visa, assim, desenvolver e reforçar a implementação do PRS ao nível regional e local. Neste contexto, importa salientar que os Planos Locais de Saúde (PLS) são instrumentos ímpares de implementação do PRS, de alinhamento com os objetivos regionais e estratégicos, utilizando uma abordagem intersectorial que envolva os diferentes parceiros locais (*stakeholders*) que têm impacto na Saúde.

Com esta referência, a intervenção em Saúde, embora mantendo as especificidades próprias como os demais setores, não se separa de uma ação concertada com os intervenientes relevantes da comunidade local. Este Plano pode representar, assim, uma oportunidade, ao nível local, de incorporar a **Saúde em Todas as Políticas**.

A nova *Agenda 2030 das Nações Unidas para o desenvolvimento sustentável* constitui um plano de ação centrado nas pessoas, no planeta, na prosperidade, na paz e nas parcerias. Trata-se de uma agenda alargada que aborda várias dimensões do desenvolvimento sustentável (social, económico, ambiental). Os 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) da Agenda 2030 visam resolver as necessidades das pessoas, enfatizando que ninguém deve ser deixado para trás. “Transformar o nosso mundo na perspetiva do “Desenvolvimento Sustentável” é assim, também, dar relevo e importância a ação regional e local, cujos atores são os que estão mais próximos das populações, estando por isso mais habilitados a conhecer os seus problemas e a propor soluções para os mesmos.

Para melhorar a Saúde **global** da população importa investir na redução das desigualdades e das iniquidades, incorporando na definição das prioridades em Saúde as necessidades específicas dos grupos mais desfavorecidos, olhando para as vulnerabilidades ligadas ao género, à idade e ciclo de vida, ao rendimento e situação perante o emprego, às condições de residência, etc.

Os PLS/Planos Integrados de Saúde (PIS) devem, assim, integrar os Planos de Atividades das USI, assentes, porém, no formato e grelhas específicas, anexas, por forma a permitir, à posteriori, a leitura integrada e comparada entre cada ELS e o respetivo impacto no PRS.

O PLS tem como missão:

- Ser um mecanismo de operacionalização das estratégias regionais de Saúde, nomeadamente no que concerne às intervenções prioritárias consideradas em cada Programa elegível localmente;
- Identificar os problemas e necessidades de Saúde locais da população;
- Ser um quadro de referência para as políticas de Saúde da comunidade, adotando as estratégias adequadas às necessidades de Saúde da população;
- Promover e consolidar a colaboração das distintas entidades locais de Saúde;
- Integrar e articular os esforços dos parceiros em torno de objetivos comuns, reforçando uma abordagem intersectorial e de **Saúde em Todas as Políticas**;
- Assumir-se como compromisso social, incentivando os cidadãos a serem coprodutores das políticas de Saúde;
- Permitir a monitorização e avaliação do PRS, como um todo.

Dimensões-base para a elaboração dos PLS/PIS

- Melhorar as condições de vida das pessoas em situação de pobreza e exclusão social
 - Alimentação
 - Educação
 - Habitação
 - Saúde
 - Apoio social
 - Participação cívica e social
- Promover um bom início de vida
 - Preparação do nascimento com planificação, educação e apoio na parentalidade

- Investimento nos fatores protetores: Saúde familiar, alimentação, sono e exercício físico
- Saúde escolar: educação cívica, educação para a Saúde e educação sexual em meio escolar
- Conseguir um ambiente físico promotor da Saúde
 - Espaços verdes seguros e próximos, estimulantes da prática da atividade física
 - Segurança e diversidade alimentar
 - Acesso a água potável e a saneamento
 - Habitação saudável

As áreas para intervenção local, na observância das atribuições próprias de cada setor/parceiro envolvido, devem ser, preferencialmente, articuladas entre si, requerendo um planeamento conjunto: Serviço Regional de Saúde (SRS)/unidade de saúde (US); Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia, Serviço de Ação Social; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ); Departamentos Regionais com presença local (Ex: Desporto; Educação; Cultura); os próprios destinatários.

A durabilidade do Plano Local de Saúde / Plano de Ação Integrada

Os PLS, posteriormente à sua elaboração devem ser revisitados anualmente, em sintonia com a realidade do momento, ou seja, a possível mudança ao nível dos parceiros e das estratégias adotadas, apesar disso, sempre em função dos Programas em vigor, sujeitos a uma avaliação anual, com base nos indicadores de avaliação definidos para cada ação e de 4 em 4 anos, em função do desempenho e do respetivo impacto, nos indicadores de monitorização e respetivo impacto nas Metas do PRS definidas.

Propõe-se, portanto, que se mantenha uma estrutura-base de referência e de informação, por forma a permitir que seja possível comparar, monitorizar e avaliar o que está sendo desenvolvido na Região e localmente.

Governança

Os processos associados à elaboração e supervisão dos PLS cabem às Unidades de Saúde de Ilha, as quais devem privilegiar a existência de estruturas internas próprias para o desempenho das funções de coordenação (Equipa de Coordenação) e implementação do PRS/PLS, nomeadamente, por exemplo, envolvendo as Unidades de Saúde Pública, formalmente habilitadas para as respetivas problemáticas. Devem ser fomentados, juntos dos parceiros do PLS, **pontos focais** responsáveis por procederem à respetiva articulação, operacionalização e acompanhamento das intervenções específicas das suas áreas.

A. Equipa de Coordenação

Equipa Coordenadora

Coordena a elaboração e implementação do PLS, através da articulação com os parceiros (pontos focais).

Assegura que os projetos e ações na área da Saúde desenvolvidos na USI/ centro de saúde (CS) e comunidade estão enquadrados segundo o definido localmente e as referenciais do PRS.

B. Equipa de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação

Equipa de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação

Supervisiona a operacionalização do PLS.

Garante que todos os parceiros envolvidos na elaboração do PLS mantêm-se comprometidos com os recursos e intervenções necessárias à persecução dos objetivos e metas estabelecidas durante a sua vigência.

Reúne, periodicamente, com a Equipa Coordenadora e Parceiros.

Avalia o PLS, segundo o Modelo de Avaliação Proposto e participa na Avaliação do PRS coordenada e realizada pela DRS.

A elaboração do Plano Integrado, a verter no PA das USI, contempla três fases:

- 1) A Fase I é referente aos princípios orientadores do PLS, onde se faz o seu enquadramento e caracterização tendo por base, essencialmente, o diagnóstico de situação de Saúde local: caracterização geodemográfica e socioeconómica da população local e problemas de Saúde identificados por ciclos. As necessidades de Saúde da população e recursos locais.
- 2) A Fase II diz respeito, em concreto, à elaboração do Plano de Ação Integrada (PAI)/Plano de Implementação, ou seja, ao plano de ação propriamente dito, **assente nas áreas e estratégias definidas ao nível regional** no PRS, e estratégias locais necessárias, na base das especificidades locais,

se as houver, tendo em vista alcançar as mudanças pretendidas no tempo e espaço/local definido para vigorar;

- 3) Por último, a Fase III respeita ao **Plano de Avaliação**. O PRS é objeto de dois tipos de avaliação:
- a. Avaliação anual (processo e resultado), a partir da concretização de cada ação por estratégia, com base nos instrumentos de avaliação definidos, a concretizar pelas US.
 - b. Avaliação, intercalar, do conjunto de cada estratégia/ações adotada em cada ciclo, sendo a mesma o suporte para a monitorização/avaliação do respetivo impacto nos Programas e, por conseguinte, na melhoria da vida e Saúde das pessoas, tendo por base os respetivos indicadores selecionados para monitorização.

1.2. Fase I - O Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) a elaborar pelas USI, com a participação dos parceiros

Tem como intuito traçar o perfil de Saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de Saúde dessa população e inclui:

- Caracterização geodemográfica e socioeconómica
- Os Problemas de Saúde da população (ciclos) - através da utilização dos indicadores de morbimortalidade e identificação dos determinantes de Saúde que afetam mais significativamente os problemas de Saúde definidos
- Recursos locais/ Infraestruturas - designadamente parceiros internos e externos, com particular relevância para a rede “social”, envolvidos na construção do PLS e que colaborem em cada necessidade de Saúde identificada
- As Necessidades de Saúde da população - necessidades passíveis de intervenção, capazes de obter os melhores ganhos em Saúde com os recursos disponíveis.

Ver Modelo para caracterização social, económica, demográfica e da Saúde da população e Modelo para identificação dos recursos humanos – Equipa técnica(s) abaixo.

Modelo para caracterização social, económica, demográfica e da Saúde da população

1. Caracterização do concelho
1.1. Dimensão do local (área: km ² ; ha)
1.2. Enquadramento do local (Nº freguesias)
1.3. Caracterização das acessibilidades (rede viária, transportes públicos, situações de isolamento)
1.4. Condições habitacionais (cobertura de saneamento básico, de eletricidade, de água, etc.)
1.5. Espaços públicos de lazer (Existem? Quais as suas características?)

2. Caracterização Demográfica da População		Número
2.1. População		
Grupos etários	Total	
	0-4	
	5-9	
	10-14	
	15-24	
	25-34	
	35-44	
	45-54	
	55-64	
	65-74	
	75-84	
	85 e + anos	
2.2. Existência de mobilidade da população (migrações, turismo)		

3. Educação		Número
3.1. Níveis de Escolaridade (completos)		
	Sem saber ler nem escrever	
	1.º ciclo	
	2.º ciclo	
	3.º ciclo	
	Secundário	
	Formação profissional	
	Superior	
3.2. O abandono escolar é um problema relevante? Se sim, quais as principais causas?		
3.3. Absentismo		
3.4. Insucesso Escolar – Se sim, quais as principais causas?		
3.5. Analfabetismo		
3.6. ...		

4. Caracterização - Principais sectores de atividade

4.1. Desempregados (procura 1.º emprego, desempregado de longa duração, de muito longa duração)

4.2. Situação face ao Emprego (Ramos de Atividades Económicas) Assinalar por ordem decrescente (1º ...)

Agricultura e Pesca	
Indústrias, Águas, Saneamento	
Construção	
Comércio, Transportes, Alojamento, Restauração	
Informação, Comunicação	
Finanças, Seguros	
Imobiliário	
Administração, Serviços Públicos	
Outros Serviços	

5. Infraestruturas, locais

Existência de infraestruturas e tipo de serviços prestados

5.1. Serviços ao nível de apoio social (Segurança Social, Câmara Municipal, beneficiários do RSI, de pensão social, etc.)

5.2. Associações locais (desportivas, culturais, ATL, Comissão de Moradores, religiosas, etc.)

5.3. Instituições Privadas de Solidariedade Social

5.4. Forças de Segurança (PSP, GNR)

5.5. Equipamentos culturais (biblioteca, teatro, salas de exposição, etc.)

5.6. Comércio local

6. Saúde - Problemas de Saúde identificados (considerar a tabela: Fatores protetores e de risco e demais itens) (indicadores e perceção)

6.1. Morbilidade e mortalidade (indicadores) locais

6.2. Sobre Promover um bom início de vida

Preparação do nascimento com planificação, educação e apoio na parentalidade
(Investimento nos fatores protetores: Saúde familiar, alimentação, sono e exercício físico,
Saúde escolar: educação cívica, educação para a Saúde e educação sexual em meio escolar)

6.3. Sobre Promover uma adolescência saudável - Problemas de Saúde

6.4. Sobre promover uma idade adulta produtiva - Problemas de Saúde

6.5. Sobre promover um envelhecimento ativo - Problemas de Saúde

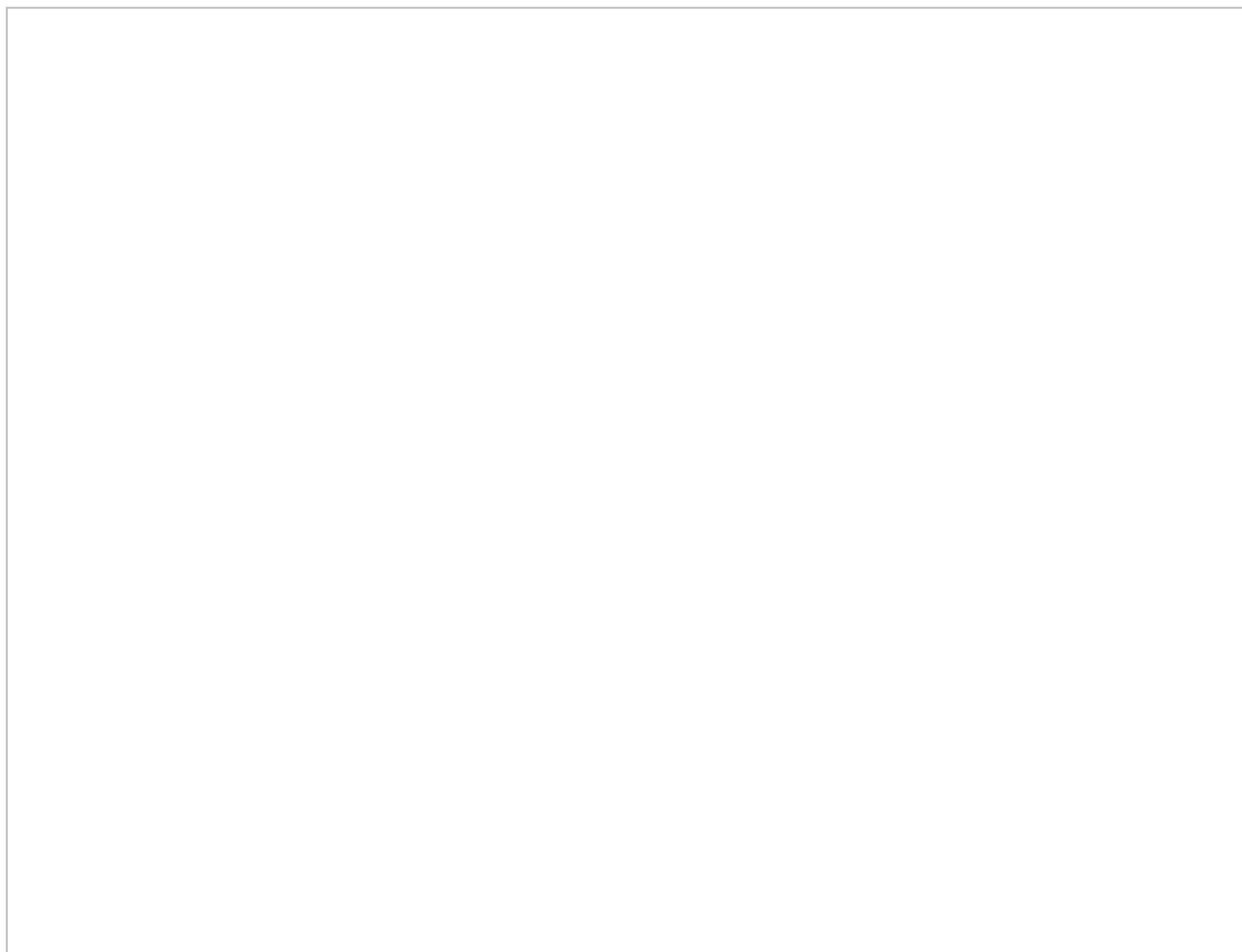
Fatores protetores e de risco

a) Fatores protetores <ul style="list-style-type: none">- Alimentação saudável- Diminuição da ingestão de sal- Prática da atividade física- Aprendizagem ao longo da vida- Vinculação familiar, sexualidade, socialização positiva- Outros fatores protetores	b) Fatores de risco/doença <ul style="list-style-type: none">- Obesidade infantil- Diabetes- Hipertensão- Sexualidade dos jovens- Consumos de tabaco, álcool e outras dependências- Outros fatores de risco
<p>- Saúde mental em programas de vigilância da Saúde, como os de Saúde materna, Saúde infantil e juvenil e Saúde escolar, Saúde do adulto e idosos, reforçando o investimento para a aquisição de competências básicas para a vida</p>	
<p><i>Ambiente físico promotor da Saúde</i></p>	
<ul style="list-style-type: none">- Espaços verdes seguros e próximos, estimulantes da prática da atividade física- Segurança e diversidade alimentar- Acesso a água potável e a saneamento- Habitação saudável- Transportes públicos próximos	

6.6. Necessidades de Saúde da população¹

Resenha das estratégias identificadas para atuar sobre os problemas identificados

¹ Traduzidas nas grelhas com menção às ações a desenvolver por estratégia.



Fontes: Câmara Municipal, Junta de Freguesia, Instituto Nacional de Estatística (INE)/ Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA), Estudos e ou registos (sobre) Locais, Agrupamentos escolares/Escola

Modelo para identificação dos recursos humanos – Equipa técnica(s)

Recursos Humanos				
Nome	Habilitações / Formação	Experiência Profissional	Entidade a que pertence	Funções no PAI
Equipa Coordenadora				
Equipa de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação				
Outros				

1.3. Fase II - Plano de Ação Integrada (grelhas anexas)

Modelo de Plano Local de Saúde (Plano de Implementação)

Ciclo de Vida _____ Ano _____ Unidade de Saúde de Ilha _____

Estratégia nº _____		
Operacionalização das Estratégias Locais de Saúde		
Ações	Entidades Envolvidas/Parcerias (por ação)	Instrumentos de Avaliação /Indicadores da ação ²
1.		
2.		
3.		
4.		
...		

Nota: Grelha a replicar

² Indicadores (s) e / ou Métricas; Grau (execução, satisfação, etc.); %; N.º; Tempo Médio; Média; Taxa; Nível ou evidência

1.4. Fase III - Plano de Avaliação

1. Avaliação de Processo (Quantitativa)

A avaliação de processo analisa a implementação, assente no “ponto de situação” das estratégias/ ações, em função da sua execução (executada, não executada, não considerada). Ver *Modelo de Avaliação do Processo - Avaliação quantitativa* abaixo.

2. Avaliação de Resultados (Qualitativa)

As respostas às questões de avaliação de resultados, devem permitir verificar o grau de mudança ocorrido com a operacionalização do PLS (aumento do conhecimento, mudança de atitudes, comportamento, etc.), pelo que estas devem fornecer informação sobre:

- Até que ponto o plano teve sucesso e para quem?
- Quem beneficiou do plano e como (grupo(s))?
- A iatrogenia da intervenção (consequências das ações - positivas e/ou negativas).
- Os ganhos e as aprendizagens.

Ver *Modelo de Avaliação de Resultados - Avaliação qualitativa* abaixo.

O PRS é, assim, objeto de dois tipos de avaliação:

Avaliação anual (processo e resultado), a partir da concretização de cada ação por estratégia, com base nos instrumentos de avaliação definidos. A concretizar pelas US.

Avaliação intercalar, do conjunto cada estratégia/ações adotada em cada ciclo, sendo a mesma o suporte para a monitorização/avaliação do respetivo impacto nos Programas e, por conseguinte, na melhoria da vida e Saúde das pessoas, tendo por base os respetivos indicadores selecionados para monitorização.

Modelo de Avaliação do Processo - Avaliação quantitativa³

Ciclo de Vida _____

Ano _____

Unidade de Saúde de Ilha _____

Estratégias	Ponto de Situação			
	Ações	Executada (nº)	Não executada (nº)	Não considerada (nº)
1.	1.			
	2.			
	3.			
	...			
2.	1.			
	2.			
	3.			
	...			
...	1.			
	...			

³ A avaliação quantitativa é elaborada a partir do preenchimento da coluna “ponto de situação”.

Modelo de Avaliação de Resultados - Avaliação qualitativa⁴

Ciclo de Vida _____

Ano _____

Unidade de

Saúde de Ilha _____

Resultados a atingidos (por estratégia)

1. (descrever os resultados atingidos por estratégia considerando os “pontos de situação” das respetivas ações)

2. (descrever os resultados atingidos por estratégia considerando os “pontos de situação” das respetivas ações)

⁴ A avaliação qualitativa é elaborada a partir do preenchimento dos “resultados a atingir” (por estratégia).

2. Apêndice B - Prioridades de investimento

Apresenta-se a desagregação, por ilha, das principais necessidades em comparação com a situação atual, bem como as oportunidades e estratégias prioritárias de investimento a preencher a curto e médio prazo.

Ilha de Santa Maria

Ampliação do serviço de urgência e ambulatório

O atual centro de Saúde possui instalações com mais de 25 anos, existindo uma parte sem qualquer intervenção desde a entrada em funcionamento.

O envelhecimento da população demonstra a necessidade de ampliar o serviço de urgência e adaptá-lo a exigências regulamentares atuais.

Paralelamente, ao nível ambulatório, face ao aumento de especialidades disponibilizadas aos utentes, verifica-se a necessidade de construção de mais gabinetes médicos e não médicos.

Instalação de Aparelho de TAC na ilha de Santa Maria

Ilha de São Miguel

CENTROS DE SAÚDE

Reestruturação do Centro de Saúde da Povoação e do Nordeste

Face ao aumento da procura, decorrente do envelhecimento da população, e do aumento da carteira de serviços, pretende-se levar a efeito um conjunto de alterações que permitirão melhorar a qualidade do serviço e os níveis de segurança.

Construção do Novo Centro de Saúde da Ribeira Grande

O Centro de Saúde da Ribeira Grande funciona em instalações que não foram concebidas para este fim, criando inúmeras limitações à atividade diária que se pretende oferecer com qualidade.

Face a esta realidade, a única solução possível é a construção de um novo Centro de Saúde na Ribeira Grande.

Construção do Novo Centro de Saúde de Vila Franca do Campo

O Centro de Saúde de Vila Franca do Campo funciona em instalações que não foram concebidas para este fim, criando inúmeras limitações à atividade diária que se pretende oferecer com qualidade.

Face a esta realidade, a solução prevê a construção de um novo Centro de Saúde em Vila Franca do Campo em terreno identificado.

Construção da Nova Unidade de Saúde da Maia

Atendendo às más instalações das unidades de saúde de Porto Formoso, Maia e Lomba da Maia, prevê-se a construção de um novo edifício na Maia, com capacidade para dar resposta às três freguesias ao nível dos núcleos de saúde familiares, e ainda de um ginásio de fisioterapia.

Construção da Nova Unidade de Saúde de São Roque e Livramento

As freguesias de São Roque e Livramento têm crescido consideravelmente nos últimos anos face à proximidade que têm de Ponta Delgada. De modo a reduzir a pressão no Centro de Saúde de Ponta Delgada, propõe-se a construção de uma nova unidade de Saúde

Ações no Âmbito da Medicina dentária

Reabilitação/Reforço da capacidade instalada dos cuidados de Saúde primários, no âmbito de uma estratégia sustentada de prevenção, intervenção e do Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral (PICCOA), na área da Saúde Oral.

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO

Requalificação, reorganização, reparação, ampliação e modernização do Hospital do Divino Espírito Santo

Em virtude do infortúnio ocorrido no dia 4.05.24, e com o objetivo de projectar um hospital de futuro e dotá-lo de mais valências, bem como modernização de serviços. Avaliar a possibilidade de tornar o HDES num centro universitário.

Ilha Terceira

SEEBMO (Serviço Especializado de Epidemiologia e Biologia Molecular) - Construção do novo edifício

O SEEBMO é o laboratório de referência a nível regional nas áreas de epidemiologia e biologia molecular, desenvolvendo um papel de reconhecimento nacional e internacional.

As atuais contingências ao nível infraestrutural (ocupação parcial de um edifício antigo e que não é propriedade do HSEIT, EPER, sendo partilhado com outros serviços o que apresenta um risco biológico elevado) apresentam um agravado risco à resposta assistencial e laboratorial que se revela crítica para a estratégia regional de resposta a emergências em saúde pública.

Ilha Graciosa

Ampliação do Centro de Saúde da Graciosa

Face à oportunidade de adquirir um equipamento de TAC (Tomografia Computorizada) no âmbito do PRR verifica-se a impossibilidade de o instalar nas instalações atuais, por isso propõe-se ampliação do edifício junto da urgência, com capacidade de dar resposta a utentes internos do SRS, e a outros referenciados por entidades privadas.

Reorganização funcional e beneficiação do Centro de Saúde da Graciosa

O aumento da oferta de serviços do Centro de Saúde da Graciosa obriga a uma reorganização funcional e à beneficiação de várias áreas para além da estrutura existente. Por outro lado, e à semelhança do Centro de Saúde de Santa Cruz das Flores, a pandemia demonstrou a necessidade, nas ilhas com um único centro de Saúde, de recorrer a armazéns externos para guardar material clínico. Propõe-se, por isso, a construção de um pequeno edifício de armazém de aprovisionamento que aumente a capacidade de resiliência.

Ilha de S. Jorge

Construção do novo bloco do Centro de Saúde de Velas

Para melhorar a resposta aos cuidados continuados propõe-se a construção de um novo bloco para sudoeste do atual edifício, ocupando uma parte do estacionamento público.

Centro de Saúde da Calheta

Prevê-se uma requalificação e nova organização de espaços no atual edifício do Centro de Saúde da Calheta, como por exemplo a ligação do laboratório ao edifício principal, a melhoria da climatização do edifício e ampliação do parque de estacionamento.

Ilha do Pico

Centro de Saúde de São Roque do Pico - Incremento da capacidade de resposta

Derivado da antiguidade da construção verifica-se um conjunto de constrangimentos ao cumprimento de alguns requisitos legais na urgência, pequena cirurgia, esterilização e outros, que se pretende corrigir, através de uma reorganização funcional que permitirá melhorar a resiliência e capacidade de resposta ao utente.

Construção do Novo Centro de Saúde Lajes do Pico

O Centro de Saúde das Lajes do Pico funciona em instalações que não foram concebidas para este fim, criando inúmeras limitações à atividade diária que se pretende oferecer com qualidade.

Prevê-se a construção de um novo centro de saúde nas instalações do antigo matadouro.

Ilha do Faial

Remodelação do Corpo A e B do Hospital da Horta, EPER

O edifício do Hospital da Horta, EPER é constituído por três blocos, A, B e C, tendo o A - 38 anos e o B -21 anos. No Programa Operacional Açores 2020 foi contemplada a ampliação da urgência, contudo persiste a

necessidade de beneficiar um conjunto de outros espaços proporcionando uma maior e melhor oferta ao utente.

No âmbito do PRR está prevista a instalação de um novo equipamento de ressonância magnética, no entanto as áreas disponíveis na zona da imagiologia são insuficientes. Assim prevê-se a construção de um novo corpo no jardim da imagiologia.

Ilha das Flores

Centro de Saúde de Santa Cruz das Flores

Devido às alterações climáticas a ilha das Flores é cada vez mais fustigada por furacões de grande intensidade, provocando, para além de uma vasta destruição, o isolamento da ilha. A título de exemplo, no furacão Lorenzo, a ilha ficou sem ligações marítimas mais de 30 dias. Atendendo à necessidade de garantir *stock* suficiente de materiais no centro de Saúde, urge ampliar o armazém de aprovisionamento, garantindo, assim, maior resiliência face a eventos naturais agressivos.

Além da ativação da hidroterapia e do aumento do aprovisionamento, pretende-se reorganizar em termos funcionais a área de fisioterapia, dotando-a de condições para ser convertida em enfermaria em caso de emergência em Saúde Pública ou catástrofe.

Está ainda prevista uma reorganização de espaços para instalação de serviço de TAC.

Ilha do Corvo

Apetrechamento do Centro de Saúde

No seguimento do investimento já realizado na beneficiação, mediante a modernização ecológica do equipamento hospitalar e administrativo que se encontra obsoleto, avariado ou em avançado estado de degradação.

OUTROS

Centro Clínico Integrado de Simulação Biomédica dos Açores

Cientes da importância capital da formação contínua dos profissionais de saúde, pretende-se dar continuidade aos planos de formação anuais, assentes nas melhores evidências científicas atuais. Assim, na certeza de que, no âmbito do PRS 2030, podemos evoluir e fortalecer a oferta formativa aos profissionais de saúde da RAA, será criado o Centro Clínico Integrado de Simulação Biomédica dos Açores.

Com resultados já comprovados, a simulação clínica é uma das estratégias pedagógicas em crescendo na formação de profissionais de saúde e pode servir-se de simuladores de baixa ou média tecnologia, quando os objetivos pretendem o treino de habilidades técnicas específicas, ou simuladores de alta tecnologia, quando a intenção é o desenvolvimento de raciocínio clínico, tomada de decisão, habilidades técnicas, atuação da equipa multiprofissional ou outras competências mais amplas, a partir de casos clínicos complexos.

3. Apêndice C - Recursos humanos

Em janeiro de 2023 o SRS contava com 5775 profissionais em atividade, excluindo vínculos laborais por avença. A carreira com maior número de profissionais é a de enfermagem (1765 profissionais). Seguem-se as carreiras de assistente operacional (1594 profissionais), assistente técnico (872 profissionais) e a carreira médica (737 profissionais).

Cerca de 42% dos profissionais têm uma idade compreendida entre os 35 e os 49 anos. A proporção de profissionais com idade igual ou superior a 60 anos é 12,3%, enquanto a proporção abaixo dos 30 anos é 11,4%.

		Grupo etário												
		(n/d)	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	Total Geral
Carreira	Enfermagem	7	42	168	194	335	351	246	166	134	104	18		1765
	Assistente Operacional	15	45	102	124	152	162	232	231	272	191	68		1594
	Assistente Técnico	15	46	69	75	84	119	120	129	109	86	20		872
	Médica	54		93	144	123	62	58	30	36	63	63	11	737
	TSDT	1	3	35	51	93	84	23	20	26	46	8		390
	Técnico Superior	9	6	48	49	59	63	38	13	15	14	4		318
	Informática	1	1	2	3	4	6	8	9	14	6	1		55
	Farmacêutica				1	3	4	4	4	7	3			26
	Técnico Sup. Saúde					1	2	4	1	3	5	2		18
	Total Geral	102	143	517	641	854	853	733	603	616	518	184	11	5775

Profissionais em atividade no SRS a 01/01/2023 por carreira (Excluindo vínculos laborais por avença)

(Fonte: DRS - DRH)

Para o ano de 2024, estabeleceram-se as necessidades de recrutamento, apresentadas no seguinte quadro:

Entidade	Nº de Vagas
Centro de Oncologia dos Açores Prof. Doutor José Conde	5
Técnico Superior-Técnico Superior	1
TSDT - Técnico de Radiologia-Técnico Superior	4
Unidade de Saúde da Ilha das Flores	21
Assistente Operacional-Assistente Operacional	5
Assistente Técnico-Assistente Técnico	2
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente	1
Enfermagem-Enfermeiro	5
Ramo de Psicologia Clínica-Assistente	1
Técnico Superior-Técnico Superior	1
TSDT - Fisioterapeuta-Técnico Superior	2
TSDT - Técnico de Cardiopneumologia-Técnico Superior	1
TSDT - Técnico de Radiologia-Técnico Superior	1
TSDT - Terapeuta da Fala-Técnico Superior	1
TSDT - Terapeuta Ocupacional-Técnico Superior	1
Unidade de Saúde da Ilha de Santa Maria	34
Assistente Operacional-Assistente Operacional	6
Assistente Técnico-Assistente Técnico	8
Carreira especial de técnico de sistemas e tecnologias de informação-Técnico de sistemas e tecnologias de informação	1
Carreira Especial Farmacêutica-Farmacêutico assistente	1
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente	1
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente Graduado	1
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente Graduado Sênior	1
Carreira Especial Médica - Área de saúde pública-Assistente	1
Carreira Especial Médica - Área Hospitalar - Medicina interna-Assistente	3
Enfermagem-Enfermeiro	7
Técnico Superior-Técnico Superior	3
TSDT - Técnico de Radiologia-Técnico Superior	1
Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel	104
Assistente Operacional-Assistente Operacional	38
Assistente Técnico-Assistente Técnico	28
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente	6
Enfermagem-Enfermeiro	25
Técnico Superior-Técnico Superior	6
TSDT - Técnico de Radiologia-Técnico Superior	1
Unidade de Saúde da Ilha do Corvo	3

Enfermagem-Enfermeiro	1
Técnico Superior-Técnico Superior	2
Unidade de Saúde da Ilha do Faial	9
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente	4
Técnico Superior-Técnico Superior	4
TSDT - Terapeuta da Fala-Técnico Superior	1
Unidade de Saúde da Ilha do Pico	57
Assistente Operacional-Assistente Operacional	24
Assistente Técnico-Assistente Técnico	16
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente	2
Enfermagem-Enfermeiro	9
Técnico Superior-Técnico Superior	6
Unidade de Saúde da Ilha Graciosa	16
Assistente Técnico-Assistente Técnico	6
Carreira especial de especialista de sistemas e tecnologias de informação- Especialista de sistemas e tecnologias de informação	1
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente	2
Enfermagem-Enfermeiro	2
Técnico Superior-Técnico Superior	4
TSDT - Terapeuta Ocupacional-Técnico Superior	1
Unidade de Saúde da Ilha Terceira	62
Assistente Operacional-Assistente Operacional	7
Assistente Técnico-Assistente Técnico	21
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente	10
Enfermagem-Enfermeiro	18
Técnico Superior-Técnico Superior	3
TSDT - Técnico de Cardiopneumologia-Técnico Superior	2
TSDT - Terapeuta da Fala-Técnico Superior	1
Unidade de Saúde de Ilha de São Jorge	16
Assistente Operacional-Assistente Operacional	4
Assistente Técnico-Assistente Técnico	3
Carreira Especial Médica - Área de medicina geral e familiar-Assistente	3
Enfermagem-Enfermeiro	3
Ramo de Nutrição-Assistente	1
Técnico Superior-Técnico Superior	1
TSDT - Técnico de Radiologia-Técnico Superior	1
Total Geral	327

Mapa de recrutamento SRS (2024)