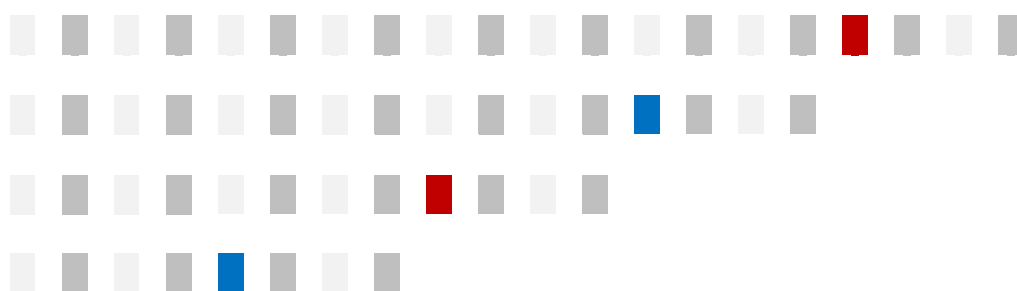


PLANO REGIONAL DE SAÚDE

DO CENTRO

| 2018 - 2020



FICHA TÉCNICA:

TÍTULO:

Plano Regional de Saúde do Centro 2018-2020

EDITOR:

Administração Regional de Saúde do Centro, IP
Alameda Júlio Henriques s/n
3001-553 Coimbra
Telf. 239 796 800 | Fax. 239 796 861

CONSELHO DIRETIVO

Rosa Maria dos Reis Marques Furtado Oliveira (Presidente)
Luís Manuel Militão Mendes Cabral (Vogal)
Mário Manuel Guedes Teixeira Ruivo (Vogal)

AUTORIA:

João Pedro Pimentel (Diretor do Departamento de Saúde Pública da ARS Centro, IP)
António Morais
Eugénio Cordeiro
Gabriel Pires
Lígia Carvalho
Lúcio Meneses de Almeida
Sandra Lourenço

Email de contato: planeamento@arscentro.min-saude.pt

INDICE

Preâmbulo	3
Introdução	4
Enquadramento.....	6
Metodologia	8
DIAGNÓSTICO - Situação de Saúde da População da Região Centro	
Quem somos?.....	11
Como vivemos?	13
Que escolhas fazemos?	14
Que saúde temos?	18
De que morremos?.....	22
OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS DE SAÚDE – Extensão a 2020	
Principais problemas de saúde	27
Áreas de Intervenção.....	30
PLANO DE MONITORIZAÇÃO - Indicadores e Metas (Extensão a 2020)	
1. Doença Oncológica.....	35
2. Causas externas.....	39
3. Doenças do Aparelho Circulatório	41
4. Doenças Crónicas do Fígado	43
5. Doenças Respiratórias.....	44
6. Vigilância e controlo de doenças crónicas	45
Análise Stakeholders	58
Bibliografia.....	60

Índice de figuras

Figura 1 – Evolução da esperança média de vida à nascença, por triénios.....	11
Figura 2 – Evolução da taxa bruta de natalidade (/1000 habitantes, 1996 a 2016.....	11
Figura 3 – Evolução anual do índice sintético de fecundidade (ISF), 1996 a 2016.....	12
Figura 4 – Crescimento populacional (%) nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro entre os censos de 2001 e 2011.....	12
Figura 5 – Distribuição espacial [a. Dezembro 2016] e evolução mensal [b. Janeiro 2004 a dezembro 2016] dos desempregados inscritos no IEFP /1000 habitantes da população ativa (15 e mais anos) nos concelhos da Região de Saúde do Centro.....	13
Figura 6 – Distribuição (%) da população residente por nível de escolaridade mais elevado completo nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro (Censos 2011).....	13
Figura 7 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, por triénios.....	14
Figura 8 – Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro, triénio 2014-2016.....	14
Figura 9 – Evolução dos nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, por triénios 16	
Figura 10 – Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro, triénio 2014-2016.....	16
Figura 11 – Distribuição percentual da população residente com 18 e mais anos, por classes de IMC e por sexo na Região de Saúde do Centro (2005/2006).....	16
Figura 12 – Distribuição percentual da população residente com 10 e mais anos por consumo de tabaco (fumador atual) na Região Centro, por grupo etário e sexo (2005/2006).....	17
Figura 13 – Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo, por triénios.....	18
Figura 14 – Proporção (%) de nascimentos pré-termo nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro, triénio 2014-2016.....	18
Figura 15 – Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença, por triénios.....	19
Figura 16 – Proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro, triénio 2014-2016.....	19
Figura 17 – Proporção (%) por 100 inscritos nos cuidados de saúde primários dos diagnósticos ativos por ICPC-2 (todas as idades) na Região de Saúde do Centro, 2016.....	19
Figura 18 – Evolução da taxa de incidência da Sida (/100000 habitantes), por ano.....	21
Figura 19 – Evolução da taxa de incidência da Infeção VIH (/100000 habitantes), por ano.....	21
Figura 20 – Evolução da taxa de incidência de Tuberculose (/100000 habitantes), por ano.....	21
Figura 21 – Evolução da taxa da taxa bruta de mortalidade (/100000 habitantes), por ano.....	22
Figura 22 – Taxa de mortalidade padronizada por (/100000 habitantes), no triénio 2012-2014, média anual, na população com idade inferior a 75 anos em ambos os sexos.....	22
Figura 23 – Evolução da taxa de mortalidade infantil por 1000 nados vivos, (1996-2016), média anual por triénios.....	23
Figura 24 – Mortalidade proporcional, no triénio 2012-2014, por grupo etário para as grandes causas em ambos os sexos.....	23
Figura 25 – Taxa AVPP até aos 70 anos (/100000 habitantes), por grandes grupos de causas de morte, no triénio 2012-2014, média anual, para ambos os sexos.....	24
Figura 26 – Taxa de AVPP até aos 70 anos (/100000 habitantes), por causas específicas de morte, no triénio 2012-2014, média anual, para ambos os sexos.....	24
Figura 27 – Taxa de AVPP até aos 70 anos (/100000 habitantes), por grupo dos tumores malignos, no triénio 2012-2014, média anual, para ambos os sexos.....	25

LISTA DE SIGLAS

ACeS– Agrupamento de Centros de Saúç
ARS - Administração Regional de Saúde
ARS Centro, IP - Administração Regional de Saúde do Centro, IP
AVPP – Anos de Vida Potenciais Perdidos
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral da Saúde
DIC – Doença Isquémica do Coração
OND – Observatório Nacional da Diabetes
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DPS –Departamento de Saúde Pública
ENPAF – Estratégia Nacional de Promoção da Atividade Física
HTA – Hipertensão Arterial
IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional
IMC – Índice de massa corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
INS – Inquérito Nacional de Saúde
INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
ISF – Índice Sintético de Fecundidade
NaCl – Cloreto de Sódio
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PRS – Plano Regional de Saúde
QUAR – Quadro de Avaliação e Responsabilização
SIARS – Sistema de Informação das ARS
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TBM – Taxa Bruta de Mortalidade
TMCU – Tumor Maligno do Colo do Útero
TME – Tumor Maligno do Estômago
TMLCBF – Tumor Maligno do Lábio, Cavidade Bucal e Faringe
TMLTBP – Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmão
TMMF – Tumor Maligno da Mama Feminina (TMMF)
TMP – Taxa de Mortalidade Padronizada
UIPS – Unidade de investigação e Planeamento em Saúde
ULS – Unidade Local de Saúde

Preâmbulo

Em cumprimento do disposto na Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, foi elaborado pela Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARS Centro, IP) o presente documento, consolidado por um grupo de trabalho criado para o efeito.

O Departamento de Saúde Pública da ARS Centro (DSP), serviço operativo de saúde pública de âmbito regional, tem como missão dotar o Conselho Diretivo deste instituto público do Ministério da Saúde da evidência necessária à tomada de decisão na área do planeamento em saúde.

Das suas atribuições destacam-se: a caracterização e a monitorização do estado de saúde da população; a identificação de necessidades em saúde; a avaliação do impacto da prestação de cuidados e a participação na elaboração do Plano Regional de Saúde (PRS), assegurando, ainda, o funcionamento da rede de Laboratórios de Saúde Pública da ARS Centro.

O PRS baseia-se nas orientações estratégicas definidas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS), com revisão e extensão a 2020 e assenta num planeamento de base populacional ajustado aos recursos disponíveis.

Para a sua operacionalização, o PRS fundamenta-se no “Perfil de Saúde” da região de saúde do Centro, servindo de base aos planos de atividades anuais e ao Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR). A sua implementação é feita através dos programas e projetos afetos a cada área de intervenção, visando a satisfação das necessidades de saúde identificadas.

Introdução

Pretende-se com o presente PRS, alinhado com o PNS, contribuir para aumentar os ganhos em saúde, através da prossecução de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (DGS,2017).

Apresentam-se neste documento as estratégias regionais orientadoras para a criação, desenvolvimento e execução dos Planos Locais de Saúde (PLS) da área territorial da ARS Centro, IP. Estes são construção e pertença das comunidades que no atual paradigma nacional, se entende precisarem de ser dinamizados pelo setor da saúde. As Unidades de Saúde Pública (USP) são o serviço de saúde de proximidade que detém a melhor capacidade técnica neste domínio pelo que devem assegurar a coordenação e acompanhamento deste processo, incluindo a conceção, execução e avaliação dos PLS.

O PRS enformado pelo moderno conceito da governança (OMS de 2012) pretende desenvolver estratégias de partilha dos valores e princípios do PNS, enfatizando o envolvimento e participação de todos os indivíduos, as famílias, a segurança social, as camaras municipais, as juntas de freguesia, a comunicação social, as forças de autoridade, as universidades, as instituições religiosas, os bombeiros, etc.

De acordo com a alínea c) do artigo 3º dos Estatutos da ARS Centro, é competência do Departamento de Saúde Pública (DSP) *“elaborar a proposta de Plano Regional de Saúde da população e acompanhar a sua execução”*.

Em 2015 o DSP da ARS Centro, IP elaborou o primeiro PRS de base populacional (PRS2015-2016).

Assim, dando cumprimento às recomendações do PNS 2020, apresenta-se os sete princípios orientadores essenciais da Saúde Pública:

1) Prevenção e controlo da Doença

- a. Visa reduzir a carga de doença e melhorar o nível de saúde.

2) Promoção e proteção da Saúde

- a. Visa criar condições para que todos (indivíduo e grupo) possam agir sobre os principais determinantes da saúde - *“as melhores escolhas em saúde são também as melhores escolhas para o Planeta”*.

3) Colaboração intersectorial

- a. Visa a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida através de intervenções ao nível da educação, segurança social, administração interna, agricultura etc.

4) Capacitação dos cidadãos

- a. Visa melhorar os conhecimentos dos cidadãos através de ações de literacia em saúde.

5) Promoção de ambientes saudáveis

- a. Visa subtrair os cidadãos à exposição a ambientes nocivos para a saúde através de ações de promoção de ambientes saudáveis

6) Divulgação e implementação de boas práticas

- a. Visa a melhoria continua da qualidade e da redução do desperdício.

7) Fortalecimento da Saúde Global

- a. Visa apresentar o novo contexto “A Saúde Global” como nova consciência e abordagem estratégica na “saúde internacional”.

O PRS recomenda o envolvimento ativo de outras entidades (dentro e fora do setor da saúde) no processo de identificação e hierarquização das principais necessidades de saúde da população da região centro. É, assim, fundamental proceder à comunicação intra e interinstitucional que permita encontrar as estratégias para melhor responder às questões de saúde.

É, também, aqui, que o plano constitui um passo importante para que os *stakeholders* assumam um papel ativo no processo de planeamento em saúde (ver anexo I).

Pretende-se assim, com este PRS, contribuir para melhor preparar o setor da saúde e particularmente os Serviços de Saúde Pública para, em fases subsequentes, serem integrados representantes das comunidades nesta construção.

Enquadramento

O Ministério da Saúde requereu a todas as instituições sob a sua tutela a elaboração de Planos Estratégicos Trienais ou, no caso das ARS, dos respetivos PRS, em alinhamento com o PNS com revisão e extensão a 2020.

Estes planos constituem plataforma indispensável ao desenvolvimento do SNS, desígnio nacional que urge consolidar também à luz dos principais compromissos internacionais em consonância com os quais são estabelecidos os seus horizontes temporais.



Acima de tudo, o PRS pretende ir ao encontro da política setorial do XXI Governo Constitucional, “Defender o SNS, Promover a Saúde” através de “uma nova ambição para a Saúde Pública”.

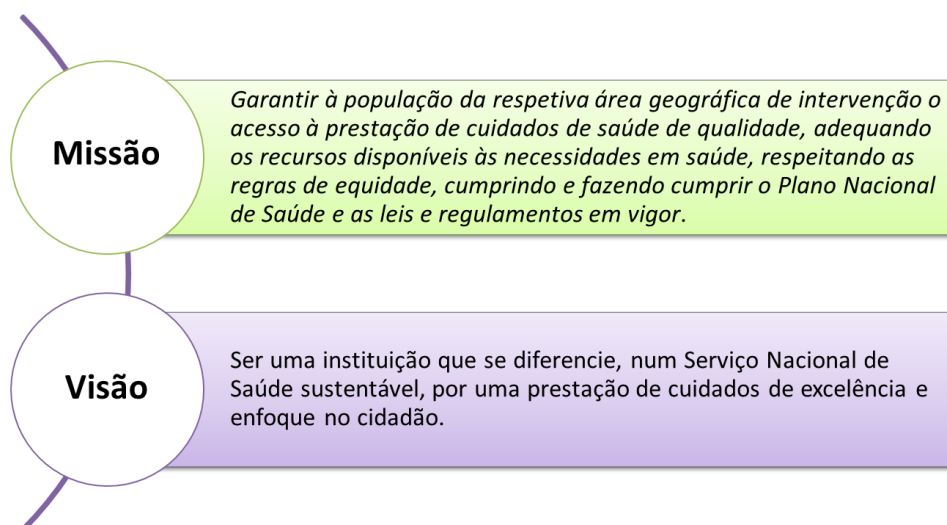
Quais as prioridades de saúde definidas no PNS 2020:

- 20% de redução da mortalidade prematura (<70 anos)
- 30% de aumento de esperança de vida saudável aos 65 anos
- Redução da prevalência do consumo de tabaco (≥15 anos)
- Controlo da incidência e a da prevalência do excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar.

Neste contexto, a elaboração do PRS apresenta uma abordagem global integrada nos quatro eixos estratégicos apresentados no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020 e para os quais se propõe um conjunto de recomendações estratégicas:



Assim, e em consonância com o PNS Revisão e Extensão a 2020, o PRS com um horizonte temporal de 3 anos, assenta nos Eixos Estratégicos do PNS 2020, os quais são transversais a toda a atividade da ARS Centro, IP e têm como finalidade concretizar a sua missão e visão:



Metodologia

Tomando como referência a situação epidemiológica da região centro e a sua posição face ao Continente, às outras ARS e algumas das metas nacionais definidas para o PNS 2015-2016, o atual Plano de Saúde definiu as **seis principais áreas de intervenção em saúde da população da região centro** (ver capítulo numero 2):

1. Doença Oncológica;
2. Causas Externas;
3. Doenças do Aparelho Circulatório;
4. Doenças Crónicas do Fígado;
5. Doenças do Aparelho Respiratório;
6. Vigilância e Controlo de Doenças Crónicas.

Tendo em consideração os dados disponíveis à data, referentes ao triénio 2012-2014, para a **mortalidade**, destacam-se por ordem decrescente de taxa de Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP) na região; acidentes de transporte; tumores malignos da mama feminina, da laringe, da traqueia, dos brônquios e pulmão; suicídio; doenças crónicas do fígado, cerebrovasculares; isquémica do coração, respiratórias, do estômago, do cólon, do lábio, da cavidade bucal e faringe, por lesões, do colo do útero e quedas acidentais.

A fonte de informação é o Instituto Nacional de Estatística, IP (INE) fornecidos ao abrigo de protocolo celebrado entre o INE e as cinco ARS.

No que respeita à **morbilidade** e aos **fatores de risco/determinantes de saúde**, os dados analisados referem-se aos registos efetuados nos cuidados de saúde primários (CSP), disponibilizados através do Sistema de Informação das ARS (SIARS). Considerou-se o número de problemas registados nos CSP, por código ICPC-2, e o seu peso relativo (%). Foi aplicado o mesmo método para todas as idades e para idades <65 anos. Os dados referem-se ao ano de 2016.

Depois de conhecidos, **hierarquizados e priorizados os problemas de saúde**, fixam-se as metas relativas aos indicadores previstos para avaliação do PRS - Extensão a 2020, no que respeita ao estado de saúde e desempenho do sistema de saúde na região centro cujos valores (observados e metas) se apresentam no capítulo numero 3.

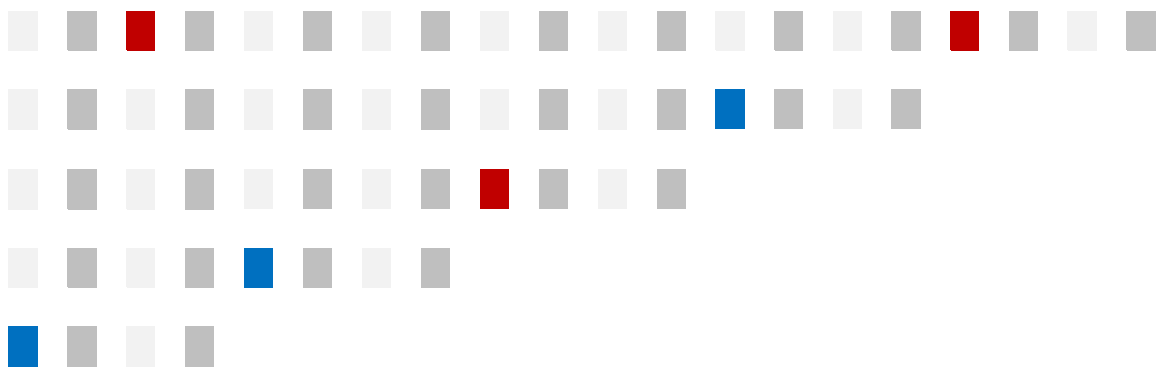
As **metas para 2020** são definidas como expectativas de percurso e de valores a alcançar. A fixação da meta regional teve em conta as projeções realizadas (baseadas na equação que melhor se ajustava ao histórico), mas também as projeções e metas constantes no PNS 2020. Pretende-se, deste modo, que as metas traçadas neste Plano, expressem o **resultado de melhorias, articuladas** a nível local, regional e nacional.

O Anexo I apresenta, em revisão, o papel desempenhado por todas as partes interessadas, os **stakeholders**, elaborado pelo Departamento de Estudos e Planeamento da ARS Centro, em articulação com todos os dirigentes da ARS Centro, IP e dos ACeS/ULS.

01.

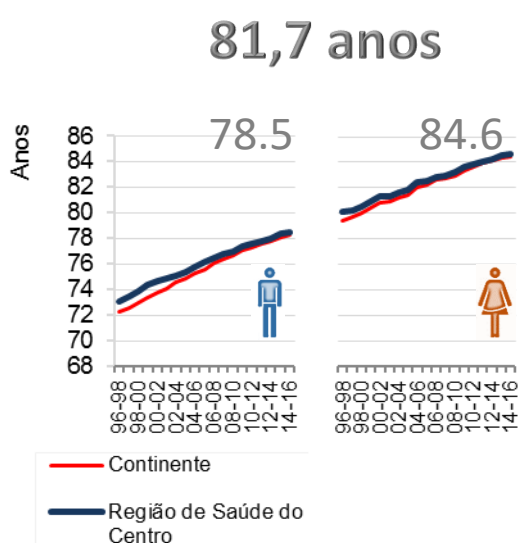
DIAGNÓSTICO

*Situação de Saúde da População da
Região Centro*



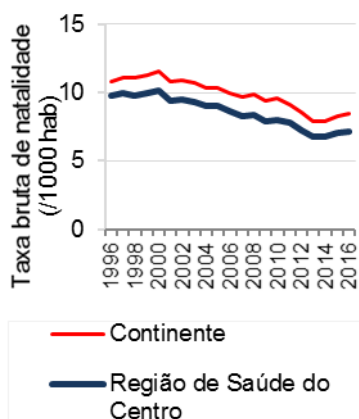
O PRS 2018-2020 começa pela apresentação do diagnóstico sumário de saúde. As fontes de informação são diversas, pelo que nesta tarefa foi fundamental a consolidação e harmonização de indicadores, nomeadamente os utilizados nos Perfis de Saúde, permitindo identificar os principais problemas de saúde da população.

Quem somos?



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 1 – Evolução da esperança média de vida à nascença, por triénios



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

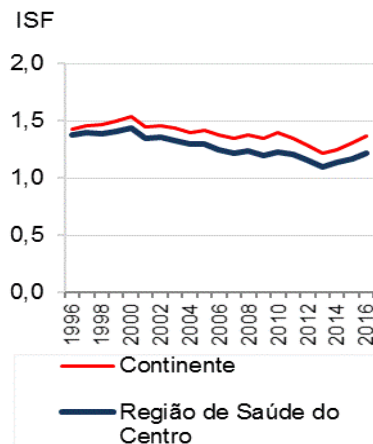
Figura 2 – Evolução da taxa bruta de natalidade (/1000 habitantes, 1996 a 2016

Na Região de Saúde do Centro residem 1 674 660 pessoas (estimativa para 2016), que representam 17% da população de Portugal Continental, sendo a terceira região de saúde mais populosa do Continente.

A esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo de 81,7 anos na região centro e de 81,4 anos no Continente no triénio 2014-2016.

As mulheres vivem, em média, aproximadamente mais 6 anos do que os homens (Figura 1).

A taxa bruta de natalidade tem vindo a decrescer mantendo-se inferior à do Continente, contudo em 2016 observou-se uma ligeira subida (7,2/1000 habitantes) em relação ao ano transato (7/1000 habitantes) na região (Figura 2).

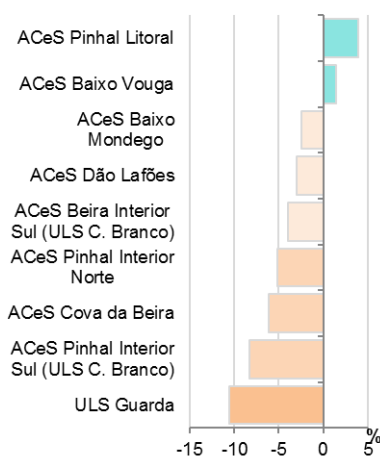


Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 3 – Evolução anual do índice sintético de fecundidade (ISF), 1996 a 2016

O **índice sintético de fecundidade (ISF)** é o número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento.

A tendência de evolução do ISF também é decrescente, fixando-se, em 2016, em 1,21 na região e em 1,37 no Continente (Figura 3).



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 4 – Crescimento populacional (%) nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro entre os censos de 2001 e 2011

Entre os Censos de 2001 e 2011, a região perdeu 2,2% da sua população, ao contrário do que aconteceu entre os Censos de 1991 e 2001, o que denuncia uma tendência para o decréscimo de população verificada na maior parte dos concelhos e ACeS/ULS (Figura 4).

A Região de Saúde do Centro apresenta o **segundo índice de envelhecimento mais elevado** do Continente, que tem vindo a aumentar nas últimas décadas.

O aumento dos efetivos populacionais idosos, a par do decréscimo acentuado da natalidade, introduziram alterações significativas na pirâmide etária da região, com estreitamento da base, o que configura um cenário de acentuado envelhecimento populacional.

Como vivemos?

O número de desempregados inscritos no Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP (IEFP) na Região Centro tem mostrado uma tendência decrescente. Em termos relativos, a taxa de desempregados na região em dezembro de 2016 era de 43,7 por 1 000 habitantes com 15 e mais anos, valor inferior ao registado em dezembro de 2015 (52,2/1 000 habitantes) e também se situando abaixo do Continente (53,6/1 000 habitantes). As mulheres são as que apresentam mais registos de desemprego no IEFP em comparação com os homens (Figura 5).

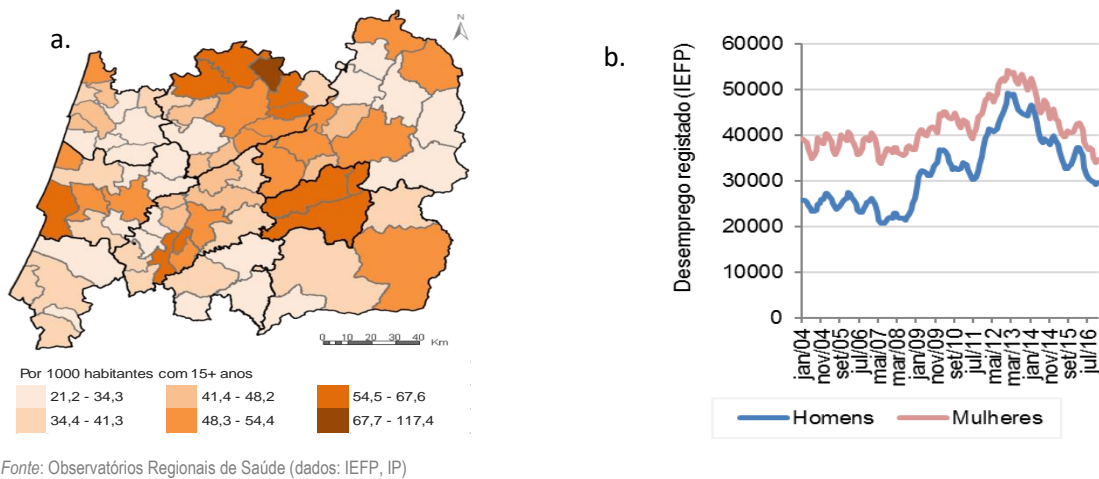


Figura 5 – Distribuição espacial [a. Dezembro 2016] e evolução mensal [b. Janeiro 2004 a dezembro 2016] dos desempregados inscritos no IEFP /1000 habitantes da população ativa (15 e mais anos) nos concelhos da Região de Saúde do Centro

Relativamente ao nível de escolaridade da população verificou-se que mais de metade da mesma tem o ensino básico completo (Figura 6).

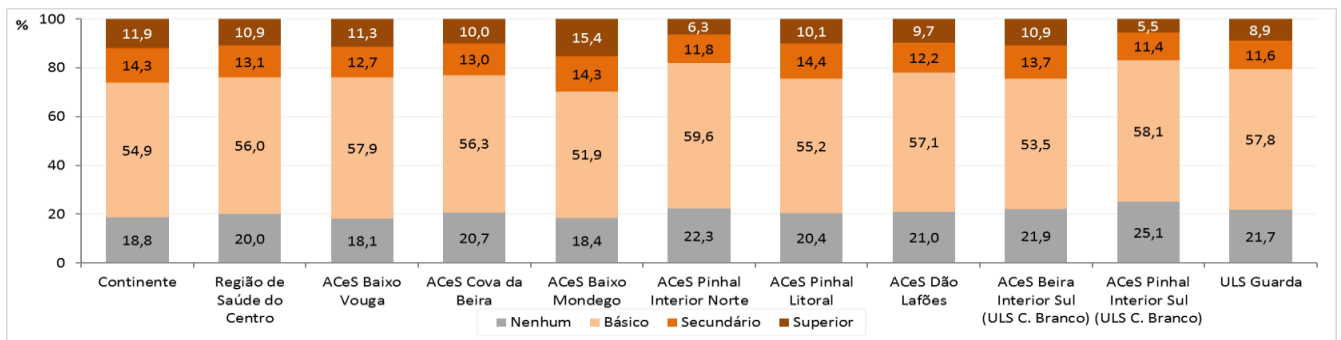
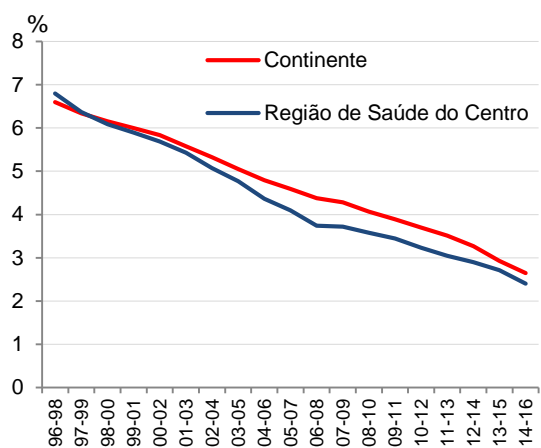


Figura 6 – Distribuição (%) da população residente por nível de escolaridade mais elevado completo nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro (Censos 2011)

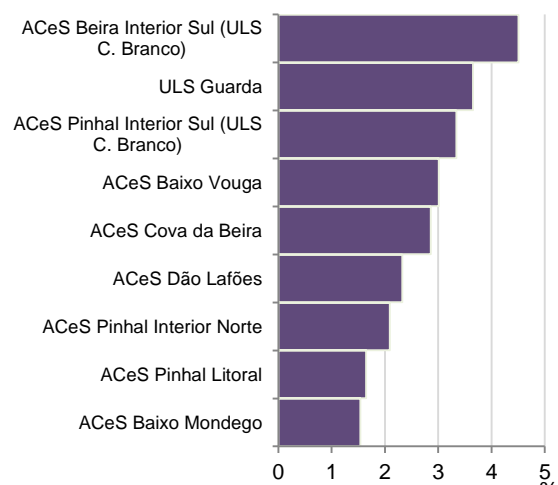
Que escolhas fazemos?

Os nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos têm vindo a diminuir nos últimos anos na região, acompanhando a tendência do Continente, mas mantendo-se inferior a este. No triénio 2014-2016 a proporção foi de 2,4% na região e de 2,6% no Continente (Figura 7). No triénio de 2014-2016 os nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos variou entre 1,5% e 4,5% nos ACeS/ULS da Região Centro (Figura 8).



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 7 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, por triénios



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 8 – Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro, triénio 2014-2016

Os nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos têm vindo a aumentar nos últimos anos, apresentando a Região valores superiores mas muito próximos aos do Continente. No triénio 2014-2016 a proporção foi de 30,8% na região e de 30% no Continente (Figura 9). No triénio de 2014-2016 os nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos variou entre 26,2% e 34,1% nos ACeS/ULS da Região Centro (Figura 10).

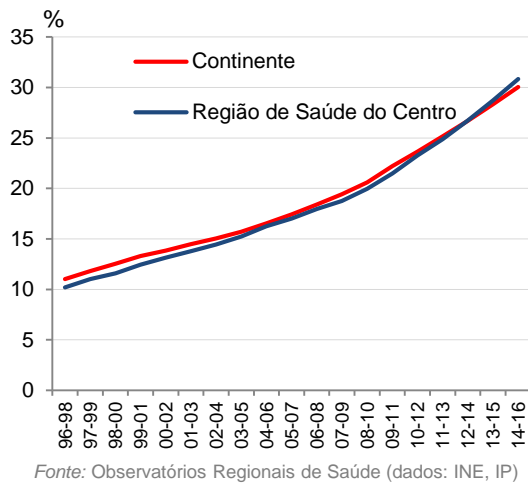


Figura 9 – Evolução dos nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, por triénios

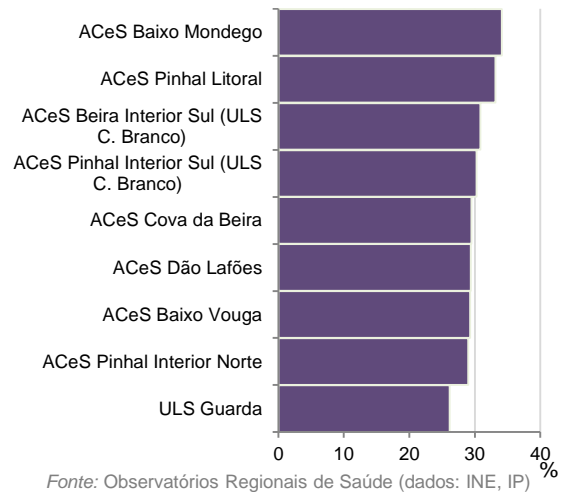


Figura 10 – Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro, triénio 2014-2016

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006 revela que **50%** da população da região centro com 18 e mais anos de idade tem **excesso de peso** ou é **obesa**, tal como acontece no Continente. Quase metade da população com idades **entre os 55 e os 64 anos tem excesso de peso** e cerca de 20% da população **entre os 65 e os 74 anos é obesa**. A percentagem de homens com excesso de peso é superior à das mulheres, mas existem mais mulheres com obesidade (Figura 11).

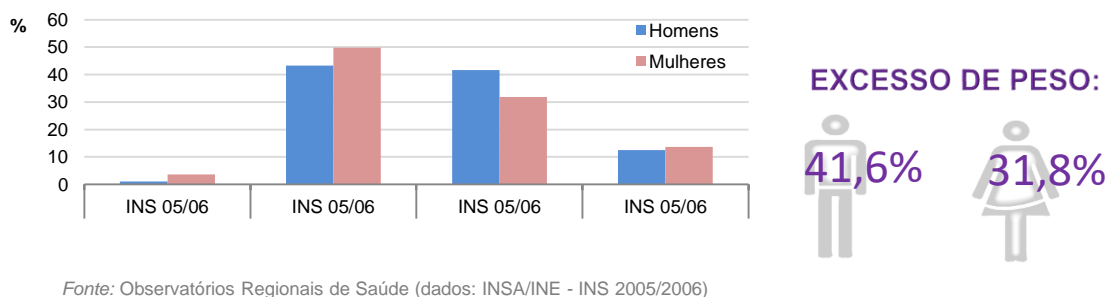


Figura 11 – Distribuição percentual da população residente com 18 e mais anos, por classes de IMC e por sexo na Região de Saúde do Centro (2005/2006)

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (INS), a região centro tinha 16,1% de **fumadores entre a população com 10 e mais anos**, verificando-se uma diminuição entre os INS de 1998/1999 e de 2005/2006 em ambos os sexos, mas de forma mais acentuada nos homens (INS2005/2006).

A percentagem de homens fumadores é mais elevada em todos os grupos etários, mas de forma mais expressiva dos 35 aos 44 anos. Comparativamente ao Continente, a percentagem de fumadores com 10 e mais anos na região é ligeiramente inferior.

Aumentaram os ex-fumadores entre os INS de 1998/1999 e 2005/2006, especialmente homens (Figura 12).

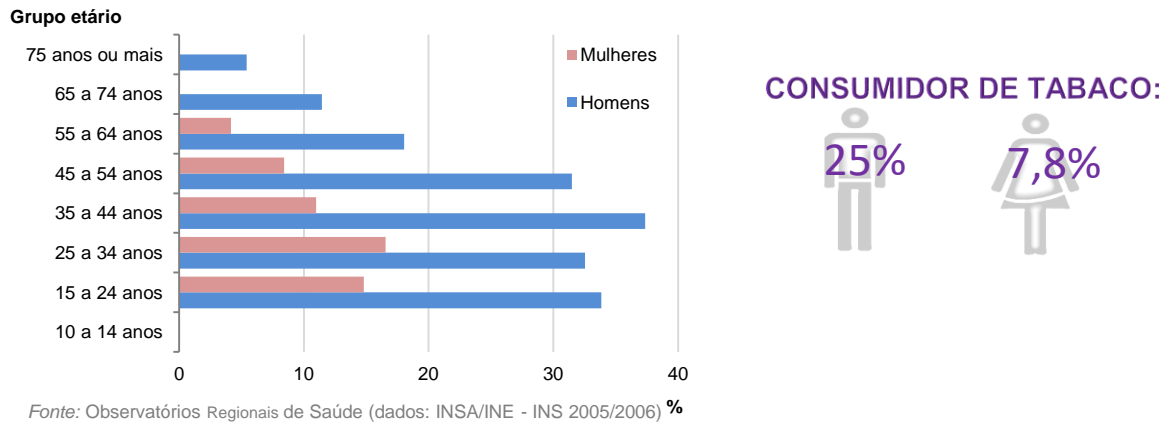


Figura 12 – Distribuição percentual da população residente com 10 e mais anos por consumo de tabaco (fumador atual) na Região Centro, por grupo etário e sexo (2005/2006)

Que saúde temos?

A proporção de **nascimentos pré-termo** na região aumentou até ao triénio 2006-2008 e desde então tem diminuído, **aproximando-se** dos valores do Continente (Figura 13). No triénio 2014-2016 a proporção foi de 8% na região e de 7,9% no Continente. No triénio de 2014-2016 os nascimentos pré-termo variou entre 6,8% e 8,7% nos ACeS/ULS da Região Centro (Figura 14).

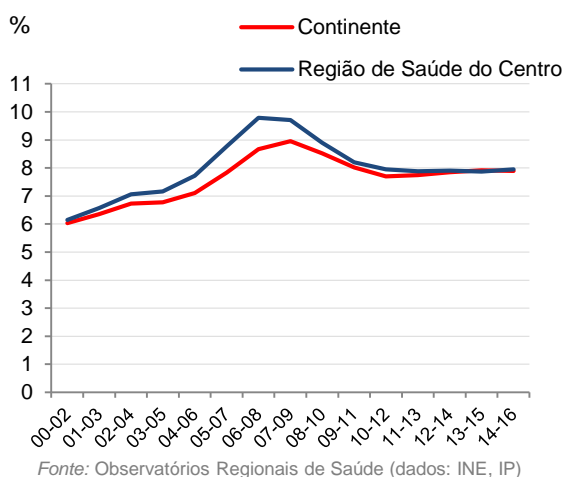


Figura 13 – Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo, por triénios

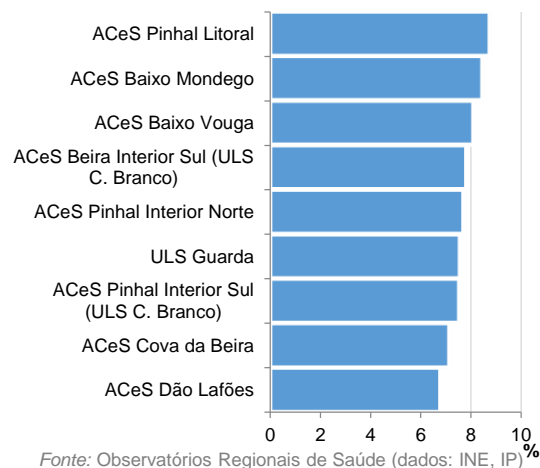
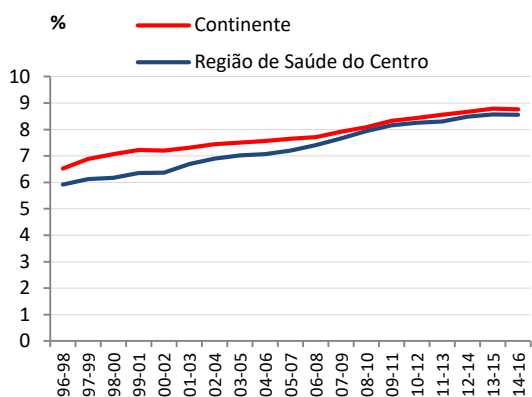


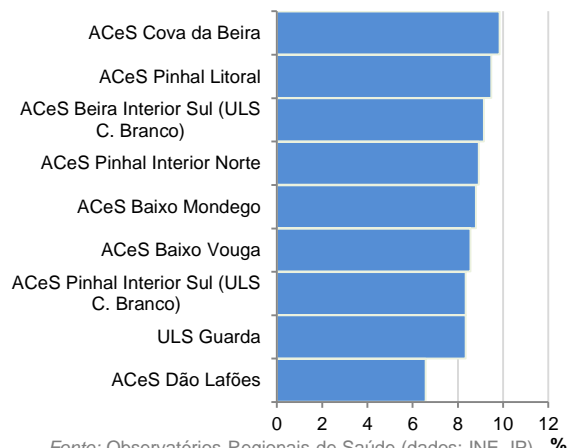
Figura 14 – Proporção (%) de nascimentos pré-termo nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro, triénio 2014-2016

O **baixo peso à nascença** tem aumentado na região, mas com valores inferiores ao do Continente. No triénio 2014-2016 a proporção de crianças com baixo peso à nascença foi de 8,6% na região e de 8,8% no Continente (Figura 15). No triénio de 2014-2016 a proporção de crianças com baixo peso à nascença variou entre 6,6% e 9,8% nos ACeS/ULS da Região Centro (Figura 16).



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

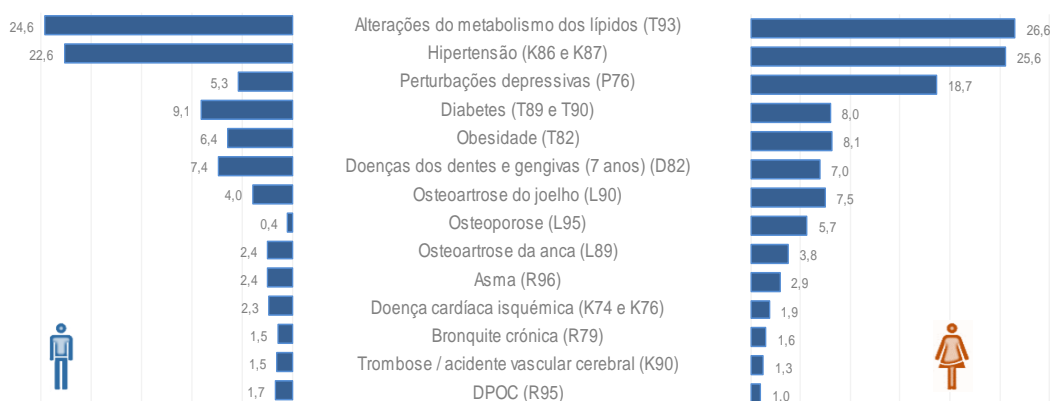
Figura 15 – Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença, por triénios



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP) %

Figura 16 – Proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença nos ACeS/ULS da Região de Saúde do Centro, triénio 2014-2016

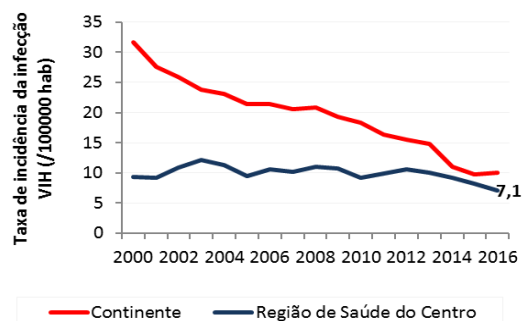
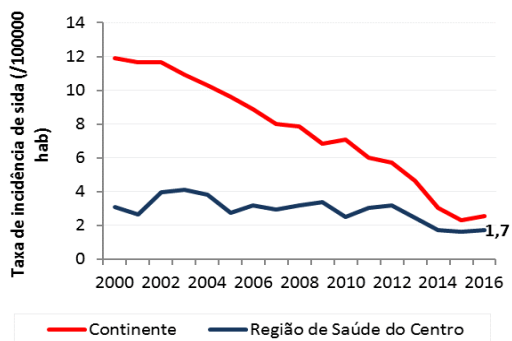
Em 2016, de entre os **fatores de risco e determinantes de saúde registados** nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) são as **alterações ao metabolismo dos lípidos** e a **hipertensão** que apresentam a maior proporção de inscritos com diagnóstico ativo, logo seguido as perturbações depressivas. Na maioria dos fatores de risco e determinantes analisados são as mulheres que apresentam maior proporção de diagnósticos por 100 inscritos, exceto no que respeita ao tabaco (homens; 10% e mulheres; 5,8%) e ao álcool (homens; 2,8% e mulheres; 0,3%) (Figura 17).



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: SIARS)

Figura 17 – Proporção (%) por 100 inscritos nos cuidados de saúde primários dos diagnósticos ativos por ICPC-2 (todas as idades) na Região de Saúde do Centro, 2016

As **taxas de incidência de sida e da infeção VIH** na região apresentam uma tendência decrescente e com valores abaixo do Continente. Considerando as notificações até 31/12/2016, na região registaram-se 1,7 casos de sida/100 000 habitantes e 7,1 casos de infeção VIH/100 000 habitantes (Figura 17 e 18).



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: DDI-URVE/INSA, IP)

Figura 18 – Evolução da taxa de incidência da Sida (/100000 habitantes), por ano

Figura 19 – Evolução da taxa de incidência da Infeção VIH (/100000 habitantes), por ano

A **taxa de incidência de tuberculose** tem vindo a diminuir na região, mantendo-se inferior à do Continente com 8,4 casos de tuberculose por 100 000 habitantes, no ano de 2016 (Figura 20).

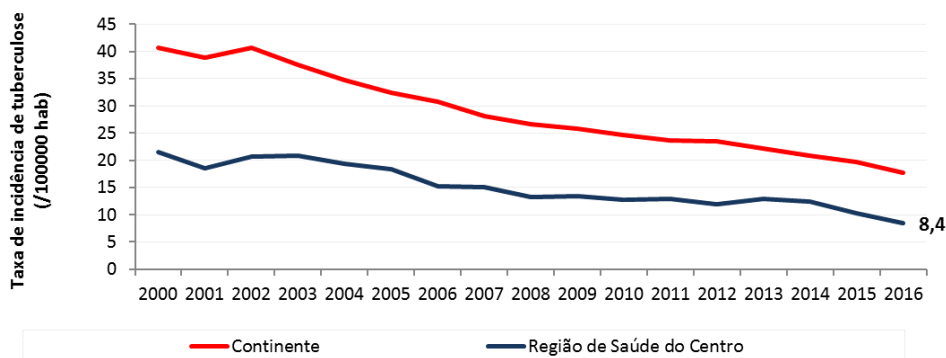
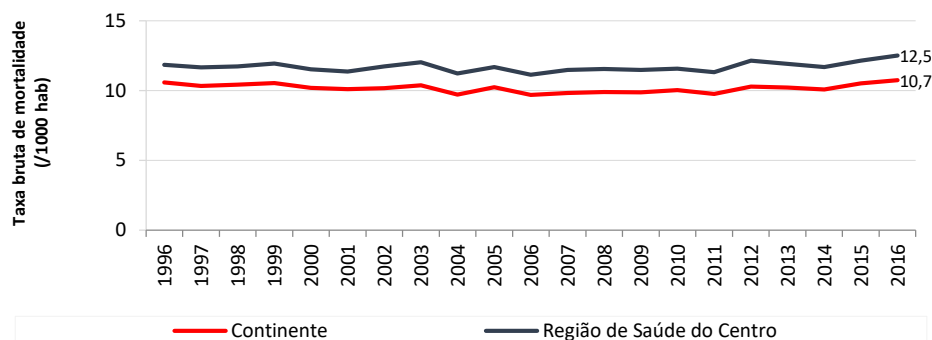


Figura 20 – Evolução da taxa de incidência de Tuberculose (/100000 habitantes), por ano

De que morremos?

A taxa bruta de mortalidade na região tem-se mantido estável e é superior à do Continente (Figura 21).



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 21 – Evolução da taxa da taxa bruta de mortalidade (/100000 habitantes), por ano

Observando as causas de morte prematura (<75 anos) específicas na região, no triénio 2012-2014, em termos de taxa de mortalidade padronizada (TMP) pela idade e com valores significativos e superiores ao Continente destacam-se os acidentes de transporte, as doenças crónicas do fígado e a pneumonia em ambos os sexos. O ACeS Pinhal Interior Norte e os ACeS Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS de Castelo Branco são os que apresentam valores mais elevados e com significância estatística em comparação com o Continente (Figura 22).

Local de Residência	TM estômago	TM cólon	TM laringe, traqueia, brônquios e pulmões	TM mama	Doenças isquémicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Pneumonia	Doenças crónicas do fígado (inclui cirrose)	Acidentes de transporte	Suicídios e lesões autoprovoc. volunt.
Continente	12,1	12,2	28,4	17,7	21,9	24,1	7,6	10,0	6,3	8,5
Região de Saúde do Centro	10,4	12,3	21,1	15,7	15,8	23,0	8,7	12,7	8,4	8,8
ACeS Baixo Vouga	12,0	13,0	23,0	14,0	17,2	26,5	8,8	11,0	6,7	7,0
ACeS Cova da Beira	9,4	16,7	32,4	16,4	17,1	17,1	9,0	12,2	8,0	5,5
ACeS Baixo Mondego	7,9	10,7	19,8	15,2	15,4	19,9	8,8	11,5	9,4	9,7
ACeS Pinhal Interior Norte	10,5	13,6	19,4	20,8	16,7	25,0	12,3	17,9	12,3	13,3
ACeS Pinhal Litoral	11,6	11,6	18,4	14,4	11,7	20,2	7,2	9,0	9,2	10,1
ACeS Dão Lafões	11,3	8,4	19,9	17,5	14,9	24,0	6,9	14,8	6,7	5,3
ACeS Beira Interior Sul (ULS C. Branco)	10,4	15,1	29,7	24,1	20,3	32,2	14,2	14,5	9,2	13,6
ACeS Pinhal Interior Sul (ULS C. Branco)	4,2	13,4	17,0	12,3	19,3	23,1	13,1	16,3	7,4	16,1
ULS Guarda	11,7	17,6	18,4	13,8	17,3	23,0	7,2	16,5	9,5	9,3

TM: Tumor Maligno

TMP da Região compara com TMP do Continente.

TMP do ACeS/ULS compara com TMP da Região.

Legenda do quadro e dos mapas:

A TMP é inferior com significância estatística

A TMP é inferior sem significância estatística

Sem dados

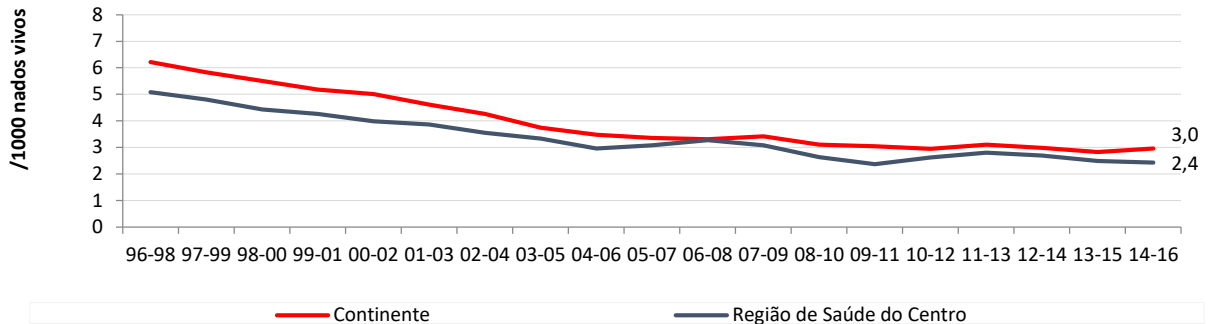
A TMP é superior sem significância estatística

A TMP é superior com significância estatística

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 22 – Taxa de mortalidade padronizada por (/100000 habitantes), no triénio 2012-2014, média anual, na população com idade inferior a 75 anos em ambos os sexos

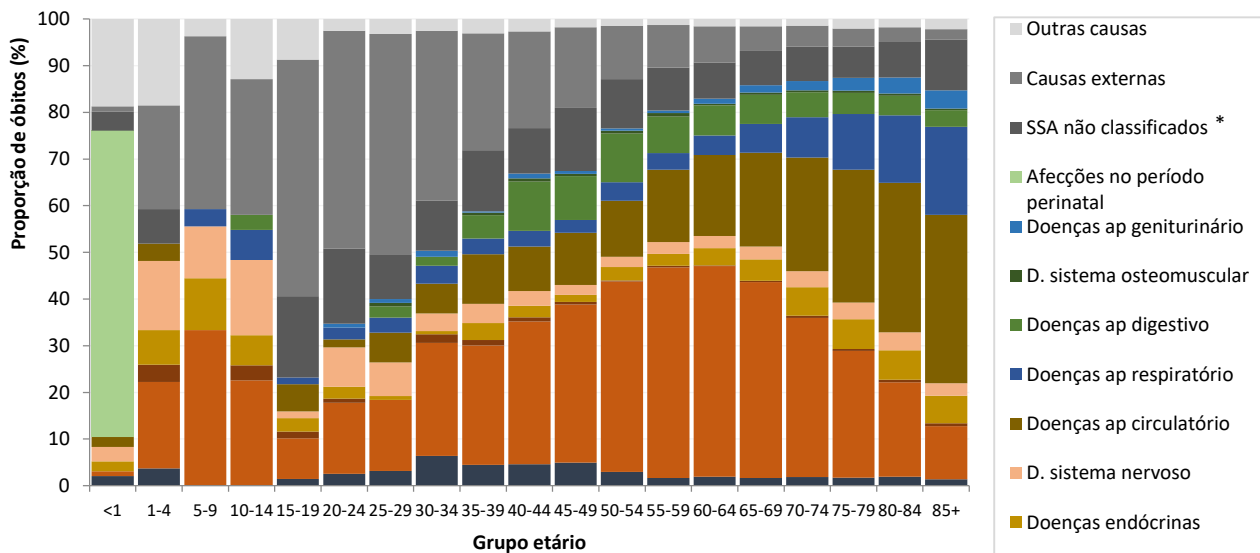
É de assinalar a diminuição progressiva da taxa de mortalidade infantil na região, mantendo-se sempre inferior à do Continente. No triénio 2014-2016 a taxa foi de 2,4/1 000 nados vivos na região e de 3,0/1 000 nados vivos no Continente (Figura 23).



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 23 – Evolução da taxa de mortalidade infantil por 1000 nados vivos, (1996-2016), média anual por triénios

Quando se analisa a mortalidade proporcional em todas as idades, verifica-se que são as doenças do aparelho circulatório que assumem maior peso relativo, especialmente a partir dos 75 anos. Tomando em consideração os óbitos em idades inferiores a 75 anos, o maior peso relativo cabe aos tumores malignos, especialmente entre os 55 e os 69 anos de idade. Nas idades mais jovens (15-29 anos), são as causas externas (suicídios, acidentes, etc) que assumem maior peso relativo nos óbitos (Figura 24).



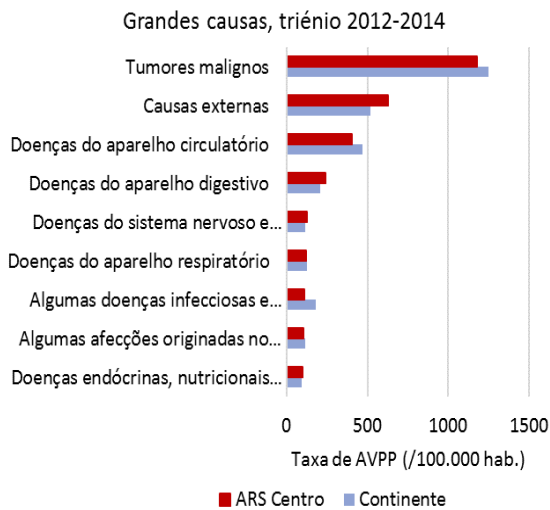
* Sinais, Sintomas e Achados

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

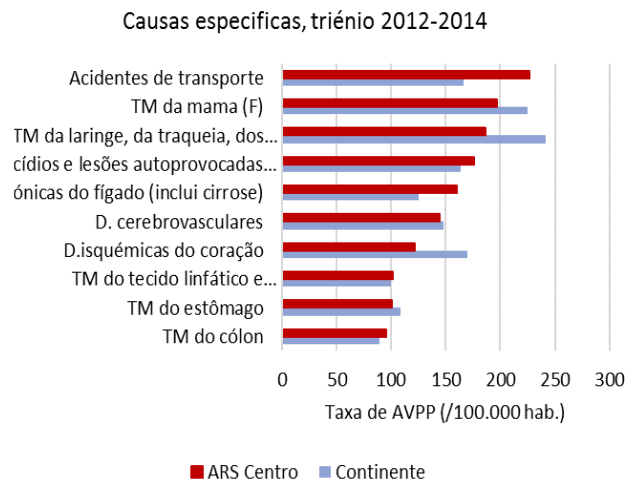
Figura 24 – Mortalidade proporcional, no triénio 2012-2014, por grupo etário para as grandes causas em ambos os sexos

A taxa de AVPP até aos 70 anos revela os tumores malignos como o principal grupo de causas de morte, embora com valores inferiores ao Continente e às ARS. As causas externas e as doenças do aparelho circulatório e digestivo são os grupos que se seguem (Figura 25).

Em termos de causas específicas abaixo dos 70 anos, os acidentes de transporte (taxa de AVPP superior à do Continente), o tumor maligno da mama feminino e o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão são as principais causas específicas que apresentam valores inferiores ao Continente (Figura 26).



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)



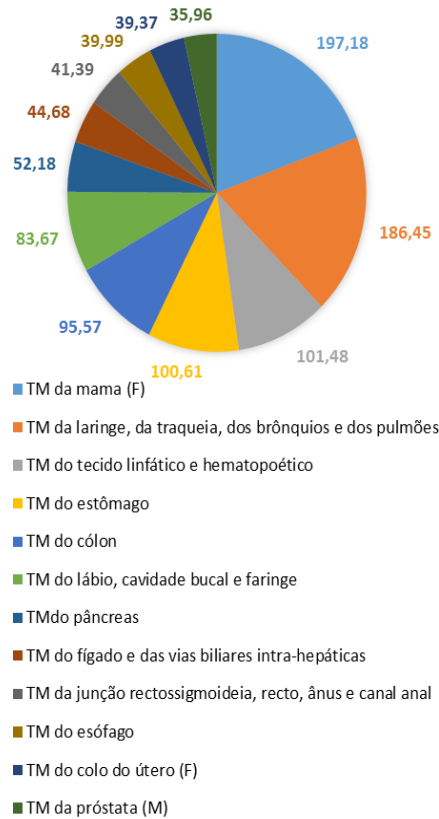
(F) Patologia específica do sexo feminino.

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 25 – Taxa AVPP até aos 70 anos (/100000 habitantes), por grandes grupos de causas de morte, no triénio 2012-2014, média anual, para ambos os sexos

Figura 26 – Taxa de AVPP até aos 70 anos (/100000 habitantes), por causas específicas de morte, no triénio 2012-2014, média anual, para ambos os sexos

Observando as **taxas AVPP** até aos 70 anos para todas as idades e ambos os sexos, dentro do grupo dos **Tumores Malignos**, as cinco principais causas específicas na região são os tumores malignos da mama, da laringe, da traqueia, dos brônquios e pulmões, do tecido linfático e hematopoético, do estômago e do cólon e reto (Figura 27).



(F) Patologia específica do sexo feminino.

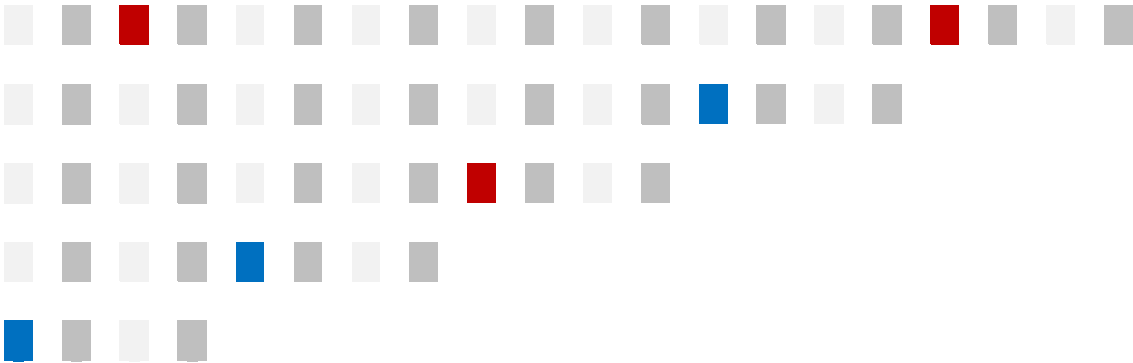
(M) Patologia específica do sexo masculino.

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 27 – Taxa de AVPP até aos 70 anos (/100000 habitantes), por grupo dos tumores malignos, no triénio 2012-2014, média anual, para ambos os sexos

02.

OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS DE SAÚDE – Extensão a 2020



Os **objetivos e as ações a desenvolver** no âmbito dos programas prioritários e projetos específicos são transversais a toda a atividade da ARS Centro e estão alinhados com as grandes orientações estratégicas do Ministério da Saúde:

- A. Reduzir a mortalidade prematura (<70 anos)**
- B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos**
- C. Reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis**

Principais problemas de saúde

A partir do diagnóstico da situação de saúde da população da Região de Saúde do Centro e da aplicação dos critérios de hierarquização, foram definidos **dez principais problemas de saúde** (Doença oncológica, doença cardíaca, doença cerebrovascular, doença diabetes, DPOC, acidentes, hipertensão arterial, doença hepática, doença mental e doença osteoarticular), tendo sido fixados os **objetivos a atingir no presente biénio**.



Depois de conhecidos, hierarquizados e priorizados os problemas de saúde, fixam-se os objetivos a atingir até 2020.

- 1. Doença Oncológica**
 - a. Laringe, traqueia, brônquios e pulmões
 - b. Mama feminina
 - c. Cólon e Reto
 - d. Estômago
 - e. Lábio, cavidade bucal e faringe
 - f. Colo do útero
- 2. Causas externas**
 - a. Acidentes de transporte
 - b. Suicídios
- 3. Doenças do aparelho circulatório**
- 4. Doenças cerebrovasculares**
- 5. Doença isquémica do coração**
- 6. Doenças crónicas do fígado**
- 7. Doenças Respiratórias**
- 8. Vigilância e controlo de doenças crónicas**
 - a. Diabetes (vigilância; rastreio retinopatia diabética)
 - b. Hipertensão
 - c. DPOC
- 9. Vigilância e controlo de doenças infecciosas**
 - a. SINAVE
- 10. Rastreamentos oncológicos de base populacional**
 - a. Cancro mama (M)
 - b. Colo do útero (M)
 - c. Cólon e reto
- 11. Promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais**
- 12. Promover o bem-estar e a saúde mental**
- 13. Prevenção da Doença Osteoarticular**
- 14. Prevenir/eliminar o consumo e a exposição ao tabaco**
- 15. Prevenir o excesso de peso e obesidade (infantil)**
- 16. Promover a atividade física e a redução do sedentarismo**
 - a. Promover a alimentação saudável
 - b. Dieta mediterrânica
- 17. Redução dos consumos de sal, açúcar e gorduras**
- 18. Reduzir o consumo de álcool e prevenir comportamentos aditivos**
- 19. Reduzir/eliminar a exposição ambiental e ocupacional de risco**

Reduzir a morbi-mortalidade

Melhorar a qualidade de vida

A **estratégia regional de saúde** inclui os fatores de risco “*Health for All 2000*” (WHO/EURO, 2004) que, ao identificar as doenças e/ou causas, pode contribuir para reduzir a morbilidade e a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos cidadãos.



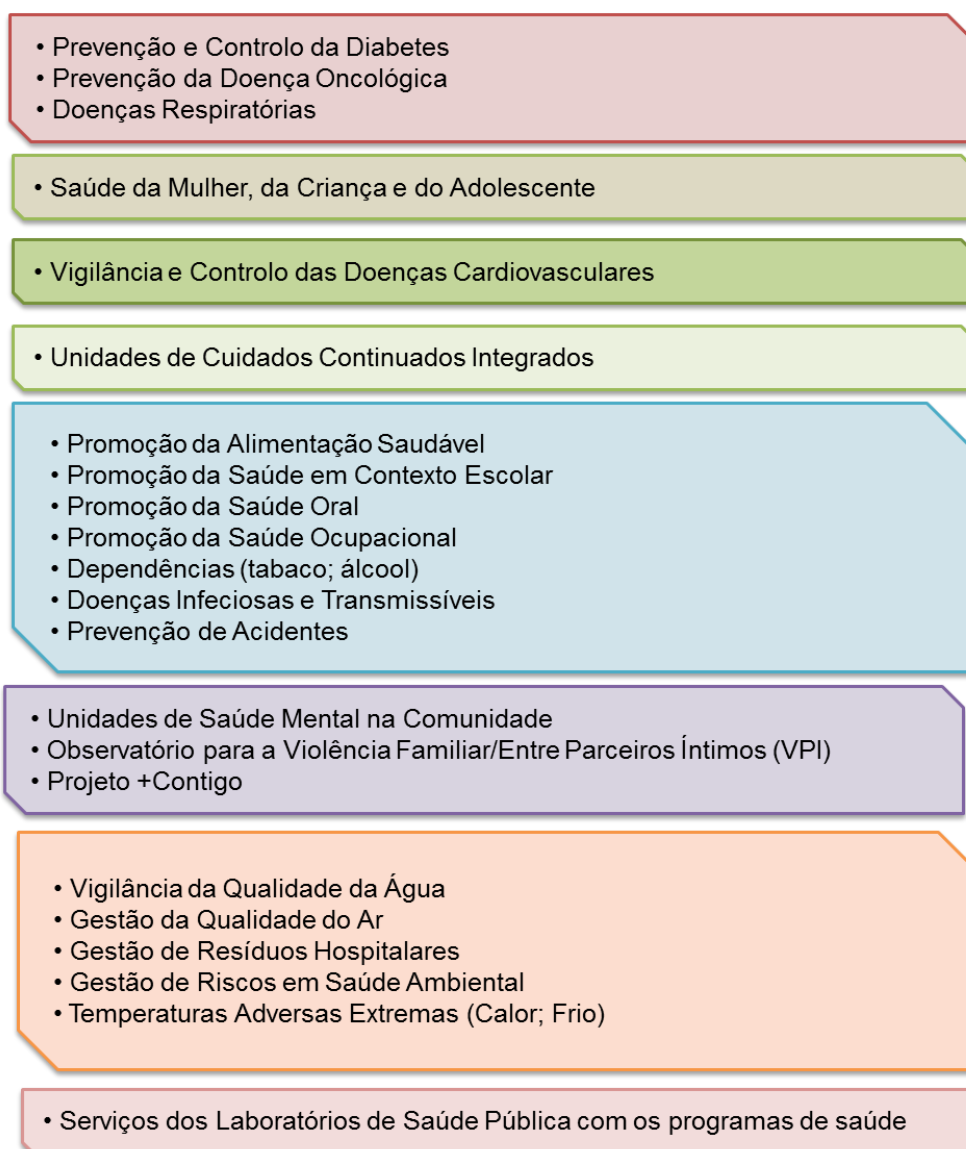
Em consistência com o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados e com a nova ambição para a Saúde Pública, assente na capacitação em saúde dos cidadãos e das comunidades, a ARS Centro desenhou a **estratégia regional de literacia em saúde**.

Esta estratégia regional visa integrar os programas e projetos, nas áreas da promoção e capacitação em saúde, tornando-os consistentes e coordenados nas suas estratégias e objetivos individuais. Visa, igualmente e em simultâneo, **aproximar reciprocamente o SNS e o cidadão** pelo que integra, respetivamente e a um âmbito regional, os projetos SNS + Proximidade e o Novo Centro de Contacto do SNS 24.

A ARS Centro considera que a obtenção de ganhos em saúde e a sustentabilidade do SNS dependem da capacitação dos cidadãos em saúde (autogestão dos determinantes de saúde) e na doença (autogestão da doença crónica), bem como da procura apropriada dos serviços de saúde (“navegabilidade”) e na intervenção, ativa e cívica, dos utentes na melhoria do funcionamento dos serviços e sistema de saúde.

Áreas de Intervenção

Em cada programa e projeto, organizados por áreas de intervenção, são indicadas as metas e respetivos indicadores de monitorização.



No que diz respeito à estratégia regional de literacia em saúde, que depende do ponto de vista estratégico do Conselho Diretivo da ARS Centro, a sua coordenação operacional incumbe ao Programa Regional de Capacitação e Literacia em Saúde/Departamento de

Saúde Pública, sendo que integra, ao nível regional, o Projeto SNS + Proximidade e o Novo Centro de Contacto do SNS 24.

Trata-se de uma coordenação operacional integrada, visando otimizar recursos e maximizar ganhos.

A estratégia regional de capacitação e literacia em saúde assenta na comunicação como estratégia major e contempla os seguintes eixos:

- **Aproximação do SNS ao cidadão** (proximidade assistencial – presencial e não presencial/telemedicina)
- **Aproximação do cidadão ao SNS**, mediante a promoção da literacia e da cidadania em saúde (cidadão como recurso ativo do sistema/SNS)
- **Integração/concertação das iniciativas regionais promotoras de saúde** (programas regionais de saúde): planeamento centralizado das iniciativas regionais no âmbito da capacitação e literacia em saúde (designadamente, campanhas de “educação para a saúde”).

O PRS procura evidenciar as principais necessidades de saúde da população da Região de Saúde do Centro e assume um compromisso de resposta adequada e baseada no desenvolvimento dos seguintes programas e projetos de saúde:

Programas prioritários

O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, através do despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, determina o desenvolvimento de programas de saúde prioritários no âmbito do Plano Nacional de Saúde, nas seguintes áreas:

Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

Programa Nacional para a Diabetes

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

Prevenção e Gestão das Doenças Transmissíveis

Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e Tuberculose

Programa Nacional para as Hepatites Virais

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

Plataforma para a Área da Saúde Mental

Programa Nacional para a Saúde Mental

Programas e Projetos

Plataforma para a Prevenção das Doenças Crónicas

Rastreios de base populacional

Estratégia minorsal.saúde (pão.come|sopa.come) Projeto tão doce.não Vending.saude e Oleovitae

Diagnóstico sistemático da retinopatia diabética – UCFD Escalas de avaliação do risco (diabetes|CV)

Teleconsultas | Telemonitorização de utentes Via Verde AVC e EAM

Registos antropométricos nos CSP

Espirometria nos CSP, integração com hospitais

Conta, Peso e Medida | In-Dependências

Cuidados Continuados de Saúde Mental | +Contigo |

Observatório de Saúde para a Violência Familiar/Entre Parceiros Íntimos (VPI)

Projetos de Prevenção de Acidentes Não Intencionais

Consultas de cessação tabágica

SINAVE | Plataforma de Dados da Saúde (PDS)

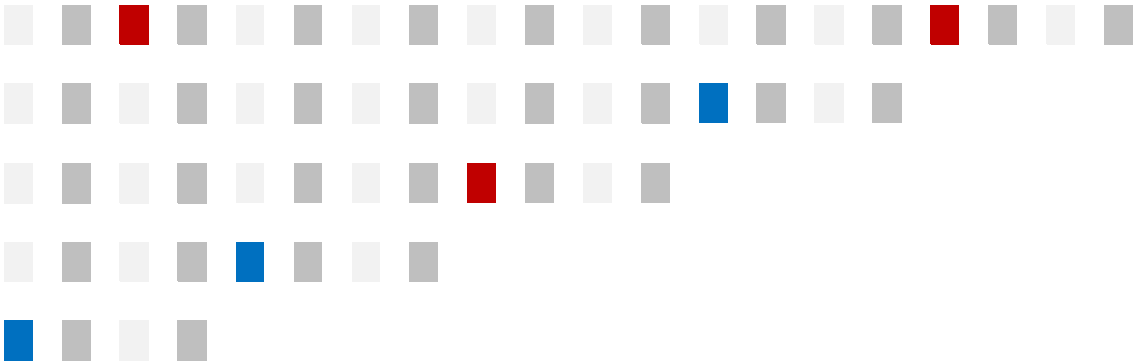
Parcerias com entidades fora do setor da saúde

Literacia em saúde | Atividades na comunidade

03.

PLANO DE MONITORIZAÇÃO

Indicadores e Metas – Extensão a 2020



1. Doença Oncológica

No triénio 2012-2014, os tumores malignos foram responsáveis por 38,1% de todas as mortes prematuras, revelando-se o principal grupo de causas de morte na Região Centro, ainda assim, com um peso ligeiramente inferior ao do Continente (39,9%).

Considerando a TMP prematura no triénio 2012-2014, os tumores malignos foram a principal causa de morte na região (125/100 mil hab.), especialmente entre os homens (172/100 mil homens), valor inferior ao do Continente (189/100 mil hab.).

Entre os triénios de 2010-2012 e 2012-2014, a mortalidade padronizada prematura por tumores malignos aumentou nos homens, contrariamente nas mulheres registou-se um decréscimo, mantendo sempre valores inferiores aos do Continente para ambos os sexos.

No triénio 2012-2014, os AVPP na região em ambos os sexos, especialmente nos homens, mostra uma tendência decrescente na região em relação ao triénio 2010-2012, sempre com valores inferiores aos do Continente.

1. Diminuir a mortalidade prematura por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (TMLTBP), em ambos os sexos

(taxa de AVPP
(/100000 habitantes)

Resultado 2012-2014	Meta 2020
186,4* <small>*Melhor valor encontrado em PC</small>	186

Justificação:

No triénio de 2012-2014, a taxa de AVPP por TMTBP aumentou em relação ao triénio 2010-2012 sendo a 6ª mais elevada na região, em ambos os sexos, (186,4 / 100 mil hab.), com um valor inferior ao do Continente (241,9/100 mil hab.) e ao das ARS. A taxa de AVPP mais elevada ocorre no sexo masculino (310,7/100 mil hab.) em comparação com o sexo feminino (67,5/100 mil hab.), no triénio de 2012-2014.

A taxa de mortalidade prematura padronizada por TMTBP na Região Centro, no triénio 2012-2014, em ambos os sexos, foi de 21,1/100 mil hab., valor inferior ao do Continente (28,4/100 mil hab.). A evolução entre os triénios 2010-2012 e 2012-2014 mostrou um aumento em ambos os sexos, particularmente nos homens de 35/1000 hab. para 37,7 /1000 hab., respetivamente).

2. Diminuir a mortalidade prematura por tumor maligno da mama feminina (TMMF)

(taxa de AVPP
(/100000
habitantes)

Resultado 2012-2014	Meta 2020
197,2 <small>*Melhor valor encontrado em PC</small>	197

Justificação:

A taxa de AVPP por TMMF na região, no triénio de 2012-2014, foi de 197,2/100 mil mulheres, considerado o melhor valor desde 2010, sendo inferior ao do Continente (225,4/100 mil hab.).

No que respeita à taxa de mortalidade padronizada prematura, verificou-se que para o mesmo período estudado, a região apresentou valores inferiores aos do Continente (15,7 e 17,7/100 mil mulheres, respetivamente), ficando em 2º lugar comparativamente às 5 ARS.

Segundo a revista The Lancet, é no cancro da mama (feminino) que Portugal se fixa entre os dez países da Europa com 87,6% (os melhores resultados) de taxa de sobrevivência (Lusa 2018).

A taxa de mortalidade padronizada mostrou uma evolução crescente entre os triénios 2010-2012 e 2012-2014 (17,5/100 mil mulheres e 15,7/100 mil mulheres, respetivamente) na região. Apesar de no triénio disponível apresentar um valor inferior ao do Continente, ainda é a terceira causa de morte prematura na região.

3. Diminuir a mortalidade prematura por tumor maligno do cólon e Reto(TMCR), em ambos os sexos

(taxa de
AVPP
/100000
habitantes)

Resultado 2012-2014	Meta 2020
95,6	80,9* <small>*Melhor valor encontrado na ARSNorte</small>

Justificação:

No triénio 2012-2014, a taxa de AVPP por TMCR foi a 10ª maior causa de morte na região em ambos os sexos (95,6/100 mil hab.), valor superior ao do Continente (89,6/100 mil hab.) e a três ARS.

No mesmo triénio, a taxa de AVPP por TMCR na região foi inferior nas mulheres (78,2/100 mil hab.) comparativamente às dos homens que registou um aumento em relação ao triénio 2010-2012 (113,8/100 mil hab e 103/100 mil hab., respetivamente).

A taxa de mortalidade prematura padronizada na Região Centro, no triénio de 2012-2014, em ambos os sexos, foi de 12,3/100 mil hab., valor idêntico ao do Continente 12,2/100 mil hab., ficando em 2º lugar comparativamente às 5 ARS.

A evolução entre os triénios 2010-2012 e 2012-2014 mostrou um decréscimo desta taxa quer nas mulheres quer nos homens, contudo no último triénio a taxa de mortalidade prematura padronizada das mulheres (8,9/100 mil hab.) e dos homens (16,5/100 mil hab.) mostrou um pequeno aumento em relação à do Continente (8,7/100 mil hab. e 16,3/100 mil hab., respetivamente).

Segundo a revista The Lancet, em Portugal, a taxa de sobrevivência no cancro do cólon situa-se nos 60,9%, valor em linha com o que se passa nos Estados Unidos e em outros países europeus (Lusa 2018).

4. Diminuir a mortalidade prematura por tumor maligno do estômago (TME), em ambos os sexos

(taxa de AVPP
(/100000
habitantes)

Resultado
2012-2014

100,61

Meta 2020

81,8*

*Melhor valor
encontrado na
ARSLVT

Justificação:

A taxa de AVPP por TME na região, no triénio de 2012-2014 foi de 100,6/100 mil hab. em ambos os sexos, valor inferior ao do Continente (108,6/100 mil hab.). Destacando-se os homens com a mais alta taxa de AVPP (131,3/100 mil hab.) em comparação com as mulheres (71,3/100 mil hab.).

No mesmo triénio, a taxa de mortalidade padronizada prematura na região foi inferior à do Continente (10,4 e 12,1/100 mil hab. respetivamente). A evolução da taxa entre os triénios 2010-2012 e 2012-2014 revelou uma diminuição na região (10,8 e 10,4/100 mil hab., respetivamente), mais sentida no sexo masculino (16 e 15,1/100 mil hab., respetivamente).

Segundo a mesma revista (The Lancet) é também no cancro do estômago que Portugal se fixa entre os dez países da Europa com os melhores resultados em termos de taxa de sobrevivência, que se situa nos 32,2% (Lusa 2018).

5. Diminuir a mortalidade prematura por tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe (TMLCBF), em ambos os sexos

(taxa de AVPP
(/100000
habitantes)

Resultado
2012-2014

83,67

Meta 2020

46,3*

*Melhor valor encontrado na ARSAentejo

Justificação:

A taxa de AVPP por TMLCBF na região, no triénio de 2012-2014, foi de 83,7/100 mil hab. para ambos os sexos, valor superior ao do Continente (66,9/100 mil hab.). Destacando-se os homens com valores mais elevados da taxa de AVPP por TMLCBF (156,7/100 mil hab.) em comparação às mulheres (13,8/100 mil hab.).

No mesmo triénio, a taxa de mortalidade padronizada prematura na região para ambos os sexos, foi superior à do Continente e das 5 ARS (6/100 mil hab.). A evolução da taxa entre os triénios 2010-2012 e 2012-2014 revelou uma ligeira diminuição (6,1 e 6/100 mil hab., respetivamente), contudo as mortes prematuras por esta causa é mais alta nos homens (11,6/100 mil hab.), situando-se acima do continente e das 5 ARS.

6. Diminuir a mortalidade prematura por tumor maligno do colo do útero (TCU)

(taxa de AVPP
(/100000
habitantes)

Resultado
2012-2014

39,37

Meta 2020

28,2*

*Melhor valor encontrado na ARSNorte

Justificação:

A taxa de AVPP por TCU na região, no triénio de 2012-2014, foi de 39,4/100 mil hab., a 2ª melhor encontrada em Portugal Continental (incluindo as 5 ARS).

No mesmo triénio, a taxa de mortalidade padronizada prematura na região foi inferior à do Continente (2,6 e 2,8/100 mil hab. respetivamente). A evolução da taxa entre os triénios 2010-2012 e 2012-2014 revelou um aumento na região (2,2 e 2,6/100 mil hab., respetivamente).

2. Causas externas

No triénio 2012-2014, as causas externas foram responsáveis por 9,2% de todas as mortes prematuras, sendo o 3º grupo de causas de morte na região Centro, com um peso superior ao Continente (7,5%).

Considerando a taxa de mortalidade padronizada (<75 anos) no triénio 2012-2014, as causas externas apresentam na região Centro um valor de 31/100 mil hab., com 51/100 mil hab. para os homens e 13/100.000 hab. para as mulheres. Todos estes valores são superiores ao Continente (26/100 mil hab., 41/100 mil hab. e 12,/100 mil hab., respetivamente).

Entre os triénios de 2010-2012 e 2012-2014, a mortalidade padronizada prematura por causas externas aumentou nos homens e nas mulheres, sempre com valores superiores aos do Continente.

No triénio 2012-2014, as causas externas apresentaram uma taxa de AVPP até aos 70 anos de 627,9/100.000 hab. na região Centro, valor que tem vindo a decrescer desde o triénio 2010-12, mas sempre superior ao do Continente.

1. Diminuir a mortalidade prematura por acidentes de transporte, em ambos os sexos

(taxa de AVPP
(/100000 habitantes)

Resultado 2012-2014	Meta 2020
226,4	127,7* <small>*Melhor valor encontrado na ARSNorte</small>

Justificação:

A taxa de AVPP por acidentes de transporte na Região Centro (<70 anos), no triénio de 2012-2014, ocupa o 1º lugar em ambos os sexos, com um valor de 226,4/100 mil hab., superior ao Continente (166,1/100 mil hab.).

No mesmo período na Região Centro a taxa de mortalidade padronizada(<75 anos), em ambos os sexos, é superior à do Continente (8,4 e 6,3 /100 mil hab., respetivamente). Tem diminuído desde o triénio 2010-2012.

2. Diminuir a mortalidade prematura por suicídio, em ambos os sexos

(taxa de AVPP
(/100000 habitantes)

Resultado
2012-2014

175,8

Meta
2020

122,4*

*Melhor valor encontrado na ARSNorte

Justificação:

A taxa de AVPP por suicídio na Região Centro (<70 anos), no triénio de 2012-2014, ocupa o 3º lugar em ambos os sexos, com um valor de 175,8/100 mil hab., superior ao do Continente (163,4/100 mil hab.).

No mesmo período na Região Centro, a taxa de mortalidade padronizada (<75 anos), em ambos os sexos, é superior à do Continente (8,8 e 8,5/100 mil hab., respetivamente). Tem aumentado desde o triénio 2010-2012.

3. Diminuir a mortalidade prematura por quedas acidentais

(taxa de AVPP
(/100000 habitantes)

Resultado
2012-2014

29,8

Meta
2020

20*

*Melhor valor encontrado na ARSLVT

Justificação:

A taxa de AVPP por quedas acidentais na Região Centro (<70 anos), no triénio de 2012-2014, ocupa o 21º lugar em ambos os sexos, com um valor de 29,8/100 mil hab., superior ao do Continente (22,2/100 mil hab.). Tem aumentado desde o triénio 2010-2012.

No mesmo período na Região Centro, a taxa de mortalidade padronizada (<75 anos), em ambos os sexos, é superior à do Continente (2,4 e 1,7/100 mil hab., respetivamente). Tem aumentado desde o triénio 2010-2012.

4. Diminuir a mortalidade prematura por lesões

(taxa de AVPP (/100000 habitantes)

Resultado 2012-2014	Meta 2020
83,5	48,2* <small>*Melhor valor encontrado na ARSLVT</small>

Justificação:

A taxa de AVPP por lesões na Região Centro (<70 anos), no triénio de 2012-2014, ocupa o 12º lugar em ambos os sexos, com um valor de 83,5/100 mil hab., superior ao do Continente (62,0/100 mil hab.). Tem diminuído desde o triénio 2010-2012.

No mesmo período na Região Centro, a taxa de mortalidade padronizada (<75 anos), em ambos os sexos, é superior à do Continente (5,4 e 3,8/100 mil hab., respetivamente). Tem diminuído desde o triénio 2010-2012.

3. Doenças do Aparelho Circulatório

No triénio 2012-2014, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 18,1% de todas as mortes (< 75 anos e ambos os sexos), sendo o 2º grupo de causas de morte na Região Centro .

Considerando a taxa de mortalidade padronizada (<75 anos) no triénio 2012-2014, as doenças do aparelho circulatório apresentam na região Centro um valor de 59,4/100 mil hab., com 85,6/100 mil hab. para os homens e 37,3/100.000 hab. para as mulheres. Todos estes valores são inferiores ao Continente (66,6/100 mil hab., 96,0/100 mil hab. e 41,6/100 mil hab., respetivamente).

A evolução das taxas brutas de mortalidade (TBM) prematura na região, em ambos os sexos, entre os triénios (2010-2012 e 2012-2014), mostra uma tendência decrescente para as doenças do aparelho circulatório (60,0 e 59,4/100 mil hab., respetivamente).

No triénio 2012-2014, as doenças do aparelho circulatório apresentaram uma taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) até aos 70 anos, de 402,0/100.000 hab. na região Centro, valor que tem vindo a aumentar desde o triénio 2010-12, mas sempre inferior ao do Continente.

1. Diminuir a mortalidade prematura (<70 anos) por doenças cerebrovasculares, em ambos os sexos

(taxa de AVPP (/100000 habitantes))	Resultado 2012-2014	Meta 2020
	144,3	135,9* <small>*Melhor valor encontrado na ARSNorte</small>

Justificação:

A taxa de AVPP por doenças cerebrovasculares na Região Centro (<70 anos), no triénio de 2012-2014, ocupa o 5º lugar em ambos os sexos, com um valor de 144,3/100 mil hab., inferior ao Continente (147,8/100 mil hab.).

No mesmo período na Região Centro a taxa de mortalidade padronizada (<75 anos), em ambos os sexos, é inferior à do Continente (23,0 e 24,1/100 mil hab., respetivamente). Tem diminuído desde o triénio 2010-2012.

2. Diminuir a mortalidade prematura por doença isquémica do coração (DIC), em ambos os sexos

(taxa de AVPP (/100000 habitantes))	Resultado 2012-2014	Meta 2020
	121,4* <small>*Melhor valor encontrado em PC</small>	121

Justificação:

A taxa de AVPP por doença isquémica do coração na Região Centro (<70 anos), no triénio de 2012-2014, ocupa o 6º lugar em ambos os sexos, com um valor de 121,4/100 mil hab., inferior ao Continente (170,0/100 mil hab.).

No mesmo período na Região Centro a taxa de mortalidade padronizada (<75 anos), em ambos os sexos, é inferior à do Continente (15,8 e 21,9/100 mil hab., respetivamente). Tem aumentado desde o triénio 2010-2012.

4. Doenças Crônicas do Fígado

Considerando a taxa de mortalidade padronizada (TMP) prematura no triênio 2012-2014, para ambos os sexos, as doenças crônicas do fígado foram a 7ª causa de morte, com 12,7/100 mil hab., superior ao Continente (10,0/100 mil hab.).

Nos homens, a TMP na Região Centro foi de 21,4/100 mil hab., superior ao Continente (17,1/100 mil hab.), sendo a 7ª causa de morte na região. Nas mulheres, a TMP na Região Centro foi de 5,0/100 mil hab., superior ao Continente (3,7/100 mil hab.).

A evolução das taxas de mortalidade padronizada na região, em ambos os sexos e para cada um deles, desde o triênio 2010-2012, mostra uma tendência decrescente para as doenças crônicas do fígado.

No triênio 2012-2014, as doenças crônicas do fígado apresentaram uma taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) até aos 70 anos, de 160,5/100.000 hab. na região Centro, valor que tem vindo a decrescer desde o triênio 2010-12, mas sempre superior ao do Continente.

1. Diminuir a mortalidade prematura por doenças crônicas do fígado, em ambos os sexos

(taxa de AVPP (/100000 habitantes)

Resultado 2012-2014

160,5

Meta 2020

75*

*Melhor valor encontrado na ARSAIentejo

Justificação:

A taxa de AVPP (<70 anos) por doenças crônicas do fígado (inclui cirrose), no triênio de 2012-2014, ocupa o 4º lugar em ambos os sexos, com um valor de 160,5/100 mil hab., superior ao Continente (125,3/100 mil hab.).

No mesmo período na Região Centro a taxa de mortalidade padronizada (<75 anos), em ambos os sexos, é superior à do Continente (12,7 e 10,0/100 mil hab., respetivamente). Tem diminuído desde o triênio 2010-2012.

5. Doenças Respiratórias

No triénio 2012-2014, as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 5,6% de todas as mortes (< 75 anos e ambos os sexos), sendo o 6º grupo de causas de morte na Região Centro.

Considerando a taxa de mortalidade padronizada (<75 anos) no triénio 2012-2014, para ambos os sexos, as doenças do aparelho respiratório foram a 5ª causa de morte, com 18,6/100 mil hab., valor inferior ao do Continente (19,4/100 mil hab.). Nos homens, foram também a 5ª causa de morte, com 27,9/100 mil hab., inferior ao Continente (30,0/100 mil hab.). Nas mulheres, foram igualmente a 5ª causa de morte, com 10,9/100 mil hab., superior ao Continente (10,5/100 mil hab.).

A evolução das taxas de mortalidade padronizada na região, desde o triénio 2010-2012, mostra uma tendência decrescente para as doenças respiratórias, em ambos os sexos e para os homens. Nas mulheres, essa tendência é crescente.

No triénio 2012-2014, as doenças respiratórias apresentaram uma taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) até aos 70 anos, para ambos os sexos, de 121,5/100.000 hab. na região Centro, valor aumentou desde o triénio 2010-12, mas inferior ao do Continente.

1. Diminuir a mortalidade prematura por doenças respiratórias, em ambos os sexos

(taxa de AVPP
(/100000
habitantes)

Resultado
2012-2014
121,5

Meta 2020

109*

*Melhor valor encontrado na ARSAlentejo

Justificação:

A taxa de AVPP por Doenças Respiratórias na Região Centro (<70 anos), no triénio de 2012-2014, ocupa o 6º lugar em ambos os sexos, com um valor de 121,5/100 mil hab., inferior ao Continente (124,8/100 mil hab.). Tem aumentado desde o triénio 2010-2012.

O triénio 2012-2014, na região centro, a taxa de mortalidade padronizada (< 75 anos) em ambos os sexos, foi a 5ª causa de morte (18,6/100.000 hab.). No entanto, este valor tem vindo a diminuir desde o triénio 2010-2012 (19,5/100.000 hab.) e é inferior ao do Continente (19,4/100.000 hab.).

6. Vigilância e controlo de doenças crónicas

As doenças crónicas não transmissíveis são responsáveis por 77% da carga de doença na região europeia, destacando-se as seguintes patologias: cardiovasculares, neuropsiquiátricas, cancro, aparelho digestivo, aparelho respiratório, diabetes. Entre os principais fatores de risco contam-se a Hipertensão Arterial (HTA), tabaco, álcool em excesso, colesterol elevado, excesso de peso.

1. Promover o diagnóstico precoce da diabetes

	Região Centro	
	Resultado 2017	Meta 2020
1. Proporção de utentes com diabetes com último registo HbA1c <=8%	59,3%	62%
2. Proporção de casos identificados com risco aumentado (médio, alto e muito alto) (P02.10.R01SIARS)	35%	34%
3. Taxa de cobertura de retinopatia diabética (DSP SIARS)	8,9%	14%

Justificação:

Segundo o Observatório Nacional da Diabetes (OND), em 2015 a prevalência estimada de diabetes na população portuguesa (entre os 20 e os 79 anos de idade) foi de 13,3%, isto é, existe mais de 1 milhão de portugueses com diabetes neste grupo etário. Entre 2009 e 2015, a taxa de prevalência da diabetes aumentou 1,6 pontos percentuais.

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), em 2015 a prevalência padronizada de diabetes era de 8,3% na população residente na Região de Saúde do Centro (idade entre os 25 e os 74 anos), a segunda mais baixa das cinco regiões de saúde.

Em 2016 existiam 8,5% de utentes inscritos nos CSP com diagnóstico de diabetes na Região Centro (9,1% homens; 8% mulheres), valor superior ao do Continente (7,8%), constituindo o 3º problema de saúde mais registado nos CSP na região. No mesmo ano, na região foram registados nos CSP 14.554 novos diagnósticos de diabetes (0,8% de utentes inscritos), mais 1.200 casos do que no ano anterior.

Na região Centro, o registo da avaliação do risco de diabetes tipo 2 nos utentes com 18 ou mais anos, não diabéticos, abrangeu 181.612 utentes dos CSP nos últimos 3 anos, até 2016 (19,6%). Em 2016, foram avaliados nos CSP 2.476 utentes com risco aumentado de diabetes (moderado, alto e muito alto), correspondendo a 35% dos utentes para os quais foi efetuada a avaliação.

Em 2015, foram 33.705 os utentes com diabetes saídos dos internamentos nos hospitais do SNS da Região Centro (2.030/100.000 hab.), nº que aumentou entre 2011 e 2015 (de 26.466 para 33.705). 69% dos internamentos por descompensação/complicações da diabetes foram devidos a manifestações oftálmicas.

Estratégias de Saúde:

Plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Plano e Relatório de Atividades Regional

www.arscentro.min-saude.pt/

- Plano Nacional da Diabetes
 - * Melhorar o registo de diagnóstico de utentes com diabetes nos CSP
 - * Aplicar a escala de avaliação de risco da diabetes
 - * Dar continuidade ao programa de diagnóstico sistemático da retinopatia diabética, envolvendo os hospitais/centros hospitalares no tratamento da retinopatia.
- Plano Nacional da Promoção da Atividade Física
 - * Melhorar os registos antropométricos, de obesidade, pré-obesidade e atividade física nos CSP
- Plano Nacional da Promoção da Alimentação Saudável
 - * Projeto pão.come
 - * Projeto sopa.come
- Plano Nacional da Saúde Escolar
 - * Projeto Conta Peso Medida

2. Promover o diagnóstico precoce/ melhorar o controlo da hipertensão

	Região Centro	
	Resultado 2017	Meta 2020
1. Índice de acompanhamento adequados de utentes com HTA (2013.272.01 SIARS)	62,4 %	65%
2. Proporção de utentes com HTA (sem doença CV nem diabetes) com determinação do risco CV nos últimos 3 anos (2013.023.01 SIARS)	53,4%	60%
3. Proporção de utentes com HTA (MORB.205.01 FL SIARS)	23,7%	24%

Justificação:

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal e são, também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos. Neste contexto, as orientações programáticas do PNDCCV para 2017-2020 assumem na sua missão a redução do risco cardiovascular, através do controlo dos fatores de risco modificáveis, com particular enfoque na HTA e Dislipidémia.

Segundo o INSEF, em 2015 a prevalência padronizada de hipertensão era de 34,6% na população residente na Região de Saúde do Centro (idade entre os 25 e os 74 anos), a segunda mais baixa das cinco regiões de saúde.

Na região Centro, a determinação do risco cardiovascular abrangeu 130.835 utentes dos CSP com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes) nos últimos 3 anos, até 2016 (51,6% utentes hipertensos com 40 e mais anos de idade).

Estratégias de Saúde:

Plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Plano e Relatório de Atividades Regionais

www.arscentro.min-saude.pt/

- Plano Nacional das Doenças Cérebro-cardiovasculares
 - * Melhorar o registo de diagnóstico de utentes com hipertensão nos CSP
 - * Aplicar a escala de avaliação de risco CardioVascular
- Plano Nacional da Promoção da Alimentação Saudável
 - * pão.come
 - * sopa.come
- Plano Nacional da Saúde Escolar
 - * Conta Peso Medida
- Plano Nacional da Promoção Atividade Física
 - * Melhorar os registos antropométricos, de obesidade, pré-obesidade e atividade física nos CSP

3. Promover o diagnóstico precoce de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)

	Região Centro	
	Resultado 2017	Meta 2020
1. Proporção de utentes com diagnóstico de DPOC, por 1000 inscritos (2013.078.01 FL SIARS)	12,44‰	13,22‰
2. Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos (2013.049.01 SIARS)	24,42%	25,32%

Justificação:

A DPOC constitui uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade, sendo certo que o tabaco constitui o principal fator de risco da DPOC. Porém, o diagnóstico precoce e a cessação tabágica aumentam a possibilidade de retardar a progressão da doença.

Em Portugal, a prevalência estimada da DPOC é de 14,2% nos indivíduos com 40 ou mais anos, tendo o mesmo estudo detetado níveis muito elevados de subdiagnóstico (86,8%) e valores inesperadamente elevados de prevalência em não fumadores (9,2%). Verificou-se também uma prevalência crescente com o aumento da carga tabágica.

Em 2016 existiam 1,4% de utentes inscritos nos CSP com diagnóstico de DPOC na região Centro (1,7% homens; 1,0% mulheres), valor próximo ao do Continente (1,3%). No mesmo ano, na região foram registados nos CSP 3.598 novos diagnósticos de DPOC (0,2% de utentes inscritos), menos 444 casos do que no ano anterior.

Em 2014, os internamentos por DPOC corresponderam a 33,3% da globalidade dos internamentos por doenças respiratórias nos hospitais do SNS em Portugal Continental, verificando-se uma redução do nº de utentes saídos e de óbitos desde 2012.

Na região Centro, em 2014, registaram-se 8.093 episódios de internamento associados à DPOC, correspondendo a 6.132 indivíduos e ambos os valores traduziram um decréscimo relativamente ao ano anterior. A taxa de letalidade hospitalar na região foi 12,8%, valor inferior ao do Continente e ao do ano anterior e também a taxa mais baixa entre as 5 regiões de saúde.

Estratégias de Saúde:

Plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Plano e Relatório de Atividades Regional

www.arscentro.min-saude.pt/

- Plano Nacional das Doenças Respiratórias

- * Melhorar o registo de diagnóstico de utentes com DPOC nos CSP
- * Aumentar o diagnóstico precoce de DPOC nos CSP, através da realização de espirometria
- * Rede de espirometria nos CSP, em articulação com a pneumologia hospitalar

- Plano Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo

- * Promover o registo nos CSP dos inscritos com hábitos tabágicos
- * Rede de prestação de cuidados de saúde e de referenciação no âmbito do apoio intensivo à cessação tabágica

Plano Nacional da **Saúde Escolar**

- Projeto In-Dependências

Plano Nacional da **Saúde Ocupacional**

- Eliminar a exposição ao fumo ambiental em contexto laboral

4. Realização dos rastreios oncológicos de base populacional

	Região Centro	
	Resultado 2017	Meta 2020
1. Aumentar a cobertura do rastreio do cancro da mama feminina, 50-69 anos (Taxa de cobertura populacional %)	68,2%	70%
2. Aumentar a cobertura do rastreio do cancro do colo do útero, 25-60 anos (taxa de cobertura populacional %)	49,2%	55%
3. Aumentar a cobertura geográfica do rastreio do cancro do cólon e reto, ambos os sexos, 50-74 anos (% ACeS/ULS com rastreio)	50%	87,5%

Justificação:

Em Portugal, a incidência de doenças oncológicas tem aumentado regularmente, à semelhança do que acontece no resto da Europa. O envelhecimento demográfico, as mudanças no estilo de vida e o aumento do sucesso no tratamento destas doenças explicam grande parte deste aumento.

A prevenção primária e secundária (deteção precoce) surge como forma de mitigar as doenças oncológicas. A este respeito, a evidência científica atual é consensual sobre a

utilidade dos rastreios de base populacional para três patologias: cancro da mama feminina, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto.

A Região de Saúde do Centro tem três programas de rastreio oncológico em curso: mama, colo do útero e cólon e reto, sendo certo que apenas o do cólon e reto não cobre a totalidade da região.

Estratégias de Saúde:

Plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Plano e Relatório de Atividades Regional

www.arscentro.min-saude.pt/

- Plano Nacional das Doenças Oncológicas
- Plano Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo
- Plano Nacional da Diabetes
- Plano Nacional das Doenças Cérebro-cardiovasculares
- Plano Nacional da Promoção da Atividade Física
- Plano Nacional da Promoção da Alimentação Saudável
- * Projeto pão.come
- * Projeto sopa.come

5. Promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais

	Região Centro	
	Resultado 2015	Meta 2020
1. Reduzir a morbilidade hospitalar por acidentes não intencionais (taxa de internamento bruta/100.000 inscritos, ambos os sexos, todas as idades)	512,9% ⁰⁰⁰⁰⁰	511,8% ⁰⁰⁰⁰⁰

Justificação:

No conjunto da mortalidade por acidentes não intencionais (afogamentos, fogo, chamas, acidentes de viação, queimaduras, quedas, intoxicações) os acidentes de viação são a primeira causa de morte em todo o mundo e constitui um grave problema de saúde pública, quer a nível pessoal, familiar ou social, tendo grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social.

O sucesso da promoção da segurança e da prevenção dos acidentes depende de uma abordagem intersectorial e interdisciplinar que têm um papel essencial e específico na estratégia de intervenção a nível global.

Em Portugal, em 2013, os acidentes representaram 9% das causas de morte prematura, sendo a terceira causa de morte dos 0 aos 69 anos. Os acidentes de transporte registaram, no mesmo ano, uma taxa de mortalidade de 7,2/100.000 habitantes.

Na região Centro, em 2015, registou-se a mais baixa taxa bruta de internamento (512,9/100.000 inscritos) em relação ao ano de 2011 (582,2/100.000 mil inscritos) por acidentes não intencionais em ambos os sexos. Ainda no mesmo ano, o grupo etário mais vulnerável no conjunto “acidentes não intencionais” situa-se acima dos 65 anos de idade, destacando-se as mulheres, com mais casos registados. As quedas foram o motivo mais frequente deste tipo. Já o grupo etário dos 15 aos 19 anos é o que regista a mais elevada taxa bruta de internamento (81,1/100.000 inscritos) por acidentes de transporte, sendo os homens, os que mais apresentam internamentos por esta causa (127,7/100.000 inscritos) em comparação com as mulheres (34/100.000 inscritos).

Estratégias de Saúde:

Plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Plano e Relatório de Atividades Regional
www.arscentro.min-saude.pt/

- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes
- Projeto + Contigo
- Projeto “Bebés, Crianças e Jovens em Segurança (DGS)
- Projeto “Com Mais Cuidado” (DGS)

6. Promover a saúde mental e bem-estar

1. Unidades de Saúde Mental Comunitária (Criar uma Unidade)

Região Centro	
Resultado 2017	Meta 2020
2	3

Justificação:

A saúde mental é um componente essencial da saúde e bem-estar dos indivíduos e das populações.

A obtenção de ganhos em saúde mental assenta em estratégias de promoção da saúde (mental e geral) e na prestação de cuidados em contexto comunitário. Depende, igualmente, do aumento da resiliência dos indivíduos e das comunidades a acontecimentos adversos e da promoção do envelhecimento ativo e saudável.

A ARS Centro considera que a obtenção de ganhos em saúde mental implica uma articulação efetiva, nessa área, com os restantes setores e parceiros da sociedade.

A meta a estabelecer até 2020 é com a abertura de uma unidade de saúde mental comunitária em Viseu. Em 2018, a região prevê ter mais 30 lugares da tipologia USO/rede de cuidados continuados em saúde mental.

Estratégias de Saúde:

Plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Plano e Relatório de Atividades Regional
www.arscentro.min-saude.pt/

- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes
- Projeto + Contigo
- Projeto “Com Mais Cuidado” (DGS)

7. Prevenção da Doença Osteoarticular

	Região Centro	
	Resultado 2017	Meta 2020
1. Proporção de utentes com novo diagnóstico de "osteoartrose do joelho" por 1000 inscritos (MORB.249.01FL SIARS))	5,96‰	6,1‰
2. Proporção de utentes com o diagnóstico de "osteoartrose da anca" por 1000 inscritos (MORB.234.01FL SIARS)	33,45‰	34,5‰

Justificação:

As doenças osteoarticulares constituem um grupo de patologias que afetam de forma grave as pessoas, as famílias e as sociedades.

Na Europa cerca de 103 milhões de pessoas sofrem de doenças do sistema musculoesquelético e com aumento da idade o número de casos é superior.

A prevalência das doenças reumáticas em Portugal varia entre 20 a 30%, ficando em 2º ou em 3º lugar no consumo de fármacos, 43% dos dias de absentismo laboral e 35 a 41% das reformas antecipadas (DGS2004).

Em Portugal a patologia osteoartrose é considerada doença crónica que atinge 700 mil pessoas com maior incidência no sexo feminino em idades superiores a 75 anos com menor rendimento (DGS2004). Esta informação é corroborada pelo projeto ECOS do INSA, intitulado “A dor na população portuguesa” em 2010, que estudou 1414 indivíduos e segundo este estudo ter **dor “nos ossos e articulações”** é muito sentido na população

entre os 65 e os 74 anos (61,3%), especialmente no “sexo feminino (54,6%) e nos de menor grau de escolaridade (75,8%)”.

A doença osteoarticular tem um peso de 36,6% nos doentes com Diabetes *Mellitus* (DGS 2013).

O que é que nos permite pensar em prevenir esta doença que atinge a população mais idosa e vulnerável? O PRS apresenta estratégias de saúde nas diversas áreas de intervenção regional sem descuidar da importância da literacia geral e em saúde por parte dos profissionais de saúde.

Estratégias de Saúde:

Plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Plano e Relatório de Atividades Regional

www.arscentro.min-saude.pt/

- Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas (Circular Normativa n.º 12 de 2004 da DGS)
- Plano Nacional de Luta Contra a Dor
- Projeto “Com Mais Cuidado” (DGS)
- Plano Nacional da Promoção da Atividade Física
- Plano Nacional da Promoção da Alimentação Saudável

8. Reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis

	Região Centro	
	Resultado 2017	Meta 2020
1. Proporção de utentes obesos e com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi realizada consulta de vigilância de obesidade nos últimos 2 anos	49,5%	50,5%
2. Proporção com registo de pré-obesidade nos (MORB.203.01 FL SIARS)	5,63%	5,7%
3. Proporção com registo de obesidade nos CSP (MORB.204.01 FL SIARS)	7,89%	7,9%

Justificação:

A obesidade "IMC \geq 30" (mulheres: 8,1%; homens:6,4%) é um dos problemas de saúde que tem aumentado os registos ICPC-2 nos CSP, na Região Centro (7,3% em 2016), com valor inferior ao Continente (8%) para todas as idades. Também o excesso de peso "IMC entre 25 e 30" (mulheres: 5%; homens:5,2%) foi expressivo na região com 5,1%, valor inferior ao Continente (6,4%).

As mulheres tinham uma prevalência de ICPC-2 mais elevada de excesso de peso (51,2%) comparativamente aos homens (48,3%), assim como de obesidade (mulheres: 58,8%; homens: (41,2%). No grupo etário dos 0 aos 14 anos, 3% sofria de obesidade infantil, já o grupo etário dos 60 aos 74 anos foi o mais afetado pelo excesso de peso (31%) e obesidade (31,9).

	Região Centro	
	Resultado 2016	Meta 2020
4. Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	49,9%	55,0%

Justificação:

Com base nos resultados do INS 1998/1999 e 2005/2006, observou-se na região uma diminuição da percentagem de população com 10 e mais anos de idade que "nunca fumou" (com valores superiores ao Continente) e que é "ex-fumador", mantendo-se a percentagem de "fumadores atuais".

Entre os dois INS aumentou a percentagem de mulheres "fumadoras atuais" e aumentou a percentagem de homens "ex-fumadores"; ainda assim, a maior percentagem de "fumadores atuais" são homens, em todos os grupos etários. A região apresenta menor percentagem de "fumadores atuais" na generalidade dos grupos etários, exceto entre os 15 e os 24 anos de idade.

Na Região Centro a evidência dos dados leva-nos a concluir que existiam cerca de 8 fumadores em cada 100 utentes inscritos nos CSP em 2016. O risco aumenta com o número de cigarros fumados e a duração do consumo para várias doenças. Em 2016, o abuso do tabaco diagnosticado nos inscritos com menos de 65 anos foi superior ao observado para todas as idades (5,6% e 4,6%, respetivamente).

	Região Centro	
	Resultado 2017	Meta 2020
5. Proporção de utentes utilizadores dos CSP com registo de atividade física habitual	A implementar (SIARS)	15%

Justificação:

O objetivo central da Estratégia Nacional de Promoção da Atividade Física 2016-2025 (ENPAF), é o de prioritariamente, consciencializar a população para a importância da atividade física na saúde e a implementação de políticas intersectoriais e multidisciplinares que visem a diminuição do sedentarismo e o aumento dos níveis de atividade física.

A promoção da atividade física e a redução do sedentarismo devem ser feitas nas instituições de saúde, através da divulgação dos benefícios para os diferentes grupos e pessoas, considerando nomeadamente, a idade, a condição de saúde ou contexto socioeconómico.

	Região Centro	
	Resultado 2016	Meta 2020
6. Proporção (%) de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos (Registo ICPC-2)	48,4	55%

Justificação:

Entre os INS de 1998/1999 e 2005/2006, a Região observou um **decréscimo da percentagem de população que nos 12 meses anteriores à entrevista bebeu alguma bebida alcoólica**, registando valores inferiores ao Continente. Este consumo é **superior nos homens**, mesmo tendo diminuído entre os INS.

A região apresenta menor percentagem de consumo de álcool na generalidade dos grupos etários, exceto entre os 15 e os 24 anos de idade. As bebidas mais consumidas são o vinho e a cerveja. "Bagaço, aguardente ou brandy" e "Whisky, gin ou vodka" são bebidas essencialmente preferidas pelos homens.

A Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool informa no seu relatório que a existência da evolução positiva de alguns indicadores na área do álcool se deveu à menor facilidade de acesso a bebidas alcoólicas em idades inferiores às mínimas legais e ao cumprimento da legislação em vigor.

Promover a Alimentação Saudável	Região Centro	
	Resultado 2017	Meta 2020
7. Taxa de cobertura do Projeto pão.come na população da região de saúde do Centro	97%	100%
8. Taxa de cobertura do Projeto sopa.come nas escolas do 1.º, 2.º e 3.º ciclo do ensino básico da região de saúde do Centro	87%	88%
9. Percentagem de concelhos da região Centro onde está a ser aplicado o Projeto Oleovitae	55%	57%

Justificação:

Diminuir as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, bem como, das neoplasias do estômago e nasofaringe e controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020.

Em Portugal o consumo médio diário de sal é de 10,7 gramas, o que corresponde ao dobro do limite máximo diário recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O excesso de sal na alimentação é um dos principais fatores determinantes do aparecimento da hipertensão arterial, neoplasias do estômago, naso e orofaríngeas.

A estratégia regional designada **minorsal.saúde** surgiu da necessidade de agrupar um conjunto de ações delineadas em dois projetos: o **pão.come** e o **sopa.come** com medidas que visam um objetivo comum – **a melhoria dos indicadores de saúde no que se refere às doenças cardio e cérebro vaculares.**

O projeto **Pão.come** regista 71,2% de Padarias da Região Centro com Valores de NaCl (cloreto de sódio) **≤ 1g por 100g** de pão e 44,8 % com valores de NaCl **≤ 0,8g por 100g** de pão. O objetivo operacional deste projeto é reduzir o sal adicionado na confeção do pão para 0,8%, em todas as padarias de confeção e fabrico da Região Centro.

O projeto **Sopa.come** baseia-se na proposta transversal de metodologia gradativa de redução de NaCl e tem como alvo prioritário a restauração coletiva. Este projeto aplica uma metodologia de medidas de adição de sal, fixas para volumetrias de sopa, havendo um paralelismo de aplicabilidade com o projeto pão. come.

O projeto **Oleovitae** visa monitorizar os teores de compostos polares nos óleos de fritura, nos estabelecimentos de restauração da zona de abrangência da ARS Centro.

A contribuir para a diminuição da diabetes, da obesidade e excesso de peso está o projeto **tãodoce.não.**

E o projeto **vending.saúde** tem como objetivo disponibilizar alimentação salutogénica nas máquinas de vending instaladas, nas Unidades de Saúde sob a tutela da ARS Centro.

Estratégias de Saúde:

Plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Plano e Relatório de Atividades Regional

www.arscentro.min-saude.pt/

- Plano Nacional das Doenças Oncológicas
- Plano Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo
- Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool
- Plano Nacional da Diabetes
- Plano Nacional das Doenças Cérebro-cardiovasculares
- Plano Nacional da Promoção da Atividade Física
- Plano Nacional da Promoção da Alimentação Saudável
 - * Projeto pão.come
 - * Projeto sopa.come

Anexo I

Análise Stakeholders

Os stakeholders (SH) são partes interessadas no processo de planeamento em saúde, pelo que a presente análise visa identificar o **contributo que já estão a dar ou pretendem dar para a melhoria da saúde e bem-estar da população da região centro**, dando cumprimento às recomendações do PNS 2020, PRS e PLS.

STAKEHOLDERS



Gerir em proximidade

Stakeholders (SH)	O que o SH espera da ARSC	O que a ARSC espera do SH
Governo/Tutela	Garantia de acesso das populações à prestação dos cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde; Cumprimento da política nacional de saúde;	Financiamento e sustentabilidade; Regulamentação atempada
ACES	Contratualização adequada à capacidade instalada; gestão adequada dos recursos	
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde	Gestão eficiente de recursos financeiros e humanos, bem como das instalações e equipamentos; Implementação de políticas, designadamente, no domínio da contratação e da prestação de cuidados	Definição de políticas de saúde; Regulamentação; Financiamento
DGS - Direção Geral da Saúde	Cumprimento do Plano Nacional de Saúde, bem como de todas as orientações técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde	Definição de orientações e normas para o desenvolvimento da sua atividade
Unidades Hospitalares	Contratualização adequada à sua capacidade instalada; Regras de referenciação claras; Boa articulação com a RNCCI e com outros prestadores de saúde	Execução dos programas da política pública de saúde; Gestão eficiente de recursos humanos e financeiros

Manter Satisfeito ?

<i>Stakeholders (SH)</i>	O que o SH espera da ARSC	O que a ARSC espera do SH
CCDRC - Comissão de Coordenação da Região Centro	Transparência, organização, projetos com boas taxas de execução.	Disponibilidade, financiamento, apoio nos projetos de investimento,
Entidades Reguladoras (Tribunal de Contas; ERS - Entidade Reguladora da Saúde e IGAS - Inspeção Geral das Atividades em Saúde)	Prestação de cuidados de saúde de qualidade e acesso garantido aos cidadãos; Cumprimento da lei em todos os domínios da atividade	Acompanhamento e definição atempada das regras; Autorização da despesa
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde	Recurso aos serviços partilhados, designadamente, a compras e logística, com vista a uma gestão financeira, de recursos humanos e de sistemas de informação e comunicação eficientes e eficazes	Celeridade nos processos
Utentes	Igualdade e garantia de acesso a cuidados de saúde de qualidade no SNS	Co-pagamento e permanência no sistema público de saúde; Utilização racional dos serviços de saúde, em função das suas necessidades

Manter informado

<i>Stakeholders (SH)</i>	O que o SH espera da ARSC	O que a ARSC espera do SH
Autarquias	Acesso e qualidade na prestação de cuidados de saúde à população	Reconhecimento institucional e parceria no desenvolvimento das atividades
Fornecedores	Bons contratos; Manutenção de parcerias e cumprimento de prazos de pagamento	Fornecimento com cumprimento de prazos; Qualidade dos produtos e serviços; Preços e condições de pagamento sustentáveis
Prestadores Sociais e Privados	Manutenção de parcerias e cumprimento de prazos de pagamento	Fornecimento com cumprimento de prazos; Qualidade dos produtos e serviços;
SICAD	Cumprimento da legislação no âmbito	Definição de orientações e normas para o desenvolvimento da sua atividade
Sindicatos/ordens profissionais	Cumprimento das leis laborais e regulamentação do exercício profissional	Estabilidade institucional
Unidades Cuidados Continuados	Contratualização, acompanhamento e revisão de contratos; Desenvolvimento, consolidação e participação na RNCCI	Prestação de cuidados continuados de saúde de qualidade; Resposta célere; Boa acessibilidade; Boa gestão de camas; Cumprimento do contratualizado

Esforço mínimo

<i>Stakeholders (SH)</i>	O que o SH espera da ARSC	O que a ARSC espera do SH
Comunicação Social	Colaboração na área da literacia em saúde e organização da rede de cuidados de saúde	Divulgação de mensagens capacitadoras em saúde, divulgação medidas de prevenção em saúde em caso de calamidade em saúde pública

Bibliografia

BALSA, Casimiro, *et al* - *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: Prevalências e Padrões de Consumo, 2001-2007*. IDT, IP. Lisboa, 2011.

CHRISTOPHER, Dye - *Relatório Mundial da Saúde: Pesquisa para a cobertura universal de saúde*. ISBN 978 92 4 856459 8. OMS, 2014.

FEIJÃO, Fernanda – *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 - 3º ciclo. Consumo de Drogas e Outras Substâncias Psicoativas: Uma abordagem integrada*: IDT/NEI – SICAD/DMI/DEI. 2011.

FEIJÃO, Fernanda – *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011- secundário. Consumo de Drogas e Outras Substâncias Psicoativas: Uma abordagem integrada*: IDT/NEI – SICAD/DMI/DEI. 2011.

IMPERATORI, Emílio, GIRALDES, Maria do Rosário - *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*: 3ª Edição. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, 1993.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. - *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. INE, IP / INS, IP Lisboa - Portugal, 2009.

International Diabetes Federation (IDF), 6th IDF Diabetes Atlas, 2013 [Consulta em 8.04.2015] Disponível em <http://www.idf.org/diabetesatlas>.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - *Relatório sobre dos objetivos de desenvolvimento do milénio 2010*. IED, Ministério da Educação. ISBN 978 -972-9219-79-5, 2010.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE - Despacho n.º 15/2014 de 7 de julho de 2014: *Aprova os Planos Regionais de Saúde*. De sua excelência o secretário de estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa, 2014.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Orientações para a elaboração de Plano Estratégico trienais de 2014 a 2016, Plano de Atividades de 2014 e Quadro de Avaliação e Responsabilização de 2014 dos Serviços do Ministério da Saúde*. Ministério da Saúde. Lisboa, 2014.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde,2012.[Consulta em 12.04.2015] Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf

RITO, Ana, *et al* - *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008*. INSA, IP. Lisboa, 2010.

SOCIEDADE PORTUGUESA DIABETOLOGIA - *Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa, 2014.

THOMSON, Sarah *et al* - *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. WHO Regional Office for Europe. Nº. 12. ISSN 2077-1584 |Consulta em 19.03..2015| Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/257579/12-Summary-Economic-crisis,-health-systems-and-health-in-Europe.pdf?ua=1

University of Wisconsin Population Health Institute - *Opportunities to Make Wisconsin the Healthiest State*. School of Medicine and Public Health, 2013. |Consulta em 19.03.2015| Disponível em <https://uwphi.pophealth.wisc.edu/>

WHO Regional Office for Europe - *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*. Regional Committee for Europe: Sixty-first session. N.º 111360, OMS, 2011.

WHO Regional Office for Europe - *Health 2020: a European policy Framework supporting action across government and society for health and well-being*. OMS. Geneva, 2013 ISB 978 92 890 0278 3, 2013.

LOUREIRO, Isabel.; MIRANDA, Miranda – *Promover a Saúde: Dos fundamentos à Acção*. Almedina, S.A, 2010.

Portal SNS, 08/02/2018, site: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/01/31/cancro-taxa-de-sobrevivencia-no-mundo>SICAD,08/02/2018site:

<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/Documents/Sinopse%20Estatistica%202015%20-%20C3%81lcool.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA - *Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa, 2016.

INSA. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP, 2016.

DGS. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016. Lisboa: DGS, 2013.

DGS. Análise dos ACES com oferta de espirometria realizada nos Cuidados de Saúde Primários em integração com a pneumologia hospitalar. Lisboa: DGS: Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2016.

DGS. Doenças Oncológicas em Números - 2017. Lisboa: DGS: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. 2017.

DGS. Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal - Relatório de 2015. Lisboa: DGS: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. 2016.

OMS. Despacho n.º 8254/2017, publicado no DR, 2ª Série, nº 183, de 21 de setembro
Estratégia europeia para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis, OMS 2006.

DGS. Despacho n.º 6300/2016, publicado no DR, 2ª Série, nº 92, de 12 de maio
Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017. Lisboa: DGS, 2017