

PLANO ESTRATÉGICO DO SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE 2011 - 2016

PESRS 2011 - 2016



**Título**

Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde 2011 - 2016
PESRS 2011 - 2016

Editor

Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM
Rua das Pretas, n.º 1
9004-515 FUNCHAL

Autor

Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Rua das Hortas, n.º 30
9050-024 FUNCHAL

Coordenação Técnica

Grupo de Trabalho para o PRS 2011-2016 (Despacho do Secretário Regional dos Assuntos Sociais de 21-06-2010).

Design, Montagem e Coordenação Executiva

Departamento de Saúde, Planeamento e Administração Geral
Rua das Pretas, n.º 1
9004-515 FUNCHAL

E-mail: dpps@iasaude.sras.gov-madeira.pt

Colaboração: Unidade Flexível de Sistemas de Informação do IASAÚDE, IP-RAM

Departamento de Gestão Financeira e Contratualização do IASAÚDE, IP-RAM

1. SUMÁRIO EXECUTIVO.....	05
2. INTRODUÇÃO.....	11
3. PERFIL DE SAÚDE DA RAM (2004-2010).....	15
4. ANÁLISE ESTRATÉGICA AO AMBIENTE EXTERNO E INTERNO DA SAÚDE NA REGIÃO	139
5. ENQUADRAMENTO E OBJETIVOS.....	145
6. SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE	189
7. ESTRATÉGIA DE MONITORIZAÇÃO.....	197

1. SUMÁRIO EXECUTIVO





O Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde 2011-2016 (PESRS, 2011-2016) é um processo de construção dinâmico e contínuo, gerador de conhecimento, definidor de estratégia, prospectivo em visão e gestor de expectativa. Procura o compromisso e envolvimento, na perspectiva do Sistema de Saúde Regional, assumido conforme referência da Organização Mundial de Saúde, como o conjunto estruturado e inter-relacionado de todas as organizações, pessoas e ações, cujo desígnio é a melhoria, manutenção ou recuperação da saúde. (Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, 2007). O PESRS 2011-2016 tem período de vigência de 5 anos, correspondendo o ano de 2011 ao desenvolvimento do referencial conceptual, elaboração de parâmetros de avaliação referente a estratégias anteriores e consolidação do modelo teórico.

O PESRS 2011-2016 estrutura-se para efeitos de operacionalização em 3 eixos estratégicos:

Políticas Públicas Saudáveis

Dimensões:

- Atuação global em Saúde Pública que descreva com eficácia os problemas prioritários de saúde e defina as intervenções necessárias à prevenção da doença, à promoção da saúde e a uma resposta rápida a ameaças agudas, particularmente às epidemias e catástrofes;
- Definição de um quadro normativo e regulador para o sistema prestador de cuidados;
- Reconhecimento de que a saúde da população também depende das políticas que são responsabilidade de outros sectores.

Qualidade dos Cuidados de Saúde

Dimensões:

- Qualidade a nível estrutural: utilização adequada dos recursos, de modo a atingir os resultados esperados, considerando entre outras dimensões: competência profissional, eficiência administrativa e alocação eficiente de recursos;
- Qualidade a nível dos processos: adequação dos serviços aos resultados esperados: estratégias de gestão do risco, modificação dos comportamentos que facilitem a adopção das melhores práticas, gestão do conhecimento, de forma a tornar as instituições learning organizations e organização dos cuidados baseados em evidência.

Cidadania em Saúde

Dimensões:

- Promoção e desenvolvimento do exercício dos direitos e deveres do cidadão, nos serviços de saúde;
- Envolvimento do cidadão e das organizações representativas dos seus interesses e de interesses sociais em saúde, nos processos de decisão da saúde colectiva e dos grupos mais vulneráveis;
- Identificação e promoção de boas práticas e de políticas de cidadania em saúde, avaliação e gestão do conhecimento;
- Desenvolvimento de programas específicos na área da educação para a saúde, auto-gestão da doença e capacitação dos cuidadores informais;

PESRS 2011- 2016 está focalizado em ações de compromisso com os cidadãos e numa atuação ideológica balizada pela MISSÃO, VISÃO E PRODUTOS.



Missão

- Apoiar os serviços de saúde da Região a orientar o planeamento da sua intervenção, descentralizando as estratégias até ao nível local;
- Facilitar a definição conjunta do papel dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade e da sua co-participação no processo de mudança para mais saúde;
- Apoiar todos os intervenientes em saúde a fazer as melhores opções, não só as eficazes e eficientes, mas também as mais oportunas e efectivas para Ganhos em Saúde para a população da RAM.

Visão

- Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores.

Produtos

O PESRS 2011-2016 será operacionalizado, de forma faseada, em distintos produtos, designadamente:

- PERFIL DE SAÚDE DA RAM, 2004-2010;
- Caderno Técnico 1 - Enquadramento e Objectivos;
- Caderno Técnico 2 - Índices, Indicadores e Métricas;
- Caderno Técnico 3 -Fichas Técnicas das Estratégias Regionais;
- Caderno técnico 3.1 - Estratégia Regional de Luta contra a Droga;
- Fichas Técnicas de Planos, Projetos e Intervenções transversais;
- Ficha Técnica Bibliográfica.

Siglas	18
O que é um Perfil de Saúde?	20
Preâmbulo	21
A Região	22
Capítulo I	
Indicadores Sócio Demográficos.....	26
Capítulo II	
Determinantes e Estilos de Vida Saudável	33
Capítulo III	
Ciclos de Vida	53
Capítulo IV	
Problemas de Saúde Prioritários	61
Capítulo V	
Doenças Preveníveis pela Vacinação	113
Capítulo VI	
Utilização de Medicamentos	118
Capítulo VII	
Organização e Estrutura	123
A RAM - Instantâneos Numéricos	136

Siglas

4º INS - Quarto Inquérito Nacional de Saúde
AMI - Assistência Médica Internacional
AMRAM - Associação de Municípios da Região Autónoma da Madeira
APP - Associação Protectora dos Pobres
ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ARS Norte, I. P. - Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CASA - Centro de Apoio aos Sem Abrigo
CEOS - Investigações Sociológicas da Faculdade de Ciências Sociais e Humana da Universidade Nova de Lisboa
CPA - Centro de Promoção de Autonomia
CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
CRA - Centro de Recuperação de Alcoólicos São Ricardo Pampuri
CRIVD - Comissão Regional Inter-Institucional para a Violência Doméstica
CS - Centros de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CSPSA - Centro Social e Paroquial de Santo António
CSPSB - Centro Social e Paroquial de São Bento
CSSM - Centro de Segurança Social da Madeira
DDO - Doença de Declaração Obrigatória
DGS - Direcção Geral de Saúde
DGRS - Direcção Geral de Reinserção Social
DR Educação - Direcção Regional de Educação
DRE - Direcção Regional de Estatística da Madeira
DREER - Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação
DRJ - Direcção Regional de Juventude
DRQP - Direcção Regional de Qualificação Profissional
EB/PE - Escola Básica com Pré-Escolar
EMIR - Equipa Médica de Intervenção Rápida
Estudo FRCV - Estudo Factores de Risco Cardiovasculares
FEM - Associação Presença Feminina
GCEA - Gabinete Coordenador de Educação Artística
GEPE - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação
H - Homens
HM - Homens Mulheres
IASAÚDE, IP-RAM - Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, Instituto Público - Região Autónoma da Madeira
IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência
IEM - Instituto de Emprego da Madeira
IHM - Instituto de Habitação da Madeira
INPG - Instituto Nacional de Pós-graduação
IMC - Índice de Massa Corporal
INE - Instituto Nacional de Estatística
INS - Instituto Nacional de Saúde
IPSS - Instituição Pública de Solidariedade Social
Km - Quilómetro
M - Mulheres

O que é um Perfil de Saúde?...

É um instrumento de monitorização da saúde da população e seus determinantes, aos níveis regional e local.

É uma estratégia de informação e comunicação em saúde e de promoção da saúde, constroi-se pela advocacia e literacia em saúde.

É um instrumento de apoio à tomada de decisão pessoal, da comunidade, profissional e política sobre saúde, aos níveis regional e local.

É uma ferramenta de apoio ao planeamento em saúde, aos níveis regional e local.

Fonte: ARS Norte, I.P. - Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

O Planeamento em Saúde, na actualidade, deve ser capaz de esbater as dificuldades de totalização que os diferentes actores, sectores e instituições evidenciam sobretudo por agirem sobre mecanismos de racionalidade díspares do objectivo de construir Saúde.

Nesta perspectiva o planeamento em saúde deve acomodar um potencial comunicante e deve ser capaz de conduzir o diálogo entre as instituições, bem como promover a articulação entre os sujeitos sociais.

Assim o Perfil de Saúde¹ da RAM, retrata certos aspectos demográficos regionais e expõe imagens de alguns “marcadores” ou “tracers”, entendidos como situações de saúde que pela sua natureza abrangem vários sectores do sistema prestador de cuidados, possibilitando uma interpretação sobre a natureza das necessidades e da firmeza das respostas.

O objectivo deste perfil não é diagnosticar a situação da saúde da população da RAM, pois esse diagnóstico obedece a regras metodológicas próprias. Pretende-se, isso sim, obter uma representação objectiva, quantitativa com significado evolutivo da realidade actual da saúde na RAM e, simultaneamente, confluir para a construção do referencial de planeamento 2011-2016.

A par do ensejo prospectivo, este documento contempla uma componente avaliativa do período de orientação estratégica 2004-2010, marcado por elevada complexidade do ambiente externo e do processo administrativo. O período em referência, foi igualmente atravessado pela introdução de algumas experiências inovadoras e altamente diferenciadas mas cujos resultados ainda não são visíveis. Aliás é consensual que em saúde a existência de um intervalo apreciável entre as decisões e os resultados constitui, na maior parte dos casos, um factor condicionante do próprio processo de planeamento e da leitura adequada dos ganhos em saúde.

Enquanto eixo estruturante do próximo Plano de Saúde 2011-2016, a formulação de políticas públicas saudáveis está também implícita nos dados que aqui se apresentam e qual seja o cenário futuro, o Perfil de Saúde contribuirá para os novos desenhos e formas de intervenção que tecnicamente venham a ser traçados.

¹ O Perfil da Saúde é uma descrição qualitativa e quantitativa da saúde dos cidadãos e dos factores que a influenciam. O Perfil identifica problemas, propõe áreas para melhoria e estimula a acção (OMS, 1995).

Os perfis descrevem o estado de saúde das pessoas e as condições em que estas vivem. São ferramentas essenciais para a mudança, e devem fazer parte integrante dos processos de tomada de decisão e de planeamento estratégico locais. A preparação dos perfis cria oportunidades únicas para o trabalho intersectorial e o envolvimento da comunidade e dos meios de comunicação de massas (OMS, 1995).

A Região

A RAM é um arquipélago português, dotado de autonomia política e administrativa, que decorre do Estatuto Político Administrativo da Região Autónoma da Madeira, previsto na Constituição da República Portuguesa. A Madeira faz parte integral da União Europeia com o estatuto de região ultraperiférica do território da União, conforme estabelecido no artigo 299^o-2 do Tratado da União Europeia.

O arquipélago da Madeira situa-se no Oceano Atlântico entre 30° e 33° de latitude norte, a 978 km a sudoeste de Lisboa e a cerca de 700 km da costa africana. De origem vulcânica, é constituído por: Ilha da Madeira (740,7 km²); Ilha do Porto Santo (42,5 km²); Ilhas Desertas (14,2 km²) - 3 ilhas; Ilhas Selvagens (3,6 km²) – 2 ilhas e 16 ilhéus. A sua área territorial de 801,12 (km²) corresponde a cerca de 7,57% da área de Portugal (92094,4 km²). Das 7 ilhas, apenas as duas maiores (Madeira e Porto Santo) são habitadas. As restantes 5 ilhas constituem reservas naturais.

A densidade populacional de cerca de 309 hab./km² é superior à média do país e mesmo da União Europeia.

A ocupação do território na ilha da Madeira faz-se sobretudo na costa sul, onde a maioria da população (75%) reside, ocupando apenas 35% do mesmo. É nesta área que se situa a cidade do Funchal que concentra 40% da população, com uma densidade populacional de 1.290 hab./km².

A estrutura etária da população, de acordo com as estimativas (provisórias e pós censitárias) da população residente em 2009, aponta para uma distribuição proporcional da população de jovens (0-14 anos) de 17,4%, da população em idade activa (15-64 anos) de 69,6% e da população idosa (65 e + anos) de 13,0%, resultando desta forma no alargamento mediano da tradicional pirâmide etária.

Em termos de crescimento populacional, por conta da diferença entre as taxas de natalidade e taxa de mortalidade em 2009, a RAM apresenta uma taxa de crescimento natural negativa. No entanto em termos de crescimento efectivo o valor é positivo, contribuindo, para este saldo positivo a diferença entre os movimentos de imigração e emigração.

A **taxa real de escolarização** define um indicador, no âmbito da formação escolar, para medir transformações conjunturais na vida das populações. Nestes últimos 10 anos pode-se constatar face aos valores indicados, que a Região regista um aumento substancial de crianças inscritas em quase todos os níveis de ensino, onde se destaca a proporção de 100% de alunos matriculados em idade esperada para frequentar o primeiro ciclo. Note-se que embora a taxa de escolarização traduza valores inferiores aos nacionais, na generalidade entre os anos lectivos 1999/2000 e 2006/2007, a RAM revela um incremento de 8% desta taxa, sendo superior ao nacional. Por outro lado a proporção de inscritos em educação pré-escolar, no mesmo período, aponta para valores superiores aos nacionais.

O PIB per capita tem vindo a ser assumido como um indicador de referência para a medição

do desenvolvimento económico. A nível regional tem-se verificado uma tendência crescente do PIB sobretudo a partir de 2003, registando em 2008 um valor de 20,0 milhares de euros per capita.

Informação

ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO MÉDIA E DENSIDADE POPULACIONAL POR MUNICÍPIO, RAM, 2009

Concelhos	Área (km ²)	População Média (N.º)	Densidade Populacional (Hab./km ²)
RAM	801,1	247.280	309
Calheta	111,5	11.886	107
Câmara de Lobos	52,1	36.199	694
Funchal	76,1	98.188	1.290
Machico	68,3	20.978	307
Ponta do Sol	46,2	8.378	181
Porto Moniz	82,9	2.631	32
Ribeira Brava	65,4	12.592	193
Santa Cruz	81,5	37.695	463
Santana	95,6	8.238	86
São Vicente	78,8	6.108	78
Porto Santo	42,6	4.390	103

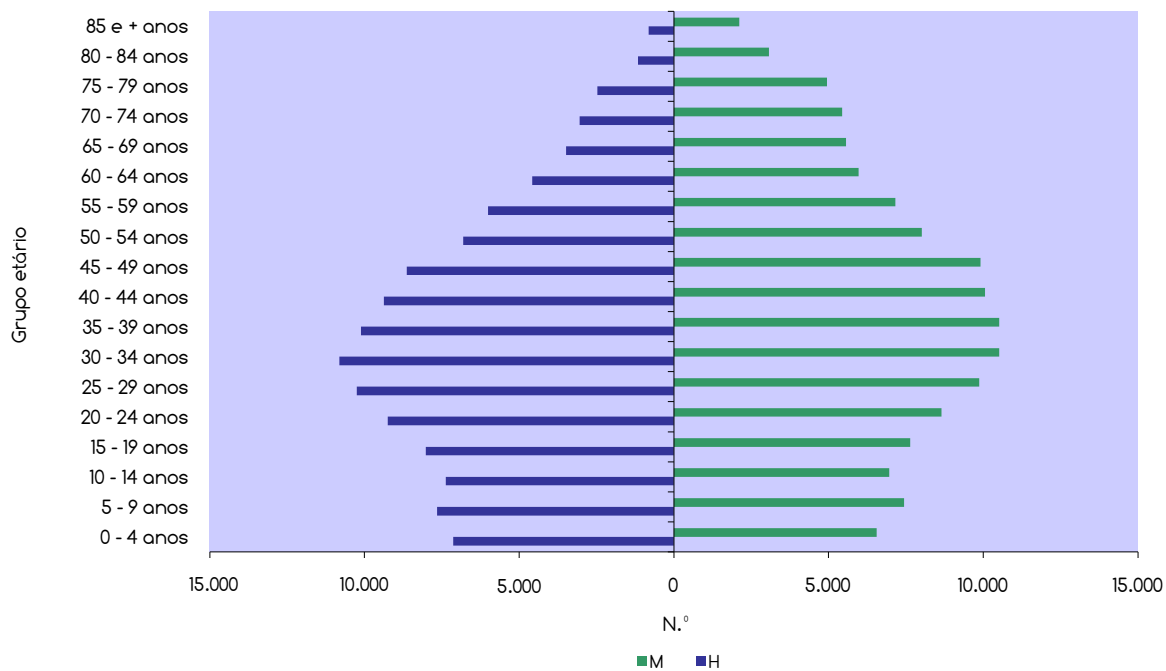
Fonte: DRE, Madeira em Números, 2009.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR GRUPO ETÁRIO, RAM, 2009

Grupo Etário	HM (N.º)	Proporção (%)
Total	247.399	100,0
0 - 14 anos	43.115	17,4
15 - 24 anos	33.551	13,6
25 - 64 anos	138.602	56,0
65 e + anos	32.131	13,0

Fonte: INE, Estimativas da População Residente, 2009.

PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE, RAM, 2009



Fonte: DRE, Estimativas da População Residente, 2009.

TAXA DE CRESCIMENTO NATURAL E TAXA DE CRESCIMENTO EFECTIVO, RAM, 2004-2009

Ano	Taxa de crescimento	
	Natural (%)	Efectivo (%)
2004	0,16	0,52
2005	0,11	0,37
2006	0,13	0,25
2007	0,06	0,36
2008	0,04	0,19
2009	-0,11	0,10

Fonte: INE, Indicadores Demográficos, 2004-2009.

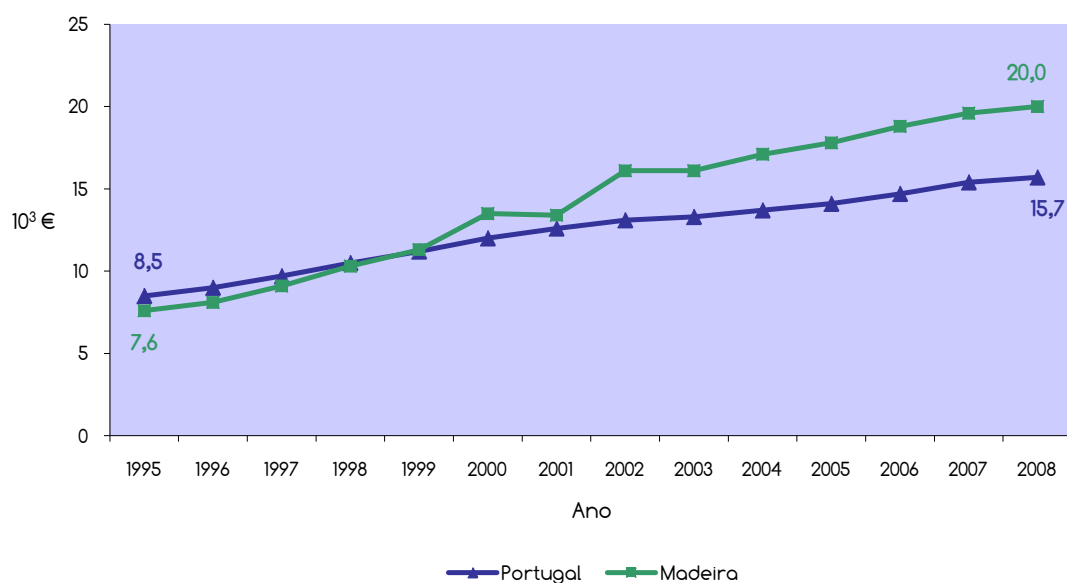
EVOLUÇÃO DA TAXA REAL DE ESCOLARIZAÇÃO SEGUNDO O NÍVEL DE EDUCAÇÃO / ENSINO POR ANO LECTIVO, RAM E PORTUGAL, 1999-2009

Unidade: %

Ano lectivo	Nível de ensino				
	Educação Pré-escolar	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ensino Secundário
RAM					
1999 / 2000	78,4	100,0	79,6	74,6	47,9
2000 / 2001	80,9	100,0	77,9	75,7	51,0
2001 / 2002	82,9	100,0	78,0	76,5	51,1
2002 / 2003	83,4	100,0	81,0	75,7	52,9
2003 / 2004	85,6	100,0	85,2	76,2	56,4
2004 / 2005	85,3	100,0	85,9	79,3	60,6
2005 / 2006	88,0	100,0	86,7	81,0	59,8
2006 / 2007	86,4	100,0	88,1	82,8	56,9
2007 / 2008	85,0	100,0	90,3	83,2	58,5
2008 / 2009	85,9	100,0	95,2	84,7	62,1
Portugal					
1999 / 2000	71,6	100,0	88,2	84,8	59,6
2000 / 2001	74,8	100,0	87,9	87,6	63,4
2001 / 2002	76,2	100,0	86,7	84,9	60,4
2002 / 2003	76,3	100,0	87,3	83,2	59,5
2003 / 2004	76,9	100,0	87,3	82,8	58,5
2004 / 2005	77,2	100,0	86,8	83,0	60,2
2005 / 2006	77,3	100,0	84,8	83,9	54,2
2006 / 2007	77,3	100,0	88,3	87,0	60,5

Fonte: GEPE 1999-2000 a 2005-2006;
OSECRAM 2006-2007 a 2008-2009.

EVOLUÇÃO DO PIB PER CAPITA, RAM E PORTUGAL, 1995-2008



Fonte: INE, Contas Económicas Regionais, 1995-2008.

Indicadores Sócio Demográficos

Aspectos Principais

No que se refere à **população residente** verifica-se que no período intercensitário de 1950 a 2001, houve dois decréscimos acentuados no número de habitantes residentes. Apesar da tendência decrescente, as estimativas da população residente posteriores aos censos de 2001 apontam para um ligeiro aumento até ao ano de 2009.

Ao analisar a distribuição etária da população da RAM em 2009, podemos considerar que existe uma ligeira supremacia do género masculino até aos 24 anos. A partir dos 25 anos a situação inverte-se onde o género feminino predomina, o que poderá ser um indício de uma maior longevidade das mulheres.

Embora, tendo por referência o ano 2006, a **esperança de vida** à nascença da população da RAM traduza valores inferiores (74,10 anos) aos registados para a RAA (75,10 anos) e para Portugal (78,50 anos), destaca-se a nível regional uma tendência crescente a partir de 2003.

Os valores da **esperança média de vida** à nascença são na RAM, em 2006, de 69,40 anos para os homens e de 78,40 anos para as mulheres. A distribuição destes valores médios por grupo etário (evolução 2006-2008), denotam um decréscimo natural e aponta para a possibilidade de viver 1 ano e 3 meses para além dos 100 anos.

A **natalidade** apresenta uma variação percentual negativa, no período entre 2000 e 2008 de -18,7%.

No mesmo período (2000-2008), no que se refere à **taxa de mortalidade infantil** é notória a diminuição: 7 óbitos por mil nados vivos, correspondendo a uma variação de -86,4% verificando-se também uma diminuição na taxa de mortalidade infantil bruta de 5,4%.

No que se refere à análise da mortalidade na RAM, a **taxa de mortalidade padronizada pela idade** na população com idade inferior a 65 anos e superior a 64 anos, revela valores superiores aos nacionais em todas as causas de morte e restantes categorias apresentadas (Doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e tumores malignos).

No que se refere ao nível de ensino, é apresentada a evolução dos **níveis de escolaridade da população** da Região, entre 1981 e 2001, sendo notório o crescimento do **nível preparatório** e dos **outros níveis** em 2001. Note-se que relativamente ao ensino primário, apesar de ainda ser o nível mais frequente na RAM, é evidente a diminuição de 26% entre 1981 e 2001 enquanto que o nível de escolaridade Outro, que corresponde a técnicos profissionais, bacharelatos, licenciatura, mestrados e doutoramentos, subiu 6,7% no mesmo período de avaliação.

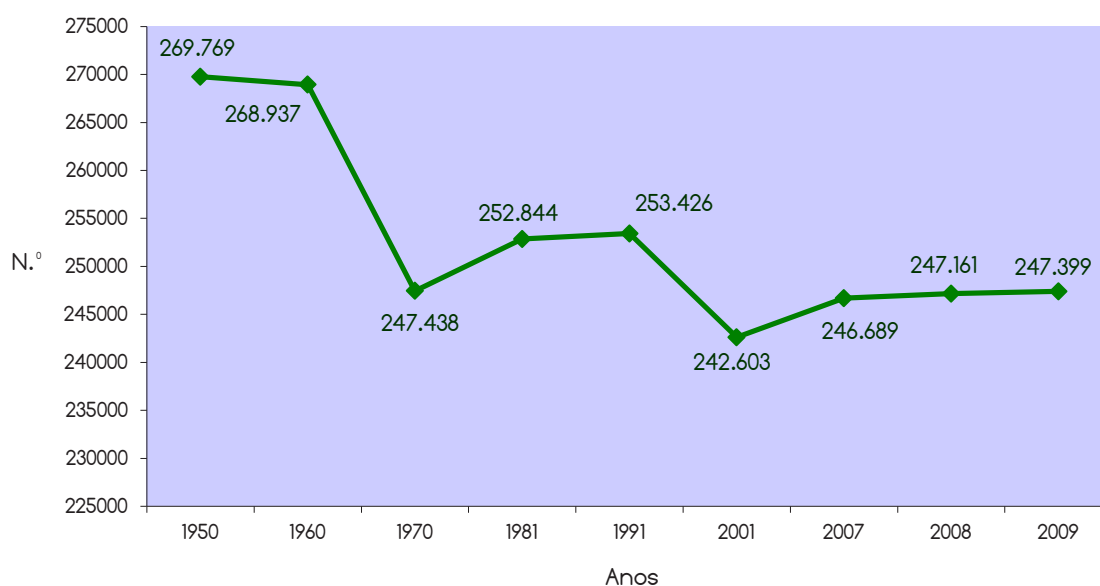
Relativamente ao **emprego e condição perante o trabalho**, 79.300 pessoas estão empregadas em áreas de actividade que integra o sector terciário tais como o comércio, restauração, hotelaria, transportes, bares e serviços públicos.

A **taxa de actividade**² na RAM em 2009, foi inferior à nacional. A taxa de emprego nesse mesmo ano foi também inferior à nacional, tendo-se registado respectivamente 7,6% na Região e 9,5% em Portugal.

Informação em Saúde

Demografia

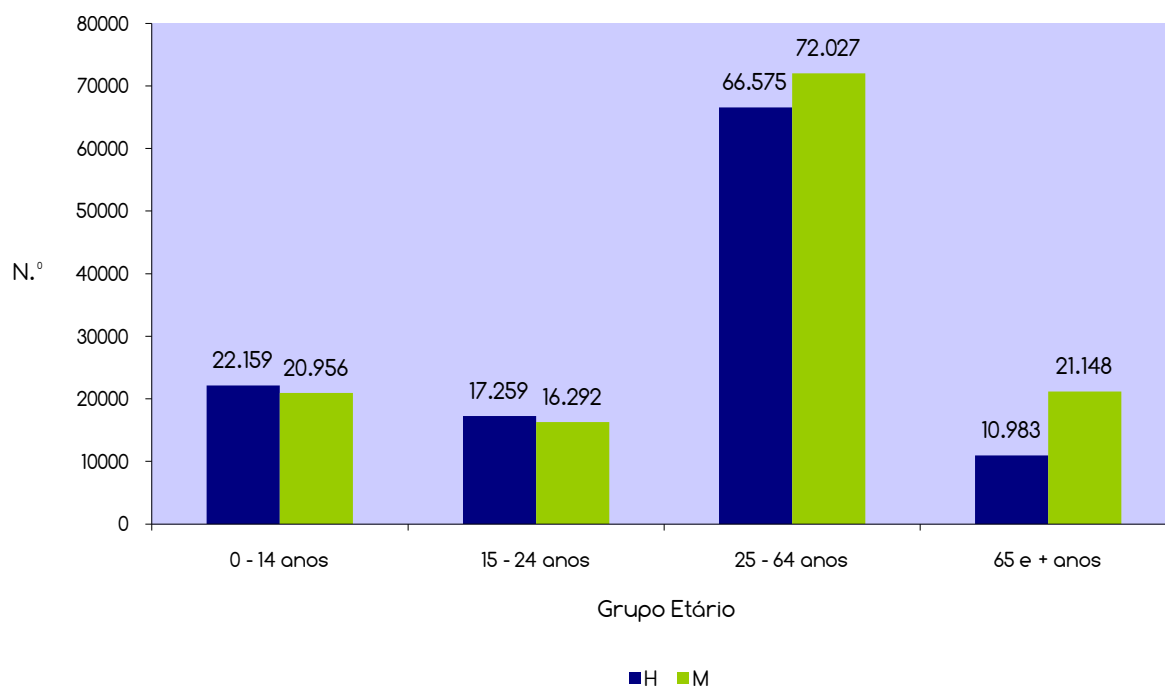
EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE, RAM, 1950-2009



Fonte: INE, Censos da População, 1950-2001 e Estimativas Anuais da População Residente, 2007-2009.

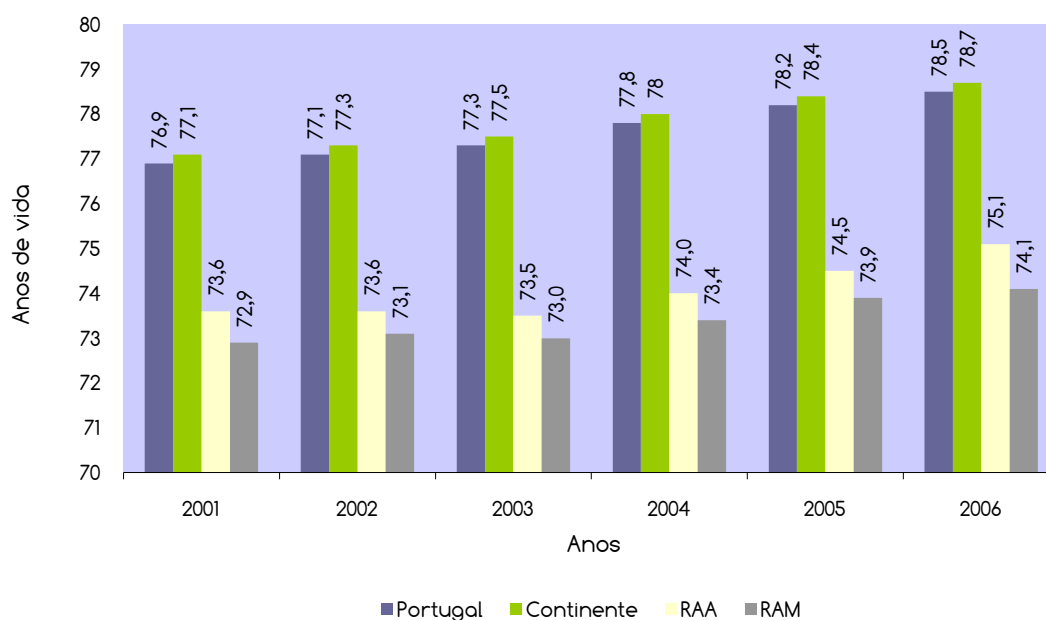
² Razão entre a população empregada e a população residente, numa área geográfica e num determinado período de tempo; permite inferir qual o grau de dependência de uma população.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE, POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, RAM, 2009



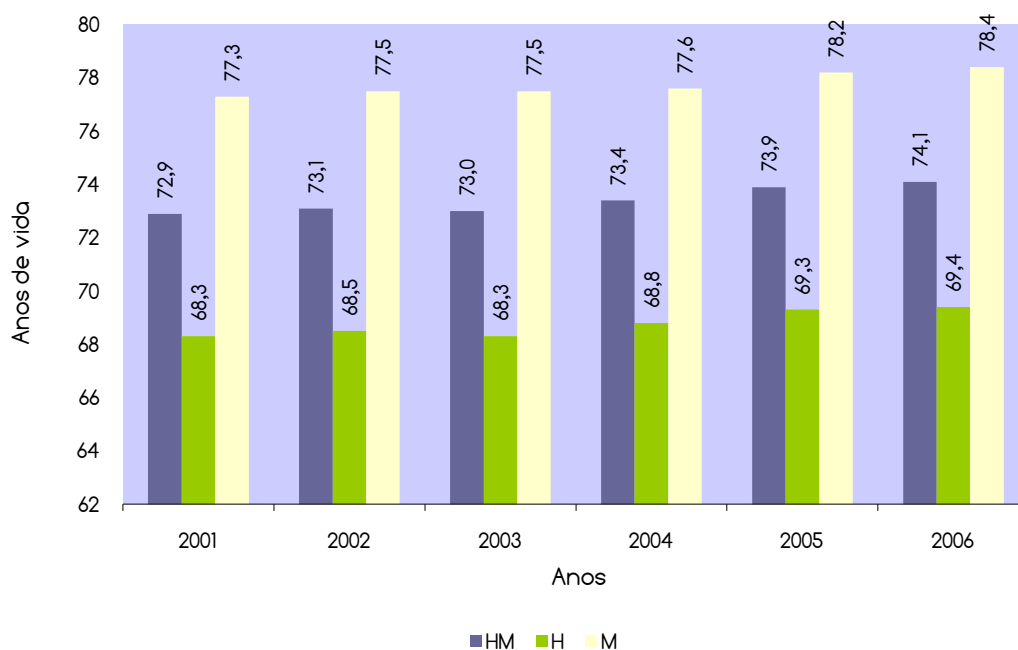
Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente, 2009.

EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA EM PORTUGAL, CONTINENTE E REGIÕES AUTÓNOMAS, 2001-2006



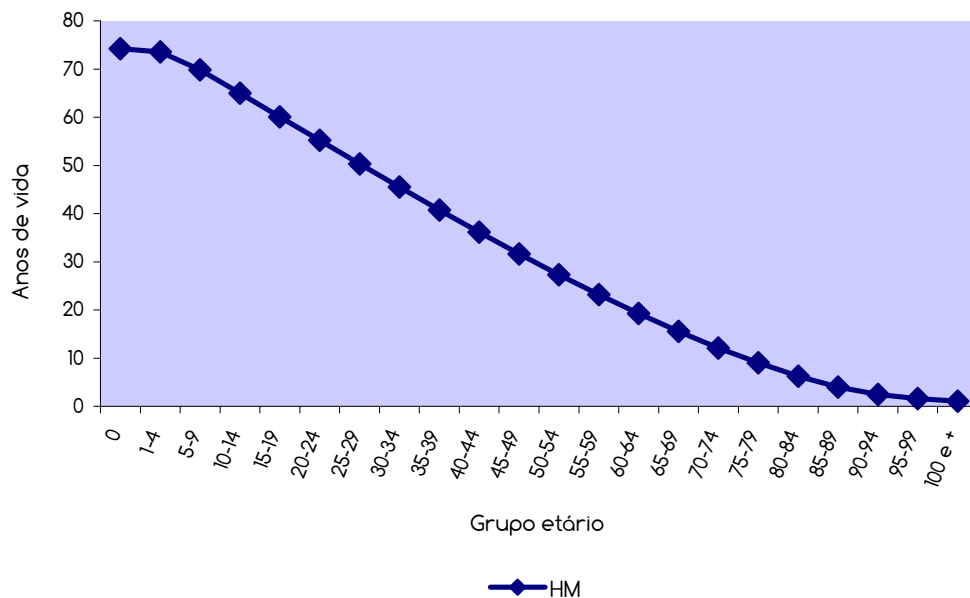
Fonte: INE, Anuário Estatístico, 2001-2006.

EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA SEGUNDO O GÉNERO, RAM, 2001-2006



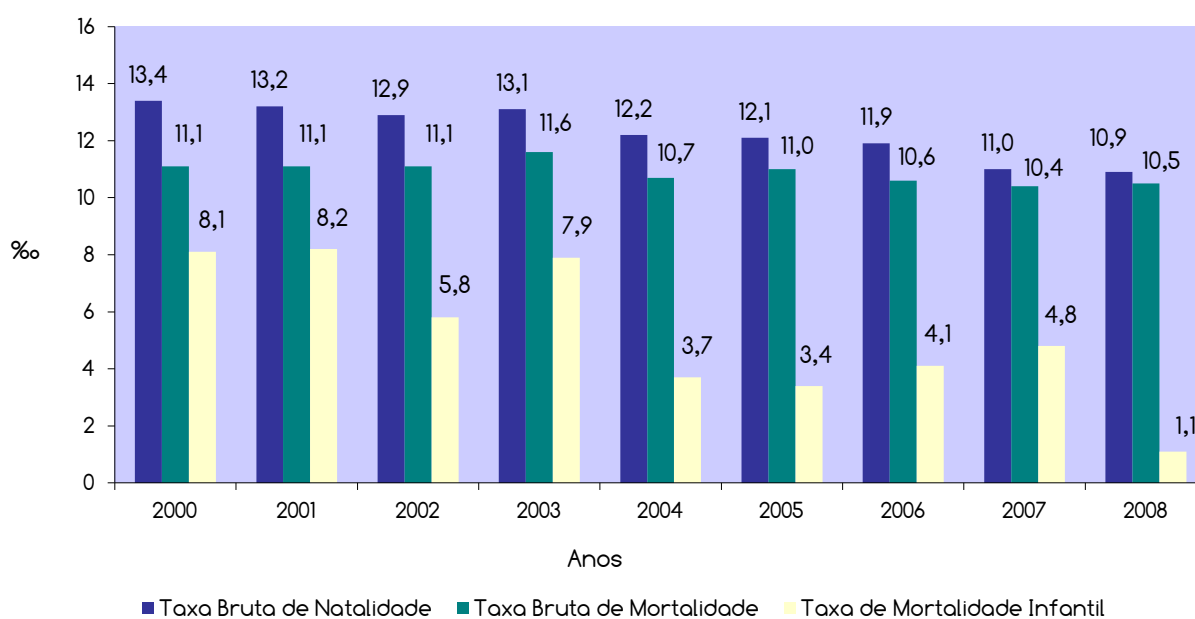
Fonte: INE, Anuário Estatístico, 2001-2006.

ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR GRUPO ETÁRIO, RAM, 2006-2008



Fonte: DRE, Estatísticas Demográficas da RAM, 2006-2008.

EVOLUÇÃO DAS TAXAS BRUTAS DE NATALIDADE E DE MORTALIDADE
E DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, RAM, 2000-2008



Fonte: DRE, Madeira em Números, 2008.

TAXAS DE MORTALIDADE PADRONIZADAS PELA IDADE, POR TODAS AS CAUSAS,
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO E TUMORES
MALIGNOS, RAM E PORTUGAL CONTINENTAL, 2006

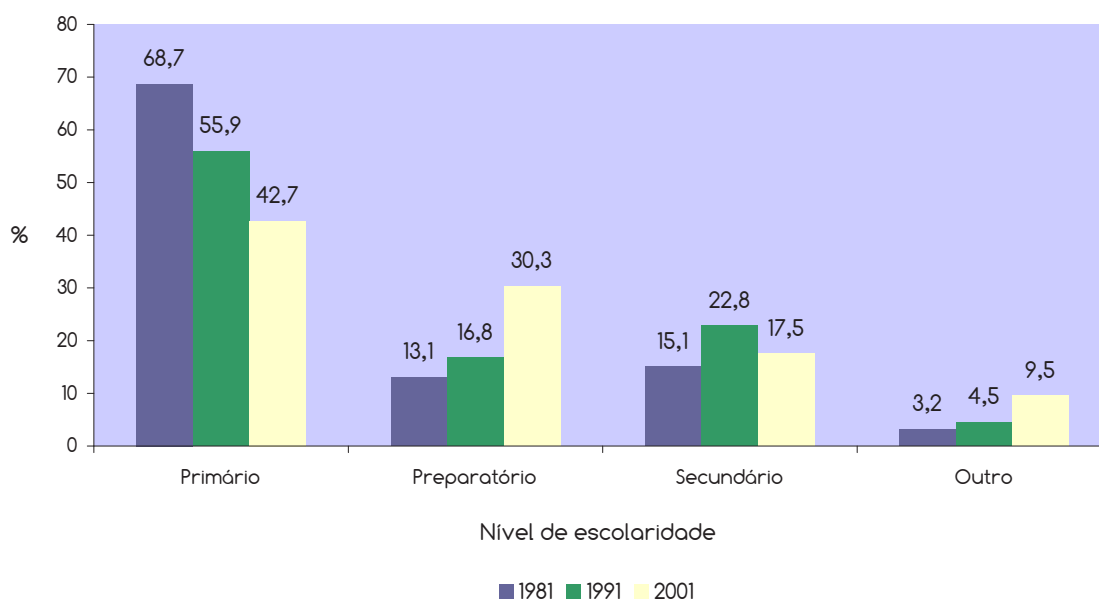
Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Causas de Morte	RAM			Portugal Continental		
	< 65 anos	> 64 anos	Todas as idades	< 65 anos	> 64 anos	Todas as idades
Todas as causas	328,1	5.587,9	906,7	201,8	4.002,0	619,8
Doenças do Aparelho Circulatório	48,5	1.729,7	233,5	29,5	1.422,3	182,7
Doenças do Aparelho Respiratório	25,4	1.104,0	144,0	8,5	494,1	62,0
Tumores Malignos	81,3	866,4	167,6	66,5	810,2	148,3

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

Nível de Ensino

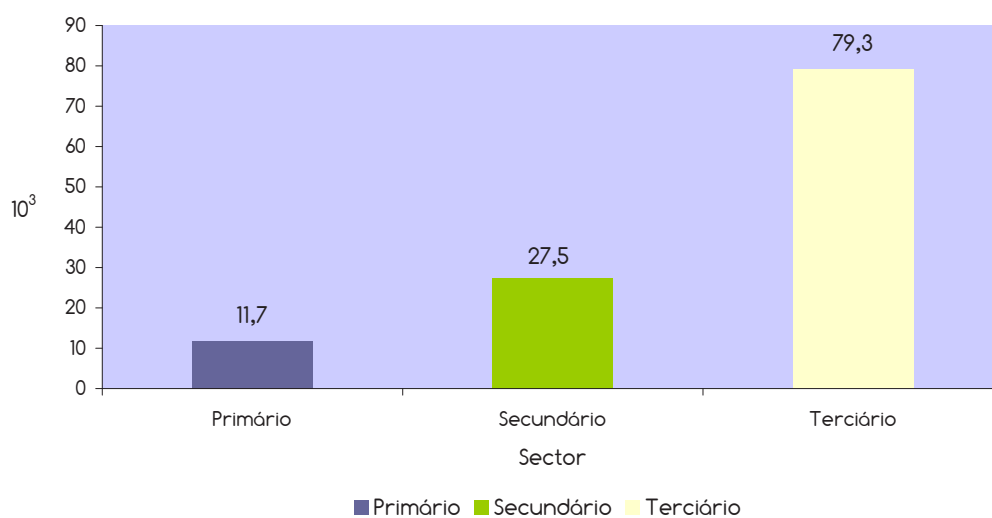
NÍVEL DE ESCOLARIDADE, RAM, 1981, 1991 E 2001



Fonte: INE, Censos, 1981, 1991 e 2001.

Emprego e Condição Perante o Trabalho

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA ESTRUTURA SECTORIAL DO EMPREGO, RAM, 2008



Fonte: INE, Contas Económicas Regionais, 2008.

POPULAÇÃO ACTIVA / CONDIÇÃO PERANTE O TRABALHO, RAM
E PORTUGAL, 2004-2009

Unidade: %

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Taxa de actividade</i>						
R A Madeira *	48,0	50,2	50,5	50,7	51,2	51,8
Homens	54,9	57,1	57,4	56,7	57,2	56,8
Mulheres	41,8	44,1	44,2	45,4	45,9	47,4
Portugal **	52,2	52,5	52,8	53,0	53,0	52,5
Homens	58,1	57,9	58,2	58,2	58,2	57,3
Mulheres	46,7	47,4	47,7	48,1	48,0	48,0
<i>Taxa de desemprego</i>						
R A Madeira **	3,0	4,5	5,4	6,8	6,0	7,6
Homens	2,6	4,2	4,6	6,5	5,7	9,0
Mulheres	3,5	4,9	6,3	7,1	6,3	6,1
Portugal **	6,7	7,6	7,7	8,0	7,6	9,5
Homens	5,8	6,7	6,5	6,6	6,5	8,9
Mulheres	7,6	8,7	9,0	9,6	8,8	10,2

Fonte: * DRE, Estatísticas do Emprego, 2004-2009;
** INE, Inquérito ao Emprego, 2004-2009.

Determinantes e Estilos de Vida Saudável

Aspectos Principais

Hábitos Alimentares

A RAM integrou, pela primeira vez, o 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) em 2005-2006 para o qual contribuiu com uma amostra representativa.

Com base neste inquérito, no que se refere ao padrão **número de refeições**, 95,7% da população residente na RAM, afirma fazer **três refeições**. Entre os **alimentos mais consumidos** pela população nas refeições principais, conta-se o **pão (88,9%)**, os **lactínicos (87,5%)** e a **batata/arroz/massa (87,0%)**. A **carne (79,6%)** apresenta um consumo superior ao **peixe (45,3%)** e os **legumes** fazem parte integrante das refeições principais em cerca de **77,5%** da população. Só **27,4%** da população consome **leguminosas** às refeições principais, sendo que a inclusão da **fruta** nestas refeições é referida por **75,3%** da população, valor superior ao encontrado para a RAA e para o Continente. Os **produtos hortícolas** estão representados por **77,5%** da população que refere consumi-los.

Nutrição e Obesidade

Segundo o 4º INS 2005-2006, **13,9%** da população da RAM com **idade igual ou superior a 18 anos** é **obesa**. Note-se que este valor é inferior aos valores encontrados para a RAA (18,0%) e para o Continente (15,2%).

A **obesidade** no sexo feminino é de **14,2%** enquanto que no **sexo masculino** o valor referente é de **13,6%**. Em termos de **excesso de peso** de grau I e II, respectivamente, os valores achados são os seguintes: homens: 20,2% e 21,0%, mulheres: 15,5% e 17,8%. Considerando a obesidade, segundo o género e a idade, constata-se que a maior percentagem de obesos no sexo masculino tem idade compreendida entre os 45 e os 54 anos (25,4%). Nas mulheres é no grupo etário 65 – 74 anos que se regista a maior proporção de obesas (27,0%).

Ainda no que se refere ao excesso de peso e obesidade por grupo etário, a partir de observações de saúde configuradas como projectos de investigação no âmbito do Programa Regional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiocerebrovasculares, verificou-se o seguinte: em Maio de 2006, nos **utilizadores dos Centros de Saúde** com idade compreendida entre os **45 e os 49 anos**, a **obesidade** e o **excesso de peso** representavam **14,0%** e **13,9%** respectivamente. No **grupo etário 55-59 anos** os valores registados foram mais elevados: **18,4%** (obesidade) e **15,1%** (excesso de peso). De acordo com o gráfico apresentado tem-se

que o excesso de peso e a obesidade são mais frequentes em idades superiores a 45 anos.

Se por outro lado considerarmos o sexo, a partir de um estudo realizado em 2008 com uma amostra probabilística representativa da população residente entre os 18 e os 64 anos de idade, verifica-se o seguinte: tanto o excesso de peso como a obesidade apresentam valores mais elevados nos homens, respectivamente 40,5% e 19,5%, enquanto que nas mulheres é de 32,4% para o excesso de peso e 18,2% para a obesidade.

Acções em Saúde

Nas respostas estruturadas na área da nutrição, destaca-se a evolução crescente de **consultas de nutrição** nos Centros de Saúde com uma taxa de variação de 89,7% entre 2004 e 2010.

Actividade Física

No que se refere à actividade física (4º INS 2005-2006), podemos verificar que a proporção de indivíduos com tempo gasto em média diária a andar superior a 60 minutos é de 57,4%, sendo este valor inferior à proporção que refere gastar, em média, mais de 180 minutos sentados que é de 64,1%. É de destacar igualmente que o valor referente à proporção da população que gasta pelo menos 60 minutos a andar (57,4%) é superior ao valor encontrado em Portugal, que é de 41%³.

Ainda a nível regional, segundo o PAP. Study, 2008 (estudo que decorreu na Região em 2009), encontramos que 41,6% dos homens praticam exercício físico, sendo esta proporção maior que a encontrada no sexo feminino que é de 34,7%. Por outro lado, outro achado de interesse decorre da observação de saúde realizada em 2006 nos Centros de Saúde desta Região, sobre factores de risco cardiovasculares, em que encontramos valores de sedentarismo, auto declarados, mais elevados a partir dos 35 anos ou seja, 63,8% do grupo de sedentários têm idade compreendida entre 40 e 64 anos. No total de pessoas observadas, 24,1% dos que declararam ser sedentários têm idade entre 40 e 64 anos⁴.

Acções em Saúde

No que se refere às actividades de promoção da saúde na dimensão dos determinantes de saúde: **alimentação e actividade física**, ressalva-se a intervenção na área de alimentação com 281 acções desenvolvidas em 2009, correspondendo a uma variação crescente de 15,7% desde 2004. As acções de promoção de saúde na área de actividade física também têm sido alvo de atenção, das estruturas de saúde, tendo-se realizado desde 2004, 320 acções.

³ 4º INS, 2005-2006, p. 321.

⁴ Cálculo a partir da base de dados.

Tabagismo

O consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade cientificamente comprovada em relação a algumas doenças crónico-degenerativas. Esta condição determinante realça a necessidade de monitorizarmos o consumo de tabaco, bem como conhecermos as respostas implementadas.

Com base nos dados recolhidos no 4º INS 2005-2006, a percentagem da população residente na RAM com ou mais de dez anos que nunca fumou é de 72,2%. No que diz respeito aos fumadores actuais por frequência de consumo, a percentagem de fumadores actuais de consumo diário é inferior na RAM, 85,2% quando comparado com 93,7% na RAA e 89,3% no Continente. No entanto, quando se trata do consumo ocasional, a situação inverte-se passando a RAM a liderar o consumo ocasional com 14,8% quando comparado com 6,3% na RAA e 10,7% no Continente.

O grupo etário 45–49 anos de idade é o que apresenta maior frequência de fumadores, mediante o Estudo de Factores de Risco Cardiovasculares realizado na RAM em Maio de 2006.

Acções em Saúde

As **consultas de desabitação tabágica**, médicas e de enfermagem realizadas nos Centros de Saúde, registaram um aumento no período compreendido entre 2005 a 2009, variando entre 344 e 2.180 nas consultas médicas e 758 e 2.643 nas consultas de enfermagem.

Simultaneamente, no mesmo período, aumentou o número de doentes seguidos na consulta hospitalar de desabitação tabágica (total 1.024 doentes). As consultas hospitalares de desabitação tabágica também registam um crescimento notório de mais 409 consultas entre 2004 e 2010, correspondendo a uma taxa de variação de 191,1%.

Consumo de Drogas Ilícitas

No que diz respeito à prevalência do consumo de substâncias psicoactivas ilícitas (“drogas”) na população entre os 15 e os 64 anos no ano 2007, registou-se o seguinte (Casimiro Balsa, 2007):

- A prevalência de consumo de uma qualquer substância psicoactiva ilícita na população da RAM é 5,2%, sendo inferior à prevalência nacional que é de 12,0%;
- A substância mais experimentada ao longo da vida é a cannabis, quer na RAM, quer no país, e igualmente na população geral e na população jovem adulta;
- É de salientar que a prevalência global de consumo experimental de heroína na RAM em 2007 foi de 0,0%;
- Na RAM, a taxa de continuidade dos consumos mostrou um decréscimo relativamente a qualquer substância. Verificou-se um aumento de 53,8% face ao Ecstasy e uma diminuição relativamente a todas as outras substâncias inquiridas.

Acções em Saúde

Na intervenção face ao consumo de drogas ilícitas, cabe realçar, no contexto da avaliação do Plano Regional de Luta Contra a Droga 2005 – 2008, os níveis de execução das acções contempladas nos objectivos para as metas que, neste documento, foram delineadas.

No total de 194 acções previstas, foram executadas 172 correspondendo a uma taxa de execução de 88%. Destaca-se ainda que as acções desenvolvidas em 2008, abrangeram um total de 29.503 pessoas, o que traduz um acréscimo notório face ao ano 2005, no qual as acções envolveram 9.676 pessoas.

Consumo Excessivo de Álcool

O consumo excessivo de álcool configura-se igualmente como um factor de risco modificável. Observando os dados colhidos pelo 4º INS 2005-2006, **35,1% da população** residente na RAM refere o consumo de **pelo menos uma bebida alcoólica** nos últimos **doze meses**. Este valor é **inferior** ao apresentado na RAA (48,8%) e no **Continente** (53,8%).

O consumo de bebidas alcoólicas na Região foi, segundo os parâmetros do 4º INS 2005-2006, maior na população masculina (47,3%) do que na feminina (24,2%).

Acções em Saúde

No que se refere às repostas em saúde, nomeadamente na abordagem do consumo excessivo de álcool, há que destacar o seguinte:

- Entre 2004 e 2010 realizaram-se um total de 8.610 **consultas médicas em alcoologia**, em toda a rede de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares.

- A intervenção multidisciplinar nesta área é uma realidade confirmada por 1.440 **consultas de Psicologia** em contexto hospitalar, entre 2005 e 2008, e por 4.444 **consultas de Enfermagem** em Cuidados de Saúde Primários, entre 2006 e 2010. Este conjunto considerável de actos clínicos traduz a estruturação de uma rede comunitária para abordar os problemas ligados ao álcool, bem como a diferenciação dos profissionais de saúde para intervir nesta área problemática, ao nível do sector público.

- A **reabilitação alcoólica** é uma componente fundamental na abordagem integrada aos problemas ligados ao álcool, daí se relevar o trabalho realizado pelo Centro de Recuperação de Alcoólicos Ricardo Pampuri, em acordo de cooperação com a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, cujo total de internamentos, no período compreendido entre 2005 e 2010, é de 1684, ocorrendo a maioria dos internamentos nas idades compreendidas entre os 40-49 anos de idade.

Hábitos Alimentares

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE, POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, SEGUNDO O NÚMERO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS E NÚMERO DE VEZES QUE COME FORA DAS REFEIÇÕES, RAM, 2005-2006

Unidade: %

Género/ Grupo etário	População residente	Nº refeições principais por dia:			Não come fora das refeições	Nº de vezes que come fora das refeições principais		
		Uma	Duas	Três		Uma	Duas	Três ou +
HM	100,0	0,4	3,8	95,7	15,8	25,6	50,2	8,4
< 15 anos	100,0	x	1,6	98,3	7,2	9,9	67,4	15,5
15 a 24 anos	100,0	0,8	2,7	96,5	16,6	23,3	52,9	7,2
25 a 34 anos	100,0	0,5	3,6	95,9	17,1	30,9	44,8	7,1
35 a 44 anos	99,9	0,9	3,9	95,2	17,8	30,5	45,6	6,0
45 a 54 anos	100,0	x	6,5	93,0	17,9	32,1	43,9	6,0
55 a 64 anos	100,0	0,3	4,0	95,6	21,6	27,2	46,3	4,9
65 a 74 anos	100,0	0,2	5,3	94,5	18,2	31,4	43,6	6,8
75 a 84 anos	100,0	x	5,8	94,2	16,7	29,3	44,1	9,9
85 ou + anos	100,0	x	7,1	92,9	5,1	28,9	46,5	19,5
H	100,0	0,3	4,0	95,7	19,1	24,2	49,0	7,6
< 15 anos	100,0	x	1,5	98,4	7,4	8,6	69,7	14,3
15 a 24 anos	100,0	x	2,5	97,5	17,4	21,3	53,3	7,9
25 a 34 anos	100,0	x	3,0	97,0	22,4	30,4	43,0	4,2
35 a 44 anos	99,8	0,9	5,6	93,3	23,0	31,1	39,7	5,9
45 a 54 anos	100,0	x	7,8	91,3	24,7	26,9	42,3	6,1
55 a 64 anos	100,0	0,3	2,9	96,8	23,5	31,3	40,3	4,9
65 a 74 anos	100,0	0,3	4,6	95,1	23,2	32,8	37,6	6,4
75 a 84 anos	100,0	x	7,6	92,4	25,7	22,8	47,1	4,4
85 ou + anos	100,1	x	19,5	80,6	8,3	22,9	48,8	20,1
M	100,0	0,6	3,7	95,8	12,8	26,9	51,2	9,1
< 15 anos	100,0	x	1,8	98,2	7,1	11,3	64,8	16,8
15 a 24 anos	100,0	1,7	3,0	95,4	15,8	25,4	52,4	6,4
25 a 34 anos	100,0	0,9	4,3	94,8	11,9	31,4	46,7	10,0
35 a 44 anos	100,0	0,9	2,3	96,8	13,1	30,0	50,9	6,0
45 a 54 anos	100,0	x	5,4	94,6	12,0	36,7	45,3	5,9
55 a 64 anos	100,0	0,4	4,8	94,8	20,1	24,1	50,9	4,9
65 a 74 anos	100,0	0,2	5,7	94,1	15,1	30,5	47,3	7,1
75 a 84 anos	100,0	x	4,9	95,1	12,2	32,6	42,6	12,7
85 ou + anos	100,0	x	1,6	98,5	3,7	31,5	45,5	19,3

Fonte: INS, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

Legenda:
x - Valor não disponível

PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO RESIDENTE, POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, SEGUNDO O TIPO DE ALIMENTOS CONSUMIDOS NA(S) REFEIÇÕES PRINCIPAIS, NO DIA ANTERIOR À ENTREVISTA, RAM, 2005-2006

Unidade: %

Género/ Grupo etário	Alimentos consumidos nas refeições principais, no dia anterior à entrevista:										
	leite/ iogurte/ queijo	sopa	pão	carne	peixe	batatas/ arroz/ massa	feijão/ grão	salada/ legumes cozidos	fruta	bolos/ chocolates/ sobremesa	outros alimentos
HM	87,5	74,9	88,9	79,6	45,3	87,0	27,4	77,5	75,3	21,3	29,2
< 15 anos	94,9	82,7	85,1	81,2	44,5	82,3	21,6	72,1	78,2	26,1	32,7
15 a 24 anos	89,7	74,5	91,2	83,2	50,3	90,4	30,9	82,5	76,5	25,5	31,4
25 a 34 anos	86,2	66,7	89,5	83,2	43,8	89,2	27,4	78,0	74,7	19,7	27,9
35 a 44 anos	84,8	71,3	86,7	80,9	46,6	88,5	29,1	79,3	73,0	23,4	34,9
45 a 54 anos	82,1	75,3	92,4	82,1	45,2	90,3	31,6	77,3	78,6	21,0	25,2
55 a 64 anos	86,3	77,1	92,0	73,7	43,4	83,3	23,1	79,4	72,8	15,7	21,8
65 a 74 anos	85,3	70,7	90,1	70,3	42,5	87,1	26,2	78,4	73,1	13,6	20,8
75 a 84 anos	88,6	88,5	89,2	70,6	43,7	82,9	35,7	68,7	69,1	15,9	32,1
85 ou + anos	69,4	81,1	66,2	46,7	38,4	75,9	19,0	79,8	72,3	6,2	27,4
H	86,0	74,8	89,9	81,5	44,5	87,8	27,4	77,3	75,5	21,8	29,9
< 15 anos	95,0	83,3	86,8	82,4	42,3	80,8	23,1	70,5	76,6	24,0	32,9
15 a 24 anos	89,4	75,9	91,3	83,8	50,7	93,8	32,1	84,7	79,6	30,2	36,9
25 a 34 anos	82,9	66,0	90,7	85,2	40,6	88,8	27,0	76,2	76,3	17,7	29,0
35 a 44 anos	82,5	69,6	88,8	82,4	43,7	87,8	27,7	78,0	71,9	24,5	34,3
45 a 54 anos	79,4	76,0	92,8	84,3	45,1	91,2	32,4	76,9	79,5	20,9	22,5
55 a 64 anos	84,5	76,5	93,0	75,6	46,4	87,5	21,9	80,3	73,5	16,3	22,9
65 a 74 anos	80,7	69,6	90,4	72,2	45,4	88,1	25,0	79,6	65,8	12,7	17,3
75 a 84 anos	91,9	87,8	86,2	67,2	48,1	85,3	29,7	70,4	74,1	13,6	30,4
85 ou + anos	59,4	94,9	75,2	56,0	26,3	73,2	24,9	96,9	56,4	3,2	24,4
M	88,8	75,0	87,9	77,9	46,1	86,4	27,5	77,6	75,1	20,9	28,5
< 15 anos	94,7	82,1	83,3	80,0	46,8	83,8	20,1	73,8	80,0	28,3	32,5
15 a 24 anos	90,1	73,1	91,1	82,6	49,9	86,9	29,7	80,2	73,3	20,6	25,6
25 a 34 anos	89,4	67,4	88,4	81,3	47,1	89,6	27,7	79,8	73,1	21,6	26,8
35 a 44 anos	86,9	72,8	84,8	79,6	49,3	89,1	30,3	80,5	74,1	22,4	35,4
45 a 54 anos	84,5	74,7	92,1	80,2	45,3	89,5	30,8	77,6	77,9	21,0	27,5
55 a 64 anos	87,7	77,5	91,2	72,4	41,1	80,2	24,0	78,7	72,3	15,2	21,1
65 a 74 anos	88,1	71,4	89,8	69,1	40,7	86,5	26,9	77,7	77,5	14,1	22,9
75 a 84 anos	86,9	88,9	90,7	72,3	41,5	81,7	38,8	67,9	66,6	17,0	32,9
85 ou + anos	73,9	75,0	62,2	42,5	43,8	77,1	16,3	72,2	79,4	7,5	28,7

Fonte: INS, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE, POR GÉNERO, SEGUNDO O CONSUMO DE FRUTA E SALADA / LEGUMES COZIDOS NAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS, NO DIA ANTERIOR À ENTREVISTA, CONTINENTE, RAA E RAM, 2005-2006

Unidade: %

Género	Continente		RAA		RAM	
	Fruta	Salada / Legumes cozidos	Fruta	Salada / Legumes cozidos	Fruta	Salada / Legumes cozidos
HM	69,2	80,7	74,9	47,5	75,3	77,5
H	67,2	78,2	74,2	46,4	75,5	77,3
M	71,1	83,1	75,6	48,6	75,1	77,6

Fonte: INS, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

Nutrição e Obesidade

PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO RESIDENTE, POR GÉNERO, COM 18 OU MAIS ANOS DE IDADE QUE TEM EXCESSO DE PESO (GRAU II) E OBESIDADE, POR ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, CONTINENTE, RAA E RAM, 2005-2006

Unidade: %

Género	Continente		RAA		RAM	
	Com excesso de peso (IMC \geq 27 kg/m ² e < 30kg/m ²)	Com obesidade (IMC \geq 30kg/m ²)	Com excesso de peso (IMC \geq 27 kg/m ² e < 30kg/m ²)	Com obesidade (IMC \geq 30kg/m ²)	Com excesso de peso (IMC \geq 27 kg/m ² e < 30kg/m ²)	Com obesidade (IMC \geq 30kg/m ²)
HM	18,6	16,5	18,4	20,0	19,2	13,9
H	20,8	16,0	19,4	16,5	21,0	13,6
M	16,6	16,9	17,5	23,3	17,8	14,2

Fonte: INS, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE, NO GÉNERO FEMININO E GRUPO ETÁRIO COM 18 E MAIS ANOS, POR CLASSES DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC), RAM, 2005-2006

Unidade: %

Género/ Grupo etário	Baixo Peso	Peso Normal	Excesso de Peso		Obesidade
	IMC < 18,5 kg/m ²	IMC ≥ 18,5 Kg/m ² e < 25 kg/m ²	Grau I: IMC ≥ 25 Kg/m ² e < 27 kg/m ²	Grau II: IMC ≥ 27 Kg/m ² e < 30 kg/m ²	IMC ≥ 30 kg/m ²
M	3,7	48,8	15,5	17,8	14,2
18 a 24 anos	11,8	69,2	5,9	8,6	4,3
25 a 34 anos	5,1	68,9	9,0	12,5	4,3
35 a 44 anos	1,4	53,5	16,3	14,4	14,2
45 a 54 anos	2,9	36,4	23,2	21,4	16,0
55 a 64 anos	x	35,0	21,5	21,9	21,5
65 a 74 anos	1,1	28,6	16,0	27,3	27,0
75 a 84 anos	2,7	26,1	19,0	29,1	23,1
85 ou + anos	x	37,2	24,1	16,5	15,8

Fonte: INS, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

Legenda:
x - Valor não disponível

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE, NO GÉNERO MASCULINO E GRUPO ETÁRIO COM 18 E MAIS ANOS, POR CLASSES DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC), RAM, 2005-2006

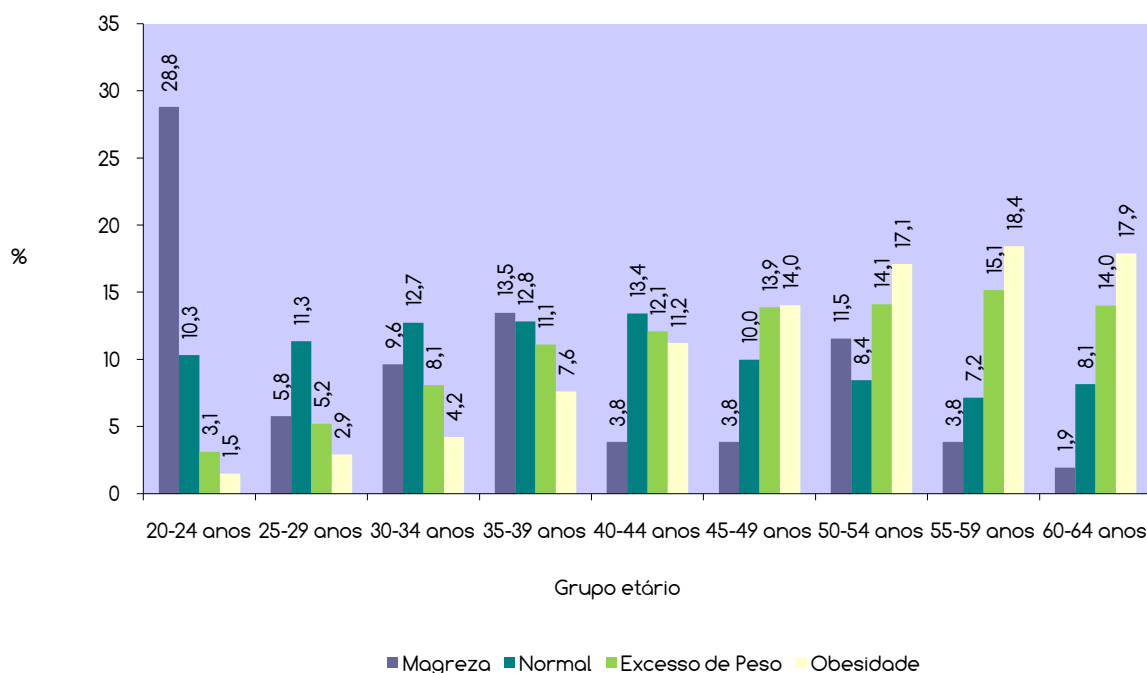
Unidade: %

Género/ Grupo etário	Baixo Peso	Peso Normal	Excesso de Peso		Obesidade
	IMC < 18,5 kg/m ²	IMC ≥ 18,5 Kg/m ² e < 25 kg/m ²	Grau I: IMC ≥ 25 Kg/m ² e < 27 kg/m ²	Grau II: IMC ≥ 27 Kg/m ² e < 30 kg/m ²	IMC ≥ 30 kg/m ²
H	1,1	44,0	20,2	21,0	13,6
18 a 24 anos	1,9	72,3	12,3	8,2	5,2
25 a 34 anos	1,8	49,2	20,9	18,6	9,3
35 a 44 anos	0,2	40,2	20,1	26,3	13,2
45 a 54 anos	1,0	27,9	23,1	22,6	25,4
55 a 64 anos	x	38,1	21,9	25,6	13,4
65 a 74 anos	0,4	25,8	24,0	28,8	20,9
75 a 84 anos	x	33,0	22,9	25,6	16,7
85 ou + anos	x	70,4	21,2	6,4	x

Fonte: INS, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

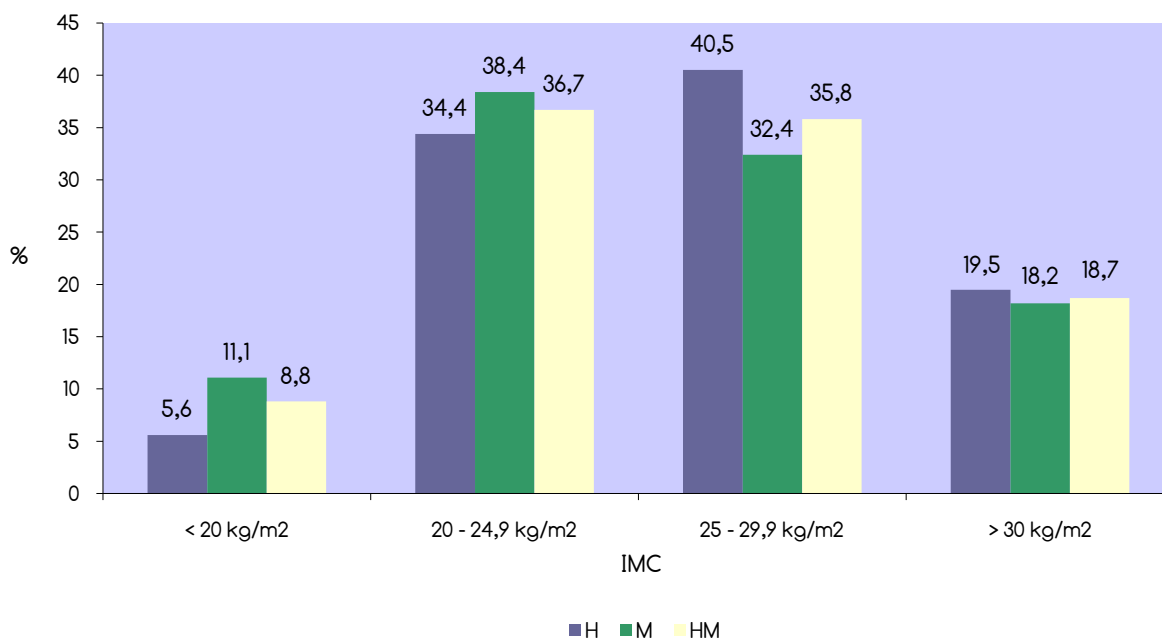
Legenda:
x - Valor não disponível

OBESIDADE POR GRUPO ETÁRIO, NOS UTENTES DOS CENTROS DE SAÚDE, RAM, 2006



Fonte: Estudo FRCV, Maio 2006.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E GÉNERO, NO PAP. STUDY, RAM, 2008



Fonte: PAP. STUDY, 2008, em amostra populacional aleatória dos 18 aos 64 anos de idade, da RAM.

CONSULTAS DE NUTRIÇÃO EM MEIO HOSPITALAR E
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Variação (%)
Consultas em meio hospitalar								
Pediatria - Obesidade		90	164	236	216		269	
Pediatria - Aconselhamento Nutricional	169	268	318	328	285	272	227	
Gastro - Aconselhamento Alimentar	423	472	402	407	439	430	425	
Medicina - Educação Alimentar	849	780	723	825	903			
Nutrição		369	434	479	635	873	1.410	
Nutrição - Endocrinologia -Educação Alimentar						1.097	938	
Outros					155	158	241	
Consultas em Cuidados de Saúde Primários								
Consultas nos Centros de Saúde	9.129	9.542	10.215	11.776	11.260	14.232	17.319	89,7
Total	10.570	11.521	12.256	14.051	13.893	17.062	20.829	97,1

Fonte: SESARAM, E.P.E., Estatísticas de Produção, 2004-2010.

Actividade Física

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE, POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, ENTRE OS 15 E OS 69 ANOS, SEGUNDO O TEMPO GASTO EM MÉDIA DIÁRIA A ANDAR E SENTADO, RAM, 2005-2006

Unidade: %

Género/ Grupo etário	População residente (a)	Tempo gasto em média diária a andar (em minutos):			Tempo gasto em média diária sentado (em minutos) (b):		
		< 30 minutos	≥ 30 e < 60 minutos	≥ 60 minutos	< 120 minutos	≥ 120 e < 180 minutos	≥ 180 minutos
HM	100,0	11,2	13,1	57,4	12,0	19,7	64,1
15 a 24 anos	100,0	12,6	9,2	58,0	6,5	16,1	74,8
25 a 39 anos	100,0	13,3	15,9	54,1	13,6	24,7	58,5
40 a 54 anos	100,0	9,8	11,2	60,5	15,2	19,3	60,5
55 a 69 anos	100,0	7,8	15,0	58,2	10,2	14,7	68,1
H	100,0	10,3	14,7	53,7	12,6	20,5	61,8
15 a 24 anos	100,0	11,7	8,0	59,7	6,0	19,6	72,4
25 a 39 anos	100,0	11,2	18,0	49,0	15,8	23,8	57,1
40 a 54 anos	100,0	9,1	13,5	55,4	13,5	20,1	58,1
55 a 69 anos	100,0	8,5	19,2	53,0	13,2	14,7	63,6
M	100,0	12,0	11,5	60,7	11,4	19,0	66,2
15 a 24 anos	100,0	13,5	10,5	56,2	7,1	12,3	77,3
25 a 39 anos	100,0	15,4	13,8	59,1	11,4	25,7	59,8
40 a 54 anos	100,0	10,4	9,1	64,9	16,7	18,6	62,6
55 a 69 anos	100,0	7,3	12,0	61,8	8,0	14,8	71,4

Fonte: INE, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

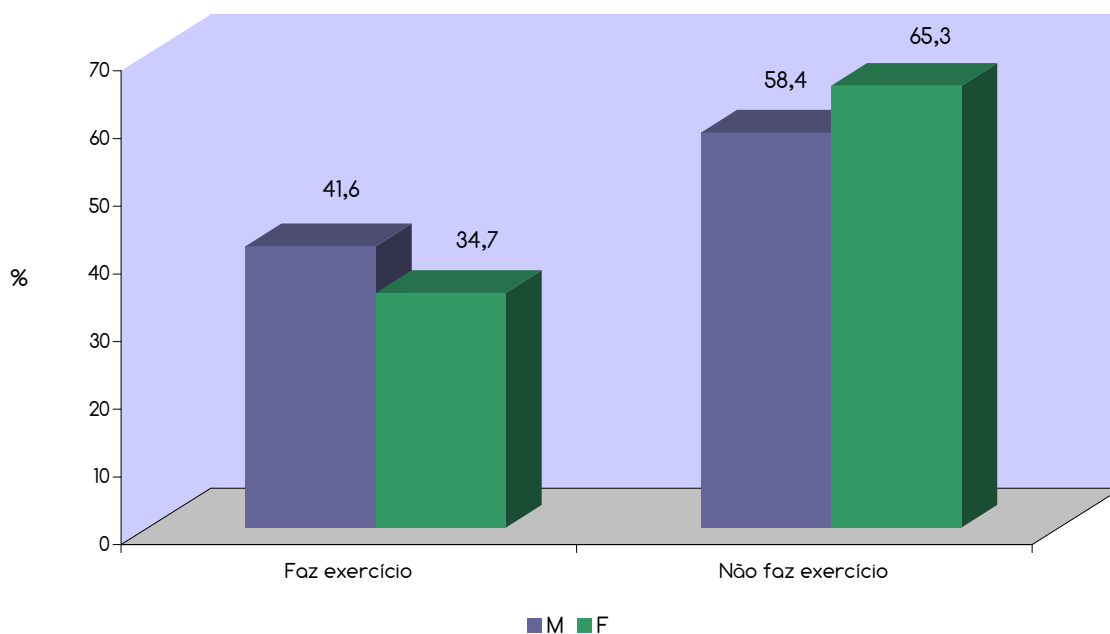
Legenda:

a) Estimativas da população média para 2005

b) Inclui também as situações de deitado quando acordado

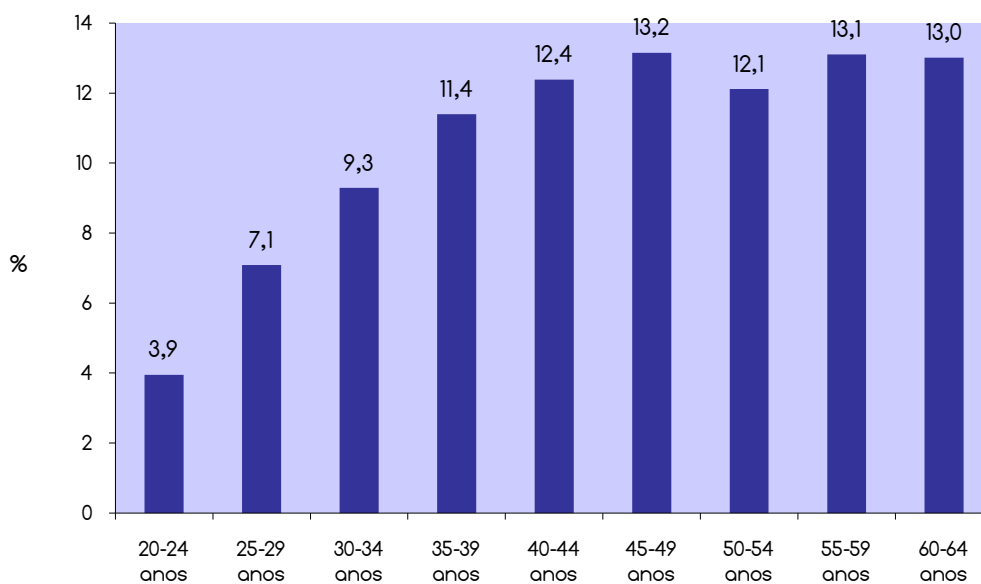
- As estimativas apresentadas não contemplam as situações "não sabe/não responde"

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE PRATICANTES DE ACTIVIDADE FÍSICA ENTRE OS 18-64 ANOS, SEGUNDO O GÉNERO, RAM, 2008



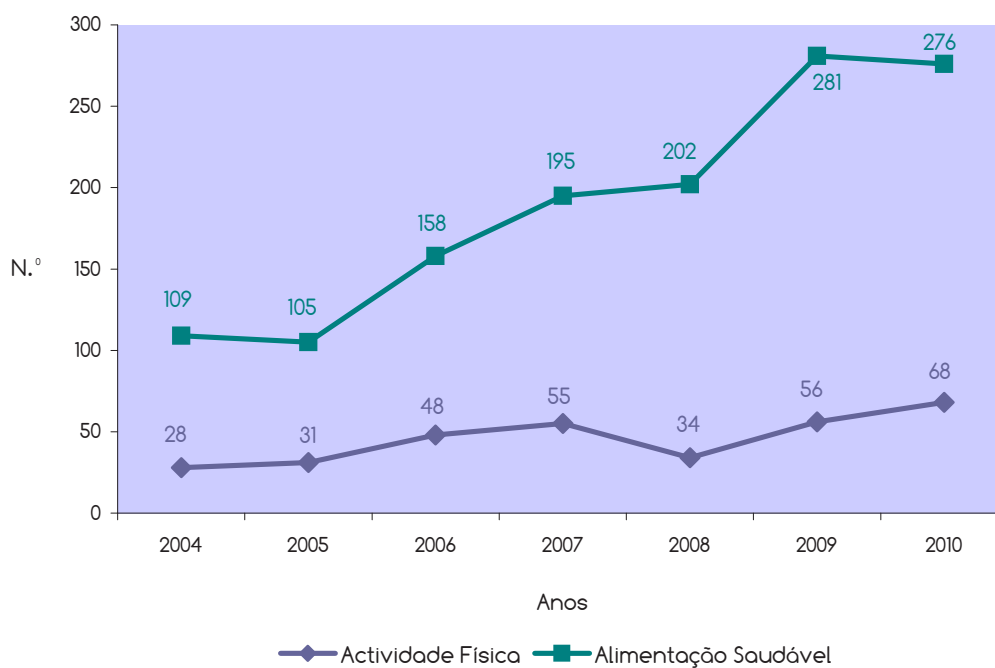
Fonte: PAP. STUDY, 2008, em amostra populacional aleatória dos 18 aos 64 anos de idade, da RAM.

PERCENTAGEM DE UTENTES DOS CENTROS DE SAÚDE, POR GRUPO ETÁRIO QUINQUENAL, ENTRE OS 20 E OS 64 ANOS, SEGUNDO O FACTOR SEDENTARISMO, RAM, 2006



Fonte: Estudo FRCV, Maio 2006.

ESTIMATIVA PONTUAL DAS ACÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DA ACTIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, RAM, 2004-2010



Fonte: SESARAM, E.P.E., Estatísticas de Produção, 2004-2010.

Tabagismo

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE COM 10 E MAIS ANOS, POR GÉNERO, SEGUNDO O CONSUMO DE TABACO, CONTINENTE, RAA E RAM, 2005-2006

Unidade: %

Género	Continente			RAA			RAM		
	Fum. Act.	Ex-fum	Nunca fum.	Fum. Act.	Ex-fum	Nunca fum.	Fum. Act.	Ex-fum	Nunca fum.
HM	19,6	15,3	65,0	24,0	13,6	62,4	20,3	7,5	72,2
H	28,7	24,7	46,4	36,4	21,8	41,8	31,5	13,7	54,8
M	11,2	6,6	82,2	11,9	5,8	82,3	10,6	2,0	87,5

Fonte: INE, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

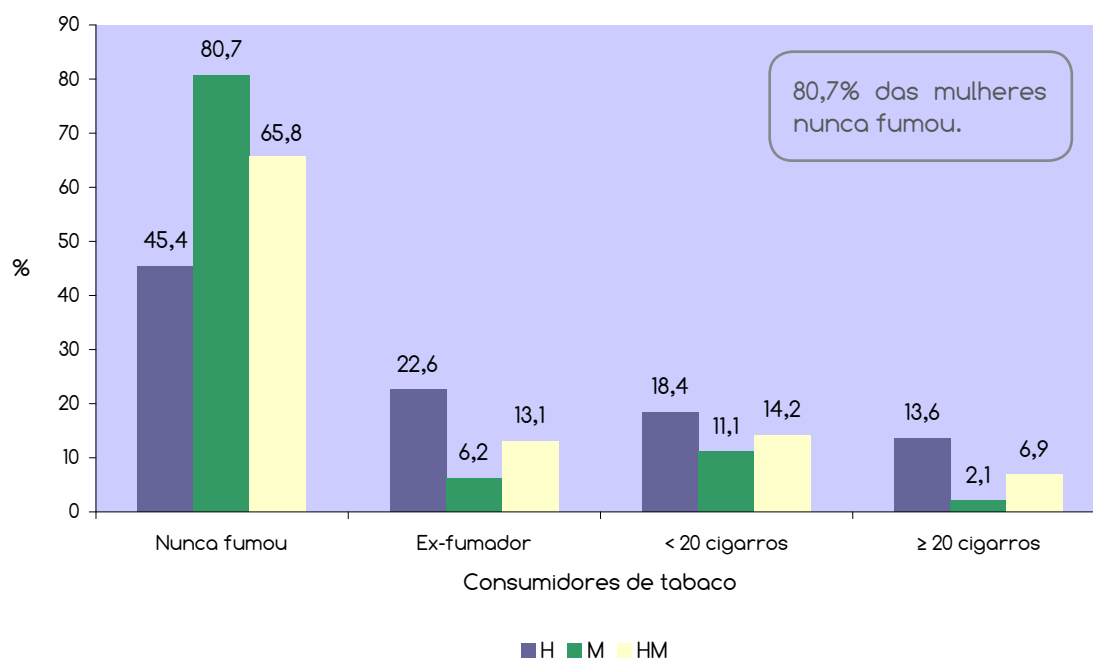
PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO RESIDENTE COM 10 E MAIS ANOS, POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, QUE FUMA ACTUALMENTE, POR FREQUÊNCIA DE CONSUMO, CONTINENTE, RAA E RAM, 2005-2006

Unidade: %

Género / Grupo etário	Região / Tipo de consumo					
	Continente		R. A. Açores		R. A. Madeira	
	Fumadores actuais		Fumadores actuais		Fumadores actuais	
	Ocasional	Diário	Ocasional	Diário	Ocasional	Diário
HM	10,7	89,3	6,3	93,7	14,8	85,2
10 a 14 anos	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
15 a 24 anos	15,6	84,4	6,1	93,9	16,8	83,2
25 a 34 anos	11,7	88,3	10,1	89,9	13,7	86,3
35 a 44 anos	7,7	92,3	5,9	94,1	14,0	86,0
45 a 54 anos	10,1	89,9	3,8	96,2	16,9	83,1
55 a 64 anos	10,1	89,9	2,8	97,2	10,7	89,3
65 a 74 anos	5,4	94,6	3,8	96,2	21,9	78,1
75 a 84 anos	15,5	84,5	0,0	100,0	19,8	80,2
85 ou + anos	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0
H	10,9	89,1	4,9	95,1	13,0	87,0
10 a 14 anos	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
15 a 24 anos	17,5	82,5	3,8	96,2	13,0	87,0
25 a 34 anos	12,4	87,6	8,3	91,7	13,0	87,0
35 a 44 anos	7,2	92,8	5,4	94,6	13,1	86,9
45 a 54 anos	9,7	90,3	2,5	97,5	14,0	86,0
55 a 64 anos	10,2	89,8	3,1	96,9	7,3	92,7
65 a 74 anos	4,9	95,1	4,4	95,6	18,9	81,1
75 a 84 anos	15,8	84,2	0,0	100,0	20,5	79,5
85 ou + anos	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0
M	10,1	89,9	10,3	89,7	19,6	80,4
10 a 14 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 a 24 anos	11,8	88,2	12,1	87,9	24,4	75,6
25 a 34 anos	10,1	89,9	13,8	86,2	15,1	84,9
35 a 44 anos	8,6	91,4	7,2	92,8	16,1	83,9
45 a 54 anos	11,2	88,8	8,5	91,5	29,2	70,8
55 a 64 anos	10,0	90,0	0,0	100,0	26,8	73,2
65 a 74 anos	8,8	91,2	0,0	100,0	40,1	59,9
75 a 84 anos	9,4	90,6	0,0	0,0	0,0	100,0
85 ou + anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

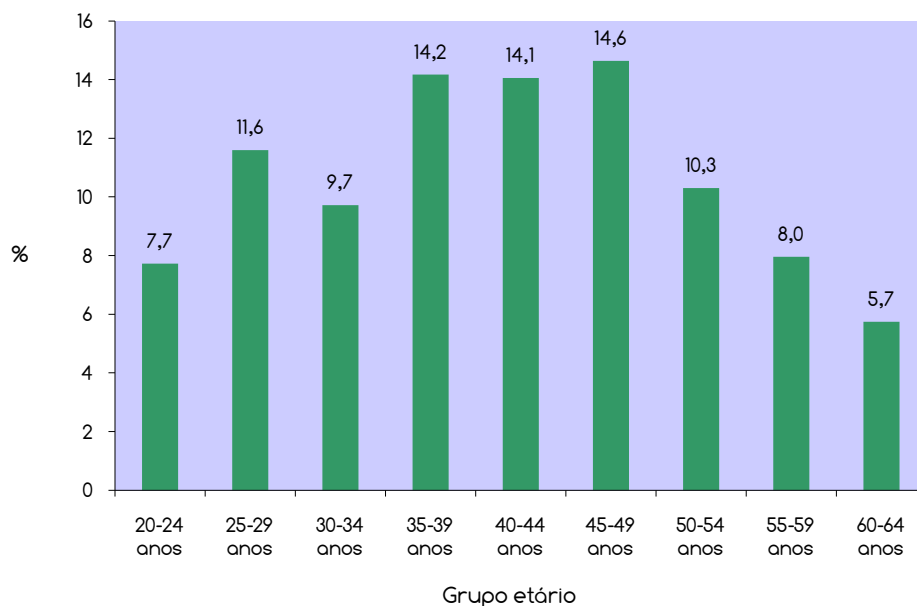
Fonte: INS, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CONSUMIDORES DE TABACO NA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO O GÉNERO, NO PAP. STUDY, RAM, 2008



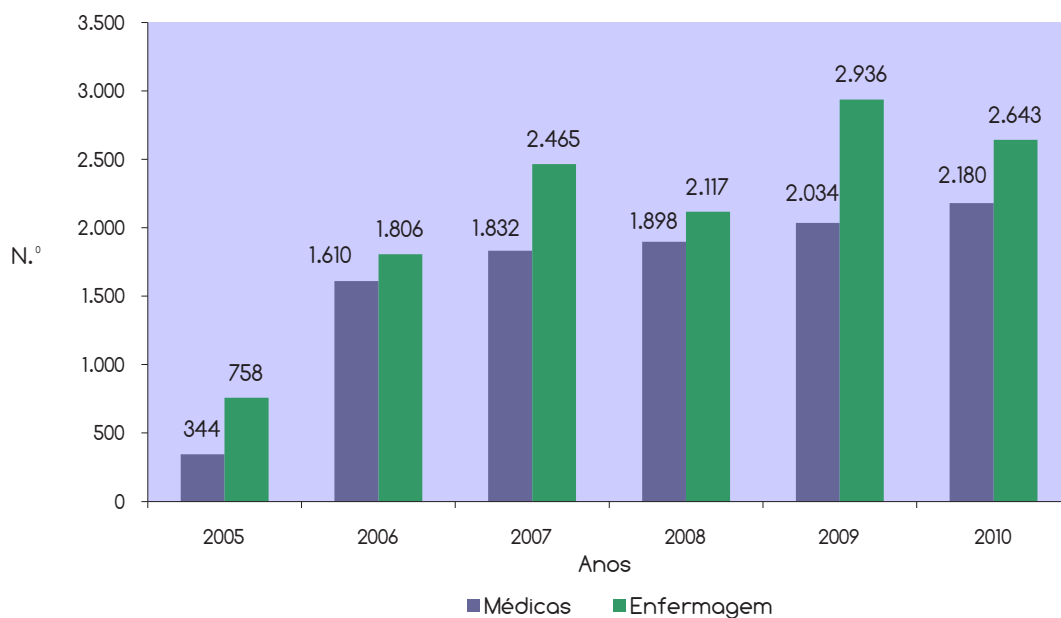
Fonte: PAP. STUDY, 2008, em amostra populacional aleatória dos 18 aos 64 anos de idade, da RAM.

DISTRIBUIÇÃO DOS FUMADORES POR GRUPO ETÁRIO, NOS CENTROS DE SAÚDE, RAM, 2006



Fonte: Estudo FRCV, Maio 2006.

CONSULTAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM POR CESSAÇÃO TABÁGICA EFECTUADAS NOS CENTROS DE SAÚDE, RAM, 2005-2010



Fonte: SESARAM, EPE, Estatísticas de Produção em CSP, 2005-2010.

DOENTES EM SEGUIMENTO NA CONSULTA HOSPITALAR DE DESABITUAÇÃO TABÁGICA, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, RAM, 2004-2009

Unidade: N.º

Ano / Grupo etário	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
10 - 20 anos	2	2	7	0	1	7	19
21 - 30 anos	24	23	13	13	20	28	121
31 - 40 anos	29	35	33	29	68	65	259
41 - 50 anos	47	36	46	40	85	105	359
51 - 60 anos	12	20	17	15	34	57	155
61 - 70 anos	11	12	9	11	22	29	94
71 - 80 anos	0	1	1	2	5	7	16
+ 80 anos	0	0	0	0	0	1	1
Total	125	129	126	110	235	299	1.024

Fonte: SESARAM, EPE, Estatísticas de Produção, 2004-2009.

DOENTES EM SEGUIMENTO NAS CONSULTAS
HOSPITALARES DE CESSAÇÃO TABÁGICA,
SEGUNDO O GÉNERO, RAM, 2004-2009

Unidade: N.º

Sexo Ano	H	M	Total
2004	72	53	125
2005	78	51	129
2006	73	53	126
2007	68	42	110
2008	145	90	235
2009	185	114	299
Total	621	403	1.024

Fonte: SESARAM, EPE, Estatísticas de Produção,
2004-2009.

NÚMERO DE CONSULTAS HOSPITALARES DE
DESABITUAÇÃO TABÁGICA, SEGUNDO
O GÉNERO, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

Ano	H	M	HM
2004	137	77	214
2005	85	58	143
2006	107	54	161
2007	107	71	178
2008	321	185	506
2009	447	238	685
2010	406	217	623

Fonte: SESARAM, EPE, Estatísticas de
Produção, 2004-2010.

PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS AO LONGO DA VIDA (PVL), DOS 15 AOS 64 ANOS, RAM E PAÍS, 2001-2007

Unidade: %

População/Idades		População Geral		População Jovem Adulta	
		15 - 64 anos		15 - 34 anos	
Substâncias	Regiões/Ano	2001	2007	2001	2007
Qualquer Substância	Madeira	8,6	5,2	13,6	8,2
	País	7,8	12,0	12,6	17,4
Cannabis	Madeira	8,6	5,2	13,4	8,2
	País	7,6	11,7	12,4	17,0
Cocaína	Madeira	0,8	0,7	1,2	1,5
	País	0,9	1,9	1,3	2,8
Anfetaminas	Madeira	0,8	0,3	1,1	0,7
	País	0,5	0,9	0,6	1,3
Ecstasy	Madeira	1,3	0,3	2,7	0,7
	País	0,7	1,3	1,4	2,6
Heroína	Madeira	0,6	0,0	1,2	0,0
	País	0,7	1,1	1,3	1,1
LSD	Madeira	0,6	0,0	1,3	0,0
	País	0,4	0,6	0,6	0,9
Cogumelos Mágicos	Madeira	-	0,0	-	0,0
	País	-	0,8	-	1,4

Fonte: Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Casimiro Balsa, 2007.

TAXA DE CONTINUIDADE DOS CONSUMOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS, DOS 15 AOS 64 ANOS, RAM E PAÍS, 2001-2007

Unidade: %

População/Idades		População Geral (15-64 anos)		População Jovem Adulta (15-34 anos)	
Substâncias	Ano/Regiões	Madeira	País	Madeira	País
Qualquer substância	2001	57,0	43,6	64,7	51,6
	2007	45,5	40,3	40,0	40,2
Cannabis	2001	53,5	43,4	61,2	49,2
	2007	45,5	39,4	40,0	39,4
Cocaína	2001	75,0	33,3	100,0	46,2
	2007	50,0	41,4	53,3	42,9
Anfetaminas	2001	12,5	20,0	27,3	16,7
	2007	0,0	29,9	0,0	30,8
Ecstasy	2001	46,2	57,1	51,9	57,1
	2007	100,0	35,1	100,0	34,6
Heroína	2001	66,7	28,6	100,0	27,3
	2007	0,0	36,4	0,0	36,4
LSD	2001	16,7	25,0	23,1	33,3
	2007	0,0	31,9	0,0	33,3
Cogumelos Mágicos	2001	-	-	-	-
	2007	0,0	22,2	0,0	21,4

Fonte: Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Casimiro Balsa, 2007.

Nota:

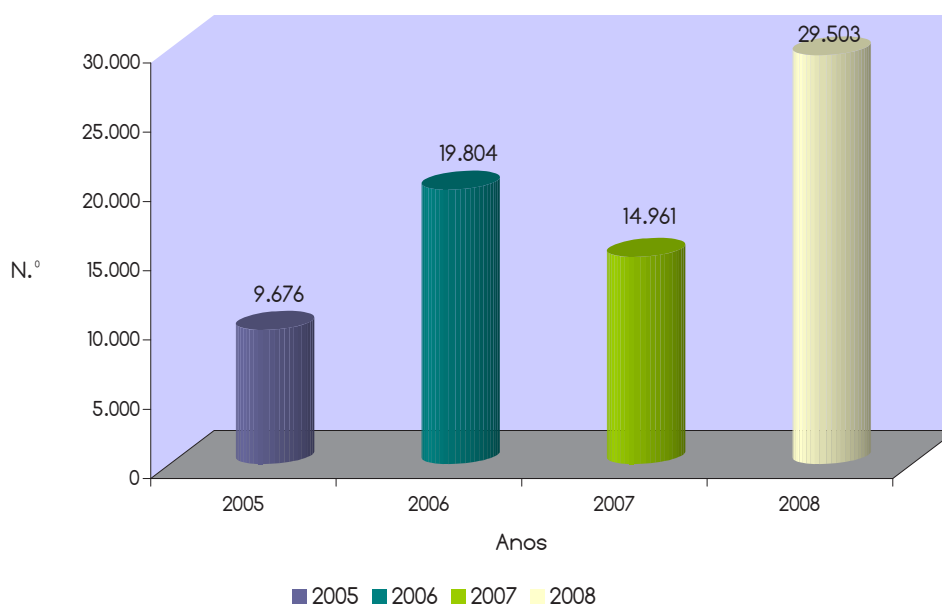
Taxas de continuidade - O cálculo das taxas de continuidade dos consumos para as diferentes substâncias, permite-nos de uma forma mais imediata perceber que relação há entre a experiência de consumo, levada a cabo alguma vez na vida, e o consumo no último ano. Um valor da taxa mais elevado indica uma menor diferença entre o número de indivíduos que reconheceu já alguma vez na vida ter consumido e o número dos que consumiram no último ano o que, por sua vez, indicia uma mais intensa perpetuação do consumo dessa substância. Essa taxa obtém-se multiplicando por cem o resultado da divisão do valor da prevalência do consumo no último ano pelo valor da prevalência do consumo ao longo da vida. (in Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Balsa et al, 2007).

AVALIAÇÃO PLANO REGIONAL DE LUTA CONTRA A DROGA, INSTRUMENTOS E EXECUÇÃO, RAM, 2005-2008

29 Metas	83 Objectivos	194 Acções	172 Executadas
			2 Parcialmente Executadas
			19 Não Executadas
			1 Em curso

Fonte: IASAÚDE, IP-RAM / SPT, 2005-2008.

TOTAL DE PESSOAS ABRANGIDAS EM INICIATIVAS DESENVOLVIDAS PELO SERVIÇO DE PREVENÇÃO DE TOXICODEPENDÊNCIA, RAM, 2005-2008



Fonte: IASAUDE, IP-RAM / SPT, 2005-2008.

Consumo Excessivo de Álcool

PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO RESIDENTE, POR GÉNERO, SEGUNDO O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS DOZE MESES ANTERIORES À ENTREVISTA, CONTINENTE, RAA E RAM, 2005-2006

Unidade: %

Género	Continente		RAA		RAM	
	Não bebeu*	Bebeu**	Não bebeu*	Bebeu**	Não bebeu*	Bebeu**
HM	46,0	53,8	51,2	48,8	64,9	35,1
H	33,7	66,0	40,7	59,3	52,7	47,3
M	57,4	42,3	61,5	38,5	75,8	24,2

Fonte: INS, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

Legenda:
 * Não bebeu qualquer bebida alcoólica
 ** Bebeu pelo menos uma bebida alcoólica

CONSULTAS DE ALCOOLOGIA REALIZADAS NOS CENTROS DE SAÚDE, RAM, 2006-2010

Unidade: N.º

Consultas	2006	2007	2008	2009	2010
Médicas	320	101	1.771	1.766	1.731
Enfermagem	326	59	1.306	1.516	1.237

5.689 consultas médicas
 4.444 consultas de enfermagem

Fonte: SESARAM, EPE, Estatísticas de Produção em CSP, 2006-2010.

CONSULTAS HOSPITALARES DE ALCOOLOGIA, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

Ano / Género		Psiquiatria	Psicologia
2004	H	1.144	
	M	109	
	HM	1.253	0
2005	H	604	454
	M	87	87
	HM	691	541
2006	H	506	337
	M	58	56
	HM	564	393
2007	H	157	310
	M	17	31
	HM	174	341
2008	H	26	115
	M	6	50
	HM	32	165
2009	H	74	
	M	18	
	HM	92	0
2010	H	106	
	M	9	
	HM	115	0

Fonte: SESARAM, EPE, Estatísticas de Produção, 2004-2010.

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE INTERNAMENTOS NO CENTRO DE RECUPERAÇÃO DE ALCOÓLICOS SÃO RICARDO PAMPURI, 2005-2010

Unidade: N.º

Ano	Grupo Etário								Total
	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	>80	
2005	0	26	85	109	38	13	2	0	273
2006	4	16	85	91	58	12	2	0	268
2007	0	19	102	98	59	15	0	0	293
2008	0	14	72	128	65	5	5	0	289
2009	0	17	88	109	58	14	3	1	290
2010	0	9	60	117	73	12	0	0	271
Total	4	101	493	652	351	71	12	1	1.684

Fonte: CRA, Unidade de Alcoolologia São Ricardo Pampuri, 2005-2010.

Ciclos de Vida

Aspectos Principais

Maternidade e Infância

A **mortalidade infantil** é um dos indicadores mais utilizados a nível internacional para avaliar as condições médico-sanitárias de uma sociedade e o seu nível de desenvolvimento⁵. Conhecer o perfil da mortalidade infantil é fundamental para a formulação de estratégias, que permitam reduzir ou manter a níveis seguros, onde se esgotam a capacidade de intervenção dos serviços de saúde. A sensibilidade deste indicador decorre do facto de a partir desta informação, ser possível investigar toda a envolvente da gravidez e do parto e as condições que influenciam directamente a ocorrência de mortes em crianças menores de um ano.

Na RAM a **taxa quinquenal de mortalidade infantil** tem vindo a diminuir, passando de **7,5 óbitos** de menores de um ano por mil nados vivos em **1998-2002** para **3,4 óbitos** em **2004-2008**. A redução sustentada da mortalidade infantil parece traduzir uma evolução qualitativa na assistência materna e infantil.

A taxa quinquenal de **mortalidade neonatal** que corresponde à fracção de mortalidade infantil que ocorre no primeiro mês de vida, registou uma redução considerável entre 1998-2002 (4,6‰) e 2004-2008 (2,1‰).

O valor mais elevado da **taxa de natalidade** registado na RAM, no ano 2008, sucedeu nos concelhos de Santa Cruz e Porto Santo, com cerca de **15,5 nados vivos por mil habitantes**. As **taxas de fecundidade** mais elevadas também foram registadas nestes concelhos.

O número de **partos por cesariana** realizados em 2008 foi de 810 o que corresponde a cerca de 30,5% dos partos efectuados na RAM. Em Portugal a percentagem de cesarianas foi de 34,2% (perfil de saúde ARSLVT, 2008) .

Na RAM, em 2009, nasceram 7,1 crianças com **peso inferior a 2.500 gramas** por cada 100 crianças nascidas vivas. Nesse mesmo ano, o número de **nascimentos pré-termo** foi de 6,3 nascimentos por cada 100 crianças nascidas vivas.

⁵ In Portugal: Os Números, p. 18.

Acções em Saúde

No que se refere às intervenções nesta etapa do ciclo vital destaca-se:

- Avaliando as respostas do Serviço Público para a área da Maternidade e Infância entre 2004-2010, o número de consultas médicas de Saúde Materna registou, em Cuidados de Saúde Primários, uma média anual de 5.518 consultas médicas. Relativamente às consultas de enfermagem, nesse mesmo período, registou-se uma evolução crescente de 6.479 para 17.148, com uma variação positiva de 164,7%. Este crescimento significativo, prende-se com a reposição e maior dotação de recursos humanos de enfermagem, de cuidados gerais e cuidados especializados em saúde materna em CSP, observando-se desta maneira as Recomendações Internacionais para esta área.
- A evolução crescente do número de iniciativas de **promoção e educação para a saúde** num total de 9.402 acções, durante todo o período de vigência do PRS 2004-2010. Por outro lado durante este mesmo período foram distribuídos 16.064 **suportes de informação** com mensagens de educação para a saúde nesta área.
- A actividade em **Planeamento Familiar** dos Centros de Saúde permite estimar que, entre as pessoas que usam métodos contraceptivos disponibilizados pelo Serviço de Saúde da RAM, E.P.E., o **método contraceptivo oral parece ser o mais utilizado** pelas utentes desses serviços.

Envelhecimento⁶

Os índices de envelhecimento e de dependência dos idosos têm vindo a aumentar na RAM.

O **índice de envelhecimento** mais elevado, em 2009, foi registado no concelho de Santana onde por cada 100 jovens com menos de 15 anos existiam 168,4 idosos com 65 e mais anos de idade.

O concelho que em 2009 apresenta maior **dependência de idosos** é o concelho do Porto Moniz em que, por cada 100 pessoas em idade activa (15 – 64 anos) existem 31 idosos com 65 e mais anos de idade.

⁶ Informação complementar: Plano Gerontológico da RAM, 2009-2013.

Maternidade e Infância

MORTALIDADE INFANTIL, RAM, 1970,
80, 85, 90, 95, 2000, 2005-2009

Anos	N.º de Óbitos Infantis	N.º Nados - Vivos	% ₀
1970	x	x	74,9
1980	115	4.569	25,2
1985	x	4.077	17,7
1990	43	3.547	12,1
1995	33	3.057	10,8
2000	26	3.217	8,1
2005	10	2.957	3,4
2006	12	2.924	4,1
2007	13	2.718	4,8
2008	3	2.699	1,1
2009	8	2.380	3,4

Em 2008, a mortalidade infantil foi de 1,1%.

Fonte: DRE, Estatísticas Demográficas da RAM, 1970, 80, 85, 90, 95, 2000, 2005-2009.

TAXA QUINQUENAL DE MORTALIDADE INFANTIL, PORTUGAL,
CONTINENTE E RAM, 1992-2008

Unidade: ‰

Região	Anos					
	1998 - 2002	1999 - 2003	2000 - 2004	2001 - 2005	2002 - 2006	2004 - 2008
Portugal	x	5,1	4,7	4,3	4,0	3,5
Continente	5,3	4,9	x	4,2	3,9	3,4
RAM	7,5	7,0	6,8	5,8	5,0	3,4
Calheta	11,8	11,8	12,2	10,5	5,2	0,0
Câmara de Lobos	10,2	9,4	8,3	7,8	6,3	1,7
Funchal	5,7	6,1	5,8	5,2	5,2	3,0
Machico	5,9	5,3	7,1	6,3	6,7	6,7
Ponta do Sol	13,1	11,4	15,1	11,3	7,5	8,4
Porto Moniz	14,5	...	-	0,0	0,0	0,0
Ribeira Brava	12,6	10,0	9,6	7,7	3,3	6,5
Santa Cruz	5,3	4,9	4,2	2,8	3,1	3,3
Santana	11,7	8,6	...	6,0	3,0	3,3
São Vicente	0,0	-	...	3,8	11,5	12,2
Porto Santo	7,7	...	...	3,6	0,0	0,0

Fonte: INE, Óbitos por Causa de Morte, 1998-2002;
DRE, Anuário Estatístico da RAM, 2006, 2007 e 2008 para os anos 2001-2005 / 2002-2006 / 2004-2008.

Legenda:
x - Dados não disponíveis
- Resultado nulo
... Dados confidenciais

TAXA QUINQUENAL DE MORTALIDADE NEONATAL, PORTUGAL, CONTINENTE E RAM, 1998-2008

Unidade: ‰

Região	Anos					
	1998 - 2002	1999 - 2003	2000 - 2004	2001 - 2005	2002 - 2006	2004 - 2008
Portugal	x	3,2	3,0	2,8	2,6	2,2
Continente	3,3	3,1	x	2,7	2,6	2,2
RAM	4,6	4,5	4,2	3,7	3,3	2,1
Calheta	5,0	5,0	5,2	5,2	1,7	0,0
Câmara de Lobos	6,4	5,9	5,1	4,8	4,3	0,8
Funchal	4,2	4,7	4,1	3,5	3,1	1,1
Machico	3,7	2,3	4,0	3,9	5,1	6,7
Ponta do Sol	5,6	5,7	7,5	5,7	3,7	2,1
Porto Moniz	7,2	„„	-	0,0	0,0	0,0
Ribeira Brava	5,7	4,4	4,3	3,3	2,2	3,9
Santa Cruz	2,9	3,1	3,0	2,0	2,3	2,6
Santana	8,7	8,6	„„	6,0	3,0	3,3
São Vicente	0,0	-	„„	3,8	11,5	12,2
Porto Santo	3,8	„„	„„	3,6	0,0	0,0

Fonte: INE, Óbitos por Causa de Morte, 1998-2002;
DRE, Anuário Estatístico da RAM, 2006, 2007 e 2008 para os anos
2001-2005 / 2002-2006 / 2004-2008.

Legenda:
x - Dados não disponíveis
- Resultado nulo
„„ Dados confidenciais

INDICADORES DE NATALIDADE E DE FECUNDIDADE POR CONCELHO DE RESIDÊNCIA, 2008

Área geográfica		Taxa bruta de natalidade (‰)	Nados vivos (N.º)	Taxa de fecundidade geral (‰)
Concelhos	Câmara de Lobos	11,7	423	40,6
	Santa Cruz	15,5	565	58,6
	Machico	9,6	202	34,3
	Porto Santo	15,5	68	56,8
	Ribeira Brava	10,5	132	38,6
	Funchal	10,3	1.016	37,5
	Ponta do Sol	8,5	71	31,2
	São Vicente	7,0	43	27,6
	Calheta	8,4	100	32,3
	Porto Moniz	6,8	18	36,6
	Santana	7,3	61	28,4
RAM		10,9	2.699	40,0

Fonte: INE, Indicadores Demográficos, 2008.

PARTOS EFECTUADOS NOS HOSPITAIS SEGUNDO A ENTIDADE, 2004 e 2008

Anos	N.º de Partos por Cesariana			N.º de Partos Gerais			% Cesarianas
	Oficial-Público	Particular	Total	Oficial-Público	Particular	Total	
2004	744	126	870	2.760	177	2.937	29,6
2008	718	92	810	2.531	121	2.652	30,5

Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde da RAM, 2004 e 2008.

NASCIMENTOS PRÉ-TERMO, RAM, 2004 e 2009

Anos	N.º de Nascimento Pré-Termo (até as 36 semanas)			N.º Nados vivos	% Nascimento Pré-Termo
	N.º Nados-Vivos	Fetos-Mortos	Total de Nascimento		
2004	161	4	165	2.978	5,5
2009	143	7	150	2.380	6,3

Fonte: DRE, Estatísticas Demográficas da RAM, 2004 e 2009.

BAIXO PESO À NASCENÇA, RAM, 2004 e 2009

Anos	N.º de Nados Vivos de Baixo Peso à nascença (até 2499 gramas)	N.º Nados vivos	% Nados vivos de baixo peso à nascença (até 2499 gramas)
2004	191	2.978	6,4
2009	170	2.380	7,1

Fonte: DRE, Estatísticas Demográficas da RAM, 2004 e 2009.

CONSULTAS DE SAÚDE MATERNA EM CSP, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

Consultas	Anos						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Médicas	5.722	5.910	5.433	5.301	5.214	5.329	5.716
Enfermagem	6.479	6.652	6.251	6.816	10.599	17.842	17.148

Fonte: SESARAM, E.P.E., Movimento Assistencial em CSP, 2004-2010.

MOVIMENTO ASSISTENCIAL DA CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRÍCIA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS, RAM, 2004-2010

Em 2010, realizaram-se 8.840 consultas médicas em obstetria, +71% do que em 2004.

Unidade: N.º

Especialidade		Ano						
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Obstetria	Adolescentes	613	585	466	458	454	337	312
	Vigilância da gravidez não programada	a)	a)	a)	a)	a)	698	2.941
	Referência e triagem	a)	a)	a)	a)	a)	684	309
	Amniocentese + DPN + Rastreio Bioquímico b)	1.725	1.214	1.146	989	1.598	1.265	2.086
	Alto Risco + Risco Pré-termo + Patologia Fetal c)	250	625	1.511	3.016	3.620	2.810	2.571
	Pré Concepção	137	147	89	52	40	119	99
	Obstetria-Gravidez Múltipla	8	a)	a)	a)	a)	a)	23
	Obstetria-ref. Pro-parto	a)	80	349	0	0	a)	a)
	Referência d)	2.432	1.999	1.360	145	0	a)	499
	Total	5.165	4.650	4.921	4.660	5.712	5.913	8.840

Fonte: SESARAM, E.P.E., Movimento Assistencial da Consulta Externa, 2004-2010.

Legenda:

a) Sem referência

b) Nos anos 2004 a 2007, os valores referem-se apenas às especialidades Amniocentese e DPN, sendo que em 2009 e 2010 não existe referência à Amniocentese. A partir de 2008, inclusivé, existe referência à especialidade "Rastreio Bioquímico"

c) Nos anos 2004 a 2008, os valores referen-se exclusivamente à especialidade "Alto Risco", não havendo referência a esta em 2009. Só a partir de 2009, inclusivé, existem valores para "Risco Pré-termo" e "Patologia Fetal"

d) Em 2010, a especialidade "Referência" passa a ter indicação de "Referência ≥ 18 anos"

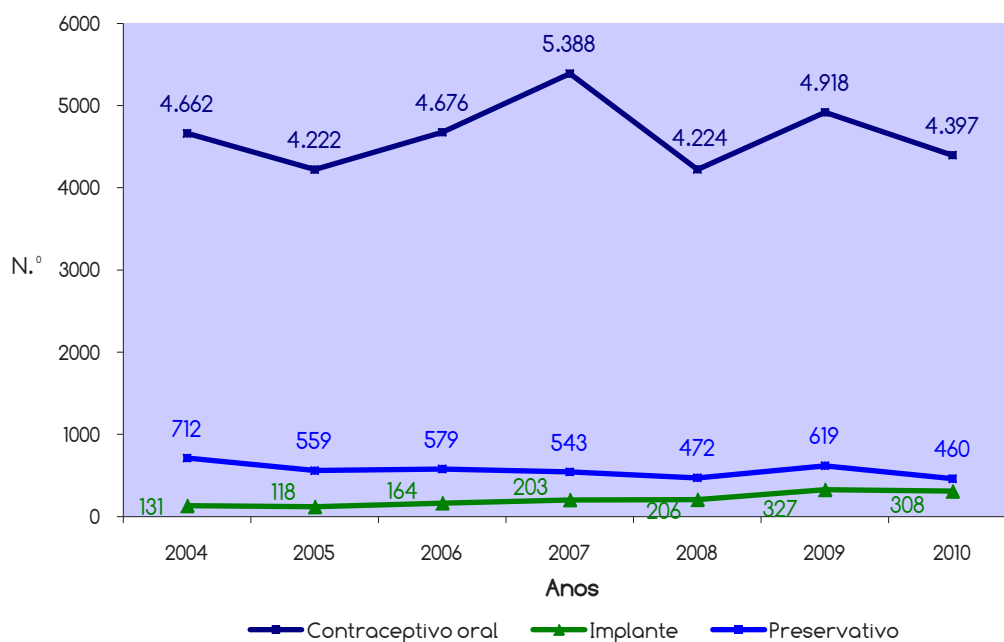
ESTIMATIVAS PONTUAIS DE ACTIVIDADES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MATERNIDADE E INFÂNCIA DESENVOLVIDAS NA REDE DE CSP, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

Dominio Promoção da Saúde	Ano		
	2004 / 2005	2006 / 2008	2009 / 2010
N.º de suportes de informação distribuídos	4.352	6.480	5.232
N.º de iniciativas de promoção e educação direccionadas para a maternidade e infância	2.308	3.325	3.769

Fonte: SESARAM, E.P.E., Actividades em CSP, 2004-2010.

ESTIMATIVA PONTUAL DO NÚMERO DE PESSOAS QUE USAM MEIOS CONTRACEPTIVOS, RAM, 2004-2010



Fonte: SESARAM, EPE, Movimento Assistencial em CSP, 2004-2010.

Envelhecimento

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO, RAM, 2000-2009

Unidade: %

Região	Ano									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
RAM	68,9	71,2	71,7	71,4	72,0	72,4	72,9	73,2	73,6	74,5
Calheta	121,9	129,2	131,1	133,2	137,7	138,4	138,6	137,9	138,1	138,0
Câmara de Lobos	31,9	32,9	33,6	33,5	34,2	35,2	36,5	37,8	38,9	40,5
Funchal	77,5	79,7	80,0	79,1	79,8	80,2	80,5	80,2	80,8	81,4
Machico	55,4	57,0	57,9	58,2	59,5	60,2	61,9	63,1	64,6	67,4
Ponta do Sol	82,7	84,7	85,5	85,4	86,4	85,4	86,5	89,2	90,4	90,6
Porto Moniz	126,2	136,6	141,2	146,4	147,5	148,3	153,9	160,5	160,5	162,2
Porto Santo	56,2	59,8	62,0	64,3	64,9	66,4	66,9	69,8	68,0	69,2
Ribeira Brava	79,2	81,9	80,3	78,5	77,5	77,5	76,5	76,4	76,6	76,5
Santa Cruz	58,6	60,0	60,2	59,8	59,4	59,1	58,3	57,8	56,8	57,1
Santana	123,8	135,5	142,9	147,3	152,4	155,3	156,1	161,6	163,1	168,4
São Vicente	114,1	123,1	126,1	126,2	127,5	129,8	134,4	137,7	141,9	146,2

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente, 2000-2009.

ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS, RAM, 2000-2009

Unidade: %

Região	Ano									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
RAM	19,3	19,9	19,7	19,4	19,3	19,1	19,1	18,9	18,8	18,7
Calheta	33,2	34,1	34,0	33,8	33,5	33	32,5	32,1	31,5	30,8
Câmara de Lobos	12,6	12,9	12,8	12,4	12,3	12,2	12,3	12,3	12,2	12,1
Funchal	18,9	19,6	19,5	19,1	18,9	18,8	18,9	18,6	18,5	18,4
Machico	15,4	15,8	15,7	15,5	15,4	15,3	15,1	15,1	15,1	15,2
Ponta do Sol	26,4	26,8	26,7	26,3	25,9	25,4	25,5	25,5	25	24,7
Porto Moniz	35,4	34,8	34,8	34,2	33,3	32,3	32,1	32,3	31,6	31,0
Porto Santo	13,9	14,4	14,7	15,2	15,2	15,7	15,8	16,3	16,4	16,6
Ribeira Brava	24,1	24,6	24,3	23,9	23,9	23,6	23,0	22,6	22,3	21,8
Santa Cruz	16,8	17,3	17,4	17,3	17,3	17,4	17,3	17,3	17,2	17,3
Santana	29,3	30,5	30,9	30,8	30,8	30,7	30,5	30,4	30,2	30,0
São Vicente	28,8	29,9	29,6	28,7	28,5	28,3	28,2	28,1	28,3	27,9

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente, 2000-2009.

Problemas de Saúde Prioritários

Aspectos Principais

A análise dos dados recolhidos pelo 4º INS 2005-2006 indicam que 53,3% da população residente na Região Autónoma da Madeira, considerou o seu estado de saúde como Muito Bom ou Bom⁷.

A auto apreciação do **estado de saúde** é mais negativa no género feminino (11,9%) do que no género masculino (8,7%)⁷.

As **principais causas de morte** na RAM, em 2006, foram as Doenças do Aparelho Circulatório (233,5⁰⁰/000), os Tumores Malignos (167,6⁰⁰/000) e as Doenças do Aparelho Respiratório (144,0⁰⁰/000).

Os problemas de saúde prioritários, estão representados pelo fenómeno da mortalidade e da morbilidade, sempre que os dados da frequência da doença estavam disponíveis.

Na comparação da mortalidade foram utilizadas as taxas de mortalidade padronizadas pela idade, procurando assim eliminar o efeito idade, pois populações mais velhas apresentarão, apenas devido à estrutura etária, taxas de mortalidade mais elevadas, não se podendo inferir a partir desse dado maior risco.

Problemas do Aparelho Circulatório

A probabilidade de morrer por **doenças do aparelho circulatório** é maior na RAM em relação ao todo nacional.

A taxa de mortalidade por **doença isquémica do coração** registou uma redução acentuada descendo de 90,1 óbitos por cem mil habitantes em 2000 para 58,2 óbitos em 2006. O risco de morrer por doença isquémica do coração mostra uma tendência decrescente no período estudado. O género masculino apresenta uma mortalidade por doença isquémica do coração superior à do género feminino. Em 2006, a taxa de mortalidade padronizada por todas as idades por doença isquémica do coração, mostra que na RAM (47,4⁰⁰/000) o valor é inferior ao da RAA (100⁰⁰/000), mas superior ao verificado em Portugal Continental (46,1⁰⁰/000).

⁷ 4º INS, 2005-2006, p. 83.

Na RAM (9,1⁰⁰/000), a mortalidade por doença isquémica do coração na população com idade inferior a 65 anos, segundo a taxa de mortalidade padronizada, é menor do que na RAA (27,2⁰⁰/000) e do que em Portugal (11,5⁰⁰/000).

A análise dos dados no período 2000/2006 indica um decréscimo da mortalidade por **doença cerebrovascular** desde 2003, embora aponte para uma maior probabilidade de morrer por esta causa no género feminino. Note-se que no geral, a RAM acompanha a tendência decrescente deste indicador, também referida pelas restantes regiões de saúde. Relativamente ao grupo etário, tem-se que a partir dos 45 anos o aumento da taxa de mortalidade por doença cerebrovascular é notório.

O Estudo da **Prevalência da Hipertensão Arterial (HTA)** (PAP. STUDY, 2008), mostra que, até aos 64 anos de idade a hipertensão é mais frequente no género masculino, sofrendo uma inversão a partir dos 65 anos em que é mais prevalente no género feminino. As mulheres apresentam valores de HTA, tratada e controlada, superiores aos dos homens, em todos os grupos etários observados.

A frequência de **hipercolesterolemia**, enquanto factor de risco cardiovascular, aumenta com a idade.

Analisando os dados disponíveis, relativamente ao motivo relacionado com factores de risco cardiovascular de consulta médica em Cuidados de Saúde Primários, em termos globais, tem-se que em cada concelho o motivo da consulta médica mais frequente é hipertensão arterial.

Quando os concelhos são comparados face ao motivo da consulta, verifica-se que é no Funchal que se realizam mais consultas por hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo, ansiedade/depressão e sobrepeso.

No que diz respeito à variável sexo, em todos os concelhos, realizam-se mais consultas por hipertensão arterial, ansiedade/depressão, sobrepeso, diabetes mellitus e dislipidemia no sexo feminino. No sexo masculino são o alcoolismo e o tabagismo os motivos de consulta que mais se destacam.

Relacionando os frequentadores segundo os motivos de consulta médica com todos os frequentadores dos centros de saúde por concelho, observamos que: no sexo masculino, a hipertensão arterial (15,8%) e a dislipidemia (13,1%) são os motivos pelos quais se frequenta mais os cuidados de saúde primários. No sexo feminino, além destes motivos, também se destaca, em terceiro lugar, a ansiedade/depressão (10,1%).

Ao comparar os sexos, tem-se que os homens frequentam mais os cuidados de saúde primários, pelos motivos de tabagismo e alcoolismo, do que as mulheres.

Em termos globais, os motivos relacionados com factores de risco cardiovascular pelos quais se frequenta mais os cuidados de saúde primários são **hipertensão arterial (19,4%), dislipidemia (15,2%) e sobrepeso (7,3%)**.

Acções em Saúde

As cardiopatias e os acidentes vasculares cerebrais têm como factores de risco comportamentais uma alimentação inadequada, ausência ou baixa actividade física e o tabagismo. A alimentação inadequada e a baixa actividade física podem manifestar-se por hipertensão arterial, aumento da taxa lipídica ou de taxa de glucose ou pelo excesso de peso e mesmo obesidade. Estes efeitos são designados por factores de risco intermédios⁸ ou modificáveis⁹.

As doenças cardiovasculares podem ser prevenidas por uma acção global e integrada. A acção integrada, obriga a uma abordagem no sentido de redução dos riscos no conjunto da população. Por outro lado, a estratégia é dirigida aos indivíduos com risco elevado ou àqueles que já apresentam a doença.

Assim, é de destacar na actividade assistencial das valências hospitalares, que atendem às situações relacionadas com os problemas do aparelho circulatório, os exames complementares de diagnóstico e terapêutica, no âmbito dos quais foram executados **75.064 electrocardiogramas e 2.900 ecocardiogramas** em adultos.

O número de **consultas médicas por doenças cardiovasculares** realizadas a nível hospitalar foi em **2009** de **3.691**. No que se refere às **consultas de trombofilia**, o número de consultas registadas no **sexo feminino (208)** foi quatro vezes superior às do **sexo masculino (51)**. Face à via-verde intrahospitalar AVC foram sinalizados 84 episódios de activação via-verde.

Ainda a nível do AVC, há que destacar a entrada em funcionamento da Unidade de AVC em 2009, tendo registado desde essa data o seguinte movimento:

Jun/Dez 2009 - 64 doentes;
Jan/Dez 2010 - 146 doentes;

Do total de doentes internados em cada ano e segundo o score de escala de Barthel¹⁰, em 2009 a maioria, 38,6%, estavam independentes. Em 2010 a maioria, 26,0%, apresentavam dependência moderada.

Em termos de alta, há a referir que em cada ano a maioria recebeu alta e regressou à sua residência.

Nota: Promoção de estilos de vida saudável: alimentação e actividade física (ver capítulo II, p. 19 e 20).

8 OMS, Prevenção das Doenças Crónicas - Um Investimento Vital, 2005.

9 WHO 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the prevention and Control of non communicable disease.

10 O Índice de Barthel avalia o potencial funcional do individuo em 10 actividades de vida diária. O score varia entre 0 e 100, ou seja, entre o estado de dependência total e a independência.

Cancro

Apesar das oscilações anuais, a taxa de mortalidade por **tumores malignos** apresenta, na RAM, uma tendência crescente no período de 1995 a 2006. Após padronização pela idade, a taxa de mortalidade, em 2006, foi superior ao valor registado em Portugal mas inferior ao apresentado pela RAA.

A mortalidade por tumores malignos aumenta com a idade, especialmente a partir dos 35 anos e tanto no sexo feminino como no masculino. Ao vivermos até mais tarde, aumenta a importância estatística das doenças, tal como os tumores malignos, cujo risco está associado às idades mais avançadas.

Para ambos os géneros e totalidade das idades, na mortalidade por tumores malignos a localização mais frequente é o **aparelho digestivo e peritoneu**, seguida pelo **aparelho respiratório**.

No género masculino, a localização mais frequente dos tumores é no grupo **traqueia, laringe, brônquios e pulmões** (31%) e no género feminino na **mama** (19%).

Cancro da Mama Feminina e do Colo do Útero

A análise desta taxa de mortalidade por cancro da **mama** no sexo feminino, revelou um acréscimo no período estudado, registando em 2006, após padronização, um valor que é apenas inferior à RAA.

A taxa de mortalidade por tumor maligno do colo do útero na RAM, tem vindo a diminuir desde 2002. A análise desta taxa padronizada por tumor maligno do **colo do útero** indica que o valor registado na RAM em 2006 é superior ao total geral do país.

Mediante os dados apresentados, a prevalência do cancro do útero revela uma tendência constante nos anos em estudo. No que diz respeito ao cancro da mama, após um decréscimo acentuado em 2005, a prevalência registou um acréscimo até o ano de 2008. Note-se que a prevalência do cancro da mama é superior à do útero, isto é, existem mais casos de cancro de mama do que de cancro do útero.

A análise de sobrevivência é um método que permite avaliar, em média, a probabilidade de os doentes, com determinada condição de saúde/doença, apresentarem um desfecho/evento em qualquer ponto do tempo em que decorre a observação. O objectivo não é apenas descrever se os doentes vivem ou morrem. Qualquer desfecho dicotómico (saída do tratamento, abandono do ensaio clínico, abandono do estudo) que ocorra apenas uma vez durante o seguimento, pode ser descrito desta maneira, contudo na área oncológica esta análise é usada para descrever se os doentes vivem ou morrem.

As curvas de sobrevivência típicas, cruzam a probabilidade de sobreviver (eixo vertical) relativamente ao período de tempo (eixo horizontal), para cada doente, desde o início da observação.

Neste caso o horizonte temporal é fornecido em dias.

A probabilidade de sobrevida, razão entre o número de doentes sobreviventes e o número de doentes em risco de morrer num determinado intervalo de tempo, pode ser representada graficamente a partir da qual é possível concluir que a probabilidade de sobrevivência é maior quanto menor o número de dias desde a data do diagnóstico de cancro, do que resulta um maior número de doentes sobreviventes no menor intervalo de tempo entre o diagnóstico e o óbito.

A probabilidade de sobreviver ao diagnóstico de cancro da mama e de cancro do colo do útero, pode ser lida/interpretada a partir do número de dias que decorre desde a data do diagnóstico. Assim, nos casos estudados de cancro da mama e cancro do colo do útero, acompanhados no serviço público, a probabilidade de sobrevida mostrou-se menor à medida que aumentou o número de dias desde a data de diagnóstico, correspondendo no cancro da mama a um intervalo de 0-2.190 dias e no cancro do colo do útero de 0-1.825 dias, pelo que se pode concluir que a sobrevida ao diagnóstico de cancro do colo do útero é menor do que no cancro da mama.

De acordo com os dados apresentados, tem-se que a probabilidade de sobrevida, tanto no cancro da mama como no do útero, tem aumentado ao longo dos anos observados.

Cancro do Cólon e do Recto

A taxa de mortalidade por cancro do **cólon** e **recto** mostra uma tendência crescente, registando o género feminino em 2006 um valor de mortalidade superior ao masculino. Analisando as taxas, após padronização no mesmo ano, a mortalidade por **cancro do cólon** é menor que a registada no todo nacional. A probabilidade de morrer por tumor maligno do **cólon** e **recto** é maior a partir dos 65 anos.

Cancro do Pulmão

A evolução da taxa de mortalidade por tumores malignos com localização na **traqueia**, **brônquios** e **pulmão** indica que a mortalidade é maior no género masculino em relação ao género feminino, revelando algumas oscilações anuais no período de 1995 a 2006.

Após padronização, a mortalidade por tumor maligno da **traqueia**, **brônquios** e **pulmão** na RAM é superior ao total geral mas inferior ao da RAA.

Cancro da Próstata

A mortalidade por cancro da **próstata** apresenta taxas que revelam oscilações ao longo do período em estudo (1995–2006), no entanto a partir de 2002 é evidente a sua tendência crescente.

A taxa de mortalidade por cancro da **próstata** padronizada pela idade, indica um valor superior ao registado no total nacional.

Acções em Saúde

Nas acções desenvolvidas pelas valências hospitalares com afinidade à área oncológica destaca-se:

- Em 2010, 2.989 consultas médicas de oncologia incluindo follow up oncológico;
- De 2004 a 2010, 57.220 consultas médicas em hemato-oncologia;
- 3.051 consultas médicas em urologia oncológica entre 2004 e 2010 ;
- 5.820 mulheres rastreadas para cancro da mama, correspondendo a uma taxa de participação de 44% em 2009¹¹;
- 6 casos de cancro da mama detectados em 2009 no decurso dos procedimentos de rastreio;
- Relativamente a exames complementares de diagnóstico e terapêutica em 2009, com destaque para a área de gastroenterologia, foram efectuadas 1.545 endoscopias.

Em matéria de acções de diagnóstico precoce do cancro do colo do útero em 2009, ressalva-se 8.292 citologias realizadas em CSP e 1.759 colpocitologias a nível hospitalar.

A vacinação pelo vírus do papiloma humano é uma medida a salientar na prevenção deste tipo de tumor. Em 2010, a cobertura vacinal na coorte de 1995, iniciada em 2008 (ano de lançamento da vacina) é de 91,6%. Refira-se que nesse ano de lançamento, face ao objectivo nacional de 75% de cobertura vacinal para a 1ª dose, em raparigas nascidas em 1995, a Região situou-se nos 84,3% contra os 74,7% do total nacional.

Acidentes

A taxa de mortalidade por **acidentes de trânsito com veículos a motor** foi, na RAM em 2006, de 11,4 por cem mil habitantes e mostra um aumento face a 2005.

Após padronização pela idade, a mortalidade por acidentes de trânsito revela-se superior ao valor geral do país. Este acréscimo de mortalidade parece decorrer de uma maior mortalidade registada no género masculino. Mediante os dados disponíveis, o número de acidentes é superior no sexo masculino.

No movimento assistencial do serviço de urgência registou-se, quer no sexo masculino quer no feminino, maior frequência de acidentes pessoais seguido de quedas e acidentes de trabalho. Note-se que as quedas tem maior valor nas mulheres.

¹¹ Refira-se que neste ano realizaram-se as obras de restauro e beneficiação do centro de rastreio da mama, ocasionando um período de inactividade.

Acções em Saúde

Os acidentes são um grave problema de Saúde Pública e a sua magnitude muito variável, mas quer sejam de natureza intencional ou não intencional são na maioria das vezes um sintoma social.

O investimento na promoção da saúde e mais concretamente na promoção de comportamentos seguros e atitudes de prevenção face ao risco, é determinante na redução de acidentes. Os Centros de Saúde da RAM, têm desenvolvido com frequência acções de sensibilização sobre prevenção de acidentes. Neste âmbito, pese embora as oscilações, destaca-se a partir da estimativa pontual de acções de prevenção entre 2004 e 2010, a realização, em média, de 103 acções por ano com um máximo de 162 acções no ano de 2008.

Diabetes Mellitus

Com 10,9% a Região Autónoma da Madeira apresenta os valores mais baixos de prevalência da diabetes e também a mais baixa percentagem de pessoas com diabetes não previamente diagnosticada face a Portugal. No entanto, a taxa de mortalidade por diabetes mellitus, em 2006, regista cerca de 60,7 óbitos por cem mil habitantes, valor este superior ao valor encontrado para a região do Continente (34,0⁰⁰/₀₀₀), e aos valores registados na Região Autónoma dos Açores (60,2⁰⁰/₀₀₀). Após padronização pela idade, mantém-se a mesma tendência da mortalidade na RAM face às áreas territoriais atrás referidas.

Ainda considerando as componentes de gestão integrada da Diabetes (respostas de proximidade), destacam-se os cuidados ao pé diabético em CSP, no contexto dos quais se contabilizaram 92 casos incidentes, em 2009 e 128 em 2010. Sendo que, em termos de prevalência, nesses mesmos anos, o número de casos prevalente foi 401 e 569 respectivamente.

Acções em Saúde

Das acções levadas a cabo na área da Diabetes Mellitus, com ênfase na prevenção e controlo de complicações, destaca-se:

- 4.769 leituras de retinografia em 2009;
- 1.405 retinografias em 2009;
- 882 consultas de cirurgia ao pé diabético em 2010;
- 393 consultas de obstetrícia por diabetes gestacional em 2009.

Cárie Dentária

O Programa Regional de Promoção da Saúde Oral (PRSO) teve o seu início na Região Autónoma da Madeira no ano lectivo 1996/1997 nos concelhos da Ribeira Brava, Porto Moniz e Ponta do Sol. Actualmente cobre todos os concelhos da RAM inclusive o Porto Santo.

Segundo as diferentes fases de avaliação do PRSO no período compreendido entre 1996 e 2009, a proporção de crianças livres de cárie dentária aos 3 anos, aumentou em todos os concelhos, excepto nos concelhos de Santana e Porto Santo.

A percentagem de **crianças de 6 anos livres de cárie dentária** cresceu em todos os concelhos, excepto no Porto Santo. No concelho do Porto Moniz (a população em estudo são todas as crianças), apesar de algumas oscilações, em termos globais a proporção de crianças livres de cárie dentária com **6 anos** aumentou. A **proporção de crianças de 9 anos livres de cárie dentária cresceu** igualmente em todos os concelhos.

Ainda em termos de monitorização do PRSO e tendo por referência indicadores de actividade, entre 2004 e 2011 estiveram envolvidas, em média, por cada ano lectivo, 154 escolas, sendo também em média 775 turmas por cada ano lectivo.

O número de crianças variou entre 12.718, no ano lectivo 2004/2005, e 18.997 em 2010/2011, tendo-se registado um pico máximo de 19.006 crianças no ano lectivo de 2009/2010.

Relativamente às consultas de Medicina Dentária, assistiu-se a um aumento significativo do ano lectivo 2007/2008, com 3.535 consultas de Medicina Dentária, para o ano lectivo de 2010/2011 em que o valor mais que triplicou, tendo-se registado 12.739 consultas. Igual situação ocorreu com as consultas de Higiene Oral em que nos anos lectivos referidos, registaram-se, respectivamente, 2.469 e 7.453 consultas, traduzindo-se numa variação de 201,9%.

Sida

A análise dos dados sobre a incidência acumulada da infecção pelo VIH indica que a frequência da infecção é superior no género masculino em relação ao género feminino e que o grupo etário com maior frequência de casos é o grupo entre os 20 e os 39 anos. A maioria dos casos da infecção é transmitida por via sexual.

Relativamente ao número de óbitos, tem-se que estes valores são mais elevados em doentes com sida face aos sintomáticos não-sida e aos portadores assintomáticos.

No ano 2009, em regime de internamento psiquiátrico estiveram 797 doentes, distribuídos maioritariamente pelas seguintes patologias: Retardo Mental (316), Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (210). Estes dados remetem para a possibilidade de existir um resíduo institucional que pode comprometer os programas de reabilitação e reinserção social destes doentes. Analisando a distribuição das patologias psiquiátricas em regime de internamento ao longo do ano 2009, segundo o género e a idade, constata-se que é entre as mulheres com idade compreendida entre 25 – 64 anos que se encontra maior frequência do Retardo Mental enquanto que neste mesmo grupo etário a Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes são mais frequentes no sexo masculino.

No contexto das políticas de saúde mental, é importante a avaliação de provável sofrimento mental na população em geral. Assim tendo por referência o 4º INS 2005-2006, é de salientar que a RAM apresenta o menor valor percentual de população em sofrimento psicológico representado por 17,3% quando comparado com 21,6% nos Açores e 27,6% no Continente.

A análise da taxa de mortalidade mostra que no período 2004 a 2006, a probabilidade de morrer por **lesões autoprovocadas intencionalmente** é mais elevada na RAM. Após padronização pela idade, mantém-se uma maior mortalidade na RAM em relação à região do Continente e à Região Autónoma dos Açores.

A observação dos dados de mortalidade, segundo a região de residência e o grupo etário, indica que em 2006, nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a **mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente** atingiu valores mais elevados no grupo etário em idade activa, entre os 25 e os 54 anos, tendo-se no entanto verificado um decréscimo significativo entre o ano 2004 (19,3/100.000) e o ano 2006 (11,8/100.000). Neste último ano, no **grupo etário 35-44 anos**, a Região apresenta valores desta taxa, superiores à RAA e ao Continente.

Acções em Saúde

Do movimento da actividade assistencial do SESARAM, E.P.E. no ano 2009, destaca-se a formação na área da Saúde Mental (304) bem como a criação de instrumentos de intervenção na comunidade (49) e ainda a diferenciação das respostas a nível hospitalar, instrumentos na área da psiquiatria, com um total de 6.791 consultas (incluindo as consultas de psicologia), destacando-se entre estas, as de psiquiatria de ligação às áreas de doenças infecciosas, ginecologia, endocrinologia e nefrologia.

Problemas do Aparelho Respiratório

A taxa de mortalidade por **doenças do aparelho respiratório** aumentou no período 2000-2006 com uma variação de 12,3% e é maior no género masculino em relação ao género feminino. A RAM é a região de saúde que apresenta a taxa de mortalidade, padronizada pela idade, mais elevada para este tipo de doenças (2004-2006).

A taxa de mortalidade por **pneumonia** mostra uma tendência crescente no período de 2000 a 2006, apesar de algumas oscilações anuais. A taxa de mortalidade padronizada pela idade por **pneumonia**, indica que é maior o risco de morrer por pneumonia na RAM do que no resto do país (2004-2006).

A redução da incidência da **tuberculose** na última década, indica o investimento efectuado na prevenção.

A diminuição da prevalência decorre não apenas da redução da incidência, mas também reflecte uma melhoria na área da terapêutica.

De acordo com o número de casos de tuberculose observados relativamente às faixas etárias e género, tem-se que a maioria destes casos surgem em pessoas com idades iguais ou superiores a 15 anos e em homens.

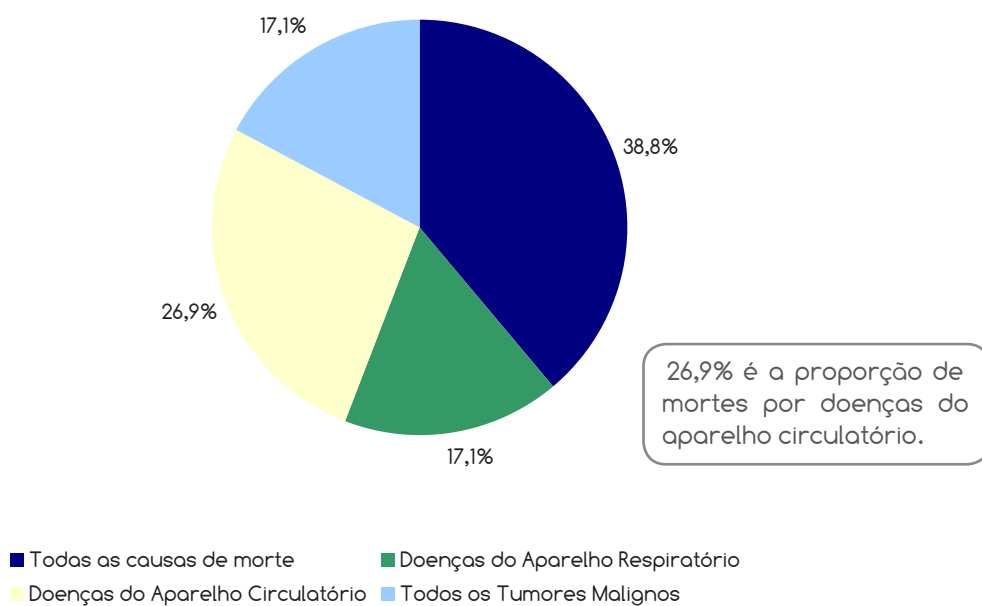
TAXAS DE MORTALIDADE PADRONIZADAS PELA IDADE POR
TODAS AS CAUSAS, RAM E PORTUGAL CONTINENTAL, 2006

Unidade: ^{00/}₀₀₀

Causas de Morte	RAM			Portugal Continental		
	< 65 anos	> 64 anos	Todas as idades	< 65 anos	> 64 anos	Todas as idades
Todas as causas	328,1	5587,9	906,7	201,8	4002,0	619,8
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	8,0	63,9	14,1	11,2	72,6	18,0
Diabetes Mellitus	5,8	397,2	48,9	3,1	161,3	20,5
Aparelho Circulatório	48,5	1729,7	233,5	29,5	1422,3	182,7
Doença Isquémica do Coração	9,1	357,3	47,4	11,0	317,5	44,7
Doenças Cerebrovasculares	20,9	659,7	91,2	10,5	643,3	80,1
Aparelho Respiratório	25,4	1104,0	144,0	8,5	494,1	62,0
Pneumonia	12,6	652,3	83,0	3,7	211,6	26,6
Bronquite Crónica, Bronquite não Especificada, Enfisema e Asma	0,0	16,7	1,8	0,4	21,7	2,7
Aparelho Digestivo	38,6	235,9	60,3	13,4	148,2	28,2
Doença Crónica do Fígado e Cirrose	24,8	58,9	28,5	7,7	32,1	10,4
Sintomas, Sinais e Achados Normais não Classificados em Outra Parte	47,4	696,6	118,8	27,5	484,5	77,8
Causas Externas de Mortalidade	44,2	144,2	55,2	25,8	104,4	34,5
Acidentes de Transporte	10,0	19,0	11,0	8,6	16,9	9,5
Acidentes de Trânsito com Veículos a Motor	10,0	19,0	11,0	8,3	15,3	9,0
Lesões Auto provocadas Intencionalmente	10,5	19,8	11,5	4,9	20,4	6,6
Tumores Malignos	81,3	866,4	167,6	66,5	810,2	148,3
Tumores Malignos do Aparelho Digestivo e Peritoneu	21,5	355,6	58,3	22,2	325,9	55,6
Tumor Maligno do Estômago	4,2	88,2	13,5	6,5	85,3	15,1
Tumor Maligno do Cólon	4,4	141,1	19,4	7,2	134,9	21,3
Tumores Malignos do Aparelho Respiratório	17,4	127,8	29,6	14,5	119,8	26,1
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	11,3	125,1	23,8	12,2	108,5	22,8
Tumores Malignos dos Ossos, Tecido Conjuntivo, Pele e Mama	10,6	84,4	18,7	7,5	59,0	13,1
Tumor Maligno da Mama Feminina	19,4	114,6	29,8	11,2	76,0	18,3
Tumores Malignos dos Órgãos Genitourinários	8,9	133,9	22,6	6,4	154,8	22,7
Tumor Maligno do Colo do Útero	2,0	14,9	3,4	2,0	7,5	2,6
Tumor Maligno da Próstata	2,6	209,9	25,4	1,9	189,6	22,5
Tumores Malignos de Outras Localizações e de Localizações não Especificadas	4,7	71,5	12,1	6,4	62,2	12,6
Tumores Malignos do Tecido Linfático e Órgãos Hematopoiéticos	4,8	66,2	11,5	5,1	63,7	11,5

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

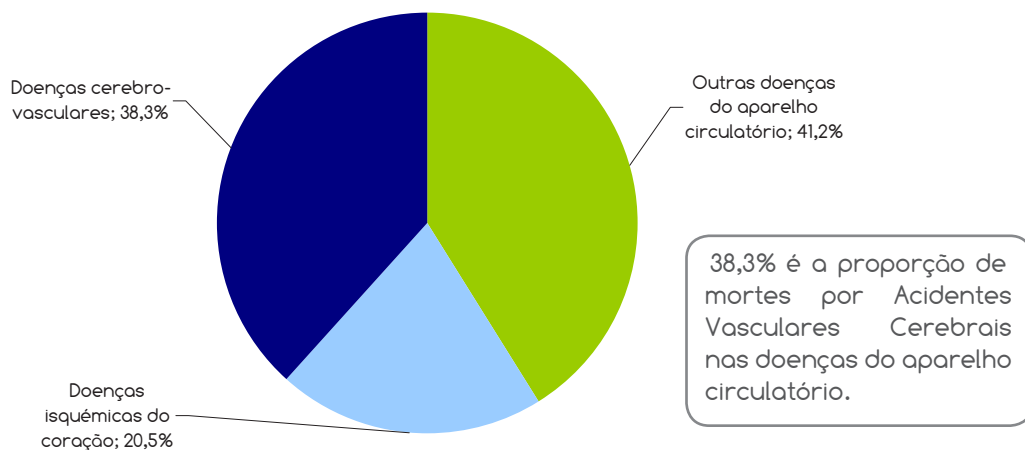
TAXA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL PELOS QUATRO GRANDES GRUPOS, RAM, 2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

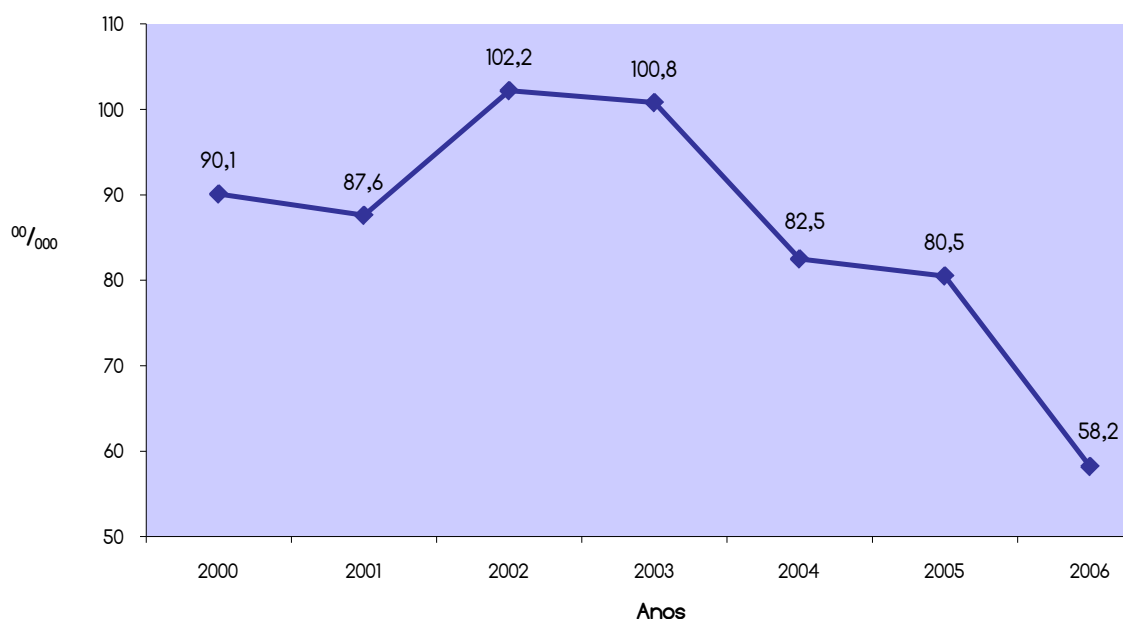
Problemas do Aparelho Circulatório

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA DE MORTE NO GRUPO DAS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, RAM, 2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇA ISQUÊMICA, RAM, 2000-2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2000-2006.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO, NA POPULAÇÃO COM IDADE INFERIOR A 65 ANOS, PORTUGAL, RAA E RAM, 2006

Unidade: 1000

Área geográfica	Total	H	M
Portugal	11,5	19,1	4,5
R. A. Açores	27,2	44,2	10,0
R. A. Madeira	↓ 9,1	14,1	4,8

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

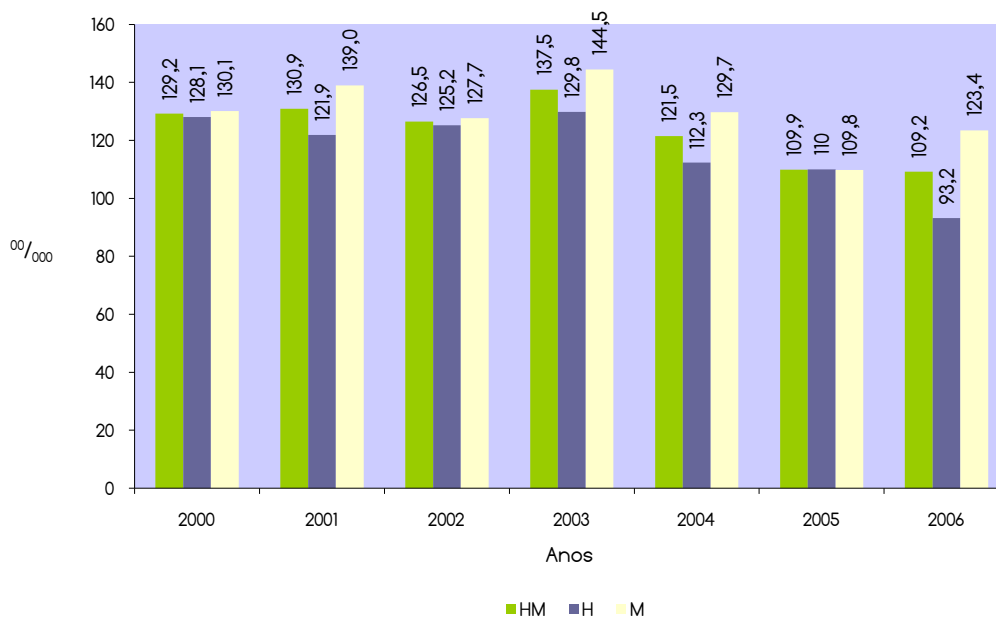
TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PELA IDADE POR DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO, SEGUNDO A RESIDÊNCIA, 2003-2006

Unidade: 1000

Regiões	2003			2004			2005			2006		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
RAM	87,4	117,3	65,1	71,9	108,1	47,2	68,2	97,3	48,0	47,4	73,3	32,2
RAA	125,8	165,1	95,0	116,9	164,2	78,0	115,4	170,7	72,8	100,0	140,8	68,0
R Norte	46,1	63,4	32,5	41,7	60,1	27,1	36,7	50,9	25,8	30,6	42,5	21,4
R Centro	40,2	53,0	29,8	36,9	49,4	26,7	33,3	43,2	25,1	28,6	38,0	21,1
R Lisboa e VT	81,5	104,6	62,4	74,5	98,2	55,3	71,1	92,4	53,9	62,8	85,3	44,8
R Alentejo	74,5	91,5	59,4	65,3	90,8	44,3	69,5	91,0	51,3	60,6	79,1	44,3
R Algarve	71,0	94,9	48,5	61,6	83,5	40,9	56,1	77,5	36,5	53,6	69,1	38,9
Continente	59,6	77,9	44,5	54,2	73,5	38,4	50,6	66,7	37,5	44,7	60,4	32,0
Portugal	62,0	81,5	46,0	56,3	76,9	39,5	52,6	69,9	38,5	46,1	62,7	32,8

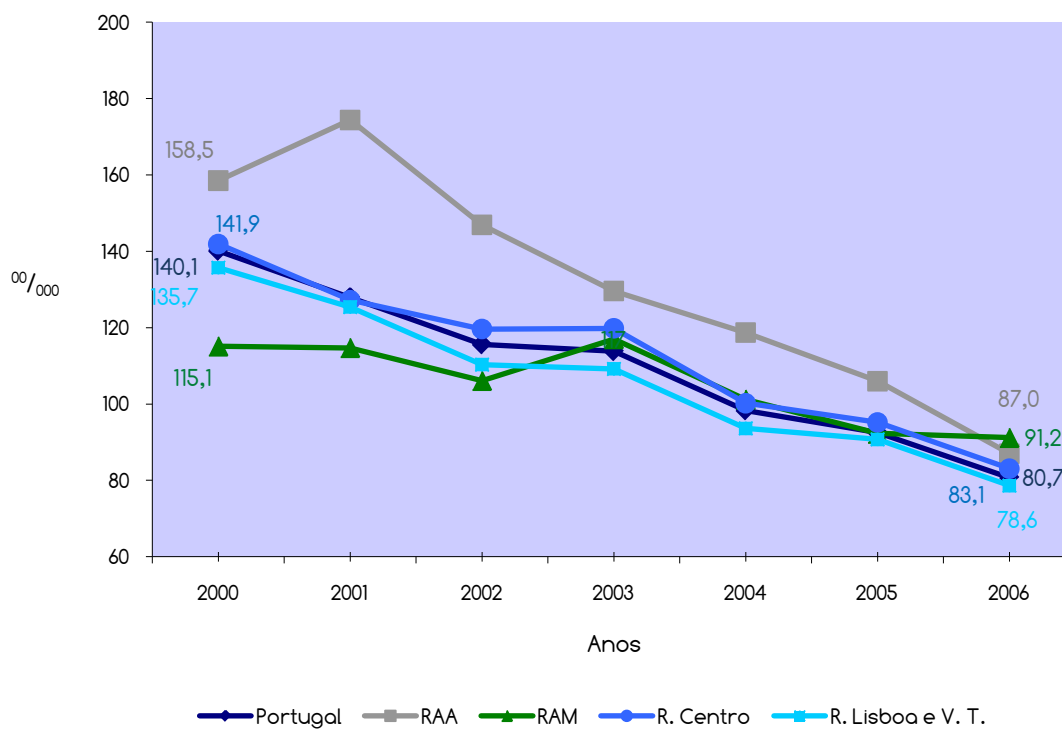
Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2003-2006.

TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CEREBROVASCULARES, RAM, 2000-2006



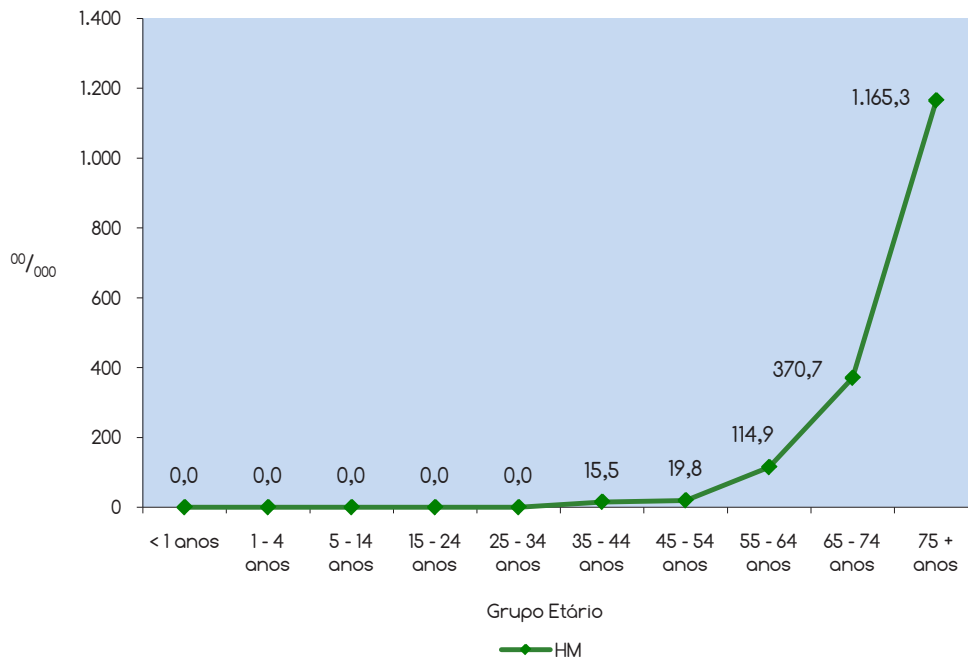
Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2000-2006.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR DOENÇAS CEREBROVASCULARES, RAM, 2000-2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2000-2006.

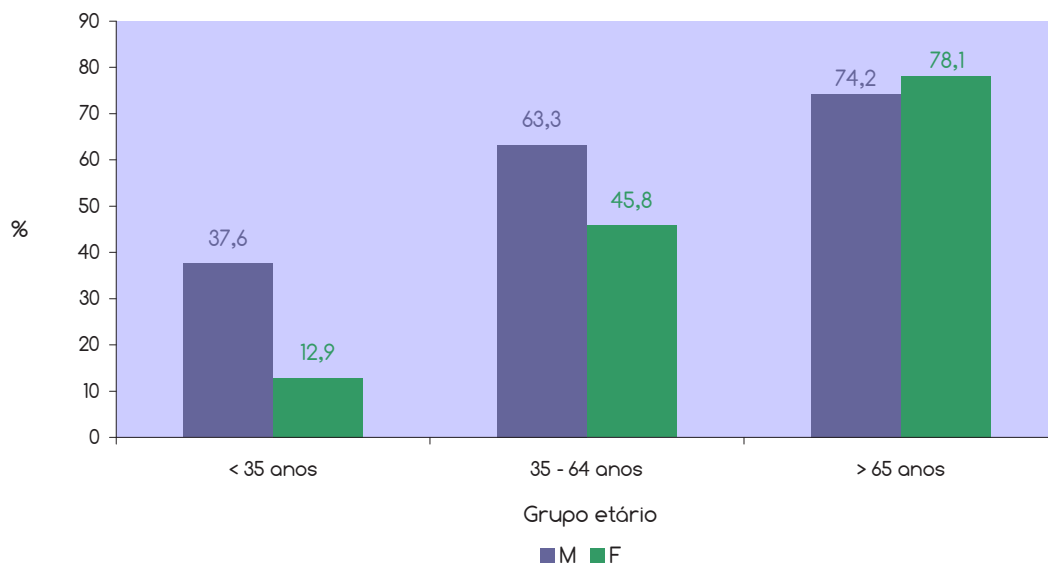
TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CEREBROVASCULARES
POR GRUPO ETÁRIO, RAM, 2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

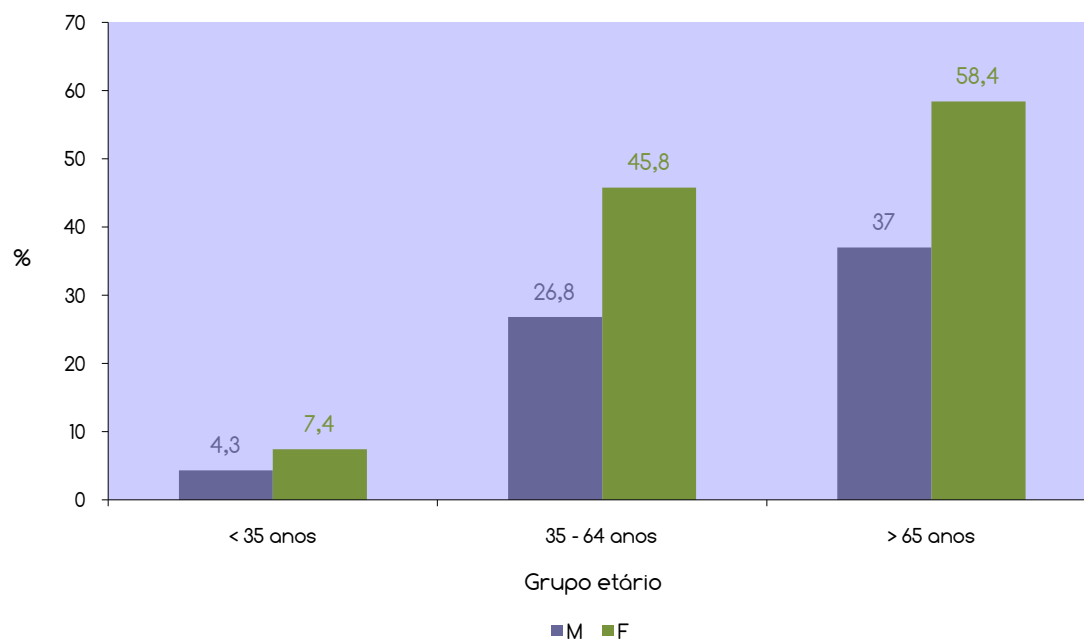
Hipertensão Arterial

PREVALÊNCIA DA HTA, POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, RAM, 2008



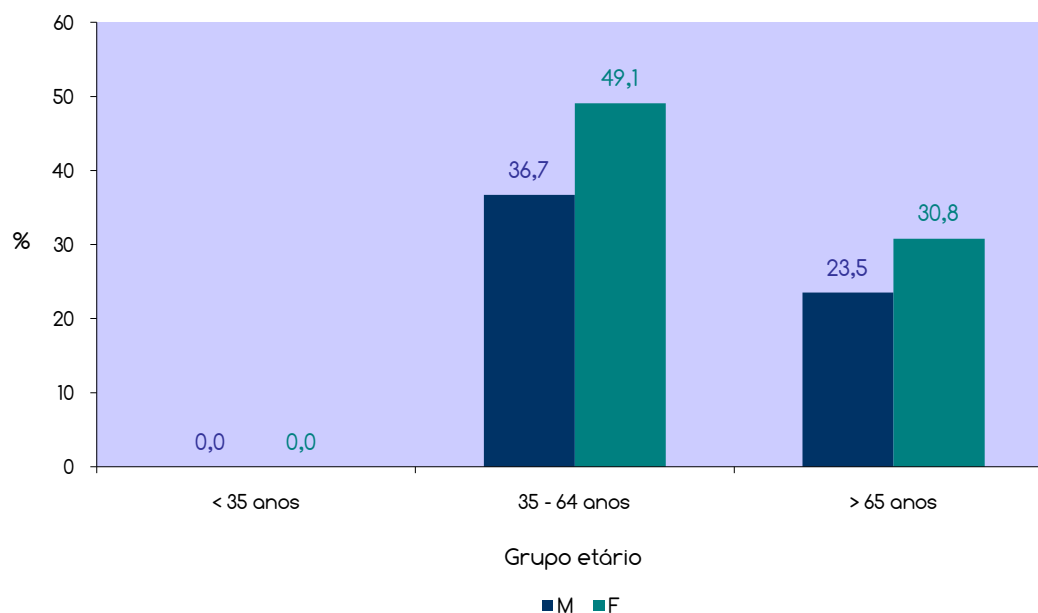
Fonte: Estudo da Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão na RAM – PAP STUDY, 2008.

HTA TRATADA, POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, RAM, 2008



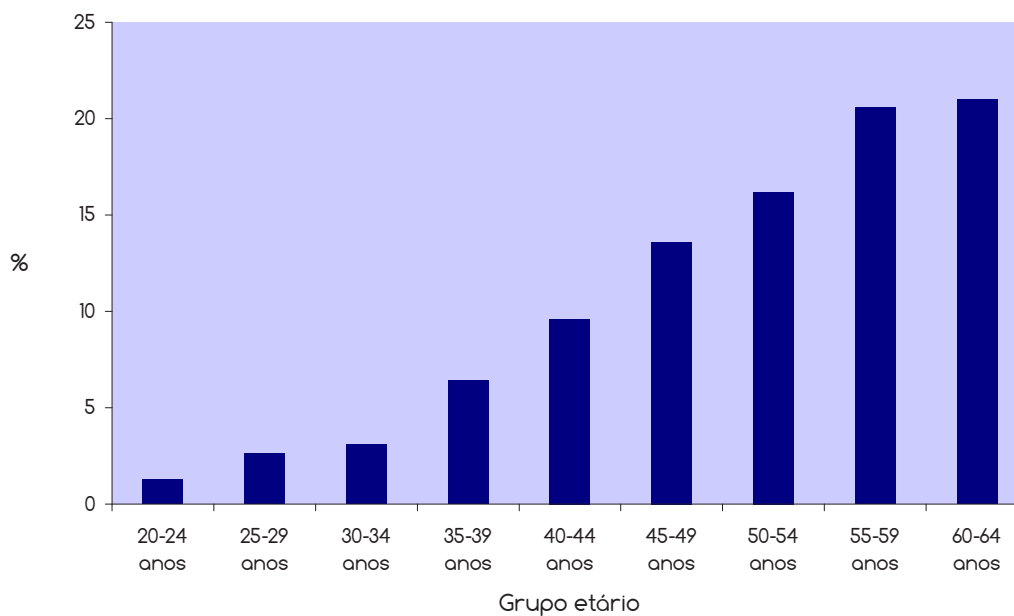
Fonte: Estudo da Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão na RAM – PAP STUDY, 2008.

CONTROLO HTA NOS DOENTES TRATADOS, POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, RAM, 2008



Fonte: Estudo da Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão na RAM – PAP STUDY, 2008.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA HIPERCOLESTEROLEMIA POR GRUPO ETÁRIO, NOS UTENTES DOS CENTROS DE SAÚDE DA RAM, 2006



Fonte: PRPCDCV, Estudo FRCV, Maio 2006.

FREQUÊNCIA RELATIVA DOS FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES SEGUNDO O REGISTO NA CONSULTA MÉDICA DOS CS EM 2010, POR GÉNERO, COM REFERÊNCIA À POPULAÇÃO RESIDENTE NA RAM EM 2009

Factor de risco	Residentes na RAM em 2009		Residentes na RAM em 2009		Residentes na RAM em 2009		Frequentadores em CSP em 2010	
	M		F		MF		MF	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
	116.976	100,0	130.423	100,0	247.399	100,0	163.476	100,0
Hipertensão arterial	10.691	9,1	20.946	16,1	31.637	12,8	31.637	19,4
Dislipidemia	8.851	7,6	16.052	12,3	24.903	10,1	24.903	15,2
Diabetes Mellitus	4.463	3,8	7.238	5,5	11.701	4,7	11.701	7,2
Sobrepeso	4.281	3,7	7.686	5,9	11.967	4,8	11.967	7,3
Tabagismo	3.457	3,0	1.436	1,1	4.893	2,0	4.893	3,0
Alcoolismo	3.120	2,7	565	0,4	3.685	1,5	3.685	2,3
Ansiedade / Depressão	2.286	2,0	9.661	7,4	11.947	4,8	11.947	7,3

Fonte: SESARAM, E.P.E., Estatística e Apoio à Investigação, 2010; INE, Estimativas da População Residente, 2009.

FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES SEGUNDO REGISTO NA CONSULTA
MÉDICA EM CSP, POR CONCELHO E GÉNERO, RAM, 2010

Unidade: N.º

Factor de risco cardiovascular		Hipertensão arterial	Alcoolismo	Tabagismo	Ansiedade / Depressão	Sobrepeso	Diabetes Mellitus	Dislipidemia	
Concelhos *	Calheta	H	520	165	110	42	53	229	405
		M	1.262	32	22	288	194	457	1.113
	Câmara de Lobos	H	1.257	537	607	366	359	438	958
		M	2.740	87	128	1.430	702	918	1.882
	Funchal	H	3.700	858	1.218	711	1.211	1.807	2.945
		M	7.219	154	817	3.041	2.439	2.695	5.505
	Machico	H	1.370	485	576	315	792	489	1.527
		M	2.463	59	110	1.217	1.263	833	2.261
	Ponta do Sol	H	299	55	54	32	72	133	244
		M	771	7	15	118	156	253	485
	Porto Moniz	H	281	132	28	68	170	99	142
		M	499	43	9	361	257	143	293
	Ribeira Brava	H	465	145	125	90	226	214	412
		M	1.125	22	22	438	453	420	810
	Santa Cruz	H	1.392	365	496	356	959	486	1.300
		M	2.155	42	234	1.536	1.503	721	1.964
	Santana	H	618	98	37	67	44	203	327
		M	1.304	19	11	365	85	336	757
	São Vicente	H	425	190	130	161	215	167	281
		M	854	84	30	551	369	251	595
Porto Santo	H	364	90	76	78	180	198	310	
	M	554	16	38	316	265	211	387	
Total	H	10.691	3.120	3.457	2.286	4.281	4.463	8.851	
	M	20.946	565	1.436	9.661	7.686	7.238	16.052	

Fonte: SESARAM, E.P.E., Estatística e Apoio à Investigação, 2010.

Legenda:
*p-value < 0,05

PROPORÇÃO DE FREQUENTADORES DOS CSP, SEGUNDO
O MOTIVO DA CONSULTA E GÉNERO, RAM, 2010

Designação	Género	Taxa	Género	Taxa	Total	
	M	%	F	%		
Frequentadores	67.739	100,0	95.737	100,0	163.476	100,0
Hipertensão arterial	10.691	15,8	20.946	21,9	31.637	19,4
Dislipidemia	8.851	13,1	16.052	16,8	24.903	15,2
Diabetes mellitus	4.463	6,6	7.238	7,6	11.701	7,2
Sobrepeso	4.281	6,3	7.686	8,0	11.967	7,3
Tabagismo	3.457	5,1	1.436	1,5	4.893	3,0
Alcoolismo	3.120	4,6	565	0,6	3.685	2,3
Ansiedade/Depressão	2.286	3,4	9.661	10,1	11.947	7,3

Fonte: SESARAM, E.P.E., Estatística e Apoio à Investigação, 2010.

Nota:
p-value < 0,05

CONSULTAS MÉDICAS POR HIPERTENSÃO ARTERIAL, RAM, 2009

Unidade: N.º

Especialidade	Consultas		Total
	Sexo		
	H	M	
Genética (unidade investigação)	292	316	608
Medicina	62	76	138
Total	746		

608 consultas em estudo clínico.

Fonte: SESARAM, E.P.E., Movimento Assistencial da Consulta Externa, 2009.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA EM CARDIOLOGIA, RAM, 2009

Unidade: N.º

Serviço	Tipo de Exame	Total
Cardiologia	Ecocardiogramas em Adultos	2.900
	Ecocardiogramas Pediátricos / Congénitos	425
	Electrocardiografia	75.064
	Ecos Transesofágicos	103
	Holter	745
	Ecos Stresse (DOB)	3
	M.A.P.A.	167
	Ecos - DIP	10
	Pace-Makers	130
	Substituição Pace-Maker	31
	Prova de Esforço	431

Fonte: SESARAM, E.P.E., Produção em MCDT, 2009.

CONSULTAS MÉDICAS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES, RAM, 2009

Unidade: N.º

Especialidade	Patologia	Consultas		Total
		Sexo		
		H	M	
Cardiologia	Pace-Maker	1.072	884	1.956
	Post-Enfarte	38	5	43
	Próteses Valvulares	6	4	10
Genética (Unidade de Investigação)	Doença Coronária	266	69	335
Medicina	Aterosclerose	390	366	756
	Prevenção Vascular Cerebral	144	101	245
	Trombofilias	51	208	259
Medicina Física e Reabilitação	Cérebro Vascular	6	5	11
Neurologia	Avaliação Cirúrgica Carotídea	34	42	76
Total		3.691		

Fonte: SESARAM, E.P.E., Movimento Assistencial da Consulta Externa, 2009.

MOVIMENTO REGISTADO NA UNIDADE DE AVC, RAM, 2009-2011

Periodo / Ano	Jun-Dez de 2009		Jan-Dez de 2010		Jan-12 Jun de 2011	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
N.º de Doentes Internados	64		146		69	
Na Alta Score / Escala Barthel	N.º	%	N.º	%	N.º	%
100 - Independente	17	38,6	32	21,9	19	29,2
91-99 - Dependência Ligeira	3	6,8	10	6,9	4	6,2
61-90 - Dependência Moderada	14	31,8	38	26,0	20	30,8
21-60 - Dependência Grave	7	16,0	30	20,5	13	20
0-20 - Dependência Total	3	6,8	32	21,9	6	9,2
Óbitos	0	0,0	4	2,8	3	4,6
Total	44	100,0	146	100,0	65	100,0

Fonte: Unidade de AVC.

MOVIMENTO REGISTADO NA UNIDADE DE AVC: ALTA/TRANSFERÊNCIA, RAM, 2009-2011

Designação	2009		2010		2011	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Urgência	-	-	24	16,4	8	12,3
UCIP	-	-	5	3,4	3	4,6
Residência	23	35,9	75	51,4	36	55,4
Rede Cuidados Continuados	15	23,4	17	11,6	5	7,7
Pediatria	-	-	1	0,7	-	-
Óbitos	4	6,3	4	2,7	3	4,6
Neurologia	-	-	1	0,7	1	1,6
Neurocirurgia	-	-	11	7,5	5	7,7
Nefrologia	-	-	1	0,7	-	-
Medicina	-	-	3	2,1	3	4,6
Lar	-	-	-	-	1	1,5
Hospital - Estrangeiro	-	-	1	0,7	-	-
Ginecologia	-	-	1	0,7	-	-
Cirurgia	-	-	1	0,7	-	-
Cardiologia	-	-	1	0,7	-	-
Outro serviço	22	34,4	-	-	-	-
Total	64	100,0	146	100,0	65	100,0

Fonte: Unidade de AVC.

Legenda:
- Sem movimento

Nota:
Em 2011, encontram-se 4 doentes internados ainda sem dados de Barthel na alta e sem encaminhamento

VIA VERDE INTRAHOSPITALAR AVC, RAM, 2008-2010

Unidade: N.º

Episódios de activação Via Verde	84
Actos de trombólise	36
Doentes internados na Unidade de AVC *	54
Doentes com AVC internados no hospital	2.607

Fonte: Relatório de Actividades do PRPCDC, 2010.

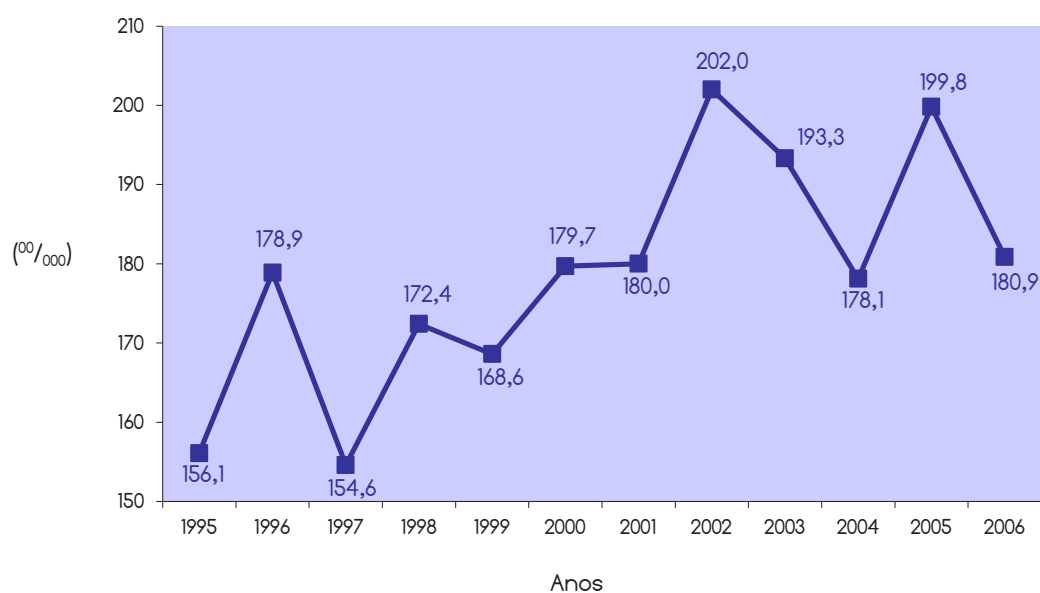
Nota:

* Estes dados referem-se ao período de Julho de 2009 a Dezembro de 2010

- Dados compilados a partir da informatização do sistema em Fevereiro de 2010

Cancro

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMORES MALIGNOS, RAM, 1995-2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1995-2006.

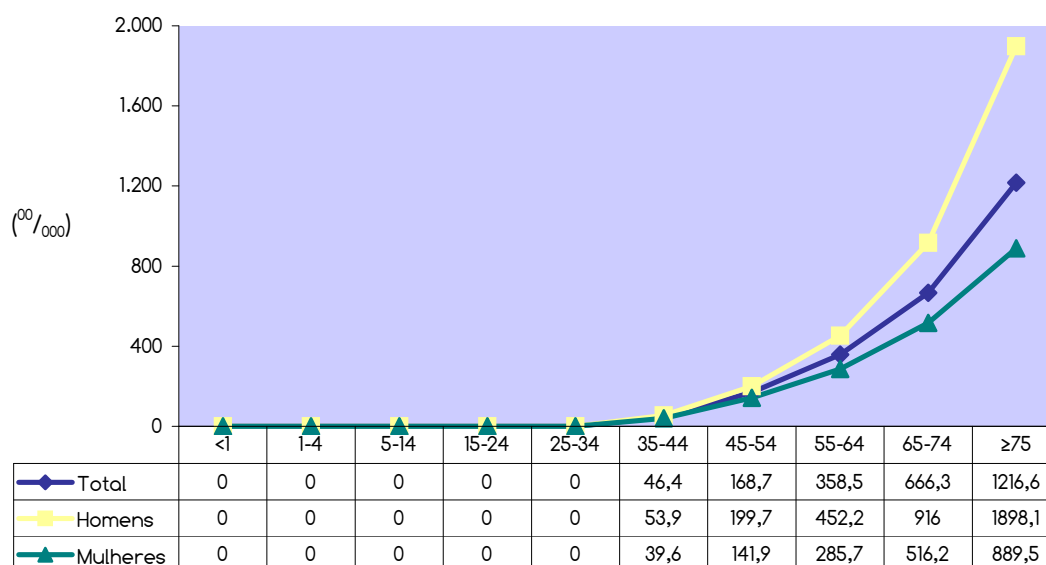
TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PELA IDADE POR TUMORES MALIGNOS POR REGIÃO, RAM, 2000-2006

Unidade: ‰/1000

Anos	Portugal	Continente	RAA	RAM
2000	165,9	164,2	218,2	174,5
2001	161,9	160,4	211,1	168,2
2002	161,6	159,7	210,8	189,4
2003	161,4	159,4	228,9	180,9
2004	155,6	154,3	194,5	168,8
2005	156,1	154,1	210,5	187,4
2006	150,1	148,3	204,0	167,6

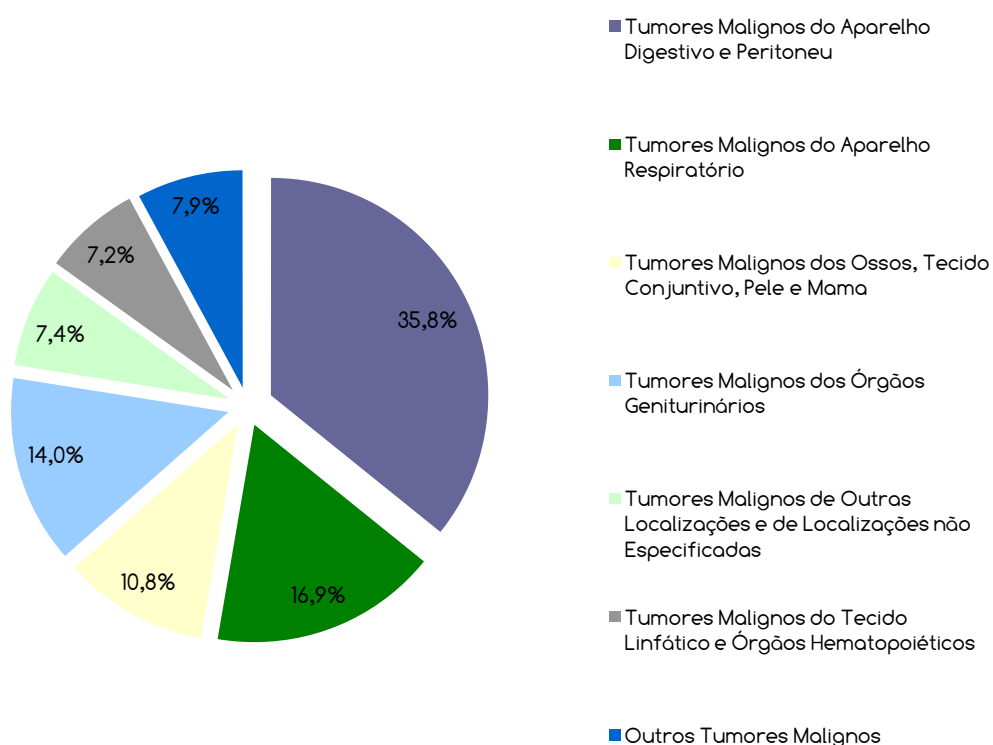
Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMORES MALIGNOS, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, RAM, 2006



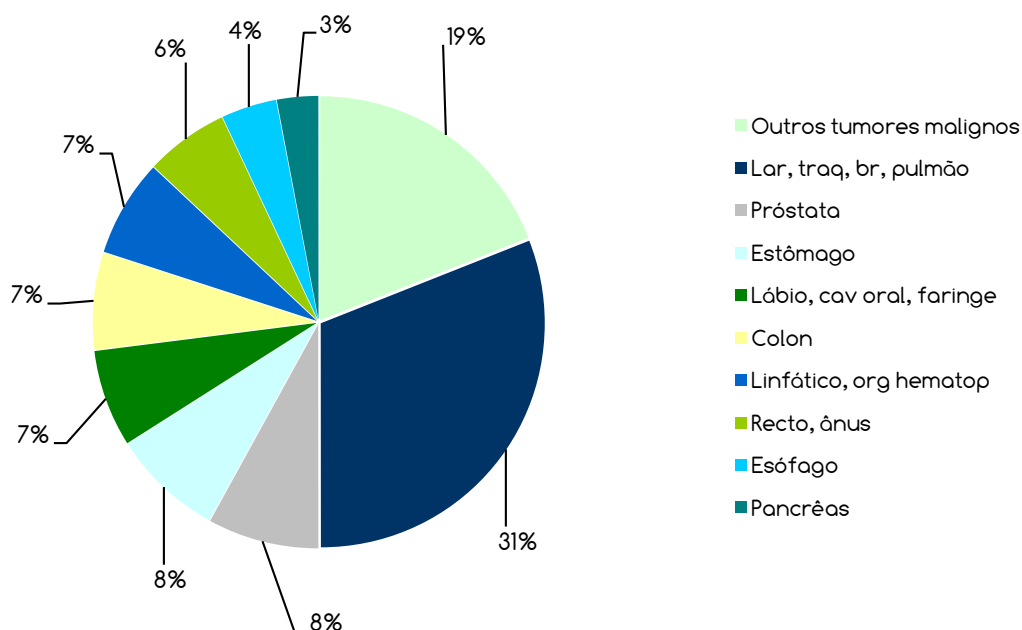
Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

TAXA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL POR TIPO DE CANCRO, RAM, 2006



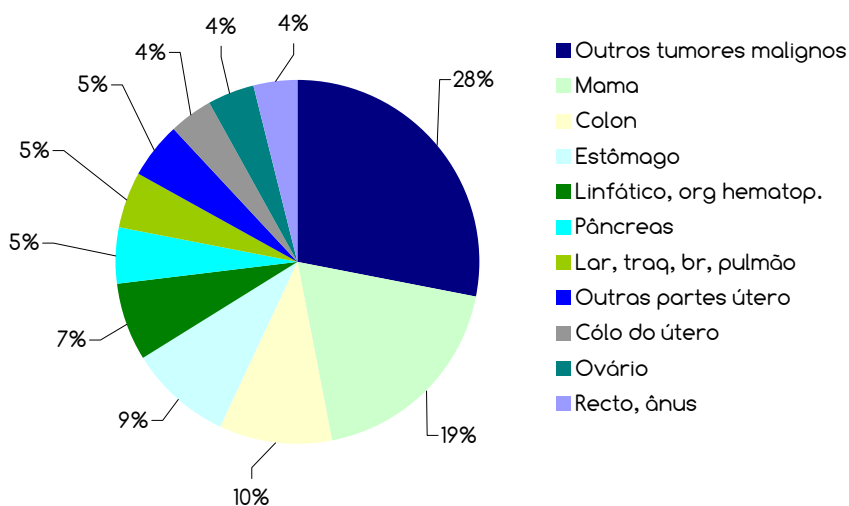
Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ÓBITOS MASCULINOS POR TUMORES MALIGNOS POR TIPO DE CANCRO, RAM, 2007



Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde da RAM, 2007.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ÓBITOS FEMININOS POR TUMORES MALIGNOS POR TIPO DE CANCRO, RAM, 2007



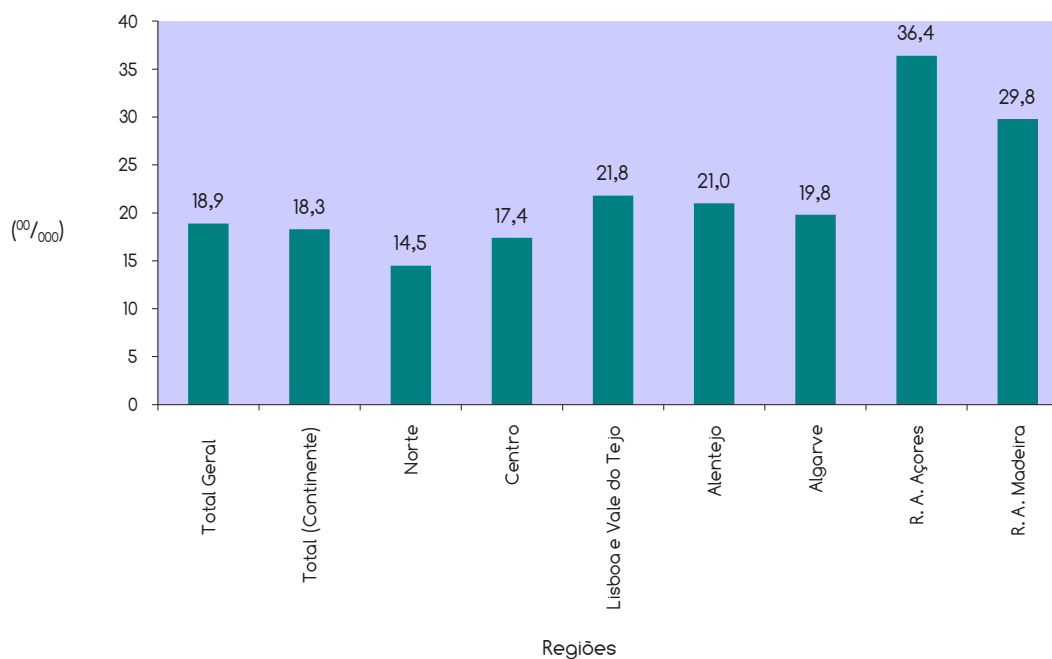
Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde da RAM, 2007.

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMOR DA MAMA FEMININA, RAM, 1995-2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1995-2006.

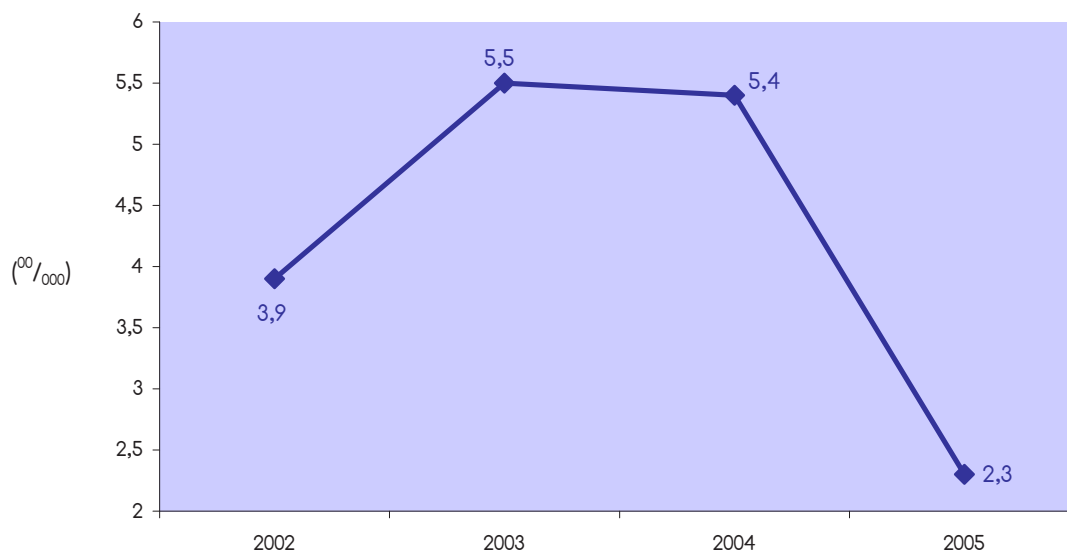
TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PELA IDADE, POR TUMOR MALIGNO DA MAMA, RAM, 2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

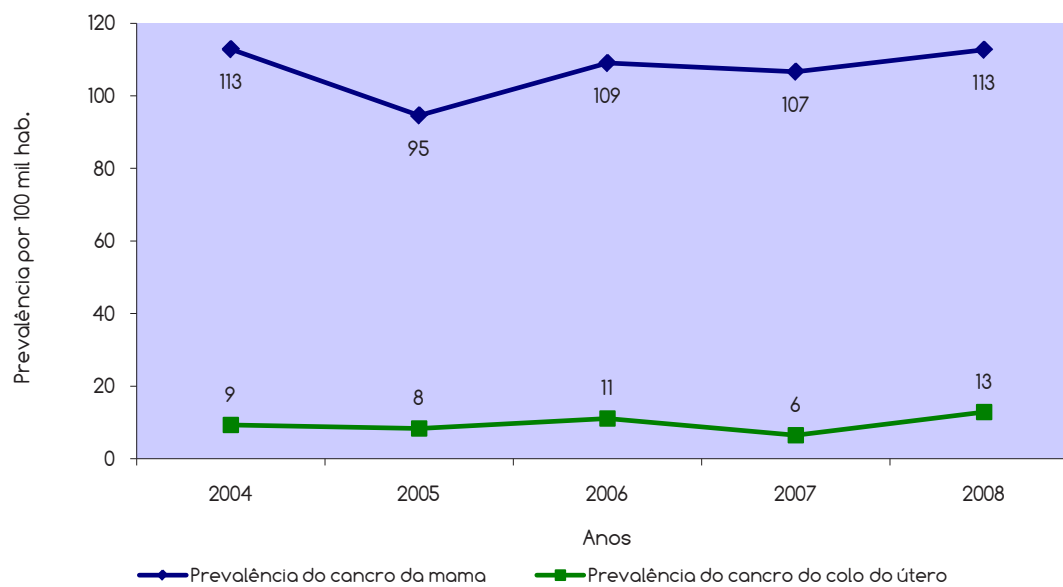
Cancro do Colo do Útero

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DO COLO DO ÚTERO, RAM, 2002-2005



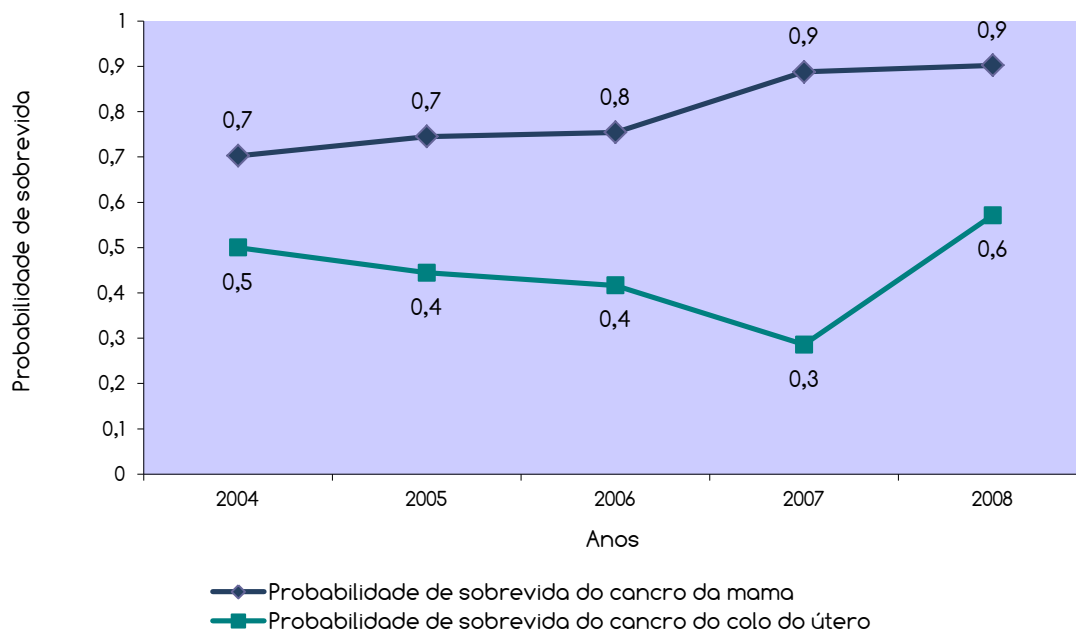
Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2002-2005.

PREVALÊNCIA DO CANCRO DA MAMA E DO COLO DO ÚTERO, 2004-2008



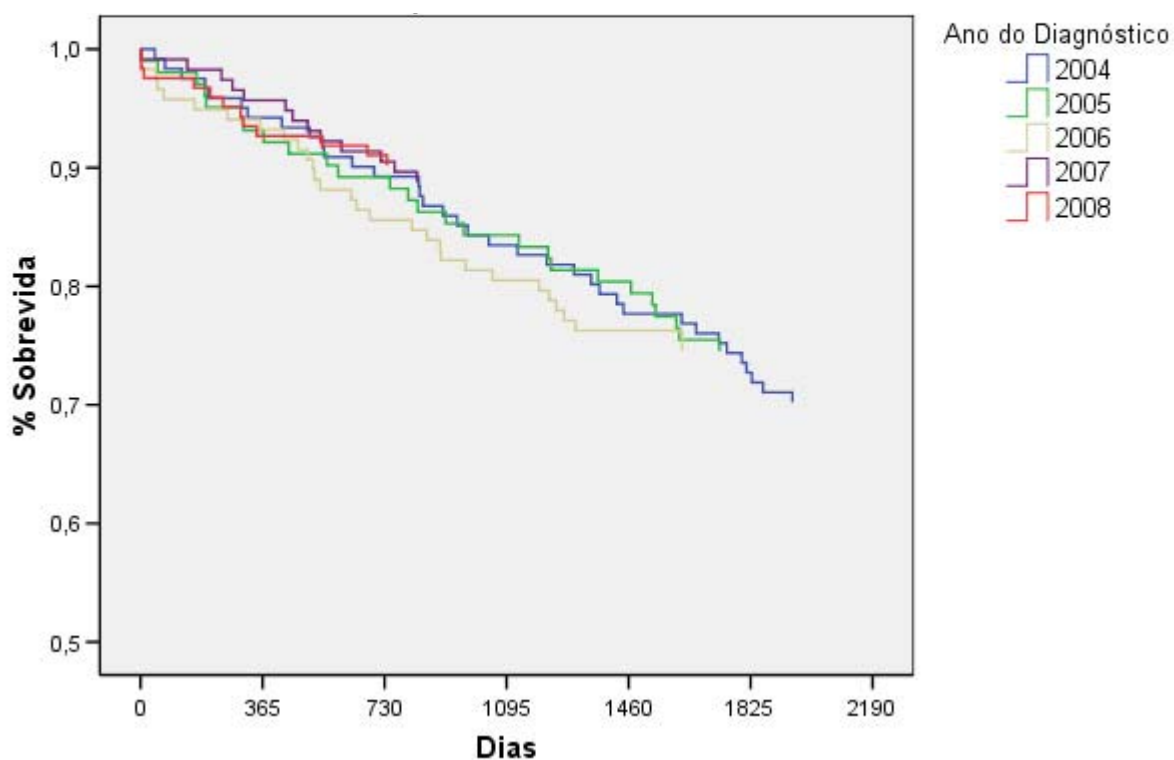
Fonte: SESARAM, E.P.E., 2004-2008.

PROBABILIDADE DE SOBREVIDA DO CANCRO DA MAMA E DO COLO DO ÚTERO, 2004-2008



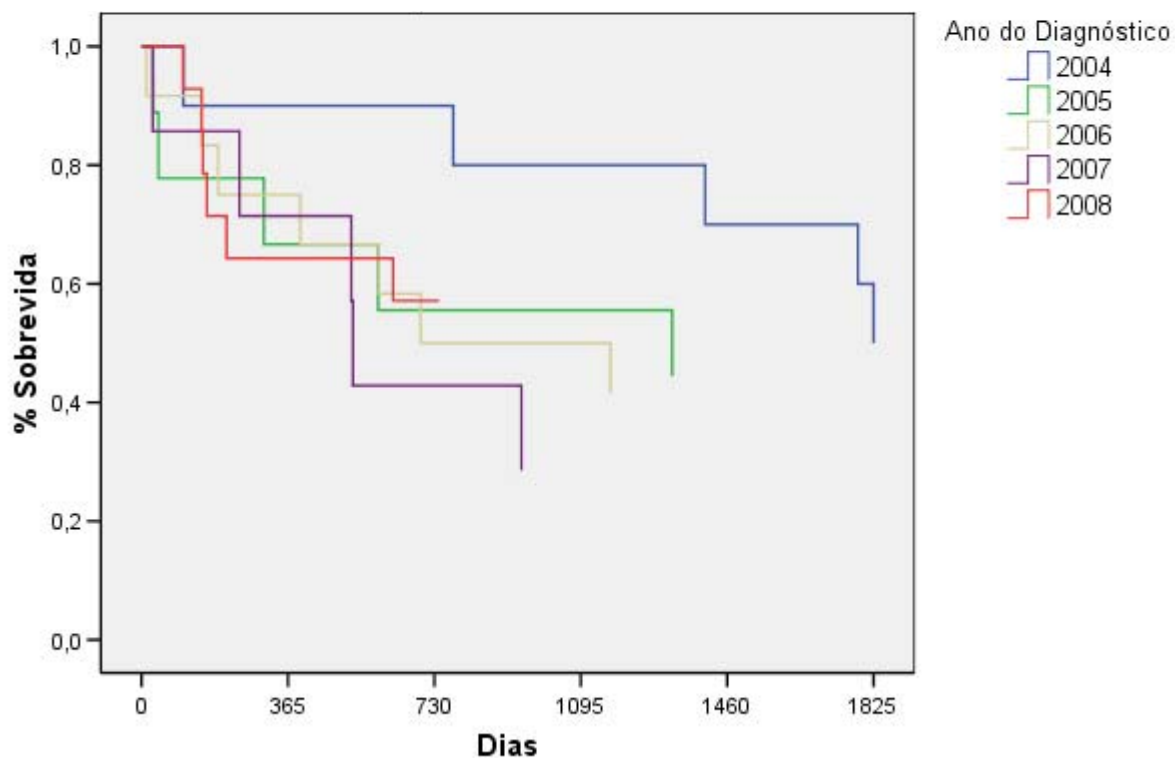
Fonte: SESARAM, E.P.E., 2004-2008.

SOBREVIDA DO CANCRO DA MAMA, 2004-2008



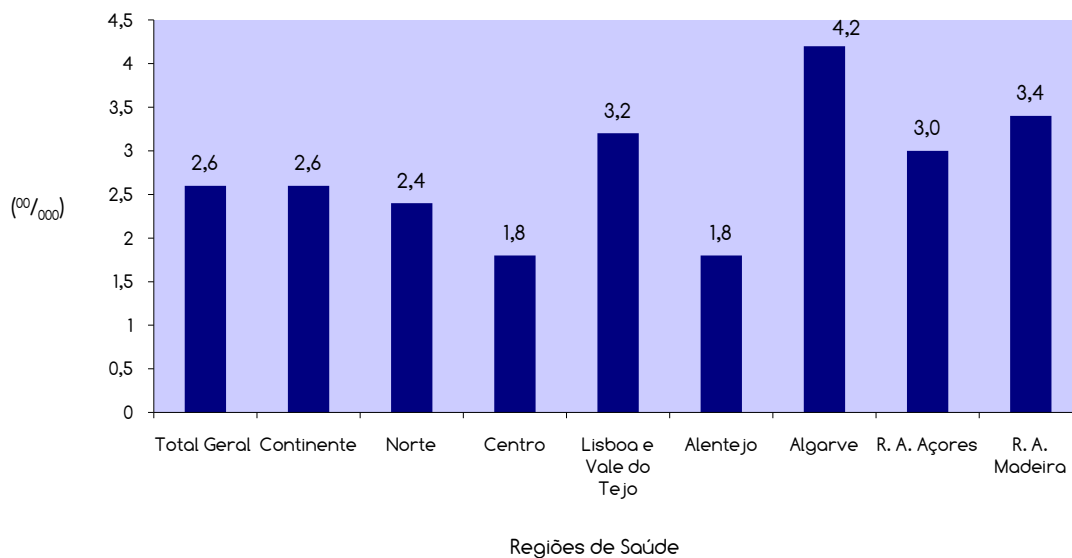
Fonte: SESARAM, E.P.E., 2004-2008.

SOBREVIDA DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO, 2004-2008



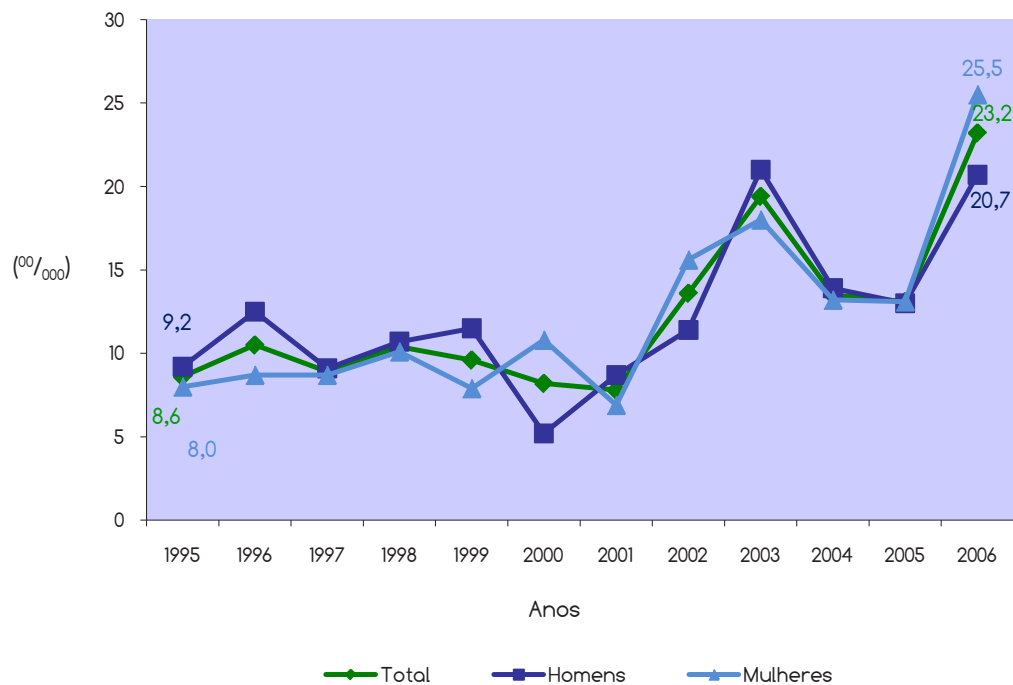
Fonte: SESARAM, E.P.E., 2004-2008.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR TUMOR MALIGNO DO COLO DO ÚTERO, SEGUNDO A RESIDÊNCIA, NAS REGIÕES DE SAÚDE DO CONTINENTE E REGIÕES AUTÓNOMAS, 2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DO CÓLON E RECTO, POR GÉNERO, RAM, 1995-2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1995-2006.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR TODAS AS IDADES POR TUMOR MALIGNO DO CÓLON, SEGUNDO A RESIDÊNCIA, NAS REGIÕES DE SAÚDE DO CONTINENTE E REGIÕES AUTÓNOMAS, 2003-2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Regiões de Saúde	Tumor Maligno do Cólon			
	2003	2004	2005	2006
Total Geral	15,6	15,5	15,7	21,2
Continente	15,5	15,5	15,7	21,3
Norte	14,9	13,8	14,0	18,9
Centro	14,4	13,9	13,4	21,8
Lisboa e Vale do Tejo	17,1	17,9	18,2	23,6
Alentejo	16,5	16,4	16,1	22,1
Algarve	13,6	16,3	20,2	17,4
R. A. Açores	13,4	15,8	17,2	14,1
R. A. Madeira	18,3	12,3	11,7	19,4

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2003-2006.

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO
DO CÓLON E RECTO, SEGUNDO O
GRUPO ETÁRIO, RAM, 2006

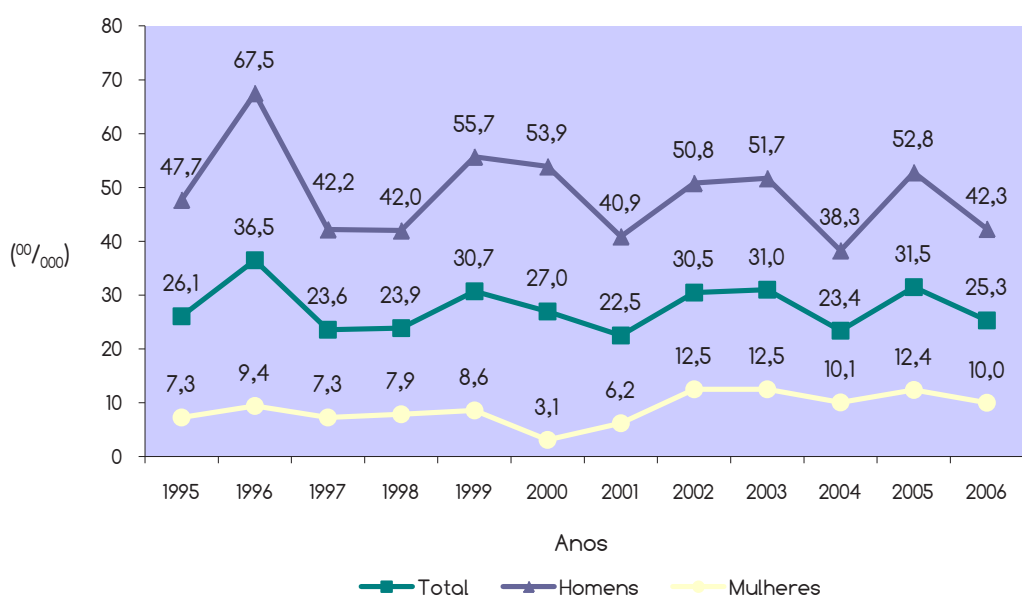
Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Grupos Etários	N.º de óbitos	Taxa de mortalidade
<1 anos	0	0,0
1-4 anos	0	0,0
5-14 anos	0	0,0
15-24 anos	0	0,0
25-34 anos	0	0,0
35-44 anos	0	0,0
45-54 anos	4	13,2
55-64 anos	4	18,4
65-74 anos	14	75,2
≥75 anos	35	256,5
Total	57	23,2

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

Cancro do Pulmão

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA,
BRÔNQUIOS E PULMÃO, RAM, 1995-2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1995-2006.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR TUMOR MALIGNO
NA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO, SEGUNDO A RESIDÊNCIA,
NAS REGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES AUTÓNOMAS, 2003-2006

Unidade: ⁰⁰/1000

Regiões de Saúde	Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão			
	2003	2004	2005	2006
Total Geral	23,9	22,6	23,3	23,1
Continente	23,2	22,3	22,8	22,8
Norte	26,2	25,1	25,7	24,2
Centro	16,6	15,9	16,5	15,2
Lisboa e Vale do Tejo	25,1	24,5	24,0	24,7
Alentejo	23,2	23,0	25,2	25,0
Algarve	24,2	23,2	25,6	25,9
R. A. Açores	50,9	40,0	40,9	37,4
R. A. Madeira	29,8	22,6	30,0	23,8

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2003-2006.

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO
NA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO,
SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, RAM, 2006

Unidade: ⁰⁰/1000

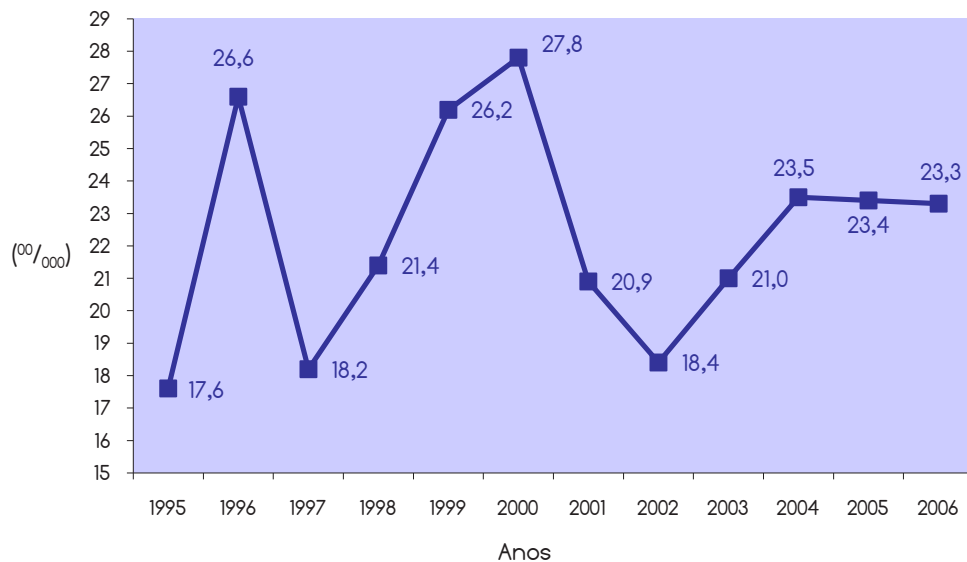
Grupos Etários	N.º de óbitos	Taxa de mortalidade
<1 anos	0	0,0
1-4 anos	0	0,0
5-14 anos	0	0,0
15-24 anos	0	0,0
25-34 anos	...	...
35-44 anos	...	...
45-54 anos	6	19,8
55-64 anos	13	59,7
65-74 anos	21	112,8
≥75 anos	20	146,6
Total	62	25,3

146,6 óbitos por 100.000 habitantes acima dos 75 anos de idade.

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

Legenda:
... - Valor confidencial

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA, RAM, 1995-2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1995-2006.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA, SEGUNDO A RESIDÊNCIA, NAS REGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES AUTÓNOMAS, 2003-2006

Unidade: 1000/1000

Regiões de Saúde	Tumor Maligno da Próstata			
	2003	2004	2005	2006
Total Geral	25,2	24,7	23,1	22,8
Continente	25,0	24,5	22,9	22,5
Norte	24,6	23,5	20,9	20,6
Centro	24,8	23	23,5	24,7
Lisboa e Vale do Tejo	26,1	26,5	23,4	23,3
Alentejo	26,2	24,6	26,3	24,7
Algarve	18,5	25,1	21,8	16,7
R. A. Açores	35,8	33,4	34,4	31,5
R. A. Madeira	22,2	26,1	25,1	25,4

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2003-2006.

TAXA DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, RAM, 2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Grupo Etário	N.º de óbitos	Taxa de mortalidade
<1 anos	0	0,0
1-4 anos	0	0,0
5-14 anos	0	0,0
15-24 anos	0	0,0
25-34 anos	0	0,0
35-44 anos	0	0,0
45-54 anos	0	0,0
55-64 anos	...	...
65-74 anos	...	...
≥75 anos	20	451,9
Total	27	23,3

451,9 óbitos por 100.000 habitantes acima dos 75 anos de idade.

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

Legenda:
... - Valor confidencial

CONSULTAS MÉDICAS DE ONCOLOGIA, RAM, 2010

Unidade: N.º

Especialidade	Patologia	Consultas		Total
		Sexo		
		H	M	
Cirurgia (Sector CR)	Follow up oncológico	187	228	415
Cirurgia (Sector HB)	Follow up oncológico	129	118	247
Ginecologia	Oncológica Estadiamento	0	408	408
	Oncológica	0	442	442
Otorrino	Oncológica	95	75	170
Pediatria	Oncológica	546	389	935
Urologia	Oncológica	290	82	372
Total		2.989		

Fonte: SESARAM, E.P.E., Movimento Assistencial da Consulta Externa, 2010.

CONSULTAS MÉDICAS DE HEMATO-ONCOLOGIA, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

Ano	Consultas		Total
	Sexo		
	H	M	
2004	2.663	3.497	6.160
2005	2.438	3.780	6.218
2006	2.691	3.701	6.392
2007	3.250	4.527	7.777
2008	3.485	5.563	9.048
2009	4.398	6.636	11.034
2010	4.332	6.259	10.591
Total	57.220		

Fonte: SESARAM, E.P.E., Movimento Assistencial da Consulta Externa, 2004-2010.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA, RAM, 2009

Unidade: N.º

Serviço	Tipo de Exame	Total
Gastroenterologia	Endoscopia Pansigmoidoscopia	22
	Endoscopia Colonoscopia	1.523

Fonte: SESARAM, E.P.E., Produção em MCDT, 2009.

CONSULTAS MÉDICAS DE UROLOGIA, EM MEIO HOSPITALAR, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

Ano	Patologia	Consultas		Total
		Sexo		
		H	M	
2004	Oncologica	391	72	463
2005	Oncológica	368	75	443
2006	Oncológica	392	56	448
2007	Oncológica	361	87	448
2008	Oncológica	301	102	403
2009	Oncológica	298	84	382
	Braquiterapia	9	0	9
2010	Oncológica	290	82	372
	Braquiterapia	83	0	83
Total		3.051		

Fonte: SESARAM, E.P.E., Movimento Assistencial da Consulta Externa, 2004-2010.

RASTREIO DO CANCRO DA MAMA FEMININA, RAM, 2004-2009

Unidade: N.º

Designação	Ano					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
N.º de mulheres rastreadas	7.517	8.602	7.713	9.123	8.402	5.820
Taxa de participação no rastreio das mulheres com idades entre os 45 e os 69 anos	60%		53%			44%
N.º de casos de cancro detectados por rastreio	8	9	8	10	9	6

Fonte: SESARAM, E.P.E., Centro de Rastreio do Cancro da Mama, 2004-2009.

DETECÇÃO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO, RAM, 2004-2009

Unidade: N.º

Designação		Ano					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Detecção oportunista de cancro do colo de útero em CSP	N.º de citologias efectuadas nos CSP	5.553	6.232	6.521	7.095	7.074	8.292

Fonte: SESARAM, E.P.E., Citologias em CSP, 2004-2009.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICA ANATOMIA PATOLÓGICA – COLPOCITOLÓGICOS, RAM, 2004-2009

Ano	N.º
2004	2.119
2005	2.059
2006	1.972
2007	1.763
2008	1.678
2009	1.759

Fonte: SESARAM, E.P.E., Produção em MCDT, 2004-2009.

TAXA DE INCIDÊNCIA ANUAL DE CANCRO DA MAMA E COLO DO ÚTERO NO GÉNERO FEMININO, LISBOA VT, ALENTEJO, ALGARVE E RAM, 2005

Região	Topografia	Total (N.º)	Taxa Bruta (‰)	Taxa Padronizada na Europa (‰)
RAM	Mama	105	81,1	77,8
	Colo do útero	10	7,7	6,3
Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e RAM	Mama	2.417	101,2	80,0
	Colo do útero	315	13,2	11,4

Fonte: ROR-Sul, 2004-2005.

TAXA DE INCIDÊNCIA ANUAL POR TODOS OS TIPOS DE CANCRO,
LISBOA VT, ALENTEJO, ALRGARVE E RAM, 2005

Região	Total	Taxa Bruta (°‰)	Taxa Padronizada na Europa (°‰)
RAM	754	307,5	293,6
Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e RAM	10.539	470,7	376,8

Fonte: ROR-Sul, 2004-2005.

AValiação DA VACINA HPV NA RAM EM 31-12-2010

Coorte	Vacina / Dose	N.º Total de fichas de vacinação	N.º Total de pessoas vacinadas	%
1997		1.582		
	HPV 1		1.293	81,7
	HPV 2		1.219	77,1
	HPV 3		870	55,0
1996		1.461		
	HPV 1		1.325	90,7
	HPV 2		1.303	89,2
	HPV 3		1.240	84,9
1995		1.554		
	HPV 1		1.475	94,9
	HPV 2		1.458	93,8
	HPV 3		1.423	91,6
1993		1.756		
	HPV 1		1.548	88,2
	HPV 2		1.449	82,5
	HPV 3		1.148	65,4
1992		1.655		
	HPV 1		1.504	90,9
	HPV 2		1.459	88,2
	HPV 3		1.379	83,3

Fonte: IASAÚDE, IP-RAM, Compilação de Dados Estatísticos, 2010.

Nota:

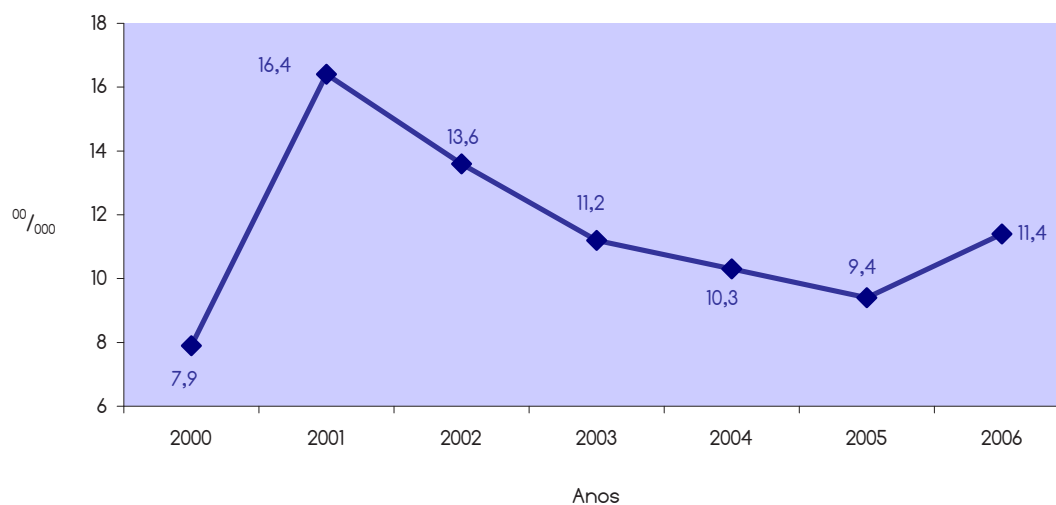
A vacina HPV é administrada apenas em raparigas com idades a partir dos 13 anos

AVALIAÇÃO DA VACINA HPV EM PORTUGAL, EM 2008

Região Distrito	Coorte 1995		
	N.º total fichas vacinação	HPV 1	
		N.º total crianças vacinadas	%
Norte			
Braga	5.029	3.435	68,3
Bragança	658	528	80,2
Porto	9.771	7.043	72,1
ULS Mat.	798	721	90,4
V. Castelo	1.199	1.103	92,0
V. Real	1.012	971	95,9
Total	18.467	13.801	74,7
Centro			
Aveiro	4.706	4.250	90,3
C. Branco	848	731	86,2
Coimbra	2.462	1.673	68,0
Guarda	712	621	87,2
Leiria	2.475	2.087	84,3
Viseu	1.901	1.687	88,7
Total	13.104	11.049	84,3
Lisboa			
Lisboa	11.535	6.967	60,4
Santarém	2.246	1.855	82,6
Setúbal	4.210	3.153	74,9
Total	17.991	11.975	66,6
Alentejo			
Beja	716	570	79,6
Évora	756	527	69,7
Portalegre	547	532	97,3
Total	2.019	1.629	80,7
Algarve			
Faro	2.265	1.446	63,8
Total	2.265	1.446	63,8
Açores			
Açores	1.383	1.205	87,1
Total	1.383	1.205	87,1
Madeira			
Madeira	1.578	1.330	84,3
Total	1.578	1.330	84,3
TOTAL NACIONAL	56.807	42.435	74,7

Fonte: DGS, Relatório de Avaliação do PNV, 2008.

TAXA DE MORTALIDADE POR TODOS OS ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VEÍCULOS A MOTOR, RAM, 2000-2006



Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2000-2006.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PELA IDADE, POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VEÍCULOS A MOTOR, CONTINENTE E RAM, 2006

Unidade: 1000/1000

Região	HM	H	M
Total geral	9,4	15,4	3,7
Continente	9,0	14,9	3,5
RAM	11,0	20,3	2,9

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

ÓBITOS POR ACIDENTES, RAM, 2004-2009

Unidade: N.º

Tipo de acidente	Género / Ano															Tipo de Acidente	Género / Ano		
	2004			2005			2006			2007			2008				2009		
	M	H	HM	M	H	HM	M	H	HM	M	H	HM	M	H	HM		M	H	HM
Acidentes	24	50	74	14	42	56	10	54	64	9	25	34	16	36	52	Acidentes	10	37	47
Acidentes de Transporte	5	20	25	...	...	23	...	...	28	...	...	10	4	14	18	Acidentes de Transporte	...	...	19
Quedas	10	11	21	...	...	14	0	7	7	...	...	8	6	11	17	Quedas acidentais	4	11	15
Intoxicação acidental por e devida a exposição a substâncias nocivas	...	...	3	0	0	0	0	...	...	...	0	...	...	...	...	Indicador eliminado em 2009	x	x	x
Agressões	-	7	7	0	...	...	0	...	...	0	...	...	...	...	5	Homicídio, agressão	...	...	4

Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde da RAM, 2004-2009

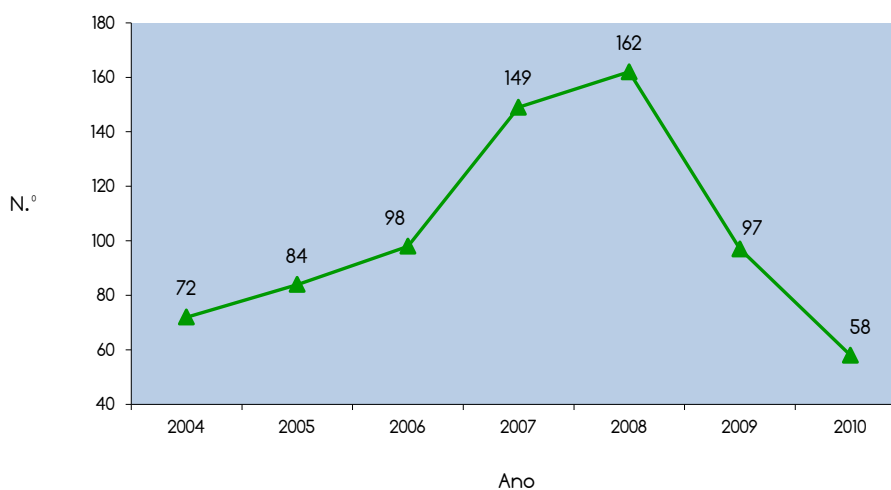
Legenda:
 ... - Valor confidencial
 - Resultado nulo
 x - Sem movimento

MOVIMENTO ASSISTENCIAL DO SERVIÇO DE URGÊNCIA - ACIDENTES, RAM, 2010

Designação	Género	
	M	H
Acidentes Pessoais	3.256	5.466
Acidentes de Viação	420	583
Acidente Trabalho	690	1.362
Afogamento	3	4
Agressão	406	826
Atropelamento	117	104
Catástrofe	85	113
Intoxicação involuntária	69	58
Mordeduras	84	94
Queda	2.730	2.460
Queimadura	57	51

Fonte: SESARAM, E.P.E., Urgência Hospitalar, 2010.

ESTIMATIVA PONTUAL DAS ACÇÕES DE PREVENÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DOS ACIDENTES, RAM, 2004-2010

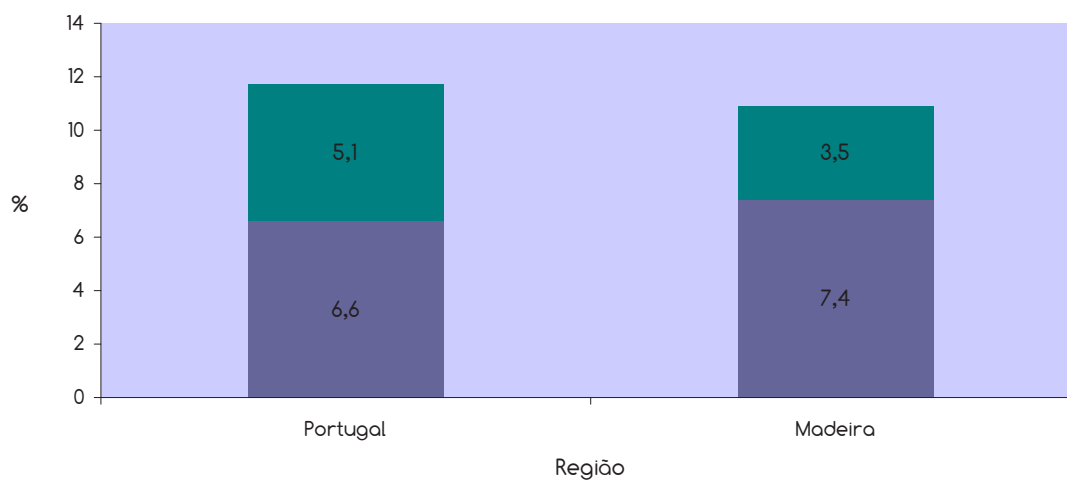


Fonte: SESARAM, E.P.E., Estatísticas de Produção em CSP, 2004-2010.

Nota:

O concelho do Porto Moniz não registou movimento. Os dados relativos ao concelho de Porto Santo não estão disponíveis

PREVALÊNCIA DA DIABETES, PORTUGAL E RAM, 2009



Fonte: SPD, Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal, 2009.

TAXA DE MORTALIDADE POR DIABETES MELLITUS, POR REGIÕES DE SAÚDE, 2003-2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Regiões	2003			2004			2005			2006		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
RAM	65,7	56,1	74,2	75,1	53,1	94,7	58,4	52,8	63,4	60,7	51,8	68,6
RAA	73,5	57,4	89,3	65,7	57,1	74,1	54,2	35,9	72,1	60,2	41,6	78,4
R Norte	35,0	28,8	40,9	32,4	27,0	37,4	33,6	28,3	38,5	29,2	26,4	31,9
R Centro	45,6	40,7	50,2	47,6	46,0	49,1	47,4	41,5	53,0	40,0	38,6	41,2
R Lisboa e VT	42,9	38,8	46,6	41,8	37,8	45,5	43,7	40,3	46,8	31,9	29,6	33,9
R Alentejo	71,0	66,6	75,2	68,1	54,5	81,1	75,9	70,2	81,4	69,8	61,8	77,6
R Algarve	44,0	42,0	46,1	42,1	38,8	45,4	43,0	42,1	43,9	25,8	25,3	26,2
Continente	42,3	37,4	46,9	41,3	37,1	45,3	42,7	38,1	47,0	34,0	31,5	36,4
Portugal	43,6	38,4	48,5	42,7	38,0	47,2	43,3	38,4	48,0	35,3	32,2	38,1

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2003-2006.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PELA IDADE, POR DIABETES MELLITUS, POR REGIÕES DE SAÚDE, 2003-2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Regiões	2003			2004			2005			2006		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
RAM	56,5	63,5	50,6	62,8	59,4	64,1	51,5	61,5	43,9	48,9	56,6	44,7
RAA	63,8	61,3	65,5	57,4	61,6	54,1	46,7	37,9	53,0	50,0	44,0	53,6
R Norte	26,8	26,4	26,9	24,1	24,4	23,7	24,6	25,1	24,0	20,6	22,6	19,0
R Centro	25,9	27,6	24,3	26,6	30,9	23,0	25,6	27,0	24,3	19,8	22,9	17,4
R Lisboa e VT	27,9	30,4	26,0	26,9	29,2	25,1	27,3	30,5	24,9	19,5	22,1	17,4
R Alentejo	33,7	36,6	31,2	30,3	28,2	31,9	33,1	37,2	29,4	31,4	32,8	29,9
R Algarve	24,7	27,5	22,1	23,8	25,1	22,6	24,4	28,6	20,1	14,2	16,2	12,4
Continente	27,3	28,7	26,0	26,1	28,0	24,5	26,4	28,4	24,6	20,5	22,9	18,5
Portugal	28,5	30,0	27,2	27,3	29,1	25,8	27,2	29,1	25,5	21,5	23,8	19,6

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2003-2006.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICA EM OFTALMOLOGIA (LEITURA DE RETINOGRAFIA E LASER), RAM, 2009

Unidade: N.º

Serviço	Tipo de Exame	Total
Oftalmologia	Laser (Argon)	1.155
	Laser (Yag)	82
	Leitura Retinografia	4.769
	Retinografia	1.405

Fonte: SESARAM, E.P.E., MCDT, 2009.

CONSULTAS DE OBSTETRÍCIA - DIABETES GESTACIONAL, EM MEIO HOSPITALAR, RAM, 2004-2010

Ano	N.º de consultas
2004	688
2005	766
2006	390
2007	548
2008	433
2009	551
2010	393

Fonte: SESARAM, E.P.E., Estatísticas de Produção, 2004-2010.

CONSULTAS CIRURGICAS - PÉ DIABÉTICO, RAM, 2010

Unidade: N.º

Consultas	H	M	HM
Cirurgia	529	353	882

Fonte: SESARAM, E.P.E., Movimento Assistencial da Consulta Externa, 2010.

CONSULTA DE ENFERMAGEM POR PREVALÊNCIA DO PÉ DIABÉTICO NOS CSP, RAM, 2009-2010

Unidade: N.º

Região	2009		2010	
	Prevalência	Incidência	Prevalência	Incidência
Calheta	37	5	73	16
Câmara de Lobos	23	3	51	15
Funchal	134	32	185	37
Machico	32	6	19	8
Ponta de Sol	17	3	24	6
Porto Moniz	0	0	0	0
Porto Santo	3	0	24	4
Riberira Brava	11	3	14	5
Santa Cruz	110	34	133	34
Santana	29	6	46	3
São Vicente	5	0	0	0
Total	401	92	569	128

Fonte: SESARAM, E.P.E., Estatísticas de Produção em CSP, 2009-2010.

Cárie Dentária

PROPORÇÃO DE CRIANÇAS LIVRES DE CÁRIE DENTÁRIA AOS 3 ANOS POR CONCELHO SEGUNDO AS FASES DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA REGIONAL DE SAÚDE ORAL, RAM, 1996-2009

Concelho	Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4		Fase 5	
	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%
Ponta de Sol	1996/1997	45,0	1999/2000	54,0	2002/2003	69,0	2005/2006	63,0	2008/2009	86,0
Ribeira Brava		39,0		59,0		76,0		72,0		74,0
Porto Moniz		46,0		71,0		82,0		50,0		70,0
Calheta	1998/1999	46,0	2004/2005	67,0	2007/2008	69,0	2009/2010	83,0	77,0	73,0
São Vicente		60,0		81,0		80,0				
Santana		53,0		70,0		47,0				
Machico	1999/2000	61,0	2005/2006	83,0	2008/2009	84,0	2009/2010	83,0	77,0	73,0
Santa Cruz	2000/2001	71,0	2003/2004	69,0	2006/2007	86,0				
Porto Santo		82,0		90,0		89,0				
Câmara de Lobos	2004/2005	66,0	2007/2008	63,0	2008/2009	81,0	2009/2010	83,0	77,0	73,0
Funchal	2006/2007	81,0		85,0	2009/2010	92,0				

Fonte: IASAUDE, IP-RAM, Avaliação do Programa Regional de Promoção da Saúde Oral, 1996-2009.

PROPORÇÃO DE CRIANÇAS LIVRES DE CÁRIE DENTÁRIA AOS 6 ANOS POR
CONCELHO, RAM, 1996-2010

Concelho	Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4		Fase 5	
	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%
Ponta de Sol	1996/1997	10,0	1999/2000	23,0	2002/2003	32,0	2005/2006	38,0	2008/2009	44,0
Ribeira Brava		18,0		29,0		26,0		35,0		42,0
Porto Moniz		21,0		28,0		37,0		71,0		28,0
Calheta	1998/1999	31,0	2004/2005	42,0	2007/2008	56,0				
São Vicente		18,0		33,0		20,0				
Santana		24,0		34,0		32,0				
Machico	1999/2000	23,0	2005/2006	46,0	2008/2009	49,0				
Santa Cruz	2000/2001	27,0	2003/2004	38,0	2006/2007	52,0	2009/2010	55,0		
Porto Santo		70,0		45,0		59,0		48,0		
Câmara de Lobos										
Funchal										

Fonte: IASAÚDE, IP-RAM, Avaliação do Programa Regional de Promoção da Saúde Oral, 1996-2010.

PROPORÇÃO DE CRIANÇAS LIVRES DE CÁRIE DENTÁRIA AOS 9 ANOS POR
CONCELHO, RAM, 1998-2010

Concelho	Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4		Fase 5	
	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%	Ano lectivo	%
Ponta de Sol			1999/2000	16,0	2002/2003	24,0	2005/2006	37,0	2008/2009	45,0
Ribeira Brava				19,0		30,0		21,0		40,0
Porto Moniz				21,0		29,0		68,0		72,0
Calheta	1998/1999	5,0	2004/2005	48,0	2007/2008	53,0				
São Vicente		5,0		23,0		40,0				
Santana		22,0		24,0		50,0				
Machico	1999/2000	24,0	2005/2006	45,0	2008/2009	57,0				
Santa Cruz	2000/2001	16,0	2003/2004	35,0	2006/2007	51,0	2009/2010	54,0		
Porto Santo		46,0		56,0		44,0		54,0		
Câmara de Lobos										
Funchal										

Fonte: IASAÚDE, IP-RAM, Avaliação do Programa Regional de Promoção da Saúde Oral, 1998-2010.

MONITORIZAÇÃO DO PROGRAMA REGIONAL DE SAÚDE ORAL, RAM, 2004-2011

Ano Lectivo	Nº de Escolas	Nº de Turmas	Nº de Crianças em Escola	Nº de Sessões	Nº de Consultas MD e HO	Nº de crianças observadas em consulta	Nº de profissionais envolvidos da saúde e da educação
2004/2005	124	678	12.718	16	MD - 1.666 HO - 3.098 a)	x	x
2005/2006	117	618	11.666	16	x	x	x
2006/2007	114	623	12.116	17	Por semana: MD - 304 HO - 120	x	x
2007/2008	175	820	16.303	15	MD - 3.535 HO - 2.469	x	x
2008/2009	181	879	17.331	14	MD - 9.874 HO - 5.077	965 b)	x
2009/2010	182	929	19.006	17	MD - 10.632 HO - 6.959	1.469	x
2010/2011	184	879	18.997	6	MD - 12.739 HO - 7.453 d)	505 c)	Educação - 1.062

Fonte: Programa Regional de Promoção da Saúde Oral.

Legenda:

x - Dados não disponíveis

a) Consta apenas valores relativos ao Centro de Saúde do Bom Jesus (este valor foi calculado com base no valor anual e efectuada a respectiva média)

b) Consta apenas valores desde Janeiro a Agosto de 2009, relativos ao Centro de Saúde do Bom Jesus

c) Consta apenas valores desde Setembro a Dezembro de 2010, relativos ao Centro de Saúde do Bom Jesus

d) Consta apenas valores desde Setembro de 2010 a Junho de 2011

MD - Medicina Dentária

HO - Higiene Oral

Sida

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO VIH POR GÉNERO, RAM, 2000-2010

Sexo	Unidade: N.º											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Masculino	138	164	183	204	221	243	266	274	301	355	374	
Feminino	42	56	63	71	75	83	89	95	101	113	121	
Desconhecido	3	3	1	1	1	1	1	1	-	-	-	
Total	183	223	247	276	297	327	356	370	402	468	495	

Fonte: Comissão Regional de Luta contra a Sida, 2000-2002;
Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, 2003-2007;
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2008-2010.

Nota:

Infecção VIH inclui os casos de PA, CRS e Sida

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO VIH POR GRUPO ETÁRIO, RAM, 2000-2010

Unidade: N.º

Grupo etário	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
< 19 anos	7	7	11	11	13	14	14	16	18	23	24
20-39 anos	141	173	176	196	209	231	248	261	283	319	333
≥ 40 anos	30	38	60	69	70	76	85	87	96	121	133
Desconhecida	5	5	-	-	5	6	5	6	5	5	5
Total	183	223	247	276	297	327	352	370	402	468	495

Fonte: Comissão Regional de Luta contra a Sida, 2000-2002;
Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, 2003-2007;
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2008-2010.

Nota:
Infecção VIH inclui os casos de PA, CRS e Sida

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS HIV POR CATEGORIA DE TRANSMISSÃO, RAM, 2000-2010

Unidade: N.º

Categoria de Transmissão	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sexual	155	190	212	232	251	280	302	318	345	396	418
Toxicodependência	21	26	29	35	36	37	40	42	45	58	63
Mãe-filho	-	-	2	2	3	3	3	3	5	5	5
Desconhecido	7	7	4	5	5	5	5	5	5	7	7
Sexual/Toxicodependência	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1
Transfusionados	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	183	223	247	276	297	327	352	370	402	468	495

Fonte: Comissão Regional de Luta contra a Sida, 2000-2002;
Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, 2003-2007;
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2008-2010.

Nota:
Infecção VIH inclui os casos de PA, CRS e Sida

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SIDA/INFECÇÃO VIH E RESPECTIVOS ÓBITOS, RAM, 2000-2010

Unidade: N.º

Anos	Sida		Sintomáticos Não-Sida		Portadores Assintomáticos		Total Geral	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2000 - 2004	109	50	67	5	121	7	297	62
2005	121	56	75	5	135	7	331	68
2006	126	56	82	5	149	7	357	68
2007	133	56	85	5	160	7	378	68
2008	143	59	86	8	173	9	402	76
2009	156	60	106	8	206	10	468	78
2010	161	63	113	8	221	10	495	81

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 2000-2010.

Nota:
Os valores apresentados referem-se ao acumulado desde 01/01/1983 até 31/12 de cada ano

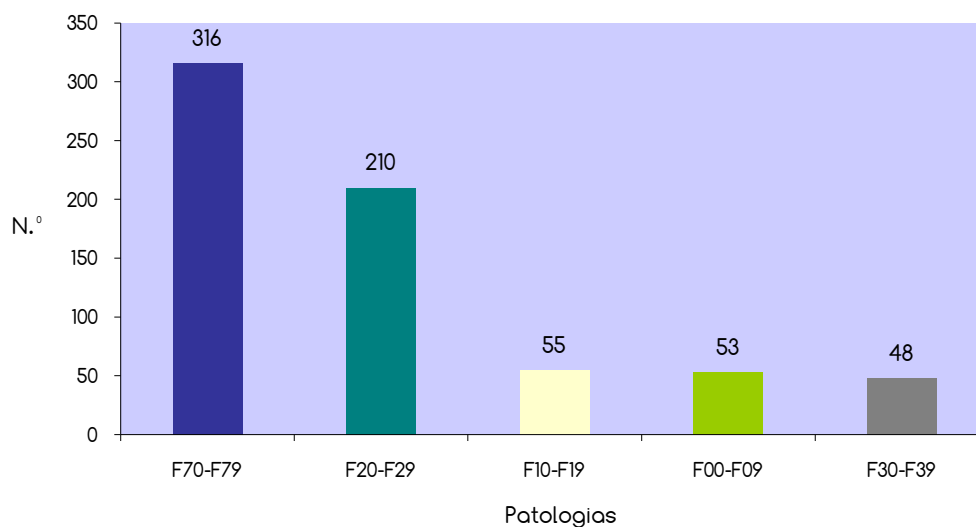
TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (LISTA DE CATEGORIAS DE TRÊS
CARACTERES - CID-10) EM INTERNAMENTO, RAM, 2009

Unidade: N.º

Código CID-10	Patologias	Casa de Saúde Câmara Pestana	Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família	Casa de São João de Deus	Total
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	37	3	13	53
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoactiva	15	0	40	55
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	92	5	113	210
F30-F39	Transtornos do humor (afectivos)	37	1	10	48
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	7	0	0	7
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a factores físicos	0	0	0	0
F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	4	0	3	7
F70-F79	Retardo Mental	124	126	66	316
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	0	24	0	24
F90-F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	1	26	0	27
F99	Transtorno mental não especificado	0	0	6	6
G20-G26	Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos	0	1	0	1
G40-G47	Transtornos episódios e paroxísticos	1	9	0	10
G60-G64	Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico	0	1	0	1
G80-G83	Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	0	17	0	17
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	0	4	0	4
Em Observação		11	0	0	11
Total		329	217	251	797

Fonte: IASAÚDE, IP-RAM, Movimento assistencial de: Casa de Saúde Câmara Pestana; Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família; Casa de São João de Deus, 2009.

5 PRINCIPAIS PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS EM REGIME DE INTERNAMENTO, RAM, 2009



Fonte: IASAÚDE, IP-RAM, Movimento Assistencial de: Casa de Saúde Câmara Pestana; Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família; Casa de São João de Deus, 2009.

Legenda:

F70-F79: Retardo Mental

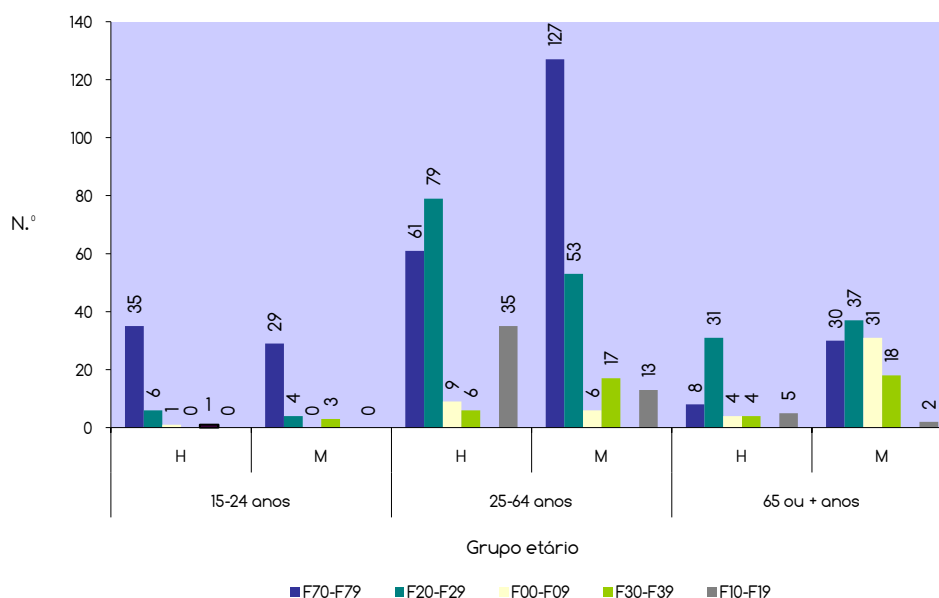
F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F00-F09: Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F30-F39: Transtornos do humor (afectivos)

F10-F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoactiva

DOENÇA MENTAL MAIS FREQUENTE POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, EM REGIME DE INTERNAMENTO, RAM, 2009



Fonte: IASAÚDE, IP-RAM, Movimento Assistencial de: Casa de Saúde Câmara Pestana; Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família; Casa de São João de Deus, 2009

Legenda:

F70-F79: Retardo Mental

F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F00-F09: Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F30-F39: Transtornos do humor (afectivos)

F10-F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoactiva

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE COM 15 E + ANOS, POR EXISTÊNCIA PROVÁVEL DE SOFRIMENTO PSICOLÓGICO, RAM, 2005-2006

Género	Região / Classificação					
	Continente		R. A. Açores		R. A. Madeira	
	c/ existência provável sofrimento psicológico	s/ existência provável sofrimento psicológico	c/ existência provável sofrimento psicológico	s/ existência provável sofrimento psicológico	c/ existência provável sofrimento psicológico	s/ existência provável sofrimento psicológico
	MHI-5 ≤ 52	MHI-5 > 52	MHI-5 ≤ 52	MHI-5 > 52	MHI-5 ≤ 52	MHI-5 > 52
HM	27,6%	72,4%	21,6%	78,4%	17,3%	82,7%
H	17,6%	82,4%	13,5%	86,5%	11,7%	88,3%
M	36,8%	63,2%	29,5%	70,6%	22,2%	77,8%

Fonte: INS, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

Legenda:

MHI-5 - Mental Health Inventory - Classificação de existência provável de sofrimento psicológico

TAXA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE, RAM, 2004-2006

Unidade: ⁰⁰/1000

Ano	Género	Óbitos RAM	Taxa RAM	Óbitos Continente	Taxa Continente
2004	HM	47	19,3	1120	11,2
	H	39	34,0	840	17,3
	M	8	6,2	280	5,4
2005	HM	38	15,5	858	8,5
	H	33	28,6	646	13,3
	M	5	3,9	212	4,1
2006	HM	29	11,8	816	8,1
	H	...	...	629	12,9
	M	...	...	187	3,6

Fonte: DGS, Risco de morrer em Portugal, 2004-2006

Legenda:

... - Valor confidencial

EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PELA IDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE, RAM, 2004-2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Ano	Género	Taxa	Taxa
		RAM	Continente
2004	HM	19,2	9,3
	H	36,3	15,1
	M	6,1	4,3
2005	HM	15,3	7,0
	H	29,3	11,5
	M	3,4	3,2
2006	HM	11,5	6,6
	H	21,4	11,0
	M	3,6	2,8

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2004-2006.

TAXA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, CONTINENTE, RAA E RAM, 2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Grupo etário	Região		
	RAM	RAA	Continente
< 1 anos	0,0	0,0	0,0
1 - 4 anos	0,0	0,0	0,0
5 - 14 anos	0,0	0,0	...
15 - 24 anos	...	...	...
25 - 34 anos	9,5	10,0	3,8
35 - 44 anos	20,6	17,0	7,1
45 - 54 anos	16,5	19,9	8,7
55 - 64 anos	...	...	10,7
65 - 74 anos	...	...	16,8
75 e + anos	...	...	26,7
Total	11,8	9,1	8,1

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006.

Legenda:
... - Valor confidencial

INICIATIVAS DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM SAÚDE MENTAL, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

Designação	Ano		
	2004 / 2005	2006 / 2008	2009 / 2010
Protocolos de intervenção na comunidade	11	20	49
Formações na área da saúde mental	20	151	304
Manual de boas práticas de saúde mental		1	

Fonte: SESARAM, E.P.E., CSP, 2004-2010.

Legenda:
- Sem movimento

CONSULTAS HOSPITALARES EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA, RAM, 2010

Unidade: N.º

Especialidade		Designação	
Pedopsiquiatria	Pedopsiquiatria	Geral	2.892
		Ligação	0
		Perícias	16
		Perturbação do sono 1º infância	52
		Centro Desenvolvimento da Criança	130
	Psicologia	Psic. Ped. Grupos	0
		Psic. Terapia Familiar	49
		Psic. Neuropediatria	333
		Psic. Infantil	166
		Psic. Pediatria	834
		Desenvolv. Inter-Precoce Psicologia	1.650
		Reab. Psicol. Infantil	439
	Total Pedopsiquiatria		6.561
	Psiquiatria	Psiquiatria	Geral	4.557
Alcoologia			115
Pós Stress Traumático			12
Perícias			63
Total Psiquiatria		4.747	
Psicologia		Adultos	940
		Adultos - H. Marmeleiros	161
		Ginecológica	128
		Doenças Infecciosas	151
		Cessaçao Tabágica	157
		Endocrinologia	204
		Perícias	5
		Nefrologia	78
Reab. Psicol. Adulto		220	
Total Psicologia		2.044	

Fonte: SESARAM, E.P.E., Consulta Externa, 2010.

Problemas do Aparelho Respiratório

TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO, RAM, 2000-2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Ano	RAM		
	HM	H	M
2000	151,7	150,0	153,2
2001	181,3	195,8	168,3
2002	136,4	152,4	122,3
2003	165,6	157,8	172,6
2004	153,5	149,8	156,8
2005	179,0	179,3	178,6
2006	180,9	190,8	172,0

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2000-2006.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PELA IDADE POR DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO, POR REGIÕES DE SAÚDE, 2004-2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Região	2004			2005			2006		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	51,0	71,2	36,5	64,3	88,2	47,3	63,9	89,6	45,7
Continente	49,0	68,4	35,1	62,2	85,6	45,7	62,0	86,7	44,3
RAA	79,1	138,9	37,7	91,1	130,8	63,8	85,2	136,5	52,4
RAM	124,6	163,3	101,7	145,2	196,3	115,2	144,0	208,2	106,4
R. Norte	56,9	80,7	40,4	68,0	95,5	48,7	64,7	90,3	46,7
R. Centro	48,3	66,6	35,0	63,2	85,1	47,6	60,9	84,8	43,5
R. Lisboa e Vale do Tejo	44,3	61,0	32,5	57,0	78,0	42,8	60,2	85,2	42,9
R. Alentejo	42,3	62,0	27,1	59,9	82,3	42,7	55,9	79,2	37,9
R. Algarve	49,6	68,8	34,2	63,0	88,4	42,5	71,0	95,1	50,9

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2004-2006.

Pneumonia

TAXA DE MORTALIDADE POR PNEUMONIA, RAM, 2000-2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Anos	RAM		
	HM	H	M
2000	95,2	89,3	100,4
2001	108,8	112,3	105,8
2002	76,2	79,7	73,2
2003	103,2	92,1	113,2
2004	90,3	81,0	98,6
2005	108,7	96,2	119,9
2006	106,3	110,5	102,6

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2000-2006.

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PELA IDADE POR
PNEUMONIA, POR REGIÕES DE SAÚDE, 2004-2006

Unidade: ⁰⁰/₀₀₀

Região	2004			2005			2006		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	19,8	25,6	15,7	26,2	34,0	20,6	27,8	38,6	20,1
Continente	18,8	24,3	14,8	25,0	32,7	19,5	26,6	36,9	19,2
RAA	21,1	37,5	9,8	27,8	39,0	19,9	36,8	60,4	22,9
RAM	72,7	88,3	63,0	87,0	105,1	75,9	83,0	119,3	62,4
R. Norte	21,3	27,8	16,9	26,2	35,0	20,1	26,3	36,2	19,3
R. Centro	20,6	27,3	15,7	28,4	37,3	22,1	28,5	38,5	21,2
R. Lisboa e Vale do Tejo	15,8	19,5	12,9	21,5	27,6	17,2	26,2	37,4	18,3
R. Alentejo	15,3	20,8	11,0	20,9	26,8	16,2	20,1	28,1	13,7
R. Algarve	19,6	24,3	15,7	29,9	36,3	24,6	33,5	45,0	23,7

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2004-2006.

Asma Brônquica

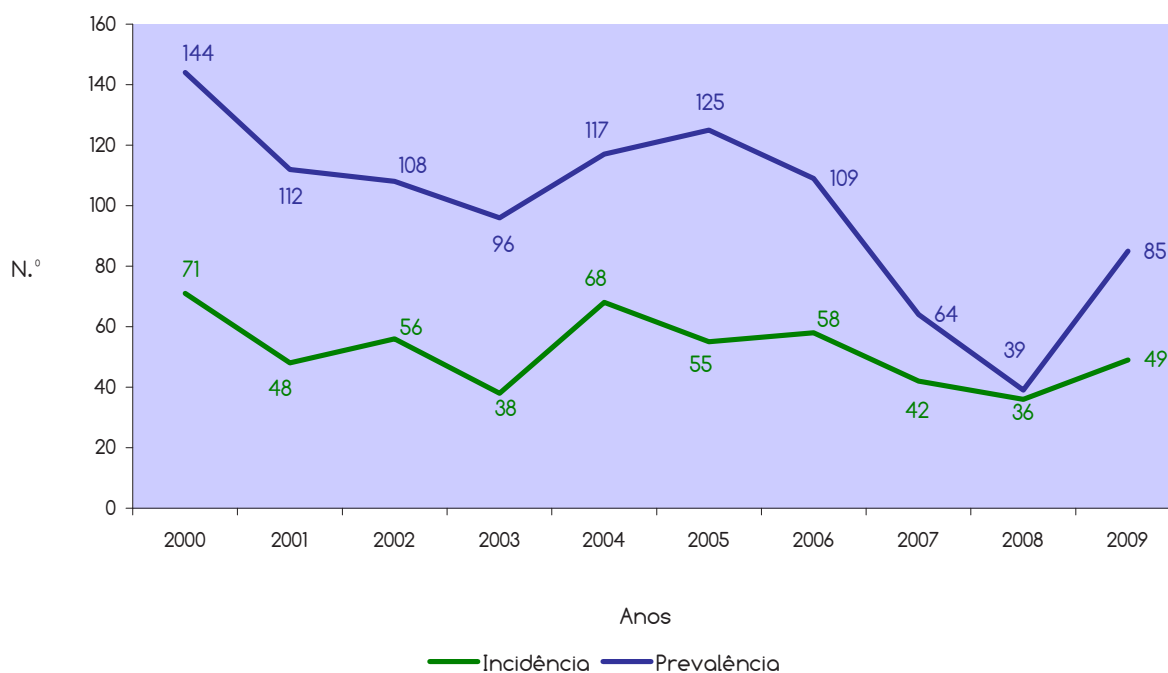
CONSULTA EM MEIO HOSPITALAR
POR ALERGOLOGIA
RESPIRATÓRIA, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

Ano	HM	H	M
2004	543	198	345
2005	580	208	372
2006	632	200	432
2007	568	194	374
2008	577	195	382
2009	570	190	380
2010	561	179	382

Fonte: SESARAM, E.P.E., Estatísticas de Produção, 2004-2010.

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE, RAM, 2000-2009



Fonte: SESARAM, E.P.E., Centro Dr. Agostinho Cardoso, 2000-2009.

Nota:
Inclui as recidivas

TUBERCULOSE, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO E GÊNERO, RAM, 2003 - 2009

Unidade: N.º

Anos	< 15 anos			≥ 15 anos		
	HM	H	M	HM	H	M
2003	-	-	-	38	23	15
2004	1	1	-	67	51	16
2005	2	-	2	53	40	13
2006	1	-	1	57	36	21
2007	0	-	-	42	24	18
2008	0	-	-	36	20	16
2009	2	1	1	47	31	16

Fonte: SESARAM, E.P.E., Centro Dr. Agostinho Cardoso, 2003-2009.

Legenda:
- Sem movimento

Nota:
Inclui as recidivas

Doenças Preveníveis pela Vacinação

Aspectos Principais

A redução da incidência das doenças preveníveis por vacinação é, regra geral, um dos objectivos de qualquer plano de saúde, designadamente quando estão implementados programas universais de vacinação como é o caso do Programa Regional de Vacinação. Entre 2004 e 2010 o PRV incluiu as seguintes vacinas:

BCG • VHB • DTP • VAP • Hib • VASPR • Td • DTPWHib • DT • DTPW • VIP • DTPaHib • DTPaVIP • DTPaHibVIP • DTPa • MenC • HPV

Os resultados de um programa de vacinação não se avaliam apenas pela vigilância da incidência das doenças alvo, mas também pelas taxas de cobertura vacinal na população.

Na RAM as taxas de cobertura vacinal da população abrangida pelo PRV são elevadas, muito próximas de 100%.

A incidência de casos de doenças de notificação obrigatória preveníveis por vacinação, tem vindo a decrescer, sendo que em 2009 apenas foram notificados casos de tuberculose respiratória.

Relativamente à Hepatite B, tem-se que a taxa de cobertura da vacina contra esta doença é de 99,6% em 2009, na RAM. Por outro lado, desde 2007 que não são notificados casos de Hepatite B. Tendo por referência o ano de 2001 no qual se notificaram 12 casos de Hepatite B, os ganhos em saúde relativamente a esta doença podem ser considerados significativos.

Em comparação com outras regiões do continente, a RAM é a que apresenta menos casos notificados de Hepatite B.

Programa Regional de Vacinação

AValiação DO PNV, POR REGIÕES DE SAÚDE, 31-12-2008

Região Distrito	Coorte 2001							Coorte 1995		
	N.º total fichas vacinação	DTPa 5		VIP 4		VASPR 2		N.º total fichas vacinação	HPV 1	
		N.º total crianças vacinadas	%	N.º total crianças vacinadas	%	Total crianças vacinadas	%		N.º total crianças vacinadas	%
Norte										
Braga	10.258	10.050	98,0	10.042	97,9	10.055	98,0	5.029	3.435	68,3
Bragança	1.080	1.073	99,4	1.073	99,4	1.074	99,4	658	528	80,2
Porto	18.373	17.920	97,5	17.862	97,2	17.905	97,5	9.771	7.043	72,1
ULS Mat.	1.862	1.842	98,9	1.839	98,8	1.843	99,0	798	721	90,4
V. Castelo	2.318	2.291	98,8	2.292	98,9	2.290	98,8	1.199	1.103	92,0
V. Real	1.965	1.957	99,6	1.957	99,6	1.957	99,6	1.012	971	95,9
Total	35.856	35.133	98,0	35.065	97,8	35.124	98,0	18.467	13.801	74,7
Centro										
Aveiro	7.797	7.592	97,4	7.591	97,4	7.589	97,3	4.706	4.250	90,3
C. Branco	1.638	1.586	96,8	1.588	96,9	1.592	97,2	848	731	86,2
Coimbra	4.060	3.841	94,6	3.841	94,6	3.852	94,9	2.462	1.673	68,0
Guarda	1.374	1.346	98,0	1.346	98,0	1.348	98,1	712	621	87,2
Leiria	4.980	4.834	97,1	4.848	97,3	4.851	97,4	2.475	2.087	84,3
Viseu	3.958	3.885	98,2	3.886	98,2	3.889	98,3	1.901	1.687	88,7
Total	23.807	23.084	97,0	23.100	97,0	23.121	97,1	13.104	11.049	84,3
Lisboa										
Lisboa	25.783	24.893	96,5	22.905	88,8	23.009	89,2	11.535	6.967	60,4
Santarém	5.065	5.018	99,1	4.919	97,1	4.925	97,2	2.246	1.855	82,6
Setúbal	9.426	9.275	98,4	9.025	95,7	9.057	96,1	4.210	3.153	74,9
Total	40.274	39.186	97,3	36.849	91,5	36.991	91,8	17.991	11.975	66,6
Alentejo										
Beja	1.442	1.370	95,0	1.353	93,8	1.361	94,4	716	570	79,6
Évora	1.577	1.513	95,9	1.513	95,9	1.515	96,1	756	527	69,7
Portalegre	1.063	1.047	98,5	1.047	98,5	1.052	99,0	547	532	97,3
Total	4.082	3.930	96,3	3.913	95,9	3.928	96,2	2.019	1.629	80,7
Algarve										
Faro	4.561	4.316	94,6	4.333	95,0	4.317	94,7	2.265	1.446	63,8
Total	4.561	4.316	94,6	4.333	95,0	4.317	94,7	2.265	1.446	63,8
Açores										
Açores	2.580	2.480	96,1	2.466	95,6	2.483	96,2	1.383	1.205	87,1
Total	2.580	2.480	96,1	2.466	95,6	2.483	96,2	1.383	1.205	87,1
Madeira										
Madeira	3.264	3.187	97,6	3.186	97,6	3.185	97,6	1.578	1.330	84,3
Total	3.264	3.187	97,6	3.186	97,6	3.185	97,6	1.578	1.330	84,3
TOTAL NACIONAL	114.424	111.316	97,3	108.912	95,2	109.149	95,4	56.807	42.435	74,7

Fonte: DGS, Avaliação do PNV, 2008.

TAXA DE COBERTURA DA VACINA CONTRA A HEPATITE B, RAM, 2000-2009

Anos	N.º de nados vivos	N.º total das 3 inoculações < 1 ano	Taxa de Cobertura (%)
2000	3.217	3.225	100,2
2001	3.160	3.166	100,2
2002	3.117	2.935	94,2
2003	3.181	2.913	92,3
2004	2.978	2.969	99,7
2005	2.957	2.857	96,6

A partir de 2006 a metodologia de avaliação foi alterada em conformidade com a metodologia do PRV por coortes

Anos	N.º de crianças vacinadas	N.º total de fichas vacinadas	Taxa de Cobertura (%)
2006 a)	2.939	2.845	96,8
2007 b)	2.720	2.700	99,3
2008 c)	2.674	2.658	99,4
2009 d)	2.327	2.317	99,6

Fonte: IASAUDE, IP-RAM, Compilação de Dados Estatísticos, 2000-2009.

Legenda:

- a) Dados retirados da avaliação do PNV a 31/12/2007
- b) Dados retirados da avaliação do PNV a 31/12/2008
- c) Dados retirados da avaliação do PNV a 31/12/2009
- d) Dados retirados da avaliação do PNV a 31/12/2010

Nota:

Relativamente aos nados vivos, foram considerados os dados do INE à excepção do ano 2003, em que os dados são do IASAUDE, IP-RAM

Em 2006 e 2008 em vez dos nados vivos utilizou-se o n.º total de crianças vacinadas e em vez do total de inoculações utilizou-se o n.º total de fichas de crianças vacinadas (< 1 ano)

CASOS NOTIFICADOS DE DOENÇAS PREVENÍVEIS POR VACINAÇÃO, RAM, 2001-2010

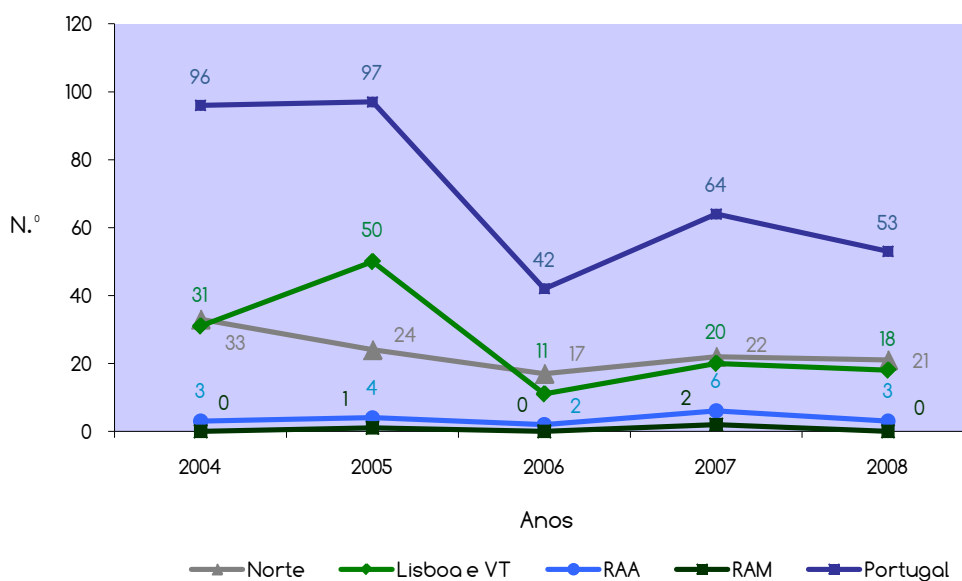
Unidade: N.º

Anos	Hepatite B	Tuberculose Respiratória	Tétano	Sarampo	Rubéola	Parotidite
2001	12	37	1	-	1	5
2002	2	44	-	-	-	-
2003	4	27	-	-	-	1
2004	-	51	-	-	-	3
2005	1	51	-	-	-	-
2006	-	55	-	-	-	-
2007	2	30	-	-	-	1
2008	-	25	1	-	-	-
2009	-	29	-	-	-	-
2010	-	22	-	-	-	-

Fonte: IASAUDE, IP-RAM, Relatório Anual das DDO's, 2001-2010.

Legenda:
- Sem movimento

CASOS DE HEPATITE B NOTIFICADOS, POR REGIÃO DE SAÚDE, 2004-2008



Fonte: DGS, Doenças de Declaração Obrigatória, 2004-2008.

Os 3 quadros abaixo representados expõem os dados referentes a:

VACINAS DO PNV - CUMPRIDO, RAM, 31-12-2010

Coorte	Vacina / Dose *	N.º total de fichas de vacinação	N.º total de pessoas vacinadas	%
2009		2327		
	VHB		2317	99,6
	DTPa		2321	99,7
	Hib		2314	99,4
	VIP		2321	99,7
	MenC		2315	99,5
2008		2646		
	BCG		2646	100,0
	VHB		2640	99,8
	DTPa		2600	98,3
	Hib		2615	98,8
	MenC		2626	99,2
2003		3197		
	BCG		3182	99,5
	VHB		3179	99,4
	DTPa		3124	97,7
	VIP		3120	97,6
	VASPR		3128	97,8
	MenC		3151	98,6
1996		3148		
	BCG		3124	99,2
	VHB		3118	99,0
	VASPR		3115	99,0
	VIP		3110	98,8
	MenC		3056	97,1
	Td		3074	97,6
1945		2449		
	Td		1523	62,2

Fonte: IASAUDE, IP-RAM, PNV Cumprido RAM, 2010.

Nota:

* Considerar o "esquema recomendado e os de recurso", segundo o "PNV CUMPRIDO SOBRE VACINAS À ESCOLHA" no SINUS

VACINAS DO PNV - PN7 (Prevenar), RAM, 31-12-2009

Coorte	Vacina / Dose *	N.º total de fichas de vacinação	N.º total de pessoas vacinadas	%
2007		2700		
	Pn7 3		1867	69,1
	Pn7 4		1719	63,7
2006		2960		
	Pn7 4		1754	59,3

Fonte: IASAUDE, IP-RAM, Compilação de Dados Estatísticos, 2009.

Utilização de Medicamentos

Aspectos Principais

Nos últimos anos, a facturação das farmácias¹² tem vindo a aumentar constituindo uma parcela considerável dos gastos em saúde na Região. A facturação das farmácias registou entre 2005 e 2009 um aumento de 14,7%.

Analisando alguns dados relativos ao ciclo de venda de alguns medicamentos, referenciados às principais doenças crónicas na Região como a Diabetes Mellitus e as Doenças Cardiovasculares, percebe-se o seguinte: tendo por referência os anos 2008 e 2009, os valores de facturação dos anti-diabéticos orais cresceram junto dos armazenistas enquanto que os das insulinas decresceram. Quando se toma por referência o número de embalagens, verifica-se o seguinte: o número de embalagens anti-diabéticos orais diminui e o número de embalagens de insulina aumentou ligeiramente.

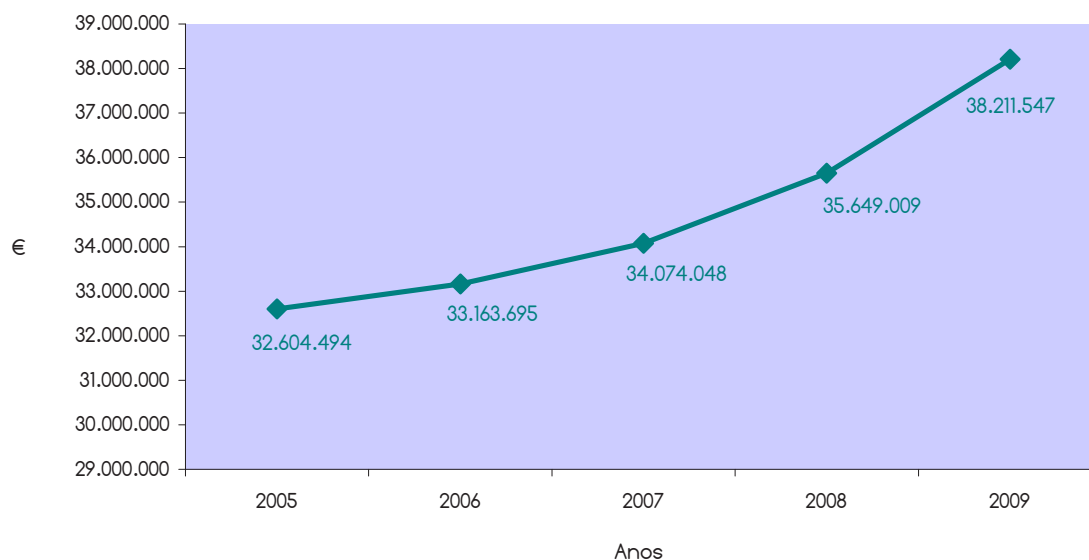
Tomando por referência o período 2005-2010, segundo informação do IMS, Health, verificou-se um crescimento progressivo no número de embalagens de anti-hipertensores vendidos com uma variação de 12,7%.

Nos anti-dislipidémicos, segundo a mesma fonte e em igual período, o comportamento das vendas é quase linear, com uma média anual de vendas de 121.157 embalagens.

No que respeita aos valores monetários da colocação destes medicamentos nas farmácias, quer para os anti-hipertensores quer para os anti-dislipidémicos, registaram-se alterações pouco significativas. Tomando por referência o ano de 2005 e o ano 2010 a variação, em termos de valores em euros, foi de 1,7% para os anti-hipertensores e -1,4% para os anti-dislipidémicos.

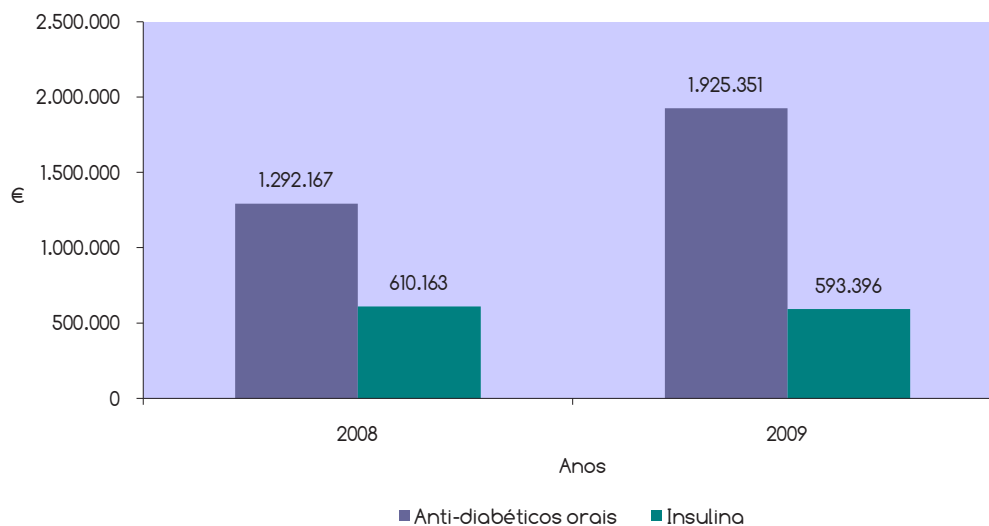
¹² Facturação das farmácias corresponde aos encargos com as comparticipações dos utente do Serviço Regional de Saúde, que corresponde a cerca de 221.000 beneficiários.

FACTURAÇÃO DAS FARMÁCIAS, RAM, 2005-2009



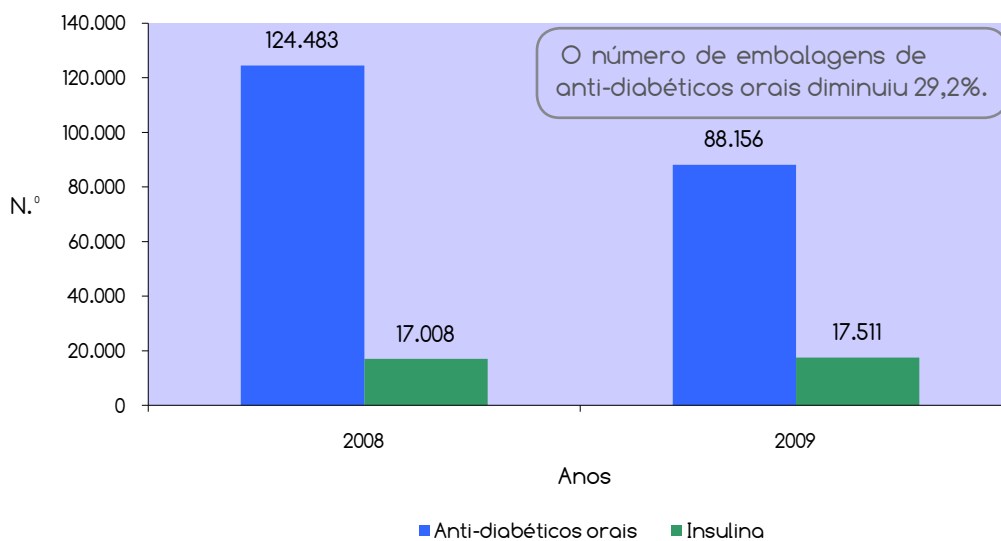
Fonte: IASAÚDE, IP-RAM, 2005-2009.

VALORES EM EUROS DE ANTI-DIABÉTICOS ORAIS E INSULINAS, SEGUNDO OS DISTRIBUIDORES POR GROSSO, RAM, 2008-2009



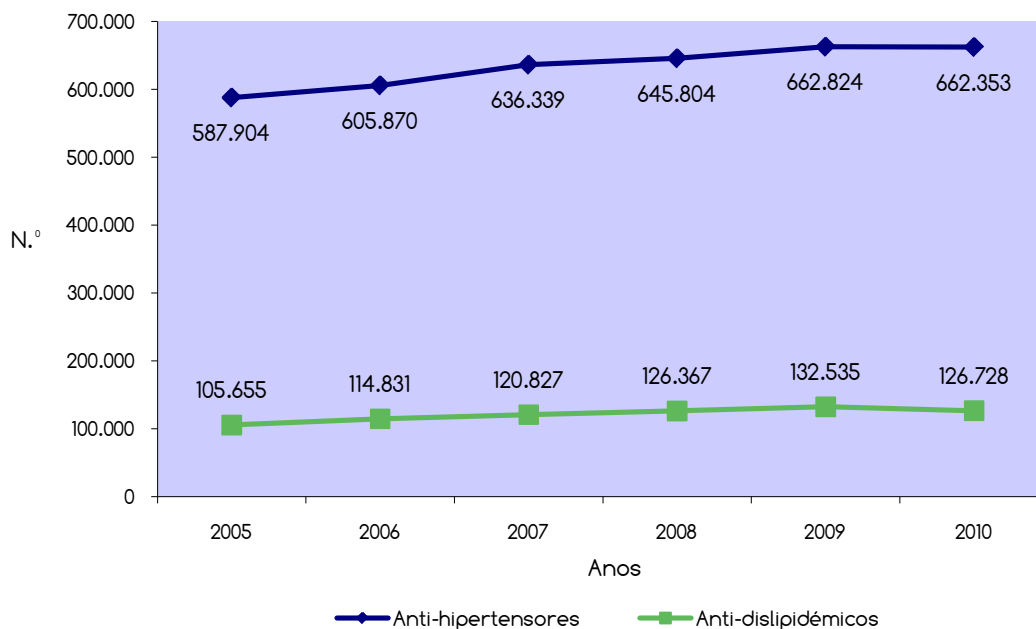
Fonte: Armazenistas, RAM, 2008-2009.

NÚMERO DE EMBALAGENS DE ANTI-DIABÉTICOS ORAIS E INSULINAS, RAM, 2008-2009



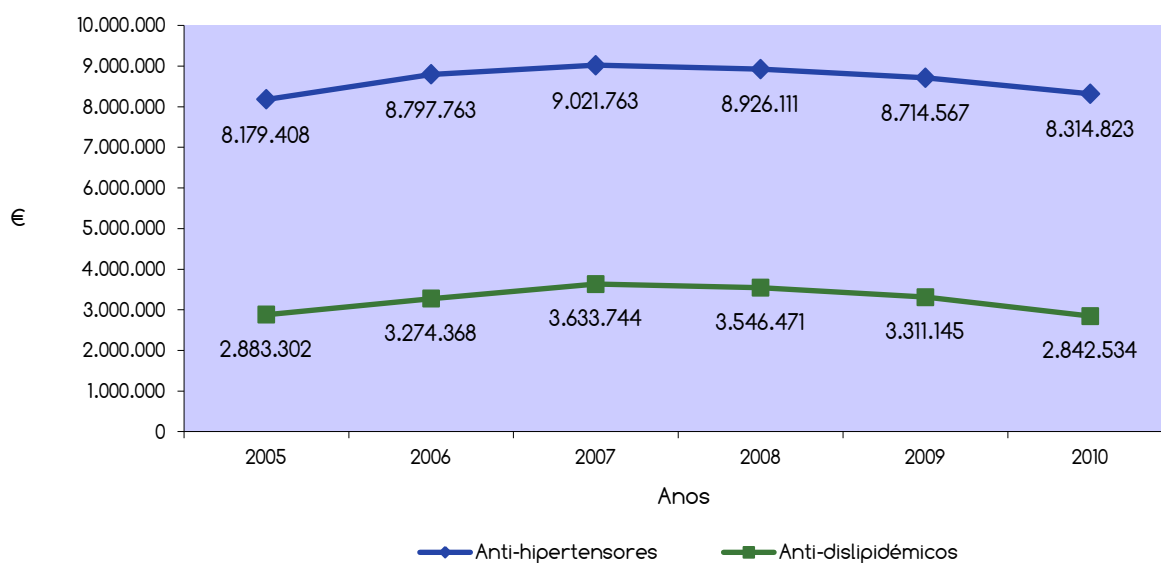
Fonte: Armazenistas, RAM, 2008-2009.

NÚMERO DE EMBALAGENS POR TIPO DE MEDICAMENTOS, ANTI-HIPERTENSORES E ANTI-DISLIPIDÉMICOS, RAM, 2005-2010



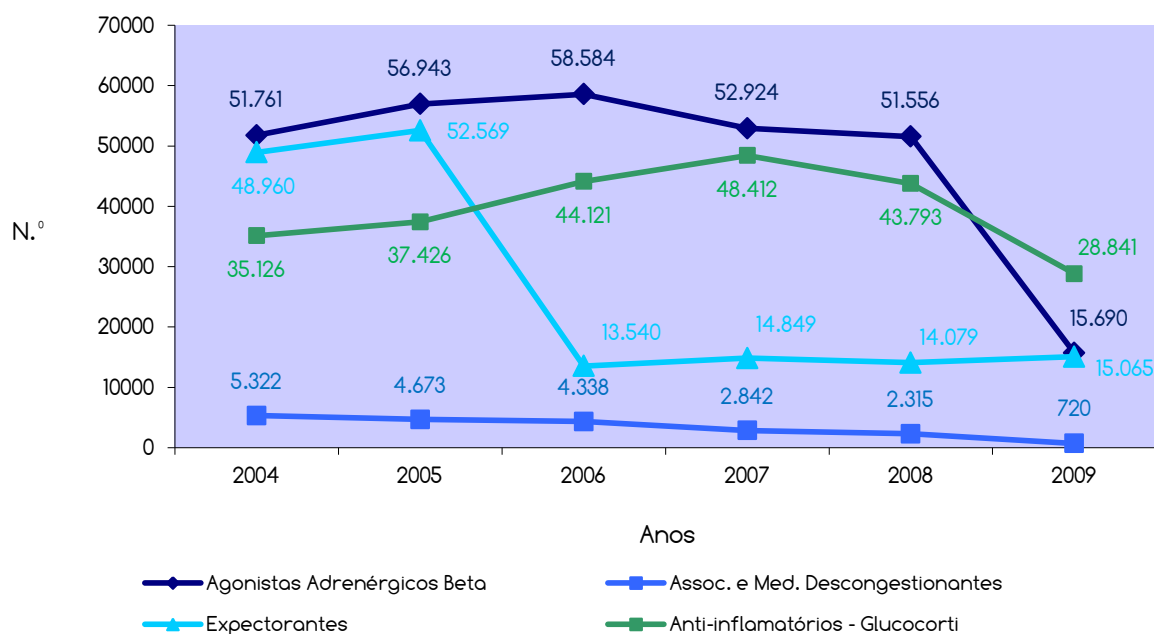
Fonte: IMS, Health, 2005-2010.

VALORES EM EUROS RELATIVOS ÀS COLOCAÇÕES DE ANTI-HIPERTENSORES E ANTI-DISLIPIDÉMICOS DOS ARMAZENISTAS NAS FARMÁCIAS EM P.V.A., RAM, 2005-2010



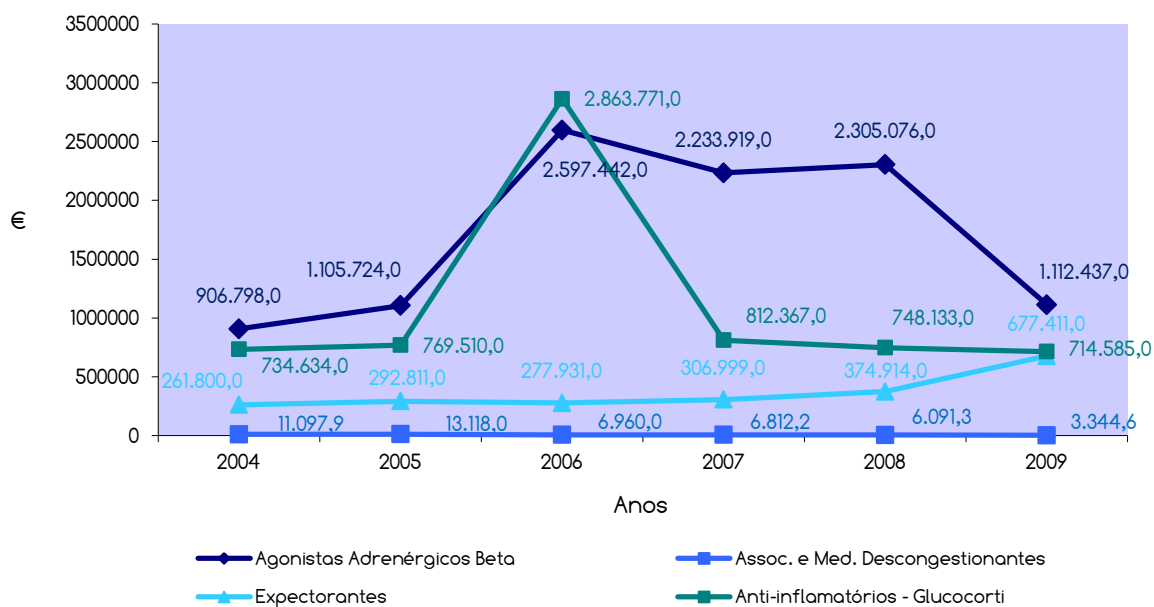
Fonte: Armazenistas, RAM, 2005-2010.

NÚMERO DE EMBALAGENS DE ANTI-ASMÁTICOS E BRONCODILATADORES, SEGUNDO OS DISTRIBUIDORES POR GROSSO, RAM, 2004-2009



Fonte: Armazenistas, RAM, 2004-2009.

CUSTOS RELACIONADOS COM O CONSUMO DE ANTI-ASMÁTICOS E BRONCODILATADORES, RAM, 2004-2009



Fonte: Armazenistas, RAM, 2008-2009.

Capítulo VII

Organização e Estrutura

Aspectos Principais

Recursos Humanos

“... a performance de um sistema de saúde em termos de acesso e qualidade depende crucialmente do tamanho, composição, distribuição e produtividade da sua força do trabalho. Os trabalhadores da saúde são a pedra angular dos sistemas de saúde e muitos países da OCDE estão a rever as suas estratégias na área de recursos humanos em saúde no sentido de assegurar o número suficiente de prestadores com as competências adequadas em “settings” próprios para responder à procura de serviços de saúde de elevada qualidade” (tradução livre)¹³.

Em 31 de Dezembro de 2009, na Região Autónoma da Madeira, estavam inscritos na Ordem 657 médicos, sendo 74,3% especialistas. Note-se que este número de profissionais traduz um aumento de 43,4% face ao ano de 2000. Se considerarmos o número de profissionais afectos ao sector público da saúde, tem-se que 97,3% dos médicos estão no SESARAM, E.P.E.

Considerando as estimativas da população para o ano 2009, o número de médicos era de 2,7 por cada 1.000 habitantes, valor próximo da média da OCDE em 2007, cujo valor é de 3,1 médicos por 1.000 habitantes¹⁴.

O número de enfermeiros inscritos na Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros era de 1.961 enfermeiros em 2009. Face ao ano de 2000, verificou-se um acréscimo de 47,6% no número destes profissionais. Considerando as estimativas populacionais em 31 de Dezembro de 2009 então poder-se-à afirmar que, face ao número total de 1.961 enfermeiros inscritos na ordem dos enfermeiros, estima-se haver 7,9 enfermeiros por cada 1.000 habitantes.

Recursos Físicos

Na RAM, em 2009, existiam 7 hospitais segundo os conceitos estatísticos definidos pelo INE, dos quais 6 são particulares e 1 pertence ao sector público.

Em 2009 o número de Centros de Saúde era de 14 e 39 extensões, conforme os conceitos estatísticos do INE. Ressalva-se que na organização do Serviço Regional de Saúde, as 39 ex-

¹³ Health at a Glance, 2009: OECD Indicators, OECD 2009.

¹⁴ OECD, Health Data 2009, June 2009.

tensões estão designadas por Centros de Saúde, coincidentes com a Divisão Administrativa do Território por freguesia.

Farmácias e Postos de Venda de Medicamentos

Em 2010, na RAM, existiam 63 farmácias, 1 posto farmacêutico móvel e 15 locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica. Relativamente a estes últimos e tomando por referência o ano de 2007, em que foram registados 9 desses locais, destaca-se a variação crescente relativamente a esses que em 31 de Dezembro de 2010 era de 15. No que se refere ao número de farmácias, entre 2004 e 2010, verificou-se um aumento de 13 destes estabelecimentos. Retomando a informação relativa à força do trabalho em saúde, já detalhada no que se refere a médicos e enfermeiros, destaca-se um número de farmacêuticos, num total de 214, segundo informação da Ordem dos Farmacêuticos a nível regional. Sendo que em funções de Direcção ou afiliadas sujeitas a registo no IASAÚDE, IP-RAM, estão registados 127 farmacêuticos.

Os Utentes no Serviço Regional de Saúde

Considerando toda a Rede de Cuidados de Saúde Primários havia em 2010 um total de 299.557 utentes inscritos. Este valor distinto da estimativa populacional pode ser explicado quer pelo desfazamento temporal, relativamente ao último levantamento censitário de referência que remonta a 2001, bem como o acesso à inscrição de cidadãos sem termo de residência, que poderá decorrer de flutuação populacional.

A proporção de utentes inscritos com médico de família é de 172.254, registando um acréscimo de 34.933 relativamente ao ano de 2006.

As consultas médicas (medicina geral e familiar + outras consultas médicas) em CSP registaram em 2010 o valor de 395.240, registando um aumento relativamente a 2006 de 15,8%. A média de consultas médicas de medicina geral e familiar e outras especialidade médicas em CSP, por utilizador, foi 2 em 2010.

As consultas de enfermagem em 2010 registaram um valor de 686.452, representando uma variação relativamente a 2006 de 86,4%. A média de consultas de enfermagem, por utilizador, foi de 4 em 2010.

Cuidados Continuados Integrados

A Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados foi criada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M e tem por referencial de acção o “conjunto de intervenções de saúde e de apoio social, sequenciais e coordenadas, baseadas numa avaliação global das necessi-

dades do utente, com a finalidade de promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”¹⁵.

Em 2009, o total de doentes admitidos em toda a RRCCI foi de 580 utentes, igual número que em 2008.

Entre 2004 e 2008, o número de utentes na Unidade de Apoio Integrada de Internamento aumentou de 22 para 294. Em 2009, nesta unidade foram atendidos 288 utentes. Neste mesmo ano, ressalva-se o aumento significativo de utentes atendidos no Centro de Promoção de Autonomia, num total de 49 comparativamente aos 34 do ano anterior.

Projectos Sociais em Parceria

A Promoção do Desenvolvimento Social resulta de uma articulação e congregação de esforços de todos os sectores da vida social. Os projectos de Intervenção Social, seleccionados no contexto deste Perfil, inseridos no quadro das páginas 117 e 118, referem-se àqueles com período de vigência 2009-2011. Enquanto documentos de orientação e acção global, representam um espaço forum baseado na adesão de várias entidades públicas e privadas, de mobilização social e de cariz voluntário, a partir do qual se procura criar uma consciência colectiva dos problemas sociais e contribuir para a activação de meios e agentes de resposta, bem como a optimização dos recursos disponíveis. O mote organizativo é a intervenção integrada e integradora em territórios comuns e domínios específicos, procurando uma resposta total que minimize fragilidade e reforce competências sociais e de cidadania.

Emergência Pré-Hospitalar

O Regime Jurídico do Sistema de Protecção Civil foi aprovado pelo DLR 16/2009/M, que regula e define os princípios aplicáveis às actividades de protecção civil e os deveres gerais e especiais, no sentido de haver uma colaboração entre várias entidades na prossecução dos fins da protecção civil.

Este documento estabelece a doutrina operacional, através do SIOPS – Sistema Integrado de Operações de Protecção Civil, conjunto de estruturas, normas e procedimentos de natureza permanente e conjuntural que asseguram a articulação operacional de todos os agentes de protecção civil e de outras instituições necessárias à execução de operações.

A coordenação institucional é assegurada pelo CCOR – Centro de Coordenação Operacional Regional, a quem compete apoiar a SRAS na iminência ou ocorrência de acidentes graves ou catástrofes.

Por sua vez, a gestão das operações é da responsabilidade do CROS – Comando Regional de

¹⁵ Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M - artigo 5º.

Operações de Socorro, estrutura do SRPC que detém as funções da coordenação operacional das operações de socorro realizadas pelos Corpos de Bombeiros e demais agentes de Protecção Civil e acompanhar toda a actividade operacional do SRPC.

Na RAM, o SRPC é a estrutura central de COORDENAÇÃO da Protecção Civil e do Socorro, incluindo a Emergência Médica Pré-hospitalar, cuja orgânica foi aprovada pelo DLR 17/2009/M. O Dispositivo de Socorro e Emergência é a estrutura que garante, em permanência a resposta às situações de emergência e é constituído pela EMIR, todas as Corporações de Bombeiros, pelo SANAS e Cruz Vermelha.

Informação em Saúde

Recursos Humanos

RECURSOS HUMANOS, RAM, 2000-2009

Unidade: N.º

Indicadores	Anos									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médicos a)	458	479	489	501	526	546	561	585	617	657
Especialistas b)	323	335	341	369	388	415	420	437	462	488
Não Especialistas	152	161	165	168	178	185	198	207	224	241
Hospitais Públicos	309	322	322	322	310	318	323	329	357	457
Hospitais Particular	180	140	145	23	22	22	24	25	25	27
Centros de Saúde	104	109	113	117	122	127	134	138	140	139
Medicina Geral e Familiar/Clinica Geral	93	99	106	112	117	123	129	102	106	118
Especialidades c)	41	41	41	35	35	35	35	37	37	37
Enfermeiros d)	1.329	1.393	1.455	1.508	1.579	1.636	1.722	1.821	1.903	1.961
Hospitais Públicos	789	823	855	880	885	908	936	902	942	1.016
Hospitais Particular	69	67	71	55	101	103	83	82	103	94
Centros de Saúde	420	452	435	493	485	548	587	568	577	591

Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde da RAM, 2000-2009.

Legenda:

a) Inscritos na ordem dos Médicos

b) Os médicos são contados tantas vezes quantas as especialidades que exerceram

c) Especialidades médicas ao serviço nos hospitais. Não inclui a rubrica "Outras Especialidade"

d) Inscritos na ordem dos Enfermeiros

MÉDICOS POR ESPECIALIDADE E COMPETÊNCIA POR ZONA DE SAÚDE, RAM, 2009

Unidade: N.º

Especialidade	RAM	Zona Funchal a)	Zona Leste b)	Zona Oeste c)
Especialistas	488	397	68	23
Anatomia Patológica	5	4	0	1
Anestesiologia	24	24	0	0
Cardiologia	18	16	1	1
Cardiologia Pediátrica	1	1	0	0
Cirurgia Geral	28	22	6	0
Cirurgia Cardio-Torácica	2	1	1	0
Cirurgia Maxilo-Facial	1	1	0	0
Cirurgia Pediátrica	3	3	0	0
Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética	4	4	0	0
Angiologia e Cirurgia Vascolar	3	3	0	0
Medicina Geral e Familiar	90	62	22	6
Dermato-Venerologia	5	5	0	0
Doenças Infecciosas	3	1	0	2
Endocrinologia-Nutrição	4	3	1	0
Estomatologia	5	4	1	0
Gastroenterologia	8	7	0	1
Ginecologia-Obstetrícia	26	24	2	0
Imuno-Alergologia	3	3	0	0
Hematologia Clínica	4	3	1	0
Imuno-Hemoterapia	3	3	0	0
Medicina Desportiva	4	3	1	0
Medicina Física e de Reabilitação	10	10	0	0
Medicina Interna	41	31	7	3
Medicina Legal	3	3	0	0
Medicina do Trabalho	5	4	0	1
Medicina Tropical	1	1	0	0
Nefrologia	4	4	0	0
Neuro-Cirurgia	3	3	0	0
Neuro-Radiologia	1	0	1	0
Neurologia	4	2	2	0
Oftalmologia	11	11	0	0
Oncologia Médica	1	1	0	0
Otorrinolaringologia	10	8	1	1
Ortopedia	19	16	2	1
Patologia Clínica	10	9	1	0
Pediatria	23	17	3	3
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	3	3	0	0
Pneumologia	3	0	2	1
Psiquiatria	9	8	1	0
Radiodiagnóstico	16	13	3	0
Reumatologia	3	3	0	0
Saúde Pública	3	3	0	0
Urologia	6	6	0	0
Sub. Medicina Intensiva	4	1	3	0
Comp. Emergência Médica	13	13	0	0
Comp. Gestão dos Serviços de Saúde	28	21	6	1
Sub. Neonatologia	1	1	0	0
Comp. Medicina da Dor	5	5	0	0
Comp. Acupuntura Médica	1	0	0	1
Sub. Peritagem Médica da Seg. Social e Dano Corporal	1	1	0	0
Sub. Cardiologia de Intervenção	2	2	0	0

Fonte: INE, 2009.

Legenda:

a) Zona Funchal inclui os seguintes concelhos: Funchal e Porto Santo

b) Zona Leste inclui os seguintes concelhos: Machico, Santa Cruz e Santana

c) Zona Oeste inclui os seguintes concelhos: Calheta, Câmara de Lobos, Ponta do Sol, Porto Moniz, Ribeira Brava e São Vicente

PROFISSIONAIS DE SAÚDE SEGUNDO
A CARREIRA NA SRAS A 31.12.2009

Unidade: N.º

Carreira	Serviço		
	CSSM	IASAUDE, IP - RAM	SESARAM, EPE
Enfermagem	46	4	1.171
Médica	-	13	473
Técnica Superior de Saúde	-	4	89
Técnica de Diagnóstico e Terapêutica	5	20	184

Fonte: IASAUDE, IP-RAM, CSSM e SESARAM, E.P.E., Balanço Social, 2009.

Recursos Físicos

INDICADORES DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, RAM, 2008

Região	N.º Internamentos / 1000hab.	N.º de intervenções de grande e média cirurgia por dia nos estabelecimentos de saúde	N.º consultas * / Hab.	N.º Camas / 1000 Hab. nos estabelecimentos de saúde	Taxa de ocupação das camas (%)
Portugal	117	2420	4	3	77,0
RAM	111	27	3	7	78,7

Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde da RAM, 2008.

Legenda:

* Consultas médicas realizadas nos hospitais e centros de saúde

RECURSOS FÍSICOS, RAM, 2000-2009

Unidade: N.º

Indicadores	Anos									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hospitais	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7
Oficiais	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Particulares	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6
Gerais	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4
Especializados	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Centros de Saúde	12	12	12	13	13	14	14	14	14	13
Com Internamento	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
Sem Internamento	9	9	9	10	10	11	11	11	11	11
Extensões	38	37	37	36	36	38	39	39	39	38

Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde da RAM, 2000-2009.

NÚMERO DE FARMACÊUTICOS NAS ACTIVIDADES SUJEITAS A REGISTO NO IASÁUDE, IP-RAM, 31-12-2010

Designação	N.º
Director Técnico de Farmácia	63
Farmacêutico Adjunto / Substituto	44
Aquisição Directa a)	5
Director Técnico de Distribuição por Grosso	8
Responsável por MNSRM b)	6
Responsável por Posto Móvel	1
Total	127

Fonte: IASÁUDE, IP-RAM, 2010.

Legenda:

- a) inclui 1 farmacêutico substituto
- b) inclui 2 farmacêuticos substitutos

Nota:

A 31-05-2011 estavam inscritos na ordem dos farmacêuticos, com residência na RAM, 214 farmacêuticos

FARMÁCIAS, POSTOS FARMACÊUTICOS E LOCAIS DE VENDA DE MNSRM, RAM, 2004-2010

Unidade: N.º

Ano	Farmácias	Postos Farmacêuticos Móveis	Locais de venda de MNSRM
2004	50	6	-
2005	59	1	-
2006	62	1	-
2007	62	1	9
2008	62	1	13
2009	63	1	15
2010	63	1	15

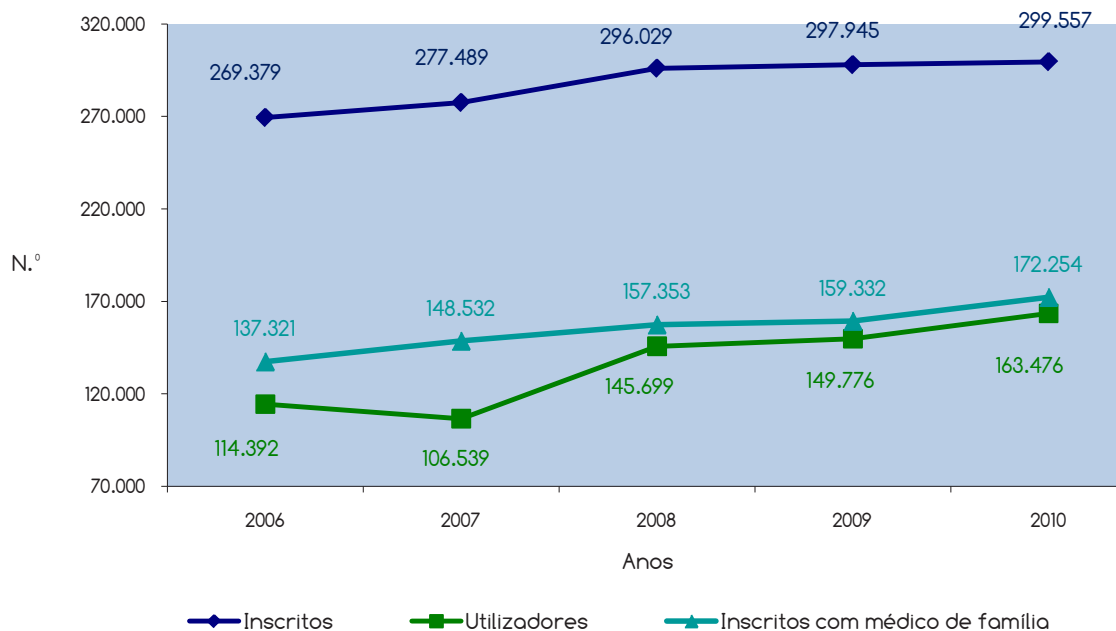
Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde da RAM, 2004-2009 e IASÁUDE, IP-RAM, 2010.

Legenda:

- Sem movimento

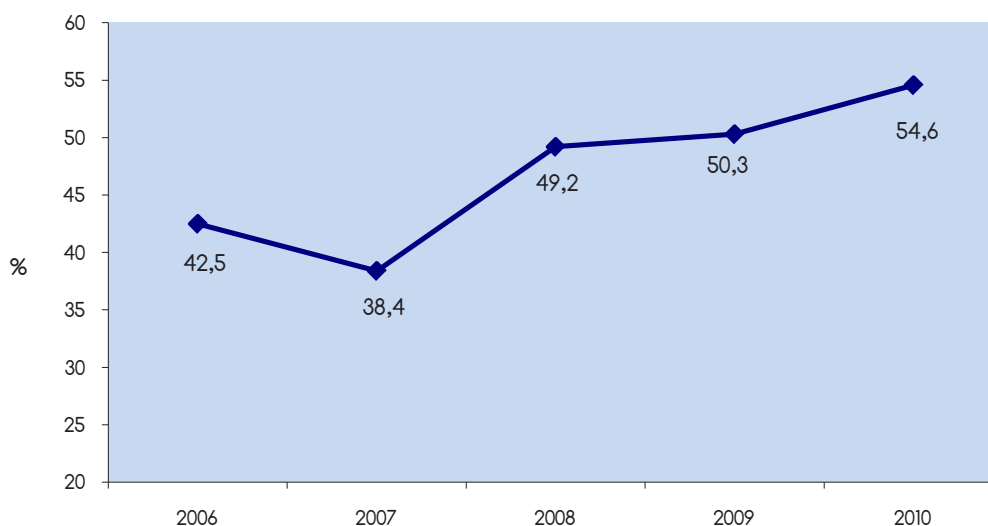
Os Utentes no Serviço Regional de Saúde

NÚMERO DE INSCRITOS E DE FREQUENTADORES EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, RAM, 2006-2010



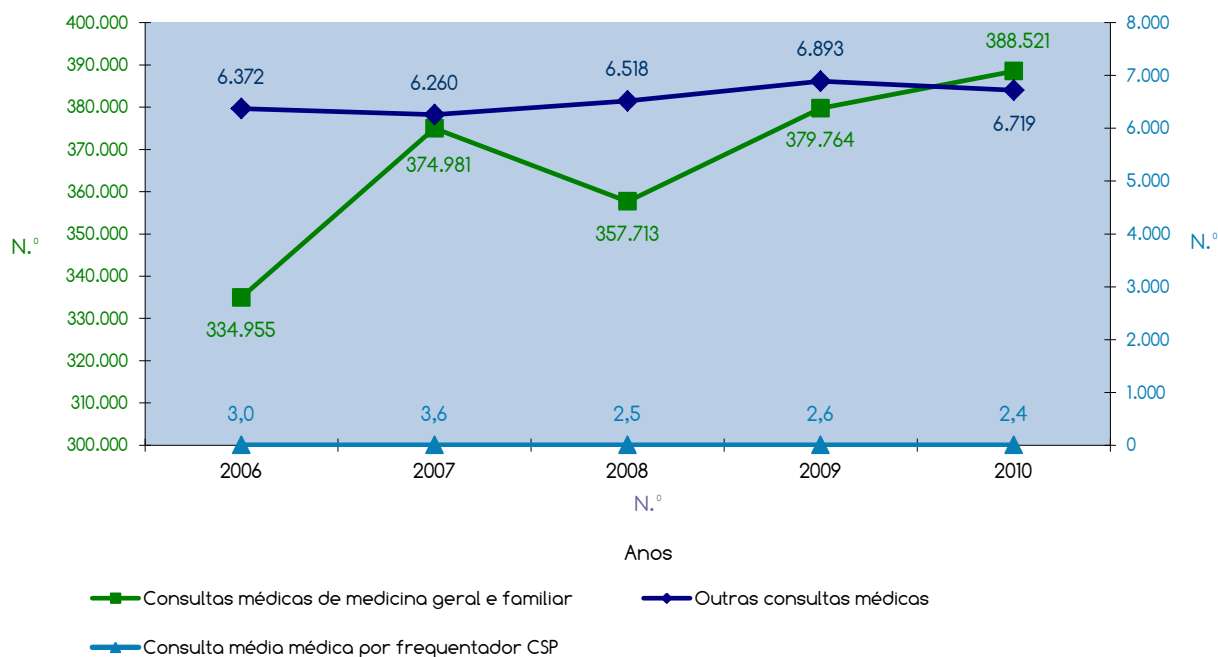
Fonte: SESARAM, E.P.E, Estatísticas de Produção em CSP, 2006-2010.

TAXA DE FREQUÊNCIA EM CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, RAM, 2006-2010



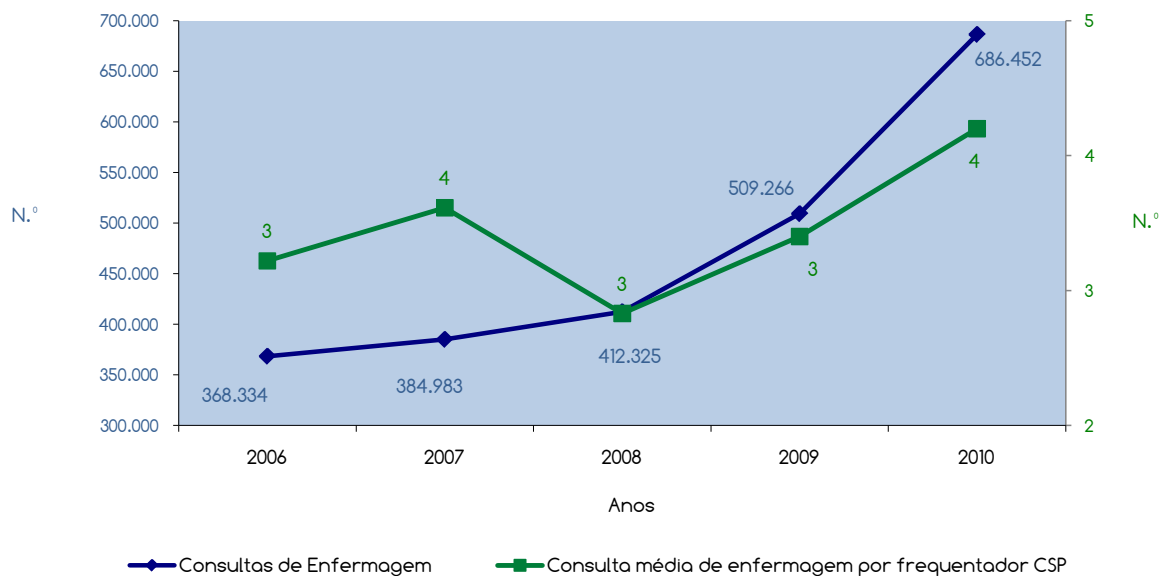
Fonte: SESARAM, E.P.E, Estatísticas de Produção em CSP, 2006-2010.

CONSULTAS MÉDICAS E MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS POR FREQUENTADOR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, RAM, 2006-2010¹⁶



Fonte: SESARAM, E.P.E, Estatísticas de Produção em CSP, 2006-2010.

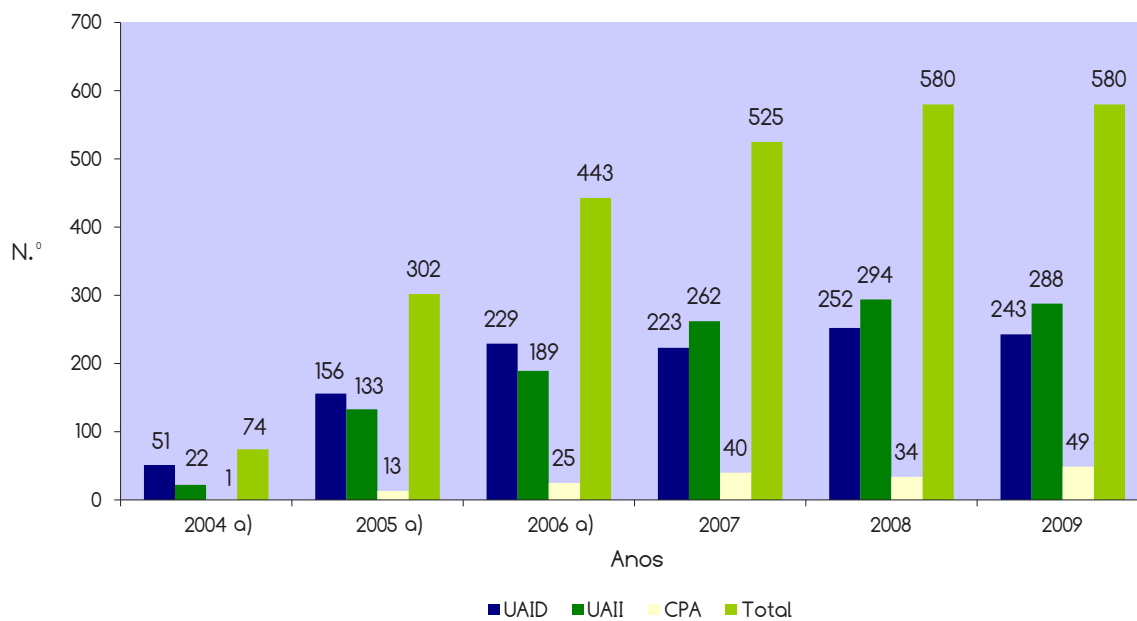
CONSULTAS DE ENFERMAGEM E MÉDIA DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM POR FREQUENTADOR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, RAM, 2006-2010



Fonte: SESARAM, E.P.E, Estatísticas de Produção em CSP, 2006-2010.

¹⁶ As consultas médicas de medicina geral e familiar incluem planeamento familiar, saúde materna, revisão do puerpério, saúde escolar, saúde infantil, saúde juvenil, saúde adulto, saúde idoso, consultas domiciliárias, cessação tabágica e alcoologia. As outras consultas médicas inclui as consultas de especialidade e as consultas de fisioterapia.

UTENTES ADMITIDOS NA RRCCI, SEGUNDO AS UNIDADES, 2004-2009



Fonte: RRCCI, 2004-2009.

Legenda:

a) 2004-2006 - Fase de projecto de RRCCI

PROJECTOS SOCIAIS EM CURSO:

Designação do Projecto	Medidas	Entidades Parceiras
Estratégia Regional para a Infância e Adolescência 2009 - 2011 (ERIA)	- Formação destinada a famílias de acolhimento e candidatas	SESARAM, E.P.E.; CSSM
	- Programa de Intervenção Precoce e Competências Parentais	Autarquias, Casas do Povo; SESARAM, E.P.E. / Centros de Saúde; CPCJ; Paróquias; Infantários; Escolas do 1º Ciclo EB/PE; Escolas do 2º e 3º Ciclo; IPSS; Clubes Desportivos; DRQP; Clubes de Emprego; IASAUDE, IP-RAM; IHM, E.P.E.; DREER; CSSM
	- Equipa de Rua de Apoio a Crianças e Jovens de Câmara de Lobos	Câmara Municipal de Câmara de Lobos; SESARAM, E.P.E./Centro de Saúde de Câmara de Lobos e Centro de Santiago; CPCJ de Câmara de Lobos; Escola Fonte da Rocha; Clube Ténis de Mesa Ponta do Sol; Associação Amigos da Arte Inclusiva; GCEA; DRJ; CSSM
	- Acção de Marketing Social	Autarquias, Casas do Povo; IASAUDE, IP-RAM/Centros de Saúde e SPT; CPCJ; Paróquias, Infantários, Escolas do 1º Ciclo EB/PE; Escolas do 2º e 3º Ciclo; IHM, E.P.E.; DREER; CSSM
	- Equipa de Apoio a Crianças e Jovens da Nogueira	Câmara Municipal de Santa Cruz; Casa do Povo da Camacha; Junta de Freguesia da Camacha; IASAUDE, IP-RAM; SESARAM, E.P.E./Centro de Saúde de Câmara de Lobos e Centro de Santiago; CPCJ Escola do 1º Ciclo EB/PE da Nogueira; EB do 2º e 3º Ciclo Dr. Alfredo Júnior; Fundação "A Comunidade Contra a Sida" IHM, E.P.E.; CSSM
Plano Regional Contra a Violência Doméstica 2009 - 2011	- Campanha Regional Contra a Violência Doméstica	AM RAM; CPCJ; CSPSA; CSPSB; DGRS; DRE; FEM; IASAUDE, IP-RAM; IEM, IP-RAM; IHM, E.P.E.; PSP; Tribunais
	- Divulgação de website e inclusão de link no portal da Internet de todas as Secretarias do Governo Regional da Madeira representadas no PRCVD	Todas as Secretarias Regionais parceiras no PRCVD
	- Divulgação do material de sensibilização / Informação sobre Violência Doméstica	Todos os parceiros
	- Dinamização de acções de sensibilização junto de grupos populacionais específicos	IASAUDE, IP-RAM; FEM; DRE; PSP
	- Sinalização pela CRIVD das famílias com VD, aos Centros de Saúde da sua zona de residência	IASAUDE, IP-RAM
	- Priorização no acesso às respostas terapêuticas a crianças oriundas de famílias com Violência Doméstica	Os parceiros constituintes da CRIVD
	- Reforço dos mecanismos de articulação entre DGRS e os Serviços de Saúde no que se refere a tratamento de agressores	Tribunais Judiciais
	- Promoção de qualificação actualizada dos profissionais que intervêm de forma terapêutica com agressores e vítimas	CPCJ; CSPSA; CSPSB; DGRS; DRE; FEM; IEM, IP-RAM; IHM, E.P.E.; PSP; Tribunais
- Promoção da qualificação dos profissionais de saúde que exerçam actividade em serviços de atendimento a vítimas de violência doméstica, em situação de crise	Todos os parceiros participantes da Equipa de Formadores Certificados	

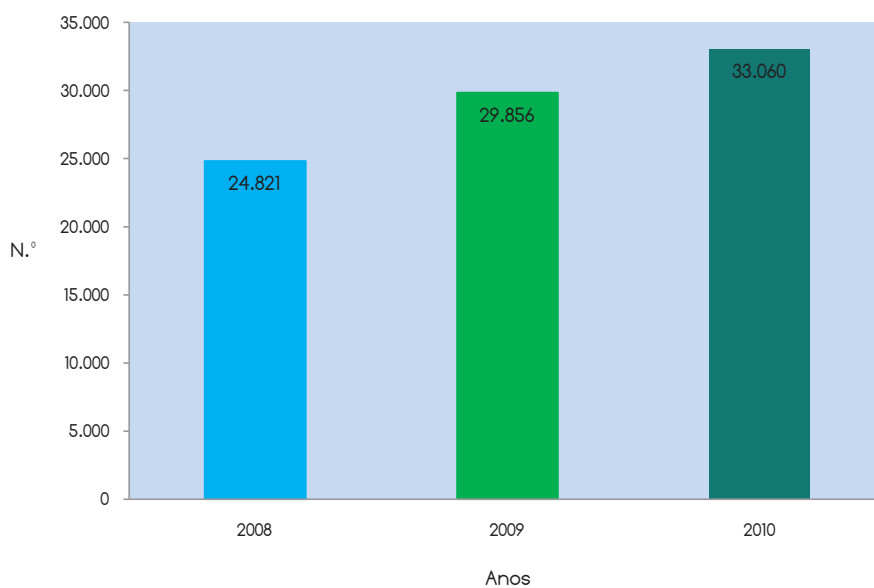
... (continua)

... (continuação)

Designação do Projecto	Medidas	Entidades Parceiras
Plano Regional Para Pessoas Sem-Abrigo 2009 - 2011	- Disponibilização de suportes informativos em Saúde aos Parceiros para actuarem junto da população Sem-Abrigo	AMI; APP; CASA; CSSM; SESARAM, E.P.E.; IASAUDE, IP-RAM
	- Capacitação dos profissionais da área da saúde para actuarem com esta população	SESARAM, E.P.E.; IASAUDE, IP-RAM
	Promoção da colaboração entre as diversas estruturas de Saúde e outras Entidades com intervenção comunitária junto da população Sem-Abrigo	SESARAM, E.P.E.; CSSM; Estruturas de Intervenção na Sociedade; IASAUDE, IP-RAM
	- Prestação de cuidados de Saúde aos utentes Sem-Abrigo - Proporcionar respostas específicas na atenção à saúde dos utentes Sem-Abrigo	APP; CSSM; Voluntariado; SESARAM, E.P.E.
II Plano Regional para a Igualdade de Oportunidades / Programa III - Promoção da Qualidade de Vida	- Compatibilização da vida profissional, familiar e privada - Realizar acções de sensibilização sobre os direitos à licença de maternidade e paternidade, bem como da licença parental e especial para assistência a filho/a ou adoptado/a	IASAUDE, IP-RAM; SESARAM, EPE
	- Promoção da Saúde: - Promover acções de informação relacionadas com questões ligadas à saúde, nomeadamente o tabagismo, o alcoolismo, a toxicodependência, a saúde materna, a sida, a menopausa e as doenças do fôro alimentar; - Sensibilizar para a realização de rastreios de doenças com maior incidência (em função do género)	IASAUDE, IP-RAM; SESARAM, EPE
	- Promoção de actividades desportivas de lazer - Incentivar a prática desportiva, sensibilizando todos(as) para os benefícios que a mesma proporciona, apelando a várias entidades para que compatibilizem os horários, de forma a que a família possa desenvolver alguma actividade desportiva e de lazer	IASAUDE, IP-RAM; Associação Madeira Desporto para Todos

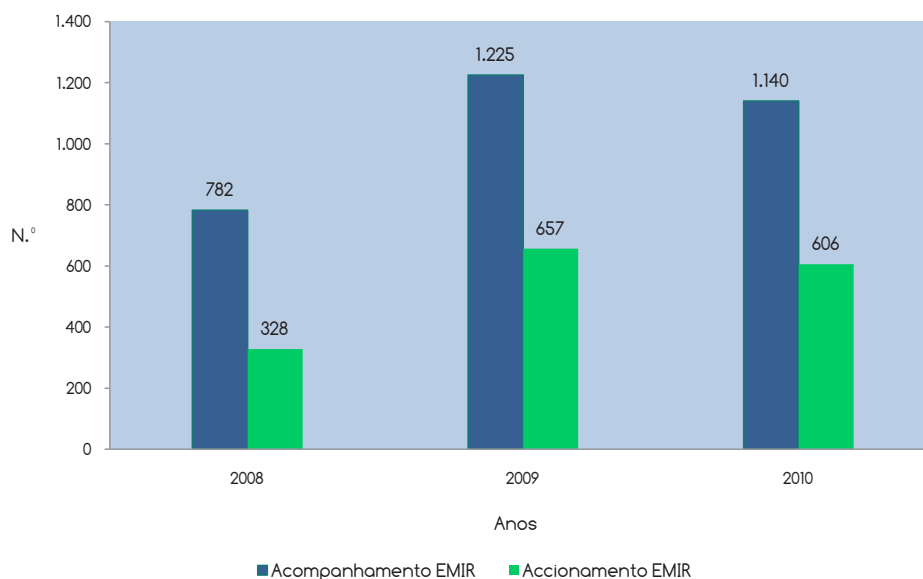
Fonte: CSSM, Direcção de Serviços de Planeamento, 2009.

OCORRÊNCIAS EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR, RAM , 2008-2010



Fonte: SRPC, 2008-2010.

INTERVENÇÕES RÁPIDAS PELA EMIR, RAM, 2008-2010



Fonte: SRPC, 2008-2010.

A RAM - Instantâneos Numéricos

Indicadores sócio-demográficos

Indicadores	Género	Unidade	Continente	Período	RAA	Período	RAM
População Residente		Nº	10.637.713	2008	245.374		247.399
Distribuição da população residente		%	95,4	2009	2,3		2,3
Índice de envelhecimento		Nº	118,1	2008	67,6	2009	74,5
Esperança de vida à nascença			78,7	2006	75,65		74,75
Taxa Bruta de natalidade		%	9,8	2008	11,4		9,6
Índice Sintético de Fecundidade		Nº	1,4		1,46		2,21
Taxa de desemprego		%	9,2	2009 ⁽¹⁾	6,7		7,6
PIB per capita		1.000 Euros	15,3	2007	14,6	2007	20,6
População residente Sem Escolaridade ⁽²⁾			8,9	2001	9,4	2001	12,7
População servida por sistema público de abastecimento de água		%	88,8	2006	100	2007	95,0
População servida por sistemas de drenagem de águas residuais			77,0	2008	39,0	2008	69,0

Determinantes e Estilos de Vida Saudável

Indicadores	Género	Unidade	Continente	Período	RAA	Período	RAM	Período
Excesso de peso >=18			18,6	2005/06	18,4	2005/06	19,2	2005/06
Obesidade >=18			16,5		20,0	2005/07	14,0	
Tabaco (fumador actual) >=10			19,6		24,0	2005/06	20,3	
Álcool (consumo experimental) ⁽³⁾			53,8		48,8		35,1	
Drogas (consumo actual), 15-64 anos ⁽⁴⁾			2,5 ⁽⁵⁾	2007	1,4	2007	1,0	2007
Taxa de nascimento em mulheres adolescentes (<20 anos)			4,2	2008	9,8	2009	6,2	2009
Taxa de nascimento em mulheres em idade de Risco (>= 35 anos)			19,3		14,7		22,3	

Ciclos de Vida

Indicadores	Género	Unidade	Continente	Período	RAA	Período	RAM	Período
Taxa de nascimentos pré-termo			9,1	2007	x	x	6,3	2009
Taxa de crianças com baixo peso à nascença			7,9				7,2	
Taxa de partos por cesariana			35,6				31,4	
Taxa bruta de mortalidade		%	9,8	2008	9,9	2009	10,9	2009
Taxa de mortalidade infantil			3,3		5,4		3,4	
Taxa de mortalidade neonatal			2,1		3,9		2,1	
Taxa de mortalidade perinatal			4,0		5,7		7,1	

Problemas de Saúde Prioritários

Indicadores	Género	Unidade	Continente	Período	RAA	Período	RAM	Período
Taxa de mortalidade padronizada na população com idade inferior a 65 anos, por maligno da traqueia, brônquios e pulmão	H	/100000	20,4	2001-05	33,9	2006	18,9	2006
	M		3,8		4,1		5,0	
Taxa de mortalidade padronizada na população com idade inferior a 65 anos, por tumor maligno do estômago	H		10,1		8,6		7,4	
	M		4,7		1,1		1,7	
Taxa de mortalidade padronizada na população com idade inferior a 65 anos, por tumor maligno da mama (feminina)	M		13,3		23,9		19,4	
Taxa de mortalidade padronizada na população com idade inferior a 65 anos, por doença isquémica do coração	H		24,6		44,2		14,1	
	M		6,1		10,0		4,8	
Taxa de mortalidade padronizada na população com idade inferior a 65 anos, por doença cerebrovasculares	H		19,6		22,2		28,3	
	M		9,7		11,5		14,6	
Taxa de mortalidade padronizada na população com idade inferior a 65 anos, por doença crónica do fígado e cirrose	H		15,3		15,3		41,9	
	M		5,0		3,0		10,4	
Taxa de mortalidade padronizada na população com idade inferior a 65 anos, por acidentes de transporte	H		24,6		18,3		18,4	
	M	5,9	3,4	2,1				

Doenças Preveníveis pela Vacinação

Doença	Número de casos notificados/Ano									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hepatite B	12	2	4	-	1	-	2	-	-	-
Tuberculose Respiratória	37	44	27	51	51	55	30	25	29	22
Tétano	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Sarampo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubéola	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parotidite	5	-	1	3	-	-	1	-	-	-

Avaliação do PNV, Portugal, RAA e RAM, 31-12-2008										
Região	Coorte 2001							Coorte 1995		
	Total fichas vacinação	DTPa 5		VIP 4		VASPR 2		Total fichas vacinação	HPV 1	
		Total crianças vacinadas	%	Total crianças vacinadas	%	Total crianças vacinadas	%		Total crianças vacinadas	%
RAA	2.580	2.480	96,1	2.466	95,6	2.483	96,2	1.383	1.205	87,1
RAM	3.264	3.187	97,6	3.186	97,6	3.185	97,6	1.578	1.330	84,3
Portugal	114.424	111.316	97,3	108.912	95,2	109.149	95,4	56.807	42.435	74,7

Avaliação do PNV, RAM, 31-12-2010									
Total fichas vacinação	Coorte 2003						Coorte 1997		
	DTPa 5		VIP 4		VASPR 2		Total fichas vacinação	HPV 1	
	Total crianças vacinadas	%	Total crianças vacinadas	%	Total crianças vacinadas	%		Total crianças vacinadas	%
3.197	3.087	96,6	3.084	96,5	3.091	96,7	1.582	1.293	81,7

Organização e Estrutura

Designação	Ano / Região		
	2009		
	Continente	RAA	RAM
Médicos por 1.000 habitantes (%)	3,8	2,1	2,7
Enfermeiros por 1.000 habitantes (%)	5,5	7,0	7,9
N.º de Centros de Saúde	1984 a)	118 b)	51 c)
N.º de Hospitais	174	8	7
N.º de Farmácias	2.693	47	63

Para os quadros acima representados:

Fonte: ARS Norte, I. P., Perfil de Saúde da Região Norte, 2009;
 INE, Anuário Estatístico de Portugal, 2008 e 2009;
 INE, Estimativas da População Residente, 2009;
 DRE, Anuário Estatístico da Região Autónoma da Madeira, 2009;
 INE, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006;
 INPG, Inquérito ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral-CEOS/IDT, 2007;
 DRE, Estimativas da População Residente, 2009;
 DGS, Risco de Morrer em Portugal, 2006;
 IASAUDE, IP-RAM, Compilação de Dados Estatísticos, 2001-2010;
 DGS, Avaliação do PNV, 2008;
 SESARAM, E.P.E., Estatísticas de Produção, 2010.

Legenda:

- Sem movimento

x - Dados não disponíveis

a) Inclui 1.638 extensões

b) Inclui 101 extensões

c) Inclui 38 extensões

1) 2º trimestre

2) O nível sem escolaridade é composto pelos níveis não sabe ler nem escrever e lê e escreve sem grau de ensino

3) Consumo de alguma bebida alcoólica aos 12 meses anteriores à entrevista

4) Consumo nos últimos 30 dias de qualquer substância

5) Valor relativo a Portugal

4. ANÁLISE ESTRATÉGICA AO AMBIENTE EXTERNO E INTERNO DA SAÚDE NA REGIÃO



ANÁLISE ESTRATÉGICA AO AMBIENTE EXTERNO E INTERNO DA SAÚDE NA REGIÃO

O ambiente externo determina o conjunto interactivo de Oportunidades e Constrangimentos para os organismos. As perspectivas de evolução das organizações são condicionadas por circunstâncias externas ao seu poder de decisão.

Pese embora a impossibilidade de controlo sobre essas fontes críticas de sucesso externas, as organizações devem procurar conhecer e monitorizar o seu ambiente externo com frequência, de modo a ganhar as oportunidades e a evitar as ameaças. Conseguir precaver-se contra as ameaças na maioria das vezes é muito difícil, no entanto os instrumentos de planeamento e orientação estratégica podem representar uma ferramenta poderosa para gerir os elementos de imprevisibilidade que decorrem naturalmente das ameaças identificadas .

Do ambiente interno resultam as Forças e Fraquezas das instituições, constituindo estas os principais aspectos que as diferenciam das suas congéneres.

O ambiente interno pode ser controlado pelos órgãos de poder, decisão e controlo, uma vez que resulta das estratégias de actuação definidas pelas estruturas que comandam. Neste sentido, os pontos fortes devem ser ressaltados ao máximo e os pontos fracos deverão determinar uma actuação conducente ao seu controlo ou, pelo menos, à minimização dos seus efeitos.

A análise combinada destes dois ambientes, interno e externo, e das suas dimensões (Forças e Fraquezas; Oportunidades e Constrangimentos) determina a posição navegável do Sector da Saúde e das suas organizações, bem como apoia a tomada decisão e facilita a definição das linhas estratégicas¹⁷.

¹⁷ in SWOT: The high-level self exam that boosts your bottom line. Consultado em <http://www.healthcaresuccess.com/articles/swot.html>.

Pontos Fortes (S)	Pontos Fracos (W)
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação para a Inovação; • Dotação significativa de equipamentos e estruturas básicos e avançados; • Exploração máxima do potencial produtivo da capacidade instalada no sector público; • Liderança na operacionalização das linhas de mudança negociadas; • Diferenciação de respostas em Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados Integrados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indefinição dos circuitos de articulação entre serviços; • Carência de recursos humanos especializados; • Insuficiência dos sistemas e redes de informação; • Falta de alinhamento organizacional; • Baixos níveis de comunicação; • Desconhecimento interinstitucional; • Iniciante governação clínica; • Financiamento da saúde assente em processos e produção.
Oportunidades (O)	Constrangimentos (T)
<ul style="list-style-type: none"> • Reprogramação sócio-cultural em tempo de crise económica e financeira; • Reorganização da oferta de serviços e cuidados de saúde; • Competência para respostas em emergências; • Disponibilidade de sistemas de informação no mercado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrições legais à contratação e manutenção de recursos humanos; • Crise económico-financeira e consequentes restrições orçamentais; • Imprevisibilidade de acontecimentos em saúde (por ex.: pandemia de gripe) e de ordem natural como aluviões, ondas de calor e incêndios de dimensão considerável; • Responsabilização do cidadão pouco expressiva (na utilização dos serviços de saúde e na gestão da sua própria saúde); • Inclusão restritiva da saúde/dos conceitos de políticas públicas saudáveis nos outros sectores; • Envelhecimento demográfico; • Mortalidade precoce por algumas doenças crónicas.

5. ENQUADRAMENTO E OBJETIVOS



Siglas _____	149
Preâmbulo _____	150
Nota Introdutória _____	151
Eixos Estratégicos _____	152
Políticas Saudáveis _____	152
Qualidade dos Cuidados de Saúde _____	154
Cidadania em Saúde _____	155
Missão, Visão, Modelo e Estrutura _____	157
Missão _____	157
Visão _____	157
Modelo e Estrutura _____	157
Domínios de Influência _____	157
Desafios _____	158
Elementos Organizadores _____	158
Produtos do Plano Regional de Saúde 2011-2016 _____	160
O PRS 2011-2016 - Reforço de Desempenho do Sistema Regional de Saúde _____	161
Eixo Transversal - Saúde Pública _____	162
Vigilância de Acção Comunitária _____	162
Área Programática de Saúde Pública _____	162
As Estratégias Regionais _____	165
Estratégia Regional para a Saúde e Factores de Risco Modificáveis _____	167
Estratégia Regional para a Diabetes _____	168
Estratégia Regional para Doenças Cardiovasculares e AVC _____	169
Estratégia Regional para Doenças Oncológicas _____	171
Estratégia Regional para Doenças Respiratórias Crónicas _____	172

Organização e Estrutura _____	174
Cuidados de Saúde Primários – Áreas de Atenção até 2016 _____	174
Cuidados Hospitalares - Áreas de Atenção até 2016 _____	175
Dimensões Específicas _____	176
Urgência Hospitalar – Vias Verdes _____	176
Cuidados Paliativos _____	177
Informação e Conhecimento em Saúde _____	178
Tecnologias de Informação e Comunicação - Contextualização _____	178
Sistemas de Informação _____	178
e-Health _____	178
Panorama Actual _____	179
Sistemas de Informação _____	179
e-Health _____	179
Visão _____	180
Sistemas de Informação _____	180
e-Health _____	180
Objectivos _____	180
Estratégicos _____	180
Operacionais _____	181
Domínios _____	181
Sistemas de Informação em Saúde _____	181
e-Health _____	183
Investigação/Formação _____	185
Sistemas de Informação _____	185
e-Health _____	185
Intervenientes e Envolvimento _____	186
Avaliação _____	186



ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AIS - Avaliação de Impacto na Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CSSM - Centro de Segurança Social da Madeira
DGS - Direcção Geral da Saúde
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
IASAÚDE, IP-RAM - Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM
NCDS - Noncommunicable Disease Surveillance
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNS - Plano Nacional de Saúde
PRS - Plano Regional de Saúde
RAM - Região Autónoma da Madeira
RRCCI - Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
SESARAM, E.P.E. - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.
SI - Sistemas de Informação
SRAS - Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
SRPC - Serviço Regional de Protecção Civil
TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação
WHO - World Health Organization



O processo de planeamento, não pode ser indissociável dos processos de administração enquanto função do sistema de saúde e das acções de gestão, e como ferramenta das unidades de cuidados de saúde.

O planeamento neste espaço é entendido como instrumento organizacional, fazendo parte de um processo amplo de desenvolvimento das estruturas públicas e de todas as formas de organização social, que valoriza a cultura, o património e a acção de todas estas.

O momento do esboço do plano não pode ter a pretensão da exclusividade metodológica, mas deve ser capaz de integrar a diversidade e introduzir elementos de motivação para a construção de projectos intra e interorganizacionais, assumidos como compromisso colectivo e alicerçados numa atitude de responsabilidade e vínculo ao valor social da Saúde. Deve ficar claro ao longo do processo de planeamento em saúde, que o momento de desenho é dinâmico, participativo, comunicativo e deve ilustrar objectivamente os cursos de acção.

Por outro lado, o carácter totalizador da explicação situacional desenvolvida no Perfil de Saúde da RAM 2004-2010, possibilita a definição de intervenções estratégicas que suplantam as intervenções sectoriais e apelam à cooperação e subsidiariedade. O planeamento situacional favorece a integração horizontal e a operacionalização, através de uma estrutura matricial por projectos. A horizontalidade pode ser entendida, neste contexto, como alavanca para a descentralização, trabalho multidisciplinar e multisectorial e, ainda, para uma abordagem próxima, de base comunitária em flexibilidade e adaptação constante.



O Plano Regional de Saúde 2011-2016 é um processo de construção dinâmico e contínuo, gerador de conhecimento, definidor de estratégia, prospectivo em visão e gestor de expectativa. Procura o compromisso e envolvimento, na perspectiva do Sistema de Saúde Regional, assumido conforme referência da Organização Mundial da Saúde, como o conjunto estruturado e inter-relacionado de todas as organizações, pessoas e acções, cujo desígnio é a melhoria, manutenção ou recuperação da saúde (*Everybody business: strengthening health systems to improve health out comes: WHO's framework for action, 2007*)¹.

A construção do Plano Regional de Saúde 2011-2016 é dinâmica e tem por objectivo, num primeiro tempo estruturar a recolha de contributos e a análise de informação, através da sistematização contínua de vários dados de diferentes fontes e num segundo momento, identificar elementos estruturantes que irão fundamentar as opções expressas para o sector da saúde, ao longo de todo o período de vigência do plano.

Com este documento estratégico, subdividido em Perfil de Saúde 2004-2010, Cadernos Técnicos e Fichas Explicativas, pretende-se a aliança de todos os sectores, bem como disponibilizar um referencial que facilite a coordenação e colaboração de múltiplas entidades para uma acção conjunta, numa base de intervenção multi e interdisciplinar e responsabilização para com a Saúde Pública.

¹ Disponível em http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.



Os eixos estratégicos do Plano Regional de Saúde, procuram ser a tradução do próprio pensamento estratégico para a política de saúde regional, reflectindo uma perspectiva sistémica e uma aprendizagem do passado com a actualização necessária ao tempo presente, focalizando-se em objectivos com abertura e disponibilidade para acolher novas experiências e intervenções, que possam responder às necessidades das populações.

Os eixos estratégicos do Plano Regional de Saúde são definidos como pontos fulcrais, a partir dos quais se reforça o alinhamento das intenções estratégicas, a integração e a sustentabilidade do sistema de saúde, bem como a capacidade de este se desenvolver como um todo.

Para responder a este desiderato, o PRS 2011-2016 estrutura-se num horizonte temporal de operacionalização por 5 anos, em 3 eixos estratégicos.

POLÍTICAS SAUDÁVEIS



CONCEITO

“As Políticas Saudáveis visam orientar os esforços da sociedade para que todos tenham igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis e de cumprir o seu potencial de saúde.”²

DIMENSÕES

- Actuação global em Saúde Pública que descreva com eficácia os problemas prioritários de saúde e defina as intervenções necessárias à prevenção da doença, à promoção da saúde e a uma resposta rápida a ameaças agudas, particularmente às epidemias e catástrofes;
- Definição de um quadro normativo e regulador para o sistema prestador de cuidados;
- Reconhecimento de que a saúde da população também depende das políticas que são responsabilidade de outros sectores.

² Políticas Saudáveis no PNS 2011-2016 em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2011/02/04/pns-ps/>.

OBJECTIVOS

- Fomentar o desenvolvimento, a adaptação e a implementação de medidas reguladoras e declarações de compromisso, para a promoção e implementação de políticas saudáveis;
- Consolidar as atribuições em Saúde das diversas organizações aos níveis da administração, implementação, vigilância, monitorização e avaliação, desde a estratégia macro ao nível operacional;
- Criar plataformas de parceria intersectorial, envolvendo os sectores público, privado e social, no sentido da criação, implementação e avaliação de políticas entre os diferentes sectores;
- Reforçar o planeamento e a governação de programas de saúde;
- Descentralizar a actuação ao nível local através de ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE, (processos direccionados para a obtenção de ganhos em saúde, através de recursos de governação e operacionalização no contexto de parcerias de organizações locais)³;
- Estimular a criação e suporte de redes intersectoriais, de modo a capitalizar e os recursos, incluindo conhecimento e modelos de acção;
- Desenvolver um sistema de gestão do conhecimento e de criação de evidência tecnológica científica e económica;
- Organizar os cuidados de saúde com explícita responsabilidade nas operações de promoção de saúde, sistemáticas ou oportunistas, adequadas aos vários níveis, contextos e mandatos sociais, com critérios de qualidade;
- Implementar estratégias de médio e longo prazo de comunicação e marketing social;
- Activar e consolidar os mecanismos de preparação e resposta a ameaças de saúde;
- Fomentar a avaliação de impacto na saúde (AIS) das políticas dos outros sectores⁴.

³ Santos A. et al, 2010.

⁴ Health Impact Assessment, WHO 1999.



CONCEITO

“Prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes...”⁵

DIMENSÕES

- Qualidade a nível estrutural: utilização adequada dos recursos, de modo a atingir os resultados esperados, considerando entre outras dimensões: competência profissional, eficiência administrativa e alocação eficiente de recursos;
- Qualidade a nível dos processos: adequação dos serviços aos resultados esperados: estratégias de gestão do risco, modificação dos comportamentos que facilitem a adopção das melhores práticas, gestão do conhecimento, de forma a tornar as instituições *learning organizations* e organização dos cuidados baseados em evidência.

OBJECTIVOS

- Estabelecer a governação clínica^{6 e 7}, em todos os níveis e em todos os sectores do sistema de saúde;
- Manter um espaço independente de avaliação da política de qualidade, com recurso a uma entidade externa e independente, responsável pela monitorização, elaboração de recomendações e publicitação de resultados;
- Desenvolver e actualizar instrumentos de padronização (standards) para a promoção da qualidade quanto a procedimentos clínicos, informação, indicadores da qualidade, monitorização e avaliação, formação e gestão dos serviços e instituições;
- Reforçar a responsabilidade das equipas de saúde, pelo percurso clínico do utente, em todo o Sistema Regional de Saúde;

⁵ A Qualidade no PNS 2011-2016 em <http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/VazCarneiroLuisCampos.pdf>.

⁶ Processo que envolve toda a equipa de saúde que assume a responsabilidade pela melhoria contínua da qualidade e pela criação de um ambiente que promova elevada qualidade dos cuidados prestados (adaptado de Nogueira, R., 2007).

⁷ Governação clínica segundo os pilares:

- Focalização na saúde e bem-estar das pessoas;
- Envolvimento de **todos**, a todos os níveis;
- Orientação para resultados/“ganhos” em saúde (adaptado de Healthaction21 em <http://www.healthaction21.eu/node/107>).

- Institucionalizar a avaliação das tecnologias em saúde, como requisito para a introdução custo-efectiva, incremental e criteriosa de novas tecnologias;
- Reforçar as políticas de qualidade a nível institucional, incluindo estratégias e processos de promoção da qualidade, monitorização, segurança, identificação e correcção de erros;
- Manter a aposta na formação das equipas sobre aspectos da qualidade em saúde, nas organizações de saúde;
- Avaliar e divulgar a qualidade e custo-efectividade da prática clínica, de forma rigorosa e transparente, contribuindo para uma cultura de construção de conhecimento e de boas práticas;
- Desenvolver uma visão específica sobre segurança do doente e gestão do risco, no próprio acto individual e personalizado.

CIDADANIA EM SAÚDE



CONCEITO

“Cidadania para uma cultura de saúde e bem-estar, promotora da realização dos projectos de vida pessoais, familiares e das comunidades”⁸.

DIMENSÕES

- Promoção e desenvolvimento do exercício dos direitos e deveres do cidadão, nos serviços de saúde;
- Envolvimento do cidadão e das organizações representativas dos seus interesses e de interesses sociais em saúde, nos processos de decisão da saúde colectiva e dos grupos mais vulneráveis;
- Identificação e promoção de boas práticas e de políticas de cidadania em saúde, avaliação e gestão do conhecimento;
- Desenvolvimento de programas específicos na área da educação para a saúde, auto-gestão da doença e capacitação dos cuidadores informais;

⁸ PNS 2011-2016, 1º Parte – Estratégias para a Saúde III. 1) Cidadania em Saúde.

- Desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde na relação com o doente, comunicação interpessoal e social, humanização dos cuidados e educação para a saúde.

OBJECTIVOS

- Capacitar e estimular a participação activa do cidadão e das organizações que o representam através de canais, parcerias estratégicas e outras estruturas facilitadoras de envolvimento e influência de médio e alto nível;
- Promover uma cultura de cidadania em saúde, activa e responsável, parceria e aliança entre o cidadão e o profissional de saúde;
- Impulsionar o desenvolvimento das estratégias, políticas e práticas de cidadania em saúde, transversais, intersectoriais e multidisciplinares;
- Capacitar o cidadão, família e cuidadores, na promoção da saúde, gestão da doença crónica e prevenção de complicações;
- Desenvolver a capacidade dos profissionais comunicarem, envolverem e formarem alianças com o cidadão.



O Plano Regional Saúde 2011-2016 suporta-se na sua delineação estratégica em vários elementos de concepção, construção e demonstração que sustentam a estrutura dos vários elementos constituintes do próprio Plano, que não são mais do que directrizes e dispositivos de informação para o sector da saúde e apoio à relação deste com os outros sectores da vida pública.

MISSÃO



- Apoiar os serviços de saúde da Região a orientar o planeamento da sua intervenção, descentralizando as estratégias até ao nível local;
- Facilitar a definição conjunta do papel dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade e da sua co-participação no processo de mudança para mais saúde;
- Apoiar todos os intervenientes em saúde a fazer as melhores opções, não só as eficazes e eficientes, mas também as mais oportunas e efectivas para Ganhos em Saúde para a população da RAM.

VISÃO



Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores.

MODELO E ESTRUTURA



O modelo conceptual do Plano Regional de Saúde é o referencial teórico que permite identificar os problemas, seleccionar as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença e catalisar a gestão integrada da doença, incluindo metodologias de diagnóstico precoce, tratamento adequado, minimização e controlo da doença e reabilitação adequada.

DOMÍNIOS DE INFLUÊNCIA



O modelo advogado para o Plano Regional de Saúde 2011-2016, decorre de:

- Reflexão sobre ganhos e insuficiências, consequentes à implementação do anterior Plano Regional de Saúde (2004-2010);

- Leitura e discussão de análises especializadas sectoriais, evidências e críticas analíticas, recomendações, identificação de ganhos e recursos necessários;
- Recolha, integração e discussão de planos e instrumentos institucionais e intersectoriais, identificação de convergências e oportunidades de reforço.

DESAFIOS



- O Plano Regional de Saúde 2011-2016 procura organizar-se em torno da premissa de que a saúde é cada vez mais uma co-produção, na qual todas e todos são chamados a ser os seus co-produtores⁹;
- Este, ou qualquer outro Plano de Saúde, só faz sentido se for considerado como um esforço cooperativo, no qual os serviços de saúde são um dos seus múltiplos actores.

A concepção e o modelo teórico do Plano Regional de Saúde 2011-2016 visam articular os eixos estratégicos definidos com uma gestão e intervenção em saúde, comprometidas com resultados e ganhos em saúde e combina as várias assumpções, a partir de elementos organizadores que procuram explicitar o próprio processo de construção do Plano.

ELEMENTOS ORGANIZADORES



GANHOS EM SAÚDE

- Definição de áreas de atenção e métricas relativas às áreas em foco;
- Identificação de determinantes e factores de risco;
- Identificação de dimensões específicas (níveis de intervenção e cuidados, quadro de operações, fluxo de informação);
- Identificação de instrumentos de acção (informação, sistemas de feedback, formação, vigilância e geração de sinal de evidência).

⁹Harrison, D., 2002.

SITUAÇÃO ACTUAL

- Representação longitudinal e análise de variabilidade nacional, regional, local, institucional, configurada no Perfil de Saúde 2004-2010;
- Identificação de sistemas e fontes de informação;
- Selecção de índices, indicadores de métricas, para monitorização e avaliação futuras.

ANÁLISE CRÍTICA DE ESTRATÉGIAS ACTUAIS

No processo de enquadramento, procedeu-se a uma análise referencial a outros planos, programas e linhas normativas, regulamentares ou de intervenção, inventariando objectivos, mecanismos, grau de implementação, integração com outras políticas, processo de monitorização e avaliação.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

- Objectivos que descrevem implicitamente a contribuição integrada de todos os actores e sectores, e o alcance das acções no sentido da Visão;
- Objectivos com racionalidade interpretativa de potenciais ganhos;
- Objectivos com referência ao estabelecimento de prioridades e de impacto provável em saúde.

RECOMENDAÇÕES

- Definição de expectativas quanto aos ganhos em saúde a alcançar;
- Enumeração de elementos estratégicos a considerar;
- Explicitação de responsabilidades e de implicações na área da governação em saúde, inclusive de outros sectores.

VISÃO

A Visão em cada área de atenção, foi definida como o ponto de chegada qualitativo para efectivos ganhos em saúde em 2016.

AGENDA DE INFORMAÇÃO E DE INVESTIGAÇÃO

Parcela da construção da estratégia em que se procede à identificação de dados, fontes de informação, áreas e estudos a desenvolver, em prol de melhor caracterização, monitorização e conhecimento operacional e científico.

AVALIAÇÃO

A avaliação no contexto do Plano Regional de Saúde 2011-2016, está relacionada com o cumprimento da missão e deve prever medições do nível de saúde, agregado em áreas seleccionadas de intervenção (sistema de saúde, actividade institucional e programas e projectos de saúde)¹⁰.

PRODUTOS DO PLANO REGIONAL DE SAÚDE 2011-2016



O processo de construção do Plano Regional de Saúde 2011-2016 é dinâmico, considerando no horizonte temporal definidos procedimentos de actualização, redefinição e produção dos vários suportes de informação e acção que constituem o Plano. A organização documental em si, que sustenta o Plano Regional 2011-2016, configura-se como um conjunto de produtos, designadamente:

- PERFIL DE SAÚDE DA RAM, 2004-2010;
- PRS 2011-2016 - Caderno Técnico 1 - Enquadramento e Objectivos;
- PRS 2011- 2016 - Caderno Técnico 2 - Índices, Indicadores e Métricas;
- PRS 2011- 2016 - Estratégia Regional de Luta contra a Droga¹¹;
- PRS 2011- 2016 - Caderno Técnico 3 - Fichas Técnicas das Estratégias Regionais;
- PRS 2011-2016 - Fichas Técnicas de Planos, Projectos e Intervenções Transversais;
- PRS 2011-2016 - Ficha Técnica Bibliográfica.

¹⁰Hartz, Z., Ferrinho, P., 2011.

¹¹A Estratégia Regional de Luta Contra a Droga 2011-2016 inscreve-se numa abordagem de saúde pública, actuando ao nível dos determinantes que decorrem de factores individuais (psicológicos) e de factores ambientais, sociais e culturais, para a adopção de um estilo de vida saudável por parte dos cidadãos, orientando as actividades das instituições públicas e servindo de referência para a sociedade civil e as suas instituições.



O Plano Regional de Saúde 2011-2016 está investido de poder para reforçar o **desempenho do sistema de saúde**, constituindo-se como:

- Plataforma para comunicar objectivos e permitir, a partir destes, organizar acções, indicadores, metas e prioridades;
- Foco na avaliação do impacto da saúde;
- Eixo orientador para a obtenção de ganhos em saúde, através de objectivos estratégicos como a redução da mortalidade sensível aos cuidados e à promoção da saúde, a integração dos cuidados de saúde e a promoção de comportamentos saudáveis.

A estrutura da SRAS com responsabilidade na definição técnica das políticas de saúde e da tutela do serviço de Saúde Pública, deverá ser responsável pela observância, monitorização e avaliação dos objectivos, comprometendo-se com a monitorização do painel de indicadores seleccionados, sendo o progresso apresentado no formato de relatório (versão sumária), intercalar e final. O relatório que venha a ser elaborado, deverá permitir através de uma análise aos factores críticos de sucesso, a avaliação às políticas públicas de saúde implementadas, contribuindo para o seu ajustamento contínuo às necessidades da população.



O referencial teórico da saúde pública é transversal a toda a acção em saúde, surtindo efeito na coesão social e na promoção e valorização do conceito de saúde e bem-estar das comunidades¹². A Saúde Pública, através dos múltiplos instrumentos de vigilância, promoção e educação para a saúde, posiciona-se, no global dos sistemas de saúde, como a garantia para melhor lidar com a incerteza e responder rápida e eficientemente aos novos desafios em saúde, bem como assegurar a informação e a atitude sistémica dirigida à promoção da saúde e à prevenção da doença.

VIGILÂNCIA DE ACÇÃO COMUNITÁRIA



O desenvolvimento da acção em Saúde, deve focalizar-se nos factores e circunstâncias que influenciam a Saúde Pública nomeadamente, as condições de vida das populações, a envolvente ambiental, os estilos de vida e o risco colectivo decorrente da progressão geométrica da exposição individual.

A responsabilidade pelos diferentes factores que influenciam a Saúde Pública, deve ser partilhada entre os vários sectores sociais e a abordagem deve ocorrer aos diferentes níveis de intervenção. O sucesso do trabalho em Saúde Pública, requer esforços dos múltiplos actores (plurais e singulares) da sociedade.

A Saúde Pública deve merecer a atenção na organização estratégica das diferentes áreas de políticas públicas. Os objectivos e as declarações de acção na área da Saúde Pública, devem ser assumidos pelos distintos sectores e actores, como o ponto de orientação para a formulação dos seus próprios objectivos e orientação para o desenvolvimento das suas actividades, para que se alcance, em conjunto, o propósito de mais e melhor saúde para todos.

ÁREA PROGRAMÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA



VISÃO

Pessoas saudáveis em Comunidades Saudáveis.

¹²Fernandes, Adalberto C., 2011.

DIMENSÕES

- Vigilância do estado de saúde da população;
- Promoção da saúde e bem-estar;
- Prevenção da doença, acidentes e lesões;
- Protecção da saúde;
- Regulação, legislação e políticas públicas;
- Investigação e inovação;
- Desenvolvimento e potenciação de competências nos diversos actores.

OBJECTIVOS

- Prevenir e preparar respostas de contenção e controlo na emergência pandémica e epidémica;
- Assegurar a disponibilização do conjunto de vacinas de acesso universal, para alcançar a protecção mais eficiente nas doenças com maior impacto nas comunidades e velar pelo cumprimento da execução do acesso às mesmas, através do Programa Regional de Vacinação;
- Promover mecanismos de sinalização, prevenção e controlo de riscos ambientais;
- Fomentar um estado de compromisso colectivo de prevenção de acidentes e lesões externas;
- Promover e encorajar os comportamentos de saúde com base em indicadores de epidemiologia social;
- Advogar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde;
- Definir linhas prioritárias de investigação em Saúde Pública;
- Definir referenciais de competências e formação em Saúde Pública, a nível regional e local;
- Compartilhar responsabilidades na resposta aos desastres e na assistência às comunidades em recuperação.

A actuação em Saúde Pública no horizonte 2011-2016, prioriza a abordagem aos determinantes da saúde modificáveis, trazidos à ribalta pela evidência científica e pelas posições dos organismos nacionais e internacionais, considerando a relação dos mesmos na evolução pandémica das doenças não transmissíveis e conseqüente mortalidade.

A acção dirigida aos determinantes da saúde modificáveis, considerará a interacção entre os mesmos e as doenças com eles relacionados, conforme a seguinte matriz¹³:

Doenças Não Transmissíveis	Factor de risco modificável			
	Tabaco	Alimentação inadequada	Sedentarismo	Álcool
Doença cardiovascular (cardíaca e AVC)	✓	✓	✓	✓
Diabetes Mellitus		✓	✓	✓
Cancro	✓	✓	✓	✓
Doença pulmonar crónica	✓	✓		

A intervenção combinará acções de educação para a saúde, acções que modifiquem as condições ambientais e acções relacionadas com o rastreio sistemático de certas doenças crónicas. O objectivo das acções relacionadas com a educação para a saúde é alterar comportamentos individuais e encorajar a adopção de estilos de vida saudáveis. Estas acções são dirigidas à população, como um todo, e serão disponibilizadas de forma colectiva, segmentando as audiências e como parte das consultas individuais com os profissionais de cuidados de saúde.

As acções de intervenção nos determinantes ambientais, realizar-se-ão em parceria com os outros sectores, no sentido de ajudar a modificar os ambientes social, económico e físico, que influenciam e apoiam as escolhas individuais e colectivas para um estilo de vida e vivências saudáveis.

¹³ WHO, Combating NCDs: Protecting health, promoting development - presentation for discussion 2011.



O Sistema Regional de Saúde, como outros Sistemas de Saúde, enfrenta múltiplos desafios. As opções estratégicas implicam preparação para o envelhecimento da população e para as consequências de maior longevidade; exigem capacidade de antecipar, de frontar e actuar na emergência, reemergência e redistribuição da doença, bem como encontrar soluções para as questões delicadas, relacionadas com as expensas crescentes e a sustentabilidade dos serviços de saúde, estas últimas muito por conta do desenvolvimento técnico, científico e tecnológico que acarretam novas abordagens clínicas e uma panóplia de tratamentos altamente diferenciados.

Assim, o planeamento normativo e estratégico tomou por referência:

As principais necessidades de saúde da população da Região, identificadas a partir do Perfil de Saúde evolutivo regional referente ao período 2004-2010:

As primeiras causas de morte na RAM em 2006 (Risco de Morrer, DGS):

- Doenças do Aparelho Circulatório (233,5⁰⁰/₀₀₀);
- Tumores Malignos (167,6⁰⁰/₀₀₀);
- Doenças do Aparelho Respiratório (144,0⁰⁰/₀₀₀).

Considerou ainda:

- A evidência de outros estudos realizados na Região tais como: o Estudo da Prevalência da Hipertensão Arterial na RAM, 2009; Estudo da Prevalência da Diabetes Mellitus na RAM, 2009 e 1º Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal, 2010;
- As principais prioridades e orientações estratégicas, definidas a nível do Plano Nacional de Saúde, incluindo a Visão, Princípios e Finalidades;
- As principais prioridades e orientações estratégicas definidas, a nível nacional e internacional, com ênfase no posicionamento estratégico da Organização Mundial da Saúde.

Atendeu particularmente:

- À identidade da Região e aos diferentes matizes da sua população;

- Ao reconhecimento de que os principais determinantes da saúde se situam nos domínios social, económico e ambiental;
- Ao pressuposto da co-responsabilização e co-participação dos cidadãos (no plano individual), bem como dos diferentes sectores da sociedade (no plano político-institucional), na intervenção em saúde, na Região.

A operacionalização das Estratégias Regionais para cada um dos problemas priorizados, sustenta-se em elementos táticos designadamente:

VISÃO (meta qualitativa)

OBJECTIVOS INTERMÉDIOS (mediadores entre a acção pretendida e o alcance do objectivo estratégico)

DOMÍNIO/DESCRITIVO (áreas de explicitação e intervenção)

ACÇÃO E INSTRUMENTOS (descrição da actuação e dos mecanismos que vão apoiar ou facilitar a acção)

INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO (priorização de áreas para construção de evidência e formação dos intervenientes)

INTERVENIENTES (todos os actores e sectores envolvidos na prossecução dos objectivos)

AVALIAÇÃO (indicadores e outros elementos de monitorização e avaliação)

As recomendações de acção para cada uma das estratégias regionais, observam os seguintes princípios¹⁴:

- Criar as condições necessárias para facilitar a opção por um estilo de vida saudável;
- Construir alianças para alcançar um trabalho em Saúde Pública sistemático e holístico;
- Atribuir maior ênfase à prevenção nas Unidades prestadoras de Cuidados e Serviços de Saúde;
- Basear todo o trabalho em Saúde Pública no conhecimento e na experiência.

¹⁴ Adaptado de National Health Plan for Norway 2007-2010.

Decorrente do exercício de enquadramento do Plano Regional de Saúde 2011-2016 e confirmando a crescente importância das doenças crónicas, as áreas em foco no Plano Regional de Saúde 2011-2016 são: **Diabetes, Doenças Oncológicas, Doenças Cardiovasculares e AVC, Doenças Respiratórias Crónicas** e os factores de risco modificáveis: **alimentação inadequada, inactividade física, tabaco e álcool.**

As recomendações de acção vão revelar os comportamentos individuais e colectivos, face aos riscos em saúde e à gestão da doença e serão explícitas através de fichas técnicas, elaboradas segundo os elementos anteriores e incorporadas num Caderno Técnico. Os planos, projectos e intervenções ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, transversais à prossecução dos objectivos do Plano Regional 2011-2016, serão igualmente explicitados através de fichas técnicas, construídas segunda a matriz organizadora, definida durante todo o período de vigência do Plano.

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A SAÚDE E FACTORES DE RISCO MODIFICÁVEIS



VISÃO

Liderança colaborativa a nível regional e local na Promoção da Saúde e na abordagem dos factores de risco modificáveis para as doenças crónicas.

DIMENSÕES

- Áreas em Foco:

- Ciclo de Vida;
- Saúde Oral;
- Saúde Mental;
- Saúde Óssea;
- Tabaco;
- Álcool;
- Actividade Física;
- Alimentação.

- Princípios da Estratégia:

- Parcerias;
- Capacitação;
- Desigualdades em Saúde;

- Translação de Conhecimento;
- Comunicação e Marketing Social;
- Vigilância, Monitorização e Avaliação.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

- Promover a saúde estimulando um contexto favorável à saúde, ao longo do Ciclo de Vida, agindo por antecipação para identificar períodos críticos e janelas de oportunidade, em que o potencial para a promoção da saúde e prevenção da doença são elevados;
- Atender às desigualdades em saúde e priorizar grupos populacionais e intervenções, que permitam reduzir os factores de risco para as doenças crónicas;
- Promover a incorporação efectiva e atempada de informação baseada em evidência nas práticas dos profissionais de saúde, em matéria de promoção e educação para a saúde;
- Promover a conscientização e educação sobre comportamentos de saúde, factores de risco e estratégias de redução de risco ao longo da vida;
- Desenvolver um repositório de informação e mecanismos de avaliação para monitorar tendências, factores de risco modificáveis e comportamentos de saúde na população;
- Implementar metodologias de investigação para avaliação das iniciativas de prevenção, vigilância e monitorização de factores de risco e doenças crónicas.

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A DIABETES



VISÃO

Melhor informação, mais conhecimento, maior acção integrada e abrangente na prevenção, tratamento e controlo da Diabetes Mellitus.

DIMENSÕES¹⁵

- Educação;

¹⁵International Diabetes Federation, Global Diabetes Plan 2011-2021.

- Prevenção;
- Risco e sinais de alerta;
- Diagnóstico precoce, tratamento em tempo útil e controlo;
- Gestão integrada da doença e referenciação.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

- Estimular a participação dos vários sectores sociais e múltiplos parceiros na Estratégia Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e suas complicações;
- Criar e difundir instrumentos de informação e guias de acção, que apoiem as iniciativas a nível regional, local ou institucional na prevenção, gestão e controlo da diabetes;
- Instituir iniciativas de educação para a saúde baseadas na evidência, como parte integrante da Estratégia Regional para a Diabetes e instrumento de capacitação da população e das pessoas com Diabetes na prevenção, tratamento e controlo da doença;
- Convergir a acção para diminuir os factores de risco modificáveis, investir no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações da Diabetes;
- Melhorar os resultados em saúde nas pessoas com Diabetes.



VISÃO

Melhores cuidados cardiovasculares e mais prevenção da doença cardíaca, através da formação profissional, da investigação, da cooperação e subsídios científicos e de uma reconhecida autoridade técnica para os padrões de intervenção.

DIMENSÕES

- Prevenção, detecção e abordagem educacional e terapêutica dos factores de risco;

- Identificação precoce e tratamento adequado do ataque cardíaco e do AVC;
- Prevenção dos eventos cardiovasculares recorrentes.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

- Estender a participação na Coordenação da Estratégia Regional para as Doenças Cardiovasculares e AVC, ao sector da educação e do ensino superior;
- Requalificar a intervenção dos profissionais de saúde em tempo e qualidade, face à educação para a saúde cardiovascular;
- Prevenir e monitorizar os factores de risco:
 - Excesso de peso/obesidade;
 - Diabetes Mellitus;
 - Hipertensão arterial;
 - Colesterol elevado.
- Investir no diagnóstico precoce, fazendo uma abordagem integrada dos vários factores de risco de mortalidade e morbidade cardiovascular: tabagismo, dislipidémia, diabetes, abuso de álcool, sedentarismo, obesidade e stress;
- Balizar intervenções “standard” transversais aos vários factores de risco em etapas cruciais do ciclo de vida, no sentido da prevenção da doença cardiovascular designadamente a avaliação de Índice Massa Corporal e perímetro abdominal, pressão arterial, glicemia, colesterol, hábitos tabágicos;
- Disseminar protocolos de boas práticas e *guidelines* de rastreio de factores de risco e tratamento, baseados na evidência;
- Investir na comunicação e no marketing social dos sinais e sintomas do ataque cardíaco e do AVC e da necessidade de ajuda urgente.



VISÃO

Melhores condições de diagnóstico precoce e tratamento das doenças oncológicas num ambiente de qualidade e segurança clínicas.

DIMENSÕES

- Prevenção;
- Vigilância epidemiológica:

- Registos oncológicos;

- Detecção Precoce:

- Cancro da mama:

- o Rastreio por mamografia a cada 2 anos;
- o Mulheres dos 45 aos 69 anos;

- Cancro do colo do útero:

- o Rastreio por citologia cervical a cada 2-3 anos;
- o Mulheres dos 25 aos 69 anos;

- Cancro do cólon e recto:

- o Rastreio por pesquisa de sangue oculto nas fezes a cada 2 anos;
- o Homens e mulheres dos 50 aos 74 anos;

- Tratamento:

- o Tempos máximos de resposta garantidos¹⁶;
- o Cuidados centrados no doente;

- Qualidade de vida e sobrevivência.

OBJECTIVOS

- Detecção precoce de novos casos de cancro;
- Melhorar os índices de sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes;
- Melhorar os registos oncológicos;
- Providenciar o acesso ao tratamento óptimo e aos cuidados adequados.

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS



VISÃO

Transcender a especificidade da doença e concentrar-se na prevenção de factores de risco: fumo (activo ou passivo), poluição atmosférica (interior ou exterior), exposição a alérgenos, infecções respiratórias recorrentes na 1ª infância, poeiras e químicos ocupacionais.

¹⁶ERS - portaria 1529/2008.

DIMENSÕES

- Factores de risco;
- Saúde ocupacional;
- Qualidade de ar interior e exterior;
- Crescer com saúde respiratória;
- Cronicidade Pós infecção.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

- Advogar pelo reconhecimento da importância das doenças respiratórias e da necessária abordagem estratégica de nível regional;
- Enfatizar uma abordagem de base populacional, integrando acções de comunicação e educação para a saúde, em locais da comunidade: escolas e locais de trabalho;
- Melhorar o Diagnóstico das Doenças Respiratórias Crónicas e das Alergias Respiratórias;
- Controlar as Doenças Respiratórias Crónicas e Alergias através de boas práticas terapêuticas e de autocontrolo da doença;
- Manter a segmentação e qualificar as respostas terapêuticas às **Doenças Respiratórias Crónicas Pediátricas e Alergias Respiratórias**.



VISÃO

Reforçar a rede de CSP, diversificando a oferta e assegurando o acesso baseado nas necessidades e expectativas ajustadas das comunidades.

ÁREAS DE ATENÇÃO

- Prevenção da doença e promoção da saúde;
- Organização dos Recursos Técnicos e Humanos;
- Integração e Continuidade de Cuidados;
- Eficácia e desempenho em Cuidados de Saúde Primários.

OBJECTIVOS

- Potenciar as oportunidades técnicas e humanas em cuidados de saúde primários, capitalizando-as em equipas multiprofissionais como pilar organizativo e assegurar a formação contínua e permanente das mesmas;
- Enfocar a governação clínica, segmentando a esfera específica de CSP;
- Intensificar a racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados, através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-económica (objectivo comum);
- Enfatizar a intervenção em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde;
- Reforçar a integração de cuidados do ponto de vista do cidadão, criando um contínuo ao longo de todas as áreas de prestação de cuidados, com o início do percurso clínico em Cuidados de Saúde Primários;
- Consolidar a verticalidade das normas de actuação nas áreas da Prevenção da Doença e Promoção da Saúde;

- Reforçar a eficácia dos cuidados prestados, através de indicadores de resultado e desempenho assentes em critérios baseados na evidência;
- Adoptar modelos organizativos da prestação de cuidados, capazes de otimizar os recursos disponíveis e colmatar as lacunas de atenção à comunidade;
- Consolidar o sistema de informação, robusto e credível, de utilização fácil na prática clínica, tendendo para um registo electrónico comum centrado no cidadão, observando os princípios da privacidade e confidencialidade (objectivo comum).

CUIDADOS HOSPITALARES - ÁREAS DE ATENÇÃO ATÉ 2016



VISÃO

Reforçar a componente humana, estrutural e de equipamentos da rede hospitalar regional, de forma a assegurar uma resposta efectiva face às necessidades da população.

ÁREAS DE ATENÇÃO

- Continuidade de cuidados e cooperação intersectorial;
- Sustentabilidade;
- Acesso e qualidade;
- Sistema de informação e avaliação.

OBJECTIVOS

- Investir na Formação permanente e constante de todos os profissionais procurando, a médio e a longo prazo, garantir um *continuum* de competências em todas as áreas clínicas, elevando esta formação ao nível dos estudos avançados;
- Desenvolver acordos de cooperação para formação com Centros Académicos de Referência e outras estruturas de formação idóneas, favorecendo o desenvolvimento da cadeia de valor do conhecimento e das competências dos profissionais;

- Intensificar a racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados, através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-económica (objectivo comum);
- Redimensionar e ampliar as estruturas físicas hospitalares, de forma a ultrapassar os constrangimentos actuais, de modo a esbater listas de espera em áreas assistenciais mais procuradas e conferir espaços condignos e apropriados às exigências técnicas e humanas;
- Consolidar o sistema de informação, robusto e credível, de utilização fácil na prática clínica, tendendo para um registo electrónico comum centrado no cidadão, observando os princípios de privacidade e confidencialidade (objectivo comum).

DIMENSÕES ESPECÍFICAS



URGÊNCIA HOSPITALAR - VIAS VERDES



VISÃO

Consolidar os mecanismos de gestão de situações críticas.

OBJECTIVOS

- Reforçar os níveis de responsabilidade, empenho e motivação dos profissionais na actuação no âmbito dos sistemas de resposta rápida;
- Potenciar a cadeia de comando e controlo das Vias Verdes intra e extra-hospitalar;
- Actualizar a formação, com vista à diferenciação dos profissionais de Saúde envolvidos nas Vias Verdes;
- Melhorar a articulação entre os diferentes níveis de emergência, potenciando o desempenho das Vias Verdes.



VISÃO

Melhor qualidade de vida e mais conforto para os doentes em fase final de vida.

OBJECTIVOS

- Estruturar e formalizar os cuidados paliativos na RAM;
- Assegurar acessibilidade e equidade aos cuidados paliativos;
- Descentralizar as unidades de cuidados paliativos para unidades da rede de cuidados do sector público, social e privado;
- Ampliar as competências das Equipas de Saúde Familiares para a área dos cuidados paliativos a nível domiciliário;
- Criar Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos intra e extra hospitalar.



Actualmente, o potencial de aplicação das tecnologias de informação e comunicação (TIC) no sector da Saúde é notório. A tecnologia só por si apresenta uma evolução evidente, onde a sua implementação resulta na prestação de cuidados com elevada qualidade, segurança e eficiência, com uma melhor adequação às necessidades dos utentes.

O aproveitamento deste tipo de tecnologias, gera valor por representar um factor chave nas reformas estratégicas dos sistemas de saúde e ao permitir a inovação e a transformação do processo de prestação de cuidados.

As TIC, por seu turno, alicerçam duas dimensões essenciais tais como os sistemas de informação (SI) e e-Health (e-Saúde).

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO



Segundo a OMS, a eficiência e a qualidade da prestação de cuidados depende de SI devidamente estruturados.

Os SI em Saúde consistem em utensílios, tanto para as autoridades e profissionais de Saúde como para os utentes. Tem-se como exemplos o registo de saúde electrónico do utente e todo o conjunto de instrumentos de base tecnológica desenhados para a prevenção, diagnóstico, tratamento, monitorização e gestão da saúde do cidadão.

É essencial definir o que constitui um SI em Saúde e a forma como os seus componentes interagem, de forma a produzir melhor informação, melhores decisões e consequentemente melhor Saúde.

e-HEALTH



O conceito de e-Health agrega em si todas as redes de informação e comunicação sobre saúde, disponíveis online, dirigidas ao público em geral, mas também aos profissionais de saúde, construídas neste âmbito. Do mesmo modo, todo o tipo de prestação de serviços, de informação, de construção de plataformas, de disponibilização de conteúdos e registo electrónico de pacientes/utentes, mas que estão disponíveis online, para serem consultados e usados por toda a população utilizadora de internet,

directamente ou através de terceiros, enquadram-se nesta noção. Por último, inclui-se as redes de informação sobre saúde e os portais de saúde, promoção e prestação de serviços e/ou cuidados de saúde remotos.

A dimensão e-Health faculta ferramentas e soluções que melhoram os sistemas de saúde e respectivos serviços, assim como auxiliam o cumprimento dos direitos dos cidadãos ao facultar mais e melhor informação, proporcionando mais e melhor controlo sobre as suas escolhas.

As suas principais funções vão no sentido de reforçar a informação disponibilizada, a gestão de conhecimento e os processos, através da integração dos sistemas de informação hospitalares e registos electrónicos de saúde. Esta dimensão também deve constituir parte integrante de qualquer reforma em sistemas de saúde ou no desenvolvimento de planos e estratégias, dado que é cada vez mais reconhecida como um factor chave na melhoria da qualidade e eficiência dos serviços de saúde pública mundial.

PANORAMA ACTUAL



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO



Os sistemas de informação, conforme os definimos, existentes no Sistema Regional de Saúde, estão integrados no sector público.

O “registo de saúde electrónico” existente no sector público, tem por base a inserção dos dados clínicos do utente tais como vacinação, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, agendamento da vigilância em saúde e internamento hospitalar, que visam apoiar a tomada de decisão do profissional de saúde. No entanto verifica-se alguma limitação do mesmo, no que se refere à interconexão interna (intra sistema) e externa (com os outros sistemas).

e-HEALTH



O Portal do Utente, a funcionar através do sítio da internet do SESARAM, E.P.E., pode ser considerado como os primeiros passos no domínio e-Health na RAM. A partir deste, o utente pode visualizar o seu percurso no sistema, em termos de agendamento e concretização, de consultas e o estado vacinal.



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os sistemas de informação em saúde, constituirão um referencial único de informação em Saúde, integrado e arquitectado em direcção à acção global do Sistema Regional de Saúde, capaz de subsídios de informação fiáveis, em tempo real, completos, alinhados com o planeamento estratégico regional e úteis para a tomada de decisão, a todos os níveis de intervenção.

e-HEALTH

O e-Health preconiza o incremento do uso das TIC em Saúde para melhorar a qualidade dos cuidados, garantir a segurança do utente, reduzir custos e dotar os indivíduos e comunidades de subsídios de informação para as melhores decisões em Saúde.

OBJECTIVOS



ESTRATÉGICOS

- Assegurar um nível adequado de coordenação da informação em Saúde;
- Aumentar a qualidade da prestação de cuidados e eficiência dos serviços de saúde;
- Reduzir custos operacionais associados à prática clínica;
- Reduzir custos administrativos;
- Possibilitar novas formas de prestação de cuidados;
- Monitorizar os custos em saúde, através de sistemas centrados no utente, que promovam a proximidade com os prestadores de cuidados e que sejam eficientes do ponto de vista dos custos compreensivos;
- Maximizar a partilha de informação e do conhecimento de modo a apoiar a tomada de decisão do profissional de saúde e monitorizar as acções de vigilância em saúde;

- Optimizar os processos e monitorizar o seu desempenho;
- Fornecer informação epidemiológica fidedigna e em tempo útil como elemento vital para a melhoria contínua da Saúde Pública.

OPERACIONAIS

- Adequar a informação disponibilizada para a tomada de decisão estratégica e prática clínica;
- Reduzir o tempo de processamento dos dados;
- Reduzir o manuseamento múltiplo de documentos em suporte papel;
- Facilitar o acesso ao registo clínico de saúde electrónico do utente, *guidelines* e listas de medicamentos.

A definição de objectivos não pode ser alheada do contexto e da tecnologia em uso ou que venha a ser usada sob pena de comprometer a sua execução.

DOMÍNIOS



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

ARQUITECTURA

A arquitectura dos sistemas de informação em saúde, deve contemplar três dimensões para um funcionamento efectivo, que assentam na comunicação com o utilizador, o armazenamento e a recuperação dos dados do sistema e por fim o processamento dos dados em informação, que facilite o desempenho das tarefas do utilizador. O processamento deve ser adaptativo às circunstâncias actuais ou futuras e simples nos circuitos a percorrer.

INTEROPERABILIDADE

A arquitectura deve ser orientada para a interoperabilidade dos sistemas.

A interoperabilidade é a capacidade de dois ou mais sistemas, designadamente computadores, meios

de comunicação, redes, software e outros componentes de tecnologia da informação, de interagir e de trocar dados de acordo com um método definido de forma a obter resultados esperados (Decreto lei n.º 36/2011 de 21 de Junho).

Devem ser eliminados os conflitos de compatibilidade, entre sistemas que criam limitações à utilização de sistemas, de uma forma interoperável.

ESCALABILIDADE

A escalabilidade é o processo de fornecer a uma actividade, condições a mais do que a prevista ou necessária. Com o objectivo de evitar gastos futuros, no caso dos sistemas de informação, pode ser reservado mais espaço para o armazenamento de dados em disco para suprir as necessidades, em caso do volume de informações exceder o esperado (espaço de reserva).

INTEGRAÇÃO

Com o objectivo de eliminar a redundância de informação existente, que promove um aumento de custos de recolha, manutenção e armazenamento de dados, surge a necessidade de integração entre sistemas, mais concretamente entre a informação assistencial e a vigilância epidemiológica. A total integração das informações originadas nos sistemas existentes, deve ser uma oportunidade e um esforço para aprimorar o Sistema de Informação Único em Saúde.

SEGURANÇA

• Privacidade/Confidencialidade

Dada a especificidade e a sensibilidade da informação em Saúde e a própria incerteza em torno da moldura legal existente e aplicada às TIC, a privacidade e a confidencialidade constituem barreiras importantes a ultrapassar, caso se pretenda atingir o uso abrangente deste tipo de tecnologias. Devem ser adoptadas medidas para prevenir a ocorrência de acessos não autorizados.

• Integridade

A qualidade dos dados e do software é vital. O risco de erros nos dados e no próprio software deve ser controlado e minimizado. A protecção contra a perda e corrupção de dados é um dos aspectos essenciais a não descurar.

- Disponibilidade

Cada vez mais, as instituições de saúde estão dependentes do uso e funcionamento correcto dos sistemas de informação, o que implica a necessidade de um maior número de acções com o objectivo de diminuir a probabilidade de interrupções de serviço, associadas à prevenção contra o uso não autorizado dos dados. Logo, o acesso autorizado à informação confidencial, deve ser efectuado, quando é estritamente necessário. A informação apenas é importante, também se puder ser disponibilizada no momento em que dela se necessita.

- Usabilidade

No desenvolvimento de produtos utilizáveis, torna-se imperativo conhecer, entender e trabalhar com as pessoas que possam ser representativas dos actuais ou potenciais utilizadores das aplicações. Os sistemas produzidos devem ser fluidos, *user-friendly* e ambicionados pelos utilizadores.

e-HEALTH

INFRA-ESTRUTURA

A infra-estrutura agrega dimensões como a conectividade, hardware e software, que são essenciais à disponibilização e processamento de conteúdos digitais. Uma vez que os sistemas de e-health e os respectivos serviços não podem existir sem uma infra-estrutura técnica, este é um domínio chave no modelo de desenvolvimento do e-health e deve ser amplamente ajuizado e escrutinado em todas as suas dimensões.

ACESSIBILIDADE

A implementação de um plano regional para o desenvolvimento contínuo das TIC na área da Saúde, atento ao equipamento informático, software e internet, alicerçado no desígnio da acessibilidade, constitui uma acção fundamental para o desenvolvimento do e-Health no futuro.

Observar este mesmo princípio, na necessária descentralização institucional dos SI.

PROTECÇÃO DO CIDADÃO/CONFIDENCIALIDADE

Assegurar, tanto o acesso como a produção de informação segura, constitui um desafio aos utilizadores e produtores de informação, respectivamente. A ausência deste requisito nas soluções existentes, a nível global, tem vindo a prejudicar a implementação de aplicações informáticas, na área da saúde e o uso efectivo da internet.

A recente utilização do e-Health no sistema de saúde, impõe que todos os esforços sejam no sentido de assegurar a integridade e confidencialidade deste tipo de aplicações, regulando-as através de legislação.

EQUIDADE

A equidade é reconhecida como um valor chave no desenvolvimento da saúde. É determinada através de políticas que promovam um acesso equitativo às iniciativas de e-Health, a todos os utentes, de forma a reduzir as diferenças geográficas, económicas, face ao sexo, idade e competências no âmbito das TIC. O acesso equitativo exige dotar os cidadãos de competências tecnológicas, para assegurar um efectivo acesso tecnológico.

INTEROPERABILIDADE

A interoperabilidade é usada para descrever sistemas e serviços que estão ligados, de forma a trabalharem em conjunto, de forma consistente e efectiva enquanto é mantida a confidencialidade, privacidade e segurança, tanto do paciente como do profissional de saúde. Este atributo, contribui para a resolução da questão relativa à integração dos serviços, onde a informação deve fluir em todos os níveis do sistema de saúde.

A interoperabilidade está envolvida em todos os aspectos subjacentes ao e-Health e por seu turno, assegura uma maior liberdade de escolha por parte do utilizador, do que quando este usa um sistema específico.



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE



Nesta óptica, para que os SI na área da Saúde apresentem melhorias efectivas, é também fundamental atender ao aperfeiçoamento das competências ao nível dos recursos humanos, através da formação nas áreas de recolha, análise e apresentação de dados no âmbito da gestão da informação em Saúde e epidemiologia, bem como na área dos registos de saúde electrónico.

A formação deve ser contínua e disponibilizada a todos os níveis de competência.

Assim, é possível atingir uma melhoria significativa da qualidade da informação obtida e uma melhor compreensão da sua importância, por parte dos técnicos na área da Saúde.

Os SI são igualmente imprescindíveis a uma agenda de investigação em Saúde. A investigação deve focar essencialmente os problemas de saúde com uma dimensão global ou que atinjam determinados grupos populacionais¹⁷, deve igualmente perseguir o objectivo do sistema de saúde e o desempenho Institucional. Assim, além de ser uma dimensão essencial a um desempenho eficaz dos sistemas de saúde, é uma fonte de informação essencial à tomada de decisão, vital nas seguintes áreas:

- Biomédica;
- Saúde Pública através da vigilância epidemiológica;
- Política e sistemas de Saúde;
- Saúde ambiental;
- Ciências sociais e comportamentais;
- TIC aplicadas à área da saúde como componente geral da “ciência e tecnologia”.

e-HEALTH



Capacitar e promover a participação dos cidadãos para as questões de saúde/doença, através da disponibilização de formação.

¹⁷Miguel, Pereira J., 2011.



- Secretaria Regional – Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (SRAS);
- Administração da Saúde – Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM);
- Serviço Público de Saúde – Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.);
- Serviço Privado de Saúde – Consultórios Médicos, Clínicas, etc.; e entidades externas - Farmácias, Laboratórios de Análises Clínicas, etc;
- Entidades Governamentais Nacionais – ACSS, DGS, etc.;
- Profissionais de Saúde;
- Cidadão.

AVALIAÇÃO



De acordo com referências internacionais, a evidência do impacto das TIC na Saúde é ainda reduzida, uma vez que a informação existente, no que toca à estimação quantitativa, é muito escassa ou nenhuma. Assim, a forma de medir e avaliar a utilização das TIC na Saúde constitui um grande desafio.

Para melhor avaliar este tipo de recursos, é imprescindível atender às necessidades de informação relativamente às TIC. As áreas em avaliação devem responder a:

- Adopção e uso de registos electrónicos e aplicações relacionadas;
- O nível de troca de informação;
- Medidas de segurança e privacidade;
- Adopção de interoperabilidade nos SI/e-Health;
- Adopção de iniciativas de mudança organizacional;
- Uso de dados secundários para monitorizar a saúde pública.

Para a monitorização da qualidade e identificação de áreas de melhoria, é essencial concordância na definição de indicadores a usar. Estes indicadores visam informar sobre as acções executadas, como ultrapassar as barreiras existentes e auxiliar o desenvolvimento de projectos futuros.

Estes são os critérios usados para a selecção de indicadores:

- Relevância para as políticas actuais;
- Reflectir os aspectos tecnológicos, sociais e económicos;
- Medir o valor para os utilizadores e tomadores de decisões;
- Ser de fácil definição, fácil compreensão e de fácil comunicação;
- Ter relevância a longo prazo.

Assim são apresentados os indicadores:

- Grau de satisfação do utilizador face à informação disponibilizada;
- Idade tecnológica das soluções implementadas;
- Nível de maturidade dos SI;
- Proporção de áreas cobertas pelos SI;
- Taxa de participação em acções de formação relacionadas com TIC por serviço;
- Taxa de utilização do “registo de saúde electrónico”;
- N.º de acessos ao portal do utente por tipo de utilizador (utente/profissional de saúde).

6. SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE





I - ENQUADRAMENTO

A Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, enquanto órgão do governo responsável pela definição da política de saúde, assegura, através dos seus organismos, as ações necessárias à sua formulação, execução, acompanhamento e avaliação bem como exerce, em relação aos serviços e instituições públicos das áreas da saúde, as funções de direção, regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção, nos termos da lei;

Os organismos dependentes da SRAS em matéria de administração e gestão da saúde desenvolvem a sua ação segundo seis eixos principais:

1- **Promoção, implementação e monitorização das políticas de saúde no âmbito do Serviço Regional de Saúde (SRS).**

Desenvolvimento dos diferentes níveis de planeamento em saúde: estratégico, normativo, tático e operacional com elaboração de documentos de orientação estratégica e acompanhamento e monitorização das respetivas políticas, com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde.

2- **Recursos Humanos**

Desenvolvimento de atividades conducentes à definição das políticas de recursos humanos, incluindo adoção e emissão de normas de exercício profissional, registo e coordenação da formação médica pós graduada (internato médico) e formação profissional intersectorial.

3- **Gestão da rede de Infraestruturas físicas (imóveis e equipamentos) e tecnológicas.**

Definição e gestão da rede de instalações e equipamentos de saúde existentes na Região, procurando maximizar o seu desenvolvimento equilibrado.

4- **Gestão, aplicação e monitorização dos recursos financeiros disponíveis.**

Definição de Contratos-programa no âmbito da atividade assistencial, bem como a transferência dos respetivos recursos financeiros de acordo com as dotações disponíveis.

5- **Regulação e monitorização da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde na Região.**

Coordenação dos processos de licenciamento das entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e dos estabelecimentos farmacêuticos, de acordo com a legislação em vigor.

6- **Gestão, acompanhamento e monitorização dos acordos, protocolos e convenções celebrados com os prestadores de cuidados de saúde.**

Acompanhamento e revisão todos os acordos, protocolos e convenções com entidades privadas e /ou profissionais liberais, bem como o pagamento aos utentes das respectivas participações.

II- REDE DE ESTABELECIMENTOS DO SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE:

- O Hospital Dr. Nélio Mendonça, vocacionado para tratamento de situações agudas;
- O Hospital dos Marmeleiros, vocacionado para tratamentos de longa duração;
- A Unidade de Cuidados Continuados Dr. João de Almada;
- A Unidade de Tratamento da Toxicodependência;
- Os Centros de Saúde locais e concelhios;
- O Centro Dr. Agostinho Cardoso, vocacionado para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controlo da tuberculose.

Os estabelecimentos hospitalares apresentam as seguintes capacidades instaladas:

Quadro 1 – Lotação Oficial Hospitalar

Unidade	N.º de Camas
Hospital Dr. Nélio Mendonça	511
Hospital dos Marmeleiros	252
Unidade Dr. João de Almada	200

Nota: Inclui camas afetadas à Unidade de Domicílio Virtual

Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, entre Centros de Saúde concelhios e locais (extensões) existem mais de 50 unidades distribuídas por toda a Região Autónoma da Madeira.

Parte II - Programa de Ajustamento Económico e Financeiro da Região Autónoma da Madeira

A sustentabilidade da saúde a nível regional, segundo a ótica da Contabilidade Pública, Da integração das duas entidades, financiadora e prestadora, é possível estabelecer valores previsionais evolutivos do contrato de programa que permite a contratualização dos serviços assistenciais no setor público no horizonte 2020:

Quadro 2 -Valores previsionais dos Contratos-Programa

(em milhões euros)

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
198,00	200,97	203,98	207,04	210,15	213,30	216,50	219,97	223,27

Quadro 3 -Regularização da dívida de Contratos-Programa anteriores

(em milhões euros)

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
11,38	50,00	45,00	50,00	45,00	76,86	0,00	75,00	0,00	353,24

Tendo em conta estes dados, foi elaborada uma projeção da conta económico-financeira tomando como base de partida o orçamento 2012 da saúde.

Quadro 4 – Projeção 1

SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE - PROJEÇÃO DA CONTA ECONÓMICO-FINANCEIRA

	Em milhões de euros									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Subsídio de Investimento	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32
Prestação de Serviços	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transferências correntes do OR - TOTAL	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77
Transferências correntes da Administração Local	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Proveitos Operacionais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Proveitos e Ganhos Financeiros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11
Receita Total	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21
Despesas com o pessoal	3,96	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89
Compras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fornecimentos e Serviços	1,01	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96
Subcontratos										
Produtos Vendidos Farmácias	82,68	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	61,37	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99
Outros Subcontratos	40,79	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47
Outros Serviços de Saúde - Hospitais, EPE	209,38	250,97	248,98	257,04	255,15	290,16	216,50	294,75	223,27	
Imobilizações	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Outras despesas exercício (inclui margem p/cobertura de riscos)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesa Total	399,30	438,36	436,37	444,43	442,54	477,55	403,89	482,14	410,65	
Saldo	0,91	-38,15	-36,16	-44,22	-42,33	-77,34	-3,68	-81,93	-10,44	
PIB da Região previsto no PAEF	5.094,1	5.192,7	5.393,3	5.593,0	5.749,3	5.916,2	6.097,7	6.297,2	6.518,2	
Despesa Total/PIB (%)	7,84%	8,44%	8,09%	7,95%	7,70%	8,07%	6,62%	7,66%	6,30%	

De acordo com a metodologia seguida neste estudo, a análise do rácio Despesa Total /PIB parece ser a que melhor mede o grau de sustentabilidade em saúde, de acordo inclusivamente com um recente estudo publicado pelo Ministério da Saúde em março de 2012.

Porém, se quisermos expurgar o efeito do pagamento da dívida de contratos-programa anteriores teremos a seguinte projeção:

Quadro 5 – Projeção 2

SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE - PROJEÇÃO DA CONTA ECONÓMICO-FINANCEIRA

	Em milhões de euros									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Subsídio de Investimento	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32
Prestação de Serviços	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transferências correntes do OR - TOTAL	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77
Transferências correntes da Administração Local	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Proveitos Operacionais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Proveitos e Ganhos Financeiros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11
Receita Total	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	
Despesas com o pessoal	3,96	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	
Compras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Fornecimentos e Serviços	1,01	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	
Subcontratos										
Produtos Vendidos Farmácias	82,68	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	61,37	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	
Outros Subcontratos	40,79	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	
Outros Serviços de Saúde - Hospitais, EPE	209,38	200,97	203,98	207,04	210,15	213,30	216,50	219,97	223,27	
Imobilizações	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	
Outras despesas exercício (inclui margem p/cobertura de riscos)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Despesa Total	399,30	388,36	391,37	394,43	397,54	400,69	403,89	407,35	410,65	
Saldo	0,91	11,85	8,84	5,78	2,67	-0,48	-3,68	-7,14	-10,44	
PIB da Região previsto no PAEF	5.094,1	5.192,7	5.393,3	5.593,0	5.749,3	5.916,2	6.097,7	6.297,2	6.518,2	
Despesa Total/PIB (%)	7,84%	7,48%	7,26%	7,05%	6,91%	6,77%	6,62%	6,47%	6,30%	

Esta segunda projeção afigura-se como a mais correta sob o ponto de vista de análise progressiva, já que, partindo de uma base 0, indicia a gradual descida do peso da despesa pública em saúde, ao longo do período 2012-2020. De notar que nos últimos anos, serão necessários ajustamentos orçamentais já que o saldo apresenta valores negativos a partir de 2018, por força sobretudo da actualização dos valores dos Contratos-programa.

A título comparativo, s seguir se indica a despesa pública com saúde de diversos países europeus (em % do PIB) de acordo com a OCDE relativos a 2009.

Quadro 6 -Despesa Pública com Saúde em % PIB (2009)

Quadro 6 -Despesa Pública com Saúde em % PIB (2009)			
	% PIB		%PIB
Dinamarca	9,80	República Checa	6,90
Países Baixos	9,50	OCDE	6,90
França	9,20	Eslovénia	6,80
Alemanha	8,90	Finlândia	6,80
Áustria	8,60	Luxemburgo	6,50
Bélgica	8,20	Eslováquia	6,00
Suécia	8,20	Grécia	5,80
Reino Unido	8,20	Polónia	5,30
Itália	7,40	Estónia	5,30
Portugal	7,20	Hungria	5,20
Irlanda	7,20	Turquia	4.40
Espanha	7,00		

É no entanto de referir que a realidade da saúde na Região Autónoma da Madeira, não é diretamente comparável com os restantes países europeus e inclusivamente com Portugal Continental.

A condição insular e ultraperiférica acarreta inevitavelmente custos acrescidos que em muitos casos não poderão ser reduzidos. Efetivamente, o custo com os transportes de bens - medicamentos, material de consumo clínico, entre outros - oneram o respectivo custo de aquisição.

Por outro lado, e sobretudo na vertente hospitalar, enquanto composta por estruturas de fim de linha, existem certas valências que, numa primeira abordagem não se justificariam face aos números da população, mas que se tornam absolutamente necessárias se levarmos em consideração que a única alternativa seria o encaminhamento dos utentes para Portugal Continental.

7. ESTRATÉGIA DE MONITORIZAÇÃO





A estratégia de monitorização do PESRS S 2011-2016 assentará em quatro grupos de indicadores:

- i) Estado de Saúde/ Problemas de saúde Prioritários: permitem analisar quão saudável é uma população através de dimensões como a mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar;
- ii) Determinantes da Saúde: possibilita o conhecimento sobre os fatores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e da utilização dos cuidados de saúde (comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais);
- iii) Desempenho do Sistema de Saúde, nas suas múltiplas dimensões de aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, sustentabilidade, efetividade, eficiência e segurança;
- iv) Acompanhamento das Ações e Recomendações previstas no PESRS 2012-2016.

A monitorização do PESRS envolverá a evolução dos indicadores ao nível regional e local, assim como os indicadores específicos de programas, projetos ou ações previstas e tomará por referência os grandes grupos de indicadores elaborados a nível nacional.

Os resultados deverão ser capazes de expressar ganhos em saúde em torno de 6 grandes grupos: Mortalidade, Morbilidade, Incapacidade, Satisfação, Resposta do Sistema de Saúde e Sustentabilidade. A sustentabilidade financeira, será expressa em conformidade com a evolução dos valores da conta económica financeira, tendo como indicador o rácio da despesa pública com saúde/PIB expresso em %.

