

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

PLANO DE SAÚDE

Funchal, 2003

INDÍCE

Índice	I
Siglas e Abreviaturas	III
Prefácio	V
INTRODUÇÃO	1
1. AMBIENTE SOCIAL E ECONÓMICO	3
1.1. Demografia	3
1.2. Nível de ensino	5
1.3. Emprego e condição perante o trabalho	5
1.4. Produto interno bruto	8
2. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO	9
3. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	13
3.1. Hábitos alimentares	13
3.2. Actividade física	15
3.3. Tabagismo	16
3.4. Consumo de drogas ilícitas	18
3.5. Consumo excessivo de álcool	20
4. CICLOS DE VIDA	22
5. PROBLEMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS	24
5.1. Problemas do aparelho circulatório	24
5.1.1. Hipertensão arterial	31
5.1.2. Hipercolesterolemia	32
5.1.3. Melhoria da qualidade dos cuidados às doenças cardiovasculares	33
5.2. Cancro	34
5.2.1. Cancro da mama feminina	37
5.2.2. Cancro do colo do útero	39
5.2.3. Cancro do cólon	40
5.2.4. Cancro do pulmão	43
5.2.5. Cancro da próstata	46

5.3. Acidentes	49
5.4. Diabetes <i>mellitus</i>	51
5.5. Cárie dentária	54
5.6. Infecção pelo HIV/SIDA	56
5.7. Doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação	60
5.8. Maternidade e infância	63
5.9. Saúde mental	66
5.10. Tuberculose	68
5.11. Patologias alérgicas – Asma brônquica	71
5.12. Infecção nosocomial	78
6. UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	80
7. QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SATISFAÇÃO DOS UTENTES	84
8. SAÚDE PÚBLICA	86
8.1. Sistema de informação em saúde pública	88
8.2. Epidemiologia	89
8.3. Centro de documentação	90
8.4. Prevenção da doença e promoção da saúde	91
8.5. Saúde ambiental	92
8.6. Formação	93
8.7. Investigação	94
9. SISTEMA DE INFORMAÇÃO	95
10. GESTÃO DO PLANO	98
Glossário	100
Bibliografia	102
Agradecimentos	103
Anexo	104
Fichas – resumo das Metas, Objectivos, Estratégias e Indicadores	105

SIGLAS E ABREVIATURAS

APACHE – *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHF – Centro Hospitalar do Funchal

CID 9 – Classificação Internacional das Doenças, nona revisão

CRIB – Clinical Risk Index for Babies

CRS – Centro Regional de Saúde

DDO's – Doenças de Declaração Obrigatória

DEPE – Divisão de Estudos Planeamento e Estatística

DGS – Direcção Geral de Saúde

Diabcare – *Diabetes care*

DRE – Direcção Regional de Estatística

EUROSTAT – Organismo de Estatística da União Europeia

H – Homens

HIV/VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

HM – Homens Mulheres

ICD 9 – *International Classification of Disease, 9th revision*

IGIF – Instituto de Gestão, Informática Financeira

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

ISAAC – *International study of Asthma and allergies in Childhood*

M – Mulheres

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PRISM – *Pediatric Risk Score of Mortality*

PSA – *Protein Specific Antigen*

RAM – Região Autónoma da Madeira

RISM – Rede Integrada de Saúde da Madeira

SARA – Sistema de Alerta e Resposta Apropriada

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRAS – Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

SRS – Serviço Regional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TISS – *Therapeutic Intervention Scorig System*

UMA – Universidade da Madeira

PREFÁCIO

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
GABINETE DO SECRETÁRIO REGIONAL
9000 FUNCHAL

A saúde é um bem, é um direito, mas é também um investimento e uma política.

A correcta definição de políticas e acções não pode deixar de passar por uma análise rigorosa e crítica da realidade, nem deve prescindir de ideias que facilitem a fixação de objectivos e metas.

O Plano Regional de Saúde procura concretizar estes princípios e conceitos.

As metas estão fixadas e os meios identificados. Há, pois, que deitar mãos à obra e realizar as nossas ambiciosas, mas legítimas aspirações - construir uma sociedade com mais e melhor saúde.

Uma sociedade em que cada indivíduo está dotado dos conhecimentos e dos meios para nascer, desenvolver-se e crescer em harmonia com a sua envolvente física e ambiental.

Uma sociedade em que cada ser humano está preparado e motivado para se manter saudável, adoptando um estilo de vida adequado à constituição do seu equilíbrio,

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
GABINETE DO SECRETÁRIO REGIONAL
9000 FUNCHAL

da sua paz interior, do seu bem estar individual.

Uma sociedade mais justa, potenciadora de maior bem estar colectivo, de paz e justiça social.

A todos os que possibilitaram através da dádiva do seu trabalho, do seu saber e da sua competência, a existência deste documento, e, a todos quantos, no futuro contribuirão para a concretização dos seus objectivos, o meu bem hajam feito e reconhecido, em nome de toda a comunidade que deles beneficiará.

Conceição Almeida Estudante

Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

INTRODUÇÃO

O Plano Estratégico da Saúde da Região Autónoma da Madeira foi elaborado na sequência do Diagnóstico do Sector da Saúde e recorreu a diversas fontes de informação, na recolha de dados sobre mortalidade e morbilidade.

O Plano de Saúde a ser utilizado como um documento de trabalho pelos serviços de saúde, propõe metas, objectivos e intervenções estratégicas, de acordo com as necessidades e problemas identificados.

Os sistemas de informação actuais não disponibilizam indicadores de morbilidade sobre as doenças que não provocam a morte, embora sejam causa de sofrimento, incapacidade e custos sociais. A acessibilidade dos indicadores de mortalidade contribuiu para uma maior presença destes na definição de alguns problemas.

A identificação dos problemas de saúde, a sua hierarquização e a definição de intervenções estratégicas tiveram em consideração os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade do problema.

Na hierarquização dos problemas foi utilizada a metodologia de comparação por pares.

A ordenação final dos problemas foi obtida por consenso após discussão e em sessão colectiva do grupo.

As intervenções estratégicas tiveram em consideração: os ganhos em saúde (promoção da saúde e prevenção da doença); a eficiência e qualidade nos serviços de saúde e a satisfação dos utentes.

O documento – **Plano Estratégico da Saúde** – está elaborado em 10 capítulos. No primeiro capítulo é feita uma caracterização do **Ambiente Social e Económico** da Região Autónoma da Madeira. No segundo capítulo, **Envelhecimento da População**, são apresentados alguns indicadores e propostas intervenções estratégicas para a melhoria da saúde dos idosos. No terceiro capítulo, **Estilos de Vida Saudáveis**, são analisados os principais factores comportamentais que intervêm no nível de saúde da população e são definidos objectivos e propostas intervenções no âmbito dos hábitos alimentares saudáveis, do exercício físico, do consumo de tabaco e de álcool e do consumo de drogas ilícitas. Os **Ciclos de vida** são descritos no quarto capítulo. O quinto capítulo debruça-se sobre os **Problemas de Saúde Prioritários**. Neste capítulo é feita

uma caracterização e apresentadas intervenções ao nível das doenças crónico-degenerativas, das doenças transmissíveis e de outros problemas de saúde. No sexto capítulo, **Utilização de Medicamentos**, é analisado o consumo, os gastos com medicamento e as intervenções estratégicas. O sétimo capítulo, **Qualidade nos Serviços de Saúde e Satisfação dos Utentes**, é dedicado às intervenções no âmbito da Qualidade. No oitavo capítulo, **Saúde Pública**, são abordadas as intervenções prioritárias que decorrem dos actuais padrões de saúde e da mudança registada na configuração e organização dos serviços de saúde. O nono capítulo é dedicado ao **Sistema de Informação**. O corpo do documento termina com o décimo capítulo que versa o modelo de **Gestão do plano**.

Em cada um dos capítulos procurou-se em primeiro lugar caracterizar o problema ou a questão de saúde, e em seguida apresentar as intervenções estratégicas.

As referências bibliográficas ou de legislação estão inseridas em notas de rodapé.

Foram elaboradas fichas-resumo dos problemas de saúde e das estratégias de intervenção que figuram como anexo.

1. AMBIENTE SOCIAL E ECONÓMICO

1.1. Demografia

Evolução da população

Após a tendência regressiva manifestada entre os censos de 1950 e 1970 na população residente na RAM (Figura 1), verificou-se uma lenta recuperação entre 1970 e 1981 do número de efectivos populacionais na ordem dos 0,7%, que pode eventualmente encontrar explicação não apenas na diminuição da emigração, mas também no regresso dos emigrantes à Região.

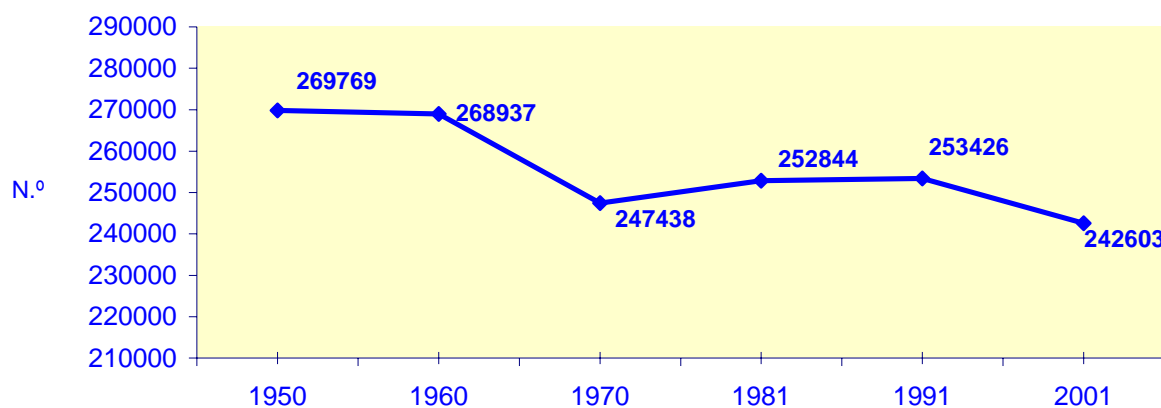


Figura 1. Evolução da população residente na RAM, 1950 a 2001

Fonte: INE, Censos da População, 1950 a 2001

Entre 1981 e 1991 observou-se uma desaceleração no crescimento populacional na ordem dos 0,2%. Na última década ou seja de 1991 a 2001, manifestou-se novamente uma tendência regressiva do número de efectivos populacionais na RAM, na ordem dos -4,3%, traduzindo-se este índice em menos 4 efectivos em cada cem habitantes.

A análise dos dados, segundo a estrutura etária e género, fornecidos pelos censos efectuados à população residente em 1991 e 2001, indica uma redução do número de indivíduos abaixo dos 25 anos (Figura 2).

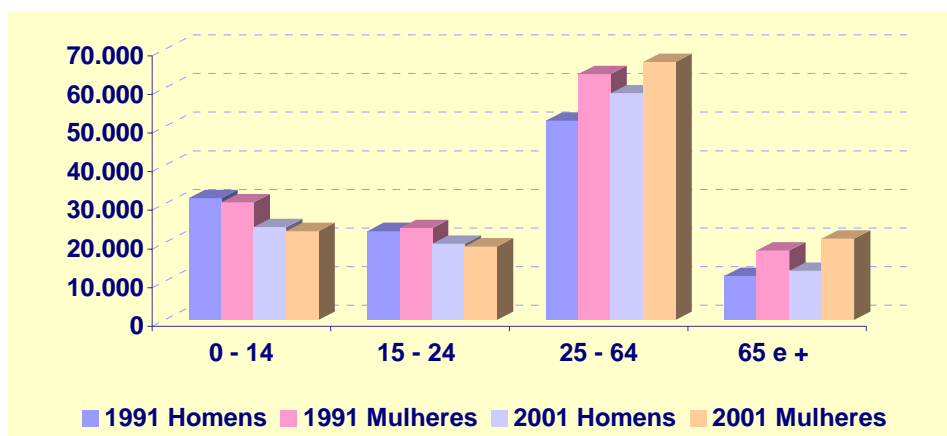


Figura 2. Evolução do número de efectivos da população residente na RAM-1991, 2001, segundo o sexo e grupo etário

(Fonte: INE, Censo da População, 1991, 2001)

Esperança de vida

Numa primeira análise do Quadro 1 observamos que há um aumento da esperança de vida da população (HM) residente na Região Autónoma da Madeira, que acompanha a tendência Nacional e Europeia. Se analisarmos o comportamento da esperança de vida por sexo, constatamos que as mulheres têm ao nascer uma esperança de vida superior à dos homens, mas que essa diferença, em relação ao que acontece a nível nacional (+ 7,1 anos) e europeu (+ 6,3 anos), é mais acentuada na Madeira (+ 9,3 anos). Esta diferença pode ser a tradução de uma mortalidade precoce entre os homens madeirenses.

Quadro 1. Esperança de Vida à Nascença, por Géneros, em Portugal, na RAM e na Euro 15, em 1992/1993, 1996/1997 e 1998/1999

Unidade: N.º de anos

	1992/1993			1996/1997			1998/1999		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	74,5	70,8	78,2	75,0	71,4	78,7	75,4	71,8	78,9
R.A.Madeira	71,7	66,8	76,1	72,9	68,5	76,9	73,3	68,4	77,7
EURO 15 /1997	*	*	*	77,8	74,6	80,9	*	*	*

Fonte: Estatísticas Demográficas - INE / Eurostat
* - Dados não disponíveis

1.2. Nível de ensino

O ensino primário constituía na RAM em 2001, o nível de ensino com maior representatividade (Figura 3).

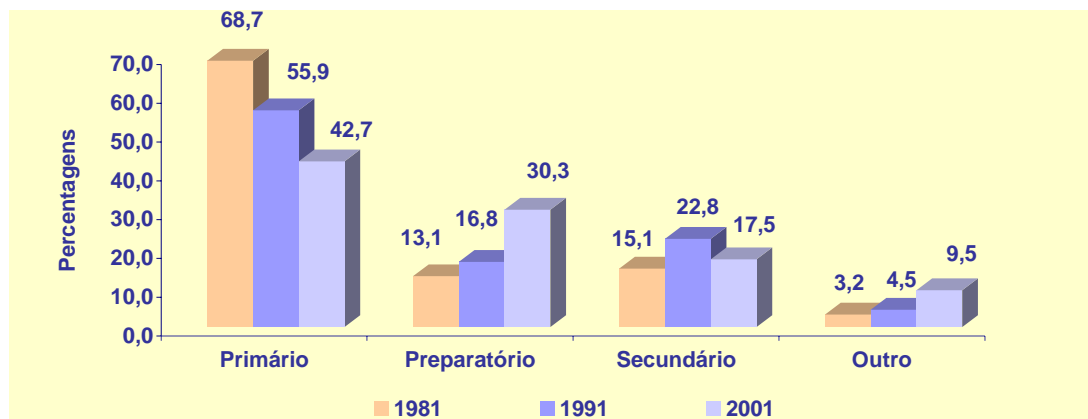


Figura 3. Nível de ensino da população residente na RAM (%), 1981, 1991, 2001
(Fonte: CRS/DEPE)

1.3. Emprego e condição perante o trabalho

A estrutura sectorial do emprego na RAM, conforme ilustrada na Figura 4, caracteriza-se por uma predominância do sector terciário (52%, em 2000).

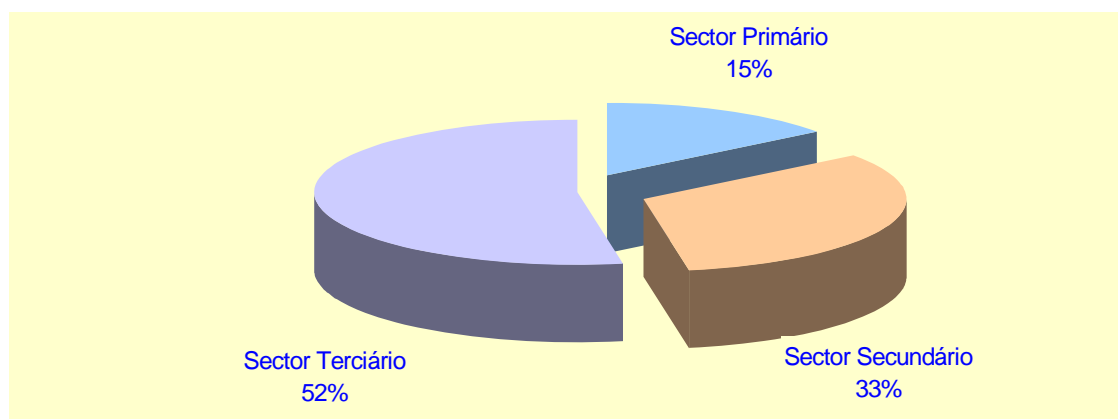


Figura 4. Estrutura do emprego por sector de actividade na RAM, 2000
(Fonte: CRS/DEPE)

O sector terciário tem-se imposto em detrimento dos outros dois sectores de actividade, os quais foram particularmente reduzidos entre 1994 e 1997 (Figura 5).

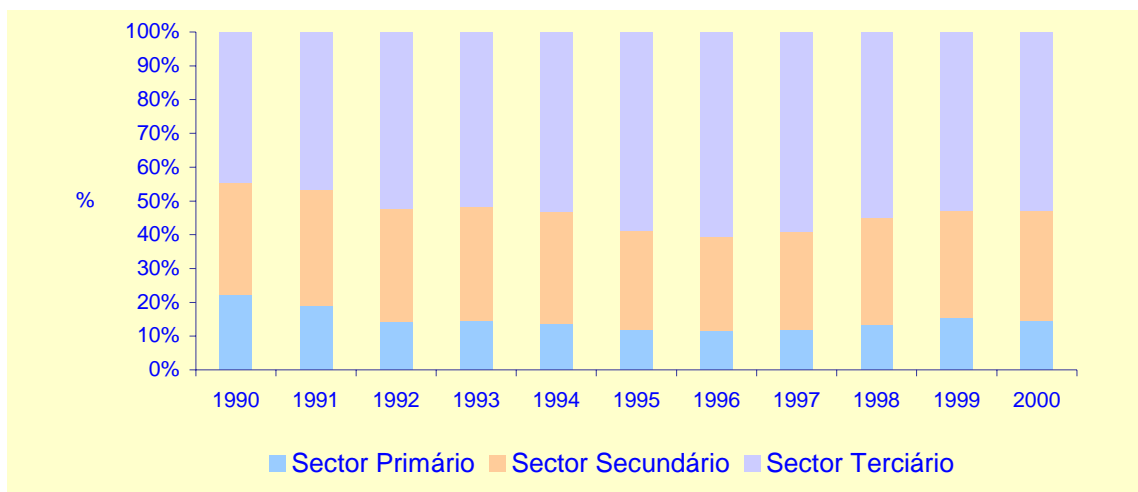


Figura 5. Evolução do emprego por sectores de actividade, RAM- 1990 a 2000
(Fonte: CRS/DEPE)

A taxa de actividade na RAM no ano 2000 situa-se em 45,6%, representando um decréscimo face ao ano de 1999 (Quadro 2).

A taxa de actividade dos homens é superior à das mulheres, quer na Região quer no País.

Quadro 2. População Activa / Condição perante o Trabalho, de 1994 a 2000

Unidade: %

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
R A MADEIRA							
Taxa de actividade	44,7	43,1	43,5	44,3	46,9	46,1	45,6
Homens	X	50,3	50,8	51,3	54,1	53,2	X
Mulheres	X	36,9	37,3	38,4	40,6	39,9	X
Taxa de desemprego	5,2	5,0	5,1	5,2	3,5	2,8	2,5
Homens	X	3,9	4,5	5,1	2,7	1,8	X
Mulheres	X	6,4	5,8	5,3	4,4	3,9	X
PORTUGAL							
Taxa de actividade	48,5	48,3	48,5	49,1	50,0	50,5	51,1
Homens	55,7	56,3	55,4	56,4	57,0	57,3	57,7
Mulheres	41,9	41,8	42,2	42,6	43,6	44,2	44,9
Taxa de desemprego	6,8	7,1	7,2	6,7	5,0	4,4	4,0
Homens	5,9	6,3	6,4	6,0	3,9	3,8	3,4
Mulheres	7,8	8,1	8,2	7,5	6,2	5,1	4,8
EUROPA							
Taxa de actividade	44,7	41,7	44,8	X	X	X	X
Homens	X	X	X	X	X	X	X
Mulheres	X	45	45,3	X	X	X	X
Taxa de desemprego	11,2	10,7	10,8	10,7	10,0	X	X
Homens	X	X	X	X	X	X	X
Mulheres	12,7	12,4	12,4	12,2	11,8	X	X

Fonte: Anuário Estatístico de Portugal; Estatísticas do Emprego – Boletins e Folhas de informação rápida; Estatísticas Demográficas – INE; D.R.E.

Sinais Convencionais:

X - Dados não disponíveis

Por sua vez, a taxa de desemprego na RAM atinge 2,5% da população activa em 2000, dando continuidade à evolução descendente iniciada em 1998. O valor deste indicador na Região tem sido inferior ao registado no País e na Europa (Quadro 2).

À semelhança do que acontece no resto do país a taxa de desemprego na RAM é maior nas mulheres.

1.4. Produto interno bruto

A RAM apresenta um produto *per capita* (Figura 6) de 1.969 mil escudos, em 1999, o que corresponde a um valor próximo da média do País (2.160 mil escudos).

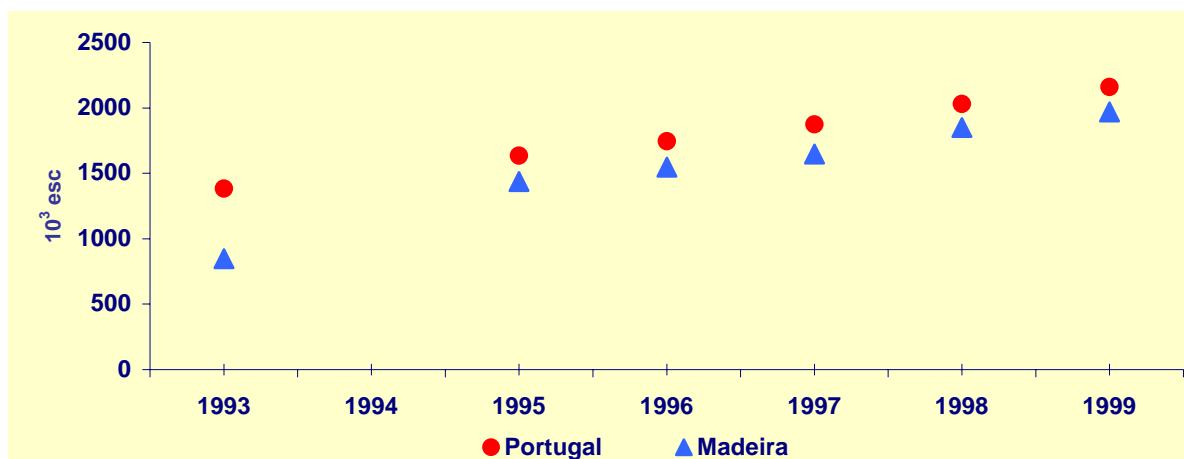


Figura 6. PIB *per capita* em Portugal e na RAM

(Fonte CRS/DEPE)

2. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Caracterização / Definição do problema

O desenvolvimento e a evolução sócio-económica registado na RAM, traduziu-se num factor positivo na medida em que alterou alguns indicadores de saúde nomeadamente ao nível da população idosa.

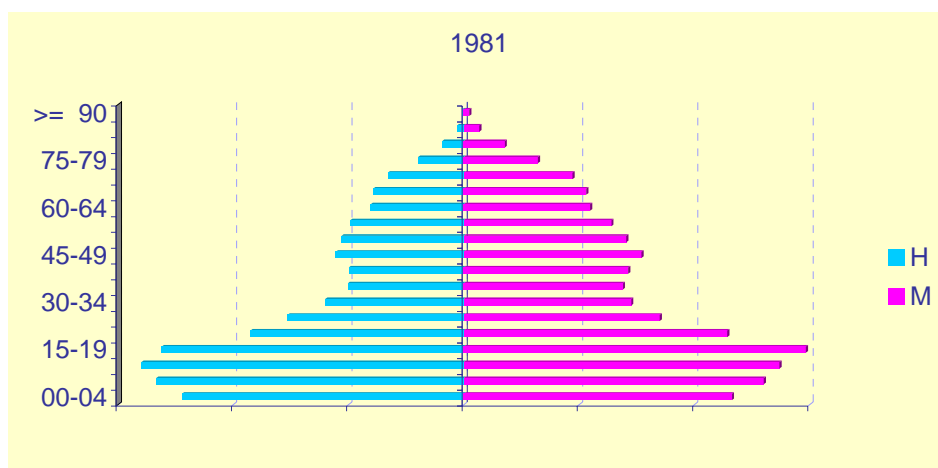


Figura 7. Pirâmide etária, RAM, 1981
(Fonte: INE, Censo da População, 1981)

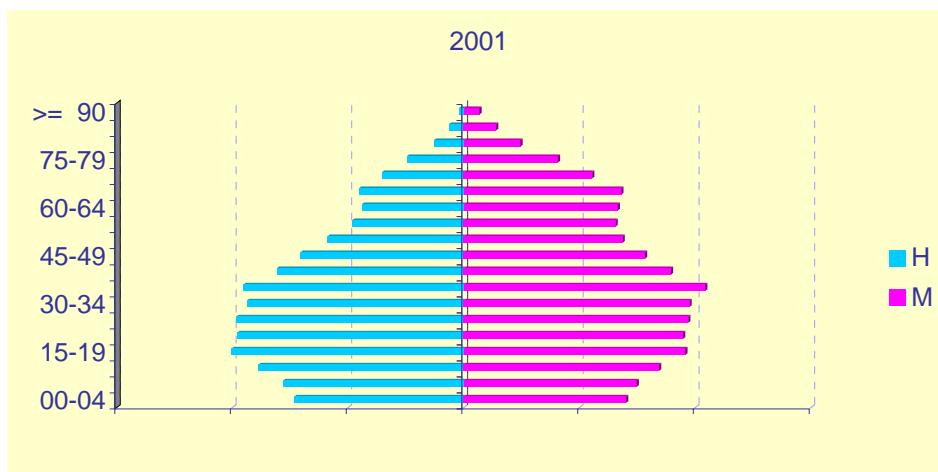


Figura 8. Pirâmide etária, RAM, 2001
(Fonte: INE, Censo da População, 2001)

A análise comparativa das Figuras 7 e 8 confirma o duplo envelhecimento da população. Em 2001 há uma retracção na base da pirâmide que é feita à custa da redução dos nascimentos e simultaneamente um envelhecimento no topo da pirâmide, devido ao aumento da esperança de vida.

A esperança de vida à nascença aumentou de 71,7 anos em 1993 para 73,3 anos em 1999.

O número de efectivos populacionais com mais de 65 anos de idade aumentou 15% de 1991 para 2001.

O índice de envelhecimento situa-se em 71,6% em 2001 enquanto que em 1991 era de apenas 47,4%. Por sua vez o índice de dependência da população idosa aumentou de 17,8% em 1991 para 20,4% em 2001.

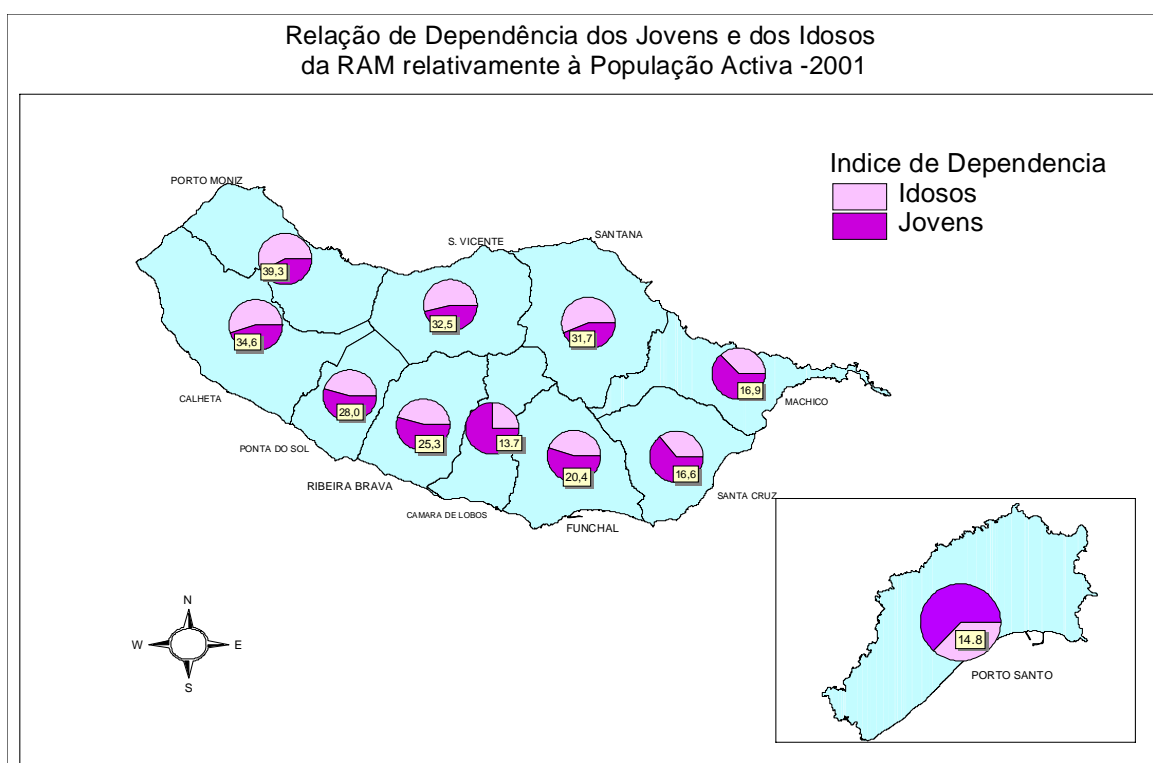


Figura 9. Índice de dependência, RAM-2001

Fonte: CRS/DEPE

Ao nível dos concelhos da Região Autónoma da Madeira observa-se um grau de dependência de idosos maior nos concelhos virados a norte da ilha da Madeira estendendo-se à costa Sul no concelho da Calheta (Figura 9).

A probabilidade de se desenvolverem doenças em simultâneo, degenerativas e de evolução prolongada, e a necessidade de cuidados de saúde aumenta com a idade.

Na RAM verificou-se um aumento da visitação de enfermagem à população com mais de 65 anos, de 93 816 em 1997 para 105 981 em 2001.

Neste último ano a visitação à população com mais de 65 anos corresponde a 88% do total das visitas efectuadas ao domicílio.

Cerca de 39% das visitas à população idosa tiveram lugar no concelho do Funchal, seguindo-se Câmara de Lobos com 11% e Machico 10%.

Esta realidade exige respostas baseadas numa actuação integrada de vários sectores, entre eles a saúde.

O envelhecimento é um processo fisiológico que provoca alterações no organismo, contudo a diminuição de funções na população idosa não é uma situação inevitável para cada indivíduo.

A maior parte dos idosos quer permanecer no seu domicílio tantos anos de vida quanto permitido, para isso têm que se manter activos e independentes.

Os adultos têm que ser preparados para se manterem activos e para viver uma vida social satisfatória, quando cessam a actividade profissional.

Meta

- Até 2010 aumentar em 20% a proporção de idosos que atingem a idade de 75 anos capazes de desenvolver com autonomia, num quadro doméstico, a actividade de vida diária.

Objectivo Geral

- Melhorar a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Intervenções Estratégicas

- **Diagnóstico das necessidades de saúde** das pessoas idosas;
- Formação dos profissionais de saúde que prestam apoio e cuidados a pessoas idosas;
- **Formação** nas áreas da **geriatria e gerontologia**;
- Promoção da **articulação inter-pessoal e inter-geracional**;

- **Dinamização de iniciativas de índole cultural** que preparem o adulto para uma vida social satisfatória após o fim da actividade profissional;
- **Promoção e protecção da saúde** (adulto) em idades menos avançadas (ver hábitos de vida, doenças cardiovasculares e cancro)
- **Promoção da saúde nos Centros de Dia** e outras instituições de apoio social à população idosa;
- **Divulgação de normas** que apoiem um correcto **diagnóstico** e intervenção nas depressões dos idosos, bem como a diferenciação com as perturbações demenciais senis;
- Criação de três **unidades de cuidados paliativos**, adequadas a doentes em situação terminal em pelo menos três pontos estratégicos da Região Autónoma da Madeira.

3. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

3.1. Hábitos Alimentares

Caracterização do comportamento

Uma boa alimentação é essencial para um crescimento e um desenvolvimento adequados. Além disso, admite-se que uma boa alimentação contribui para reduzir o risco de problemas ligados à saúde.

O excesso de ração calórica e os desequilíbrios na alimentação têm como consequência um aumento das doenças crônico-degenerativas, nomeadamente de alguns cancros, diabetes *mellitus*, obesidade, osteoporose e doenças cardiovasculares.

Uma alimentação equilibrada pode ainda reduzir o risco de anemia e de cárie dentária.

O estudo dos hábitos alimentares da população adulta (18-74 anos) da RAM (2000)¹ permitiu concluir que existe:

- Um consumo adequado de alimentos pertencentes aos grupos dos cereais, tubérculos e raízes, carne, peixe e ovos;
- Um consumo frequente mas em quantidades insuficientes dos grupos dos produtos horto-frutícolas, das leguminosas e do leite e equivalentes;
- Um consumo quantitativamente elevado dos produtos açucarados e do sal;
- A possibilidade do consumo subestimado das bebidas alcoólicas e gorduras.

A avaliação do estado nutricional dos adultos feito pelo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC da OMS 1998), revelou que na RAM cerca de 33% dos indivíduos com idade inferior a 30 anos, tinham excesso de peso ou seja, IMC > 25 (25,8% com pré-obesidade, 5,7% obesidade grau I e 1,5% obesidade grau II). No grupo etário de 30-49 anos, a frequência dos indivíduos com excesso de peso é de

¹ Diagnóstico da situação alimentar e nutricional da Região Autónoma da Madeira, Funchal, Gabinete para a Qualidade e Investigação, SRAS, 2000

60,7% sendo 38,2% com pré-obesidade, 16,8% obesidade grau I, 5% obesidade grau II e 0,5% obesidade grau III.

O estudo “**Avaliação do Estado Nutricional da População Infantil dos 0 aos 9 anos**” realizado na RAM (2000)² indica, com base no IMC, que a prevalência de excesso de peso na população infantil é de 18,8% e a de obesidade 9,4%.

Estes resultados colocam o **excesso de peso e a obesidade** na linha da frente dos problemas nutricionais da população da RAM.

Meta

- Até 2010 a população deverá ter adoptado um comportamento alimentar mais saudável.

Objectivos Gerais

- **Melhorar a situação alimentar** da população;

Intervenções Estratégicas

- **Informação e sensibilização** da população;
- Elaboração do **manual de alimentação** saudável;
- **Educação para a saúde** na comunidade;
- Promoção da **actividade física**;
- **Investigação**.

² Avaliação do Estado Nutricional da População Infantil dos 0 aos 9 anos, Gabinete para a Qualidade e Investigação, Funchal, SRAS, 2000

3.2. ACTIVIDADE FÍSICA

Caracterização da determinante

O exercício físico é uma determinante importante para a saúde, pois contribui para o controlo do peso, para a redução da diabetes, do cancro e da osteoporose. A actividade física tem também um papel importante na redução do *stress*, no aumento da auto estima e na melhoria do humor.

Uma vida sedentária, contribui para o aumento do risco da doença coronária, tal como a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e o tabagismo.

A inactividade física, que segundo alguns estudos parece aumentar com a idade, pode ter consequências negativas na qualidade de vida das pessoas idosas³. É que baixando a força muscular abaixo de um certo limiar, pode limitar mais cedo a independência dos idosos.

Assim e tendo em atenção as vantagens descritas, o tempo livre que cada pessoa dedica à actividade física, é um investimento no seu estado de saúde global.

Meta

- Até 2010 a população deverá ter adoptado um comportamento de **vida mais activo**.

Objectivo Geral

- **Aumentar a prática da actividade física na população.**

Intervenções Estratégicas

- **Divulgação das vantagens para a saúde de uma vida activa;**
- **Promoção de programas de actividade física** (estabelecimento de parcerias com a Universidade da Madeira, Secretaria Regional da Educação - Instituto do Desporto e Autarquias);
- **Elaboração e divulgação de programas de exercício físico.**

³ World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen. Health21. World Health Organization 1999.

3.3. Tabagismo

Caracterização do problema

Não se conhecem na Região Autónoma da Madeira estudos que mostrem a evolução do consumo de tabaco.

Em Portugal nos últimos anos o consumo de tabaco tem vindo a diminuir, no entanto, está a aumentar no sexo feminino.

O consumo de tabaco gera mais dependência do que a grande maioria das drogas psicoactivas e causa doenças graves nos fumadores e nos não fumadores expostos diariamente às substâncias nocivas do seu fumo.

É por todos reconhecido que o consumo de tabaco é a principal causa evitável de mortalidade e morbidade.

O tabaco antecipa o processo de envelhecimento, está associado ao cancro do pulmão, da laringe, da boca, do esófago, do cérvix, do pâncreas, da bexiga e dos rins.

Os fumadores são afectados mais frequentemente de doenças do coração e do sistema circulatório, como a doença isquémica cardíaca, a hipertensão e os acidentes vasculares cerebrais.

O tabagismo aumenta os riscos de problemas menstruais e pode provocar uma menopausa precoce. Alonga o tempo médio necessário para a efectivação de uma gravidez e aumenta o risco de aborto espontâneo, de parto prematuro, baixo peso ao nascer, mortes fetais e de recém-nascidos.

Os fumadores passivos sofrem a médio e a longo prazo redução da sua capacidade funcional respiratória, e são potenciais candidatos a desenvolver cancro, doença cardiovascular e asma.

Quando se interrompe o consumo de tabaco reduzem-se muitos dos problemas de saúde e se o abandono ocorrer antes da meia-idade o risco de doença atribuível ao seu consumo também diminui.

Meta

- **Até ao ano de 2010 deverá ser reduzida a incidência** dos problemas e a mortalidade ligada ao consumo de tabaco na RAM.

Objectivos Gerais

- **Aumentar a** proporção de **não fumadores** na população **acima dos 15 anos**.
- **Aumentar a** proporção de **não fumadores** na população **menor de 15 anos**.

Intervenções Estratégicas

- Promoção da educação, da população em geral e dos jovens em particular, no sentido da **adopção de estilos de vida saudáveis** (incluindo a prevenção tabágica);
- **Divulgação da Legislação** anti-tabágica junto da opinião pública e em particular da população infanto-juvenil;
- Velar pelo **cumprimento da legislação**;⁴
- **Sensibilização das Associações Profissionais**, em particular as Ordens dos Médicos, dos Médicos Dentistas, dos Farmacêuticos e dos Enfermeiros, para que incentivem a adopção de atitudes favoráveis à prevenção tabágica entre os seus associados (de acordo com as recomendações do Fórum OMS das Associações Médicas Europeias);
- Intensificação do **programa anti-tabágico** “Vamos crescer sem fumar”;
- Criação de mais consultas de desabituação tabágica;
- **Apoiar a realização de projectos de prevenção tabágica**, em locais de trabalho, em associações sócio-culturais e desportivas, em autarquias, etc.

⁴ Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, alterado pelos:

Decreto-Lei n.º: 333/85, de 20 de Agosto; 393/88, de 8 de Novembro; 287/89, de 30 de Agosto; 253/90, de 4 de Agosto; 200791, de 29 de Maio; 276/92, de 12 de Dezembro; 283/98, de 17 de Setembro; 25/2003, de 4 de Fevereiro.

Adaptado à RAM pelo Decreto Legislativo Regional n.º 10/84/M de 20 de Agosto

3.4. Consumo de Drogas Ilícitas

Caracterização do problema

O consumo de drogas ilícitas é hoje uma realidade que preocupa a sociedade pelas implicações que causa ao nível do seu bem-estar, ou seja, gera delinquência, criminalidade, insegurança, desemprego, violência, pobreza, degradação e exclusão.

Apesar do consumo de substâncias ilegais atingir todos os grupos etários, incide principalmente nos jovens, com consequências negativas ao nível da sua saúde física e psicológica. Este problema é agravado pela marginalidade para que tendem um grande número de casos.

Os dados disponíveis ao nível da Região, no que concerne ao consumo de drogas ilícitas são incompletos, justificando-se a realização de um estudo que determine a incidência e a prevalência da toxicod dependência na Região Autónoma da Madeira. Embora não se disponha de dados que permitam afirmar que o fenómeno da toxicod dependência aumentou, podemos contudo dizer que se tornou mais visível nos últimos anos face ao número de apreensões de drogas ilícitas.

Os objectivos e as medidas necessárias para combater este fenómeno, estão descritos com detalhe no Plano Regional de Luta contra a Droga e Toxicod dependência⁵. Foram seleccionadas como prioritárias, pela sua pertinência, para integrar o Plano Estratégico de Saúde os seguintes objectivos e medidas.

Meta

- **Até ao ano de 2010 deverá ser reduzida a incidência dos problemas e a mortalidade ligada ao consumo de drogas ilícitas na RAM.**

Objectivos Gerais

- **Reduzir o consumo;**
- Promover o **tratamento e acompanhamento dos consumidores;**
- Promover a **reinserção dos toxicod dependentes** em tratamento.

⁵Resolução do Conselho do Governo Regional da Madeira n.º 1744/2001, de 13 de Dezembro

Intervenções Estratégicas

- Promoção de **ações preventivas** destinadas à comunidade em geral e a grupos alvo específicos nomeadamente, crianças, jovens, pais e educadores;
- **Adequação da capacidade dos serviços** de tratamento à dimensão do problema (reforçando as equipas, melhorando as condições logísticas);
- Criação de “**Postos móveis**” estrategicamente localizados para aumento da resposta ao problema da toxicod dependência;
- Dinamização de “**Equipas de Rua**” para intervenção nos locais mais problemáticos do consumo e para trabalho em parceria com outras estruturas;
- **Articulação entre os diversos serviços e instituições** de modo a que a resposta ao problema da toxicod dependência seja dada de forma sustentada, eficaz e eficiente;
- Criação de **centros de acolhimento e abrigo temporário**;
- Dinamização do **Programa Vida Emprego** para apoio à reinserção dos toxicod dependentes e dos toxicod dependentes ex-reclusos.

3.5. Consumo Excessivo de Álcool

Caracterização do problema

Na RAM o consumo de álcool é elevado, registando-se um “ índice de consumo da ordem dos 10 litros (Saturnino, 1994), consome-se cerca de 5 vezes a dose óptima estabelecida para uma população beber (Skog, 1992) ”.⁶

Um consumo desta ordem de grandeza coloca em perigo, a saúde psicológica e fisiológica do indivíduo, famílias e comunidades. Daí que, o consumo excessivo de álcool na Região, seja um Problema de Saúde Pública de grande transcendência, por estar associado a doenças cardiovasculares, oncológicas, neurológicas e do aparelho digestivo entre outras. O consumo exagerado está também relacionado com um aumento do risco de acidentes, incluindo os acidentes rodoviários, violência, suicídios, crime violento, adesão a comportamentos de risco em particular os relacionados com doenças sexualmente transmissíveis e consumo de outras substâncias psicoactivas.

As situações referidas têm tido impactes importantes ao nível dos Serviços Regionais de Saúde, Segurança Social, Emprego, Juventude, Segurança Rodoviária, Ordem Pública.

Em suma, podemos afirmar que os Problemas Ligados ao Álcool têm repercussões económicas e sociais nos consumidores excessivos de bebidas alcoólicas, nas famílias e na sociedade geral⁷.

Meta

- **Até ao ano de 2010 reduzir a incidência** dos problemas ligados ao álcool na RAM.

Objectivo Geral

- **Reduzir o consumo** de álcool *per capita*.

Intervenções Estratégicas

- Elaboração de um **estudo** que permita caracterizar a **Dimensão e o Padrão de Consumo do Álcool na RAM**;

⁶ “*in*” proposta da comissão criada pelo conselho de governo através resolução n.º 491/97

⁷ Holder, Harold D.; Edwards, Griffith. Alcohol and Public Policy Evidence and Issues. Ed. Oxford University Press, 1995

- Promoção da **educação da população** em geral e dos jovens em particular, para os estilos de vida saudáveis;
- **Formação e divulgação da legislação** relacionada com a venda de bebidas alcoólicas aos industriais, comerciantes e trabalhadores do ramo hoteleiro, restauração e similares;
- Divulgação da **Carta Europeia do Álcool e do Plano de Acção Europeu para o Álcool (2000-2005)**;
- Promoção de uma **resposta articulada entre os serviços de saúde** e instituições vocacionados para a prevenção, o tratamento e a reinserção dos Problemas Ligados ao Álcool;
- Criação de uma **Comissão Regional dedicada aos Problemas Ligados ao Álcool** para coordenar as intervenções pertinentes aos diversos níveis.

4. CICLOS DE VIDA

A abordagem da saúde ou da doença por ciclos de vida é defendida por alguns autores, que referem que desse modo há uma percepção integrada dos problemas de saúde nos diferentes grupos etários.

Reconhecendo as potencialidades desta visão por ciclos de vida e tendo em consideração a metodologia utilizada neste plano, na identificação e hierarquização dos problemas, procedemos neste capítulo à caracterização dos ciclos vitais, sendo os problemas desenvolvidos em capítulos específicos.

Grávidas e crianças

A saúde da mãe e da criança é uma das áreas mais sensíveis da saúde.

Do investimento neste sector depende a renovação harmoniosa das gerações e a saúde das populações no futuro.

Os problemas ligados à mãe, à criança e à família evoluíram nas últimas décadas e hoje novas situações contribuem para o aumento das questões éticas e obrigam a novas disposições regulamentares.

A **vigilância da grávida**, a **gravidez na adolescência**, as **malformações congénitas**, bem como a **cárie dentária** e os **acidentes nas crianças**, merecem uma atenção especial no ciclo de vida da maternidade e infância.

Jovens e adolescentes

A adolescência é uma etapa da vida que sabemos que se inicia com as mudanças fisiológicas da puberdade, por volta dos 10 / 11 anos, mas que é difícil em termos cronológicos dizer quando termina.

Neste ciclo de vida (10-24 anos) os comportamentos de risco para a saúde como, consumo de tabaco, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas ilícitas, etc., são muitas vezes utilizados como forma de fazer face a problemas e situações, como aproximação ao modelo de comportamento adulto ou como facilitador de integração no grupo.

Na etapa da adolescência são frequentemente adoptados comportamentos de risco de acidentes rodoviários ou outros, como forma de afirmação, de controlo sobre o próprio e o ambiente.

A Promoção da Saúde nesta fase da vida deve dar uma atenção especial à intervenção sobre algumas determinantes da saúde, nomeadamente **alimentação, actividade física, saúde sexual, prevenção de acidentes de viação e prevenção de toxicodependências.**

Adultos

A fase adulta da vida é um período de realização pessoal, em que a saúde deve ser uma meta a conquistar no dia a dia.

O **stress**, as **doenças transmissíveis** relacionadas com as atitudes e comportamentos, o aumento das **doenças crónicas** e os **acidentes**, são constrangimentos que ameaçam o elevado potencial de saúde da idade adulta.

Esta situação exige de cada um e da comunidade no seu conjunto, a adopção de medidas que invertam a tendência crescente daquelas patologias.

Idosos

Na população com idade acima dos 64 anos, os problemas de saúde mais prevalentes são os ligados às doenças crónico-degenerativas. As doenças do aparelho circulatório (**isquémicas do coração e cerebrovasculares**) e as do foro **oncológico**, são de entre as doenças cronicodegenerativas as causas mais frequentes de mortalidade. A **demência** e a **depressão** são também uma ameaça à saúde das pessoas idosas.

A prevalência de **doenças geradoras de incapacidade** e o **envelhecimento** da população, fazem aumentar o número de pessoas com mais de 65 anos que necessitam de **ajuda ao domicílio** na sua vida diária.

A necessidade de apoio especializado a doentes terminais leva ao aumento das necessidades de hospitalização. Nos últimos anos alguns países têm vindo a explorar alternativas à hospitalização convencional, nomeadamente **hospitalização no domicílio**⁸.

⁸ Señaris, Juan del Llan et all. Gestion Sanitária, Innovaciones y desafios. Editora: Masson. Barcelona, 1997

5. PROBLEMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS

5.1. Problemas do Aparelho Circulatório

Caracterização do problema

De entre as doenças do aparelho circulatório, as cerebrovasculares e as isquémicas do coração, são a principal causa de morte e representam em conjunto cerca de 21% (1999) de todos os óbitos registados na Região Autónoma da Madeira no ano de 2000 (Figura 10).

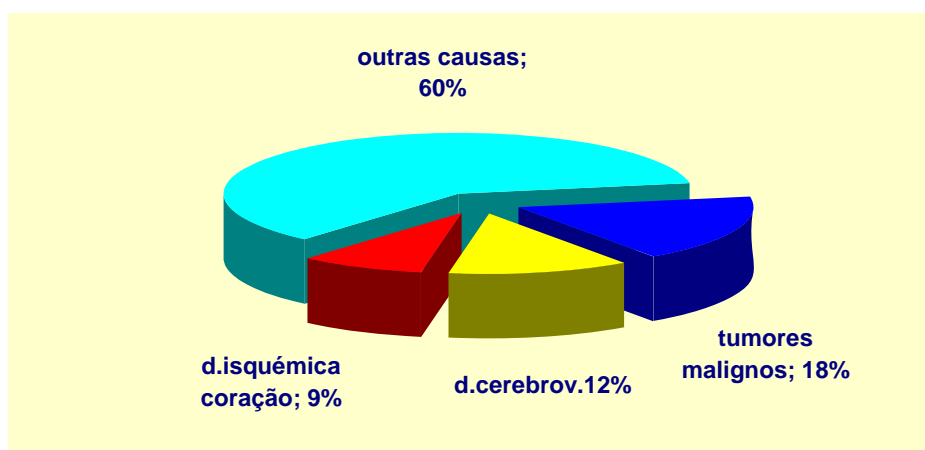


Figura 10. Mortalidade proporcional por causa de morte (%), RAM-2000
(Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde, 2000)

- **Doença isquémica do coração**

A mortalidade por **doença isquémica do coração** (CID-9:27) parece mostrar uma **tendência crescente** no período de 1996 a 2000.

Após ter atingido em 1997 o seu valor mais baixo, a mortalidade aumenta nos anos seguintes, registando no fim do período em estudo uma taxa de 93,15⁰⁰/1000 (Figura 11).

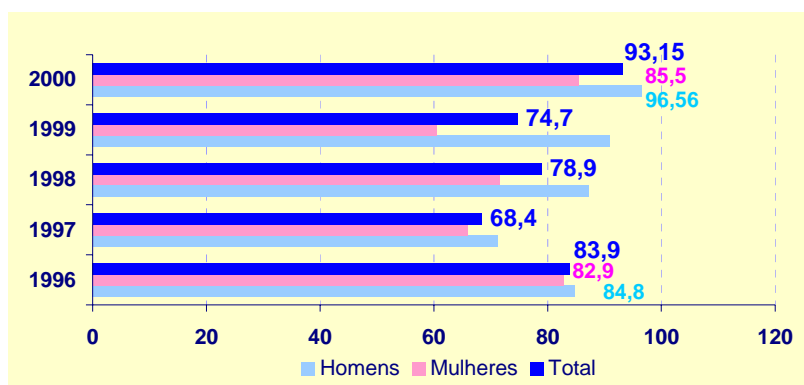


Figura 11. Taxa de Mortalidade por doença isquémica do coração, segundo o sexo (⁰⁰/₀₀₀) RAM-1996 a 2000

(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999; DRE, Estatísticas da Saúde, 2000)

O risco de morrer por doença isquémica do coração é na RAM (2000), como esperado, maior no sexo masculino. De salientar no entanto, o aumento relativamente acentuado da taxa de mortalidade entre as mulheres registado no ano 2000 (85,5 ⁰⁰/₀₀₀) em relação ao ano anterior (Figura 11).

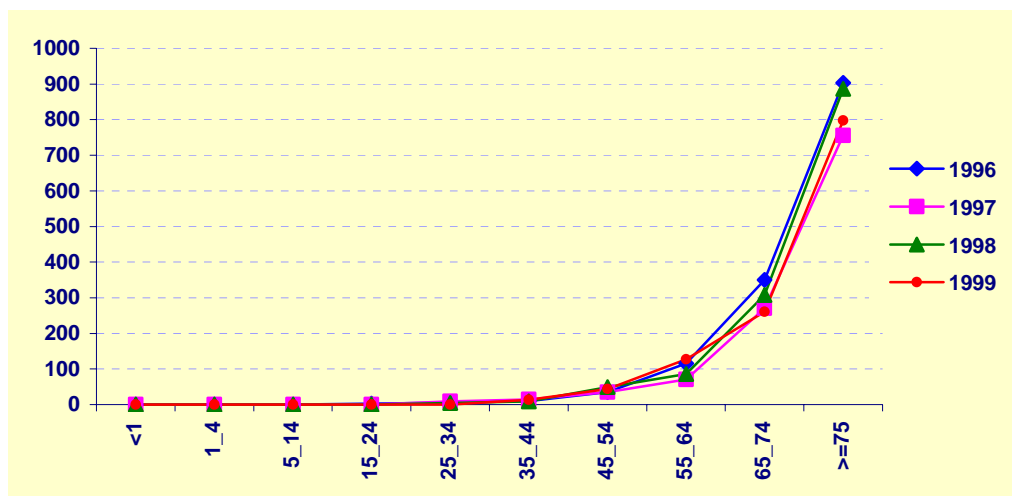


Figura 12. Taxa de mortalidade por doença isquémica do coração (⁰⁰/₀₀₀), RAM – 1996-1999

(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999)

As taxas de mortalidade por doença isquémica do coração aumentam acentuadamente a partir dos 65 anos (Figura 12). Este facto faz prever que nas próximas décadas, em que se espera um aumento da proporção de pessoas idosas, a prevalência e o número absoluto de óbitos por doença cardiovascular possa aumentar.

O facto da taxa de mortalidade por doença isquémica do coração ser relativamente mais baixa no grupo etário abaixo dos 64 anos, não lhe tira importância como problema de saúde, uma vez que se reflecte em anos potenciais de vida perdidos.

Quadro 3. Taxa de Mortalidade por doença isquémica do coração Padronizada para a idade, segundo a residência (⁰⁰/000) – 1996 a 1999

Regiões	1996	1997	1998	1999		
	(H M)	(H M)	(H M)	(H)	(M)	
RAM	80,5	65,2	75,1	72,3	111,9	47,1
RAA	149,4	172,5	156,3	166,3	238,5	107,9
R Norte	53,1	53,3	52,3	50,3	72,6	33,9
R Centro	49,9	48,7	51,7	45	60	33,5
R Lisboa e VT	101	95,2	97,7	93,8	125,5	69,7
R Alentejo	88,6	79,4	84	80,5	115	51,7
R Algarve	88,6	79,4	84	80,5	102,5	45,4
Continente	71,6	68,8	69,6	66,7	91,1	47,8
Portugal	74,2	71,6	72,2	69,5	95,6	49,3

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999

A análise da taxa de mortalidade por doença isquémica do coração, padronizada pela idade, mostra que os valores encontrados para a RAM (Quadro 3), embora se encontrem entre os menos elevados por região, são contudo superiores aos encontrados para o país (excepto 1997).

O valor mais baixo da taxa de mortalidade (não padronizada) por doença isquémica do coração em Portugal em 1999, foi registado na Região Norte (56,1 ⁰⁰/000), o valor registado nesse ano na RAM foi de 74,7 ⁰⁰/000⁹. Estes dados indicam ganhos potenciais possíveis de -24,9% na mortalidade por doença isquémica do coração.

Em 1999 a análise da taxa de mortalidade por sexo, padronizada pela idade, indica para os homens um valor superior ao valor registado para o país, enquanto que no sexo feminino esse valor é inferior (Quadro 3).

⁹ Direcção Geral de Saúde (DGS). Risco de morrer em Portugal. Lisboa: DGS; 1999

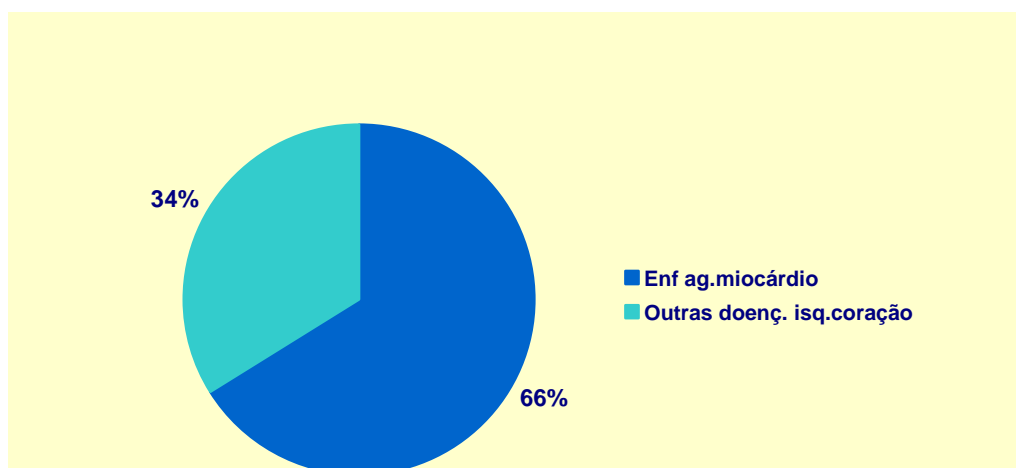


Figura 13. Distribuição percentual da mortalidade por doença isquémica do coração, RAM-2000
(Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde, 2000)

A mortalidade por enfarte agudo do miocárdio representa 66% dos óbitos atribuídos, na RAM no ano 2000, à doença isquémica do coração (Figura 13)

- **Doenças cerebrovasculares**

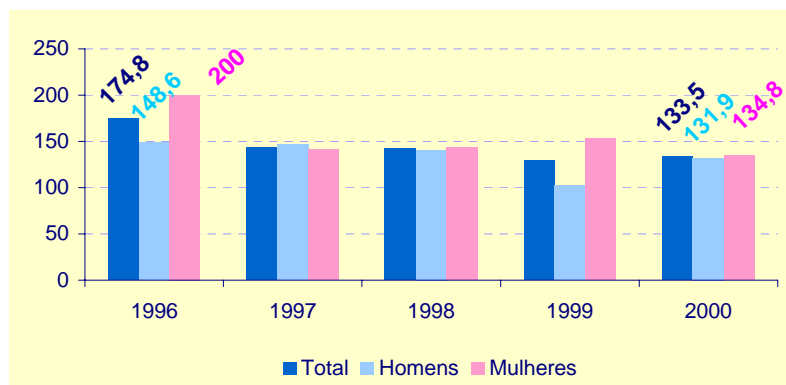


Figura 14. Taxa de Mortalidade por doenças cerebrovasculares (⁰⁰/000), RAM-1996 a 2000
(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999; DRE, Estatística da Saúde, 2000)

O risco de morrer por **doenças cerebrovasculares** (CID-9:29), representado pela taxa de mortalidade, apresenta na RAM uma tendência decrescente no período de 1996 a 2000 (Figura 14).

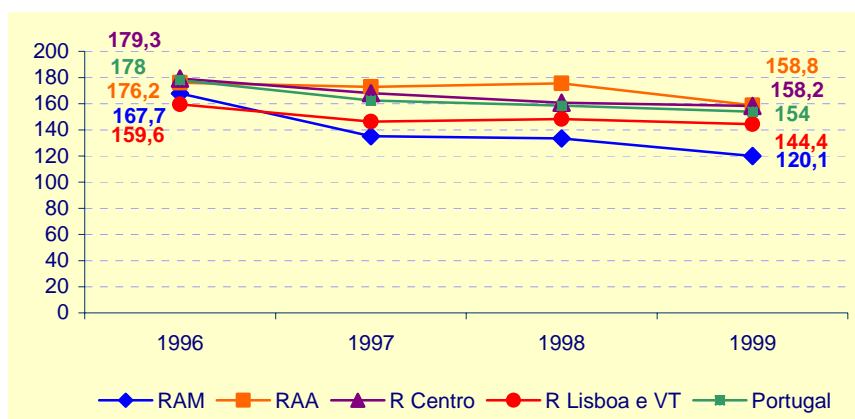


Figura 15. Taxa de Mortalidade por doenças cerebrovasculares Padronizada para a idade, segundo a residência (⁰⁰/₀₀₀) - 1996 a 1999

(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999)

Após padronização, para controlar o efeito de idade, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares, no período de 1996 a 1999, mantém a tendência decrescente, apresentando valores inferiores aos do país (Figura 15).

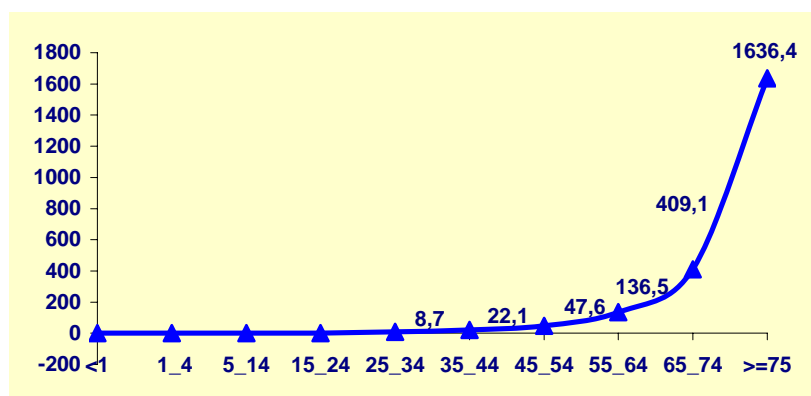


Figura 16. Taxa de Mortalidade por doenças cerebrovasculares, segundo a idade, RAM-1999 (⁰⁰/₀₀₀)

(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1999)

Não se registaram na RAM em 1999, para ambos os sexos, óbitos por doenças cerebrovasculares abaixo dos 25 anos de idade. À semelhança do que acontece com as doenças isquémicas do coração, também o risco de morrer por doenças cerebrovasculares aumenta com a idade, particularmente a partir dos 65 anos (Figura 16).

Meta

- Reduzir até ao ano 2010 em pelo menos 15% a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório na população com idade inferior a 65 anos.¹⁰

Objectivo Geral

- **Reduzir a mortalidade** por doenças do aparelho circulatório.

Intervenções estratégicas

A maioria das doenças cardiovasculares está relacionada com múltiplos factores de risco modificáveis como: a hipertensão arterial¹¹, a hipercolesterolemia¹², hábitos alimentares, obesidade, inactividade física¹³, diabetes *mellitus*, consumo de tabaco e *stress*. Os factores de risco não modificáveis são a idade e o sexo.

O risco de doença cardiovascular caracteriza-se pelo facto de a presença de mais de um factor de risco, exercer um efeito sinérgico sobre o risco geral de doença cardiovascular.

As intervenções que visem a diminuição dos factores de risco levam à redução das doenças cardiovasculares e de outras doenças crónicas, que partilham os mesmos factores de risco.¹⁴

Intervenções prioritárias propostas no âmbito do plano:

- **Promoção de uma alimentação saudável** (ver Hábitos alimentares);
- **Promoção da actividade física** (ver Actividade física);
- **Prevenção do tabagismo** (ver Tabagismo);

¹⁰ Organização Mundial de Saúde (OMS). As Metas da Saúde para Todos. Bureau Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde;1985. World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen. Health 21. World Health Organization 1999.

¹¹ MacMahon, S. Et coll. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for regression dilution bias. The Lancet, 1990; 335:765-774.

¹² Monique-Verschuren, W.M. Total cholesterol concentration and mortality at a relatively young age; do men and women differ? British Medical Journal, Setembro 1995; 23:311 (7008): 779-813.

¹³ Wannamethee, G., et SHAPER, ^ab. Physical activity and stroke in British middle-aged men. British Medical Journal, 1992; 304:597-601.

¹⁴ Vartiainen, E., Puska, P., Pelkanen, J., et coll. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischemic heart disease in Finland. British Medical Journal, 1994; 309:23-27.

- **Prevenção do consumo excessivo de bebidas alcoólicas** (ver Consumo excessivo de álcool);
- **Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial;**
- **Diagnóstico, tratamento e controlo da hipercolesterolemia;**
- **Diagnóstico, tratamento e controlo da Diabetes *Mellitus* e das suas complicações;**
- **Realização de estudos epidemiológicos e clínicos** que possibilitem a avaliação das intervenções propostas.

5.1.1. Hipertensão Arterial

Da intervenção a este nível deve constar a medição e registo da pressão arterial nas consultas de cuidados de saúde primários (detecção oportunística) e na aplicação dos critérios adequados à situação.

A hipertensão arterial além de ser factor de risco das doenças cardiovasculares é também factor de risco da insuficiência renal.

Está provado que o tratamento da hipertensão arterial leva à redução da morbilidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares, especialmente do acidente cerebrovascular.

Objectivos Específicos

- Até ao ano 2010 aumentar a proporção de hipertensos tratados.
- Até ao ano 2010 aumentar a proporção de hipertensos controlados.

Objectivos operacionais

- **Determinar a prevalência** da hipertensão arterial na população ≥ 18 anos de idade;
- **Monitorizar a tendência** da hipertensão arterial;
- **Medir a pressão arterial** pelo menos a 65% da população ≥ 18 anos de idade que frequenta os centros de saúde (cuidados primários de saúde);
- **Medir a pressão arterial** aos doentes diabéticos que frequentam os centros de saúde (cuidados primários de saúde);
- **Controlar a pressão arterial** em 65% dos hipertensos conhecidos que frequentam os cuidados primários de saúde (centros de saúde).

5.1.2. Hipercolesterolemia

A hipercolesterolemia é um factor de risco cardiovascular passível de ser modificado. A detecção e controlo da hipercolesterolemia como medida de prevenção da cardiopatia isquémica, é eficaz em termos absolutos mas o benefício populacional é modesto.

Outros factores de risco como a hipertensão, a diabetes *mellitus*, a obesidade, a inactividade e o tabaco, coexistem frequentemente e aumentam o risco associado à hipercolesterolemia.

Objectivos Específicos

- Até ao ano 2008 reduzir o nível médio de colesterol plasmático, nos indivíduos do grupo etário 35-64 anos, abaixo dos 190 mg/dl.
- Até ao ano 2008 reduzir a taxa de prevalência de hipercolesterolemia.

Objectivos operacionais

- **Determinar a prevalência de hipercolesterolemia** na população do grupo etário 35-64 anos;
- **Monitorizar a tendência da hipercolesterolemia;**
- **Medir o colesterol plasmático total** pelo menos em 55% da população adulta no grupo etário 35-64 anos que frequenta os centros de saúde;
- **Controlar a hipercolesterolemia** em 55% dos indivíduos em que foi diagnosticada e que frequentam os centros de saúde.

5.1.3. Melhoria da Qualidade dos Cuidados às Doenças Cardio-cerebrovasculares

A melhoria da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados perante as doenças cardiovasculares, contribui também para a redução da morbilidade e da mortalidade associada a estas doenças (enfarte, AVC), pelo que os serviços devem orientar-se no sentido de:

- **Elaborar recomendações** de boas **práticas profissionais** na abordagem da hipertensão arterial, da doença isquémica do coração e da doença cerebrovascular;
- **Criar mecanismos de acesso rápido** para os doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio ou com Acidente Cerebrovascular Agudo, de modo a tornar possível o seu tratamento hospitalar precoce;
- **Criar uma Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais** (hospitalar), no sentido de reduzir a mortalidade e as incapacidades;
- **Promover a reabilitação precoce** com início hospitalar e continuação nos centros de saúde e/ou domicílio, de forma a reduzir as sequelas (continuidade de cuidados);
- **Elaborar indicadores de qualidade** que permitam a avaliação de todo o processo dos cuidados prestados.

Objectivo Específico

- **Melhorar a qualidade dos cuidados** às doenças cardiovasculares.

5.2. Cancro

Caracterização do problema

O cancro é a segunda causa de morte na RAM depois das doenças cardiovasculares.

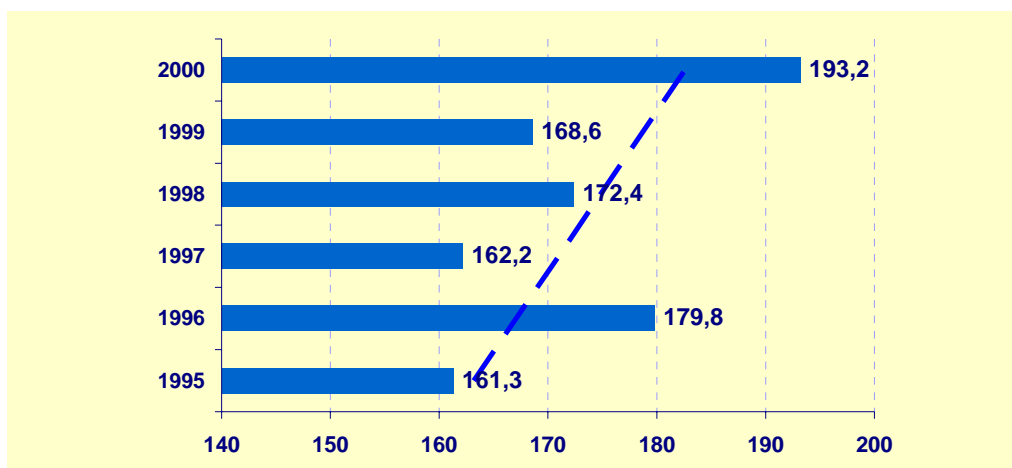


Figura 17. Taxa de mortalidade por tumores malignos (1000 habitantes), RAM 1995 a 2000

(Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000;
DRE, Censo, 2001)

A mortalidade por neoplasia maligna ao contrário do que acontece no país ainda não estabilizou na RAM, revelando uma tendência crescente (Figura 17) no período de 1995 a 2000.

Os tumores malignos que registam maior mortalidade, no conjunto dos dois sexos, são os tumores do pulmão, do estômago e do cólon (Figura 18).

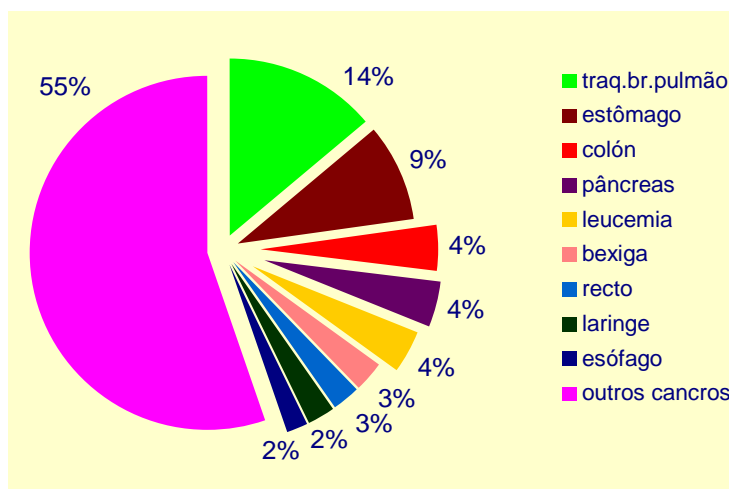


Fig.18 – Taxa de mortalidade proporcional por tipo de cancro (%), RAM 2000
(Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde, 2000)

No género masculino, a mortalidade por cancro ocorre principalmente por neoplasia do pulmão, próstata e estômago, enquanto que no sexo feminino as neoplasias que apresentam maior mortalidade são o cancro da mama, estômago e colo-rectal.

Cerca de 30% dos óbitos por cancro ocorridos na região, registaram-se em indivíduos com menos de 65 anos.

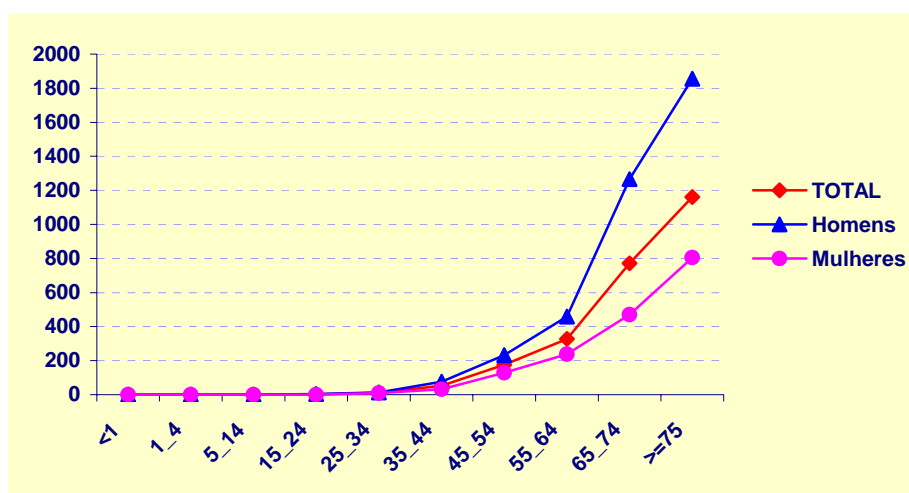


Figura 19. Taxa de mortalidade por tumores malignos, segundo o grupo etário (‰/1000), RAM 2000
(Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde, 2000; DRE, Censo, 2001)

O risco de cancro aumenta com a idade (Fig.19), pelo que com o envelhecimento da população, é de prever um aumento do número de casos de cancro nos próximos anos. Além do envelhecimento, as alterações que nos últimos anos se registaram nos estilos

de vida, quer nos relacionados com os comportamentos alimentares e o sedentarismo, quer nos ligados aos hábitos tabágicos, favorecem o aumento da incidência e da mortalidade por cancro e provocam simultaneamente um acréscimo de consumo de cuidados de saúde.

Meta

- Reduzir até ao ano de 2010 a mortalidade por cancro nos indivíduos com idade inferior a 65 anos em pelo menos 15%¹⁵.

Objectivo Geral

- Reduzir a mortalidade por cancro.

Intervenções Estratégicas

- Prevenção do **tabagismo**;
- Redução do **consumo excessivo** de bebidas alcoólicas;
- Promoção de uma **alimentação saudável**;
- Promoção da **actividade física**;
- Fortalecimento das medidas de **rastreio de cancro da mama**;
- Dinamização do **diagnóstico precoce do cancro do colo do útero**;
- Aconselhamento sobre medidas de **protecção, contra os riscos** de exposição solar e **detecção precoce de cancro da pele**;
- Melhoria do processo de cuidados na **área da oncologia**;
- Melhoria dos sistemas de **informação na área da oncologia** (incluindo registos e circuito de informação);
- Realização de **estudos epidemiológicos** que possibilitem a avaliação de factores de risco no caso de cancros que manifestem diferenças geográficas de incidência (significativas) em relação ao todo nacional.

¹⁵ Organização Mundial de Saúde (OMS). As Metas da Saúde para Todos. Bureau Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde;1985.

5.2.1. Cancro da Mama feminina

Caracterização do problema

A taxa de mortalidade (Fig.20) por cancro da mama (CID-9:113), apesar da oscilação durante o período em análise, mostra na RAM uma tendência descendente.

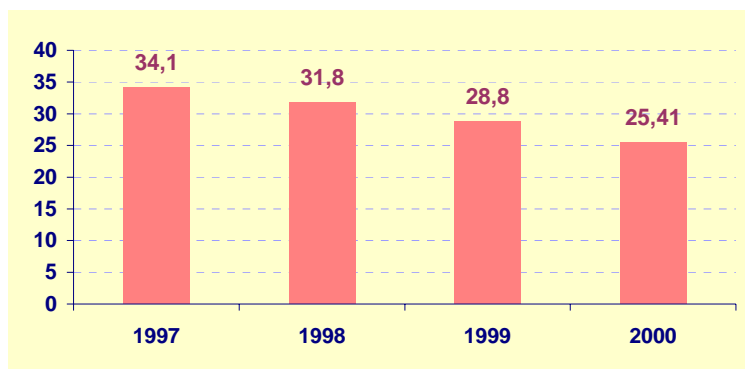


Figura 20. Taxa de Mortalidade por tumor da mama feminina (1000), RAM 1996 a 2000

(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999; DRE, Estatísticas da Saúde, 2000)

Após padronização a taxa de mortalidade por tumor maligno da mama registava em 1999 o valor mais elevado entre as regiões portuguesas (Figura 21).

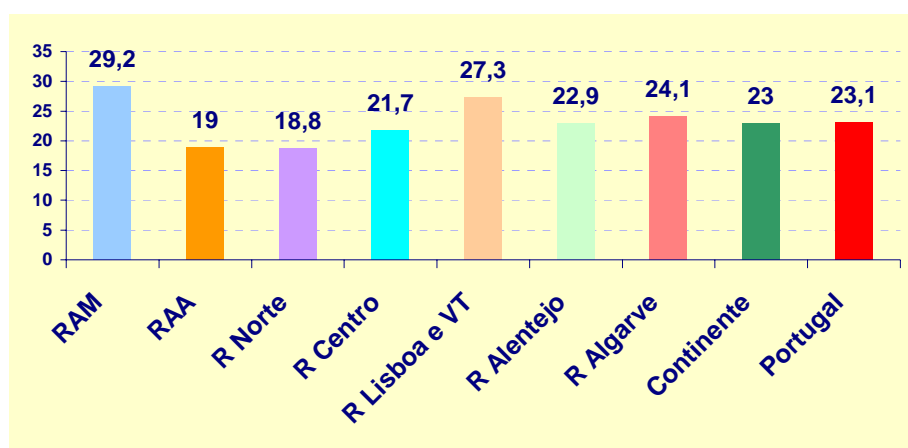


Figura 21. Taxa de Mortalidade por tumor da mama feminina Padronizada para a idade segundo a residência (1000) -1999

(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1999)

A magnitude da mortalidade por cancro da mama no contexto da mortalidade feminina, o facto de esta ser a localização neoplásica mais frequente na mulher (Figura 22), associados à constatação de que os factores de risco do cancro da mama são mal

conhecidos, atribui à prevenção secundária sob a forma de mamografia uma importância acrescida.

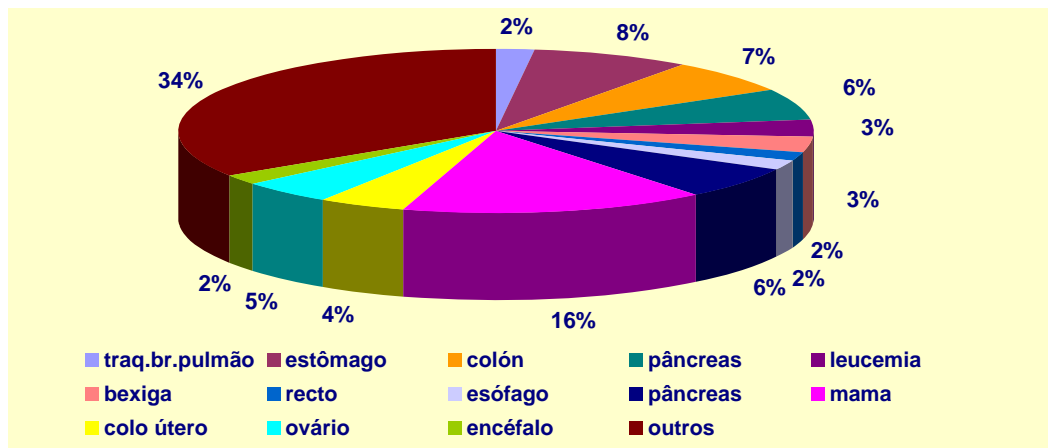


Figura 22. Taxa de Mortalidade proporcional por tipo de cancro no sexo feminino, RAM 2000
(Fonte: DRE, Estatística da Saúde, 2000)

O rastreio por mamografia ao permitir um diagnóstico mais precoce, aumenta as hipóteses de eventual cura e reduz a mortalidade por cancro da mama.

O programa de rastreio do cancro da mama, em curso, é dirigido a todas as mulheres residentes na Região Autónoma da Madeira com idades entre os 45 e os 69 anos. A taxa de participação registada na 1.ª volta do rastreio foi de 59,4%.

Objectivo Específico

- **Reduzir a mortalidade por cancro da mama no sexo feminino em 10%.**

Objectivos operacionais

- **Aumentar a taxa de participação no rastreio das mulheres com idades entre os 45 e os 69 anos para 75%;**
- **Aumentar a percentagem de detecção, por rastreio, de cancros da mama.**

5.2.2. Cancro do colo do Útero

Caracterização do problema

O cancro do colo do útero (ICD-9:120) apesar de não ser dos cancros que regista uma mortalidade mais elevada (Figura 22), dispõe de uma prova citológica de diagnóstico precoce, cuja efectividade é reconhecida. O cancro do colo uterino é prevenível através do rastreio por citologia ou através de actividades de detecção oportunística realizadas de forma sistemática nos serviços que integram o Sistema Regional de Saúde.

Objectivo Específico

- **Reduzir a mortalidade por tumor invasivo** do colo do útero em 10%.

Objectivos operacionais

- **Aumentar para 60%** a percentagem de mulheres entre os 20-64 anos, que frequenta os centros de saúde, que fizeram uma **citologia** de detecção do cancro do colo do útero (1 citologia/3 anos);
- **Aumentar em 35% a detecção de lesões displásicas** por rastreio no grupo etário 20-64 anos.

5.2.3. Cancro do Cólon

Caracterização do problema

A análise da taxa de mortalidade por cancro do cólon (CID-9:093) no período que decorre de 1996 a 2000 na RAM (Figura 23), parece indicar uma ligeira redução do risco de morrer por esse tipo de tumor.

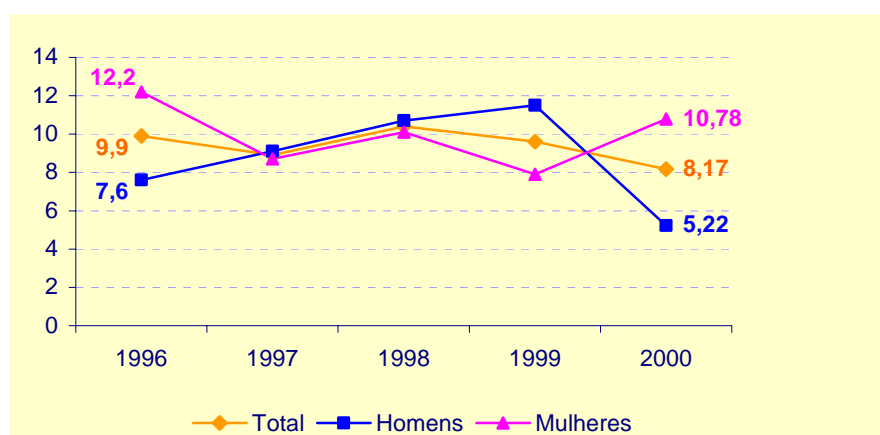


Figura 23. Taxa de Mortalidade por tumor maligno do cólon, segundo o sexo^(00/000), RAM – 1996 a 1999

(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999;DRE, Estatística da Saúde, 2000)

Os valores encontrados na RAM para a taxa de mortalidade por tumor maligno do cólon, padronizados pela idade, são inferiores aos das outras regiões do país e não acompanham a tendência crescente registada a nível nacional (Fig.24).

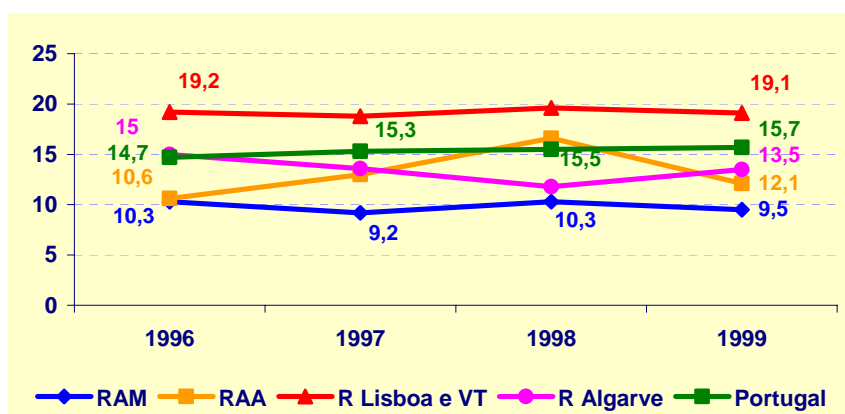


Figura 24. Taxa de Mortalidade por tumor maligno do cólon Padronizada para a idade segundo a residência^(00/000) 1996 – 1999

(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999)

A história natural do cancro do cólon não é bem conhecida, mas o facto das taxas de incidência aumentarem com a idade (Figura 25), sobretudo a partir dos 50 anos, fazem desta um factor de risco para este tipo de cancro. O risco parece mais elevado em pessoas que têm síndromes familiares (polipose ou cancro colo-rectal sem polipose) ou colite ulcerosa crónica.

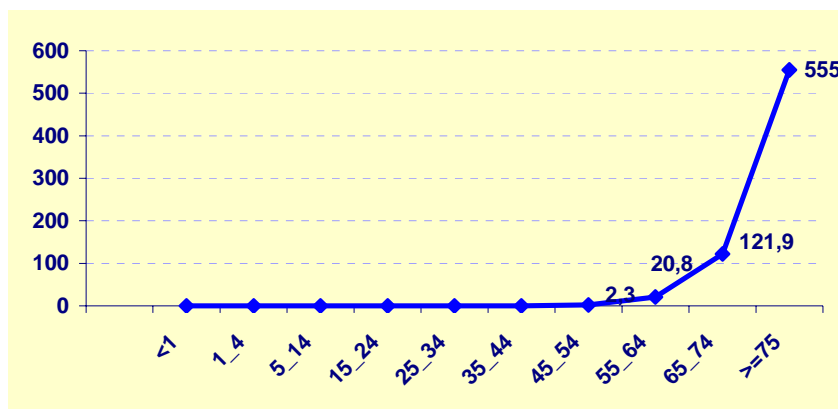


Figura 25. Taxa de Mortalidade por tumor do cólon segundo a idade (1000)-1999

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1999

Regimes alimentares com elevado consumo de carnes vermelhas e gorduras saturadas e baixo teor de fibras parecem constituir factores de risco importantes. A obesidade, o tabaco e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas são apontados também como factores de risco.

Uma proporção importante de cancros do cólon surge em pólipos adenomatosos.

Pessoas em que é feito o diagnóstico precoce têm melhores taxas de sobrevivência.

A prevenção primária (com algumas limitações de eficácia) passa pela adopção de um estilo de vida saudável, incluindo uma alimentação rica em frutos, vegetais e cereais, com consumo moderado de carnes vermelhas e gorduras.

As atenções actualmente concentram-se nas possibilidades de prevenção secundária, visando a detecção da doença num estadio precoce em que é tratável, o que poderá reduzir a mortalidade.

O cancro colo-rectal, mesmo na ausência de sintomatologia, poderá ser detectado por pesquisa de sangue oculto nas fezes. Segundo alguns estudos, este exame feito

regularmente em indivíduos acima dos 50 anos de idade, pode reduzir a mortalidade associada ao cancro colo-rectal de 15 a 33% nos indivíduos entre os 50 e os 74 anos¹⁶.

Objectivo específico

- Reduzir a mortalidade por cancro colo-rectal.

Intervenções estratégicas

- **Aumento do consumo de frutos e legumes** e redução do consumo de carnes vermelhas e gorduras saturadas (ver hábitos alimentares);
- **Limitar o consumo de álcool** (ver consumo excessivo de álcool);
- **Aumentar a detecção precoce do cancro** colo-rectal, utilizando a pesquisa de sangue oculto nas fezes (anual) como teste inicial de detecção precoce, nos indivíduos com idade entre os 50 e os 74 anos que frequentam os centros de saúde (detecção oportunística - Indivíduos de risco);
- **Promoção da vigilância das síndromes familiares** relativamente ao cancro do cólon.

¹⁶ Mandel JS, Bond JH, Church TR et coll. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med 1993; 328:672.
Hardcastle JD, Chamberlain JO et coll. Randomised controlled trial of fecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet 1997 Nov 30; 348(9040): 1472-7.
Mandel JS, Church TR, Ederer F et coll. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. J Natl Cancer Inst 1999; 91:434-37.

5.2.4. Cancro do pulmão

Caracterização do problema

Na Região Autónoma da Madeira e para o ano 2000, o cancro da traqueia brônquios e pulmão (ICD-9:101) foi a principal causa de morte por cancro, no conjunto dos dois sexos, sendo responsável por cerca de 14% dos óbitos por neoplasia maligna (Fig.18).

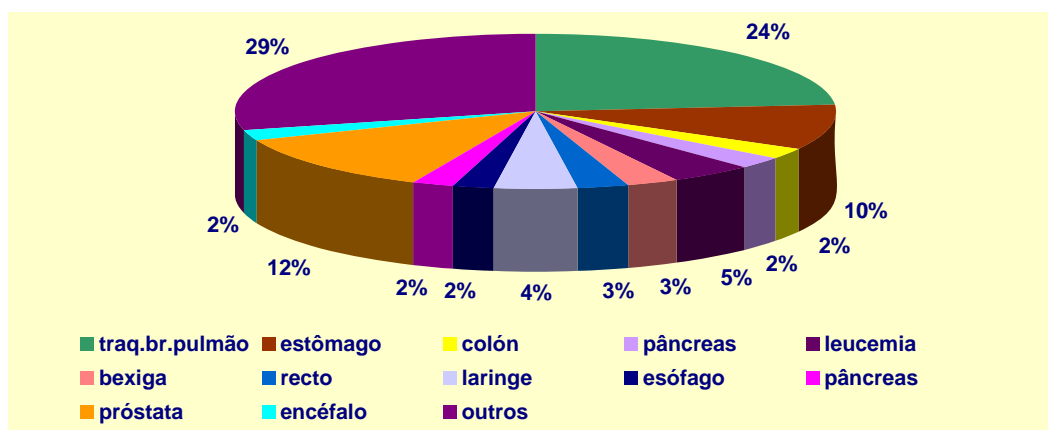


Figura 26. Taxa de mortalidade proporcional por tipo de cancro no sexo masculino, RAM – 2000
(Fonte: DRE, Estatística da Saúde, 2000)

O tumor maligno do pulmão constitui a localização neoplásica mais frequente nos homens e representa 24% dos óbitos por neoplasia maligna no sexo masculino (Figura 26).

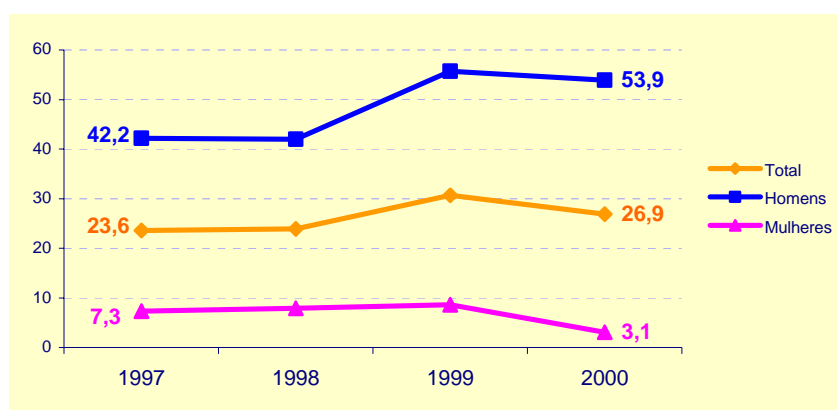


Figura 27. Taxa de Mortalidade por tumor da traqueia, brônquios e pulmão, segundo o sexo (1000), RAM-1997 a 2000
(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999;DRE, Estatística da Saúde, 2000)

A análise da mortalidade (taxa) por neoplasia do pulmão, no período de 1997 a 2000, indica que este fenómeno tem vindo a aumentar nos últimos anos em especial nos homens (Figura 27). A redução registada em 2000 no sexo feminino poderá corresponder a uma oscilação pontual.

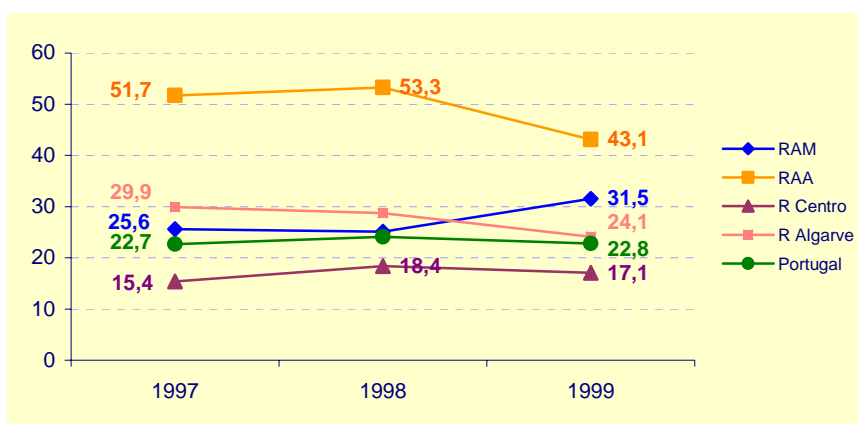


Figura 28. Taxa de Mortalidade por tumor da traqueia, brônquios e pulmão, padronizada para a idade segundo a residência e sexo (⁰⁰/₀₀₀)-1999
(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1997,1998,1999)

A taxa de mortalidade por cancro do pulmão, padronizada pela idade, apresentava em 1999 um dos valores mais elevados no contexto das regiões portuguesas apenas superado pela Região Autónoma dos Açores (Fig.28).

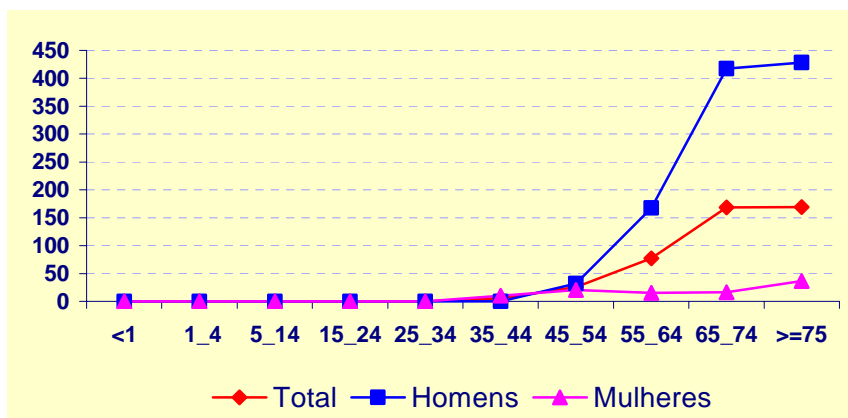


Figura 29. Taxa de Mortalidade por tumores malignos da traqueia brônquios e pulmão, segundo o sexo e grupo etário (⁰⁰/₀₀₀), RAM 1999
(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1999)

A mortalidade por este tipo de cancro aumenta progressivamente com a idade a partir do grupo etário 35-44 anos de idade (Figura 29).

O tabagismo constitui a principal causa evitável de cancro do pulmão.

A incidência do cancro do pulmão no momento actual reflecte o consumo de tabaco que teve lugar há 20 anos atrás.

Outros factores, como vários tipos de exposição profissional, nomeadamente ao amianto, podem estar associados a um risco acrescido de cancro. A poluição atmosférica pode ser igualmente factor de risco.

O consumo de frutos e de legumes frescos é ligado nalguns estudos, à redução do risco de cancro do pulmão¹⁷.

Não existe teste ou técnica de detecção precoce do cancro do pulmão.

Objectivo Específico

- Reduzir a mortalidade por cancro do pulmão.

Intervenções estratégicas

- **Redução do consumo** de tabaco (ver tabagismo);
- **Aumento da acessibilidade à consulta de desabituação tabágica.**

¹⁷ Ziegler RG. Vegetables, fruits, and carotenoids and the risk of cancer. Am J clin Nutr, 1991 Jan, 53(1 Suppl): 251s-259S

Feskanich d, Ziegler RG, Michaud DS, Giovannucci EL, Speizer FE, Willet WC, Colditz GA. Prospective study of fruit and vegetable consumption and risk of lung cancer among men and women. J Natl Cancer Inst 2000 Nov 15; 92(22):1812-23.

5.2.5. Cancro da próstata

Caracterização do problema

O cancro da próstata (CID-9:124) é a segunda causa de morte por cancro no género masculino e representa na RAM, 12% dos óbitos por neoplasia maligna ocorridos no sexo masculino em 2000 (Figura 26).

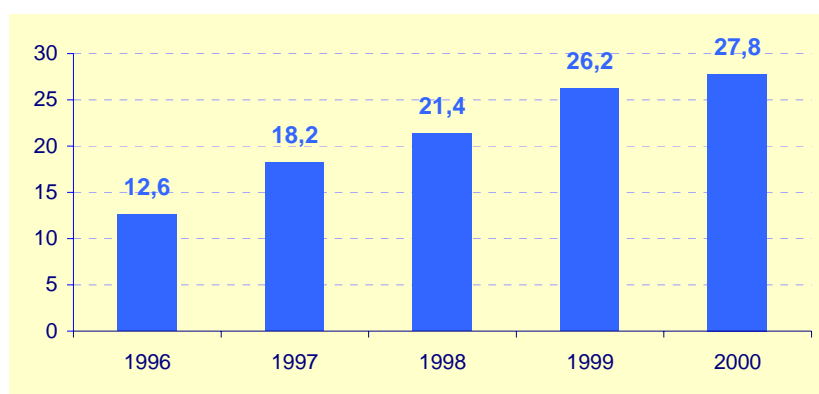


Figura 30. Taxa de mortalidade por tumor maligno da próstata (1000 habitantes) – RAM 1996 a 2000
(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996,1997,1998,1999)

A taxa de mortalidade por cancro da próstata apresenta uma tendência crescente no período de 1996 a 2000 (Figura 30).

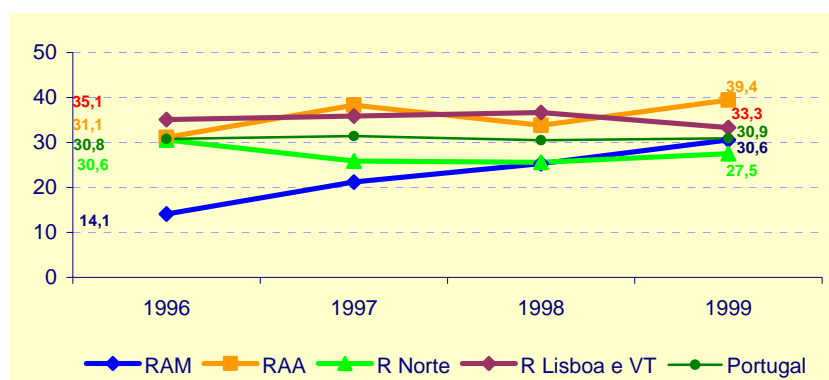


Figura 31. Taxa de Mortalidade por tumor maligno da próstata Padronizada para a idade, segundo a residência (1000 habitantes) -1999

Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1996, 1997, 1998, 1999

A análise comparativa das taxas de mortalidade por cancro da próstata, segundo a região de residência (Figura 31), indica que a tendência crescente se mantém após

padronização, sendo o valor encontrado para a RAM em 1999 próximo do valor registado para o país.

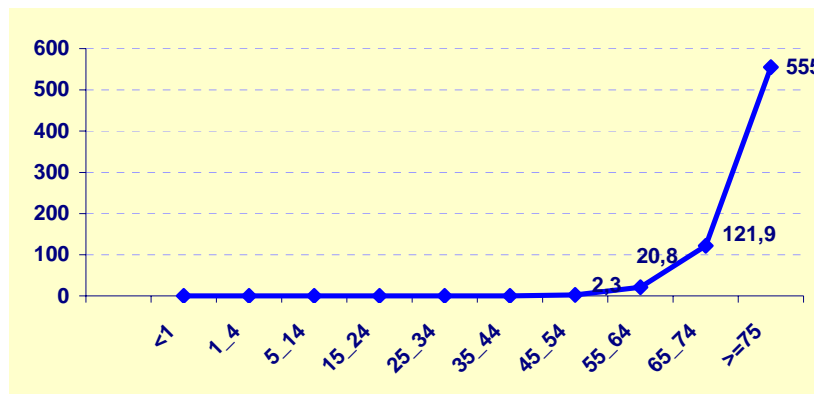


Figura 32. Taxa de Mortalidade por tumor da próstata, segundo a idade (1000) -1999
(Fonte: DGS, Risco de Morrer em Portugal, 1999)

A mortalidade por cancro da próstata aumenta progressivamente com a idade a partir dos 45 anos (Figura 32).

No ano de 2000 a análise da distribuição percentual de óbitos por grupo etário, indica que cerca de 88% dos casos de morte por neoplasia maligna da próstata ocorridos na RAM, se registaram em homens com idade igual ou superior aos 65 anos.

A idade e uma história familiar de cancro da próstata são factores de risco, não modificáveis associados ao cancro da próstata.

Não há factores de risco inequivocamente identificados, modificáveis, de cancro da próstata. Esta constatação limita a prevenção primária, concentrando-se a atenção na utilização de medidas de detecção precoce desta doença.

Entre os testes de detecção precoce figuram o toque rectal, a ecografia transrectal e o doseamento do antígeno específico da próstata. A utilização destes testes como utensílios de rastreio, em homens assintomáticos, tem sido muito debatida, nomeadamente porque ainda não se dispõe de informação sobre se a detecção precoce, pode realmente ter influência sobre a história natural da doença.

O toque rectal é uma técnica correntemente utilizada, embora a sua eficácia não tenha sido sistematicamente avaliada e se ignore em que medida contribui para a redução da mortalidade por cancro da próstata.

A ecografia transrectal, face ao seu fraco grau de sensibilidade e de especificidade e ao seu carácter invasivo, não é considerado um bom teste de rastreio.

O rastreio sistemático do cancro da próstata em indivíduos assintomáticos, com recurso ao doseamento do antigénio específico da próstata (PSA), não parece oportuno tendo em consideração os valores actuais de especificidade e valor predictivo positivo do teste.

Objectivo

- Reduzir a mortalidade por cancro da próstata.

Intervenção estratégica

- Aumento do **diagnóstico precoce** do cancro da próstata nos homens a partir dos **50 anos de idade** e naqueles que referem **risco familiar** (detecção oportunística).

5.3. Acidentes

Caracterização do problema

Em 2000, o número de pessoas assistidas no Serviço de Urgência (SU) do CHF, devido a **acidentes de viação e de trabalho** situou-se em 4.727, dos quais 1835 são relativos a acidentes de viação. Em 2002 o número de feridos graves devido a acidentes de viação, foi de 154 e o número de mortes situou-se em 26.

Apesar do número mortes por acidente não ser “significativo” quando comparado com outras causas de morte, considerou-se ser uma das prioridades, por provocarem em grupos etários jovens, mortes e incapacidades evitáveis, contribuindo para o aumento de anos perdidos de vida saudável por morte prematura e ainda pelo aumento de incapacidades.

A mortalidade por **queda acidental** foi uma importante causa de morte externa, no ano 2000, para a qual o grupo etário ≥ 65 anos contribuiu com 49%.

Em qualquer dos tipos de acidentes, as causas estão relacionados com as atitudes e comportamentos, o que exige uma capacidade interventiva não só do Serviço de Saúde mas também de outros Serviços, para que de uma forma integrada possam contribuir estrategicamente para a melhoria da Saúde das populações e reduzir o impacto da doença.

Meta

- Até ao ano 2010 deverá ser reduzida a mortalidade por acidentes em pelo menos 15%.

Objectivo Geral

- Reduzir a mortalidade por acidentes.

Objectivos Específicos

- Reduzir o número de **mortes provocadas por acidentes de viação** em 20%;
- Reduzir o número de **mortes provocadas por acidentes de trabalho**, em 30%.

- Reduzir a **mortalidade por queda accidental na população** com idade superior a sessenta e quatro anos em 25%;

Intervenções Estratégicas

- Promoção da educação para a saúde de forma a desenvolver na população o sentido da **responsabilidade cívica e o respeito pelas regras de segurança**;
- Reforço das medidas persuasivas, nomeadamente de **controlo e fiscalização nas obras de construção civil**. (cumprimento da legislação em vigor, higiene e segurança no trabalho);
- Criação de meios de apoio à **reintegração sócio laboral das vítimas** de acidentes de trabalho com incapacidades.
- Sensibilização das autarquias e da população para a importância da utilização nas habitações de medidas de protecção contra quedas (utilização materiais antiderrapantes, varandins, corrimão, etc.).

5.4. Diabetes Mellitus

Caracterização do problema

A Diabetes *mellitus* constitui um grave problema de saúde, não só pela sua prevalência mas também pela crescente morbilidade e mortalidade.

É estimado que em países industrializados de raça caucasiana a prevalência oscila entre os 2 e os 6%. Sabe-se também que a incidência aumenta nos grupos de pessoas mais favorecidos em termos sócio-económicos. Esta incidência é também mais significativa nas áreas urbanas.

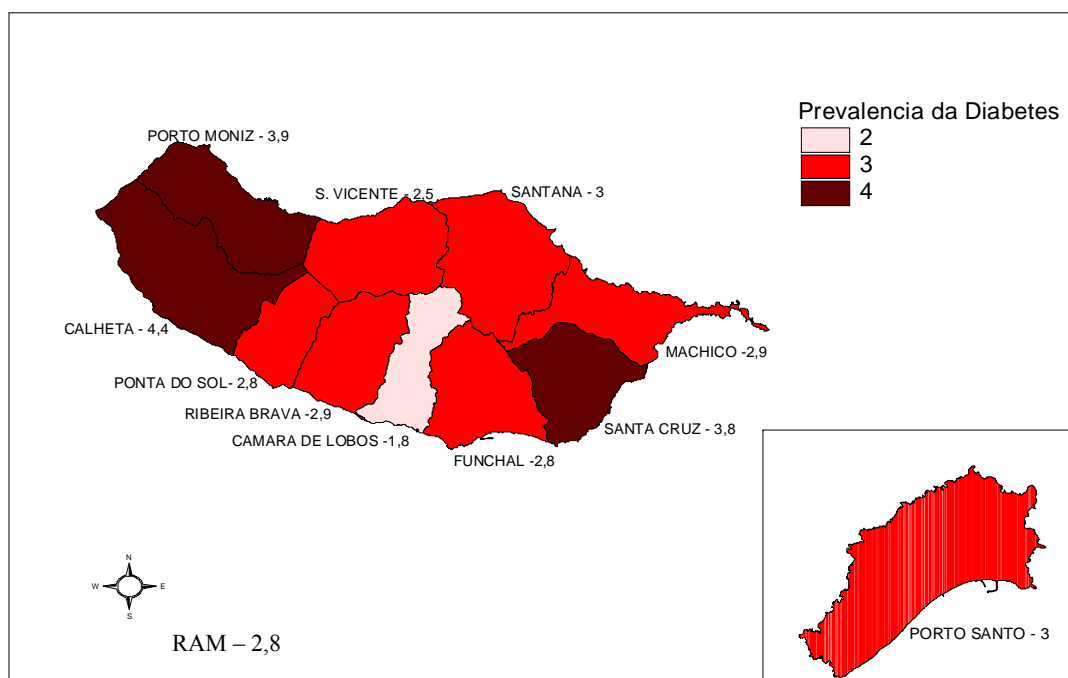


Figura 33. Prevalência da Diabetes Mellitus (%), RAM-2000

Fonte: Grupo Coordenador do programa *DiabCare*; 2000

Na RAM, e em termos globais a prevalência situa-se a nível dos 2,8% (Figura 33).

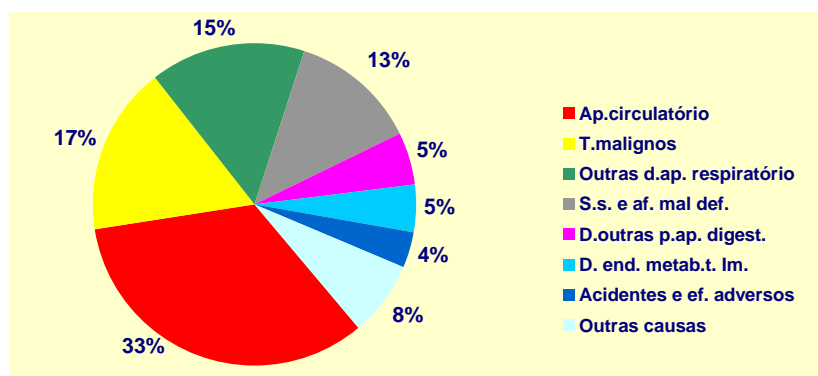


Figura 34. Mortalidade proporcional por causa de morte, RAM-1999
(Fonte: DRE, Estatísticas da Saúde, 1999)

O grupo das doenças endócrinas e metabólicas e transtornos imunitários com um valor percentual de 5%, ocupa o sexto lugar das causas de morte (Figura 34). Para este valor a diabetes *mellitus*, contribui com 4%.

Da informação obtida na Área de Doentes, do CHF, sabe-se que há equiparação do risco de mortalidade perinatal, e de malformações congénitas entre filhos de mães diabéticas e não diabéticas.

Meta

Até ao ano 2010 as **complicações da Diabetes *mellitus*** devem ser reduzidas em 20%¹⁸.

Objectivo Geral

- Reduzir as complicações da diabetes.

Objectivos Específicos

- Reduzir em 20%;a **mortalidade por doença coronária nos doentes com diabetes *mellitus***;
- Reduzir em 20% as **amputações não traumáticas nos doentes com diabetes *mellitus***;
- Reduzir em 30% o número de novos casos de **retinopatia**, nos doentes com diabetes *mellitus*;

¹⁸ World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen. Health 21. World Health Organization 1999

- Reduzir o número de novos casos de **nefropatia** nos doentes com diabetes *mellitus* em 30%;
- Manter a **equiparação do risco** na mortalidade perinatal e malformações congénitas em filhos de mulheres diabéticas e de mulheres não diabéticas.

Intervenções Estratégicas

- Melhoria no acesso dos diabéticos ao **Programa de Controlo da Diabetes Mellitus** e suas complicações;
- Dinamização do **rastreio da retinopatia diabética**;
- Dinamização do *DiabCare*;
- **Formação dos profissionais** de saúde;
- Criação de uma **equipa multidisciplinar** treinada na área da diabetes, cuja actividade se destine a apoiar os profissionais de saúde no local de trabalho, na detecção e tratamento de complicações da diabetes *mellitus*;
- **Deteção precoce da diabetes mellitus** através da identificação e acompanhamento das pessoas em risco, que frequentam os centros de saúde;
- Elaboração de um **manual de boas práticas profissionais** na abordagem do doente diabético;
- Educação e envolvimento dos doentes e famílias no sentido da gestão e competências nos **auto cuidados na diabetes**.
- Promoção de **hábitos alimentares saudáveis** (ver Hábitos alimentares);
- Promoção da **actividade física** (ver Actividade física).

5.5. Cárie dentária

Caracterização do problema

É a doença crónica mais frequente na população infantil e juvenil, sendo a sua prevalência muito elevada em Portugal. Estudos de incidência na dentição definitiva apontam para uma nova cárie / criança / ano, o que representa cerca de 600.000 novas cáries, na população do ensino básico (6/9 anos de idade), e a existência de 4 novas cáries por criança aos 10 anos.

No Programa de Saúde Oral que numa primeira fase, foi levado a cabo nos concelhos, da Ponta do Sol, Porto Moniz, e Ribeira Brava, verificou-se que 33% das crianças com 6 anos, encontram-se livres de cárie. Nestes concelhos, a prevalência da cárie dentária, entre os 3 e 9 anos de idade, é de 63.8%, 65.6%, e de 60.5%, respectivamente.

Numa segunda fase, o referido Programa foi alargado aos restantes concelhos com excepção para Câmara de Lobos e Funchal previstos para outra fase. Contudo ainda não estão disponíveis dados de avaliação da segunda fase.

Meta

- Até 2010, 50% das crianças do ensino pré-escolar e do ensino básico, deverá estar **livre de cárie dentária**¹⁹.

Objectivo Geral

- Reduzir a incidência de cárie dentária nas crianças do ensino pré-escolar e do ensino básico.

Intervenções Estratégicas

- Alargar o Programa de Saúde Oral a **todas as crianças** do ensino pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico de todos os concelhos da RAM;
- Proporcionar cuidados médicos para **tratamento da cárie** na população alvo do programa;

¹⁹ World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen. Health 21. World Health Organization 1999

- **Formação** em Saúde oral dirigida aos **profissionais** de saúde, educadores e professores;
- **Divulgação de programas de prevenção** em saúde oral.
- Promoção de **hábitos alimentares** saudáveis (ver hábitos alimentares);

5.6. Infeção HIV / Sida

A designação “SIDA” no presente contexto deverá ser entendida como relativa a todo o processo que inclui a infeção inicial VIH até à fase mais avançada de SIDA.

Quadro 4. Distribuição dos casos de Infeção VIH por sexo

Sexo	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Masculino	47	82	99	116	138	164	183
Feminino	13	22	31	35	42	56	63
Desconhecido	3	3	3	3	3	3	1
Total	63	107	133	154	183	223	247

Fonte: Comissão Regional de Luta contra a Sida

A SIDA na Região Autónoma da Madeira (RAM), a exemplo do que acontece no resto do Mundo, encontra-se, predominantemente, associada ao género masculino (Quadro 4) sendo a categoria de transmissão sexual a que regista maior número de casos (Quadro 5), embora a transmissão por toxicodependência tenha vindo a aumentar nos últimos anos.

Quadro 5. Distribuição dos casos HIV por categoria de transmissão

Categoria de Transmissão	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Sexual	57	91	114	129	155	190	212
Toxicodependência	2	3	14	18	21	26	29
Mãe-filho	-	-	-	-	-	-	2
Desconhecida	4	5	5	7	7	7	4
Total	63	99	133	154	183	223	247

Fonte: Comissão Regional de Luta contra a Sida

No que concerne à distribuição por grupo etário, verificamos que 71% dos casos ocorreram entre os 20 e os 40 anos (Quadro 6).

Quadro 6. Distribuição dos casos de Infecção VIH por grupo etário

Grupo etário	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
< 20 anos	4	4	6	8	7	7	11
20-40 anos	46	81	102	120	141	173	176
> 40 anos	8	17	21	22	30	38	60
Desconhecida	5	5	5	5	5	5	-
Total	63	107	134	155	183	223	247

Fonte: Comissão Regional de Luta contra a Sida

A prevenção continua a ser o meio mais eficaz para se reduzir a incidência da SIDA. Por isso, é essencial manter a população em geral bem informada e adequar a informação pertinente a certos destinatários, tendo presente as especificidades destes.

Às medidas preventivas, e, no caso concreto dos toxicodependentes, devem associar-se estratégias de redução de riscos e minimização de danos, incluindo-se o acesso às terapêuticas de substituição.

Na actualidade, a evolução clínica da infecção VIH tende para a cronicidade em consequência das novas terapêuticas, do desenvolvimento das análises para determinação da carga viral e dos testes de resistência aos anti-retrovirais. Assim sendo, e devido a esta tendência para a cronicidade impõe-se o desenvolvimento de programas que promovam ao nível dos serviços de saúde e da sociedade civil respostas específicas de prestação de cuidados e assistência social.

Quadro 7. Situação da Infecção pelo HIV na RAM**Estado à data do diagnóstico**

Casos por data de notificação	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
Portador Assintomático	18	36	48	58	65	83	95
Complexo Relacionado com Sida	13	27	34	40	46	57	66
SIDA	31	42	49	54	70	81	86
Desconhecido	1	2	2	2	2	2	-
Total acumulado (1.ª notificação 1988)	63	107	133	154	183	223	247
Notificação anual de casos	...	44	26	21	29	40	24

Fonte: Comissão Regional de Luta contra a Sida

Na RAM, foram identificados até 30 de Novembro de 2002 (Quadro 7), à Comissão Regional de Luta contra a Sida, 95 casos de portadores assintomáticos (PA), 66 casos de complexos relacionados com a Sida (CRS) e 86 casos de Sida, num total acumulado de 247 casos²⁰.

Meta

- Até ao ano 2010 **inverter** (reduzir), de forma sustentada e continuada, a **tendência crescente da incidência e da mortalidade** por infecção VIH/SIDA.

Objectivo Geral

- Reduzir a infecção pelo VIH.

Objectivos Específicos

- **Conhecer** com maior detalhe o **curso da infecção** VIH/SIDA na população;

²⁰ Dados divulgados pela Comissão Regional de Luta contra a Sida.

- Dinamizar o **acesso** em toda a Região **ao diagnóstico**, voluntário, gratuito e confidencial da infecção VIH/SIDA;
- Aumentar o número de jovens abrangidos por **programas de educação** sexual (planeamento familiar) e de prevenção da infecção pelo VIH / SIDA.

Intervenções Estratégicas

- **Informação e Educação** para a Saúde à população em geral, especialmente os adolescentes e os adultos jovens;
- Promoção da **mudança dos comportamentos sexuais de risco** para a infecção VIH / SIDA e sensibilização para o uso mais generalizado do preservativo nos contactos sexuais ocasionais e nas relações sexuais com parceiros múltiplos;
- **Melhoria da acessibilidade aos serviços** de Saúde para detecção e tratamento precoce das doenças sexualmente transmitidas;
- Intensificação da **prevenção do consumo de drogas** injectáveis;
- Incrementação do “**Programa de Troca de Seringas**”;
- Abordagem da **SIDA** como uma **doença crónica** tratável;
- Melhoria da **resposta** aos **grupos** populacionais de mais **elevado risco**;
- Criação de uma **coordenação apropriada entre os diferentes níveis de cuidados** de Saúde de modo a apoiar os doentes e suas famílias;
- **Articulação** com as estruturas nacionais que desenvolvem actividades na área da prevenção e tratamento da SIDA.

5.7. Doenças Transmissíveis evitáveis pela vacinação

Uma vacina pode dar protecção individual e impedir que o indivíduo vacinado contraia uma dada doença. Uma epidemia pode ser evitada com a criação de uma barreira constituída pela imunidade de grupo, desde que, uma proporção suficiente dos indivíduos esteja vacinada.

Assim além de um papel individual, as vacinas têm um papel colectivo.

Algumas das doenças evitáveis pela vacinação têm visto a sua incidência e impacto na saúde reduzidos, na sequência das altas coberturas vacinais. Exemplos dessa situação são a poliomielite que está eliminada na região europeia e o sarampo que após controlado se encontra em fase de pré-eliminação.

Entre as doenças preveníveis pela vacinação a Hepatite B é, a seguir à tuberculose, a que regista maior número de casos na RAM (Quadro 8).

Quadro 8. Casos notificados de doenças preveníveis por vacinação, RAM 1995 a 2001

	Hepatite B	Tuberculose respiratória	Tétano	Sarampo	Rubéola	Parotidite
1995	18	59	0	6	0	1
1996	9	34	0	2	2	3
1997	32	37	1	4	2	1117
1998	13	40	0	0	1	115
1999	39	60	1	1	0	7
2000	27	67	0	1	2	4
2001	12	37	1	0	1	5

Fonte: DGS. Doenças de declaração obrigatória 1995-1999 edição *on line* (23 de Julho de 2002). Disponível na World Wide Web: <http://www.dgsaude.pt>; CRS/DEPE. 2000 e 2001

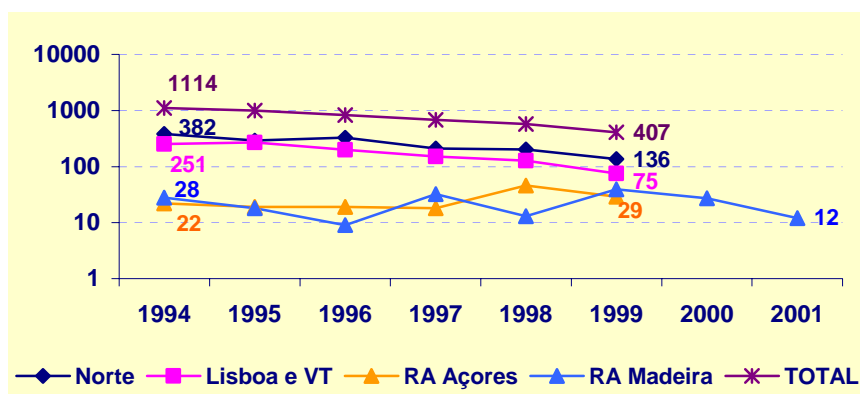


Figura 35. Evolução do número de casos de Hepatite B notificados, segundo a região, 1994 a 1999

(Fonte: DGS. Doenças de declaração obrigatória 1995-1999 edição *on line* (23 de Julho de 2002). Disponível na World Wide Web: <http://www.dgsaude.pt>; CRS/DEPE. 2000 e 2001)

A análise da evolução dos casos de Hepatite B no período 1994 a 2001 (Figura 35) mostra que, após ter registado diversas oscilações, o número de casos caiu para metade no último ano (2001).

A taxa de cobertura vacinal nas crianças com idade inferior a 1 ano, no que respeita à vacina contra a hepatite B, só é satisfatória nos dois últimos anos do período em estudo (Quadro 9).

Quadro 9. Evolução das Taxas de cobertura vacinal nas crianças com idade inferior a 1 ano, 1994-2001

Anos	Hepatite B (%)
1994	81,0
1995	85,4
1996	76,2
1997	78,9
1998	71,6
1999	73,0
2000	100
2001 a)	100

Fonte: CRS/DEPE
a) - Dado provisório

Meta

- Até 2008 **reduzir a incidência** de Hepatite B em 80%;
- Até ao ano 2010 a taxa de cobertura vacinal deverá ser de 90% no grupo etário <15 anos (Plano Regional de Vacinação).

Objectivo Geral

- **Manter as taxas de cobertura vacinal elevadas**, de acordo com a situação epidemiológica.

Intervenções Estratégicas

- Divulgação do **Programa Regional de Vacinação**;
- **Promoção da vacinação** de acordo com o calendário de vacinação;
- Promoção da adesão à **vacinação contra a Hepatite B dos profissionais de saúde**;
- **Elaboração de normas de orientação técnica** a aplicar às situações de portadores sãos do vírus da hepatite B.

5.8. Maternidade e infância

Situação actual.

Tradicionalmente, a área materno infantil é a mais referenciada quando se pretende aferir a qualidade de saúde numa determinada população.

Na RAM, a análise destes indicadores resulta contraditória. A vigilância médica da gravidez é praticamente universal, contudo a taxa de mortalidade infantil persiste sistematicamente superior à média nacional e no ano de 2001, o seu valor foi de 8.2 ‰, cerca de três pontos acima daquela média.

Ainda no ano de 2001, as gravidezes em mulheres com menos de 18 anos foi de 3% e o número de recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP), peso inferior a 1500 gramas, tem-se mantido estável (25-30 casos/ano) e destes só 50% tinham feito tratamento com dexametasona para prevenção da Doença de Membranas Hialinas, responsável pela alta mortalidade/morbilidade neste grupo especial de crianças.

A taxa de vacinação nesta Região mantém-se nos últimos anos superior a 90% para todo o calendário regional de vacinação enquanto que o aleitamento materno exclusivo aos 3 meses de idade se cifra em cerca de 50%.

A frequência do Serviço de Urgência de Pediatria do CHF tem crescido sistematicamente nestes últimos anos, contudo, mais de 80% destes atendimentos são situações não urgentes ou emergentes.

Metas

- Até ao ano 2010 reduzir em 50% o número de recém nascidos portadores de **malformações congénitas**;
- Até ao ano 2010 reduzir em 20% a proporção de crianças nascidas com **peso inferior a 2500 g**.

Objectivos Gerais

- Reduzir a mortalidade perinatal.
- Reduzir a mortalidade infantil;

Objectivos Específicos

- Atingir e manter a **vigilância médica** universal da gravidez;
- Estabilizar a **gravidez na adolescência** em taxas inferiores a 1%;
- Manter acima de 95% a **taxa de vacinação**;
- Adequar a introdução das **novas vacinas** à situação epidemiológica;
- Evitar a **rotura prematura de membranas** e o parto prematuro em 50% dos casos, melhorando e diagnosticando eficazmente a infecção na grávida;
- Administrar **dexametasona** em todos os casos em que esta esteja indicada;
- Colocar o **aleitamento materno** aos 3 meses de idade, acima dos 75%;
- Reduzir/eliminar a frequência das **situações não urgentes/emergentes** no Serviço de Urgência do CHF;
- Reduzir em 50% a incidência do **síndrome de morte súbita do lactente** e dos acidentes no primeiro ano de vida.

Intervenções estratégicas.

- Elaboração de normas de **exames ecográficos** realizados durante a gravidez;
- Realização da **ecografia** das 11-13 semanas de gravidez, feita exclusivamente por técnico com habilitação adequada à detecção de malformações congénitas;
- Detecção oportunística de **malformações congénitas** através dos marcadores específicos;
- **Amniocentese universal** a grávidas com idade igual ou superior a 35 anos ou com história familiar de malformações congénitas;
- **Operacionalização das comissões de ética** de forma a dar resposta em tempo oportuno;
- **Optimização e uniformização dos meios de diagnóstico** da infecção na grávida, prevenindo a rotura prematura de membranas (parto prematuro);

- **Prevenção da doença de membranas hialinas** do prematuro, com a administração sistemática de dexametasona em todas as áreas de atendimento, incluindo a medicina familiar;
- Criação nos cuidados de saúde primários de **consultas de referência** nas áreas de **pediatria** e **obstetrícia**, onde teriam de estagiar todos os técnicos que posteriormente exercessem actividade em saúde materno-infantil;
- **Acesso** gratuito e melhor divulgação dos **meios anticoncepcionais** junto da população adolescente/escolar;
- Criação de **Centros de Atendimento Permanente**, funcionando até às 24 horas na periferia da cidade do Funchal. Estes centros actuariam como tampão e triagem do Serviço de Urgência hospitalar.

5.9. Saúde Mental

Estudos epidemiológicos referem que 12% dos anos de vida perdidos por incapacidade em 1998 tiveram origem em perturbações mentais, indicando que nos países mais desenvolvidos atingiram o percentual de 23%, enquanto que nos países em vias de desenvolvimento ou de desenvolvimento médio representam 11%. (OMS, 2000)

Segundo o Relatório da Organização Mundial de Saúde, “Saúde Mental: nova concepção nova esperança, 2001”²¹, as doenças mentais têm vindo a aumentar significativamente, e refere que nos próximos 20 anos, a depressão será a segunda causa de doença no mundo e é actualmente a principal causa de incapacitação. Outras formas de perturbações, como sejam a dependência do álcool, epilepsia, esquizofrenia, suicídios e tentativas de suicídio irão aumentar significativamente.

Estes indicadores, sugerem de algum modo a forma como vivemos e indicam a necessidade de tomar medidas para que o modo de viver seja mais saudável.

A nível da RAM, e em 2002, verificou-se um total de internamentos de 506 mulheres na Casa de Saúde Câmara Pestana e de 686 na Casa Saúde S. João de Deus, dos quais 502 na Unidade de Internamento de Doentes Agudos de S. José e 184 na Unidade de Alcoologia Dr. Ricardo Pampuri.

A maioria dos indivíduos independentemente do sexo, são oriundos dos concelhos do Funchal, Machico, Câmara de Lobos e Santa Cruz.

Verifica-se que são as psicoses a maior causa dos internamentos com 236, seguido do alcoolismo com 134, as drogas com 77 e a depressão com 38 casos.

Da população internada 51% tem residência no concelho do Funchal, seguido de Machico com 11,15% e Câmara de Lobos com 10,9%.

Meta

- Até ao ano de 2010 **reduzir o impacto negativo** dos problemas de saúde mental sobre a saúde.

²¹ Relatório Mundial de Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Edição da Direcção Geral de Saúde, Primeira edição. Lisboa 2002

Objectivo Geral

- **Melhorar os cuidados** de saúde na área da Saúde Mental.

Intervenções estratégicas

- Criar um **Conselho Regional Multidisciplinar para a Área de Saúde Mental**, que integre, acompanhe, sugira o levantamento de necessidades / intervenções prioritárias, crie condições para a execução e avalie as intervenções efectuadas;
- Proceder à **avaliação sistemática e periódica** que permita conhecer os ganhos em saúde na área de Saúde Mental;
- Criar um Órgão **Observatório** de carácter consultivo, cuja missão seria acompanhar a evolução das necessidades em Saúde Mental, controlo e avaliação dos projectos;
- Criar ao nível da comunidade **equipas multidisciplinares** na área da saúde mental com ligação aos poderes locais e associações de auto ajuda, que assegurem a intervenção precoce e focalizada, reabilitação e controlo;
- Realizar **estudo transversal** que possibilite o diagnóstico da Saúde Mental na RAM;
- Criar a nível escolar a figura do **mediador** para avaliar e detectar precocemente sinais de alarme nas crianças e para encaminhamento atempado para os profissionais de saúde mental na comunidade;
- Criar mecanismos que garantam a **agilidade na continuidade dos cuidados**, Comunidade/Cuidados Diferenciados/Comunidade;
- Promover a **formação** em serviço no âmbito da Saúde Mental;
- Elaborar **Manual de Boas Práticas** para a Área de Saúde Mental.

5.10. Tuberculose

Caracterização

A tuberculose continua a ter em Portugal uma alta morbilidade com repercussões sócio-económicas elevadas, sendo uma preocupação importante para os serviços de saúde (Quadro 10).

Quadro 10. Novos casos de tuberculose em Portugal, RAA e RAM

Unidade: N.º

Anos	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Portugal	5.045	4.919	4.656	4.494	4.685	4.552	4.117	x
RAM a)	71	76	74	66	63	70	71	48
RAA	61	48	50	37	56	x	x	x

Fonte: Portugal e RAA - INE
Portugal ano 2000 - DGS
RAM - CRS/DEPE
x - Dados não Disponíveis

a) Inclui os Recidivas

Na RAM quer a prevalência quer a incidência, comparadas em anos sucessivos, apresentam uma tendência para baixar (Figura 36).

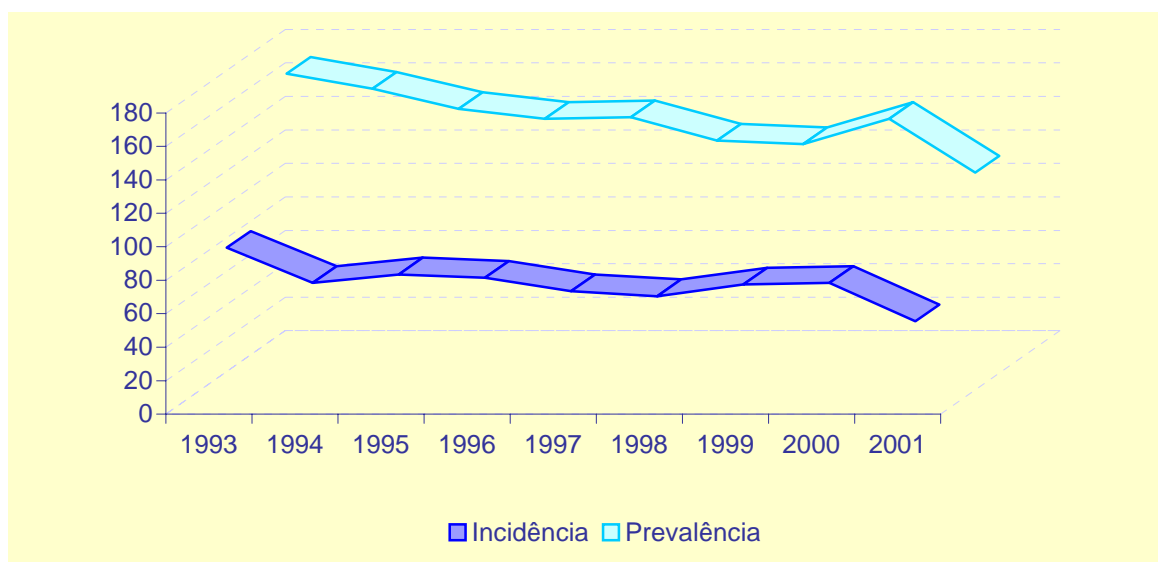


Figura 36. Incidência e Prevalência da Tuberculose na RAM, Evolução 1993-2001

Analisando a distribuição da tuberculose por género e idade na RAM (Quadro 11), verifica-se uma maior incidência de casos no género masculino, e nas idades superior e igual aos 15 anos.

Quadro 11. Tuberculose por todas as formas, grupo etário e género na RAM - 2001

Unidade: N.º

Anos	< 15 anos			≥ 15 anos		
	H	M	H/M	H	M	H/M
1993	4	-	4	62	26	88
1994	3	1	4	52	15	67
1995	3	1	4	43	29	72
1996	1	1	2	52	20	72
1997	3	0	3	43	20	63
1998	2	0	2	39	22	61
1999	3	2	5	47	18	65
2000	1	1	2	50	19	69
2001	-	1	1	32	15	47

Fonte: CRS/DEPE

Nota: Inclui os Recidivas

Quanto à morbilidade e relativamente ao ano de 2001 (quadro 12), observa-se que é a forma pulmonar a mais frequente.

Quadro 12. Número de casos de tuberculose segundo a localização, RAM - 2001

Unidade: N.º

Forma Nosológica	N.º		
	H	M	HM
Pulmonar	20	9	29
Pleural	5	1	6
Ganglionar	-	1	1
Pericárdica	2	-	2
Óssea	-	1	1
Miliar	3	-	3
Peritoneal	-	1	1
Digestiva	1	-	1
Genital	1	3	4
Total	32	16	48

Fonte: CRS/DEPE

Nota: Inclui os Recidivas

Meta²²

- Até 2007 a **cura de casos bacilíferos** deverá aumentar 87%;
- Até ao ano de 2007 a **incidência da tuberculose** deverá ser inferior a 18⁰/₀₀₀₀

Objectivos Gerais

- **Reduzir a incidência** de casos de tuberculose;
- **Disponibilizar** tratamentos em **toma observada directamente** aos **doentes bacilíferos** e com **tuberculose multiresistente**, no sentido da redução de novos casos e prevenção da resistência aos medicamentos;
- **Dinamizar a investigação epidemiológica.**

Intervenções estratégicas

- Criar condições na rede dos cuidados de saúde primários para **facilitar a acessibilidade ao programa da toma observada directamente;**
- Dinamizar o **rastreio dos contactos dos casos bacilíferos** e promover o tratamento quimioprofiláctico primário e secundário;
- **Implementação da análise epidemiológica** com actuação nos focos.

²² Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, Direcção Geral da Saúde: Lisboa, Junho, 1999.

5.11. Patologias alérgicas – Asma brônquica

Caracterização do problema

Este tipo de patologias com elevada prevalência na RAM é responsável por uma elevada morbidade com consequências na qualidade de vida dos doentes e repercussões sócio económicas importantes.

A possibilidade de uma prevenção primária e secundária adequada e de um tratamento em ambulatório na maior parte das situações é uma conquista dos nossos dias. No entanto, é necessário melhorar a informação dos profissionais de saúde, dos doentes e da população em geral, permitindo melhorar a eficácia e eficiência da prestação de cuidados de saúde.

Asma Brônquica

A asma brônquica é a doença crónica mais frequente da infância, com elevadas prevalências em todo o mundo ocidental, constituindo o planeamento para a economia de recursos no seu tratamento, tarefa prioritária no âmbito da Saúde Pública.

Em todo o mundo, estudos prospectivos tais como o ISAAC- *Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood* e o ECRHS – *European Community Respiratory Health Survey* e o GINA – *Global Initiative for Asthma*, demonstraram o aumento da prevalência das doenças alérgicas, em geral, e da asma brônquica, em particular^{23,24}. A prevalência da asma em países desenvolvidos situa-se entre os 15% e os 30%, tendo duplicado na década de 80. Os países anglófonos apresentaram prevalências mais elevadas, atingindo-se para a Grã-bretanha, Austrália e Nova Zelândia, valores de 30% (Figura 37)^{25,26}.

²³ Livro Branco sobre o Futuro da Imunoalergologia em Portugal, no Horizonte do ano 2005, 2000, Edição SPAIC – CBF Leti, Lisboa.

²⁴ P. Burney et al. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self - reported asthma attacks, and use of asthma medications in the European Community Respiratory Health Survey (RCRHS) *Eur Respir. J.*, 1996;9:687-695.

²⁵ ISAAC Steering Committee. Worldwide variations in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema:ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-32.

²⁶ Global Initiative for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report. National Institute of Health Publication number 95-3659

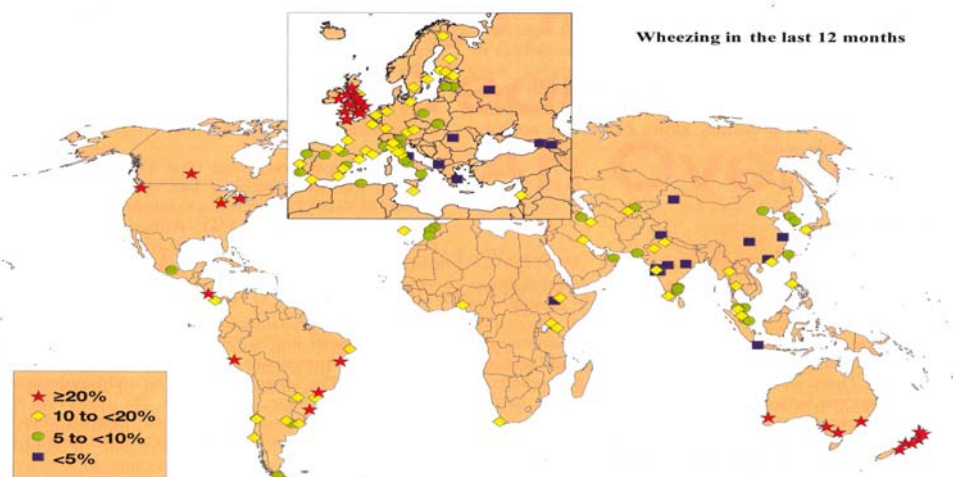


Figura1 37. Prevalência da sibilância nos últimos 12 meses ISAAC – Fase I

Não sendo uma doença com elevadas taxas de mortalidade é, no entanto, responsável por problemas socioeconómicos algo complexos, dada a sua elevada prevalência na infância e o seu carácter familiar, afectando não só o individuo doente como todo um agregado familiar. A asma atinge em todo o mundo cerca de 100 milhões de pessoas, verificando-se a nível mundial, no mínimo, cerca de 40 000 mortes por ano ²⁷(Figura 38).

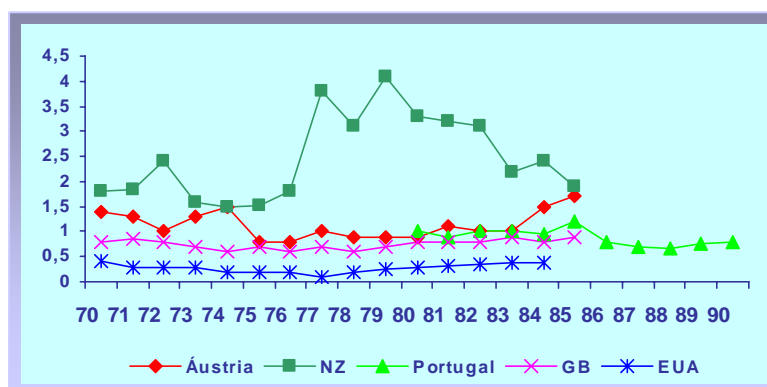


Figura 38. Taxa de mortalidade por asma no grupo etário entre os 5 e os 35 anos

Em Portugal a prevalência de asma brônquica determinada pela participação em estudos epidemiológicos internacionais de que são exemplo o ISAAC e o PAC Study – *Português Allergic Childhood Study*, foi determinada para valores que se estimam entre 11% e 15% na infância e adolescência verificando-se valores um pouco mais elevada na

²⁷ Livro Branco sobre o Futuro da Imunoalergologia em Portugal, no Horizonte do ano 2005, 2000, Edição SPAIC – CBF Leti, Lisboa.

idade adulta (Figura 39) Estimam-se prevalências entre 12% e 22% no ano de 2005 duplicando as encontradas em 1995²⁸.

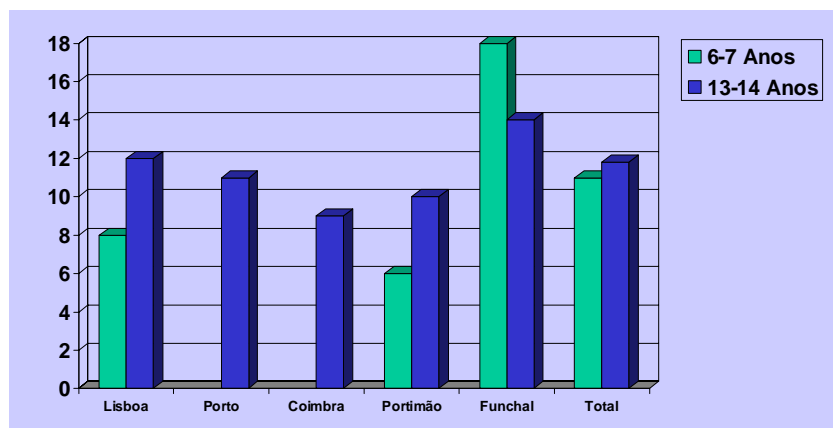


Figura 39. Prevalências do diagnóstico de asma ISAAC – Fase I

A Madeira é a região do País que apresenta a prevalência e gravidade da doença asmáticas mais elevadas, resultando estes factos, indubitavelmente, da interacção da genética com estilos de vida e condições ambientais específicos desta Região^{29,30} (Fig.3). Na RAM, a asma brônquica é responsável por cerca de 3% da globalidade das hospitalizações até os 18 anos de idade, correspondendo à 5ª causa de hospitalização. No Serviço de Pediatria (<13anos) é responsável por 6% dos internamentos, constituindo a 3ª causa de hospitalização neste Serviço. Verifica-se um aumento dos internamentos de longa duração (>=3 dias), que poderá ser indicador de gravidade ou do tipo de abordagem da doença. Em 74% dos casos, este tipo de internamento verifica-se em crianças muito pequenas. Os adolescentes são responsáveis por 12% do total das hospitalizações no Serviço de Pediatria³¹.

A Unidade de Imunoalergologia do Hospital Central do Funchal (HCF), implantada numa região onde a distância física de outros centros de referência é um facto, será a garantia da prestação de cuidados hospitalares diferenciados, a uma população com elevada prevalência de doença alérgica, permitindo, ainda, a adequada articulação com os cuidados de saúde primários. A sua diferenciação entra no âmbito da recentemente aprovada rede de referência hospitalar desta especialidade, a nível de todo o País.

²⁸ Morais Almeida M, Câmara R, Ornelas P et al. Prevalência da asma brônquica e da atopia em crianças da Ilha da Madeira. *Revista de Epidemiologia* 1996;2:39-40.

²⁹ Freitas Graça Maria. *Epidemiologia e factores de risco. Asma brônquica na prática clínica* 2003, 7-27.

³⁰ Morais-Almeida M, Gaspar A, Rosado-Pinto *Epidemiology of asthma in Portugal, Cape Verde and Macao. J. Pediatr Pulmonol* 2001;23:35-7.

³¹ Casuística oficial do Hospital Central do Funchal 2002

Com o aumento progressivo das necessidades de saúde nesta nova valência, demonstrado pelo incremento das consultas de cerca de 9,5% no último ano e de 72% na última década. Em relação à asma brônquica, da análise dos dados referentes às diversas especialidades médicas onde estes doentes são seguidos (Imunoalergologia, Pediatria, Medicina Interna e Pneumologia) e confrontando-os com a prevalência da doença na Região (10%), poderemos inferir que são seguidos a nível hospitalar 35% dos doentes com asma, sendo 50% deles seguidos pela Imunoalergologia. Ressalva-se o facto de, na Imunoalergologia, 45% das consultas efectuadas no ano 2002 terem sido de doentes em idade pediátrica.

O subdiagnóstico da asma brônquica e a consequente insuficiente instituição de medidas terapêuticas preventivas, são constatados no PAC *Study*, em 1995, no grupo de crianças identificadas como asmáticas. Só 58% tinham diagnóstico previamente estabelecido e, destas, só 38% tinham realizado qualquer tipo de terapêutica preventiva.

No Funchal, constata-se através dos resultados do ISAAC – fase I, índices de maior gravidade da doença que no restante território português³²³³

Verifica-se falta de informação sobre a doença constatada pelos resultados obtidos da aplicação do inquérito (desenvolvido por José Eduardo Rosado Pinto)³⁴ aos pais das crianças asmáticas da Consulta, e usado anteriormente em estudo realizado em 1995 com os professores desta Região:

- Os indivíduos, das duas populações estudadas (pais e professores), em 90% dos casos expressavam a necessidade duma informação mais específica sobre a doença.

- O conhecimento da prevalência da doença era mais adequada nos pais (56%) que nos professores (26%) mas insuficiente em ambas as populações.

- A percentagem de respostas adequadas sobre conhecimentos gerais da doença é abaixo dos 30%, à excepção do reconhecimento da gravidade da doença, que é elevada (70%), e igual nos dois grupos populacionais estudados.

- Na população de pais verificam-se, para o conhecimento da terapêutica e a necessidade da sua administração em situações específicas, percentagens entre os 50% e

³² Freitas Graça Maria. Epidemiologia e factores de risco. Asma brônquica na prática clínica 2003, 7-27.

³³ Morais-Almeida M, Gaspar A, Rosado-Pinto Epidemiology of asthma in Portugal, Cape Verde and Macao. J. Pediatr Pulmonol 2001;23:35-7.

³⁴ Rosado Pinto JE Asma e escolaridade. Saúde e Escola. 8: 42 - 45; 1991

os 70%, o que é perfeitamente insuficiente, pois o tratamento adequado dos filhos depende deste conhecimento.

Em relação **ao ambiente e estilos de vida da população** da RAM constata-se no ISAAC:

- Elevado tabagismo activo e passivo da população em geral, dos asmáticos identificados no estudos epidemiológicos realizados na RAM, e seguidos na Imunoalergologia do HCF (Figuras 40 e 41).
- Alimentação com elevada percentagem de ingestão de *fast food* desde infância, agravando-se na adolescência.
- Obesidade subsequente ao sedentarismo dos jovens da nossa região associada aos maus hábitos alimentares.
- Longo tempo de permanência no interior das habitações com exposição maciça a alérgenos *indoor*.
- Os níveis de NO₂ do ar da cidade do Funchal começam a ser preocupantes e mais elevados que nas outras cidades do país avaliadas durante o estudo ISAAC³⁵.

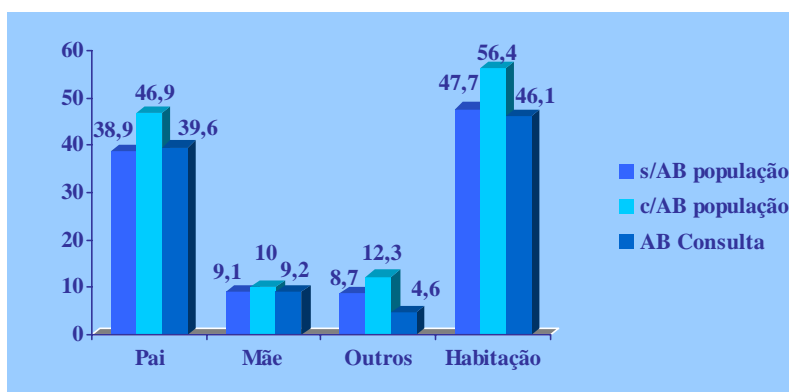


Figura 40. Incidência de tabagismo encontrada na habitação da população do estudo ISAAC comparada com a população de asmáticos da Consulta de Imunoalergologia, CHF

³⁵ Publicação portuguesa do estudo ISAAC – Fase I e II. (Em fase de publicação)

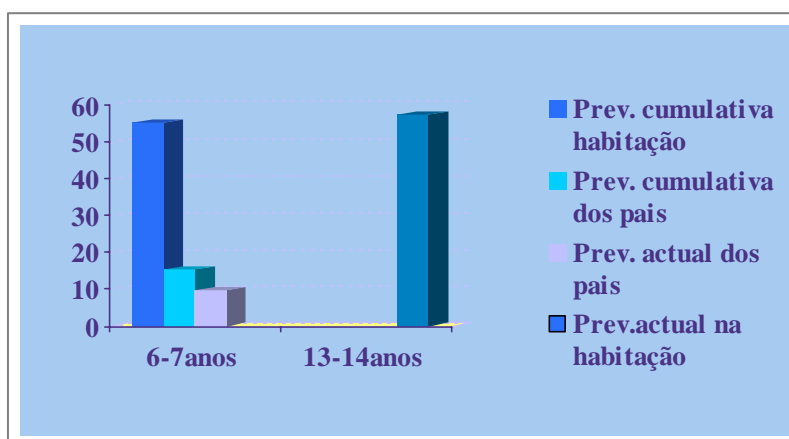


Figura 41. Tabagismo activo dos adolescentes da população estudada no ISAAC – Fase I

Metas³⁶

- Até 2010 o número de internamentos hospitalares por asma, nas crianças e adolescentes (<19 anos de idade), deverá ser reduzido em 20% (do valor base);
- Até 2010 o absentismo escolar por asma deverá ser reduzido em pelo menos 30% (do valor base);
- Até 2010 uma percentagem significativa dos doentes asmáticos (25%) deve ser capaz de autocontrolar a sua doença.

Objectivos Gerais

- **Reduzir da morbilidade e da mortalidade** por asma;
- **Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar** do doente asmático.

³⁶ Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de controlo asma. Comissão de Coordenação do Programa da Asma, Direcção Geral de Saúde: Lisboa, 2000

Objectivos Específicos

- **Determinar as necessidades** de saúde dos doentes asmáticos, nomeadamente as necessidades não satisfeitas e detecção dos grupos de risco acrescido, que requerem estratégias de intervenção acrescida.
- **Melhorar o autocontrolo** do doente asmático;
- **Melhorar a eficácia e a eficiência da prestação de cuidados** de saúde aos asmáticos;
- **Melhorar a qualidade** do meio ambiente;
- **Melhorar a vigilância epidemiológica** da asma;
- **Monitorizar e avaliar** a aplicação do programa.

Intervenções prioritárias propostas no âmbito do plano

- **Informação das diversas entidades de saúde sobre a doença;**
- **Formação de dinamizadores/formadores;**
- **Acompanhamento do doente asmático** – diagnóstico precoce, com consequente organização e racionalização de cuidados de saúde de modo a maximizar os recursos existentes;
- **Adequação de terapêuticas preventivas** – com melhoria da acessibilidade aos **fármacos necessários;**
- **A informação da população de asmáticos e do grande público** - educação do doente da sua família e melhoria subsequente do controle da doença e autocontrolo do doente asmático;
- **Abordagem adequada das agudizações da doença** – acesso facilitado a cuidados diferenciados dos doentes de alto risco que requerem estratégias de intervenção acrescida perante normas pré estabelecidas;
- **Promoção de estilos de vida saudáveis e da qualidade do meio ambiente;**
- **Vigilância epidemiológica da asma** - através de organismos e instituições já existentes ou a criar permitindo a elaboração de estratégias no futuro.

5.12. Infecção nosocomial

Situação actual

A infecção nosocomial é uma entidade nosológica cada vez mais referida na literatura devido à emergência de populações imunocomprometidas. A evolução dos cuidados intensivos médico-cirúrgicos que utilizam cada vez mais técnicas invasivas condiciona os pacientes a situações cada vez mais críticas. Esta situação merece por isso a nossa atenção, tentando antecipar, prever e precaver o futuro.

A infecção nosocomial em unidades de cuidados intensivos é a maior causa de morbidade e mortalidade, 9 a 52% dos pacientes internados nestas unidades desenvolvem Pneumonia Bacteriana com uma mortalidade associada de 20 a 55%. Em unidades neonatais cerca de 50% dos recém nascidos admitidos podem adquirir uma infecção nosocomial e cerca de 80 a 90% destas crianças são medicados com antibióticos. Calcula-se que a infecção nosocomial tenha uma incidência de cerca de 1,4 episódios/por recém-nascido internado.

Por outro lado, fora destas áreas confinadas é cada vez maior a população de imunocomprometidos (recém-nascidos, imunodeprimidos, etc.) que frequenta áreas de saúde (Hospitais, Centros de Saúde, etc.) constituindo um risco acrescentado para o aparecimento da infecção nosocomial.

Ainda dentro deste conceito é importante considerar a infecção adquirida em comunidade fechada (creches, infantários, etc.), que não pode ser considerada como infecção nosocomial, mas que pela sua semelhança beneficia da aplicação das medidas gerais preconizadas e aconselhadas na prevenção e controlo destas infecções.

Metas

- Até ao ano de 2010 deverá ser reduzida em 50% a **incidência da infecção nosocomial**;
- Reduzir a 50% a **incidência da infecção em comunidade fechada**.

Objectivo Geral

- Controlar a morbilidade e a mortalidade por infecção nosocomial.

Intervenções Estratégicas

- Diagnóstico da **incidência da infecção nosocomial** nos serviços de saúde e da infecção nas comunidades fechadas;
- Redução ao mínimo da utilização de **técnicas invasivas**, reduzindo a permanência dos doentes em ventilação e os cateterismos, utilizando de preferência a monitorização externa;
- Troca de informação entre hospitais e unidades para **uniformização de critérios de prevenção e tratamento** das infecções nosocomiais;
- Aplicação de **critérios de controlo**, (PRISM, APACHE, TISS CRIB etc.), na tentativa de quantificar, objectivar os riscos dos doentes internados nas unidades de cuidados intensivos;
- Implementação sistemática de **medidas de higiene** na prevenção da transmissão da infecção;
- **Lavagem e desinfecção das mãos**, utilizando água e sabão associados à utilização de uma solução alcoólica (vírus);
- **Declaração e controlo obrigatório** da infecção nosocomial em meio hospitalar;
- Promoção da **utilização criteriosa de antibióticos**, no tratamento de infecções respiratórias agudas da criança e do adulto;
- Envolvimento e **motivação para a mudança de atitudes** e comportamentos do pessoal, dos doentes e de todos os que circulam no espaço dos serviços de saúde com vista ao cumprimento das regras de higiene definidas.

6. UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Análise da Situação

A despesa pública, da RAM, com medicamentos aumentou em valores absolutos de 3.363.879,00 em 1997 para 5.401.060,00 em 2001 (Quadro 13), contudo a sua “quota-parte” no total do orçamento do Serviço Regional de Saúde tem vindo a baixar tendo-se observado valores percentuais de 13,04 em 1998 (valor máximo) e 11,8 em 2001 (valor mínimo) (Quadro 14), ainda assim, detêm uma fatia considerável no orçamento do SRS. De referir que ao nível do País³⁷ estes produtos representavam em 1999, 22,5% do total das despesas do SNS³⁸.

Se compararmos o crescimento destas despesas com o PIB da RAM verificamos um crescimento médio anual de 1,14%, entre 1997 e 1999, das despesas públicas com medicamentos, enquanto que o PIB cresceu em média 1,10%, em igual período.

É fácil concluir que as despesas com a saúde, estão a crescer muito mais depressa do que o rendimento, acarretando um aumento significativo nos custos.

Quadro 13. Despesa Pública com medicamentos, PIB, Despesa Total em Saúde/PIB

	1997	1998	1999	2000	2001
Reembolsos de Medicamentos - SRS (em contos)	3.363.879,00	3.900.746,00	4.311.661,00	4.817.864,00	5.401.060,00
PIB - RAM (em contos)	426.084.000,00	480.703.000,00	513.903.000,00	x	x
Despesa total em Saúde/PIB (%)	6,40	6,22	6,54	x	x

Fonte: DEPE/CRS

³⁷ In “Conhecer os caminhos da Saúde” – Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

³⁸ SNS- Serviço Nacional de Saúde

Quadro 14. Peso dos medicamentos no Orçamento do Sistema Regional de Saúde

	1997	1998	1999	2000	2001
Orçamento do CRS (em contos)	13.072.530,00	14.585.465,00	16.335.409,00	17.840.522,00	22.318.413,00
Orçamento do CHF (em contos)	14.214.161,00	15.332.660,00	17.299.157,00	20.604.950,00	23.458.224,00
Total do orçamento SRS (em contos)	27.286.691,00	29.918.125,00	33.634.566,00	38.445.472,00	45.776.637,00
Medicamentos no orçamento do SRS (%)	12,33	13,04	12,82	12,53	11,80
Medicamentos no PIB - RAM (%)	0,79	0,81	0,84	x	x

Fonte: DEPE/CRS

Passando à análise das prescrições em conjunto (público e privado) e para as quais houve participação, apurou-se o *ranking* dos medicamentos mais prescritos³⁹.

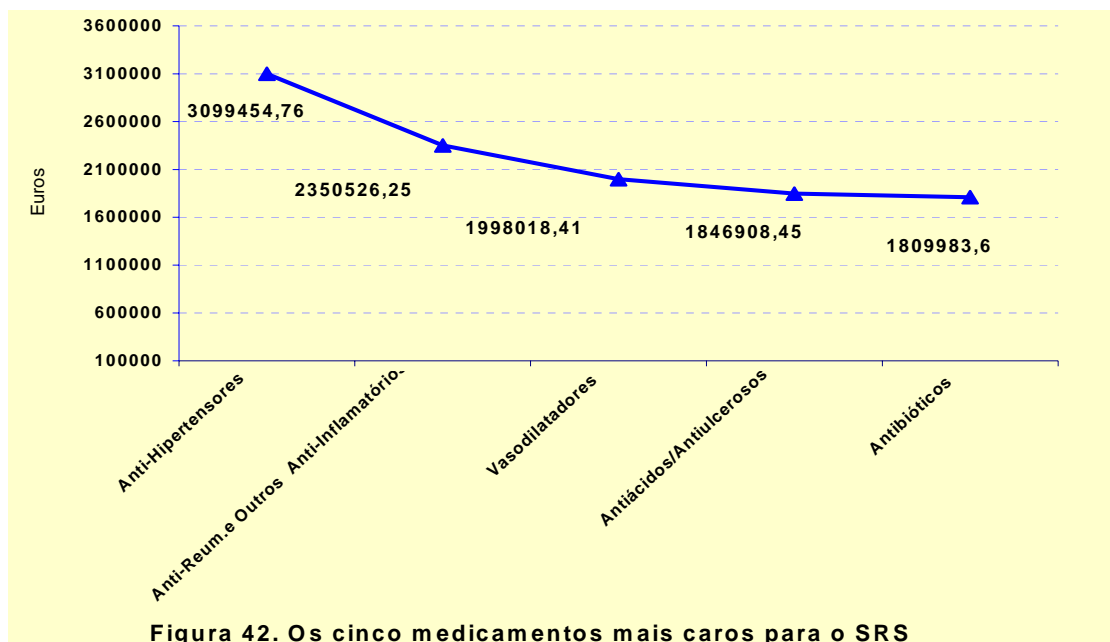
Assim temos:

- 1º lugar Anti-reumáticos e outros Anti-inflamatórios;
- 2º lugar Sedativos/Hipnóticos/tranquilizantes;
- 3º lugar Vasodilatadores;
- 4º lugar Antibióticos;
- 5º lugar Anti-hipertensores;
- 6º lugar Anti-diabéticos Orais;
- 7º lugar Analgésicos/Antipiréticos;
- 8º lugar Broncodilatadores;
- 9º lugar Vitaminas. Sais Minerais. Suplementos Alimentares;
- 10º lugar Antiácidos e Antiulcerosos.

Na generalidade observou-se que os medicamentos **mais prescritos** se encontram **entre os 20 mais caros** ou seja, aqueles cujo **custo por embalagem** é o mais alto.

³⁹ Consulta à base de dados de controlo da facturação de medicamentos - CRS

Procedendo ao cruzamento das variáveis seleccionou-se os cinco grupos terapêuticos que representam no ano de 2000 o maior volume de participação por parte do SRS (Figura 42).



Fonte: CRS/DEPE

Meta

- Até 2010 os gastos em medicamentos deverão ser reduzidos em pelo menos 15%.

Objectivo Geral

- Racionalizar o **consumo de medicamentos**.

Intervenções Estratégicas

- Introdução de **mecanismos de racionalização** da prescrição bem como educar os utentes para uma adesão correcta às terapêuticas e cumprimento das posologias;
- Divulgação de **informação de carácter pedagógico** aos cidadãos;
- Promoção da **utilização dos medicamentos genéricos** aos vários níveis de actores, médicos, farmacêuticos e utentes.
- Adopção das **políticas Nacionais** inerentes à farmacoterapêutica, farmacovigilância e informação farmacoepidemiológica;

- **Colaboração com os diversos organismos** tutelados pelo Ministério da Saúde (INFARMED, IGIF, IQS) no sentido de partilhar os sistemas de informação sobre prescrição e utilização de medicamentos.

7. QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SATISFAÇÃO DOS UTENTES

A qualidade é um atributo essencial da saúde.

Os serviços de saúde têm vindo a desenvolver esforços, no sentido da prestação de cuidados de saúde a todos os utilizadores, em conformidade com padrões de qualidade, reconhecidos internacionalmente, disponibilizados em tempo útil e a custos economicamente sustentáveis.

A estratégia para atingir o objectivo da melhoria da qualidade, passa por uma rede de informação de Saúde Pública no Sistema Regional de Saúde que permita a monitorização do estado de saúde e de bem-estar da população.

Meta

- Até ao ano 2010 deverá ser instalado um **mecanismo de vigilância e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados**, pelo menos em **três doenças graves**, de forma a medir os efeitos sobre a saúde, a relação custo-eficácia e a satisfação dos doentes.

Objectivos Gerais

- Monitorizar a melhoria contínua da qualidade organizacional dos serviços públicos de saúde;
- Desenvolver modelo de avaliação da qualidade na gestão nas organizações de saúde.

Intervenções Estratégicas

- **Melhoria contínua da qualidade** organizacional dos serviços de saúde
 - Projecto de acreditação do Centro Hospitalar do Funchal ao abrigo do protocolo com o *King's Fund Health Quality Service*;⁴⁰

⁴⁰ Protocolo assinado entre o CHF e o *King's Fund Health Quality Service*, Funchal, 2002

- Projecto de avaliação da qualidade organizacional dos centros de saúde (MoniQuOr) alvo de protocolo com o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS)⁴¹.
- Desenvolvimento de mecanismos que garantam a **avaliação da gestão dos serviços de saúde**;
- **Recolha de informação de apoio à decisão**
 - Avaliação da satisfação dos profissionais de saúde;
 - Avaliação da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde.
- Divulgação de **normas de orientação clínica**;
- Fixação de **indicadores de resultado** em matéria de saúde

⁴¹ Protocolo assinado entre a SRAS e o IQS, Funchal, 2002

8. SAÚDE PÚBLICA

Caracterização

A saúde pública tem por objectivo a melhoria permanente da saúde da população. Esta disciplina ao incorporar o conceito de saúde na sociedade, adquire uma dimensão que se estende para além da soma das saúdes individuais e transforma a saúde num verdadeiro recurso (capital), que integra o sistema económico e social.⁴²

A especificidade da Saúde Pública advém de ela ser simultaneamente, método e estado de espírito.

- O **método** que utiliza vai buscá-lo à medicina e a diferentes ciências, nomeadamente ciências da informação, da educação, humanas e económicas.
- O **espírito da Saúde Pública** tem a ver com a sua visão prospectiva dos problemas de saúde na comunidade.

Os novos desafios que se põem à saúde pública decorrem, dos actuais padrões de saúde da sociedade e da mudança registada na configuração e organização dos serviços de saúde.

O exercício da Saúde Pública exige na actualidade, uma prática de serviços multidisciplinares, estratégias intersectoriais e trabalho em parceria.

Objectivo Geral

- Melhorar de forma permanente o estado de saúde da população

Este objectivo é definido pela Organização Mundial de Saúde como:

- Assegurar a equidade face à saúde;
- Juntar vida aos anos;
- Juntar saúde à vida;
- Juntar anos à vida.

⁴² A. Levy, M. Cazaban, J. Duffour, R. Jourdan. Santé publique. 3.^a ed. Paris: Publicações Masson; 1998

Intervenções prioritárias

O princípio das intervenções estratégicas deve ser o de colocar no terreno, serviços e controlos que possibilitem aos indivíduos, aos profissionais e à comunidade, promover a saúde e proteger o ambiente físico e humano.

- Instalação de um **Sistema de Informação Regional**;
- Criação e instalação de um Serviço de **Epidemiologia**;
- Criação e instalação de um **Centro de Documentação**;
- **Prevenção da Doença e Protecção da Saúde**;
- Promoção da **Saúde Ambiental**;
- Promoção da **Formação em Saúde**;
- Promoção da **Investigação**.

8.1. Sistema de informação em saúde pública

Da intervenção a este nível deve constar:

- Elaboração e dinamização de um **projecto de gestão de dados da saúde**;
- Informatização das **Doenças de Declaração Obrigatória (DDO's)**.

Objectivos Gerais

- **Monitorizar a Saúde** da População;
- Dar cumprimento às atribuições conferidas pela lei⁴³;
- Elaborar o relatório de **avaliação da saúde da população**;
- Criar uma base de dados das **DDO's** informatizada que seja exequível e sustentável a prazo.

⁴³ Art.7.º do Decreto-lei 286/99 de 27 de Julho; Art.16.º do Decreto Regulamentar Regional n.º4/2003/M

8.2. Epidemiologia

A epidemiologia é indispensável ao exercício da saúde pública e está para esta como o diagnóstico está para a clínica⁴⁴.

A constituição de um pólo de epidemiologia que conduza ao reforço desta disciplina vai permitir⁴⁵:

- **Associar a investigação e a acção de saúde pública;**
- Organizar a **cooperação para o desenvolvimento de uma investigação** regional, nacional e europeia;
- Desenvolver um acompanhamento em termos de **comunicação dos resultados epidemiológicos.**

Objectivos

- Controlar as doenças incluídas na lista das **Doenças de Declaração Obrigatória;**
- Contribuir para o desenvolvimento de uma rede nacional de **vigilância e controlo de emergências em saúde pública** (Sistema de Alerta e Resposta Apropriada - SARA);
- Contribuir para o controlo, **eliminação e erradicação** de doenças alvo do Plano Regional de Vacinação, de forma a obter ganhos em saúde;
- Melhorar o conhecimento da **situação epidemiológica da tuberculose;**
- Contribuir para o controlo da **SIDA** e das **Doenças Sexualmente Transmissíveis;**
- Contribuir para a melhoria da vigilância e controlo das **toxinfecções alimentares;**
- Apoiar a vigilância epidemiológica em **saúde ambiental.**

⁴⁴ A. Levy, M. Cazaban, J. Duffour, R. Jourdan. Santé publique. 3.^a ed. Paris: Publicações Masson; 1998

⁴⁵ Academie des Sciences. Accès de tous à la connaissance. Préservation du cadre de vie Amélioration de la santé. Rapport à Monsieur le président de la République. Ed Paris :TEC &DOC; 2000

8.3. Centro de documentação

A criação de um centro de documentação que disponha de uma base de dados informática, para consulta bibliográfica, é fundamental ao desenvolvimento do exercício da saúde pública.

Objectivo

- Permitir a **consulta de informação**, incluindo legislação, sobre saúde pública;
- **Apoiar bibliograficamente** a redacção de monografias e de trabalhos a publicar no âmbito da saúde pública;
- Apoiar bibliograficamente a **investigação epidemiológica**;
- Divulgar **informação sobre saúde pública**;
- Apoiar a formação em serviço no âmbito do **exercício da saúde pública** e da **autoridade de saúde**.

8.4. Prevenção da doença e promoção da saúde

A prevenção e promoção da saúde são vertentes importantes da saúde pública, que pretendem otimizar a saúde das populações actuando por antecipação ao aparecimento da doença.

Pela diversidade das situações, a prevenção e a promoção obrigam a uma abordagem multisectorial e pluridisciplinar que passa por acções de educação (factores de risco e factores de protecção), complementadas por medidas normativas.

Áreas em que se impõe uma intervenção técnico normativa:

- Saúde **materno-infantil**;
- **Saúde escolar** e saúde **oral**;
- Doenças evitáveis pela **vacinação**;
- Doenças **crónicodegenerativas**;
- Doenças **transmissíveis**;
- Saúde **ocupacional**.
- Saúde **mental**

8.5. Saúde ambiental

A sobreexploração do ambiente ou a sua degradação podem gerar factores nocivos para a saúde da população.

“Tudo é tóxico, nada é tóxico, tudo é uma questão de dose.”⁴⁶

Objectivos

- Criar uma base de dados com informação acessível e actualizada sobre **factores do ambiente biofísico**, para apoio à decisão em saúde ambiental;
- Implementar medidas de **vigilância ambiental**;
- Desenvolver as medidas adequadas à prevenção e **controlo de riscos** relacionado com factores ambientais;
- Desenvolver a vigilância da **qualidade de águas**;
- Reduzir os riscos ligados aos vários tipos de **resíduos**;
- Promover a melhoria da **segurança, higiene e saúde dos trabalhadores** nos locais de trabalho;
- Proteger a saúde humana dos riscos nocivos de substâncias químicas;
- Promover a melhoria das condições de **segurança radiológica**;
- Prevenir os efeitos indesejáveis na saúde ligados ao **habitat humano**.

⁴⁶ Academie des Sciences. Accès de tous à la connaissance. Préservation du cadre de vie Amélioration de la santé. Rapport à Monsieur le président de la République. Ed Paris :TEC &DOC; 2000

8.6. Formação

Objectivos

- **Obter ganhos na qualidade técnica** da interpretação dos dados epidemiológicos e sua transposição para medidas de prevenção e controlo das doenças abrangidas pelos programas de vigilância epidemiológica;
- **Melhorar e actualizar o nível de conhecimentos** em saúde ambiental;
- **Normalizar os procedimentos** em saúde pública;
- Dotar os médicos de saúde pública e médicos com funções de autoridades de saúde com **competências no âmbito da informática**;
- Contribuir para a **formação dos profissionais** no âmbito da saúde.

Intervenções prioritárias

- Identificação das **necessidades de formação em informática**;
- Identificação das **necessidades de formação em epidemiologia**;
- Identificação das **necessidades de formação ao exercício da autoridade de saúde**.

8.7. Investigação

A investigação em saúde é indispensável como processo de obter os conhecimentos necessários para atingir as metas e objectivos que são propostas no presente plano de saúde.

- Ainda que importante a aquisição de conhecimentos que favoreçam a intervenção em patologias já conhecidas, o investimento prioritário deve ser ao nível da investigação que permita melhor compreensão dos **factores que contribuem para a saúde**;
- A redução das desigualdades perante a saúde e a necessidade de descobrir processos de melhoria da saúde nos **grupos socialmente vulneráveis**, aconselha que esta seja também uma área alvo de investigação;
- Os esforços de investigação devem também ser dirigidos no sentido da **qualidade** em todos os campos relacionados com a saúde.

9. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Um dos propósitos do Sistema de Saúde Regional é conhecer o nível de saúde da população residente na RAM e tomar ou propor a adopção de medidas necessárias à elevação desse nível garantindo o bem-estar da população.

Para tal é importante monitorizar a produtividade, a efectividade, a eficiência e a qualidade dos programas e serviços de saúde prestados à população, assim como identificar situações de risco para a saúde e acompanhar e reorientar as metas para a saúde definidas neste plano. Assim, neste contexto, preconiza-se um sistema de informação de saúde que contribua para a constituição de uma base de identificação e acompanhamento das modificações do estado de saúde da população da RAM e suas condicionantes, criando um suporte técnico para o planeamento e avaliação dos cuidados de saúde e serviços prestados e que garanta a existência de mecanismos que permitam a colaboração intersectorial e interinstitucional com vista a uma **gestão racional do conhecimento** da Saúde na RAM.

Ponto da situação

A Rede Integrada de Saúde da Madeira que liga actualmente os serviços hospitalares aos centros de saúde apresenta-se heterogénea nas soluções e plataformas aplicacionais utilizadas, não estando definido um modelo de dados global e coerente, faltando uma política de normalização dos processos. Neste sentido urge **centralizar a coordenação do sistema de informação**.

A morosa recolha de dados, implica uma análise tardia dos mesmos e conseqüentemente a acessibilidade à informação de apoio à decisão é desfasada no tempo. O actual sistema baseia-se, fundamentalmente, em suportes de papel e recolha manual o que reduz a sua eficiência.

O sistema de informação existente, devido à sua configuração manual, é permeável à distorção de normas e de conceitos estatísticos fundamentais na recolha de dados, de modo que tem impacto negativo directo na gestão da metainformação da Saúde.

Meta

- Até 2005 o sistema de informação da Saúde da RAM deverá estar 100% implementado.

Objectivos gerais

- Melhorar o acesso e a qualidade da informação;
- Facilitar a articulação entre serviços de saúde quer ao nível regional, nacional ou internacional.

Objectivos específicos

- Reestruturar o sistema de informação da Saúde;
- Promover a articulação entre serviços de saúde quer ao nível regional, nacional ou internacional;
- Implementar de uma base de dados de Gestão Global;
- Proceder à criação e implementação de uma dataWarehouse

Intervenções estratégicas

A **Coordenação do Sistema de Informação** é uma função fulcral. Deverá pautar-se pelo:

- Estabelecimento de linhas de orientação emanadas a nível central;
- Monitorização da produtividade da eficácia, da eficiência e da qualidade dos programas e serviços de saúde;
- Identificação das situações de risco para a saúde Humana;
- Acompanhamento e reorientação de metas para a saúde, definidas nos programas de governo;
- Contribuição para o desenvolvimento de instrumentos adequados à colaboração entre serviços e instituições com vista a uma gestão racional do conhecimento da Saúde da população da RAM;

- Disponibilização dos resultados do apoio laboratorial em tempo oportuno à vigilância epidemiológica;
- Exigência de indicadores fiáveis, que permitam o desenvolvimento de políticas e programas de saúde;
- Garantia da informação necessária à monitorização da **mortalidade** e da **morbilidade** das patologias que afectam mais directamente a população utente do Sistema de Saúde Regional;
- Normalização dos conceitos ligados à definição, registo e recolha de dados necessários à informação e gestão em saúde.

Infra-estruturas informáticas para os Sistemas de Informação

Criação e implementação de uma *dataWarehouse* (armazém de dados)⁴⁷ com a finalidade de permitir uma gestão integrada das bases de dados existentes, com capacidade para assegurar a sua manutenção e responsabilizar-se pela segurança do Sistema de Informação.

Implementação de uma base de dados de **gestão global** normalizada de forma adequada às características dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados de Saúde Diferenciados e concebida no sentido da partilha da informação.

Intervenções futuras desejáveis

Elaboração de um **Plano Estratégico do Sistema de Informação da Saúde** que assente em três vertentes estruturais:

- Uma primeira vertente que defina a arquitectura tecnológica, que assegure, viabilize e sustente de forma continuada a implementação das duas seguintes;
- Uma segunda vertente que defina os indicadores que permitam a avaliação do Sistema de Saúde Regional;
- Uma terceira vertente que abranja o conjunto dos sistemas de informação de suporte à gestão e funcionamento dos Serviços de Saúde.

⁴⁷ Disponível na *World Wide Web* (19-05-2003): http://www.gpnet.com.br/sol_negocios/dw_bi.shtml

10. GESTÃO DO PLANO

Plano Estratégico da Saúde

O Plano Estratégico para a Saúde na RAM, configura um importante instrumento para a condução do Sistema de Saúde de uma forma eficiente e eficaz **privilegiando um modelo de gestão por objectivos**. O processo de planeamento, contudo, não se encerra, na apresentação formal de um plano.

Mais, ou tão importante quanto definir problemas, seleccionar prioridades, traçar estratégias de acção, é implementar o que está programado. Assim não sendo, o Plano constitui apenas uma formalidade sem vida ou dinâmica.

A fim de que o Plano assuma uma função integradora, actuante, participativa e de cooperação com real valor para a reorientação da política de saúde da RAM, propõe-se, algumas linhas estratégicas que permitirão que os compromissos assumidos durante o processo de planeamento sejam cumpridos.

Assim, considera-se importante, reconhecer a necessidade de criação de **dois grandes eixos de acção** para a cabal gestão do plano.

Um dos eixos de acção compreende **funções de integração e desenvolvimento estratégico** e o outro, funções de **Monitorização e Avaliação do Plano**, competindo a execução de ambos às Unidades de Saúde Pública.

- **Funções de Integração e Desenvolvimento Estratégico**

Estas funções desempenhadas pela Unidade de Saúde Pública, têm como objectivo a integração e o desenvolvimento estratégico das regiões de saúde da RAM configurando uma instância de integração técnica voltada para a **gestão de projectos de saúde de carácter regional e actuam no âmbito e na dependência da Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública**.

Organizam-se localmente de forma flexível de modo a rentabilizar os recursos existentes, tendo em conta a caracterização da área geo-demográfica e as necessidades de saúde da população, em estreita articulação horizontal com os serviços e instituições prestadores de cuidados de saúde.

Ordenam-se e constituem-se, de acordo com as áreas determinadas na lei, no que se refere à organização dos serviços de saúde da RAM e alinham-se pelos princípios e valores estabelecidos pelo decreto-lei n.º 286/99.

- **Monitorização e Avaliação**

A existência de um sistema de **Monitorização e Avaliação do Plano de Saúde** é fundamental para a efectivação das estratégias traçadas no momento de elaboração do Plano.

Este sistema deve valorizar os resultados da implementação dos programas, com base em critérios epidemiológicos.

- **Actualização do Plano**

O Plano de Saúde sendo um documento orientador, não é contudo um instrumento imutável até ao fim do seu período de vigência. É um instrumento sensível e em actualização contínua, sendo as actualizações submetidas a aprovação da tutela.

GLOSSÁRIO

Data warehouse – Uma boa definição seria a de Gupta⁴⁸ (1997):

“ Um ambiente estruturado, extensível, projectado para análise de dados não voláteis, lógica e fisicamente transformados, provenientes de diversas aplicações, alinhados com a estrutura da empresa, actualizados e mantidos por um longo período de tempo, referidos em termos utilizados no negócio sumarizados para análise rápida”.

O *Data warehouse* nasceu a partir do conhecimento da importância do valor da informação nas organizações.

Trata-se de um ambiente expansível e planeado para a análise de dados não voláteis.

É uma plataforma com dados integrados e qualidade melhorada para apoiar vários Sistemas de Apoio à Decisão e processos empresariais.

O *Data Warehouse* não é um produto.

Trata-se da construção arquitectónica de um Sistema de Informação, que fornece aos seus utilizadores, informações históricas de apoio à decisão, as quais são de difícil acesso quando se utiliza os meios tradicionais de armazenamento de dados operacionais.

Determinante – Qualquer factor, seja ele acontecimento, característica ou outra entidade definível, que provoca a alteração de uma característica de saúde definida⁴⁹.

Efectividade – “ Efectividade é, por um lado, o impacte de um agente ou programa em relação a toda a população-alvo a que é aplicado na prática.

Eficiência – Resultado com que se consegue obter o mais alto nível de qualidade possível com determinados recursos. Relaciona os resultados obtidos com os custos gerados.

Epidemiologia – Estudo da ocorrência, da distribuição dos acontecimentos, problemas e estados de saúde em populações especificadas e dos seus determinantes, bem como a aplicação deste estudo ao controlo dos problemas de saúde.

⁴⁸ Gupta, Vivek R. (1997) “An introduction to Data Warehousing”, in <http://www.system-services.com>, em 24.08.98. Fornecedor de soluções *datawarehouse*.

⁴⁹ Last, John M. Um Dicionário de Epidemiologia. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Segunda edição. Lisboa, 1995

Ganhos em Saúde – Resultado benéfico duma acção, mensurável no nível de saúde individual ou colectiva.

Indicador – Variável ou parâmetro com a qual se podem medir as mudanças directas ou indirectas de um fenómeno de maneira válida, objectiva, específica e sensível.

Metainformação – Informação sobre as informações.

Monitorização – Acompanhamento da evolução de um problema através da sua medição contínua (ou muito frequente) e da comparação com padrões desejáveis previamente fixados.

Prevalência – Número de casos de uma dada doença, ou condição, presente, numa dada população, num momento cronológico preciso.

Problema de Saúde – Doença ou risco de doença, mensurável no nível de saúde individual ou colectivo.

Produtividade – Relação entre *output* produzido e o *input* requerido para produzi-lo. O conceito de produtividade consiste basicamente no facto de que todas as organizações têm a obrigação de ter um *input* menor do que o *output* (tomar menos do que dá à sociedade). Pode ser medida por meio da taxa de valor agregado, ou seja, da relação resultados/recursos ou facturação/custo. Medida do rendimento de um processo, sector ou organização (sector económico de mercado, país, etc.) na forma de uma relação entre o valor da produção e o custo da mesma.

Risco – A probabilidade da ocorrência de um acontecimento, por exemplo, da doença ou do falecimento de um indivíduo, no decurso de um dado período de tempo, ou idade.

Taxa ou Coeficiente – Medida de frequência de um fenómeno ou qualquer variável, em relação a uma outra variável. Em epidemiologia, demografia e estatísticas vitais, a taxa é uma expressão de frequência com que um dado acontecimento ou evento, ocorre numa população.

BIBLIOGRAFIA

Douglas Campos-Outcalt, M.D., M.P.A..20 Problemas Frequentes, Cuidados de Saúde Preventivos. Editora McGraw-Hill de Portugal; 2002

Raynald Pineault, Carole Daveluy. La planification de la santé, concepts méthodes stratégies. Éditions Nouvelles AMS, Montréal. 1995

Health Plan for Catalonia 1999-2001. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. First edition: Barcelona, july, 2000

Saúde um Compromisso, A Estratégia de Saúde para o virar do Século. Ministério da Saúde (1998-2002), Lisboa; 1999

Emílio Imperatori, Rosário Giraldes. Metodologia do Planeamento da Saúde. Edições de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Primeira edição Lisboa; 1986

Hernán Durán, Planeamento da Saúde, Aspectos conceptuais e operativos. Edição, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Lisboa, 1989

António Tavares, Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Edição do Ministério da Saúde, Departamento dos Recursos Humanos da Saúde. Lisboa, 1990

Agradecimentos

Agradecemos a todos os que de uma forma directa ou indirecta, colaboraram ou contribuíram para a concretização deste Plano.

ANEXO

Problema: 2 - Envelhecimento da população

Meta:

- Até 2010 aumentar em 20% a proporção de idosos que atingem a idade de 75 anos capazes de desenvolver com autonomia, num quadro doméstico, a actividade de vida diária.

Objectivo Geral:

- Melhorar a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Intervenções estratégicas:

- Diagnóstico das necessidades de saúde das pessoas idosas;
- Formação dos profissionais de saúde e outros que prestam apoio e cuidados a pessoas idosas;
- Formação nas áreas da geriatria e da gerontologia;
- Promoção da articulação interpessoal e intergeracional;
- Dinamização de iniciativas de índole cultural que preparem o adulto para uma vida social satisfatória após o fim da actividade profissional;
- Promoção e protecção da saúde (adulto) em idades menos avançadas (ver hábitos alimentares, actividade física, doenças do aparelho circulatório e cancro);
- Promoção da saúde nos centros de dia e outras instituições de apoio social à população idosa (Vacinação contra a gripe, Exercício físico, etc.);
- Divulgação de normas que apoiem um correcto diagnóstico diferencial entre depressão e perturbação demencial;
- Criação de três unidades de cuidados continuados/paliativos localizadas em pontos estratégicos da RAM.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Indicadores de mortalidade ligados aos grupos etários acima dos 65 anos e a causas de morte adequadas (Acidente Vascular Cerebral, Doença Isquémica do Coração, Pneumonia, etc.);
- Indicadores de morbilidade e incapacidade.

Problema: 3.1 - Hábitos alimentares

Meta:

- Até ao ano 2010 a população deverá ter adoptado um comportamento alimentar mais saudável

Objectivo geral:

- Melhorar a situação alimentar da população;

Intervenções estratégicas:

- Informação e sensibilização da população;
- Elaboração do manual de alimentação saudável;
- Educação para a saúde na comunidade;
- Promoção da actividade física;
- Investigação.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Consumos alimentares;
- Índice de Massa Corporal.

Problema: 3.2 - Actividade física

Meta:

- Até ao ano 2010 a população deverá ter adoptado um comportamento de vida mais activo.

Objectivo geral:

- Aumentar a prática da actividade física pela população.

Intervenções estratégicas:

- Divulgação das vantagens para a saúde de uma vida activa;
- Promoção de programas de actividade física (estabelecimento de parcerias com a universidade da Madeira, Secretaria Regional da Educação - Instituto do Desporto e autarquias);
- Elaboração e divulgação de programas de exercício físico (adaptado aos diversos grupos etários).

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Estimativas sobre a actividade física

Problema:	3.3 - Tabagismo
Meta:	<ul style="list-style-type: none"> Até ao ano 2010 deverá ser reduzida a incidência dos problemas e a mortalidade ligada ao consumo de tabaco na RAM
Objectivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a proporção de não fumadores na população acima dos 15 anos; Aumentar a proporção de não fumadores na população menor de 15 anos.
Intervenções estratégicas:	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da educação no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis; Divulgação da legislação anti-tabágica; Velar pelo cumprimento da legislação; Sensibilização das Associações Profissionais (saúde); Intensificação do programa “Vamos crescer sem fumar”; Criação de mais consultas de desabituação tabágica; Apoiar a realização de projectos de prevenção tabágica em locais de trabalho, associações culturais, etc.).
Domínio de elaboração dos Indicadores:	<ul style="list-style-type: none"> Mortalidade por cancro do pulmão e outras causas ligadas ao consumo de tabaco; Estimativas da prevalência do tabagismo por grupo etário e estatísticas regionais sobre o consumo de tabaco

Problema: 3.4 - Consumo de drogas ilícitas

Meta:

- Até ao ano 2010 deverá ser reduzida a incidência dos problemas e a mortalidade ligada ao consumo de drogas ilícitas na RAM.

Objectivos gerais:

- Reduzir o consumo;
- Promover o tratamento e acompanhamento dos consumidores;
- Promover a reinserção dos toxicodependentes em tratamento.

Intervenções estratégicas:

- Promoção de acções preventivas destinadas à comunidade em geral e a grupos alvo específicos;
- Adequação da capacidade dos serviços de tratamento à dimensão do problema;
- Criação de “Postos Móveis”;
- Dinamização de “Equipas de Rua”;
- Articulação entre os diversos serviços e instituições;
- Criação de centros de acolhimento e abrigo temporário;
- Dinamização do programa “Vida Emprego”.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade devida a uma causa de óbito ligada ao consumo de drogas ilícitas;
- Estatísticas sobre os internamentos e tratamentos dos consumidores de drogas ilícitas.

Problema: 3.5 - Consumo excessivo de álcool

Meta:

- Até ao ano de 2010 deverá ser reduzida a incidência dos problemas ligados ao álcool na RAM.

Objectivo geral:

- Reduzir o consumo de álcool *per capita*.

Intervenções estratégicas:

- Elaboração de um estudo que permita caracterizar a dimensão e o padrão de consumo do álcool na RAM;
- Promoção da educação da população em geral e dos jovens em particular, para os estilos de vida saudáveis;
- Formação e divulgação da legislação relacionada com a venda de bebidas alcoólicas (junto de comerciantes, trabalhadores do ramo hoteleiro, restaurantes e similares);
- Divulgação da carta Europeia do Álcool e do Plano de Acção Europeu para o álcool (2000-2005);
- Promoção de uma resposta articulada entre serviços de saúde e instituições vocacionadas para a prevenção, tratamento e reinserção;
- Criação de uma comissão regional dedicada aos problemas ligados ao álcool.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade devida a causa de óbito ligada ao consumo de álcool;
- Estimativas sobre a prevalência do consumo de álcool;
- Estatísticas regionais sobre o consumo de álcool;
- Estatísticas sobre internamentos ligados às psicoses alcoólicas e ao tratamento medicamentoso.

Problemas: 5.1 - Aparelho Circulatório

Meta:

- Reduzir até ao ano 2010 em pelo menos 15% a mortalidade por doenças do aparelho circulatório na população com idade inferior a 65 anos.

Objectivo geral

- Reduzir a mortalidade por doenças do aparelho circulatório.

Intervenções estratégicas:

- Promoção de uma alimentação saudável;
- Promoção da actividade física;
- Prevenção do tabagismo;
- Prevenção do consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial;
- Diagnóstico, tratamento e controlo da hipercolesterolemia;
- Diagnóstico, tratamento e controlo da Diabetes *mellitus*;
- Realização de estudos epidemiológicos e clínicos que possibilitem a avaliação das intervenções propostas.

Problema: 5.1.1 - Hipertensão arterial

Objectivos específicos:

- Até ao ano 2008 aumentar a proporção de hipertensos tratados;
- Até ao ano 2008 aumentar a proporção de hipertensos controlados.

Objectivos operacionais:

- Determinar a prevalência da hipertensão arterial na população ≥ 18 anos de idade;
- Monitorizar a tendência da hipertensão arterial;
- Medir a pressão arterial pelo menos a 65% da população ≥ 18 anos de idade que frequenta os centros de saúde;
- Medir a pressão arterial a todos os doentes diabéticos que frequentam os centros de saúde
- Controlar a pressão arterial em 65% dos hipertensos conhecidos que frequentam os centros de saúde

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Estimativa da prevalência da hipertensão arterial – Estudo transversal de base populacional;
- Percentagem da população ≥ 18 anos que frequenta os centros de saúde que mede a pressão arterial;
- Percentagem dos doentes diabéticos que frequenta os centros de saúde que mede a pressão arterial;
- Percentagem de hipertensos conhecidos que frequentam os centros de saúde que têm a hipertensão arterial controlada,

Problema:	5.1.2 - Hipercolesterolemia
------------------	------------------------------------

Objectivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Até ao ano 2008 reduzir o nível médio do colesterol plasmático, nos indivíduos do grupo etário 35-64 anos, abaixo dos 190 mg/dl; • Até ao ano de 2008 reduzir a taxa de prevalência de hipercolesterolemia.
--------------------------------	--

Objectivos operacionais:	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a prevalência de hipercolesterolemia na população do grupo etário 35-64 anos; • Monitorizar a tendência da hipercolesterolemia; • Medir o colesterol plasmático total pelo menos em 55% da população adulta no grupo etário 35-64 anos que frequenta os centros de saúde; • Controlar a hipercolesterolemia em 55% dos indivíduos em que foi diagnosticada e que frequentam os centros de saúde.
---------------------------------	--

Domínio de elaboração dos Indicadores:	<ul style="list-style-type: none"> • Estimativa da prevalência da hipercolesterolemia– Estudo transversal de base populacional; • Percentagem de adultos entre os 35-64 anos que frequenta os centros de saúde que mediu o colesterol plasmático total; • Percentagem de pessoas com hipercolesterolemia conhecida que frequentam os centros de saúde que estão controlados.
---	---

Problema: 5.1.3 - Qualidade dos cuidados às doenças cardiovasculares

Objectivo específico:

- Melhoria da qualidade dos cuidados às doenças cardiovasculares.

Objectivos operacionais:

- Elaborar recomendações de boas práticas profissionais na abordagem da hipertensão arterial, da doença isquémica do coração e da doença cerebrovascular;
- Criar mecanismos de acesso rápido para os doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio ou com Acidente Cerebrovascular Agudo;
- Criar uma Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (hospitalar);
- Promover a reabilitação precoce com início hospitalar e continuação nos centros de saúde e /ou domicílio, de forma a reduzir as sequelas;
- Elaborar indicadores de qualidade que permitam a avaliação de todo o processo dos cuidados prestados.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

Problema: 5.2 - Cancro

Meta:

- Reduzir até ao ano de 2010 a mortalidade por cancro nos indivíduos com idade inferior a 65 anos em pelo menos 15%.

Objectivo geral:

- Reduzir a mortalidade por cancro

Intervenções estratégicas:

- Prevenção do tabagismo;
- Redução do consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- Promoção de uma alimentação saudável;
- Promoção da actividade física;
- Fortalecimento das medidas de rastreio de cancro da mama;
- Dinamização das medidas de rastreio para diagnóstico precoce do cancro do colo do útero;
- Promoção da vigilância familiar de alguns tipos de cancro (cólon e próstata);
- Aconselhamento sobre medidas de protecção, contra os riscos de exposição solar e detecção precoce de cancro da pele;
- Melhoria do processo de cuidados na área da oncologia;
- Melhoria dos sistemas de informação na área da oncologia;
- Realização de estudos epidemiológicos que possibilitem a avaliação de factores de risco no caso de cancros que manifestem diferenças geográficas de incidência (significativas) em relação ao todo nacional.

Problema: 5.2.1 - Cancro da mama feminina

Objectivo específico:

- Reduzir a mortalidade por cancro da mama feminina em 10%;

Objectivos operacionais:

- Aumentar a taxa de participação no rastreio das mulheres com idades entre os 45 e os 69 anos para 75%;
- Aumentar a % de detecção, por rastreio, de cancros da mama.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade por cancro segundo o grupo etário;
- Mortalidade por cancro da mama por grupo etário;
- Percentagem de mulheres entre os 45 e os 69 anos de idade que participaram no rastreio do cancro da mama;
- Percentagem de cancros da mama detectados por rastreio.

Problema: 5.2.2 - Cancro do colo do útero

Objectivo específico:

- Reduzir a mortalidade por tumor invasivo do colo do útero em 10%;

Objectivos operacionais:

- Aumentar para 60% a percentagem de mulheres entre os 20-64 anos, que frequenta os centros de saúde, que fizeram uma citologia de detecção do cancro do colo do útero;
- Aumentar em 35% a detecção de lesões displásicas por rastreio no grupo etário 20-64 anos.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Percentagem de mulheres entre os 20-64 anos que frequentam o centro de saúde que fizeram uma citologia no âmbito do programa de rastreio;
- Percentagem de cancros detectados por rastreio.

Problema: 5.2.3 - Cancro do cólon

Objectivo específico:

- Reduzir a mortalidade por cancro colo-rectal.

Intervenções estratégicas:

- Aumento do consumo de frutos e legumes;
- Redução do consumo de carnes vermelhas e gorduras saturadas;
- Limitar o consumo de álcool;
- Promoção da vigilância dos síndromas familiares e aumento da detecção precoce do cancro colo-rectal.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade por cancro colo-rectal.

Problema: 5.2.4 - Cancro do pulmão

Objectivo específico:

- Reduzir a mortalidade por cancro do pulmão

Intervenções estratégicas:

- Redução do consumo de tabaco;
- Aumentar a acessibilidade à consulta de desabitação tabágica.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade por cancro do pulmão.

Problema: 5.2.5 - Cancro da próstata

Objectivo específico:

- Reduzir a mortalidade por cancro da próstata

Intervenção estratégica:

- Aumento do diagnóstico precoce do cancro da próstata nos homens a partir dos 50 anos de idade e naqueles que referem risco familiar.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade por cancro da próstata.

Problema: 5.3 - Acidentes

Meta:

- Até ao ano 2010 deverá ser reduzida a mortalidade por acidentes em pelo menos 15%.

Objectivo geral:

- Reduzir a mortalidade por acidentes.

Objectivos específicos:

- Reduzir em 20% o n.º de mortes provocadas por acidentes de viação;
- Reduzir em 30% o n.º de mortes provocadas por acidentes de trabalho;
- Reduzir em 25% o n.º de óbitos provocados por queda acidental na população com idade superior a 64 anos.

Intervenções estratégicas:

- Promoção da educação da população no sentido da responsabilidade cívica e do respeito pelas regras de segurança;
- Controlo e fiscalização nas obras de construção civil;
- Criação de meios de apoio à reintegração sócio laboral das vítimas de acidentes com sequelas;
- Sensibilização das autarquias e da população para a importância da utilização nas habitações de medidas de protecção contra quedas (utilização materiais antiderrapantes, varandins, corrimão, etc.).

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade por acidente;
- Estimativa do número de casos de invalidez ligados aos acidentes.

Problema: 5.4 - Diabetes *mellitus*

Meta:

- Até ao ano 2010 as complicações da Diabetes *mellitus* devem ser reduzidas em 20%;

Objectivo geral:

- Reduzir as complicações da diabetes *mellitus*.

Objectivos específicos:

- Reduzir em 20% a mortalidade por doença coronária nos doentes com diabetes *mellitus*;
- Reduzir em 20% as amputações não traumáticas nos doentes com diabetes *mellitus*;
- Reduzir em 30% o n.º de novos casos de retinopatia nos doentes com diabetes *mellitus*;
- Reduzir em 30% o n.º de novos casos de nefropatia nos doentes com diabetes *mellitus*;
- Manter a equiparação de risco na mortalidade perinatal e malformações congénitas em filhos de mulheres diabéticas e de mulheres não diabéticas.

Intervenções estratégicas:

- Melhoria no acesso dos diabéticos ao programa de controlo da diabetes *mellitus*;
- Dinamização do *Diabcare*;
- Formação dos profissionais de saúde;
- Criação de uma equipa multidisciplinar treinada na área da diabetes para apoio aos profissionais de saúde no local de trabalho;
- Detecção precoce da diabetes *mellitus* através da identificação e acompanhamento das pessoas em risco que frequentam os centros de saúde;
- Elaboração de um manual de boas práticas profissionais na abordagem do doente diabético;
- Promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Promoção da actividade física.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade por Diabetes *mellitus*;
- Estimativa da prevalência de complicações da diabetes *mellitus*.

Problema: 5.5 - Cárie dentária

Meta:

- Até ao ano de 2010, 50% das crianças do ensino pré-escolar e do ensino básico devem estar livres de cárie dentária.

Objectivo geral:

- Reduzir a incidência de cárie dentária nas crianças do ensino pré-escolar e do ensino básico.

Intervenções estratégicas:

- Alargar o programa de saúde oral a todas as crianças do ensino pré-escolar e primeiro ciclo do ensino básico a todos os concelhos da RAM;
- Proporcionar cuidados médicos para tratamento da cárie na população alvo;
- Formação em saúde oral dirigida aos profissionais de saúde, educadores e professores;
- Divulgação dos programas de prevenção e promoção em saúde oral;
- Promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Índice CPO;
- Cobertura do programa de saúde oral.

Problema: 5. 6 - Infecção pelo HIV/SIDA

Meta:

- Até ao ano 2010 inverter, de forma sustentada e continuada, a tendência crescente da incidência e da mortalidade por infecção VIH/SIDA.

Objectivo geral

- Reduzir a infecção pelo VIH

Objectivos específicos:

- Conhecer o curso da infecção VIH/SIDA na população;
- Dinamizar o acesso ao diagnóstico, voluntário, gratuito e confidencial da infecção VIH/SIDA;
- Aumentar o número de jovens abrangidos por programas de educação sexual e de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA.

Intervenções estratégicas:

- Informação e educação para a saúde à população em geral e em especial aos adolescentes e adultos jovens;
- Promoção da mudança dos comportamentos sexuais de risco para a infecção VIH/SIDA;
- Melhoria da acessibilidade aos serviços de Saúde para detecção e tratamento precoce das doenças sexualmente transmitidas;
- Intensificação da prevenção do consumo de drogas injectáveis;
- Incrementação do “Programa de Troca de Seringas”;
- Abordagem da SIDA como doença crónica tratável;
- Melhoria da resposta aos grupos populacionais de mais elevado risco;
- Coordenação apropriada entre os diferentes níveis de cuidados de saúde de modo a apoiar os doentes e as suas famílias;
- Articulação com as estruturas nacionais que desenvolvem actividades na área da prevenção e tratamento da SIDA.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade ligada à infecção pelo VIH/SIDA.;
- Novos casos de infecção pelo VIH/SIDA;
- Percentagem de jovens abrangidos por programas de educação sexual.

Problema: 5.7 - Doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação

Meta:

- Até ao ano 2008 deverá ser reduzida a incidência por Hepatite B em 80%;
- Até ao ano 2010 a taxa de cobertura vacinal deverá ser de 90% no grupo etário <15 anos (Plano Regional de Vacinação).

Objectivo geral:

- Manter as taxas de cobertura vacinal elevadas, de acordo com a situação epidemiológica.

Intervenções estratégicas:

- Divulgação do Programa Regional de Vacinação;
- Promoção da vacinação de acordo com o calendário de vacinação;
- Promoção da adesão à vacinação contra a Hepatite B dos profissionais de saúde;
- Elaboração de normas de orientação técnica a aplicar às situações de portadores sãos do vírus da hepatite B.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Cobertura vacinal por tipo de vacina segundo o grupo etário.

Problema:	5.8 - Maternidade e infância
Metas:	<ul style="list-style-type: none"> • Até ao ano 2010 reduzir em 50% o número de recém nascidos portadores de malformações congénitas; • Até ao ano 2010 reduzir em 20% a proporção de crianças nascidas com peso inferior a 2500g.
Objectivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a mortalidade perinatal, • Reduzir a mortalidade infantil.
Objectivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Atingir e manter a vigilância médica universal da gravidez; • Estabilizar a gravidez na adolescência em taxas inferiores a 1%; • Manter acima de 95% a taxa de vacinação; • Adequar a introdução das novas vacinas à situação epidemiológica; • Evitar a rotura prematura de membranas e o parto prematuro em 50% dos casos; • Administrar dexametasona em todos os casos em que esta esteja indicada; • Colocar o aleitamento materno aos três meses de idade, acima dos 75%; • Reduzir em 50% o número de nascimentos e a mortalidade por malformações congénitas; • Reduzir em 50% a incidência do síndrome de morte súbita do lactente e dos acidentes no primeiro ano de vida.
Intervenções estratégicas:	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de normas de exames ecográficos realizados durante a gravidez; • Realização da ecografia das 11-13 semanas de gravidez exclusivamente por técnico com habilitação adequada à detecção de malformações congénitas; • Detecção oportunistica de malformações congénitas através de marcadores específicos; • Amniocentese universal a grávidas com idade igual ou superior a 35 anos ou com história familiar de malformações congénitas; • Operacionalização das comissões de ética; • Optimização e uniformização os meios de diagnóstico da infecção na grávida; • Prevenção da doença de membranas hialinas do prematuro; • Criação de consultas de referência de pediatria e obstetrícia na área de cuidados primários; • Acesso gratuito e melhor divulgação dos meios anticoncepcionais junto da população adolescente/escolar; • Divulgação de medidas de prevenção dos acidentes junto dos pais e educadores.
Indicador:	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade perinatal • Mortalidade infantil; • Mortalidade infantil por causa de óbito; • Morbilidade por acidente

Problema: 5.9 – Saúde mental

Metas:

- Até ao ano 2010 reduzir o impacto negativo dos problemas de saúde mental sobre a saúde.

Objectivo geral:

- Melhorar os cuidados de saúde na área da Saúde Mental.

Intervenções estratégicas:

- Criar um Conselho multidisciplinar para a área da Saúde Mental;
- Proceder à avaliação sistemática e periódica na área da Saúde Mental;
- Criar um Observatório em Saúde Mental;
- Criar equipas multidisciplinares na comunidade que assegurem a intervenção precoce e reabilitação na área da Saúde Mental;
- Realizar um estudo transversal que permita o diagnóstico da saúde mental da população;
- Criar a nível escolar a figura de mediador para a área da saúde mental;
- Criar mecanismos que garantam a agilidade na continuidade dos cuidados;
- Promover a formação em serviço no âmbito da Saúde Mental;
- Elaborar Manual de boas práticas para a área da Saúde Mental.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade por suicídio;
- Incidência e prevalência da depressão;
- Psicose alcoólica
- Estatísticas de utilização dos serviços na área da saúde mental.

Problema: 5.10 - Tuberculose

Meta:

- Até 2007 a cura de casos bacilíferos deverá aumentar 87%;
- Até ao ano de 2007 a incidência da tuberculose deverá ser inferior a 18⁰/₀₀₀₀

Objectivos gerais:

- Reduzir a incidência de casos de tuberculose;
- Disponibilizar tratamentos em toma observada directamente aos doentes bacilíferos e com tuberculose multiresistente, no sentido da redução de novos casos e prevenção da resistência aos medicamentos;
- Dinamizar a investigação epidemiológica.

Intervenções estratégicas:

- Criar condições na rede dos cuidados de saúde primários para facilitar a acessibilidade ao programa da toma observada directamente;
- Dinamizar o rastreio dos contactos dos casos bacilíferos e promover o tratamento quimioprolático primário e secundário;
- Implementação da análise epidemiológica com actuação nos focos;

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Incidência de casos;
- Prevalência de casos;
- Recidivas;

Problema:	5.11 - Asma brônquica
------------------	------------------------------

- | | |
|--------------|--|
| Meta: | <ul style="list-style-type: none"> • Até 2010 o número de internamentos hospitalares por asma, nas crianças e adolescentes (<19 anos de idade), deverá ser reduzido em 20% (do valor base); • Até 2010 o absentismo escolar por asma deverá ser reduzido em pelo menos 30% (do valor base); • Até 2010 uma percentagem significativa dos doentes asmáticos (25%) deve ser capaz de autocontrolar a sua doença. |
|--------------|--|

- | | |
|---------------------------|---|
| Objectivos gerais: | <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir da morbilidade e da mortalidade por asma; • Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do doente asmático. |
|---------------------------|---|

- | | |
|-----------------------------------|---|
| Intervenções estratégicas: | <ul style="list-style-type: none"> • Informação das diversas entidades de saúde sobre a doença; • Formação de dinamizadores/formadores; • Acompanhamento do doente asmático – diagnóstico precoce, com consequente organização e racionalização de cuidados de saúde de modo a maximizar os recursos existentes; • Adequação de terapêuticas preventivas – com melhoria da acessibilidade aos fármacos necessários; • A informação da população de asmáticos e do grande público - educação do doente da sua família e melhoria subsequente do controle da doença e autocontrolo do doente asmático; • Abordagem adequada das agudizações da doença – acesso facilitado a cuidados diferenciados dos doentes de alto risco que requerem estratégias de intervenção acrescida perante normas pré estabelecidas; • Promoção de estilos de vida saudáveis e da qualidade do meio ambiente; • Vigilância epidemiológica da asma - através de organismos e instituições já existentes ou a criar permitindo a elaboração de estratégias no futuro. |
|-----------------------------------|---|

- | | |
|---|--|
| Domínio de elaboração dos Indicadores: | <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade por asma; • Número de internamentos hospitalares; • Utilização dos serviços de urgência; • Absentismo escolar absentismo laboral. |
|---|--|

Problema: 5.12 – Infecção nosocomial

Meta:

- Até ao ano 2010 deverá ser reduzida em 50% a incidência da infecção nosocomial;
- Até ao ano 2010 deverá ser reduzida em 50% a incidência da infecção em comunidade fechada.

Objectivo geral:

- Controlar a morbilidade e a mortalidade por infecção nosocomial.

Intervenções estratégicas:

- Diagnóstico da incidência da infecção nosocomial nos serviços de saúde e da infecção nas comunidades fechadas;
- Reduzir a utilização de técnicas invasivas;
- Uniformização de critérios de prevenção e tratamento das infecções nosocomiais;
- Aplicação de critérios de controlo;
- Implementação de medidas de higiene na prevenção da transmissão da infecção;
- Declaração e controlo obrigatório da infecção nosocomial em meio hospitalar;
- Promoção da utilização criteriosa de antibióticos no tratamento de infecções respiratórias agudas da criança e do adulto;
- Envolvimento e motivação para a mudança de atitudes e comportamentos com vista ao cumprimento das regras de higiene definidas.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Prevalência da infecção

Problema:	6 - Gastos com medicamentos
Meta:	Até ao ano 2010 os gastos em medicamentos deverão ser reduzidos em pelo menos 15%.
Objectivo geral:	Racionalizar o consumo de medicamentos.
Intervenções estratégicas:	<ul style="list-style-type: none">• Introdução de mecanismos de racionalização da prescrição;• Divulgação de informação de carácter pedagógico aos cidadãos;• Educação dos utentes no sentido da adesão correcta às terapêuticas e cumprimento das posologias;• Promoção da utilização dos medicamentos genéricos aos vários níveis de actores, médicos, farmacêuticos e utentes;• Adopção das políticas nacionais inerentes à farmacoterapêutica, farmacovigilância e informação farmacoepidemiológica;• Colaboração com os diversos organismos tutelados pelo Ministério da Saúde (INFARMED, IGIF, IQS) no sentido de partilhar os sistemas de informação sobre prescrição e utilização de medicamentos.
Domínio de elaboração dos Indicadores:	<ul style="list-style-type: none">• Encargos públicos com medicamentos;• Consumo de medicamentos genéricos.

Problema: 7 - Qualidade nos serviços de saúde e satisfação dos utentes

Meta:

- Até ao ano 2010 deverá ser instalado um mecanismo de vigilância e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pelo menos em três doenças graves, de forma a medir os efeitos sobre a saúde, a relação custo-eficácia e a satisfação dos doentes.

Objectivos gerais:

- Monitorizar a melhoria contínua da qualidade organizacional dos Serviços públicos de saúde;
- Desenvolver modelo de avaliação da qualidade na gestão nas organizações de saúde.

Intervenções estratégicas:

- Melhoria contínua da qualidade organizacional dos serviços de saúde;
- Desenvolvimento de mecanismos que garantam a avaliação da gestão dos serviços de saúde;
- Recolha de informação de apoio à decisão;
- Divulgação de normas de orientação clínica.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Mortalidade por hérnia, obstrução intestinal e outras causas evitáveis de morte;
- Complicações da diabetes;
- Estimativas da satisfação dos utentes

Problema: 8 - Saúde pública

Meta: Até 2010 aumentar os ganhos em saúde.

Objectivo geral: Melhorar de forma permanente o estado de saúde da população.

Intervenções estratégicas:

- Valorização da Saúde Pública
- Instalação de um Sistema de Informação;
- Criação e instalação de um Serviço de Epidemiologia;
- Criação e instalação de um Centro de documentação;
- Prevenção da Doença e Protecção da Saúde;
- Promoção da Saúde Ambiental;
- Formação em Saúde;
- Promoção da Investigação.

Problema:	9 - Sistema de Informação
------------------	----------------------------------

Meta:	<ul style="list-style-type: none"> Até 2005 o sistema de informação da Saúde da RAM deverá estar 100% implementado.
--------------	--

Objectivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o acesso e a qualidade da informação; Facilitar a articulação entre serviços de saúde quer ao nível regional, nacional ou internacional.
---------------------------	--

Objectivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> Reestruturar o sistema de informação da Saúde; Promover a articulação entre serviços de saúde quer ao nível regional, nacional ou internacional; Implementar de uma base de dados de Gestão Global; Proceder à criação e implementação de uma dataWarehouse.
--------------------------------	---

<p>Intervenções estratégicas:</p> <p>Elaboração de um Plano Estratégico para o Sistema de Informação da Saúde contemplando três vertentes estruturantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definição de uma primeira vertente que defina a arquitectura tecnológica que assegure, viabilize e sustente de forma continuada a implementação das duas seguintes: Uma segunda vertente que defina os indicadores que permitam a avaliação do Sistema de Saúde Regional; Uma terceira que abranja o conjunto dos sistemas de informação de suporte à gestão e funcionamento dos Serviços de Saúde.

Problema: 9 (continuação) – Sistema de Informação**Intervenções estratégicas:**

A coordenação do Sistema de Informação é uma função fulcral. Deverá pautar-se pelo:

- Estabelecimento de linhas de orientação emanadas a nível central;
- Identificação das situações de risco para a saúde Humana;
- Acompanhamento e reorientação de metas para a saúde, definidas nos programas de governo;
- Contribuição para o desenvolvimento de instrumentos adequados à colaboração entre serviços e instituições com vista a uma gestão racional do conhecimento da Saúde da população da RAM;
- Disponibilização dos resultados do apoio laboratorial em tempo oportuno à vigilância epidemiológica;
- Exigência de indicadores fiáveis, que permitam o desenvolvimento de políticas e programas de saúde;
- Garantia da informação necessária à monitorização da mortalidade e da morbilidade das patologias que afectam mais directamente a população utente do Serviço de Saúde da Região;
- Normalização dos conceitos ligados à definição, registo e recolha de dados necessários à informação e gestão em saúde;
- Disponibilização de novas tecnologias.

Domínio de elaboração dos Indicadores:

- Existência de redes;
- Existência de comunicações;
- Existência de *Hardware* e *Software* adequado.

FICHA TÉCNICA

O presente documento constitui a 2.^a etapa do planeamento estratégico da saúde na Região Autónoma da Madeira para o período 2004-2010.

Foi elaborado pelo grupo de trabalho criado por despacho de Sua Excelência a Sr.^a Secretária Regional dos Assuntos Sociais (Dr.^a Conceição Estudante) de 2002/12/30, com a seguinte constituição.

Coordenação e Desenvolvimento do Projecto

- Dr.^a Isabel Lencastre – DRSP
- Dr.^a Rita Vares - DRSP

Colaboração Especial

- Dr. Carlos Magno – SRS, E.P.E.
- Enf.^a Idalina Gouveia - SRS, E.P.E.
- Dr. Maurício Melim - DRSP
- Enf. Rosário Lopes - SRS, E.P.E.
- Dr.^a Ana Marta Alves – DRSP

Contribuíram ainda no apoio técnico e na exploração de dados, os seguintes elementos:

- Emanuel Silva – DSP/DRSP
- Margarida Ribeiro – DSP/DRSP

Validação e Edição dos Conteúdos

- Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública
- Direcção de Serviços de Planeamento

Rua das Pretas, n.º 1
9004-515 Funchal
Telefone: 291.213800
Fax: 291.281421
E-Mail: dsp@drsp.sras.gov-madeira.pt

Número de Exemplares: 500 unidades