

PLANO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

2015-2016

Coimbra, março de 2015



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

José Manuel Azenha Tereso (Presidente)

Maria Augusta Mota Faria da Conceição (Vice- Presidente)

Luís Manuel Militão Mendes Cabral (Vogal)

FICHA TÉCNICA

TÍTULO:

Plano Regional de Saúde do Centro 2015-2016

COORDENAÇÃO TÉCNICA:

Departamento de Saúde Pública da ARS Centro, IP

Diretor: *João Pedro Pimentel*

Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde

Coordenador: *Eugénio Cordeiro*

COORDENAÇÃO OPERACIONAL

Gabriel Pires

Lígia Carvalho

Sandra Lourenço

Com a colaboração dos responsáveis regionais pelos programas de saúde

Morada:

Alameda Júlio Henriques s/n

3001-553 Coimbra

Telf. 239 796 800

Fax. 239 796 861

Email: secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Enquadramento do Plano Regional de Saúde 2015-2016	2
3. Metodologia.....	4
4. Perfil de Saúde da Região Centro	6
4.1. Quem somos?	6
4.2. Como vivemos?	8
4.3. Que escolhas fazemos?	9
4.4. Que saúde temos?.....	13
4.5. De que morremos?	15
5. Principais problemas de saúde.....	22
6. Estratégias de Saúde.....	23
7. Objetivos do PRS 2015-2016	26
8. Plano de monitorização.....	36
9. Operacionalização do PRS 2015-2016	37
9.1. Programas de Saúde Prioritários	37
9.1.1. Programa Nacional para a Diabetes	37
9.1.2. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA	37
9.1.3. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo	38
9.1.4. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.....	38
9.1.5. Programa Nacional para a Saúde Mental.....	39
9.1.6. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.....	39
9.1.7. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias.....	40
9.1.8. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares.....	40
9.1.9. Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)	42
9.2. Outros Programas Nacionais de Saúde	43
9.2.1. Programa Nacional de Promoção da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.....	43
9.2.2. Programa Nacional de Saúde Escolar	44
9.2.3. Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral	45
9.2.4. Problemas Ligados ao Álcool (PLA).....	45
9.2.5. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.....	46
9.2.6. Programa Nacional de Vacinação.....	46
9.2.7. Programa Nacional para a Tuberculose	47
9.2.8. Doenças de Declaração Obrigatória/ SINAVE	47
9.2.9. Rede de Vigilância de Vetores.....	47
9.2.10. Programa de Saúde Ocupacional	47
9.2.11. Temperaturas Adversas Extremas	48
9.2.12. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	48

9.3. Programas e Projetos Regionais de Saúde.....	49
9.3.1. Saúde Ambiental.....	49
9.3.2. Observatório de Saúde para Violência Familiar/Entre Parceiros Íntimos	51
9.3.3. Projeto +Contigo.....	51
9.3.4. Rede de Laboratórios de Saúde Pública.....	51
10. Cronograma de atividades	52
11. Notas finais.....	53
12. Bibliografia.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide etária da população residente na Região de Saúde do Centro, censos 1991 e estimativas 2013	6
Figura 2 - Evolução anual da taxa bruta de natalidade (/1000 habitantes) no Continente e na Região de Saúde do Centro, 1993-2013	7
Figura 3 - Evolução anual do índice sintético de fecundidade (ISF) no Continente e na Região de Saúde do Centro, 1993-2013.....	7
Figura 4 - Evolução da esperança de vida à nascença no Continente e na Região de Saúde do Centro, sexo feminino, triénios 1996-1998 a 2011-2013.....	7
Figura 5 - Evolução da esperança de vida à nascença no Continente e na Região de Saúde do Centro, sexo masculino, triénios 1996-1998 a 2011-2013	7
Figura 6 – Evolução mensal da taxa de desempregados inscritos no IEFP (/1000 habitantes com 15 e mais anos) no Continente e na Região de Saúde do Centro, janeiro 2004 a dezembro 2014.....	8
Figura 7 – Distribuição (%) da população residente por nível de escolaridade mais elevado completo no Continente e na Região de Saúde do Centro, censos 2001 e 2011.....	8
Figura 8 - Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos no Continente e na Região de Saúde do Centro, triénios 1996-1998 a 2001-2013 (média anual por triénios)	9
Figura 9 - Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com 35 e mais anos no Continente e na Região de Saúde do Centro, triénios 1996-1998 a 2001-2013 (média anual por triénios).....	9
Figura 10 - Proporção (por 100 inscritos) e peso relativo (% do total de ICPC-2) dos diagnósticos ativos por ICPC-2, todas as idades, na Região de Saúde do Centro, dezembro 2013	10
Figura 11 – Proporção de inscritos (por 100 inscritos) com diagnóstico ativo, por ICPC-2, todas as idades e sexo, na Região de Saúde do Centro, dezembro 2013.....	10
Figura 12 – Distribuição (%) da população residente com 10 e mais anos de idade por consumo de tabaco, no Continente e na Região Centro, INS 1998/1999 e INS 2005/2006.....	11
Figura 13 – Distribuição (%) da população residente com 10 e mais anos de idade por consumo de tabaco, no Continente e na Região Centro, por sexo, INS 1998/1999 e INS 2005/2006.....	11

Figura 14 - Distribuição (%) da população residente que nos 12 meses anteriores à entrevista bebeu alguma bebida alcoólica, no Continente e na Região Centro, por sexo, INS 1998/1999 e INS 2005/2006	12
Figura 15 - Distribuição (%) da população residente que nos 12 meses anteriores à entrevista bebeu alguma bebida alcoólica, no Continente e na Região Centro, por sexo e grupo etário, INS 1998/1999 e INS 2005/2006	12
Figura 16 – Distribuição (%) da população residente com 18 e mais anos por classe de índice de massa corporal (IMC) e por sexo na Região Centro, INS 1998/1999 e INS 2005/2006	12
Figura 17 – Distribuição (%) da população residente com 18 e mais anos com excesso de peso e com obesidade, por grupo etário, na Região Centro, INS 1998/1999 e INS 2005/2006	12
Figura 18 - Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo no Continente e na Região de Saúde do Centro, por triénios	13
Figura 19 – Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença no Continente e na Região de Saúde do Centro, por triénios	13
Figura 20 – Proporção (%) de inscritos com diagnóstico ativo por código ICPC-2, todas as idades, ambos os sexos, na Região de Saúde do Centro, dezembro 2013	14
Figura 21 - Proporção (%) de inscritos com diagnóstico ativo por código ICPC-2, todas as idades, por sexo, na Região de Saúde do Centro, dezembro 2013	14
Figura 22 – Evolução anual da taxa de incidência de sida (/100 000 habitantes) no Continente e na Região de Saúde do Centro, 2000 a 2013	15
Figura 23 – Evolução anual da taxa de incidência da infeção VIH (/100 000 habitantes) no Continente e na Região de Saúde do Centro, 2000 a 2013	15
Figura 24 – Evolução anual da taxa de incidência (/100 000 habitantes) de tuberculose no Continente e na Região de Saúde do Centro, 2000 a 2013	15
Figura 25 - Evolução anual da taxa bruta de mortalidade (/1000 habitantes) no Continente e na Região de Saúde do Centro	16
Figura 26 - Evolução anual da taxa de mortalidade infantil (/1000 nados vivos) no Continente e na Região de Saúde do Centro	16
Figura 27 – Mortalidade proporcional (%) por grandes grupos de causas de morte na Região Centro, todas as idades, ambos os sexos, triénio 2010-2012	17
Figura 28 – Mortalidade proporcional (%) por causas de morte específicas na Região Centro, todas as idades, ambos os sexos, triénio 2010-2012	17
Figura 29 - Mortalidade proporcional (%) prematura (<65 anos) por grandes grupos de causas de morte na Região Centro, ambos os sexos, triénio 2010-2012	18
Figura 30 - Mortalidade proporcional (%) prematura (<65 anos) por causas de morte específicas na Região Centro, ambos os sexos, triénio 2010-2012	18
Figura 31 – Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) por grandes grupos de causas de morte na Região Centro, todas as idades, ambos os sexos, triénio 2010-2012 (comparação com a TMP do Continente).	19

Figura 32 – Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) por causas específicas na Região Centro, todas as idades, ambos os sexos, triénio 2010-2012 (comparação com a TMP do Continente).....	19
Figura 33 - Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) em idades <65 anos, ambos os sexos, por grandes grupos de causas de morte na Região Centro, triénio 2010-2012 (comparação com a TMP do Continente).	20
Figura 34 - Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) em idades <65 anos, ambos os sexos, por causas de morte específicas na Região Centro, triénio 2010-2012 (comparação com a TMP do Continente).	20
Figura 35 – Taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) por 100 000 habitantes, ambos os sexos, por causas de morte específicas no Continente e na Região Centro, triénio 2009-2011.....	21
Figura 36 – Taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) por 100 000 habitantes, ambos os sexos, por causas de morte específicas no Continente e na Região Centro, triénio 2010-2012.....	21

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias regionais de saúde na ARS Centro e potencial impacto na satisfação das necessidades de saúde.....	25
--	----

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
CAJ – Centro de Atendimento a Jovens
AIBILI - Associação para Investigação Biomédica e Inovação em Luz
Aci.Transp.Suici. - Acidentes de transporte e suicídios
ADR - Aconselhamento, Detecção com teste rápido e Referenciação
Ap. - Aparelho
ARS - Administração Regional de Saúde
ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVPP - Anos de vida potenciais perdidos, abaixo dos 70 anos
CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH
CD - Conselho Diretivo
CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico
CCS - *Country Cooperation Strategy*
CEB - Ciclo do Ensino Básico
CH - Centro Hospitalar
CHCB - Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE
CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
CICT - Consulta de Apoio Intensivo à Consulta Tabágica
CNDC - Comissão Nacional de Doenças Cardiovasculares
CRI - Centro de Resposta Integrada
CS - Centro de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
D. - Doença(s)
DCFC - Doença crónica do fígado e cirrose
DCV - Doenças Cerebrovasculares
DPC - Departamento de Planeamento e Contratualização
DSP - Departamento de Saúde Pública
DDD - Dose Diária Definida
DDO - Doença de Declaração Obrigatória
Diab – Diabetes
DPN - Diagnóstico Pré-natal
DGS - Direção-Geral da Saúde
DIC - Doença isquémica cardíaca
DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DSP - Departamento de Saúde Pública
EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio
ECL - Equipa de Coordenação Local
Eco-AP - Ecoeficiência na Administração Pública
ECR - Equipa de Coordenação Regional
ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados
EPE - Entidade Pública Empresarial
GLEC - Gestores Locais de Energia e Carbono
GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneo
Hab. - Habitantes

H - Homens
HM - Ambos os sexos
HO - Higiene Oral
HSH - Homens que têm sexo com Homens
HTA - Hipertensão Arterial
ICPC-2 - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários - 2ª edição
IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.
IMC - Índice de Massa Corporal
INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P.
INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar
INS - Inquérito Nacional de Saúde
INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.
ISF - Índice sintético de fecundidade
IST - Infecções Sexualmente Transmitidas
IP - Instituto Público
IPO - Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
LPCC - Liga Portuguesa Contra o Cancro
LSP - Laboratório de Saúde Pública
M - Mulheres
N.a. - não aplicável
NOC – Norma de Orientação Clínica
NRAOL - Núcleo Regional de Apoio e Operacionalização Local
NRC/LPCC - Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa contra o Cancro
NACRJ - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos
NN - Notícia de Nascimento
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
OE - Objetivo Estratégico
OMS - Organização Mundial da Saúde
OOp - Objetivo Operacional
ORS - Observatório Regional de Saúde
PA - Plano de Atividades
PCTE-Calor - Plano de Contingência para as Temperaturas Extremas Adversas - módulo Calor
PDS - Plataforma de Dados de Saúde
PLA - Problemas Ligados ao Álcool
PNDR - Plano Nacional de Doenças Respiratórias
Pneu - Pneumonia
PNPAS - Programa Nacional de Promoção Alimentação Saudável
PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar
PNT - Plano Nacional de Tuberculose
PNV - Programa Nacional de Vacinação
PRCM - Programa de Rastreio do Cancro da Mama
PRPAS - Programa Regional de Promoção Alimentação Saudável
PRS - Plano Regional de Saúde

PU - Portal do Utente
QUAR - Quadro de Avaliação e Responsabilização
RA - Relatório de Atividades
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSC - Região de Saúde do Centro
SE - Saúde Escolar
SEAMS - Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
SIARS - Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
SICA - Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento
SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIRAPA - Sistema de Informação ao Licenciamento de Operações de Gestão de Resíduos
SISO - Sistema de Informação de Saúde Oral
SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde
SIVIDA - Sistema de Informação para a Infecção VIH/SIDA
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SOCJ - Saúde Oral nas Crianças e Jovens
SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia
SVIG-TB - Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose
TAMD - Tumores malignos do aparelho digestivo
TARc - Terapêutica antirretrovírica
TB - Tuberculose
TBM - Taxa bruta de mortalidade
TM - Tumor maligno
TMAR - Tumores malignos do aparelho respiratório
TMCR - Tumor maligno do cólon e reto
TMCU - Tumor maligno do colo do útero
TME - Tumor maligno do estômago
TMMF - Tumor maligno da mama feminina
TMP - Taxa de mortalidade padronizada
TMPr - Tumor maligno da próstata
TMTBP - Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão
TOD - Toma de Observação Direta
Tx. - Taxa
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCF - Unidade Coordenadora Funcional
UCFD - Unidade Coordenadora Funcional de Diabetes
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UEP - Unidade de Estudos e Planeamento
UIPS - Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde
ULS - Unidade Local de Saúde
USF - Unidade de Saúde Familiar
USP - Unidade de Saúde Pública
VIH/SIDA - Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
VPI - Violência entre Parceiros Íntimos

1. Introdução

O Departamento de Saúde Pública (DSP), serviço operativo de âmbito regional, tem como missão dotar o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARS Centro) da evidência necessária à tomada de decisão.

Das atribuições do DSP, conforme os estatutos da ARS Centro, destacam-se a caracterização e a monitorização do estado de saúde da população, a identificação de necessidades em saúde, a avaliação do impacte da prestação de cuidados e a participação na elaboração do Plano Regional de Saúde, assegurando ainda o funcionamento da rede de Laboratórios de Saúde Pública da ARS Centro.

Nos termos da legislação em vigor, o Diretor do DSP exerce, por inerência, o cargo de Delegado de Saúde Regional sendo coadjuvado, nas funções de Autoridade de Saúde, por um Delegado de Saúde Regional Adjunto.

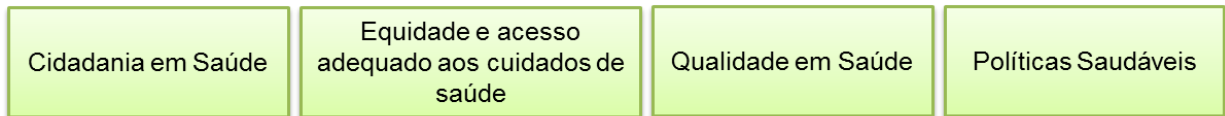
O Plano Regional de Saúde (PRS) para o biénio 2015-16 que agora se apresenta, elaborado nos termos das atribuições do DSP acima referidas, resulta de um trabalho de colaboração entre o DSP e os Coordenadores Regionais dos Programas de Saúde e assenta no diagnóstico da saúde regional.

Os principais problemas de saúde foram definidos e hierarquizados por ordem decrescente de prioridade, tendo sido fixados os objetivos a atingir no presente biénio.

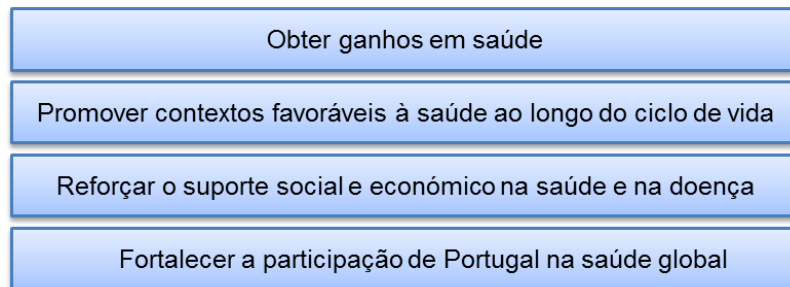
As estratégias que a ARS Centro propõe para atingir os objetivos constantes do PRS, concretizam-se através de programas e projetos, constituindo-se, assim, num quadro de referência estável e de médio prazo para a região e servindo de base aos planos de atividades anuais.

2. Enquadramento do Plano Regional de Saúde 2015-2016

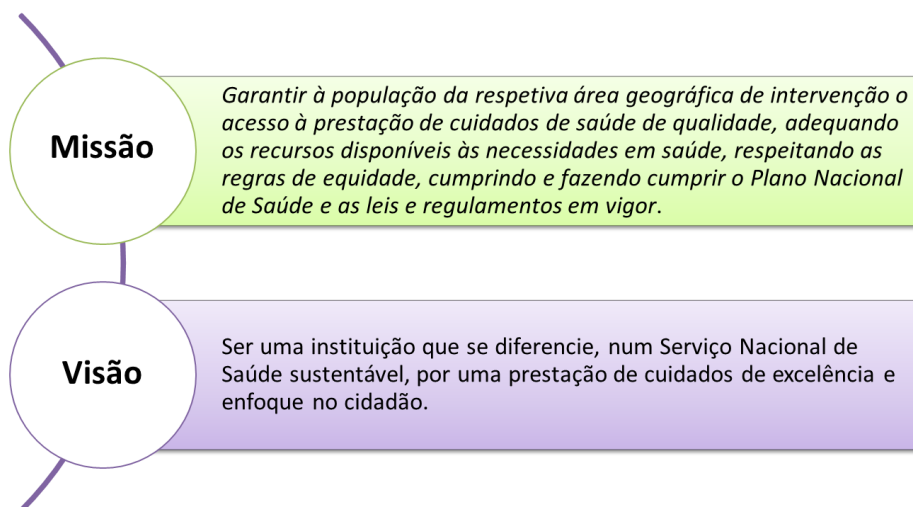
Em 2012 iniciou-se em Portugal um novo ciclo de planeamento em saúde com o PNS 2012-2016 que assenta em 4 eixos estratégicos:



O PNS define 4 objetivos para o sistema de saúde:



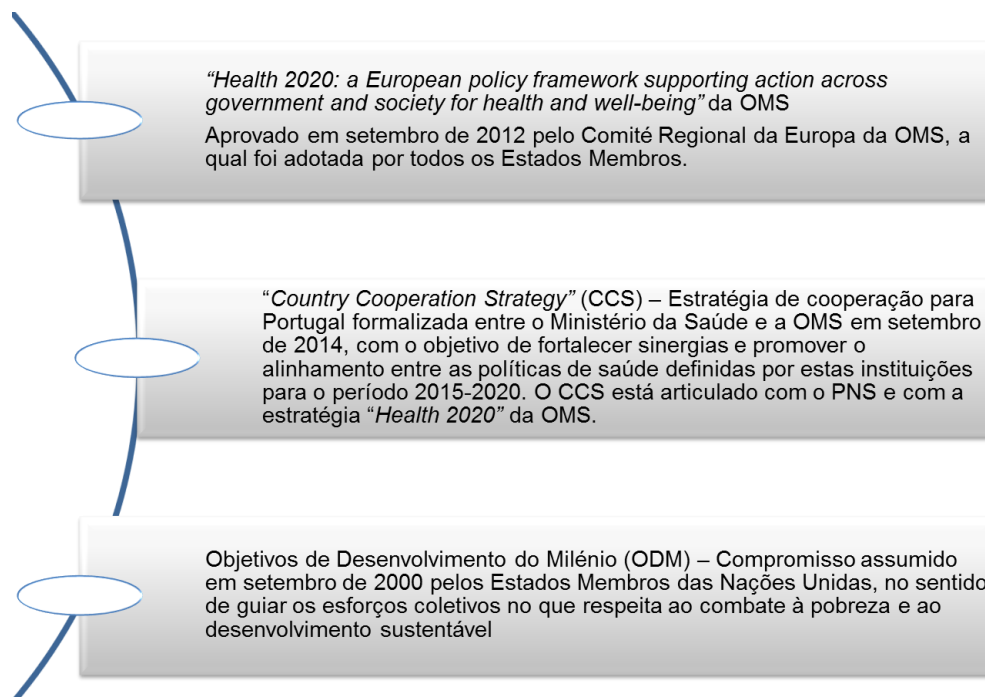
O PRS 2015-2016 da ARS Centro assenta nos quatro Eixos Estratégicos do PNS 2012-2016, os quais são transversais a toda a atividade da ARS Centro e têm como finalidade concretizar a sua missão e visão:



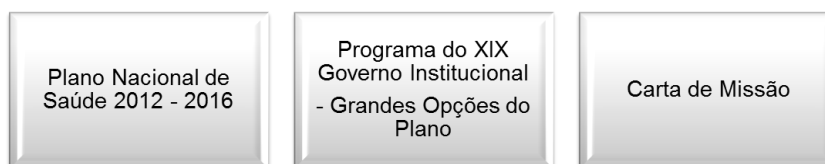
O Ministério da Saúde requereu a todas as instituições sob a sua tutela a elaboração de Planos Estratégicos Trienais de 2014 a 2016 - ou Planos Regionais de Saúde no caso particular das Administrações Regionais de Saúde (ARS), em concordância com a última fase de implementação do PNS 2012-2016.

De acordo com a alínea c) do nº1 do art.º 3º dos Estatutos da ARS Centro, é competência do DSP “*elaborar a proposta de Plano Regional de Saúde da população e acompanhar a sua execução*”.

Neste contexto, o PRS constitui-se como uma plataforma indispensável ao desenvolvimento na Região Centro do Serviço Nacional de Saúde (SNS), desígnio nacional que urge consolidar também à luz dos principais compromissos internacionais:

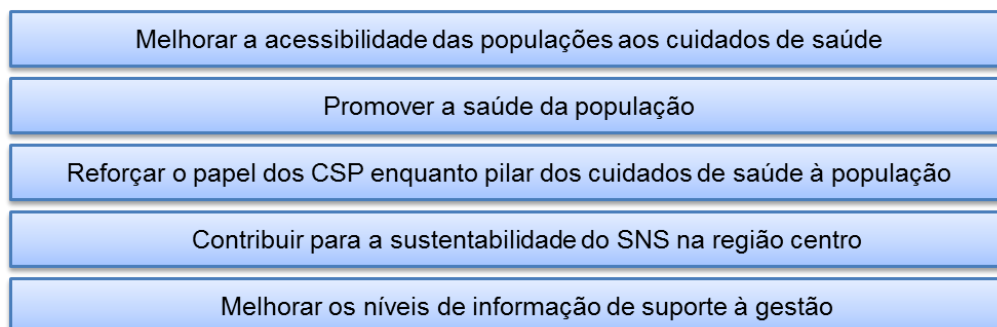


Alinhamento dos Objetivos Estratégicos com as Políticas de Saúde



Os objetivos estratégicos e operacionais que estruturam o PRS 2015-2016 estão alinhados com as grandes orientações estratégicas do Ministério da Saúde previstas no PNS 2012-2016.

Os objetivos estratégicos regionais para o período 2015-2016 são os seguintes:



3. Metodologia

O PRS 2015-2016 começa pela apresentação do [diagnóstico sumário de saúde](#). As fontes de informação são diversas, pelo que nesta tarefa foi fundamental a consolidação e harmonização de indicadores, nomeadamente os utilizados nos Perfis de Saúde, permitindo identificar os principais problemas de saúde da população.

Na etapa seguinte definem-se os [problemas de saúde prioritários](#) e procede-se à sua hierarquização, através da aplicação de critérios de magnitude (*dimensão do problema, utilizando indicadores de mortalidade e de morbilidade*), transcendência (*ponderação por grupos etários*), *benchmarking* (*prioridades definidas no contexto nacional e europeu/internacional*) e a evolução dos problemas de saúde (*projeção; avaliação prognóstica*). Os indicadores analisados foram agrupados em 3 categorias: mortalidade, morbilidade e fatores de risco/determinantes de saúde.

A aplicação do critério de magnitude permitiu medir a dimensão dos problemas, através do cálculo do peso relativo de cada um e aplicar uma ordenação descendente, tendo por base as categorias de indicadores atrás indicadas:

- ✓ No caso da [mortalidade](#), considera-se o número de óbitos de cada causa (por grandes grupos de causas e por causas específicas) e o seu peso relativo (%) no número total de óbitos por todas as causas. Este método é aplicado às causas de morte em todas as idades e às causas de morte prematura (<65 anos). A fonte de informação é o Instituto Nacional de Estatística, IP (INE) - dados de mortalidade por causas para os triénios 2009-2011 e 2010-2012, fornecidos ao abrigo de protocolo celebrado entre o INE e as cinco ARS.

No que respeita à [morbilidade](#) e aos [fatores de risco/determinantes de saúde](#), os dados analisados referem-se aos registos efetuados nos cuidados de saúde primários (CSP), disponibilizados através do Sistema de Informação das ARS (SIARS). Considerou-se o número de problemas registados nos CSP, por código ICPC-2, e o seu peso relativo (%). Foi aplicado o mesmo método para todas as idades e para idades <65 anos. Os dados referem-se ao ano de 2013.

As metas para 2016 basearam-se na realização de projeções para conhecer a evolução provável dos indicadores na Região Centro. As projeções foram realizadas com base numa análise de regressão que permitiu projetar uma linha de tendência, de modo a estimar valores futuros baseados no histórico. A fixação da meta regional teve em conta as projeções realizadas (baseadas na equação que melhor se ajustava ao histórico), mas também as projeções e metas constantes no PNS 2012-2016.

Depois de conhecidos, hierarquizados e priorizados os problemas de saúde, fixam-se os **objetivos** a atingir até 2016.

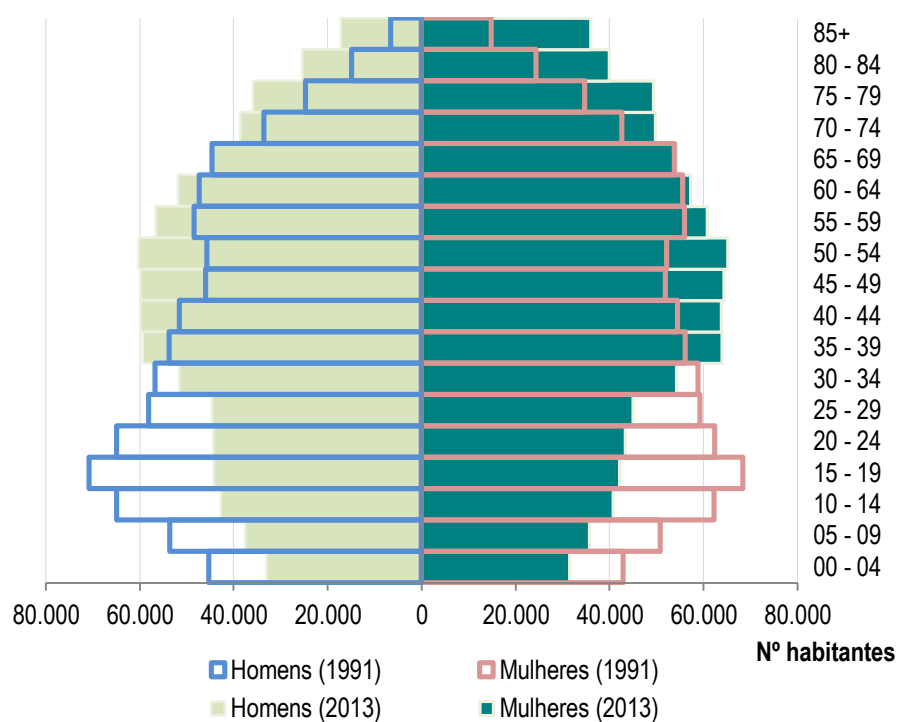
A última parte deste PRS é dedicada às **estratégias regionais de saúde**, aos programas e projetos operacionais anuais, organizados por áreas e níveis de intervenção. Por cada programa e projeto são indicadas as metas e respectivos indicadores de monitorização.

4. Perfil de Saúde da Região Centro

4.1. Quem somos?

A Região de Saúde do Centro tem 1 705 485 habitantes, que representam 17% da população do Continente (estimativa anual de população para 2013). Os 78 concelhos da região abrangem uma área de 23 671 Km², que corresponde a 27% do território de Portugal Continental.

Entre os censos de 2001 e de 2011, a população da região diminuiu 2,2%. Este facto associado ao decréscimo da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida introduz acentuadas transformações na pirâmide etária, com estreitamento da base e alargamento do topo, refletindo e acompanhando o envelhecimento que caracteriza a população do Continente (**Figura 1**).

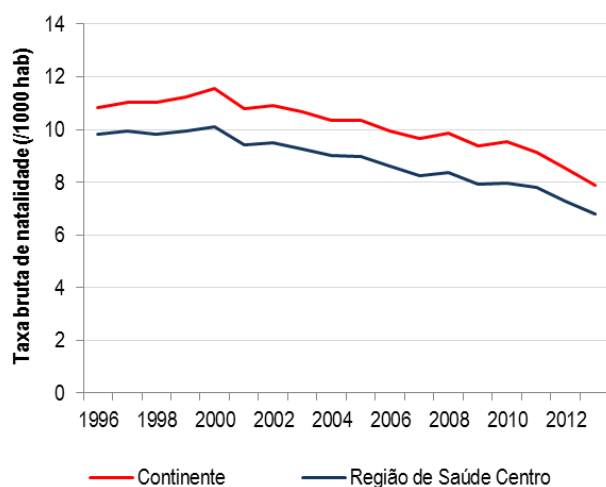


Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 1 – Pirâmide etária da população residente na Região de Saúde do Centro, censos 1991 e estimativas 2013

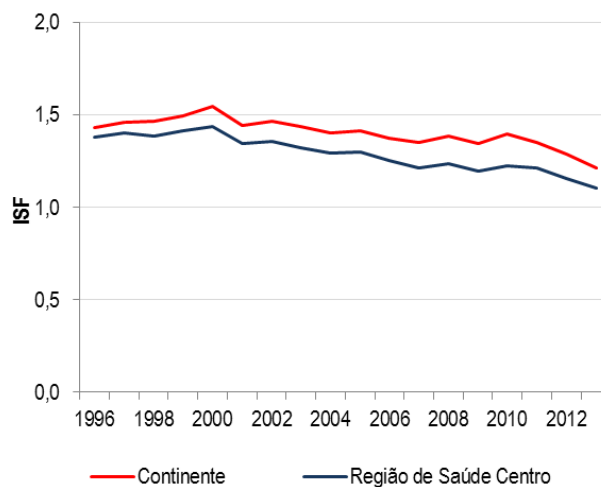
A **taxa bruta de natalidade** tem vindo a decrescer, mantendo-se inferior à do Continente, sendo em 2013 de 6,8 nados vivos por 1 000 habitantes na região (**Figura 2**).

A tendência de evolução do **índice sintético de fecundidade (ISF)** também é decrescente, fixando-se, em 2013, em 1,10 na região e em 1,21 no Continente, muito aquém do valor que permite a substituição de gerações (**Figura 3**).



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

Figura 2 - Evolução anual da taxa bruta de natalidade (/1000 habitantes) no Continente e na Região de Saúde do Centro, 1993-2013

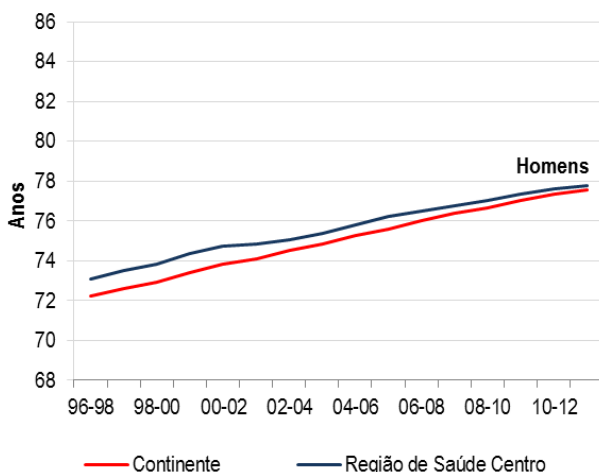


Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 3 - Evolução anual do índice sintético de fecundidade (ISF) no Continente e na Região de Saúde do Centro, 1993-2013

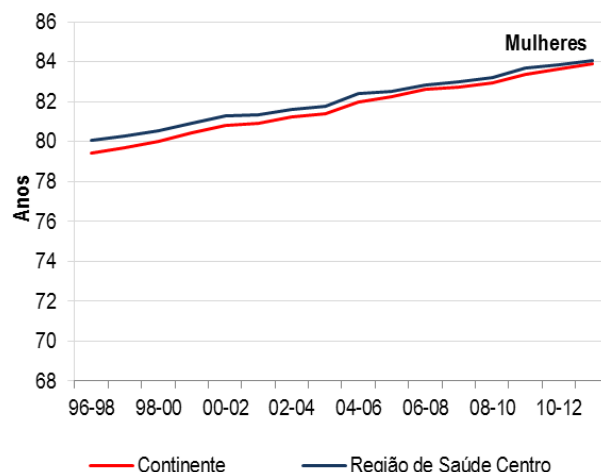
A **esperança de vida à nascença** tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo de 81 anos na região e de 80,8 anos no Continente no triénio 2011-2013.

As mulheres vivem, em média, aproximadamente mais 6 anos do que os homens (**Figura 4**; **Figura 5**).



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

Figura 4 - Evolução da esperança de vida à nascença no Continente e na Região de Saúde do Centro, sexo feminino, triénios 1996-1998 a 2011-2013

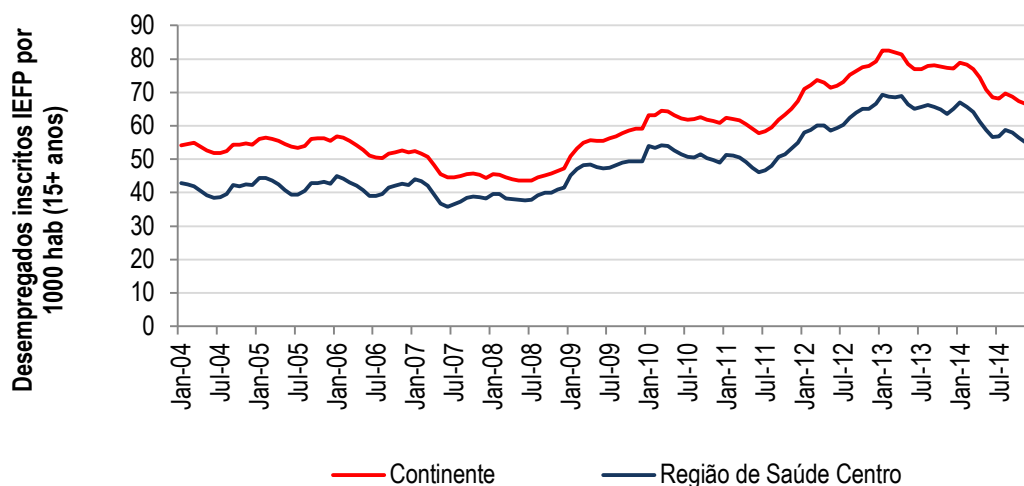


Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 5 - Evolução da esperança de vida à nascença no Continente e na Região de Saúde do Centro, sexo masculino, triénios 1996-1998 a 2011-2013

4.2. Como vivemos?

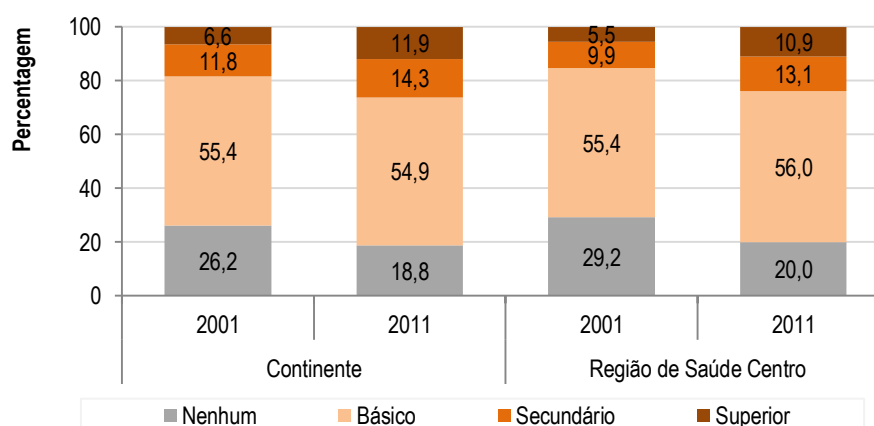
O número de **desempregados inscritos no Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP (IEFP)** na Região Centro tem mostrado uma tendência crescente e são as mulheres as mais afetadas. Em termos relativos, a taxa de desempregados na região em dezembro de 2014 era de 57,2 por 1 000 habitantes com 15 e mais anos, situando-se abaixo do Continente (**Figura 6**).



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

Figura 6 – Evolução mensal da taxa de desempregados inscritos no IEFP (/1000 habitantes com 15 e mais anos) no Continente e na Região de Saúde do Centro, janeiro 2004 a dezembro 2014

O **nível de escolaridade** da população tem aumentado, especialmente no que se refere ao ensino secundário e superior, embora com valores inferiores ao Continente; contudo, a população que completou o ensino básico na região também aumentou, contrariamente à evolução do Continente (**Figura 7**).



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

Figura 7 – Distribuição (%) da população residente por nível de escolaridade mais elevado completo no Continente e na Região de Saúde do Centro, censos 2001 e 2011

Mais de metade da população empregada trabalha no setor terciário (65,7%); foi, aliás, o único setor de atividade a registar um aumento entre 2001 e 2011. No mesmo período, o setor primário conheceu a maior redução de população empregada (superior a 50%).

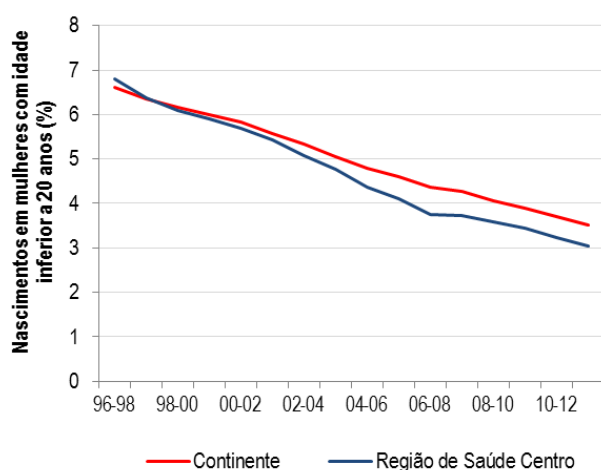
A taxa de analfabetismo diminuiu entre 2001 e 2011 e em 2011 era de 6,5% na região, mas ainda assim, mantém-se acima do valor do Continente (5,2%). No mesmo período a taxa de abandono escolar aumentou na região (1,3% em 2011), contrariamente ao sucedido no Continente.

O ganho médio mensal de trabalhadores por conta de outrem e o poder de compra per capita aumentaram na região, mas são inferiores ao Continente.

4.3. Que escolhas fazemos?

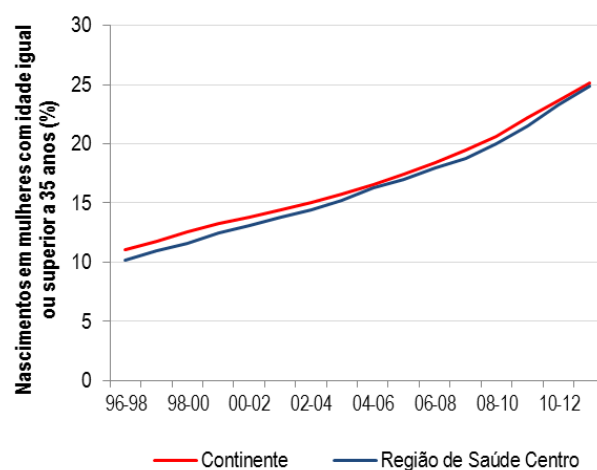
Os nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos têm vindo a diminuir nos últimos anos na região, acompanhando a tendência do Continente, mas mantendo-se inferior a este. No triénio 2011-2013 a proporção foi de 3% na região e de 3,5% no Continente (Figura 8).

Os nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos têm vindo a aumentar nos últimos anos, aproximando-se dos valores do Continente. No triénio 2011-2013 a proporção foi de 24,9% na região e de 25,2% no Continente (Figura 9).



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

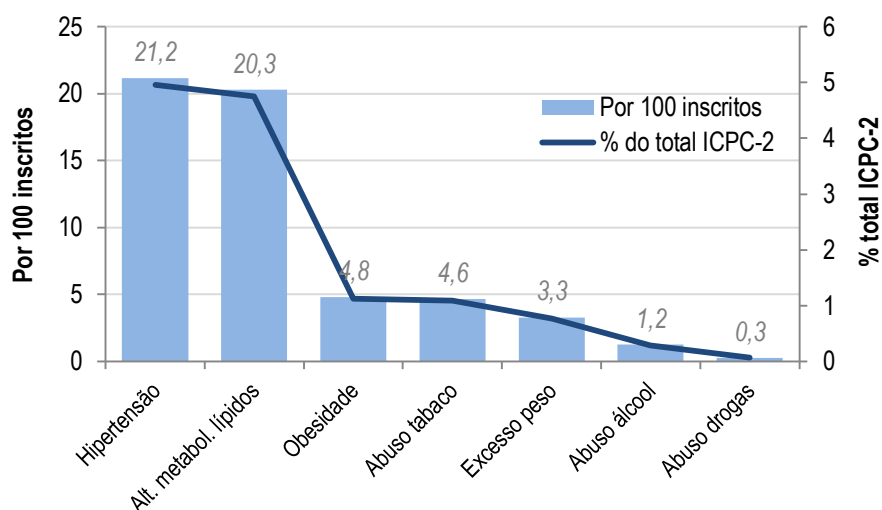
Figura 8 - Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos no Continente e na Região de Saúde do Centro, triénios 1996-1998 a 2001-2013 (média anual por triénios)



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

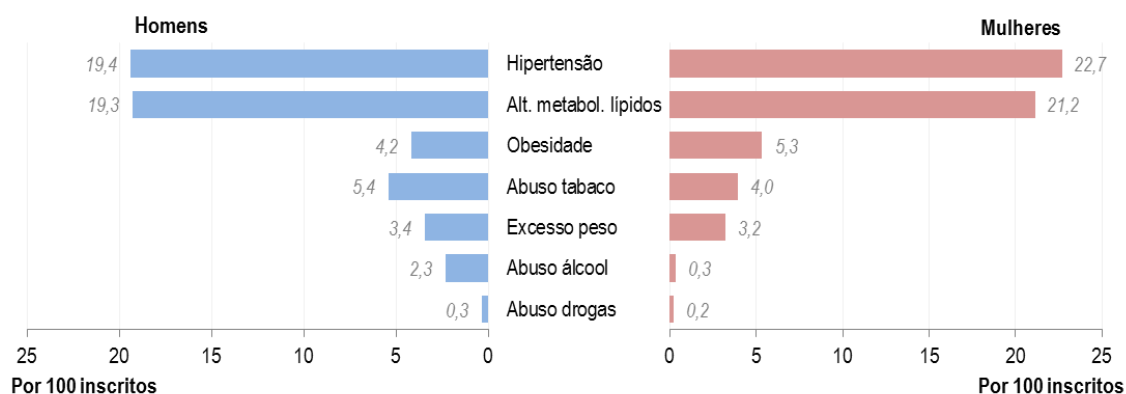
Figura 9 - Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com 35 e mais anos no Continente e na Região de Saúde do Centro, triénios 1996-1998 a 2001-2013 (média anual por triénios)

De entre os **fatores de risco e determinantes de saúde** registados nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e obtidos através do SIARS, a hipertensão apresenta a maior proporção de inscritos com diagnóstico ativo, logo seguido das alterações ao metabolismo dos lípidos (Figura 10). Na maioria dos fatores de risco e determinantes analisados são as mulheres que apresentam maior proporção de diagnósticos por 100 inscritos, exceto no que respeita ao tabaco e ao álcool (Figura 11).



Fonte: SIARS

Figura 10 - Proporção (por 100 inscritos) e peso relativo (% do total de ICPC-2) dos diagnósticos ativos por ICPC-2, todas as idades, na Região de Saúde do Centro, dezembro 2013

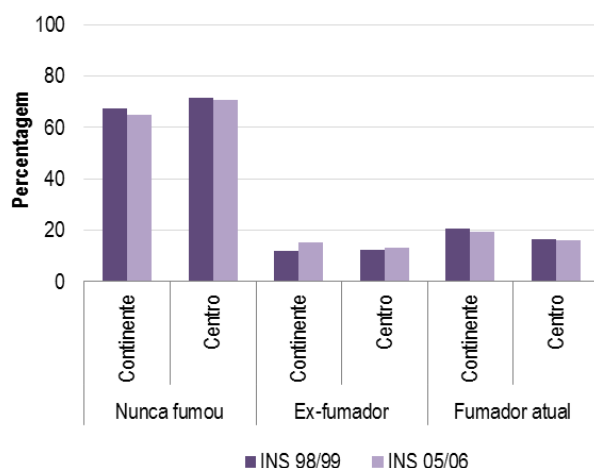


Fonte: SIARS

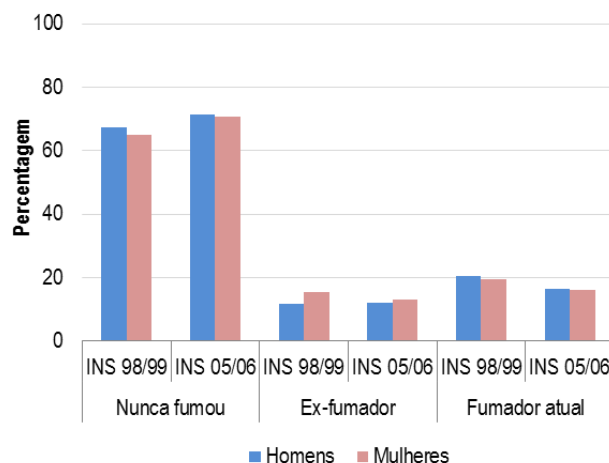
Figura 11 – Proporção de inscritos (por 100 inscritos) com diagnóstico ativo, por ICPC-2, todas as idades e sexo, na Região de Saúde do Centro, dezembro 2013

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005/2006, a região tinha 16,1% de **fumadores** entre a população com 10 e mais anos, verificando-se uma diminuição

entre os INS de 1998/1999 e de 2005/2006 em ambos os sexos, mas de forma mais acentuada nos homens (Figura 12; Figura 13). A percentagem de homens fumadores é mais elevada em todos os grupos etários, mas de forma mais expressiva dos 35 aos 44 anos. Comparativamente ao Continente, a percentagem de fumadores com 10 e mais anos na região é ligeiramente inferior. Aumentaram os ex-fumadores entre os INS de 1998/1999 e 2005/2006, especialmente homens (Figura 12; Figura 13).



Fonte: INSA/INE – 3º INS (1998/1999) e 4º INS (2005/2006)

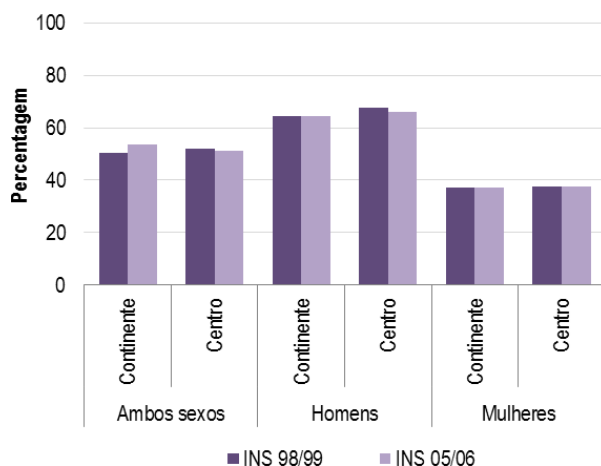


Fonte: INSA/INE – 3º INS (1998/1999) e 4º INS (2005/2006)

Figura 12 – Distribuição (%) da população residente com 10 e mais anos de idade por consumo de tabaco, no Continente e na Região Centro, INS 1998/1999 e INS 2005/2006

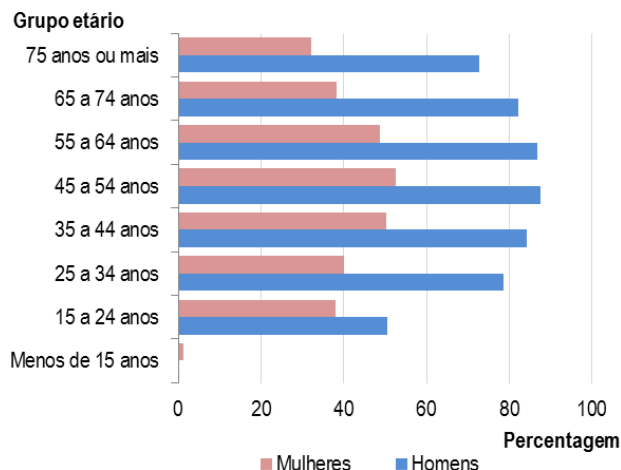
Figura 13 – Distribuição (%) da população residente com 10 e mais anos de idade por consumo de tabaco, no Continente e na Região Centro, por sexo, INS 1998/1999 e INS 2005/2006

O INS 2005/2006 refere que 51% dos residentes na Região de Saúde do Centro consumiu álcool nos 12 meses anteriores à entrevista, percentagem que sofreu uma diminuição em relação ao INS 1998/1999 (Figura 14). É evidente o maior consumo entre os homens na região, especialmente a partir dos 15 anos de idade (Figura 15). O consumo de álcool na região é inferior ao do Continente.



Fonte: INSA/INE – 3º INS (1998/1999) e 4º INS (2005/2006)

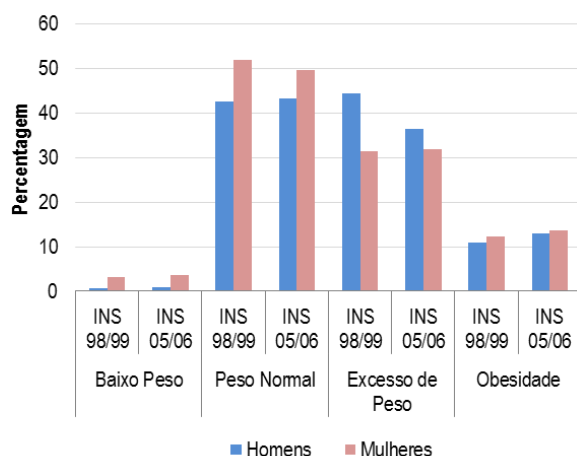
Figura 14 - Distribuição (%) da população residente que nos 12 meses anteriores à entrevista bebeu alguma bebida alcoólica, no Continente e na Região Centro, por sexo, INS 1998/1999 e INS 2005/2006



Fonte: INSA/INE – 3º INS (1998/1999) e 4º INS (2005/2006)

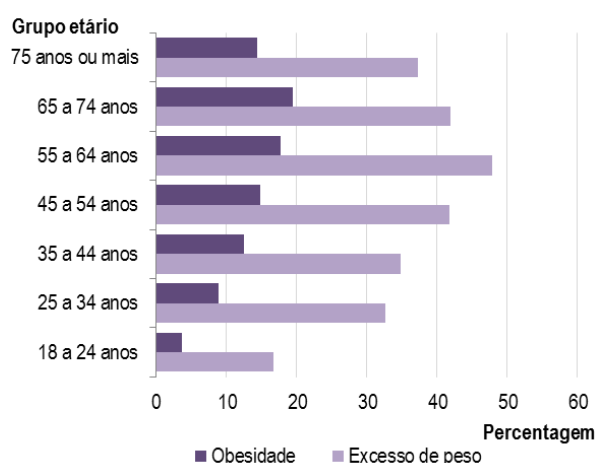
Figura 15 - Distribuição (%) da população residente que nos 12 meses anteriores à entrevista bebeu alguma bebida alcoólica, no Continente e na Região Centro, por sexo e grupo etário, INS 1998/1999 e INS 2005/2006

Os resultados do INS 2005/2006 revelam ainda que metade da população residente com 18 e mais anos tem excesso de peso ou obesidade, percentagem ligeiramente inferior à do Continente. A percentagem de homens com **excesso de peso** é superior à das mulheres, contrariamente ao que acontece com a obesidade, em que a percentagem de mulheres é superior. Entre os INS de 1998/1999 e 2005/2006 a **obesidade** aumentou em ambos os sexos, tendo diminuído consideravelmente a percentagem de homens com excesso de peso (**Figura 16**). A obesidade atinge cerca de 20% da população entre os 65 e 74 anos e o excesso de peso é superior a 40% nos grupos etários dos 45 aos 74 anos (**Figura 17**).



Fonte: INSA/INE – 3º INS (1998/1999) e 4º INS (2005/2006)

Figura 16 – Distribuição (%) da população residente com 18 e mais anos por classe de índice de massa corporal (IMC) e por sexo na Região Centro, INS 1998/1999 e INS 2005/2006



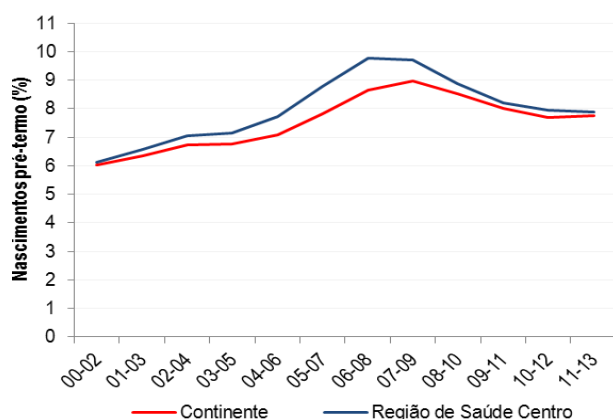
Fonte: INSA/INE – 3º INS (1998/1999) e 4º INS (2005/2006)

Figura 17 – Distribuição (%) da população residente com 18 e mais anos com excesso de peso e com obesidade, por grupo etário, na Região Centro, INS 1998/1999 e INS 2005/2006

4.4. Que saúde temos?

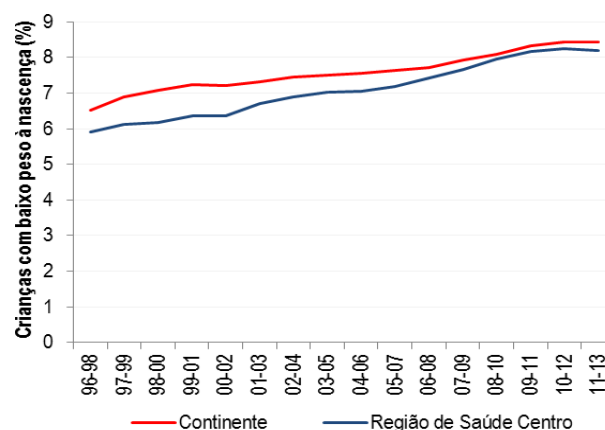
A proporção de **nascimentos pré-termo** na região aumentou até ao triénio 2006-2008 e desde então tem diminuído, tendo-se aproximado dos valores do Continente, mas mantendo-se superior a este. No triénio 2011-2013 a proporção foi de 7,9% na região e de 7,7% no Continente (**Figura 18**).

O **baixo peso à nascença** tem aumentado na região, mas com valores inferiores ao do Continente. No triénio 2011-2013 a proporção de crianças com baixo peso à nascença foi de 8,2% na região e de 8,4% no Continente (**Figura 19**).



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

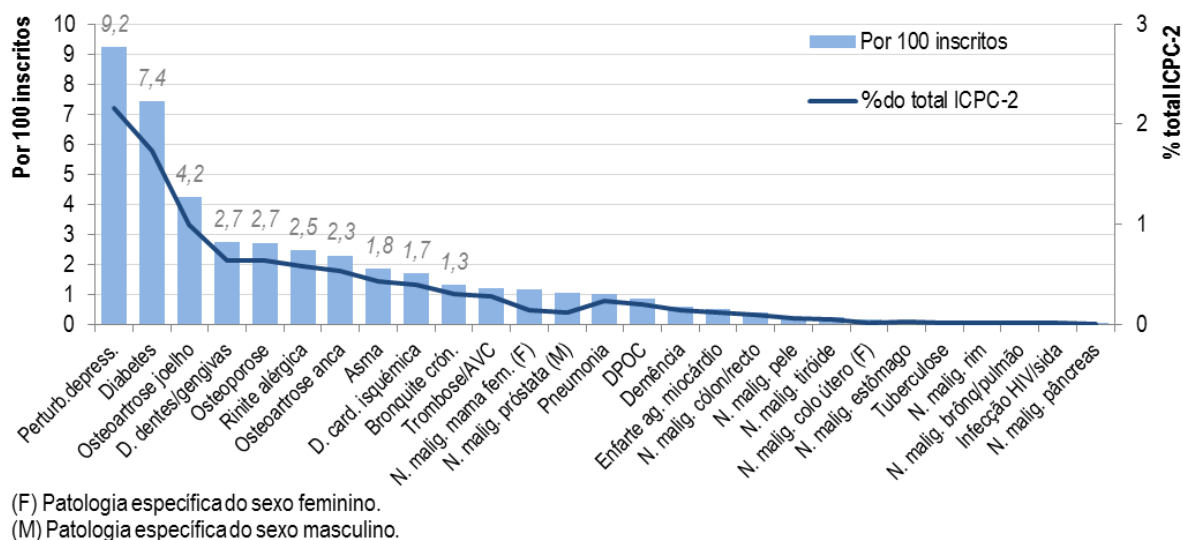
Figura 18 - Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo no Continente e na Região de Saúde do Centro, por triénios



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

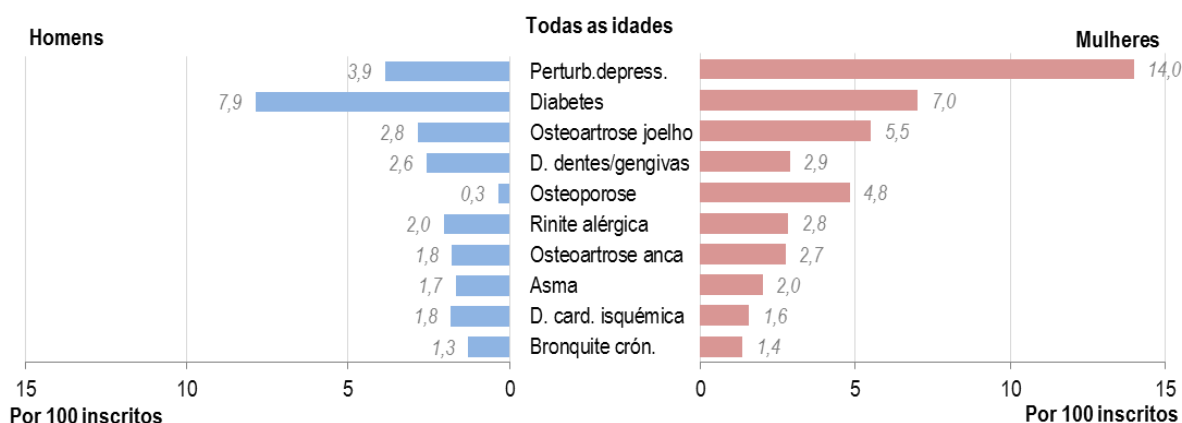
Figura 19 – Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença no Continente e na Região de Saúde do Centro, por triénios

Na **morbilidade registada nos CSP** em 2013 para ambos os sexos, com exceção da hipertensão, apresentada na página n.º10, são as perturbações depressivas – principalmente nas mulheres - e diabetes – principalmente nos homens, as que apresentam maior proporção de inscritos (**Figura 20**; **Figura 21**).



Fonte: SIARS

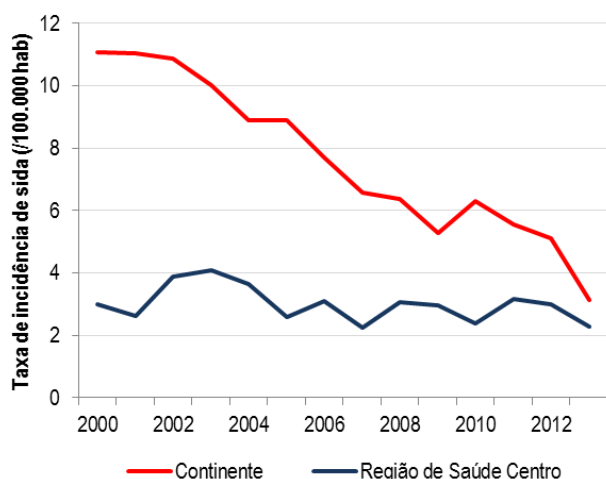
Figura 20 – Proporção (%) de inscritos com diagnóstico ativo por código ICPC-2, todas as idades, ambos os sexos, na Região de Saúde do Centro, dezembro 2013



Fonte: SIARS

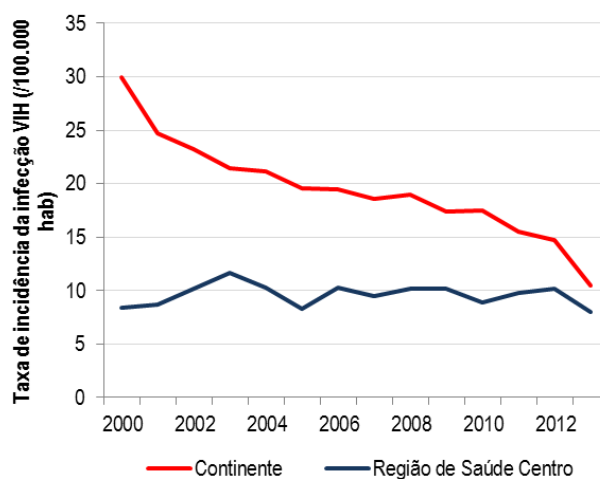
Figura 21 - Proporção (%) de inscritos com diagnóstico ativo por código ICPC-2, todas as idades, por sexo, na Região de Saúde do Centro, dezembro 2013

As **taxas de incidência de sida e da infecção VIH** na região apresentam uma tendência decrescente e com valores abaixo do Continente. Considerando as notificações até 31/12/2013, na região registaram-se 2,3 casos de sida/100 000 habitantes (**Figura 22**), e 8 casos de infecção VIH/100 000 habitantes (**Figura 23**).



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

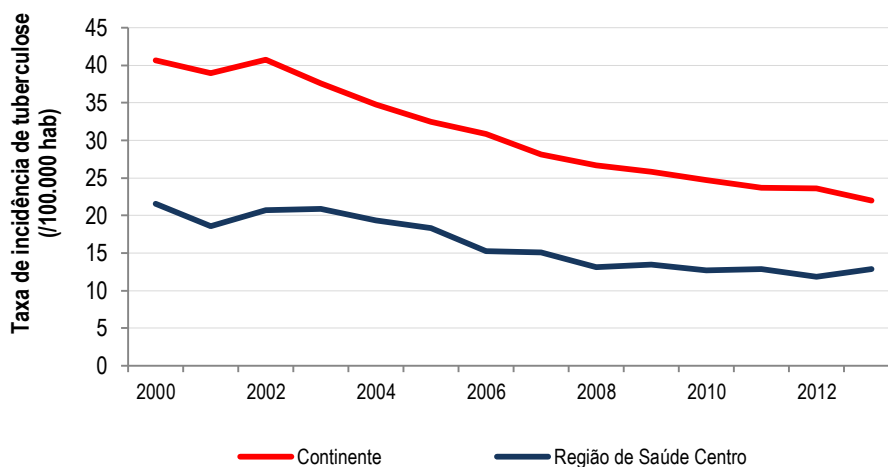
Figura 22 – Evolução anual da taxa de incidência de sida (/100 000 habitantes) no Continente e na Região de Saúde do Centro, 2000 a 2013



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

Figura 23 – Evolução anual da taxa de incidência da infeção VIH (/100 000 habitantes) no Continente e na Região de Saúde do Centro, 2000 a 2013

A taxa de incidência de tuberculose tem vindo a diminuir na região, mantendo-se inferior à do Continente (Figura 24).



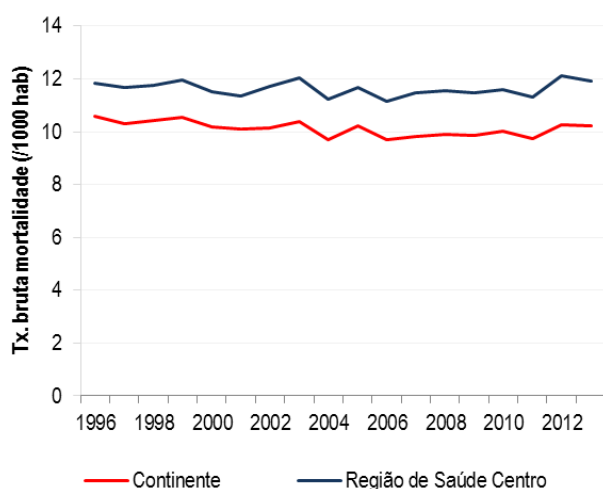
Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: SVIG-TB, DGS)

Figura 24 – Evolução anual da taxa de incidência (/100 000 habitantes) de tuberculose no Continente e na Região de Saúde do Centro, 2000 a 2013

4.5. De que morremos?

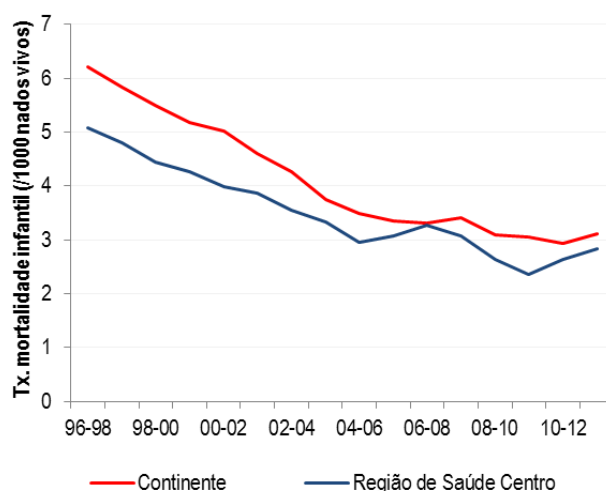
A taxa bruta de mortalidade tem-se mantido estável ao longo dos anos, sendo sempre superior à do Continente (Figura 25).

É de assinalar a diminuição progressiva da **taxa de mortalidade infantil** na região, mantendo-se sempre inferior à do Continente. No triénio 2011-2013 a taxa foi de 2,8/1 000 nados vivos na região e de 3,1/1 000 nados vivos no Continente (**Figura 26**).



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

Figura 25 - Evolução anual da taxa bruta de mortalidade (/1000 habitantes) no Continente e na Região de Saúde do Centro

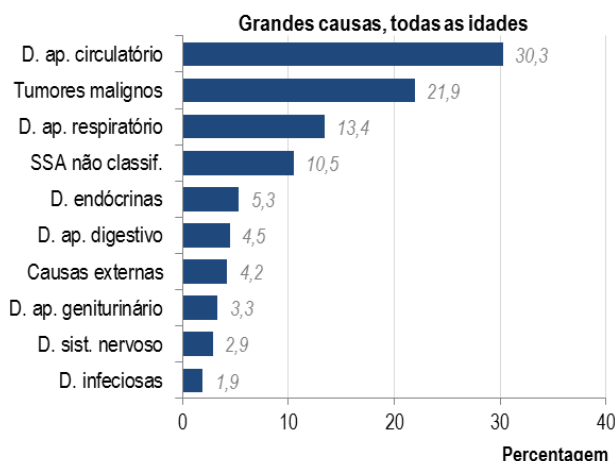


Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Figura 26 - Evolução anual da taxa de mortalidade infantil (/1000 nados vivos) no Continente e na Região de Saúde do Centro

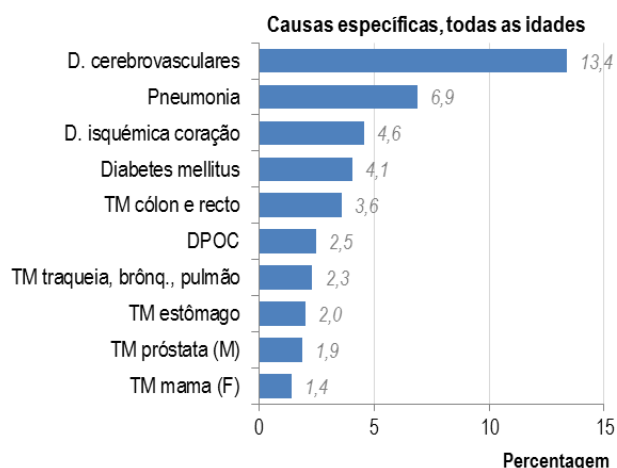
Considerando a **mortalidade proporcional** por grandes grupos de causas de morte, constata-se que no triénio 2010-2012 o grupo das doenças do aparelho circulatório apresenta o maior peso relativo para todas as idades e ambos os sexos, seguido pelos tumores malignos e pelas doenças do aparelho respiratório (**Figura 27**).

As doenças cerebrovasculares são a principal causa de morte específica na região, sendo de assinalar também as mortes por pneumonia, ainda que com metade do peso das primeiras. A doença isquémica do coração, a diabetes *mellitus* e o tumor maligno do cólon e recto completam as 5 principais causas de morte específicas na região, para todas as idades e ambos os sexos (**Figura 28**).



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

Figura 27 – Mortalidade proporcional (%) por grandes grupos de causas de morte na Região Centro, todas as idades, ambos os sexos, triénio 2010-2012



(M) Patologia específica do sexo masculino.

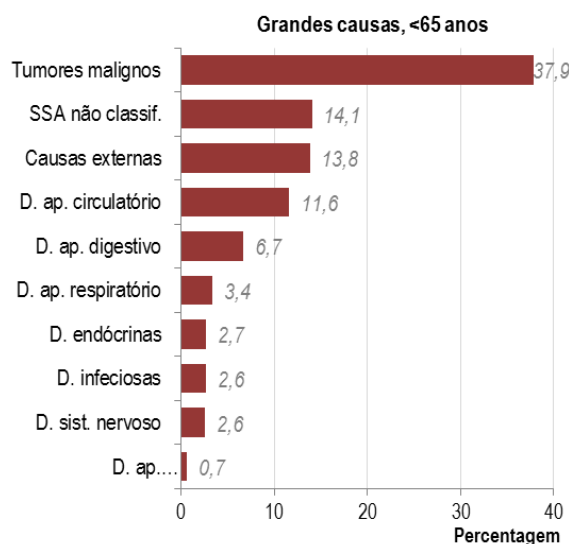
(F) Patologia específica do sexo feminino.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

Figura 28 – Mortalidade proporcional (%) por causas de morte específicas na Região Centro, todas as idades, ambos os sexos, triénio 2010-2012

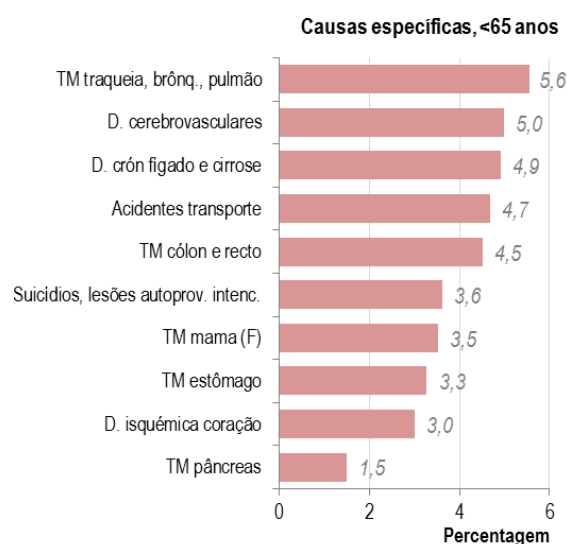
Na **mortalidade prematura** (mortes em idades <65 anos) em ambos os sexos é o grupo dos tumores malignos que constitui a principal causa de morte, com um peso bastante superior às causas seguintes. São de referir as mortes devidas a causas externas e a doenças do aparelho circulatório (**Figura 29**).

Na mortalidade específica para idades <65 anos e em ambos os sexos, destaca-se o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão com maior peso no total de mortes. Também são de assinalar as doenças cerebrovasculares, a doença crónica do fígado e cirrose, os acidentes de transporte e o tumor maligno do cólon e recto, que completam as 5 primeiras causas de morte específica em idades inferiores a 65 anos (**Figura 30**).



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

Figura 29 - Mortalidade proporcional (%) prematura (<65 anos) por grandes grupos de causas de morte na Região Centro, ambos os sexos, triénio 2010-2012



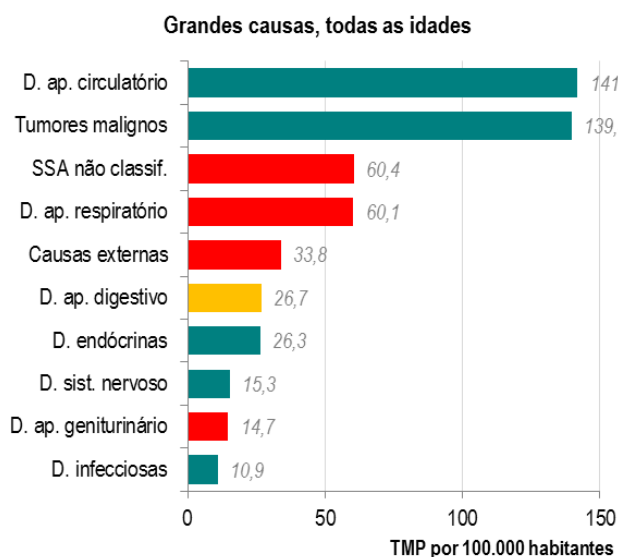
(F) Patologia específica do sexo feminino.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

Figura 30 - Mortalidade proporcional (%) prematura (<65 anos) por causas de morte específicas na Região Centro, ambos os sexos, triénio 2010-2012

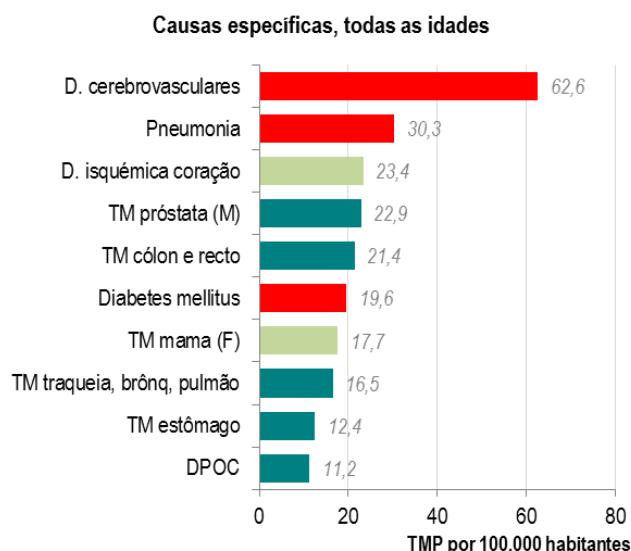
Comparativamente com as causas de morte específicas para todas as idades, ambos os sexos, é de salientar a perda de peso da pneumonia, da doença isquémica do coração e da diabetes *mellitus* na mortalidade prematura, em favor dos tumores malignos da traqueia, da doença crónica do fígado e dos acidentes de transporte (Figura 30).

Observando as **taxas de mortalidade padronizadas pela idade (TMP)** para todas as idades e ambos os sexos, os principais grupos de causas de morte na região são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, com valores inferiores ao do Continente e com significância estatística. São de referir ainda as doenças do aparelho respiratório e as causas externas, com valores acima do Continente e com significância estatística (Figura 31). As doenças cerebrovasculares, a pneumonia e a diabetes são as principais causas de morte específicas, com valores significativamente superiores ao do Continente (Figura 32).



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

Figura 31 – Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) por grandes grupos de causas de morte na Região Centro, todas as idades, ambos os sexos, triénio 2010-2012 (comparação com a TMP do Continente).



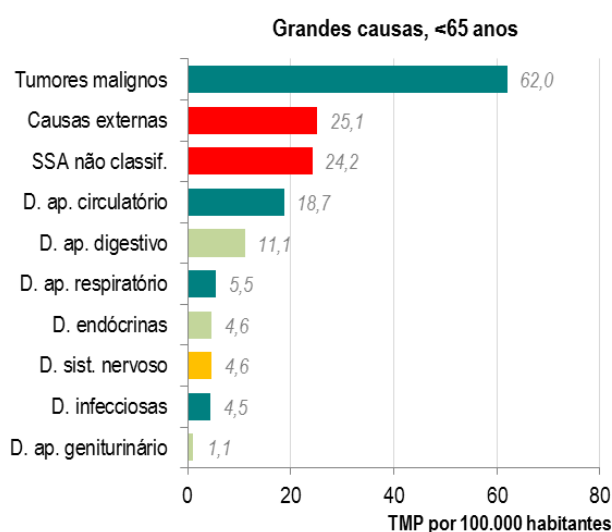
(M) Patologia específica do sexo masculino.
(F) Patologia específica do sexo feminino.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

Figura 32 – Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) por causas específicas na Região Centro, todas as idades, ambos os sexos, triénio 2010-2012 (comparação com a TMP do Continente).

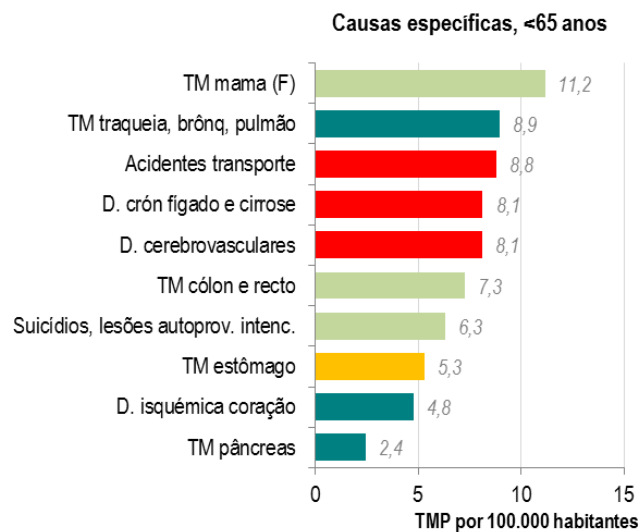


A **mortalidade padronizada pela idade para idades <65 anos** revela os tumores malignos como o principal grupo de causas de morte, embora com valores significativamente inferiores ao Continente. As causas externas e os sinais, sintomas e achados anormais não classificados são os grupos que se seguem, desta feita com valores superiores ao Continente e com significância estatística (Figura 33). Em termos de causas específicas abaixo dos 65 anos, o tumor maligno da mama e o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão são as principais causas específicas. Neste grupo etário, destacam-se pela negativa os acidentes de transporte, a doença crónica do fígado e cirrose e as doenças cerebrovasculares, que apresentam valores significativamente superiores ao Continente (Figura 34).



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

Figura 33 - Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) em idades <65 anos, ambos os sexos, por grandes grupos de causas de morte na Região Centro, triénio 2010-2012 (comparação com a TMP do Continente).



(F) Patologia específica do sexo feminino.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

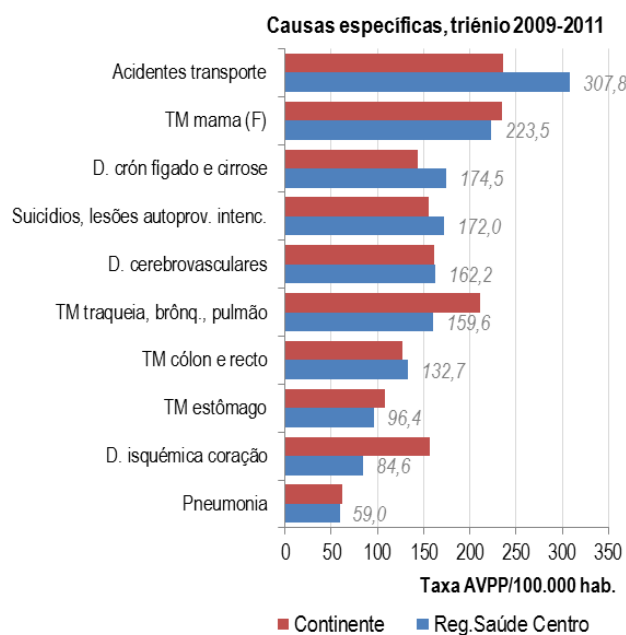
Figura 34 - Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) em idades <65 anos, ambos os sexos, por causas de morte específicas na Região Centro, triénio 2010-2012 (comparação com a TMP do Continente).



A evolução da **taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP)** até aos 70 anos, para ambos os sexos, indica que as nove principais causas específicas de AVPP mantiveram-se nos últimos triénios, com alterações pontuais entre elas.

Os acidentes de transporte e o TM da mama feminina são as causas de AVPP com maior dimensão na região. Salienta-se que o aumento da taxa de AVPP, considerando as 10 maiores causas, apenas ocorreu nos tumores malignos, designadamente no TM da mama feminina, TM do cólon e recto e TM do estômago; destes, apenas o TM do cólon e recto apresenta valores superiores ao Continente.

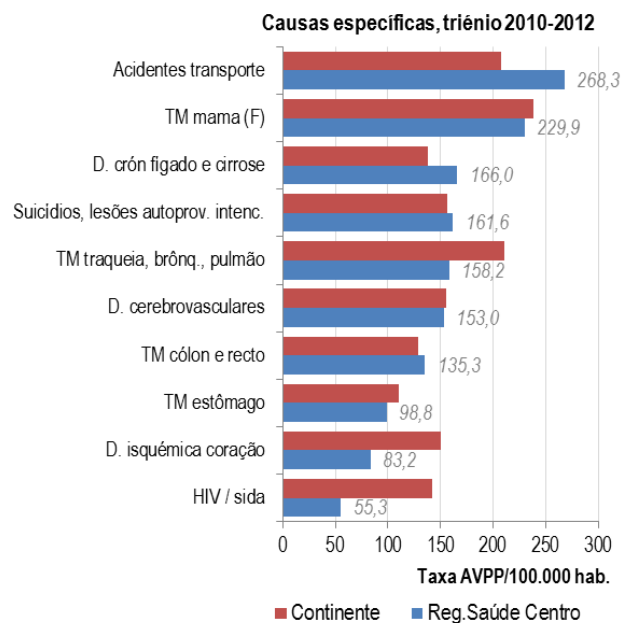
De referir ainda que, apesar de não terem sofrido aumento da taxa de AVPP nos triénios considerados, os acidentes de transporte, a doença crónica do fígado e cirrose e os suicídios apresentam valores superiores aos do Continente (**Figura 35**; **Figura 36**).



(F) Patologia específica do sexo feminino.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

Figura 35 – Taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) por 100 000 habitantes, ambos os sexos, por causas de morte específicas no Continente e na Região Centro, triénio 2009-2011.



(F) Patologia específica do sexo feminino.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP

Figura 36 – Taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) por 100 000 habitantes, ambos os sexos, por causas de morte específicas no Continente e na Região Centro, triénio 2010-2012.

5. Principais problemas de saúde

A partir do diagnóstico da situação de saúde da população da Região de Saúde do Centro e da aplicação dos critérios de hierarquização, foram definidos os principais problemas de saúde:

Tumores malignos	Doenças cerebrovasculares
Diabetes	Doença crónica do fígado e cirrose

5.1. PRINCIPAIS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA REGIÃO CENTRO

Diminuir a MORTALIDADE prematura por:

- Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão em ambos os sexos
- Tumor maligno do cólon e recto em ambos os sexos
- Tumor maligno da mama feminina
- Tumor maligno do estômago em ambos os sexos
- Doenças cerebrovasculares em ambos os sexos
- Doença isquémica cardíaca em ambos os sexos
- Doença crónica do fígado e cirrose em ambos os sexos
- Suicídio em ambos os sexos
- Acidentes de transporte em ambos os sexos

Promover o diagnóstico de MORBILIDADE por:

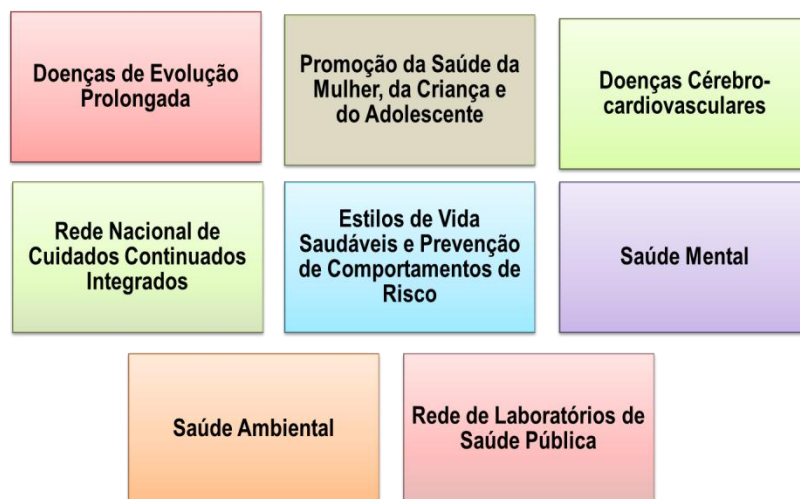
- Diabetes
- Doenças dos dentes e gengivas
- Asma

Intervir nos FATORES DE RISCO /DETERMINANTES DE SAÚDE:

- Promovendo o diagnóstico de Hipertensão arterial
- Promovendo a quantificação de hábitos tabágicos
- Promovendo o diagnóstico de excesso de peso e obesidade
- Promovendo o diagnóstico de abuso crónico de álcool

6. Estratégias de Saúde

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



Áreas de Intervenção

- Prevenção e Controlo da Diabetes
- Prevenção da Doença Oncológica
- Doenças Respiratórias

- Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

- Vigilância e Controlo das Doenças Cardiovasculares

- Unidades de Cuidados Continuados Integrados

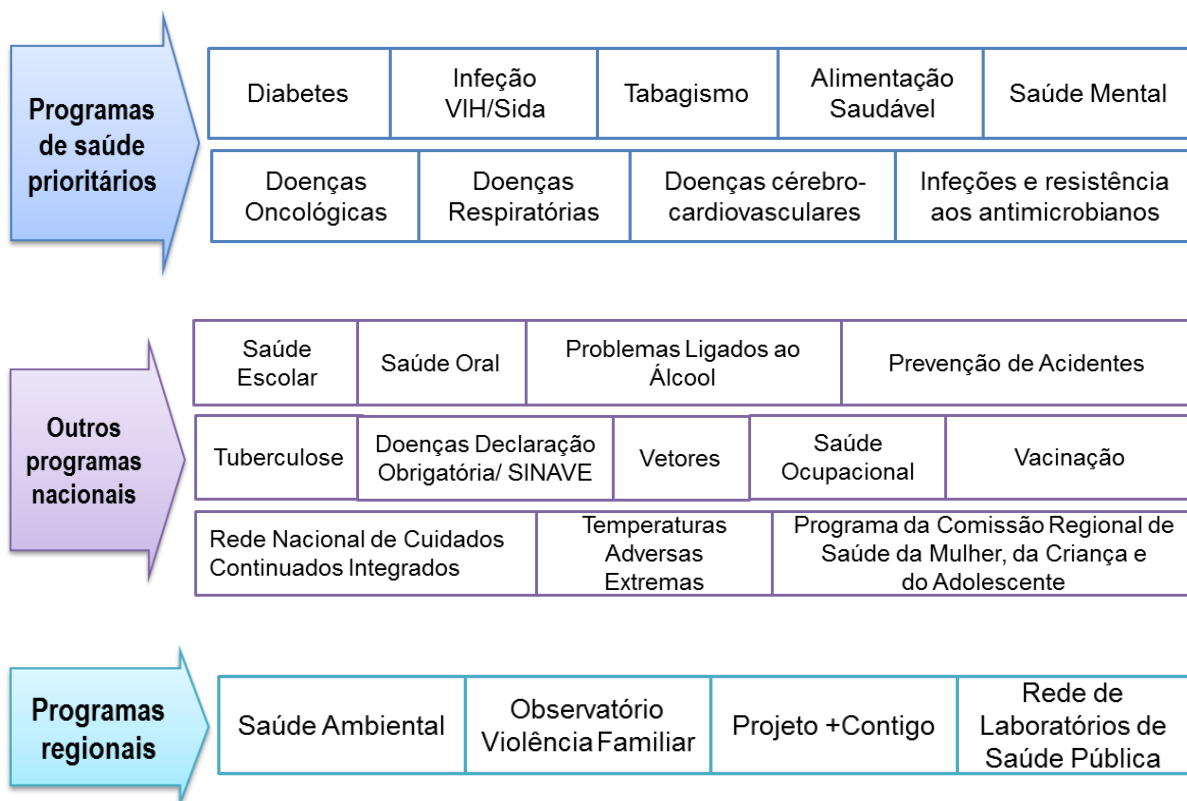
- Promoção da Alimentação Saudável
- Promoção da Saúde em Contexto Escolar
- Promoção da Saúde Oral
- Promoção da Saúde Ocupacional
- Dependências (tabaco; álcool)
- Doenças Infeciosas e Transmissíveis
- Prevenção de Acidentes

- Unidades de Saúde Mental na Comunidade
- Observatório para a Violência Familiar/Entre Parceiros Íntimos (VPI)
- Projeto +Contigo

- Vigilância da Qualidade da Água
- Gestão da Qualidade do Ar
- Gestão de Resíduos Hospitalares
- Gestão de Riscos em Saúde Ambiental
- Temperaturas Adversas Extremas (Calor; Frio)

- Serviços dos Laboratórios de Saúde Pública com os programas de saúde

Neste contexto, o PRS 2015-2016 procura evidenciar as principais necessidades de saúde da população da Região de Saúde do Centro e assume um compromisso de resposta adequada e baseada no desenvolvimento dos programas e projetos de saúde:



O PRS 2015-2016 fornece um quadro de referência estável e de médio prazo para a região, servindo de base a planos de atividades anuais, que surgem como instrumentos de operacionalização articulada.



O quadro seguinte apresenta as estratégias regionais de saúde em curso na ARS Centro, a sua operacionalização, através dos programas e projetos afetos a cada área de intervenção, e o seu potencial impacto na satisfação das necessidades de saúde identificadas.

Quadro 1 - Estratégias regionais de saúde na ARS Centro e potencial impacto na satisfação das necessidades de saúde

Estratégias de Saúde da ARSC		Outputs (programas, projetos e serviços)	Outcomes (determinantes de saúde)							Impacto (doença e mortalidade)									
			Álcool	Tabaco	Abuso drogas	Obesidade	Excesso peso	HTA	Colesterol	TMAD	DCV	TMAR	DIC	Pneu	DCFC	TMM	TMCU	TMPr	Diab
Estratégia Regional de Combate às Doenças de Evolução Prolongada	Programa de rastreio do cancro da mama feminina														✓				
	Programa de rastreio do cancro do Colo do Útero															✓			
	Programa de rastreio do cancro do Cólon e Recto	✓							✓										
	Consultas autónomas de diabetes nas unidades de saúde dos ACeS e ULS	✓	✓		✓	✓	✓											✓	
	Programa Nacional para as Doenças Respiratórias	✓	✓								✓		✓						
	Rastreio da Retinopatia Diabética	✓	✓		✓	✓	✓			✓								✓	
Estratégia Regional para a Promoção da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente	Vigilância da Saúde Materno-fetal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓			✓		✓		✓	
	Vigilância da Saúde das Crianças e dos Adolescentes	✓	✓	✓	✓	✓												✓	✓
	Ação da saúde para crianças e jovens em risco	✓	✓	✓	✓	✓												✓	✓
Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro-cardiovasculares	Programa de alimentação saudável em saúde escolar (PASSE/ PASSEzinho)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓			✓	
	Via Verde do AVC	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓		✓							
Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco	Projeto OleoVitae				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓				✓	
	Projeto 5 ao Dia				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓				✓	
	Projeto Sopa.Come				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓				✓	
	Projeto TãoDoce.Não				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓				✓	
	Projeto Integrar.Saúde																		
	Promoção da Saúde Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									✓	
	Projeto Conta Peso e Medida				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓					✓	
	Aumentar a capacidade de resposta do SNS no apoio à cessação tabágica		✓		✓		✓			✓	✓	✓	✓						
	Rede de Referência/articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências	✓		✓					✓	✓	✓		✓	✓				✓	
	Programa Regional de Luta contra a Tuberculose	✓	✓	✓	✓						✓		✓						
	Programa Troca de Seringas nos CSP	✓		✓							✓								✓
	Programa de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos	✓									✓		✓						
	Programa Nacional de Vacinação														✓				
	Programa de Prevenção de Acidentes	✓		✓			✓	✓				✓							✓
Estratégia Regional para a Saúde Mental	Implementar Unidades de Saúde Mental na Comunidade			✓															✓
	Observatório para a Violência Familiar/Entre Parceiros Íntimos	✓		✓															✓
	Projeto +Contigo	✓	✓	✓															✓
Estratégia Regional para a Saúde Ambiental	Programa de Qualidade do Ar Interior												✓						
	Vigilância e Controlo da Qualidade da Água Mineral nos Estabelecimentos Termais											✓							
	Vigilância Sanitária nas Piscinas de tipo 1 e 2																		
	Qualidade da Água para Consumo Humano e Plano de Segurança da Água																		
	Vigilância da Qualidade das Águas Balneares Marítimas e Interiores																		
Estratégia Regional para a Rede de Laboratórios de Saúde Pública	Serviços dos Laboratórios de Saúde Pública com os programas de saúde				✓		✓			✓		✓						✓	

7. Objetivos do PRS 2015-2016

Os objetivos e as ações a desenvolver no âmbito dos programas prioritários e projetos específicos são transversais a toda a atividade da ARS Centro e estão alinhados com as grandes orientações estratégicas do Ministério da Saúde. Salienta-se que os indicadores que se apresentam no PRS incluem 12 indicadores a avaliar no Quadro de Avaliação e Responsabilização 2015 (QUAR) da ARS Centro.

MORTALIDADE*

Tumores malignos

No triénio 2010-2012, os tumores malignos foram responsáveis por 37,9% de todas as mortes prematuras (23,2% no sexo masculino), revelando-se o principal grupo de causas de morte na Região Centro.

Entre os triénios de 2009-2011 e 2010-2012, a mortalidade proporcional prematura por tumores malignos aumentou (1,2%) na região, ainda assim, com valores ligeiramente abaixo do Continente.

Considerando a taxa de mortalidade padronizada (TMP) prematura no triénio 2010-2012, os tumores malignos foram a principal causa de morte no sexo masculino, com 78,8/100 mil hab., valor inferior ao do Continente (89,3/100 mil hab.).

A evolução da taxa bruta de mortalidade (TBM) prematura nos dois últimos triénios (2009-2011 e 2010-2012), em ambos os sexos, mostra uma tendência crescente das mortes por tumores malignos (75,2 e 79,9/1000 hab., respetivamente) na região.

Objetivos 2015-2016

1. Diminuir a mortalidade prematura por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (TMTBP), em ambos os sexos (taxa de AVPP padronizada por 100 mil hab.)

Resultado 2012

121,04

Região Centro

Projeção 2016

136,4

Meta 2016

117,1

Justificação:

A taxa de mortalidade proporcional prematura por TMTBP foi a primeira causa específica de morte na Região Centro, em ambos os sexos, no triénio de 2010-2012, com valor inferior ao do Continente (5,6% e 7,3%, respetivamente).

No triénio de 2010-2012, a taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) por TMTBP foi a 5ª mais elevada na região, em ambos os sexos, (158,2 / 100 mil hab.), com um valor inferior ao do Continente (210,6/100 mil hab.). A taxa diminuiu ligeiramente entre os tiénios 2009-2011 e 2010-2012 na região.

No triénio 2010-2012 o TMTBP foi responsável por 8,93/100 mil hab. das mortes prematuras, considerando a taxa de mortalidade padronizada.

A taxa bruta de mortalidade prematura na Região Centro, no triénio 2010-2012, em ambos os sexos, foi de 11,3/1000 hab., valor inferior ao do Continente (15,1/1000 hab.). A evolução entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012 mostrou um pequeno aumento (11,2 e 11,3/1000 hab., respetivamente).

* Não inclui o concelho de Vila Nova de Foz Côa
Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados do INE)

(continua)

(continuação)

Objetivos 2015-2016			
2. Diminuir a mortalidade prematura (<65 anos) por tumor maligno do cólon e recto (TMCR), em ambos os sexos (taxa padronizada por 100 mil hab.)	Região Centro		
	Resultado 2012	Projeção 2016	Meta 2016
	7,2	7,8	7,2

Justificação:

No triénio 2010-2012, o TMCR foi responsável por 4,5% do total de mortes prematuras na Região Centro (2,6% no sexo masculino e 1,9% no sexo feminino).

No mesmo triénio, a taxa de AVPP por TMCR foi a 7ª maior causa de morte na região em ambos os sexos (135,3/100 mil hab.), valor superior ao do Continente (128,6/100 mil hab.).

No mesmo período, a taxa de mortalidade padronizada prematura por TMCR na região foi inferior à do Continente (7,27 e 7,43/100 mil hab., respetivamente).

A taxa bruta de mortalidade prematura na Região Centro, no triénio de 2010-2012, em ambos os sexos, foi de 9,2/1000 hab., valor ligeiramente superior ao do Continente (9,0/1000 hab.). A evolução entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012 mostrou um ligeiro aumento (9,0 e 9,2/1000 hab., respetivamente).

3. Diminuir a mortalidade prematura (<65 anos) por tumor maligno da mama feminina (TMMF) (taxa padronizada por 100 mil mulheres)	Região Centro		
	Resultado 2012	Projeção 2016	Meta 2016
	17,8	8,0	8,0

Justificação:

No triénio 2010-2012 na Região Centro o TMMF foi responsável por 3,5% das mortes prematuras e continua a ser a principal causa específica de mortalidade prematura por tumores malignos nas mulheres.

A taxa de AVPP por TMMF na região, no triénio de 2010-2012, foi a 2ª mais elevada (229,9/100 mil mulheres), valor inferior ao do Continente (238,1/100 mil hab.).

No mesmo período, a taxa de mortalidade padronizada prematura na região foi inferior à do Continente, mas sem significância estatística (11,17 e 11,93/100 mil mulheres, respetivamente).

A taxa de mortalidade padronizada mostrou uma evolução crescente entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012 (10,9/100 mil mulheres e 11,2 /100 mil mulheres, respetivamente) na região. Apesar de no triénio disponível apresentar um valor inferior ao do Continente (11,9/100 mil mulheres), ainda é a segunda causa de morte prematura na região.

A taxa bruta de mortalidade prematura na região, no triénio 2010-2012, foi de 14,1/1000 mulheres, valor inferior ao do Continente (14,6/1000 mulheres). A evolução entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012 mostrou uma tendência crescente (13,6 e 14,1 /1000 mulheres, respetivamente).

* Não inclui o concelho de Vila Nova de Foz Côa
Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados do INE)

(continua)

(continuação)

Objetivos 2015-2016			
4. Manter a mortalidade prematura (<65 anos) do tumor maligno do estômago (TME), em ambos os sexos (taxa padronizada por 100 mil hab.)	Região Centro		
	Resultado 2012	Projeção 2016	Meta 2016
	5,07	5,07	5,07

Justificação:

No triénio 2010-2012, o TME foi responsável por 3,3% do total de mortes prematuras, pelo que se encontra entre as oito principais causas de morte prematura na Região Centro.

A taxa de AVPP por TME na região, no triénio de 2010-2012, foi a 8ª mais elevada em ambos os sexos (98,8/100 mil hab.), valor inferior ao do Continente (110,2/100 mil hab.).

No mesmo triénio, a taxa de mortalidade padronizada prematura na região foi inferior à do Continente (5,3 e 6,1/100 mil hab. respetivamente). A evolução da taxa entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012 revelou um aumento na região (5,07 e 5,30/100 mil hab., respetivamente).

A taxa bruta de mortalidade prematura em ambos os sexos na Região Centro, no triénio de 2010-2012, foi de 6,7/1000 hab., valor inferior ao do Continente (7,3 / 1000 hab.). A evolução entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012 mostrou um pequeno aumento (6,2 e 6,7/1000 hab. respetivamente).

MORTALIDADE*

Doenças do Aparelho Circulatório

No **triénio 2010-2012**, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por **11,6%** de todas as **mortes prematuras** (8,3% no sexo masculino), sendo o 4º grupo de causas de morte na Região Centro e registando valor inferior ao do Continente.

Entre os triénios de 2009-2011 e 2010-2012, a **mortalidade proporcional prematura** por doenças do aparelho circulatório na região **diminuiu** (-5%), acompanhando a tendência também decrescente do Continente.

Considerando a **taxa de mortalidade padronizada (TMP) prematura** no **triénio 2010-2012**, as doenças do aparelho circulatório foram a **3ª principal causa de morte no sexo masculino**, com 27,9/100 mil hab., valor inferior ao do Continente (35,9/100 mil hab.).

A evolução das **taxas brutas de mortalidade (TBM) prematura** na região, em ambos os sexos, nos dois últimos triénios (2009-2011 e 2010-2012), mostra uma **tendência decrescente** para as doenças do aparelho circulatório (24,5 e 23,5/1000 hab., respetivamente).

* Não inclui o concelho de Vila Nova de Foz Côa
Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados do INE)

(continua)

(continuação)

Objetivos 2015-2016			
5. Diminuir a mortalidade prematura (<65 anos) por doenças cerebrovasculares (DCV), em ambos os sexos (taxa padronizada por 100 mil hab.)	Região Centro		
	Resultado 2012	Projeção 2016	Meta 2016
	7,5	4,9	4,9

Justificação:

No triénio 2010-2012, as DCV constituíram a principal causa de morte específica na Região Centro, sendo responsáveis por 13,4% de todas as mortes em todas as idades e por 5% das mortes prematuras (<65 anos).

No triénio de 2010-2012, a taxa de AVPP por DCV foi a 6ª mais elevada em ambos os sexos na Região Centro (153,0/100 mil hab.), valor inferior ao do Continente (155,8/100 mil hab.).

Entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012 verificou-se uma redução da taxa de mortalidade padronizada prematura na região de 8,8 para 8,1/100 mil hab., respetivamente. As projeções do PNS para 2009 e 2016 para ambos os sexos e considerando as idades inferiores a 65 anos, evidencia a existência de uma tendência decrescente para as DCV (9,5 e 4,9/100 mil hab., respetivamente).

A taxa bruta de mortalidade prematura na região registou uma ligeira diminuição de 10,8/1000 hab. no triénio 2009-2011, para 10,1/1000 hab. no triénio 2010-2012.

6. Diminuir a mortalidade prematura (<65 anos) por doença isquémica cardíaca (DIC), em ambos os sexos (taxa padronizada por 100 mil hab.)	Região Centro		
	Resultado 2012	Projeção 2016	Meta 2016
	4,6	2,6	2,6

Justificação:

No triénio 2010-2012, a DIC constituiu 3% de todas as mortes prematuras em ambos os sexos na Região Centro, situação similar ao triénio anterior (2009-2011).

No triénio de 2010-2012, a taxa de AVPP por DIC na região foi a 9ª maior causa em ambos os sexos (83,2/100 mil hab.), valor inferior ao do Continente (150,6/100 mil hab.).

No mesmo período, a taxa de mortalidade padronizada prematura foi inferior à do Continente (4,8 e 8,5/1000 hab. respetivamente).

Entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012, a taxa bruta de mortalidade prematura por DIC, em ambos os sexos, manteve-se estável, atingindo 6,1/1000 hab. no triénio 2010-2012.

* Não inclui o concelho de Vila Nova de Foz Côa
Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados do INE)

(continua)

(continuação)

Objetivos 2015-2016			
7. Diminuir a mortalidade prematura por doença crónica do fígado, em ambos os sexos (taxa de AVPP padronizada por 100 mil hab.)	Região Centro		
	Resultado 2012	Projeção 2016	Meta 2016
	119,9	98,2	86,0

Justificação:

No triénio 2010-2012, a DCFC foi responsável por 4,9% de todas as mortes prematuras, sendo a 3ª maior causa específica de morte na região (3,8% no sexo masculino), com valor superior ao do Continente (3,2%).

Entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012, a mortalidade proporcional prematura por DCFC na região diminuiu (-5,2%) mas, ainda assim, manteve valores acima do Continente.

No triénio de 2010-2012, a taxa de AVPP por DCFC na região foi a 3ª maior causa de AVPP em ambos os sexos (166/100 mil hab.), valor superior ao do Continente (138,4/100 mil hab.).

No mesmo período na região centro, a taxa de mortalidade padronizada prematura em ambos os sexos foi superior à do Continente e com significância estatística (8,1 e 7,1 /100 mil hab., respetivamente).

Entre os triénios 2009-2011 e 2010-2012, a taxa bruta de mortalidade em ambos os sexos, registou um ligeiro decréscimo na região (10,4 e 10/1000 hab., respetivamente).

* Não inclui o concelho de Vila Nova de Foz Côa
Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados do INE)

MORTALIDADE*

Causas externas (inclui acidentes de transporte, acidentes de veículos a motor e suicídios e lesões autoprovocadas intencionalmente)

No **triénio 2010-2012**, as causas externas foram responsáveis por **13,8%** de todas as **mortes prematuras**, sendo o 3º grupo de causas de morte na região.

Entre os triénios de 2009-2011 e 2010-2012, na Região Centro, a mortalidade proporcional prematura por causas externas **diminuiu** (-9,5%), ainda assim, regista valores superiores ao do Continente.

A **taxa de mortalidade padronizada (TMP) prematura** no **triénio 2010-2012** por causas externas foi a **2ª causa de morte no sexo masculino**, com 40,3/100 mil hab., valor superior ao do Continente (33,5/100 mil hab.).

A evolução da **taxa bruta de mortalidade (TBM) prematura**, em ambos os sexos, nos triénios 2009-2011 e 2010-2012, mostra uma **tendência decrescente** das mortes por causas externas na região (30,7 e 28,1/1000 hab., respetivamente).

* Não inclui o concelho de Vila Nova de Foz Côa
Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados do INE)

(continua)

(continuação)

Objetivos 2015-2016			
8. Diminuir a mortalidade prematura (<65 anos) por suicídio, em ambos os sexos (taxa padronizada por 100 mil hab.)	Região Centro		
	Resultado 2012	Projeção 2016	Meta 2016
	5,9	9,9	5,9

Justificação:

No triênio 2010-2012, os suicídios foram responsáveis por 3,6% (6ª causa) de todas as mortes prematuras na Região Centro (2,7% no sexo masculino), com valor superior ao do Continente (3,4%).

Entre os triênios de 2009-2011 e 2010-2012, a mortalidade proporcional prematura por suicídio diminuiu na região (-5,4%) mas, ainda assim, manteve valor superior ao do Continente.

A taxa de AVPP por suicídio na Região Centro, no triênio de 2010-2012, ocupa o 4º lugar em ambos os sexos, com um valor de 161,6/100 mil hab., superior ao do Continente (156,6/100 mil hab.).

No mesmo período na Região Centro, a taxa de mortalidade padronizada prematura, em ambos os sexos, é superior à do Continente, mas sem significância estatística (6,32 e 6,20/100 mil hab., respetivamente).

Observa-se que a taxa bruta de mortalidade por suicídio, em ambos os sexos, evidencia a existência de uma tendência decrescente (7,7 e 7,4/1000 hab., respetivamente nos triênios 2009-2011 e 2010-2012).

9. Diminuir a mortalidade prematura por acidentes de transporte, em ambos os sexos (taxa de AVPP padronizada por 100 mil hab.)	Região Centro		
	Resultado 2012	Projeção 2016	Meta 2016
	226,4	154,4	114,1

Justificação:

No triênio 2010-2012, os acidentes de transporte foram responsáveis por 4,7% (ocupando o 4º lugar) de todas as mortes prematuras na Região Centro (3,7% no sexo masculino), com valor superior ao do Continente (3,4%).

Entre os triênios de 2009-2011 e 2010-2012, a mortalidade proporcional prematura por acidentes de transporte diminuiu na região (-13,5%) mas, ainda assim, com valores acima do Continente.

A taxa de AVPP por acidentes de transporte na Região Centro, no triênio de 2010-2012, ocupa o 1º lugar em ambos os sexos, com um valor de 268,3/100 mil hab., superior ao Continente (207,3/100 mil hab.).

No mesmo período na Região Centro a taxa de mortalidade padronizada prematura, em ambos os sexos, é superior à do Continente e com significância estatística (8,8 e 6,7 /100 mil hab., respetivamente).

Na Região Centro, a taxa bruta de mortalidade, em ambos os sexos, apresenta uma tendência decrescente (10,9 e 9,5/1000 hab., respetivamente nos triênios 2009-2011 e 2010-2012).

* Não inclui o concelho de Vila Nova de Foz Côa
Fonte: Observatório Regional de Saúde (dados do INE)

MORBILIDADE			
Objetivos 2015-2016			

10. Promover o diagnóstico da diabetes (percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico)	Região Centro		
	Resultado 2014	Projeção 2016	Meta 2016
	7,6	8,8	8,5

Justificação:

Segundo a International Diabetes Federation (IDF), existe mais de 1 milhão de portugueses com diabetes (idades compreendidas entre 20 e 79 anos).

A prevalência da diabetes diagnosticada nos CSP na Região Centro aumentou ligeiramente entre 2013 e 2014 (de 7,4% para 7,6%). Em 2013, a diabetes constitui o 2º problema de saúde mais registado nos CSP na região, em ambos os sexos, para todas as idades, com um valor de 7,4%, superior ao do Continente (6,3%).

O número dos utentes com diabetes saídos dos internamentos nos hospitais do SNS da Região Centro aumentou entre 2011 e 2012 (de 26.466 para 28.097), tendo-se verificado uma diminuição muito ligeira (para 27.922) em 2013.

11. Menor percentagem de doenças dos dentes e gengivas (percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico)	Região Centro		
	Resultado 2014	Projeção 2016	Meta 2016
	3,1	3,9	3,9

Justificação:

A doença dos dentes e gengivas diagnosticada em 2013, em ambos os sexos, afeta 2,7% de inscritos na Região Centro, sendo o 4º problema mais registado para todas as idades. Em utentes com menos de 65 anos verificou-se uma proporção de 3%.

Em 2013, existiam 2,9% de mulheres inscritas com registo de doenças dos dentes e gengivas, valor superior ao observado nos homens.

12. Promover o diagnóstico de asma (percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico)	Região Centro		
	Resultado 2014	Projeção 2016	Meta 2016
	2,1	2,5	3,0

Justificação:

Em 2014, a asma foi diagnosticada a 2,1% dos inscritos nos CSP da Região Centro, valor superior ao do ano de 2013. Os homens apresentavam menor percentagem de registos (1,7%) do que as mulheres (2%).

Em 2009, a taxa padronizada de internamentos por asma foi de 42,2 por 100 mil hab. abaixo dos 70 anos na região, valor superior ao do Continente (29,5 por 100 mil hab.). Entre 2000 e 2009 observou-se um aumento dos internamentos por asma na região, contrariamente ao sucedido no Continente (40,7 e 42,2 por 100 mil hab., respetivamente), segundo o PNS 2012-2016.

Segundo o INS 2005/2006, a Região Centro registava 4,4% de população residente com asma, valor inferior ao do Continente (5,5%). A asma mostra uma tendência decrescente entre os INS, quer em ambos os sexos, quer para cada um dos sexos, registando 6,5% nos homens em 1998/1999 e 4,3% em 2005/2006 e 6,8% nas mulheres em 1998/1999 e 4,5% em 2005/2006.

Fonte: Observatório Regional de Saúde (SIARS, INS, INME)/ PREVADIAB – SPD

FATORES DE RISCO / DETERMINANTES DE SAÚDE

Objetivos 2015-2016

13. Promover o diagnóstico da hipertensão arterial (percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico)	Região Centro		
	Resultado 2014	Projeção 2016	Meta 2016
	21,9	25,9	23,1

Justificação:

Em 2013, a hipertensão arterial foi o fator de risco mais diagnosticada nos CSP em ambos os sexos, afetando 21,2% dos inscritos na Região Centro, com valor superior ao do Continente (19,6%). De entre os inscritos nos CSP com menos de 65 anos existiam, no mesmo período, 10,6% de hipertensos diagnosticados na região.

No mesmo ano, existiam 22,7% de mulheres inscritas com registo de hipertensão arterial, valor superior ao observado nos homens.

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005/2006, a Região Centro registava 20,5% de população residente com hipertensão, valor ligeiramente superior ao do Continente (20%). A hipertensão arterial, em ambos os sexos, mostra uma tendência crescente entre os INS (16,3% em 1998/1999), valor superior ao do Continente (14,9%).

14. Promover a quantificação de hábitos tabágicos (percentagem de utentes dos CSP com codificação de abuso de tabaco)	Região Centro		
	Resultado 2014	Projeção 2016	Meta 2016
	5,6	7,08	7,08

Justificação:

Na Região Centro a evidência dos dados leva-nos a concluir que existiam 6 fumadores em cada 100 utentes inscritos nos CSP em 2014. O risco aumenta com o número de cigarros fumados e a duração do consumo para várias doenças. Em 2013, o abuso do tabaco diagnosticado nos inscritos com menos de 65 anos foi superior ao observado para todas as idades (5,6% e 4,6%, respetivamente).

Em 2013, na região o abuso do tabaco foi mais expressivo nos homens (5,4%) do que nas mulheres (4%), para todas as idades, com valores inferiores ao Continente (8,2% e 5,5%, respetivamente).

Segundo o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 (INME), o consumo recente de tabaco na Região Centro entre alunos do 3º ciclo mostra uma subida generalizada entre 2006 e 2011 e está ao nível da média nacional (26% na região; 28% no Continente). Em 2011, o consumo de tabaco na região foi mais elevado nos rapazes (39%) do que nas raparigas (33%). A percentagem de alunas do 3º ciclo fumadoras na região é a mais baixa (37%), no contexto das cinco NUT II do Continente.

O INME 2011 refere também uma subida generalizada do consumo de tabaco entre os alunos do ensino secundário desde 2006, situando-se na média nacional. Estes alunos apresentam consumos de tabaco superiores aos alunos do 3º ciclo para cada um dos sexos (64% para os rapazes e 63% para as raparigas), valores idênticos aos do Continente (64% para os rapazes e 64% para as raparigas).

Segundo o último Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005-2006, na Região Centro existiam 16,1% de fumadores entre a população com 10 e mais anos, valor inferior ao do Continente (19,6%), exceto no grupo etário dos 15 aos 24 anos. A percentagem de homens fumadores diminuiu entre os INS de 1998/1999 e 2005/2006, mas aumentou a percentagem de mulheres fumadoras.

Fonte: Observatório Regional de Saúde (SIARS, COSI, INS, SICAD)

(continuação)

FATORES DE RISCO / DETERMINANTES DE SAÚDE			
Objetivos 2015-2016			
15. Promover o diagnóstico de excesso de peso (T83) e de obesidade (T82) (percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico)	Região Centro		
	Resultado 2014	Projeção 2016	Meta 2016
	5,3	7,03	7,03

Justificação:

A obesidade é um dos problemas de saúde mais registados nos CSP na Região Centro (4,2% nos homens e 5,3% nas mulheres em 2013), para todas as idades.

De acordo com os dados do programa COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative), em 2008 na Região Centro 0,7% das crianças tinham baixo peso, 38,1% apresentavam excesso de peso e 16,9% eram obesas.

Os resultados INS de 2005/2006 revelaram que metade da população da Região Centro com 18 e mais anos tem excesso de peso ou obesidade, valor idêntico ao do Continente (51%). A percentagem de homens com excesso de peso (36,5%) era superior à das mulheres (31,8%), mas a obesidade assumia valores idênticos em cada um dos sexos (13% e 14%, respetivamente).

Entre os INS 1998/1999 e 2005/2006, a obesidade aumentou (12% e 13%, respetivamente), refletindo o aumento em cada um dos sexos. Os homens registaram uma diminuição notável do excesso de peso (44% em 1998/1999 e 37% em 2005/2006).

16. Promover o diagnóstico de abuso crónico do álcool (P15) (proporção de utentes dos CSP com codificação por 1000 inscritos)	Região Centro		
	Resultado 2014	Projeção 2016	Meta 2016
	12,2	14,94	14,94

Justificação:

Em 2014, o abuso crónico do álcool afetava notoriamente mais homens (22‰) do que mulheres (2,9‰) em todas as idades na Região Centro, considerando o registo nos CSP.

O INS 2005/2006 revelava 51,2% da população residente na Região Centro consumira álcool nos 12 meses anteriores à entrevista, percentagem inferior à do Continente (53,8%), exceto no grupo etário dos 15 aos 24 anos (44,5% na região; 42,8% no Continente). É evidente o maior consumo entre os homens (65,9%) do que nas mulheres (37,5%), excepto na população com menos de 15 anos (0,1% e 1,3% respetivamente).

O consumo de álcool na região diminuiu entre os INS 1998/1999 e 2005/2006 (de 52% para 51%, respetivamente), revelando uma evolução contrária à do Continente (de 50,4% para 53,8%, respetivamente). Entre os INS, o consumo de álcool entre os homens registou uma diminuição na região (de 68% para 66%, respetivamente) e as mulheres mantiveram o nível de consumo (38%).

De acordo com os dados dos Inquéritos Nacionais ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, a Região Centro apresentava, em 2007, valores acima da média nacional de consumidores abusivos regulares de álcool (7,8% no Continente; 8,3% na região), tendo revelado um aumento destes consumidores entre os inquéritos de 2001 e 2007.

Considerando o mesmo estudo, em 2007 a Região Centro apresentava a maior proporção de inquiridos com sintomas de dependência de álcool registados há mais de 12 meses (5,9%), valor superior à média nacional (5,2%). Verificou-se também que a Região Centro aumentou a proporção de dependentes de álcool nos anos em estudo.

FATORES DE RISCO / DETERMINANTES DE SAÚDE

Objetivos 2015-2016

15. Promover o diagnóstico de excesso de peso (T83) e de obesidade (T82) (percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico)	Região Centro		
	Resultado 2014	Projeção 2016	Meta 2016
	5,3	7,03	7,03

Justificação:

A obesidade é um dos problemas de saúde mais registados nos CSP na Região Centro (4,2% nos homens e 5,3% nas mulheres em 2013), para todas as idades.

De acordo com os dados do programa COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative), em 2008 na Região Centro 0,7% das crianças tinham baixo peso, 38,1% apresentavam excesso de peso e 16,9% eram obesas .

Os resultados INS de 2005/2006 revelaram que metade da população da Região Centro com 18 e mais anos tem excesso de peso ou obesidade, valor idêntico ao do Continente (51%). A percentagem de homens com excesso de peso (36,5%) era superior à das mulheres (31,8%), mas a obesidade assumia valores idênticos em cada um dos sexos (13% e 14%, respetivamente).

Entre os INS 1998/1999 e 2005/2006, a obesidade aumentou (12% e 13%, respetivamente), refletindo o aumento em cada um dos sexos. Os homens registaram uma diminuição notável do excesso de peso (44% em 1998/1999 e 37% em 2005/2006).

16. Promover o diagnóstico de abuso crónico do álcool (P15) (proporção de utentes dos CSP com codificação por 1000 inscritos)	Região Centro		
	Resultado 2014	Projeção 2016	Meta 2016
	12,2	14,94	14,94

Justificação:

Em 2014, o abuso crónico do álcool afetava notoriamente mais homens (22‰) do que mulheres (2,9‰) em todas as idades na Região Centro, considerando o registo nos CSP.

O INS 2005/2006 revelava 51,2% da população residente na Região Centro consumira álcool nos 12 meses anteriores à entrevista, percentagem inferior à do Continente (53,8%), exceto no grupo etário dos 15 aos 24 anos (44,5% na região; 42,8% no Continente). É evidente o maior consumo entre os homens (65,9%) do que nas mulheres (37,5%), excepto na população com menos de 15 anos (0,1% e 1,3% respetivamente).

O consumo de álcool na região diminuiu entre os INS 1998/1999 e 2005/2006 (de 52% para 51%, respetivamente), revelando uma evolução contrária à do Continente (de 50,4% para 53,8%, respetivamente). Entre os INS, o consumo de álcool entre os homens registou uma diminuição na região (de 68% para 66%, respetivamente) e as mulheres mantiveram o nível de consumo (38%).

De acordo com os dados dos Inquéritos Nacionais ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, a Região Centro apresentava, em 2007, valores acima da média nacional de consumidores abusivos regulares de álcool (7,8% no Continente; 8,3% na região), tendo revelado um aumento destes consumidores entre os inquéritos de 2001 e 2007.

Considerando o mesmo estudo, em 2007 a Região Centro apresentava a maior proporção de inquiridos com sintomas de dependência de álcool registados há mais de 12 meses (5,9%), valor superior à média nacional (5,2%). Verificou-se também que a Região Centro aumentou a proporção de dependentes de álcool nos anos em estudo.

8. Plano de monitorização

N	Indicadores	Unidade	Sexo	Fonte de dados	Último valor			Projeção 2016	Meta 2016
					Continente	Centro	Ano		
MORTALIDADE									
1	Taxa padronizada de AVPP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	/100.000 habitantes	Ambos	INE	179,2	121,0	2012	136,4	117,1
2	Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por tumor maligno do cólon e recto	/100.000 habitantes	Ambos	INE	7,3	7,2	2012	7,8	7,2
3	Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por tumor maligno da mama feminina	/100.000 mulheres	Feminino	INE	12,2	17,8	2012	8,0	8,0
4	Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por tumor maligno do estômago	/100.000 habitantes	Ambos	INE	6,2	5,1	2012	5,07	5,07
5	Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por doenças cerebrovasculares	/100.000 habitantes	Ambos	INE	8,4	7,5	2012	4,9	4,9
6	Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por doença isquémica cardíaca	/100.000 habitantes	Ambos	INE	7,8	4,6	2012	2,6	2,6
7	Taxa padronizada de AVPP por doença crónica do fígado	/100.000 habitantes	Ambos	INE	113,0	119,9	2012	98,2	86,0
8	Taxa de mortalidade padronizada prematura (<65 anos) por suicídio	/100.000 habitantes	Ambos	INE	6,1	5,9	2012	9,9	5,9
9	Taxa padronizada de AVPP por acidentes de transporte	/100.000 habitantes	Ambos	INE	173,0	226,4	2012	154,4	114,1
MORBILIDADE									
10	Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de diabetes (T89 e T90) CSP	/100 inscritos	Ambos	SIARS	6,9	7,6	2014	8,8	8,5
11	Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de doenças dos dentes e gengivas (D82)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	3,1	2014	3,9	3,9
12	Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de asma	/100 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	2,1	2014	2,5	3,0
FATORES DE RISCO / DETERMINANTES DE SAÚDE									
13	Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de hipertensão arterial (K86 e K87)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	19,7	21,9	2014	25,9	23,1
14	Percentagem de utentes dos CSP com codificação de abuso de tabaco (P17)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	8,0	5,6	2014	7,1	7,1
15	Percentagem de utentes dos CSP com diagnóstico de excesso de peso (T83) e obesidade (T82)	/100 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	5,3	2014	7,0	7,0
16	Proporção de utentes dos CSP com codificação de abuso crónico de álcool (P15)	/1.000 inscritos	Ambos	SIARS	n.d.	12,2	2014	15	15

Indicador do PNS 2012-2016

9. Operacionalização do PRS 2015-2016

9.1. Programas de Saúde Prioritários

9.1.1. Programa Nacional para a Diabetes

Estratégias de Saúde		Objetivos	Indicadores	Meta		
				2015	2016	
a. Estratégia Regional de Combate às Doenças de Evolução Prolongada						
Área de intervenção: <i>Prevenção e Controlo da Diabetes</i>						
Promover a vigilância e controlo da doença diabética	Gerir de forma integrada a diabetes	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c ≤8,0%	55%			
	Reduzir a prevalência da diabetes	Taxa de diabéticos diagnosticados que realizaram rastreio da retinopatia diabética na ARS Centro	10,5%	11%		
	Atrasar o início das complicações maior da diabetes e reduzir a sua incidência	Percentagem de equipas multidisciplinares (médicos de família e enfermeiros) com consulta de diabetes autónoma	100%	100%		
	Reduzir a morbilidade e mortalidade por diabetes	Número de Hospitais/CH/ULS com consultas multidisciplinares da Unidade Integrada da Diabetes	8	8		
		Proporção de utentes com diabetes mellitus com exame oftalmológico no último ano	24%	26%		
		Prevalência da diabetes na Região Centro (%)	8,5%	8,5%		
		Percentagem de UCDF com PA para o próximo ano entregue	90%	100%		



→ Consta no QUAR 2015

9.1.2. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA



Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta		
			2015	2016	
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco					
Área de intervenção: Doenças Infeciosas e Transmissíveis					
Prevenção e controlo da infecção VIH/Sida	Prevenir a infeção VIH/SIDA	Taxa de incidência da infeção VIH/sida por 100 mil habitantes	8	7,5	
	Diminuir o risco e vulnerabilidade à infeção				
	Detetar precocemente e tratar adequadamente a infeção VIH/SIDA	Percentagem de centros saúde que efetuam teste de diagnóstico rápido para deteção da infeção por VIH	35%		
		Percentagem de testes confirmatórios positivos para o VIH no total de testes de deteção do VIH, efetuados pelos Centros de Saúde (CS) dos ACeS/ULS	0,55%	0,50%	
		Percentagem de casos VIH positivos detetados nos doentes TB pelos CDP	6,5%	6,0%	
		Percentagem de casos VIH positivos detetados pelos CAD	0,7%	0,6%	
		Percentagem de CS com troca de seringas	13%	15%	
		Percentagem de atendimentos efetuados pelos CAD a população mais vulnerável: migrantes, HSH, trabalhadores/utilizadores de sexo pago e utilizadores de drogas	22%	23%	
		Percentagem de doentes que iniciam TARc com um regime de 1ª linha de acordo com NOC "Abordagem terapêutica inicial da infeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1) em adultos e adolescentes"	≥95%	a definir pela DGS	
		Percentagem de doentes que iniciam TARc e que apresentam carga vírica indetetável ao fim de 12 meses	≥85%	a definir pela DGS	
		Percentagem de hospitais/CH/ULS que seguem doentes com infeção VIH e asseguram a distribuição de preservativos nas suas unidades	90%	a definir pela DGS	
	Minimizar o impacto da epidemia				



→ Consta no QUAR 2015

9.1.3. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de intervenção: Dependências				
Aumentar a capacidade de resposta do SNS no apoio à cessação tabágica	Prevenir os hábitos tabágicos			
	Promover a cessação tabágica	Percentagem de ACeS e ULS com consulta de apoio intensivo à cessação tabágica	100%	
		Percentagem inscritos ≥10 anos com quantificação dos hábitos tabágicos no último ano	15%	20%
	Promover a intervenção breve	Percentagem de ACeS e ULS a implementar o Projeto "independências"	67%	78%
	Promover e apoiar a cessação tabágica			

 Consta no QUAR 2015



Consta no QUAR 2015

9.1.4. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de intervenção: <i>Promoção da Alimentação Saudável</i>				
Desenvolvimento de uma política de prevenção primária das doenças cerebrovasculares e oncológica	Contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade específicas por doenças cérebro-cardiovasculares, assim como das neoplasias do estômago e naso faringe, através da implementação da Estratégia <i>minorsal.saúde</i>	Taxa de cobertura do projecto “pão.come” nos concelhos da região Centro	97,5%	
		Taxa de cobertura do projeto “sopa.come” nas escolas do 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico da região Centro	24%	
		Percentagem de concelhos da região Centro onde está a ser aplicado o Projeto Oleovitae	45%	55%
	Contribuir para a diminuição da diabetes, da obesidade e excesso de peso, através da implementação do Projeto <i>tãodoce.não</i>			
	Melhorar a articulação intersectorial e a participação da sociedade civil nos processos de decisão, a fim de definir estratégias regionais para a área da alimentação/nutrição e atividade física da região Centro, contribuindo assim para a melhoria dos indicadores de saúde relacionados nesta área de intervenção			
	Melhorar o processo de comunicação em educação para a saúde, a fim de contribuir para a mudança (comportamentos salutogénicos), através do projeto de formação integrada em psicologia comportamental, trabalho em equipa, comunicação e marketing da saúde (Plano de Formação QI).			
	Contribuir para a diminuição da malnutrição na população mais carenciada, através da articulação com o movimento zero desperdício e a implementação do Projeto <i>integrar.saude</i>			
	Melhorar a capacitação dos profissionais dos cuidados de saúde primários na área da alimentação/nutrição através da implementação do Projeto Aguardela Alimentar, tendo em vista o seu desempenho profissional na área da informação e educação para a saúde			



Consta no QUAR 2015

9.1.5. Programa Nacional para a Saúde Mental

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
c. Estratégia Regional para a Saúde Mental				
Área de intervenção: Implementar Unidades de Saúde Mental na Comunidade				
Implementar Unidades de Saúde Mental na Comunidade	Assegurar o acesso a serviços de saúde mental de qualidade	Nº de novas unidades de saúde mental comunitária na ARS Centro	1	
	Promover e proteger os direitos dos doentes	Percentagem de utentes inscritos com registo de perturbação depressiva nos CSP código P76-Depressão e P03-Sensação de Deprimido)	11,5%	12%
	Criação de uma Unidade Piloto de Cuidados Continuados em Psiquiatria e Saúde Mental	N.º de Unidade Piloto de Cuidados Continuados em Psiquiatria e Saúde Mental	1	n.a.
	Reduzir o impacto das perturbações mentais contribuindo para a promoção da saúde mental das populações	Diminuição do número de internamentos nas áreas em que funcionarem as Unidades de Saúde Mental Comunitárias	n.a.	30%
	Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir um melhor acesso e a participação das comunidades, utentes e famílias			
	Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, quer a nível dos cuidados primários quer dos hospitais e dos cuidados continuados, de modo a diminuir a institucionalização dos doentes			

9.1.6. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

 → Consta no QUAR 2015

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
a. Estratégia Regional de Combate às Doenças de Evolução Prolongada				
Área de intervenção: <i>Prevenção da Doença Oncológica</i>				
Reforçar a implementação de programas de rastreio oncológicos organizados para os cânceros do colo do útero, da mama e do cólon e reto	Reduzir a mortalidade por cancro da mama feminina	Percentagem de mulheres em idade elegível (45 a 69 anos) que realizam rastreio do cancro da mama nos últimos 2 anos	64%	
	Reduzir a incidência da forma invasiva do cancro da mama feminina	Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama (/100.000 mulheres) no último triénio, em mulheres com idade inferior a 75 anos	14	13,5
	Diminuir a taxa de mortalidade por cancro do colo uterino			
	Diminuir a incidência de cancro do colo do útero invasivo	Taxa de cobertura do rastreio do colo do útero (mulheres em idade elegível 25 a 64 anos) nos últimos 3 anos	50%	
		Taxa de mortalidade padronizada (/100.000 mulheres) por cancro do colo uterino no último triénio, em mulheres com idade inferior a 75 anos	2,15	2,15
	Diminuir os tempos de espera da consulta hospitalar após o resultado da citologia	Reduzir o tempo médio entre o resultado da citologia e a consulta na UPC para 30 dias	30 dias	30 dias
	Reduzir a mortalidade por cancro do cólon e reto	Proporção de utentes [50; 75[anos com rastreio de cancro do cólon e recto	27%	
	Reduzir a incidência de cancro invasivo	Percentagem de colonoscopias realizadas em menos 30 dias	75%	80%
	Aumentar a cobertura de rastreio do cancro do cólon e recto	Número de ACeS e ULS com programa de rastreio do cancro do cólon e reto	5	7
		Taxa de mortalidade padronizada (/100.000 hab) por cancro do cólon e recto, no último triénio, com idade inferior a 75 anos	12,6	12,5
	Proporção de utentes [50; 70[anos com rastreio do cancro do cólon e recto, nos últimos 2 anos, na Região Centro	6%	9,5%	




Consta no QUAR 2015

9.1.7. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
a. Estratégia Regional de Combate às Doenças de Evolução Prolongada				
Área de intervenção: Doenças Respiratórias				
Aumentar o diagnóstico e melhorar o tratamento das patologias mais frequentes	Aumentar a proporção de registo de utentes com diagnóstico DPOC	Percentagem de utentes com diagnóstico de DPOC, com FEB1 em 3 anos (ind. IG49 ACSS)	4%	6%
	Aumentar a percentagem de ACeS com oferta de espirometria realizada nos CSP em integração com a pneumologia hospitalar	Percentagem de ACeS com oferta de espirometria realizada nos CSP em integração com a pneumologia hospitalar	22%	44%
	Promover o desenvolvimento de projetos locais no âmbito da articulação e da melhoria de qualidade dos cuidados na área do síndrome de apneia do sono	Número de projetos locais no âmbito da articulação e da melhoria de qualidade dos cuidados na área do síndrome de apneia do sono	6	12
	Aumentar a proporção de registo de utentes com diagnóstico de asma em todos os grupos etários e incentivar a referência precoce de asma de difícil controlo, de asma em grávidas e de asma relacionada com o trabalho	Percentagem de utentes com diagnóstico de asma	2,5%	3%

9.1.8. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
b. Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro-cardiovasculares				
Área de intervenção: <i>Vigilância e Controlo das Doenças Cardiovasculares</i>				
Promover a vigilância e controlo das doenças cardiovasculares	Reduzir o impacto das doenças do Aparelho Circulatório na Região	Percentagem de hipertensos (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular (3 A)	29%	
		Nº de unidades de saúde com Telemedicina e/ou telemonitorização	30	50
		Percentagem de utentes inscritos no Portal Utente	15%	20%
		Percentagem de hipertensos com pressão arterial em cada semestre	62%	65%
		Percentagem de admissões de doentes em Unidades de AVC com encaminhamento através de Vias Verdes	35%	37%
		Taxa de mortalidade intra-hospitalar por EAM com supra ST	conforme dados da CND	conforme dados da CND

 Consta no QUAR 2015

9.1.9. Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de intervenção: Doenças Infecciosas e Transmissíveis				
Programa de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (PPCIRA)	Assegurar o compromisso efetivo e multissetorial da implementação do enquadramento legal e normativo do PPCIRA, tendo como prioridades a redução da taxa de infeção em cuidados de saúde hospitalares e da comunidade, assim como a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos	Percentagem de GCL nomeados para o PPCIRA	100%	100%
		Percentagem de reuniões com os GCL	100%	100%
		Percentagem de reuniões de trabalho com elementos relevantes por área	40%	60%
		Percentagem de UF com procedimentos uniformizados em controlo de infeção	40%	60%
		Percentagem de ações de formação/sensibilização dirigidas a profissionais de saúde	40%	60%
		Uniformizar técnicas e procedimentos relativos a boas práticas em prevenção e controlo da infeção	Percentagem de ACeS com normalização de procedimentos de esterilização de dispositivos médicos e descontaminação ambiental	40%
	Percentagem de UF dos ACeS com procedimentos normalizados relativamente aos resíduos hospitalares (despacho 242/96)		40%	60%
	Vigilância contínua da infeção hospitalar, do consumo de antibióticos e da incidência de microrganismos multiresistentes	Percentagem de bacteriemias por MRSA por 1000/dias/internamento no ano	<90%	<95%
		Percentagem de hospitais aderentes e ativos na vigilância e registo de microorganismos resistentes	40%	60%
		Percentagem de UCCI com monitorização de atividades de prevenção de infeção e resistencia antimicrobiana	40%	80%
	Conhecer e analisar o consumo de antimicrobianos	Percentagem de UF dos ACeS em que é monitorizada a prescrição de quinolonas	40%	60%
		DDD de consumo de quinolonas na comunidade	<95%	<95%
	Relacionar o consumo de antimicrobianos com resistências associadas à sua utilização	Percentagem de hospitais com monitorização de prescrição de carbapenemes	40%	60%
		DDD de consumo hospitalar de carbapenemes	<95%	<95%
	Desenvolver campanhas de sensibilização aos profissionais de saúde	N.º de ACeS com Campanha de Higiene das Mãos (tendo como base as orientações da CHM/DGS e OMS)	8	9
	Desenvolver campanhas de sensibilização à população em geral			

9.2. Outros Programas Nacionais de Saúde

9.2.1. Programa Nacional de Promoção da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
h. Promoção da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente				
Área de intervenção: <i>Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente</i>				
1. Garantir o acesso universal e equidade nos Circuitos Assistenciais	1.1. Uniformizar Normas e Protocolos nas diferentes Unidades (ACES e Instituições Hospitalares)	1. % de unidades de saúde integradas nasUnidades Coordenadoras Funcionais (UCF)	90%	100%
	1.2. Criar sinergias entre os vários modelos de gestão (USF, UCSP) para garantir assistência às necessidades não satisfeitas	2. % de crianças sem médico de família (<18 anos)	5,5%	4,4%
		3. Identificação e sinalização Recém-Nascido de Risco	Implementar o acesso à Notícia de Nascimento	100%
2. Vigilância da Saúde Materno-fetal	2.1. Garantir vigilância adequada da Gravidez	4. Proporção de grávidas com índice de acompanhamento adequado (Índice=1)	12,5%	14%
		5. Proporção de grávidas com 1.ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1.º trimestre	90%	90%
		6. N.º de instituições inseridas no programa de Diagnóstico Pré-natal	43%	57%
		7. N.º de Grávidas com cumprimento do Protocolo 1	3.306	3.464
		8. N.º de Grávidas com cumprimento do Protocolo 2	2.987	3.130
		10. Proporção de grávidas com consulta de Revisão do Puerpério efetuadas	50%	60%
		11. % de Recém-Nascido de Baixo Peso	7%	7%
		12. Mortalidade fetal 24-42 semanas	2,5‰	2,5‰
		13. Mortalidade neonatal <28 dias	< 2‰	< 2‰
3. Vigilância da Saúde Infantil	3.1. Garantir vigilância adequada ao Recém-Nascido e continuidade de cuidados	14. % de Recém-Nascido com leite materno exclusivo à saída da maternidade	Implementar o acesso à Notícia de Nascimento	90%
		15. % de Recém-Nascido com 1.ª consulta efetuada até aos 28 dias	90%	90%
		16. Identificação e orientação de Recém-Nascido, filhos de mães com depressão pós-parto	Implementar o acesso à Notícia de Nascimento	90%
		17. Proporção de Recém-Nascido, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sétimo dia de vida	84%	85%
		18. Proporção de crianças com cumprimento PNV (2 anos)	97%	97%
		19. Proporção de crianças com cumprimento PNV (7 anos)	97%	97%
		20. Proporção de crianças com cumprimento PNV (14 anos)	97%	97%
		21. Proporção de crianças com 7 anos, com peso e altura registados no intervalo [5; 7[anos	90%	90%
		22. Proporção de crianças com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11; 14[anos	90%	90%
		23. Mortalidade Infantil	< 0,3‰	< 0,3‰
		24. N.º de CS com NACJR constituídos	80%	85%
		4. Ação da saúde para crianças e jovens em risco	4.1. Apoiar a constituição e formação dos Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)	25. N.º de CS com equipas Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
4.2. Divulgar as equipas e critérios de referenciação	26. % de crianças inscritas nas USF / UCSP com 1.ª consulta dos 10 anos		60%	62%

(continuação)

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
h. Promoção da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente				
Área de intervenção: <i>Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente</i>				
5. SNIPI (Intervenção precoce)	5.1. Cooperar com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) 5.2. Divulgar as ELI e critérios de referencição	27. % de crianças inscritas nas USF / UCSP com 1.ª consulta aos 12-13 anos	50%	60%
6. Vigilância da Saúde dos Adolescentes	6.1. Melhorar o acesso 6.2. Continuação da Formação dos prestadores (vigilância longitudinal) 6.3. Identificação e Sinalização de Jovens em Risco 6.4. Estruturar os processos de Referencição 6.5. Rentabilizar os Centro de Atendimento a Jovens (CAJ) 6.6. Referencição (Serviços de Saúde) e (Escolas) 6.7. Integração de Jovens em Programas de Promoção de estilos de vida saudável 6.8. Promover a cooperação e complementaridade entre todas as estruturas envolvidas	28. N.º de ações de formação aos prestadores (vigilância longitudinal)	8 (uma por ACES \ ULS)	8 (uma por ACES \ ULS)
7. Coordenar as Unidades Coordenadoras Funcionais	7.1. Promover a comunicação e cooperação interprofissional e a complementaridade interinstitucional	29. % de UCF que executam o processo de Auditoria dos Óbitos	75%	90%
8. Garantir o processo de avaliação e formação contínua	8.1. Aproveitar os indicadores monitorizados relativo aos circuitos assistenciais, distribuí-los pelos vários coordenadores das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) e programar a intervenção nas necessidades não satisfeitas.	30. % de UCF com Processos de Consultadoria Clínica (dependendo do inquérito aos coordenadores das (Unidades Coordenadoras Funcionais)	70%	75%
		31. % de Pediatras e Obstetras Consultores nas Unidades Coordenadoras Funcionais (inquérito às Unidades Coordenadoras Funcionais)	70%	80%
9. Desenvolver o processo da atualização e gestão do conhecimento	9.1. Garantir a Circulação informação 9.2. Divulgar e avaliar o cumprimento de Normas e Protocolos	32. % de Interlocutores de Unidades de Saúde (inquérito às Unidades Coordenadoras Funcionais)	70%	80%

9.2.2. Programa Nacional de Saúde Escolar

Estratégias de Saúde		Objetivos	Indicadores	Meta	
				2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco					
Área de intervenção: <i>Promoção da Saúde em Contexto Escolar</i>					
Contribuir para a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados	Aumentar a taxa de cobertura de alunos abrangidos por atividades/projetos no âmbito da Saúde Escolar		Percentagem de alunos do pré-escolar abrangidos por SE	72%	73%
			Percentagem de alunos do 1º CEB abrangidos por SE	85%	86%
			Percentagem de alunos do 2º CEB abrangidos por SE	74%	75%
			Percentagem de alunos do 3º CEB abrangidos por SE	74%	75%
			Percentagem de alunos do Secundário abrangidos por SE	62%	63%
			Percentagem de alunos que realizam a higiene oral no pré-escolar	41%	42%
			Percentagem de alunos que realizam a higiene oral no 1.º CEB	16%	17%

9.2.3. Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de intervenção: <i>Promoção da Saúde Oral</i>				
Aumentar a eficácia do Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral (PNPSO)	Promover a saúde oral, diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nas populações alvo dos diferentes projetos	Taxa de utilização do 1º cheque dentista no projeto SOCJ no âmbito do PNPSO	59%	
		Taxa de utilização global de cheques dentista e referenciações para higiene oral (7/10/13 anos)	76,0%	77,0%
		Taxa execução PNSO – Referenciações HO	70,0%	71,0%
	Implementar a intervenção precoce no cancro oral	% de cheques-diagnóstico emitidos resultantes de rastreios oportunistas de cancro oral (norma DGS)	A definir pela DGS	



→ Consta no QUAR 2015

9.2.4. Problemas Ligados ao Álcool (PLA)

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de intervenção: Dependências				
Redução da prevalência e da incidência dos problemas ligados ao álcool	Continuar a implementar a Rede de Referência/articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, onde se encontram claramente definidos os critérios, segundo os níveis de resposta assistencial, que vão permitir responder, de forma atempada e adequada, aos principais problemas e necessidades de saúde identificados	Número de profissionais de saúde com formação na área dos PLA, que participam em reuniões periódicas na região Centro	30	35
		Número de reuniões realizadas na ARS Centro com todos os Assessores Clínicos, no âmbito dos PLA	2	2
		Realizar pelo menos uma ação de formação dirigida a todos os profissionais de saúde dos CSP, no sentido de melhorar o seu conhecimento em relação aos PLA, na ARS Centro	1	1
		Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos	63%	64%
	Reduzir, a nível regional, a prevalência e a incidência dos PLA na comunidade	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos	24,5%	26%
		% de utentes com codificação ICPC-2 P15 de abuso crónico de álcool	13	15

9.2.5. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de Intervenção: <i>Prevenção de Acidentes</i>				
Programa de Prevenção de Acidentes	Promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais na população da área de abrangência da ARS Centro	Taxa de adesão ao Projeto “Bebés, Crianças e Jovens em Segurança”: Percentagem de instituições de saúde (ACeS e ULS) que formalizaram candidatura ao projeto	77,8%	88,9%
		Taxa de adesão ao Projeto de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas – “Com mais Cuidado”: Percentagem de instituições de saúde (e/ou em parceria com a rede social) dos ACeS e ULS que formalizaram candidatura a projeto.	33%	44%
		Nº de ACeS/ULS que implementaram projetos promoção da segurança e prevenção dos acidentes não intencionais de âmbito regional e local	4	5
		Nº de ACeS/ULS que desenvolveram ações de promoção da segurança e prevenção dos acidentes não intencionais	8	9

9.2.6. Programa Nacional de Vacinação

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de intervenção: Doenças Infeciosas e Transmissíveis				
Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças alvo de vacinação/ vacinação contra a gripe sazonal	Monitorizar e avaliar as taxas de cobertura vacinal na região Centro	Taxa de cobertura vacinal da VASPR II aos 7 anos	97%	
	Manter e, em alguns indicadores, aumentar as taxas de cobertura vacinal na região Centro	Taxa de cobertura vacinal contra a gripe sazonal em idosos institucionalizados	93%	93%
	Reduzir a prevalência das doenças evitáveis pela vacinação na região Centro	Taxa de cobertura vacinal na coorte feminina de 13 anos de idade que iniciou vacinação anti-HPV	90%	
	Uniformizar em todos os ACeS e ULS o mesmo sistema de informação e os mesmos indicadores	Taxa de cobertura vacinal da Pentavalente (DTPaHibVIP 3), aos 2 anos	98%	
	Apoio na implementação do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo e do Plano Nacional de Erradicação da Poliomielite – Plano de Ação Pós- Eliminação	Taxa de cobertura vacinal (PNV cumprido), aos 2 anos	97%	97%
	Promover a realização de ações de formação	Taxa de cobertura vacinal (PNV cumprido), aos 7 anos	97%	97%
		Taxa de cobertura vacinal (PNV cumprido), aos 14 anos	97%	97%
		Taxa de cobertura vacinal da VIP 4, aos 7 anos	98%	98%
		Taxa de cobertura vacinal da VIP/VAP, aos 17 anos	98%	98%
		Taxa de cobertura vacinal da VASPR II, aos 17 anos	98%	98%
		Taxa de cobertura vacinal da Td, aos 25 anos	86%	86%
		Taxa de cobertura vacinal da Td, aos 65 anos	85%	86%



Consta no QUAR 2015

9.2.7. Programa Nacional para a Tuberculose

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de intervenção: Doenças Infecciosas e Transmissíveis				
Promover o diagnóstico precoce da tuberculose	Melhorar e consolidar o Plano Nacional da Tuberculose (PNT), a nível da região Centro, de forma a permitir reduzir a taxa de incidência da TB	Taxa de incidência da tuberculose por 100 mil habitantes na região Centro	12,2	12,1
		Percentagem de doentes com tuberculose (TB) com rastreio de VIH nos CDP	75%	75,5%

9.2.8. Doenças de Declaração Obrigatória/ SINAVE

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de intervenção: Doenças Infeciosas e Transmissíveis				
Doenças de Declaração Obrigatória (DDO)	Conhecer a distribuição das DDO no tempo e no espaço			
	Relatório crítico e circunstanciado relativamente à estrutura, funcionalidade e qualidade de dados de implementação do SINAVE com sugestões de modificações, de modo a contribuir para a sua eficiência	Percentagem de validação no SINAVE de casos de Doenças de Declaração Obrigatória a nível local (DSP)	70%	
		Percentagem de validação no SINAVE de casos de Doenças de Declaração Obrigatória a nível local (USP)	70%	90%



→ Consta no QUAR 2015

9.2.9. Rede de Vigilância de Vetores

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco				
Área de intervenção: Doenças Infecciosas e Transmissíveis				
Rede de Vigilância de Vetores	Determinar o nível de risco associado à presença de mosquito e de ixodídeos no território Português	Percentagem de colheitas de colicídeos em captura realizada relativamente à prevista, nos concelhos em programa	90%	100%

9.2.10. Programa de Saúde Ocupacional

Estratégias de Saúde			Objetivos		Indicadores		Meta	
							2015	2016
d. Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de Comportamentos de Risco								
Área de intervenção: <i>Promoção da Saúde Ocupacional</i>								
Assegurar a implementação dos serviços de segurança e saúde no trabalho	Contribuir para a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores da área geográfica de influência da ARS Centro				Percentagem de serviços externos de saúde no trabalho licenciados, face às solicitações		80%	80%
	Contribuir para a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores que desempenham funções nos estabelecimentos da ARS Centro, independentemente do vínculo e contrato laboral				Nº de ACeS com implementação de serviços de segurança e saúde no trabalho		3	4

9.2.11. Temperaturas Adversas Extremas

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
e. Estratégia Regional para a Saúde Ambiental				
Área de intervenção: Temperaturas Adversas Extremas				
Ondas de Calor	Mitigação dos efeitos na saúde das populações da região centro, resultantes de temperaturas adversas extremas	Percentagem de matrizes informativas realizadas pelas USP, relativas à emissão de alertas amarelos e vermelhos (calor)	100%	100%
Frio	Mitigação dos efeitos na saúde das populações da região centro, resultantes de temperaturas adversas extremas	Nº de ACeS que fazem a caracterização de períodos/episódios de ocorrência de temperaturas frias extremas, e principais riscos associados, e aplicam a matriz de caracterização	7	9

9.2.12. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
g. Estratégia Regional para a implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)				
Área de intervenção: Unidades de Cuidados Continuados Integrados				
Planear e agilizar a implementação da Rede Nacional Cuidados Continuados e Integrados	Aumentar a oferta de lugares na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região Centro	Nº de camas	2.194	2.274
	Aumentar o número de doentes referenciados e melhorar a taxa de ocupação das Unidades	Nº de doentes referenciados	7.700	8.000
		Taxa média de ocupação	92%	92%
	Acompanhar a qualidade de cuidados prestados aos utentes nas Unidades de Cuidados Continuados na Região Centro, através de visitas realizadas pela ECR sem aviso prévio	Nº de visitas às Unidades de Cuidados Continuados Integrados pela ECR	45	45
	Aumentar o nº de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que prestam cuidados no domicílio	Nº de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	52	55

9.3. Programas e Projetos Regionais de Saúde

9.3.1. Saúde Ambiental

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
e. Estratégia Regional para a Saúde Ambiental				
Área de intervenção: <i>Gestão da Qualidade do Ar</i>				
Manter o cumprimento do Decreto-Lei n.º 78/2004, verificando a sua aplicação aos edifícios do DICAD, resultantes da fusão do IDT, nos termos do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro	Dar cumprimento às condições legais aplicáveis, decorrentes da apreciação e parecer institucional.			
	Verificação da existência de novas fontes fixas de emissão abrangidas pela obrigatoriedade de monitorização estabelecida no Decreto-Lei n.º 78/2004	Confirmar a eventual existência de caldeiras com potência térmica igual ou superior a 100 kW térmicos/h, e dimensionamento das chaminés nos edifícios do DICAD	100%	Condição nado ao resultado de 2015
Área de intervenção: <i>Gestão de Resíduos Hospitalares</i>				
Regularizar a obrigatoriedade anual de declaração da produção de resíduos da organização ARS Centro, na aplicação do SILIAmb, com desagregação dos valores ao nível concelhio e cumprimento da otimização de valores de produção dos resíduos hospitalares, de acordo com o Despacho n.º 286/1996, da Ministra da Saúde	Submissão dos Mapas Integrados de Registo de Resíduos (MIRR) no SILIAmb, nos termos legais	Percentagem de estabelecimentos regularizados na aplicação SILIAmb por submissão dos MIRR pelos responsáveis dos estabelecimentos	100%	100%
	Atualização dos estabelecimentos registados no SILIAmb	Atualização efetiva (estabelecimentos da organização ARSC e dados associados, na aplicação SILIAmb)	100%	100%
Manter o cumprimento do Despacho n.º 286/96, verificando a sua aplicação aos edifícios do DICAD, resultantes da fusão do IDT, nos termos do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, com a respetiva atualização no SILIAmb	Verificação de novos estabelecimentos a incluir na Organização ARS Centro no SILIAmb (resultantes da inclusão do DICAD)	Registo de novos estabelecimentos a incluir na organização ARS Centro e dados associados, na aplicação SILIAmb	100%	Condição nado ao resultado de 2015
Área de intervenção: <i>Gestão de Riscos em Saúde Ambiental</i>				
	Definir e implementar a gestão de riscos em saúde ambiental, criando uma base de dados associada à georreferenciação de riscos para a saúde pública, estabelecendo as medidas de minimização e prevenção adequadas, para salvaguarda das populações.	Nº de ACEs que aplicam e preenchem a matriz básica da carta de risco ambiental	9	9
		Nº de ACEs que efetuam a avaliação de dados e estabelecimento de estratégias de prevenção e emergência	9	9

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
2015 2016				
e. Estratégia Regional para a Saúde Ambiental				
Área de intervenção: Qualidade da Água				
Garantir a segurança da água para consumo humano, através de planos de segurança da água	A - Plano de Segurança da Água			
	Caraterização dos sistemas de abastecimento de água de consumo humano da área da ARSC, para elaboração do Plano de Segurança da Água	Percentagem de sistemas de abastecimento de água para consumo humano caraterizados pelas USP, considerando a atualização permanente dos sistemas	95%	99%
	Definição de plano de segurança da água, de acordo com as guidelines da OMS e da Carta de Bona	Percentagem de USP que operacionalizaram planos de segurança	88%	100%
	Adequação dos Planos de Vigilância da Água para consumo humano, de acordo com a análise dos sistemas e o Plano de Segurança			
	Divulgação e disponibilização da base de dados construída na página web da ARSC			
	B - Vigilância de Qualidade das Águas Balneares			
		Percentagem de águas balneares identificadas na Região Centro sujeitas a vigilância sanitária	96%	98%
	Garantir a vigilância sanitária (incluindo a avaliação e gestão de riscos para a saúde) das águas balneares identificadas	Percentagem de ocorrências às quais corresponde um processo de avaliação e gestão de risco documentado	70%	80%
		Percentagem de águas balneares identificadas na Região Centro com avaliação das condições de segurança e funcionamento das instalações e envolventes	85%	87%
	C - Vigilância e Controlo da Qualidade da Água Mineral nos Estabelecimentos Termais			
	Garantir o funcionamento e segurança das estâncias termais.	Percentagem de estâncias termais que disponibilizam os resultados analíticos, conforme o estabelecido nos programas da DGS	100%	100%
D - Vigilância Sanitária nas Piscinas				
Prevenir riscos para a saúde dos utilizadores e trabalhadores de piscinas do tipo 1 e 2	Percentagem de concelhos da região Centro com cadastro atualizado das piscinas do tipo 1 e 2	65%	70%	
	Percentagem de concelhos da região Centro que executam a vertente analítica do programa, de acordo com as diretrizes constantes na circular normativa 14 DA de 21.08.2009 DGS	60%	65%	
	Percentagem de piscinas do tipo 1 e 2 às quais foi divulgado o modelo de Livro de Registo Sanitário (LRS)	60%	65%	
	Percentagem de piscinas do tipo 1 e 2 que adotaram e implementaram o Livro de Registo Sanitário	90%	92%	
	Percentagem de inconformidades detetadas, notificadas e corrigidas nas piscinas do tipo 1 e 2 da região Centro, de acordo com as diretrizes constantes na circular normativa 14 DA de 21.08.2009 DGS	98%	98%	
Área de intervenção: Radiações ionizantes				
Realização das ações de fiscalização tendo como objetivo a prevenção de riscos de exposição resultantes da utilização de radiações ionizantes como meio complementar de diagnóstico	Nº de ACeS que fazem a aplicação dos questionários	8	9	
	Nº de ACeS que efetuam a monitorização dos níveis de radiação	6		
	Objetivo específico: Complementar a aplicação da avaliação anteriormente efetuada (questionário de verificação das condições legalmente impostas) com a monitorização dos níveis de radiação			
Área de intervenção: Ruído - Projeto "Escolas sem Ruído"				
Divulgação dos resultados da 1ª fase do Projeto "Escolas sem Ruído" e realização de ações de sensibilização da população escolar e da comunidade em geral para os riscos decorrentes da exposição a níveis sonoros elevados e a promoção de estilos de vida saudáveis	Percentagem de ACeS/ULS que interviram em 40% das escolas que incluem os 2º e 3º ciclos	60%	100%	USP
	Percentagem de ACeS/ULS que efetuaram pelo menos uma intervenção pública na comunidade	25%	50%	USP

9.3.2. Observatório de Saúde para Violência Familiar/Entre Parceiros Íntimos

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
c. Estratégia Regional para a Saúde Mental				
Área de intervenção: <i>Violência Familiar/ Entre Parceiros Íntimos</i>				
Observatório de Saúde para Violência Familiar/Entre Parceiros Íntimos	Criação e desenvolvimento do Observatório de Saúde para Violência Familiar/Entre Parceiros Íntimos	Nº de ações de formação realizadas nos ACeS, no âmbito do Observatório VPI	4	5

9.3.3. Projeto +Contigo

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
c. Estratégia Regional para a Saúde Mental				
Área de intervenção: <i>Promoção da saúde mental e prevenção do suicídio</i>				
Projeto +Contigo	Promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo do ensino básico e secundário	Nº de ACeS com o projeto +Contigo implementado	5	6
	Prevenir comportamentos da esfera suicidária	Percentagem de Agrupamentos de Escolas com o projeto +Contigo implementado	21%	22%
	Combater o estigma em saúde mental			
	Criar uma rede de atendimento de saúde mental (profissionais de saúde, encarregados de educação, professores, assistentes operacionais e alunos)			

9.3.4. Rede de Laboratórios de Saúde Pública

Estratégias de Saúde	Objetivos	Indicadores	Meta	
			2015	2016
f. Estratégia Regional para a Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LSP)				
Melhorar a prestação de serviços laboratoriais	Redefinir a rede/articulação dos LSP , face aos recursos e necessidades atuais	Documento com proposta de atualização de rede, até 31 de março de 2016	n.a.	1
	Melhorar a organização e gestão dos LSP	Documento com proposta de organização e gestão, até 30 de junho de 2015	1	n.a.
	Promover a qualidade e segurança dos LSP	Documento com atualização da situação do processo de preparação para a acreditação, até 31 de março de 2015	1	n.a.
	Alinhar a oferta de serviços dos LSP com os programas de saúde da ARS Centro	Documento com proposta de ensaios a implementar ou a extinguir, até 30 de junho 2016	n.a.	1
	Rentabilizar os LSP	Documento com lista de serviços e respetivos preços, até 30 setembro 2015	1	n.a.

10. Cronograma de atividades

Ano	2015												2016												2017												
Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Monitorização do QUAR (avaliação final)																																					
Entrega do QUAR (Avaliação)			15												15												15										
Execução e apresentação dos RA (cada programa de saúde)																																					
Construção e entrega do RA do DSP			15												15												15										
Monitorização do QUAR (avaliação intercalar)									05											05												05					
Submissão do PRS ao CD e ao SEAMS (pedido de aprovação)																																					
Avaliação do PRS 2015-2016																																					
Proposta do QUAR para o ano seguinte (enviar à UEP)																																					
Execução e apresentação dos PA (cada programa de saúde)																																					
Construção e entrega do PA do DSP																																					

A executar pelos Coordenadores Regionais dos Programas de Saúde

A executar pelos Coordenadores dos Programas de Saúde e pela equipa da UIPS/DSP

A executar pela equipa da UIPS / DSP

11. Notas finais

Uma nota final para manifestar o desejo que o PRS 2015-2016 agora elaborado seja de facto o documento agregador das principais linhas de intervenção dos profissionais e serviços da ARS Centro.

As estratégias foram escolhidas, os objetivos definidos, exigindo-se agora um esforço concertado de todos os profissionais, parceiros e entidades no desenvolvimento do PRS, instrumento decisivo para a obtenção de ganhos em saúde por parte da população da Região Centro do país.

Será assim possível afinar as intervenções que vão ao encontro das reais necessidades em saúde das populações, numa perspetiva de prevenção e promoção da saúde.

12. Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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