

# Plano Local de Saúde

Amadora 2014 | 2016



Plano Local de Saúde - Amadora

Câmara Municipal da Amadora

## Ficha Técnica

### Editor

Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora  
Camara Municipal da Amadora

### Coordenação Geral

António Carlos Silva

### Coordenação e elaboração

André Peralta Santos  
Andreia Heitor Leite

### Colaboração especial

Teresa Machado Luciano

### Grupo de Elaboração do Plano Local de Saúde

Alexandra Amaral  
Ana Moreno  
Ana Teresa Leal  
Benvinda Santos  
Deolinda Costa  
Dora Vaz  
Fátima Leal  
Filipe Montenegro Silva  
Isabel Temudo  
Jorge Brandão  
José Cassiano  
José Flores  
José Luis Silva  
Lucília Gonçalves  
Maria Etelvina Calé  
Maria João Bernardo  
Maria Neves Cabete  
Marina Pinto Soares

Miguel Lemos  
Miguel Villar  
Nuno Alves  
Reinaldo Santos  
Rita Correia  
Sara Marques  
Susana Nogueira  
Teresa Gomes

### Colaboradores e contributos pontuais

Filipa Bragança Jalles  
Floriano Cruz  
Joana da Silva Dinis  
Joana Freitas  
Jorge Mexia  
Miriam Delgado

### Design e paginação

CMA/GIRP/GDC/Paulo Caldeira

### Impressão e Acabamento

CMA/GIRP/Oficinas Gráficas

### Tiragem

250 Exemplares

### Sugestão de Citação

Peralta Santos A, Leite A, Silva A (coord.) -  
**Plano Local de Saúde da Amadora 2014-2016.**  
1ª Edição.

Amadora: Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora e  
Camara Municipal da Amadora, Abril de 2014.  
ISBN 978-972-8284-78-7



Plano Local de Saúde da Amadora 2014-2016.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pelo Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora no sentido de verificar toda a informação contida neste documento. Contudo, o material distribuído não tem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade de interpretação dos resultados é atribuída ao leitor.  
O Agrupamento de Centros de Saúde não se pode responsabilizar pelo uso incorreto da informação presente neste documento.



## Índice

Agradecimentos .....	IV
Nota conjunta .....	V
Presidente da Câmara Municipal da Amadora .....	V
Presidente do Conselho de Administração do Hospital Fernando da Fonseca.....	V
Directora Executiva do ACES da Amadora .....	V
Representante da Sociedade Civil.....	V
Sumário executivo.....	VI
O que é o Plano Local de Saúde? .....	VI
Enquadramento.....	7
Metodologia.....	7
Perfil de Saúde .....	7
Importância do Planeamento Local em Saúde.....	7
Enquadramento com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 .....	7
Parceiros de Saúde no Desenvolvimento do Plano .....	8
Priorização de Problemas de Saúde .....	8
Fixação de Objetivos e Estratégias .....	8
Modelo de Governação .....	9
Perfil de Saúde da População.....	9
Caracterização Geodemográfica do ACES da Amadora .....	9
Caracterização Social .....	10
Fertilidade, Natalidade e Mortalidade infantil.....	10
Mortalidade e Morbilidade.....	10
Comparação de Indicadores de Saúde entre a Amadora e Portugal .....	11
Serviços de Saúde .....	12
Identificação e Priorização dos Problemas da População.....	12
Objetivos de Saúde da Amadora em 2016.....	12
Avaliação Prognóstica e Objetivos dos Principais Problemas .....	12
Estratégia para melhorar os Problemas de Saúde Prioritários .....	14
Governação, Monitorização e Avaliação do Plano Local de Saúde .....	15
Estratégia de Comunicação do Plano Local de Saúde.....	16
Bibliografia .....	17
Acrónimos e siglas .....	18



## Agradecimentos

O **Plano Local de Saúde da Amadora** não teria sido possível sem o empenho, apoio e dedicação de todos que nele trabalharam. A nossa “cruzada” teve o seu início, em 2012, com a definição e conceção do Perfil de Saúde da Amadora, cuja aprovação remonta a maio de 2013. Após a aprovação do Perfil de Saúde da Amadora continuámos a caminhada que agora termina com a apresentação do Plano Local de Saúde da Amadora.

Foi um trabalho intenso que muito exigiu de todos os intervenientes. No entanto, podemos afirmar que em circunstância alguma houve recuos ou atropelos, trabalhámos todos para o mesmo e com o mesmo sentido de missão – “Pela Saúde dos Amadorenses”. Chegados a este ponto podemos dizer que estamos todos mais ricos, ganha a Cidade da Amadora, ganham os Profissionais e Parceiros envolvidos que, tenho a certeza, continuam motivados para a fase seguinte, a da Execução deste Plano.

A todos os Parceiros que, ao longo de todo o processo de elaboração, deram o seu contributo e tornaram este documento mais rico queremos dizer que foi um prazer trabalhar convosco, enriqueceram-nos e temos a certeza que ficaram, também Vós, mais ricos. Porém, o trabalho ainda agora começou e, por isso, gostaria de dizer que continuamos a contar Convosco como até agora o temos feito.

Permitam-me, porém, de entre os Parceiros, fazer algumas referências em especial, à antiga Vereadora do Pelouro da Saúde e atual Presidente da Camara Municipal da Amadora, Dra. Carla Tavares, o nosso muito obrigado por ter sempre a “porta” aberta às iniciativas dos serviços de saúde e por tudo fazer em prol da melhoria das condições de saúde dos cidadãos da Amadora e ao Hospital Professor Doutor Fernando da

Fonseca, na pessoa do seu Diretor Clínico, Dr. Nuno Alves, que demonstrou uma disponibilidade permanente e um espírito incansável em todo o processo de elaboração do Plano Local de Saúde da Amadora.

Ao Diretor Regional de Saúde Pública, Professor Doutor António Tavares agradecemos o incentivo que deu aos Coordenadores das USP’s da ARSLVT para o desenvolvimento dos Planos Locais de Saúde.

Ao Dr. Vasco Machado do Departamento de Saúde Pública da ARS do Norte agradecemos a ajuda na elaboração dos gráficos de comparação de indicadores da Amadora.

Um agradecimento à direção do ACES Amadora na pessoa da sua Diretora Executiva Dra. Teresa Machado Luciano e ao Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, Dr. Jorge Brandão pelo envolvimento constante e suporte institucional ao Plano Local de Saúde da Amadora.

Uma palavra muito especial, esta dirigida a todos os profissionais da Unidade de Saúde Pública Dr. António Luz, a nossa Unidade. É um privilégio trabalhar com todos Vós, seres humanos fantásticos e profissionais dedicados, empenhados e acima de tudo com sentido de Missão. Sabemos que os desafios que se avizinham exigem muito de todos nós, mas tenho a certeza que continuam motivados e que posso continuar a contar Convosco.

Por último, um agradecimento a todos os que não foram mencionados nominalmente mas que ajudaram de alguma forma na elaboração do Plano Local de Saúde da Amadora.

**António Carlos da Silva**, Coordenador da Unidade de Saúde Pública  
António Luz, ACES Amadora



## Nota conjunta

### **Presidente da Câmara Municipal da Amadora**

Importa antes de mais agradecer a todas as mulheres e homens que, através do seu empenhamento e dedicação, contribuíram decisivamente para a construção deste importante documento estratégico. Sem a ajuda de todos vós, das diversas instituições envolvidas e de grupos de utentes, não teria sido possível terminar esta primeira etapa de um plano que, estou certa, em 2016, tornará visíveis as melhorias em saúde e de qualidade de vida preconizadas no Plano Local de Saúde da Amadora (PLS) e que todos desejamos.

O Plano Local de Saúde da Amadora (PLS) é um plano estratégico que visa, ao nível da Saúde Pública, determinar as prioridades e os objetivos a atingir, fornecer orientações estratégicas e valorizar os principais determinantes da saúde, contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população da Amadora.

Sendo os recursos cada vez mais escassos, só um trabalho conjunto e integrado, englobando o maior número de instituições comunitárias, permitirá intervenções que promovam um maior nível de saúde na nossa população.

Preconizamos uma Amadora bem governada e, por isso, reafirmamos que a cooperação, nas mais diversas áreas de atuação, entre os diferentes atores, das empresas às organizações associativas, das escolas às famílias, dos parceiros públicos aos parceiros sociais é indispensável para rentabilizar e otimizar os recursos disponíveis no município e para a concretização das propostas que todos nós apresentamos.

**Carla Tavares**

### **Presidente do Conselho de Administração do Hospital Fernando da Fonseca**

Foi com muito entusiasmo que abraçamos ao longo do ano de 2013 este projeto, com o compromisso de melhorar a saúde do concelho da Amadora.

Acreditamos que a existência de um Plano Local de Saúde permite a ação sinérgica dos diferentes atores envolvidos na promoção da saúde, que ultrapassa o simples conceito de prestação dos cuidados.

Acreditamos na opção de investir numa política de saúde pública local ativa, através de ações de coordenação, desenvolvimento de rede e ações preventivas consistentes com as políticas nacionais e regionais de saúde pública.

Assim, a operacionalização do Plano Local de Saúde será uma oportunidade excelente para integrar e aproximar o Hospital Fernando Fonseca, os Cuidados Primários, as autoridades locais e a sociedade civil. A acessibilidade aos cuidados, a promoção da saúde e a prevenção da doença têm sido uma preocupação de todos, com a consciência plena que a saúde é uma questão de todos e de todas as áreas.

**Nuno Alves,**

**Diretor Clínico do HFF (em representação do Presidente do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca)**

### **Diretora Executiva do ACES da Amadora**

É com entusiasmo que finalmente o nosso Plano Local de Saúde chega ao fim e ao princípio; ao fim da sua elaboração e ao início da sua implementação/prática no terreno; foi construído ao longo do ano de 2013 com a ajuda e o entusiasmo de todos os parceiros, com a consciência plena que só todos em conjunto conseguimos melhorar a saúde do concelho da Amadora.

A todos, o nosso muito obrigado pela participação e entusiasmo, pela consciência plena que a saúde é uma questão de todos e de todas as áreas.

Acreditamos que em 2016 estaremos melhor nas prioridades por nós escolhidas e aptos a construir o novo Plano Local de Saúde com a ajuda de todos.

Por último, deixo uma citação de Fernando Pessoa:

“Põe tudo o que és na mais pequena coisa que faças”...que talvez tenha sido o nosso segredo!... e agora ...

Mãos à obra!

**Teresa Machado Luciano**

### **Representante da Sociedade Civil**

A Sociedade Civil é, no sentido mais amplo, o somatório de ações coletivas, vontades e crenças que se orientam em função de objetivos cujo propósito é a “produção de mais-valias sociais” para os indivíduos que constituem uma sociedade. Na cidade da Amadora, a Sociedade Civil assume a sua identidade e representatividade através de ONG’S, IPSS’S, Associações e as demais organizações que se encontram neste município a desenvolver atividades de carácter social, de saúde e cultural.

A cidade da Amadora tem sido, historicamente, portadora de uma forte tradição cultural ao nível dos movimentos associativos, constituindo-se, de uma forma geral, como um exemplo de excelência e de boas práticas em muitos dos projetos de intervenção social e de saúde que aí se desenvolvem.

A inclusão da Sociedade Civil na elaboração do Plano de Saúde da Amadora é, sem dúvida, mais uma demonstração dessa cultura participativa e interventiva que caracteriza a consciência coletiva de um município sempre em mudança.

**Miguel Lemos,**

**Dirigente Associativo de uma IPSS**



## Sumário executivo

### O que é o Plano Local de Saúde?

O Plano Local de Saúde (PLS) da Amadora 2014-2016 é um documento cujas orientações têm em vista o fim último da melhoria do estado de saúde da população da Amadora.

Este Plano foi construído tendo como base uma metodologia participativa, dando “voz” no seu processo de elaboração aos Serviços de Saúde, Serviços Sociais, Organizações Não Governamentais (ONG), Grupos de Utentes, Forças de Segurança e de Justiça. O documento prioriza os problemas de saúde da Amadora, baseado na melhor evidência existente. Para além disso, projeta o estado de saúde da população em 2016 quantificando as metas a alcançar. E finalmente, propõe intervenções mais adequadas aos problemas de saúde da comunidade da Amadora.

### Perfil de Saúde

A Amadora é o concelho do país com maior densidade populacional em Portugal, com uma pirâmide etária e índices demográficos semelhantes ao nível regional e nacional. A nível social a Amadora destaca-se pela elevada proporção de migrantes, oriundos de países do continente africano, com uma taxa de desemprego e de dependência do agregado familiar superior à média nacional.

Em termos de saúde materno-infantil a Amadora tem uma proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, superior à região; tem taxas de mortalidade infantil e de recém-nascidos com baixo peso, também superiores à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e ao nacional.

Os indicadores de morbilidade da Amadora permitem realçar que em relação à Tuberculose existe uma taxa de incidência muito superior à ARSLVT. O VIH/SIDA também constitui um problema de saúde importante na comunidade, com uma prevalência superior ao regional e nacional e com uma elevada proporção de diagnósticos tardios (*late-presenters*). Em relação à Diabetes verifica-se que se apresenta subdiagnosticada, e mesmo quando é diagnosticada corretamente evidencia um registo nos sistemas de informação deficitário.

A taxa de mortalidade por todas as causas na Amadora é semelhante à taxa nacional, mas a Amadora tem um maior número de anos de vida potencialmente perdidos. Por afetarem mulheres em idades ainda jovens, o cancro da mama e o cancro do colo do útero, são problemas de saúde com muita expressão nos anos de vida perdidos na Amadora.

No concelho da Amadora a oferta de serviços de saúde do serviço nacional de saúde é assegurada principalmente pelo Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca e pelo Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora. Em complemento existem alguns prestadores privados (Clínica de Santo António, Hospital da Luz) e ONG's (O Vigilante, AJPAS). A capilaridade dos cuidados primários de saúde não é de todo o ideal dado o elevado número de inscritos sem médico de família, traduzindo-se numa barreira de acesso aos cuidados de saúde.

### Problemas Prioritários

Os parceiros que elaboraram o PLS identificaram 11 problemas de saúde na Amadora (O Cancro da mama, do Colo do Útero, Cólon e Recto; Diabetes Mellitus; Tuberculose; VIH/SIDA; Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Saúde da Criança; Saúde Mental e Cobertura/Qualidade dos Serviços de Saúde), após a priorização destes problemas foram definidos como problemas prioritários para o PLS: “VIH/SIDA”, “Tuberculose”, “Cancro”, “Diabetes Mellitus”.

### Objetivos do Plano Local de Saúde para 2016

#### VIH/SIDA

**Objetivo 1** – Reduzir o número de novas infeções por VIH para 18,2/100.000 habitantes;

**Objetivo 2** – Diminuir para 35% os diagnósticos tardios de infeção pelo VIH;

**Objetivo 3** – Diminuir a taxa bruta de mortalidade por VIH, antes dos 65 anos para 6,4/100.000 habitantes;

**Objetivo 4** – Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora.

#### Tuberculose

**Objetivo 1** – Agir sobre os grupos mais vulneráveis (migrantes, sem abrigo, imunodeprimidos, etc...) para melhorar a sua literacia em saúde e hábitos de vida saudável;

**Objetivo 2** – Reduzir no Concelho da Amadora o número de novos casos de tuberculose para 35 por 100.000 habitantes;

**Objetivo 3** – Diminuir a janela temporal entre o início dos sintomas até ao diagnóstico para <40 dias.

#### Cancro da Mama

**Objetivo 1** – Aumentar a proporção de mulheres rastreadas (com indicação) até pelo menos aos 60%;

**Objetivo 2** – Aumentar a literacia em saúde da mulher de grupos-alvo na Amadora;

**Objetivo 3** – Diminuir a mortalidade por cancro da mama antes dos 65 anos para 30,1/100.000 habitantes.

#### Cancro do colo do Útero

**Objetivo 1** – Aumentar a cobertura vacinal (vacina do HPV) recomendada para 85%;

**Objetivo 2** – Aumentar rastreio de mulheres em idade fértil recomendado para 60%;

**Objetivo 3** – Diminuir a mortalidade por cancro do colo do útero antes dos 65 anos para 11,4/100.000 habitantes;

**Objetivo 4** – Aumentar a literacia em saúde da mulher de grupos-alvo na Amadora.

#### Cancro do Cólon e Recto

**Objetivo 1** – Aumentar rastreio a partir dos 50 anos em pessoas de risco;

**Objetivo 2** – Aumentar a taxa de referência aos Cuidados de Saúde Secundários e referência para rastreio genético (para os indivíduos de alto risco);

**Objetivo 3** – Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora;

**Objetivo 4** – Esclarecer os profissionais de saúde acerca das estratégias de rastreio;

**Objetivo 5** – Diminuir a taxa de mortalidade por CCR, antes dos 65 anos para 7,25/100 000 habitantes.

#### Diabetes

**Objetivo 1** – Aumentar o número de casos diagnosticados até atingir uma prevalência de 8%;

**Objetivo 2** – Aumentar a taxa de referência aos Cuidados de Saúde Secundários e referência para rastreio de retinopatia diabética;

**Objetivo 3** – Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora.



## Governança

O Plano Local de Saúde pretende ter uma estrutura de governação o mais simples e exequível possível. Deve aproveitar os grupos e parcerias já criadas no sentido de utilizar o conhecimento existente e numa lógica de economia de recursos e de capital humano.

Cada problema prioritário terá uma equipa de gestores composta por um elemento dos cuidados de saúde primários, um do hospital e outro da sociedade civil. Os gestores de problema prioritário são coordenados pelo Diretor Clínico do Hospital, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, representante da Comunidade e um líder da sociedade civil. A equipa que elaborou o plano acompanhará a sua execução.

## Enquadramento

### O que é o Plano Local de Saúde?

O Plano Local de Saúde (PLS) da Amadora é um documento estratégico cujas orientações têm em vista a melhoria do estado de saúde da população da Amadora.

O PLS define e prioriza os problemas de saúde da Amadora, baseado na melhor evidência existente. Para além disso, projeta o estado de saúde da população em 2016, quantificando as metas a alcançar e, finalmente, propõe intervenções mais adequadas aos problemas de saúde da comunidade da Amadora.

Pretende ser um documento de apoio à gestão e à tomada de decisão dos líderes de saúde locais, Diretor Executivo (DE) e Conselho Clínico e de Saúde (CCS) do ACES, Diretor clínico do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF) e líderes da comunidade.

Por ter sido um documento desenvolvido desde o seu início em colaboração com os parceiros em saúde da Amadora, pretende ser um veículo de cooperação entre todos, com vista à futura intervenção nos problemas de saúde identificados.

O PLS pretende comunicar a visão estratégica da área da Saúde para todos os profissionais de saúde e, também, para toda a comunidade local, por isso é um documento aberto à população da Amadora.

### Importância do Planeamento Local em Saúde

O Planeamento Local em Saúde deve surgir do aprofundamento local do Planeamento em Saúde realizado a nível Nacional e Regional. Os fatores que determinam a Saúde das populações variam geograficamente, como exemplo disso, a taxa de mortalidade padronizada por todas as causas variava entre 428/100.000 habitantes no ACES Grande Porto IV, e 735/100.000 habitantes no ACES do Baixo Alentejo (dados de 2009 dos mapas interativos (*Websig*) do Alto Comissariado da Saúde) (1). Esta diferença de valores de taxa de mortalidade padronizada por todas as causas entre ACES reflete as diferenças populacionais em termos de carga de doença, fatores de risco e fatores socioeconómicos.

Populações diferentes têm necessidades em Saúde diferentes. O Planeamento Local em Saúde, visa adequar as estratégias de intervenção em Saúde às especificidades de cada população.

Apesar da natureza do PLS ser de âmbito concelhio e por isso envolveu o máximo de estruturas locais, o processo de dinamização da elaboração foi promovido pela Unidade de Saúde Pública do ACES da Amadora.

## Enquadramento com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016

O Plano Local de Saúde da Amadora partilha a visão, valores e princípios do Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Dessa forma o PLS da Amadora está alinhado com a estratégia Nacional e contribui de forma articulada para o cumprimento das suas metas (2).

Na avaliação do último Plano Nacional de Saúde 2004-2010 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um dos pontos a melhorar no plano subsequente seria a aplicação sistematizada de estratégias locais de Saúde (3). Desse modo, o Plano Local de Saúde da Amadora é o culminar do planeamento que passou do nível Nacional, Regional e terminou ao nível local, na tentativa de ir adaptando as intervenções em saúde às necessidades específicas de cada local.

## Metodologia

### Perfil de Saúde

O Perfil de Saúde do Concelho da Amadora foi construído pela Unidade de Saúde Pública (UPS) da Amadora, em consonância com e a partir das regras decididas em conjunto pelo Departamento de Saúde Pública (DSP) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e pela USP da Amadora.

O primeiro passo da construção do perfil foi a criação de uma lista mínima de indicadores de saúde, consensualizada entre coordenadores das Unidades de Saúde Pública da ARSLVT (4).

Partindo dessa lista foram efetuadas pesquisas em várias fontes de informação de forma a ter dados detalhados, idealmente desagregados ao nível nacional, regional (ARSLVT) e local (Amadora). O primeiro local de pesquisa, pela quantidade de informação que contém e acessibilidade, foi a base de dados do Instituto Nacional de Estatística (INE). Quando existia mais que um indicador passível de fornecer a informação pretendida foi registada essa informação. Caso não existisse a informação pretendida ou esta não se encontrasse desagregada até ao nível de concelho foram pesquisadas outras fontes, nomeadamente: PORTDATA, Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), informação disponível no site da ARSLVT (Perfil de Saúde Infantil), Alto Comissariado da Saúde (ACS) através da ferramenta de mapas interativos (*websig*), informação dos sistemas de vigilância de Tuberculose e VIH/SIDA e contacto direto com a Câmara Municipal da Amadora (CMA), para além da informação gerada habitualmente ao nível da USP (dados da avaliação do Programa Nacional de Vacinação (PNV), Doenças de Declaração Obrigatória (DDO), Juntas Médicas de Incapacidade (JMI)).

O SIARS permitiu a obtenção de informação relativa a alguns indicadores de morbilidade. Contudo, há a salientar o registo imperfeito e incompleto da informação recolhida, sendo expectável que os valores reais sejam superiores aos obtidos.

O Perfil de Saúde Infantil contém indicadores de natalidade e mortalidade infantil permitindo comparações pela razão R ou razão de mortalidade (ou morbilidade) padronizada (RMP). Esta é a razão entre o número de acontecimentos observados e esperados nos ACES, caso fossem observadas as distribuições por grupo etário do indicador para a região. Esta padronização indireta, assim como a padronização direta é desejável para cada indicador. Contudo, os indicadores de saúde desagregados a nível de concelho raramente são disponibilizados para que se possa fazer esta transformação.

Os dados de mortalidade e de morbilidade recolhidos através da



ferramenta websig reportam ao ano de 2009, sendo esse o ano mais recente disponível (1). Os dados de mortalidade apresentam uma variação temporal pouco significativa, por isso optámos por incluir a informação referente ao ano acima citado apesar do seu desfazamento de 5 anos em relação ao presente.

Os dados aqui apresentados pretendem ser a base para a discussão dos problemas de saúde da população, a definição de prioridades e o desenvolvimento de estratégias. Os dados devem ser interpretados com as devidas salvaguardas e complementados com informação de entidades internas e externas ao ACES, por forma a fazer o devido uso ético da informação disponível.

O Perfil de Saúde foi apresentado aos parceiros da saúde e em reunião de coordenadores das USPs.

### Parceiros de Saúde no Desenvolvimento do Plano

Para o desenvolvimento do Plano Local de Saúde foram convidados a participar os elementos que constituem o conselho da comunidade do ACES da Amadora.

**Quadro 1. Lista de Parceiros envolvidos na elaboração do Plano Local de Saúde da Amadora**

Parceiros envolvidos no Plano Local de Saúde	
Parceiros da Sociedade Civil	Parceiros da Área da Saúde
Santa Casa da Misericórdia	Unidade de Cuidados na Comunidade
Associação o Vigilante	Unidade de Saúde Pública
Câmara Municipal da Amadora – Divisão de Intervenção Social	Direção Executiva - ACES Amadora
Câmara Municipal da Amadora – Divisão de Planeamento Urbanístico	Conselho Clínico e de Saúde - ACES Amadora
Polícia de Segurança Pública	Diretor Clínico do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca
Associação AJPAS	Representante das Unidades de Saúde Familiar
Comissão de utentes do ACES Amadora	Representante das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
Segurança Social	
Tribunal da Amadora	
Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco	
Hospital da Luz Centro Clínico da Amadora	

Nota: Para efeitos da elaboração do PLS só foram considerados como parceiros na área da saúde os prestadores de serviços dentro do Serviço Nacional de Saúde. Todas as outras entidades englobam o grupo heterogéneo da sociedade civil, sendo que neste grupo alguns também prestam serviços de saúde

### Priorização de Problemas de Saúde

Os problemas de saúde foram definidos durante a reunião de apresentação do perfil de saúde da Amadora. Após a apresentação do perfil e através da técnica de “Brainstorming” (5) (6), os Parceiros Locais de Saúde relataram de acordo com as suas sensibilidades quais achavam ser os maiores problemas de saúde da Amadora. A Unidade de Saúde Pública adicionou posteriormente dois problemas de saúde não mencionados no “Brainstorming” que pela sua magnitude deviam figurar como problemas de Saúde da nossa comunidade.

**Quadro 2. Lista dos principais problemas de Saúde da Amadora**

Problemas de Saúde da Amadora	
Violência	Cancro da mama
VIH/SIDA	Cancro do colo do útero
Saúde Mental	Cancro do colón e recto
Tuberculose	Diabetes Mellitus
Saúde da Criança	Serviços de Saúde
Doenças Cardiovasculares	

Os problemas de saúde apresentados no quadro 2, foram aprofundados em termos de caracterização da magnitude e da vulnerabilidade à intervenção, assim como em termos de determinantes dos problemas e recursos já alocados.

A técnica de priorização utilizada foi a *Técnica do Grupo Nominal Modificada* (7) (8), cada unidade de entre os parceiros representados teve direito a um voto, tendo os votos igual ponderação. Foi desenvolvida uma grelha de análise dos problemas de saúde com vista a guiar o processo de priorização (5) (9). A grelha de análise representava quatro dimensões em análise: 1) O grau de conhecimento sobre o problema, 2) O Impacto do problema na comunidade, 3) A capacidade de intervenção sobre o problema, 4) A exequibilidade das possíveis intervenções. Os problemas foram hierarquizados numericamente de 1 a 11 (1 problema mais prioritário e 11 o problemas menos prioritário), não sendo possível repetir pontuações. A primeira ronda (“o grau de conhecimento sobre o problema”) não foi considerada para a pontuação final dos problemas. Depois de priorizados os problemas procedeu-se a uma ronda de votação, com os parceiros, para decidir sobre o número de problemas a intervir. A média aritmética simples foi calculada e daí resultou o número de problemas a intervir de acordo com a priorização previamente elaborada.

### Fixação de Objetivos e Estratégias

A fixação de objetivos e estratégias foi discutida e consensualizada em reunião com os membros do conselho da comunidade do ACES Amadora. Após o envio de uma proposta preliminar por parte da USP baseada na evidência disponível (10) (11) (12), procedeu-se à discussão, em reunião, dos objetivos e estratégias traçados.

Os objetivos para 2016 na Amadora, na componente de mortalidade por causa específica antes dos 65 anos, baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre a Amadora e a RLVT, de acordo com as projeções para 2016. As projeções para as regiões foram retiradas do Plano Nacional de Saúde e foram construídas de acordo com a série de mortalidade por causa específica de 2000 a 2009 e a projeção para 2016 calculou-se com regressão exponencial (13).

Os restantes objetivos foram retirados, sempre que possível, dos respetivos planos nacionais (14) (15) (16) (17) (18), por exemplo, os objetivos para o Cancro da Mama foram retirados do Plano Nacional contra as doenças Oncológicas, ou ainda, propostos pelos parceiros.

As estratégias foram desenvolvidas em conjunto com todos os parceiros da elaboração do plano. Foram conceptualizadas em três eixos: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. As estratégias dos problemas Cancro da Mama, Cancro do Colo do Útero, Colón e Recto foram agregadas por proposta e decisão dos parceiros, por se tratar de temas com estratégias muito semelhantes.

## Modelo de Governação

O modelo de governação foi discutido e consensualizado em reunião com os membros do Conselho da Comunidade do ACES Amadora após o envio de uma proposta preliminar por parte da USP baseada na evidência de modelos de governação teóricos e na experiência local (19). O modelo de governação foi discutido em reunião e a forma de agrupamento dos problemas prioritários votada, de acordo com os modelos apresentados no quadro 3.

### Quadro 3.

#### Hipóteses de modelos de governação dos problemas prioritários

Modelo	Organização dos problemas	Comentários
Modelo 1	Cancro do Colo do Útero	Todos os problemas separados
	Cancro do Cólon e Recto	
	Cancro da Mama	
	Diabetes Mellitus	
	Tuberculose	
Modelo 2	Cancro da Mama + Colo do Útero	Juntar neoplasias da Mama + Colo do Útero
	Cancro Cólon e Recto	
	Diabetes Mellitus	
	Tuberculose	
Modelo 3	Cancro da Mama + Colo do Útero	Juntar neoplasias da mulher Juntar Tuberculose e VIH
	Cancro do Cólon e Recto	
	Diabetes Mellitus	
Modelo 4	Cancro da Mama + Colo do Útero + Cólon e Recto	Juntar todas as neoplasias
	Diabetes Mellitus	
	Tuberculose	
	VIH/SIDA	
Modelo 5	Cancro da Mama + Colo do Útero + cólon e recto	Juntar todas as neoplasias Juntar Tuberculose e VIH
	Diabetes Mellitus	
	Tuberculose + VIH/SIDA	
Modelo 6	Cancro do Colo do Útero	Juntar Tuberculose e VIH
	Cancro Cólon e Recto	
	Cancro da Mama	
	Diabetes Mellitus	
	Tuberculose + VIH/SIDA	

A agregação de problemas prioritários foi equacionada no sentido de facilitar o processo de gestão. Quando for exequível, sob o ponto de vista organizativo e clínico agregar os problemas prioritários, estes devem ser agregados. Se tal não for o caso, o melhor será tratar os problemas prioritários em separado.

## Perfil de Saúde da população

### Caracterização geodemográfica do ACES da Amadora

O ACES Amadora apresenta uma área de influência sobreponível ao concelho da Amadora. Esta zona divide-se em 6 freguesias: Mina de Água, Encosta do Sol, Falagueira- Venda Nova, Venteira, Águas Livres e Alfragide. A área de abrangência inclui, segundo o Censos de 2011, um total de 175.136 habitantes, distribuídos por uma área de 23,8 Km<sup>2</sup>, perfazendo uma densidade populacional de 7363 habitantes/ Km<sup>2</sup>. Assim, a Amadora é o concelho do país com maior densidade populacional.

Figura 1. Mapa da organização do Concelho da Amadora.

Fonte: CMA



Tal como na região onde se insere, na pirâmide etária da Amadora (Figura 2) é bem patente o fenómeno de duplo envelhecimento – verifica-se uma redução da população na base e um aumento no topo. Em 2011, 18,7% da população da Amadora tinha 65 ou mais anos. Os índices demográficos (dependência de jovens, idosos e de envelhecimento) são também semelhantes ao nível regional e nacional (Quadro 4).

Quadro 4. Características demográficas da Amadora e comparação com os níveis regional e nacional

	Amadora	RLVT	Continente
População residente	175136	3659868	10047621
Densidade populacional (Nº/Km2)	7363	301	113
Índices demográficos			
Dependência de jovens	22	29	22
Dependência de idosos	28	23	30
Envelhecimento	127	124	131
Esperança média de vida (à nascença)	NA	ND	79,66

Fonte: INE, ARSLVT. Informação relativa ao ano de 2011, exceto para a esperança média de vida que se reporta ao período 2009-2011. RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo.

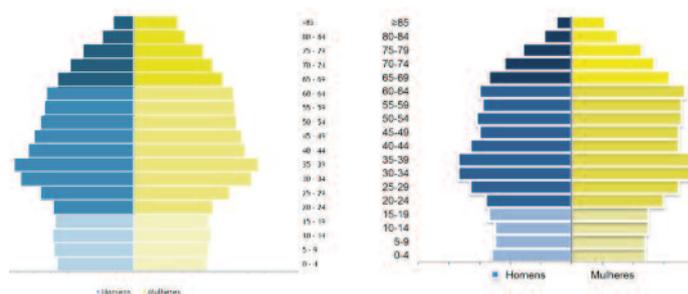


Figura 2. Pirâmide etária da região de Lisboa e Vale do Tejo (à esquerda) e da Amadora (à direita). Fonte: INE, 2011



## Caracterização Social

A análise do Quadro 5 evidencia as questões e alguns dos desafios sociais ao nível do ACES Amadora. Verifica-se que a população do concelho tem na constituição uma percentagem elevada de estrangeiros, relativamente ao nível nacional, oriundos essencialmente de África (6,29% do total). Uma parte significativa da população depende do rendimento social de inserção (RSI) (80,39/1.000 habitantes em idade ativa, valor 1,7 vezes superior ao nacional) e a taxa de desemprego era, à data do Censos de 2011, 1,8% superior ao valor nacional. Dado o agravamento da conjuntura económica e a evolução dos indicadores é de esperar que, atualmente, estes valores sejam superiores aos então reportados. Relativamente aos alojamentos, verifica-se que os dados gerais a nível local apontam para um número de alojamentos não clássicos muito superior ao reportado pelos dados do Censos (1751 barracas segundo a Câmara Municipal da Amadora em 2011). A habitação informal tem elevada expressão na Amadora. Essas habitações tendem a ter uma elevada concentração de residentes estrangeiros de classe socioeconómica mais baixa. Para além disso, tendem a ser residências com níveis de salubridade baixos, e com elevada prevalência de sobrelotação.

Os dados de população servida por sistemas de abastecimento e de tratamento de águas apontam para uma cobertura total da área concelhia, valor superior ao reportado a nível regional e nacional. Por fim, de salientar ainda que a criminalidade total no concelho da Amadora é superior ao valor nacional, sobretudo à custa dos crimes de furto/roubo por esticção na via pública.

**Quadro 5. Características sociais da população da Amadora e comparação com o nível regional e nacional**

	Amadora	RLVT	Continente
<b>Escolaridade (%)</b>			
Analfabetismo	3,68	ND	5,20
Ensino superior	12,71	14,80	11,93
<b>Sem-abrigo</b>			
CMA	53	ND	ND
INE (população residente sem -abrigo)	5	274	663
<b>Beneficiários do RSI (‰)</b>	80,39	ND	48,45
Pensionistas (‰)	316,79	ND	334,16
<b>Taxa de desemprego (%)</b>	14,96	ND	13,19
<b>Famílias (%)</b>			
Unipessoais	11,52	10,09	8,41
Monoparentais	21,12	ND	14,77
<b>População por nacionalidade (%)</b>			
Portugal	86,15	91,24	94,23
Europa	1,18	1,47	1,27
África	6,29	2,13	0,95
América	2,35	1,90	1,07
Dupla – Portuguesa e outra	3,06	2,43	1,93
Outros	0,97	0,84	0,55
<b>Imigrantes com estatuto legal de residente (% 2009) – CMA</b>	12%	ND	ND
<b>Alojamentos</b>			
Barracas - CMA	1751	ND	ND
Alojamentos não clássicos - INE	63	2767	6457
<b>Criminalidade total (‰)</b>	46,1	ND	39,4
Furto/esticção	6,8	ND	4,0
Condução com alcoolémia $\geq 1,2g/l$	1,4	ND	2,2
<b>Águas – população servida por (%):</b>			
Sistemas de abastecimento de água	100	99	99
Sistemas de drenagem de águas residuais	100	92	84
<b>ETARs</b>	100	81	74
<b>Equipamentos sociais</b>	Apenas para a Amadora: 108 de apoio a crianças, 46 de apoio a idosos e 26 em outras áreas de atuação		

Fonte: INE e CMA – valores relativos a 2011, exceto os das águas que se reportam a 2009. Legenda: ND – Não disponível; RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo; RSI – Rendimento Social de Inserção.

## Fertilidade, Natalidade e Mortalidade infantil

Ao nível da natalidade, verifica-se que o ACES Amadora apresenta características diferentes da região onde se insere e de Portugal (Quadro 6). Por um lado, trata-se do ACES da região de Lisboa e Vale do Tejo com a maior proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos [quinquénio 2007-2011 – índice R 156,9 [Intervalo de Confiança a 95% (IC95%) - 144,8;169,7] e com uma das menores proporções de nascimentos em mulheres com idades superiores a 35 anos (no quinquénio 2007-2011 ocupava o 14º lugar do índice R, que era significativamente inferior a 100). Relativamente à mortalidade infantil e suas componentes também se verifica um padrão próprio, sendo o ACES com a maior taxa de mortalidade infantil (índice R: 177,7; IC95% - 135,3; 229,3) e maior proporção de recém-nascidos com baixo peso à nascença (índice R: 114,7; IC95% - 107,3; 122,4). Embora nas várias componentes da mortalidade infantil a Amadora apresente valores superiores aos da região de Lisboa e Vale do Tejo, apenas na componente neonatal e pós-neonatal os valores do índice R apresentam significância estatística, comparativamente à Região de Lisboa e Vale do Tejo. De salientar que é na componente pós-neonatal que o índice R apresenta um valor superior, sendo que esta componente reflete sobretudo as condições socioeconómicas da população. Verifica-se ainda que a proporção de recém-nascidos com primeira consulta médica até aos 28 dias também se encontra aquém do desejado (76% dos recém-nascidos realizam esta consulta).

**Quadro 6. Características de indicadores de fertilidade e de mortalidade infantil da Amadora e comparação com o nível regional e nacional**

	Amadora	RLVT	Continente	Índice R (IC95%)
% de mulheres em idade fértil	44,3	ND	46,0	ND
Taxa bruta de natalidade (‰)	11,7	ND	9,5	ND
<b>Proporção de nascimentos em mulheres com (%):</b>				
<20 anos	6,4	4,0	3,9	156,9 (144,8; 169,7)
>35 anos	20,0	23,9	22,2	87,5 (83,9; 91,6)
<b>Proporção de nascimentos pré-termo (%)</b>	8,2	8,1	8,0	101,5 (94,6; 108,7)
<b>Baixo peso à nascença (%)</b>	9,4	8,4	8,3	114,7 (107,3; 122,4)
<b>Mortalidade infantil (‰)</b>	7,7	3,5	3,0	177,7 (135,3; 229,3)
<b>Mortalidade neonatal (‰)</b>	4,9	2,5	2,1	151,2 (104,7; 211,3)
<b>Mortalidade neonatal precoce (%)</b>	3,0	1,5	1,4	138,2 (84,4; 213,4)
<b>Mortalidade pós-neonatal (%)</b>	2,8	1,0	0,9	233,4 (151,1; 344,6)
<b>Mortalidade fetal tardia (%)</b>	4,3	2,8	2,5	137,8 (97,5; 189,1)
<b>Mortalidade perinatal (%)</b>	4,9	2,5	2,1	121,3 (94,2; 153,7)
<b>Proporção de Recém-nascido com 1ª consulta até aos 28 dias</b>	76,3	ND	ND	ND

Fonte: INE, ARSLVT. Proporções e taxas relativas ao triénio 2009-2011, índice R relativo ao quinquénio 2007-2011. % de Mulheres em idade fértil referente ao ano de 2010 e proporção de recém-nascidos com 1ª consulta até aos 28 dias em 2012. Legenda – IC95% - intervalo de confiança a 95%, ND – Não disponível.

## Mortalidade e Morbilidade

Relativamente à Diabetes Mellitus (Quadro 7), verifica-se que a prevalência de diabéticos diagnosticados a nível nacional em indivíduos dos 20 aos 79 anos está estimada em 7,2% (Observatório da diabetes) e ainda no mesmo nível, segundo informação do SIARS será de 5,3% ao nível global, 4,7% ao nível de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 6,7% ao nível de Unidades de Saúde Familiar (USF). Qualquer um destes valores é superior ao reportado para o ACES Amadora, o que nos chama a atenção para a questão do sub-registo. Relativamente à Hipertensão Arterial (HTA) verifica-se o mesmo fenómeno, com 12,2% dos inscritos com o diagnóstico de HTA no final de 2012, sendo a prevalência reportada pelo Inquérito Nacional de Saúde de 19,8%.

**Quadro 7. Características de mortalidade e morbilidade da Amadora e comparação com o nível regional e nacional**

	Amadora	RLVT	Nacional
Inscritos com o diagnóstico de DM 2 (%)*	4,5	4,6	5,3**
Inscritos com o diagnóstico de HTA (%)*			
HTA sem complicações	11,5	12,4	ND
HTA com complicações	2,0	2,0	ND
Tuberculose (/100000 habitantes) *	49,1	ND	21,6
VIH/SIDA (/100000 habitantes) *	25,7	10,7	ND
Abuso crónico do álcool *	0,6	0,5	ND
Abuso do tabaco *	3,2	3,7	ND
Tumores malignos do aparelho respiratório*	0,05	0,06	ND
Mortalidade (taxa bruta)***	8,9	9,5	9,9
Sobrepeso e obesidade infantil (10 aos 17 anos)	23,0	ND	30,4

Fonte: SIARS, ARSLVT. Período de referência: \* 2012, \*\*2011, \*\*\* 2010. ND – Não disponível.

Em relação à Tuberculose, no concelho da Amadora a incidência foi de 41,8/100.000 e 45,4/100.000 habitantes nos anos de 2011 e 2012, respetivamente, o que corresponde a um aumento da incidência em 3,6% no último ano. A incidência no concelho é muito superior à encontrada para o nível Regional (RSLVT). No ano de 2012 houve 79 novos casos de Tuberculose. Esta taxa de infeção no concelho justifica ações de intervenção diferentes e específicas

daquelas recomendadas a nível Nacional.

A taxa de cobertura vacinal global do ACES não atinge valores que permitem afirmar a existência de imunidade de grupo para as doenças prevenidas pela vacinação. Existem assimetrias marcadas entre as taxas de cobertura atingidas nos utentes das várias unidades. Para além disso, as coberturas vacinais decrescem nas coortes mais velhas.

Três USFs e uma UCSP atingem valores de cumprimento do PNV superiores a 95%, mas nas restantes unidades as taxas de cobertura vacinal são bastante inferiores. Relativamente à vacinação atempada, os resultados não são nada encorajadores e só uma USF atinge valores iguais ou superiores a 95%.

Apesar das taxas de cobertura vacinal não atingirem os valores necessários para se obter a imunidade de grupo, não se têm registado casos de doenças evitáveis pela vacinação, com exceção para a papeira com um surto em 2007, com 12 casos. Em 2012 verificou-se um número superior ao normal de tosse convulsa (8 casos) mas não relacionados entre si.

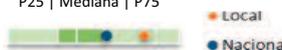
A inexistência de mais surtos de doenças evitáveis pela vacinação pode dever-se ao facto dos não vacinados estarem dispersos na comunidade e não configurarem bolsas de indivíduos suscetíveis.

## Comparação de indicadores de Saúde entre a Amadora e Portugal

**Quadro 8. Perfil de mortalidade e morbilidade da Amadora e comparação com os valores nacionais**

Demografia								
Indicadores	Sexo	Período	Unidade	Amadora	Continente	Pior valor		Melhor valor
População residente	HM	2011	nº	175.136	10.047.621	NA		NA
Densidade populacional	HM	2011	nº/Km2	7663	113	NA		NA
Esperança média de vida à nascença **	HM	2011	anos	78,2	77,8	71,2		79,2
Mortalidade								
Indicadores	Sexo	Período	Unidade	Amadora	Continente	Menor valor		Maior valor
TMP por todas as causas	HM	2009	/100.000ha	557	568	428,1		735,7
Anos de vida potencialmente perdidos	HM	2009	/100.000ha	5119	4354	3239		6606
TM por cancro mama antes dos 65 anos	M	2009	/100.000ha	48,6	15,3	3		48,6
TM por cancro do colo do útero antes dos 65 anos	M	2009	/100.000ha	20,4	3,4	0		20,8
TM por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos	HM	2009	/100.000ha	9,2	8,5	3,1		16
TM por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos	HM	2009	/100.000ha	15,6	10,7	0		34,2
TM por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos	HM	2009	/100.000ha	17,7	11	1,4		23,9
TM por VIH/SIDA antes dos 65 anos	HM	2009	/100.000ha	21,3	7	0		26,6
TM por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos	HM	2009	/100.000ha	14,2	14,7	4,6		34,7
TM por suicídio antes dos 65 anos	HM	2009	/100.000ha	5,7	6,6	0,8		33
Morbilidade								
Indicadores	Sexo	Período	Unidade	Amadora	Continente	Menor valor		Maior valor
Prevalência de Diabetes	HM	2009	%	5,3	7,2	NA		NA
Incidência de amputações em diabéticos	HM	2009	/10.000ha.a	0,7	0,9	0		3,9
Incidência de Acidente Vascular Cerebral	HM	2009	/10.000ha.a	33	31,4	16,5		56,4
Incidência de Acidente Vascular Cerebral antes dos 65 anos	HM	2009	/10.000ha.a	13,9	9,4	4,9		18,5
Incidência de doença cardíaca antes dos 65 anos	HM	2009	/10.000ha	18	16,1	7		36,5
Recém nascido de termo com baixo peso	HM	2009	XXXXXX	6,5	2,9	0,2		9
Nascimentos pré termo	HM	2009	XXXXXX	7,9	8,8	6,3		10,4
Taxa mortalidade infantil quinzenal	HM	2004 - 2009	/1.000	4,7	3,4	1,4		5,9

P25 | Mediana | P75



Fonte: Dados retirados dos mapas interativos do ex-Alto Comissariado da Saúde, Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde e Instituto Nacional de Estatística

Abreviaturas – NA – Não aplicável; TMP – Taxa de Mortalidade Padronizada por idade; TM- Taxa bruta de Mortalidade (não padronizada por idade); HM – Homem e mulheres; M – Mulheres; ha – Habitantes; há.a – Habitante/ano, VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida \*\* - Esperança média de vida calculada tendo por base valores de NUTS II (valores de regiões)





Depois de hierarquizados por votação simples ficou decidido que o Plano Local de Saúde da Amadora 2014-2016 se focaria nos primeiros 6 problemas de saúde, de ora em diante designados programas de saúde prioritários.

## Objetivos de Saúde da Amadora em 2016

### Avaliação prognóstica e objetivos dos principais problemas VIH/SIDA

No período de 2009-2010 foram diagnosticados na Amadora 490 casos novos de VIH, dos quais 57% se encontravam já com SIDA. A mortalidade nesse mesmo período foi de 10%, facto este que pode ser explicado pelo diagnóstico tardio.

Em 2012, a incidência da infeção pelo VIH no ACES Amadora foi de 25,7/100.000 habitantes, enquanto na RLVT foi de 10,7/100.000.

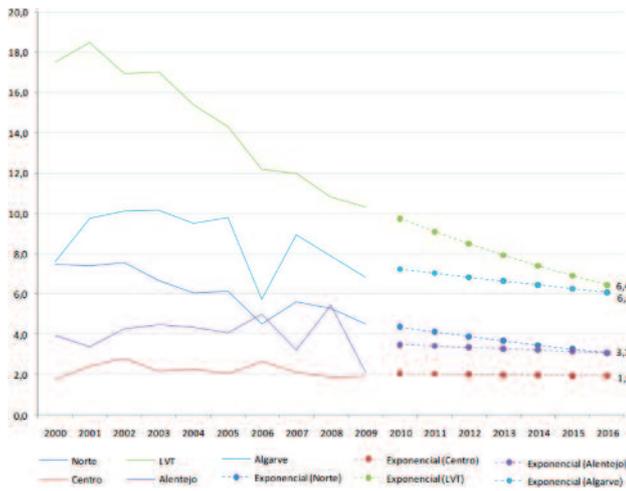


Figura 4. Projeção da Mortalidade por SIDA antes dos 65 anos, por região, até 2016

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2012-2016

### Missão

Promover iniciativas dirigidas aos determinantes específicos do VIH/SIDA de modo a conduzir à diminuição da incidência de VIH e à redução da mortalidade por SIDA antes dos 65 anos.

### Objetivos para 2016

**Objetivo 1** – Reduzir na Amadora o número de novas infeções por VIH para 18,2/100.000 habitantes (calculado de acordo com a metodologia do plano local de saúde);

**Objetivo 2** – Diminuir para 35% os diagnósticos tardios de infeção pelo VIH (definidos pela contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 350/mm<sup>3</sup> - objetivo do plano nacional de luta contra a SIDA);

**Objetivo 3** – Diminuir a taxa bruta de mortalidade por VIH, antes dos 65 anos, para 6,4/100.000 habitantes (calculado de acordo com a metodologia do plano local de saúde);

**Objetivo 4** – Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora.

### Tuberculose

Para os 175.136 habitantes do Concelho da Amadora, o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) da Venda Nova determinou uma incidência de 41.8/100.000 e 45.4/100.000 habitantes/ano em 2011 e 2012, respetivamente, correspondendo a um aumento da incidência de 8,6% no último ano. A incidência no concelho é

muito superior à encontrada para o nível Regional (RSLVT) (27.5/100.000 em 2011 e 27.7/100.000 em 2012).

Não há dados que permitam fazer a projeção deste problema até 2016, mas a tendência parece ser de ligeiro aumento da incidência.

### Missão

Promover iniciativas dirigidas aos determinantes específicos da Tuberculose de modo a conduzir a uma diminuição da incidência da Tuberculose.

### Objetivos para 2016

**Objetivo 1** – Agir sobre os grupos mais vulneráveis (migrantes, sem abrigo, imunodeprimidos, etc...) para melhorar a sua literacia em saúde e hábitos de vida saudável;

**Objetivo 2** – Reduzir no Concelho da Amadora o número de novos casos de tuberculose (doença) para 35 por 100.000 habitantes/ano;

**Objetivo 3** – Diminuir o tempo de demora desde o início dos sintomas até ao diagnóstico para <40 dias.

### Cancro da Mama

O cancro da mama é a causa de morte mais frequente em mulheres entre os 35 e os 74 anos de idade. Em 2010, foram tratados no HFF 45 novos casos de cancro da mama. A taxa de mortalidade por cancro da mama antes dos 65 anos, no ACES da Amadora, apresenta o valor mais alto de Portugal.

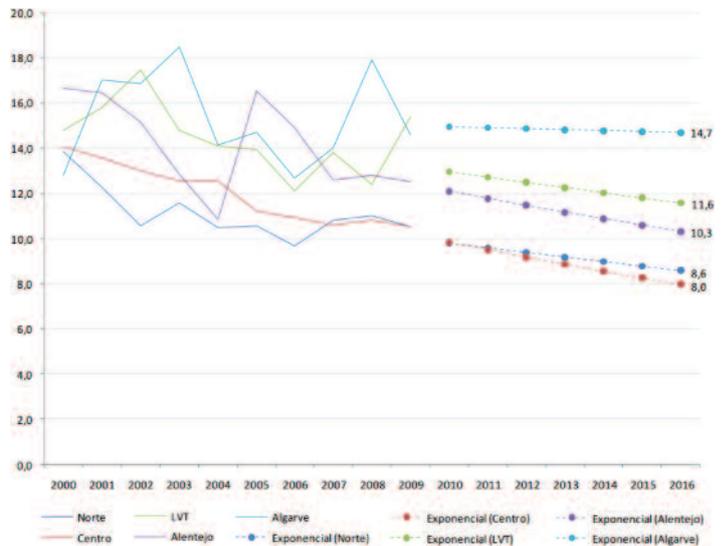


Figura 5. Projeção da Taxa de mortalidade por cancro da mama (feminino) antes dos 65 anos, por região, até 2016

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2012-2016

### Missão

Promover iniciativas dirigidas aos determinantes específicos do cancro da mama de modo a conduzir a uma diminuição da incidência e mortalidade por cancro da mama.

### Objetivos para 2016

**Objetivo 1** – Aumentar a proporção de mulheres rastreadas (com indicação) até aos 60%;

**Objetivo 2** – Aumentar a literacia em saúde da mulher nos grupos-alvo na Amadora;

**Objetivo 3** – Diminuir a mortalidade por cancro da mama antes dos 65 anos para 30,1/100.000 habitantes (calculado de acordo com a metodologia do plano local de saúde).



### Cancro do Colo do Útero

Na Amadora, as mortes por cancro do colo do útero antes dos 65 anos são 6 vezes superiores às de Portugal.

Mulheres dos 30 aos 60 anos devem fazer um rastreio de dois em dois anos, no médico de família, para deteção precoce de anomalias no colo do útero que ocorrem antes do aparecimento do cancro. Na Amadora em 2013, apenas 29,8% das mulheres em idade reprodutiva realizam este rastreio (de acordo com o indicador “Proporção de mulheres dos 20 aos 60 anos com copocitologia atualizada nos últimos 3 anos”).

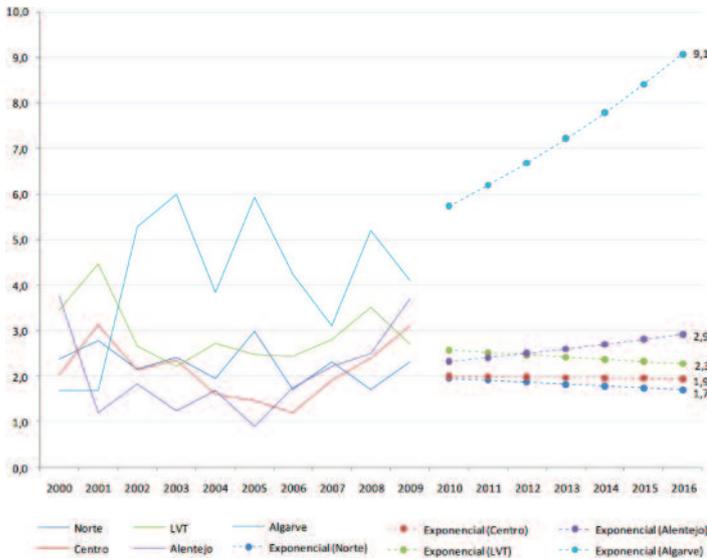


Figura 6. Projeção da taxa de mortalidade por cancro do colo do útero antes dos 65 anos, por região, até 2016

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2012-2016

### Missão

Promover iniciativas dirigidas aos determinantes específicos do cancro do colo do útero de modo a conduzir à diminuição da incidência e mortalidade por cancro do colo do útero.

### Objetivos para 2016

**Objetivo 1** – Aumentar a cobertura vacinal do Vírus do Papiloma Humano (HPV) nas coortes de recomendada para 85%;

**Objetivo 2** – Aumentar o rastreio recomendado de mulheres em idade fértil para 60%;

**Objetivo 3** – Diminuir a mortalidade por cancro do colo do útero antes dos 65 anos para 11,4/100.000 habitantes (calculado de acordo com a metodologia do plano local de saúde);

**Objetivo 4** – Aumentar a literacia em saúde da mulher em grupos-alvo na Amadora.

### Cancro do Cólon e Recto

No Concelho da Amadora, a taxa de mortalidade por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos, é superior à média nacional (9.2 /100.000 habitantes contra 8.5/100.000 habitantes).

Atualmente o método de rastreio não invasivo mais utilizado é a pesquisa de dois em dois anos de sangue oculto nas fezes, a partir dos 50 anos até aos 74, a proporção de utilizadores rastreados não ultrapassa os 28,7% (21) sendo desejável que este valor aumente para haver um impacto do rastreio na diminuição da mortalidade por cancro do cólon e recto.

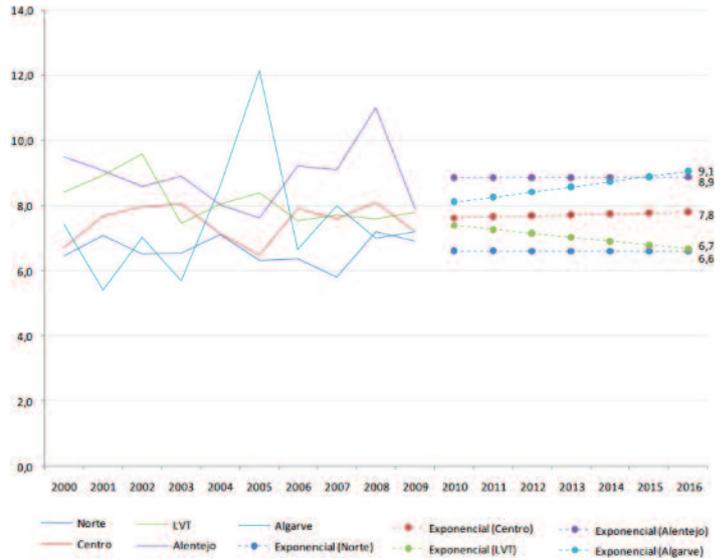


Figura 7. Projeção da Mortalidade por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos, por região, até 2016 Fonte: Plano Nacional de Saúde 2012-2016

### Missão

Promover iniciativas dirigidas aos determinantes específicos de modo a conduzir a uma diminuição da incidência e mortalidade por cancro do cólon e recto.

### Objetivos para 2016

**Objetivo 1** – Aumentar a proporção de utentes rastreados para pelo menos 50%;

**Objetivo 2** – Aumentar a taxa de referência aos Cuidados de Saúde Secundários e referência para rastreio genético (aplicável aos os indivíduos de alto risco);

**Objetivo 3** – Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora;

**Objetivo 4** – Esclarecer os profissionais de saúde sobre as estratégias de rastreio;

**Objetivo 5** – Diminuir a taxa de mortalidade por CCR, antes dos 65 anos para 7,25/100.000 habitantes (calculado de acordo com a metodologia do Plano Local de Saúde).

### Diabetes Mellitus

Os resultados do PREVADIAB, um estudo realizado em Portugal no ano de 2008, apuraram uma prevalência de Diabetes diagnosticada de 6,6% e uma prevalência de DM não diagnosticada de 5,1%, com uma prevalência total de 11,7%.

O número total de diabéticos com guia do diabético no ACES Amadora é de 9091 (em 162.000 inscritos (dados do Sistema de Informação das ARS) corresponde a uma proporção de 5,6%). Se for tido em conta a proporção de diabéticos encontrada no estudo PREVADIAB de 11,7% ainda estamos aquém do ideal. O mesmo



acontece para o rastreio da retinopatia diabética que se encontra aquém do desejado. As amputações major em diabéticos (indicador da qualidade de cuidados) são sobreponíveis ao nível nacional. Não existem projeções nacionais acerca da prevalência esperada da diabetes para 2016, a literatura internacional e nacional aponta para um aumento da prevalência (21).

### Missão

Diminuir a longo prazo o número de novos casos de diabetes, nulificar o número de diabéticos por diagnosticar e melhorar a qualidade de vida dos diabéticos.

### Objetivos para 2016

**Objetivo 1** – Aumentar o número de casos diagnosticados até atingir uma prevalência de 8%;

**Objetivo 2** – Aumentar a taxa de referência aos Cuidados de Saúde Secundários e referência para rastreio de retinopatia diabética;

**Objetivo 3** – Aumentar a literacia em saúde dos grupos-alvo na Amadora;

## Estratégia para melhorar os Problemas de Saúde Prioritários

### Estratégias transversais

- Promover uma plataforma de cooperação entre os prestadores de cuidados de saúde do sistema de saúde (serviço nacional de saúde, prestadores privados e organizações não governamentais) que:
  - Vise a persecução dos objetivos do plano;
  - Evite a duplicação de oferta de serviços para a comunidade;
  - Desincentive projetos pontuais não integrados numa estratégia de saúde global para a Amadora;
- Aumentar a participação de grupos de doentes nos projetos e iniciativas desenvolvidas, para que as iniciativas sejam orientadas para o cidadão;
- Promover a diminuição de barreiras de acesso aos cuidados de saúde (nomeadamente através da diminuição dos utentes sem médico de família atribuído);
- Promover projetos e iniciativas que aumentem a literacia em saúde da nossa comunidade.

### Estratégias específicas dos problemas de saúde prioritários VIH/SIDA

- Prevenção Primária: *prevenir a infeção*
  - Privilegiar ações de prevenção em grupos vulneráveis: homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo, utilizadores de drogas injetáveis;
  - Ações de sensibilização sobre as populações migrantes;
  - Ações de educação sexual nas escolas.
- Prevenção Secundária: *Diagnóstico da Infeção, não perder oportunidades*
  - Tornar os profissionais de saúde mais conscientes da importância de identificar as características clínicas e epidemiológicas da infeção viral aguda por VIH, bem como dos fatores de risco, sinais e sintomas que alertam para a possibilidade de existência subjacente da infeção por VIH, tal como de outras Infeções Sexualmente Transmissíveis (particularmente a sífilis);
  - Informar a população geral para fatores de risco, sinais e

sintomas que caracterizam a infeção aguda;

**c.** Aumentar a adesão aos testes rápidos do VIH em grupos de risco no ponto de contacto com os Serviços de Saúde; O termo “rastreio” deve ser repensado e a disponibilização de testes rápidos deve ser incorporada dentro da atividade assistencial normal ou de rotina, de forma a aumentar a adesão e a diminuir o estigma.

### 3. Prevenção Terciária:

- Permitir o acesso aos melhores cuidados e terapêutica;
- Diminuir o abandono à terapêutica;
- Diminuir o estigma associado à infeção pelo VIH.

### Tuberculose

- Prevenção Primária: *Prevenir a transmissão da doença*
  - Privilegiar ações de prevenção em grupos vulneráveis;
  - Ações de sensibilização sobre as populações migrantes - Divulgar a problemática da Tuberculose em instituições de alojamento e apoio social em locais chave, como Instituições Escolares, Câmaras, Juntas de Freguesia e IPSS, através dos meios de comunicação social locais, principalmente em bairros degradados.
- Prevenção Secundária: *Diagnóstico precoce da doença, não perder oportunidades*
  - Alertar e sensibilizar os médicos da Amadora (ACES+HFF) para a necessidade de investigarem, com a realização de uma radiografia do tórax, todos os quadros de tosse persistente com mais de 2 semanas de evolução;
  - Informar a população geral para fatores de risco, sinais e sintomas que caracterizam a tuberculose;
  - Aumentar a adesão aos testes rápidos do VIH no ponto de contacto com os Serviços de Saúde, nos grupos de risco;
  - Promover o rastreio dos conviventes próximos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera;
  - Melhorar a articulação entre prestadores de cuidados na comunidade tendo em vista a maior rapidez de diagnóstico de casos suspeitos (p.e. notificação para o CDP de casos suspeitos de TP pelos Radiologistas convencionados).
- Tratamento e seguimento dos doentes/prevenir a Tuberculose Multirresistente
  - Garantir o acesso à terapêutica;
  - Promover a adesão à terapêutica;
  - Garantir a continuidade de cuidados e apoio social ao doente com Tuberculose.

### Cancro

#### Cancro da Mama e Colo do Útero

- Prevenção primária e Secundária
  - Rastrear para identificação, referência precoce e aconselhamento às mulheres em grupos etários chave;
  - Aumentar a visibilidade do problema para melhorar a adesão ao rastreio;
  - Promover a melhor prestação de cuidados possível às mulheres com cancro da mama;
  - Promover o aleitamento materno;
  - Privilegiar ações de prevenção em grupos-alvo: mulheres em idade reprodutiva;
  - Aumentar a cobertura vacinal com a vacina contra o HPV nas jovens de 13 anos (cancro do colo do útero).



2. Prevenção terciária
  - a. Apoiar mulheres sobreviventes de cancro da mama e colo do útero.

#### Cancro do Colón e Recto

##### 1. Prevenção Primária: *Informação e sensibilização, numa lógica de CAP (Conhecimentos, Atitudes e Práticas)*

- a. Promover a alimentação saudável (rica em produtos de origem vegetal, limitar o consumo de ovos e carne vermelha, substituir as gorduras de origem animal, por gorduras vegetais, como o azeite);
- b. Promover medidas de combate à obesidade (Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável);

##### 2. Prevenção Secundária:

- a. Rastrear para identificação, referenciação e aconselhamento de pessoas em risco (a partir dos 50 anos).

#### Diabetes

##### 1. Prevenção Primária: *Informação e sensibilização, numa lógica de CAP (Conhecimentos, Atitudes e Práticas)*

- a. Promover a alimentação saudável (rica em produtos de origem vegetal, limitar o consumo de ovos e carne vermelha, substituir as gorduras de origem animal, por gorduras vegetais como o azeite);
- b. Promover medidas de combate à obesidade (Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável).

##### 2. Prevenção Secundária

- a. Aumentar as atividades de rastreio em população com risco aumentado de diabetes;

##### 3. Prevenção terciária

- a. Melhorar na adesão à terapêutica.

na Amadora respeitando as orientações do PLS. A Unidade de Saúde Pública prestará apoio ao grupo coordenador no sentido de fornecer apoio técnico na gestão e interpretação da informação e consultoria sobre as melhores estratégias de implementação das diversas iniciativas.

**Gestores de Problema Prioritário (GPP)** - Os GPP devem ser apontados pelo grupo de acompanhamento. Cada problema prioritário/conjunto de problemas prioritários deve ter uma equipa constituída por um representante dos cuidados hospitalares, um dos cuidados de saúde primários e outro da sociedade civil. A função da equipa será implementar o PLS na área do problema prioritário. Para tal, deve ter em mente a implementação das estratégias presentes no plano, e articular com as estruturas já existentes no terreno de forma a não duplicar a oferta de cuidados ou de projetos.

Os gestores de Problema Prioritário deverão ter uma visão comunitária e uma abordagem populacional dos problemas. Para tal, é fundamental a intervenção e o papel ativo do Membro da Sociedade Civil.

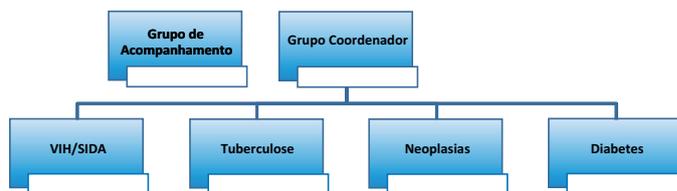


Figura 8. Organograma do modelo de governação do Plano Local de Saúde

#### Monitorização e avaliação

Durante o período de vigência do PLS, a monitorização será realizada anualmente nas reuniões do Grupo de Acompanhamento.

Destacamos que o PLS é um documento dinâmico, e as estratégias apresentadas pretendem guiar os “atores chave” em Saúde mais que impor um modelo de ação.

Até ao fim do primeiro trimestre de 2014 será criado, pela Unidade de Saúde Pública com a anuência do grupo de acompanhamento do PLS, um documento guia para o grupo coordenador avaliar a coerência estratégica das iniciativas dos Gestores de Problemas Prioritários. Para além disso, será facultada aos Gestores de Problema Prioritário um documento com os compromissos assumidos pelos parceiros na persecução dos objetivos de cada problema prioritário.

No início de 2015 e 2016 será produzido um relatório intermédio, reportando ao ano anterior, com a avaliação do processo de implementação do PLS e recomendações para o ano seguinte.

A avaliação do PLS será realizada após o término do seu período de vigência, sendo expectável a apresentação da avaliação até ao fim do primeiro semestre de 2017.

A avaliação final deve focar-se nos indicadores de resultados constantes como objetivos para os problemas prioritários. O seu cumprimento avaliará a efetividade das intervenções realizadas.

## Governação, Monitorização e Avaliação do Plano Local de Saúde

#### Governação

O Plano Local de Saúde pretende ter uma estrutura de governação o mais simples e exequível possível. A governação durante o período de vigência do plano terá a seguinte estrutura:

**Grupo de acompanhamento** – Este órgão terá a mesma composição do grupo de trabalho para a elaboração do plano. Tem como responsabilidade supervisionar a implementação do plano, articular a discussão de problemas graves que possam colocar em causa a implementação de um projeto e assegurar que todos os parceiros mantêm o empenho na execução do plano. Devem reunir-se regularmente, pelo menos 1 ou 2 vezes por ano, podendo reunir em qualquer altura que haja necessidade.

**Grupo coordenador** – É composto pelo Presidente do Conselho Clínico e de Saúde em representação dos cuidados de saúde primários, o Diretor Clínico do HFF em representação dos cuidados hospitalares e um Membro da Sociedade Civil em sua representação, apontado pelo conselho não executivo. A sua responsabilidade é de coordenar a implementação do plano, através da supervisão das equipas que gerem os projetos e assegurar que há uma coerência estratégica nos projetos de saúde



## Estratégia de Comunicação do Plano Local de Saúde

O sucesso da implementação do PLS está ancorado também na capacidade que o grupo de desenvolvimento do PLS terá de comunicar os objetivos e o valor acrescentado que advém deste documento para a nossa comunidade.

Os objetivos comunicacionais (Quadro 10) pretendem aumentar a visibilidade interna (dentro de instituições de saúde) e externa

(sociedade civil) do PLS e, para além disso, tornar mais *accountable* os intervenientes diretos no Plano.

As estratégias de comunicação apresentadas são as respeitantes só ao PLS. Posteriormente, os GPP desenvolverão, para cada problema prioritário, as estratégias de comunicação que acharem mais eficazes.

Quadro 10. Estratégia de comunicação do Plano Local de Saúde

Objetivos	População alvo	Canal	Mensagem – Chave
Aumentar o conhecimento sobre os objetivos e estratégias do PLS	Profissionais de Saúde e cuidadores	Comunicações de apresentação do Plano nos serviços	O PLS é um documento estratégico e dinâmico, desenvolvido em parceria com a comunidade.
		Livro (suporte físico) do PLS	Todos os profissionais são convidados a participar e a envolverem-se na implementação do PLS
Aumentar o envolvimento da sociedade civil	Parceiros e comunidade	Encontro de divulgação do PLS	O PLS é um documento estratégico e dinâmico, desenvolvido em parceria com a comunidade.
			Todos os profissionais são convidados a participar e a envolverem-se na implementação do PLS
			As ações devem ir de encontro às necessidades sentidas e expressas pela comunidade e não de encontro aos interesses dos prestadores
Aumentar o envolvimento da sociedade civil	Associações de utentes Grupos recreativos	Comissões sociais de freguesia	Queremos ouvir os problemas da comunidade relacionados com os objetivos do PLS
		Conselho Local de Acção Social	
		Gabinete de Apoio ao Movimento Associativo	

Abreviaturas: PLS – Plano Local de Saúde

Nota: As Mensagens – Chave não se encontram repetidas uma vez que têm uma população e um canal diferente, optou-se por escolher um pequeno número de mensagens – chave para facilitar a apreensão por parte da população-alvo.



## Bibliografia

1. Alto Comissariado da Saúde. WebSIG Mapas Interactivos. [Online] 4 de 12 de 20011. [Citação: 3 de Setembro de 2013.]  
<http://www.websig.acs.min-saude.pt/websig/acsv2/gui/index.php?par=acs&lang=pt>.
2. Direcção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2012.
3. The World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*. Copenhagen Ø, Denmark: The World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, 2010.
4. ARSLVT, Grupo de Autoridades de Saúde da. *Normas para a orientação da construção de um perfil de saúde mínimo*. Lisboa : ATRSLVT, I.P., 2013.
5. Pineault, R e Daveluy, Carole. *La planificación sanitaria –conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona : Masson, S.A y Salude y Gestión, 1987.
6. Wright, Jonh e Kyle, Dee. *Oxford Handbook of Public Health Practice*. s.l. : Pencheon, David, ed., 2006.
7. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. . *Curso de Planeamento em Saúde - Orientações para a condução de grupos nominais*. . Porto : Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. , 2011.
8. *PLANOS LOCAIS DE SAÚDE: Termos de Referência para a sua construção (Parte I)*. Administração Regional de Saúde do Norte - Departamento de Saúde Pública. Porto : Administração Regional de Saúde do Norte, 2011.
9. Tavares, A. *Determinação de prioridades Modulo Estratégias de Acção e Planeamento em Saúde*. Lisboa : (Adaptado do conteúdo das aulas), 2012.
10. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Online] Direcção Geral da Saúde, 2012. [Citação: 12 de Dezembro de 2013.] <http://pns.dgs.pt/2010/03/30/planear-estrategias-saude/#comentarios>.
11. National Health System - Health Knowledge. Theories of strategic planning. [Online] National Health System - Health Knowledge, 2011. <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5d-theory-process-strategy-development/strategic-planning>.
12. *Plano Local de Saúde - Identificação e priorização dos Recursos da Comunidade*. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Porto : Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., 2011.
13. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Indicadores e Metas em Saúde*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2012. [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores\\_e\\_Metas\\_em\\_Saude\\_.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude_.pdf).
14. *Programa Nacional para a Diabetes - Orientações Programáticas*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2012.
15. *Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA - Orientações Programáticas*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2012.
16. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável -Orientações Programáticas*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa : s.n., 2012.

17. *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Orientações Programáticas*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa : s.n., 2012.

18. *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares - Orientações Programáticas*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa : s.n., 2012.

19. *Uma abordagem conjunta da doença nos concelhos de Amadora e Sintra*. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, ACES Amadora, Cacém-Queluz, Algueirão Rio de Mouro, Sintra Mafra. Amadora : s.n., 2012.

20. e-Boletim Palavra de ACES (Fonte SIARS). ACES Amadora . Amadora : ACES Amadora, 2013.

21. Abordagem Epidemiológica da Utilização do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (tese mestrado). Loureiro, Adriana. Disponível em [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18501/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Adrina\\_Loureiro.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18501/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Adrina_Loureiro.pdf), Coimbra : Faculdade de Letras, 2011.

22. *Projection of diabetes burden through 2050: impact of changing demography and disease prevalence in the U.S*. Boyle JP, Honeycutt AA, Narayan KM, Hoerger TJ, Geiss LS, Chen H, Thompson TJ. s.l. : Diabetes Care , 2001, Vols. 24(11):1936-1940.

## Acrónimos e siglas

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (extinto em 2011)
- AJPAS - Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde
- ARSLVT – Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo
- CAP- Conhecimentos, Atitudes e Práticas
- CCS – Conselho Clínico e de Saúde (ACES)
- CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico
- CMA – Câmara Municipal da Amadora
- DDO – Doença de Declaração Obrigatória
- DE – Diretor Executivo (ACES)
- DSP – Departamento de Saúde Pública (ARSLVT)
- HFF – Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca
- GPP – Gestores de Problema Prioritário
- HTA – Hipertensão Arterial
- IC - Intervalo de Confiança
- IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- JMI – Junta Médica de Incapacidade
- NUT - Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas
- PCCS – Presidente do Conselho Clínico e de Saúde
- PNV – Programa Nacional de Vacinação
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONG – Organização Não Governamental
- PLS – Plano Local de Saúde
- RMP – Razão de Mortalidade Padronizada
- RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo
- RSI – Rendimento Social de Inserção
- SIARS – Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
- TB – Tuberculose
- TP – Tuberculose Pulmonar
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- USF – Unidade de Saúde Familiar
- USP – Unidade de Saúde Pública
- VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Entidades promotoras do desenvolvimento:



Entidades parceiras do desenvolvimento:

