



PLSAR

**Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho
2025-2030**

Conectados pelo Tejo, unidos pela Saúde

Ficha Técnica

Título

Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho 2025-2030
Conectados pelo Tejo, unidos pela Saúde

Editor

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Ana Teresa Xavier

Coordenadora da Unidade de Saúde Pública

Lina Guarda

Coordenação técnica

Lina Guarda

Bárbara S. Vieira

Esmeralda Pereira

Patrícia Martins

Paulo Silva

Raquel Santos

Contributos

Iria Velez.

Em edição.

Correio eletrónico de contacto

usp.arcoribeirinho@ulsar.min-saude.pt

Índice

1. Enquadramento.....	1
2. Caracterização do Território	5
3. Diagnóstico de Situação de Saúde.....	8
4. Piorização dos Problemas de Saúde	12
5. Prognóstico de Saúde	15
6. Objetivos Gerais e Específicos.....	18
7. Estratégias de Intervenção	23
8. Plano de Comunicação	29
9. Plano de Implementação	32
10. Monitorização e Avaliação	35

Documento em progresso

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo conceptual da relação entre sustentabilidade, determinantes e problemas de saúde do Plano Nacional de Saúde 2030	2
--	---

Índice de quadros

Quadro 1 - Objetivos gerais e específicos do PLSAR para o horizonte temporal do ano 2030	19
Quadro 2 – Grandes linhas de orientação estratégica e estratégias de intervenção do PLSAR.....	24
Quadro 3 - Indicadores e respetivos valor de referência, meta e fonte para a avaliação do PLSAR	36

Documento em progresso

Lista de siglas e abreviaturas

IPSS	Instituições particulares de solidariedade social
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PLSAR	Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho
PNS	Plano Nacional de Saúde
ULSAR	Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho
USPAS	Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio

Documento em progresso

1. Enquadramento

A saúde representa, em qualquer sociedade, um dos pilares fundamentais da dignidade humana, do bem-estar coletivo e do desenvolvimento sustentável. Neste contexto, o planeamento em saúde constitui uma ferramenta estratégica indispensável, que permite responder de forma adequada às necessidades da população, através de políticas baseadas na evidência, da participação ativa das comunidades e da articulação intersectorial. Em consonância com o disposto na **Lei de Bases da Saúde**, os **Planos Locais de Saúde** assumem um papel essencial enquanto instrumentos operacionais da política de saúde pública, assegurando a **territorialidade das estratégias nacionais** e a adaptação às especificidades locais.

O **Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho (PLSAR)**, para o período de 2025 a 2030, enquadra-se neste contexto normativo e político, refletindo uma visão integrada da saúde enquanto responsabilidade coletiva e transversal da qualidade de vida. Este plano abrange os concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo, no distrito de Setúbal, e representa um compromisso regional com a **promoção da saúde, a prevenção da doença e a redução das desigualdades**, mobilizando os diversos agentes locais num esforço conjunto e sustentado.

O enquadramento estratégico do PLSAR articula-se com o **Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030)**, cuja visão central assenta na construção de uma sociedade mais saudável, inclusiva e equitativa, e que propõe cinco grandes desígnios nacionais: reduzir as desigualdades; promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis; minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais na saúde; reduzir de um modo integrado a carga das doenças transmissíveis e das não transmissíveis; e manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já controlados (Figura 1). Estes desígnios encontram expressão local neste plano, através de **objetivos e estratégias adaptadas à realidade do Arco Ribeirinho**, em linha com os princípios da equidade, sustentabilidade, literacia e proximidade.

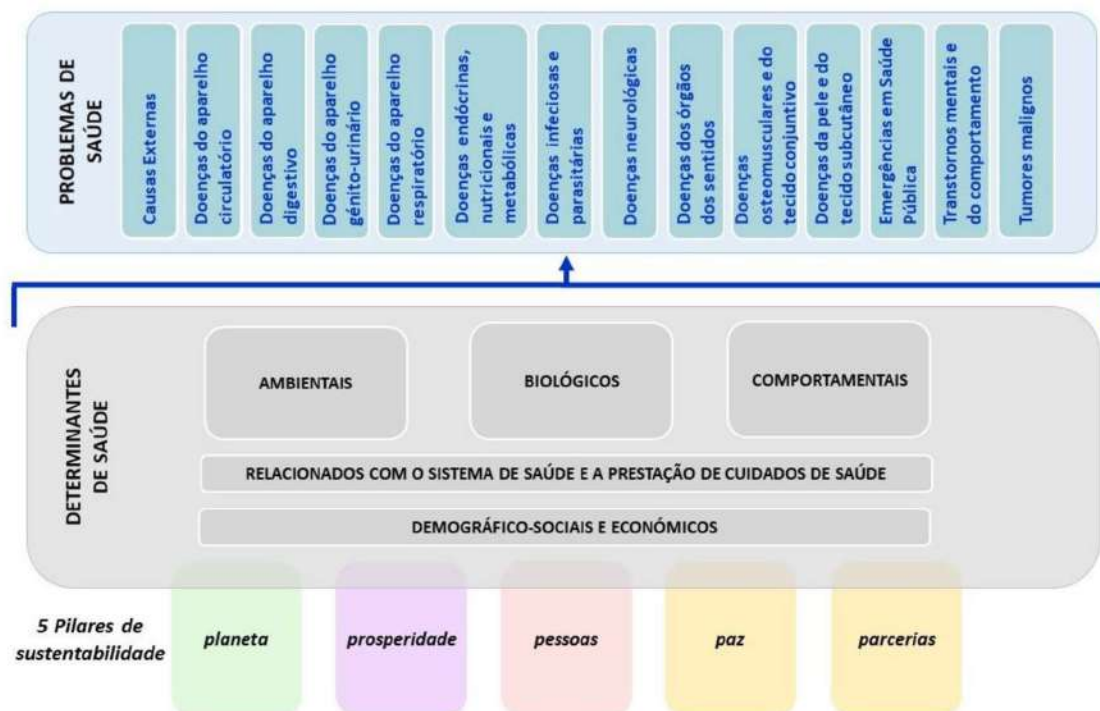


Figura 1 - Modelo conceptual da relação entre sustentabilidade, determinantes e problemas de saúde do Plano Nacional de Saúde 2030

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2030

Simultaneamente, o plano encontra-se alinhado com os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)** da **Agenda 2030 das Nações Unidas**, especialmente com o ODS 3 — "Saúde de Qualidade", e com os ODS 1, 4, 5, 10, 11, 12 e 17, relativos à erradicação da pobreza, educação de qualidade, igualdade de género, redução das desigualdades, cidades sustentáveis, ação climática e parcerias, respetivamente. A integração destes objetivos traduz-se na promoção de ambientes saudáveis, no reforço dos cuidados primários, na valorização dos determinantes sociais e ambientais da saúde, e no combate às desigualdades estruturais que condicionam o acesso à saúde.

A **abordagem One Health**, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, está igualmente incorporada no PLSAR, ao assumir a interdependência entre saúde humana, animal e ambiental. O território do Arco Ribeirinho enfrenta desafios concretos relacionados com a qualidade do ar, a pressão urbanística, a exposição a riscos naturais e a necessidade de adaptação às alterações

climáticas. Por isso, o plano prevê intervenções integradas nos domínios da saúde ambiental, nomeadamente da mobilidade sustentável, da gestão de resíduos e da criação de espaços verdes, promovendo **modelos de desenvolvimento urbano saudáveis e resilientes**.

A **elaboração do PLSAR** responde à necessidade de dispor de um instrumento de planeamento que traduza, a nível local, os grandes desafios e orientações estratégicas nacionais e internacionais, mas que seja também enraizado nas realidades concretas da população da região. Neste sentido, o plano visa integrar os contributos dos **determinantes socioeconómicos, culturais e ambientais da saúde**, considerando a sua influência cumulativa e estrutural na saúde das pessoas e comunidades. A necessidade de atuar sobre os determinantes positivos da saúde e sobre os fatores de risco para a doença, justifica a conceção de um plano de saúde que ultrapasse o setor da saúde, envolvendo todos os setores da sociedade.

A **justificação para a elaboração do plano** resulta da constatação de desafios persistentes e complexos no território abrangido. O **Perfil de Saúde do Arco Ribeirinho 2024** (documento anexo 1) destaca um conjunto de **fragilidades estruturais e emergentes**: envelhecimento demográfico nos concelhos do Barreiro e da Moita; aumento da população imigrante em Alcochete e no Montijo, com necessidades próprias de integração; elevada carga de doenças crónicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*; problemas emergentes em saúde mental e isolamento social; desigualdades no acesso aos cuidados de saúde; e baixa literacia em saúde.

Estas realidades impõem a definição de estratégias locais bem fundamentadas, com capacidade de mobilizar os recursos disponíveis e de promover **respostas intersectoriais e sustentáveis**. A **Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho (ULSAR)**, através da sua **Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (USPAS)**, assume a liderança técnica do processo, assegurando a coerência metodológica, a articulação entre entidades e alinhamento das propostas com os dados disponíveis.

O PLSAR tem como **finalidade** melhorar o estado de saúde da população ao longo do ciclo de vida, promovendo a equidade no acesso e reduzindo desigualdades, através da prevenção primária, da capacitação comunitária, da literacia em saúde e de modelos de governação colaborativa em saúde.

A **metodologia adotada** na elaboração do plano segue os princípios definidos pelo **Guia de Apoio ao Planeamento Subnacional em Saúde Sustentável**, da Direção-Geral da Saúde, e assenta num modelo de planeamento estratégico de base populacional, que se estrutura em torno das seguintes etapas: diagnóstico de situação; identificação e priorização de problemas; definição de objetivos; seleção de estratégias; implementação; monitorização; e avaliação de resultados. Este ciclo permite assegurar a coerência interna do plano e a sua flexibilidade para se adaptar às mudanças.

O processo de planeamento foi conduzido de forma **participativa**, incluindo diferentes níveis de representação: técnica, institucional e comunitária. Foram envolvidos os parceiros locais, internos e externos, incluindo autarquias, escolas e agrupamentos escolares, instituições particulares de solidariedade social (IPSS), segurança social, forças de segurança, associações locais, comissões de utentes e serviços de saúde, com o objetivo de construir uma visão partilhada, identificar prioridades sentidas e validar propostas de ação. Esta abordagem reflete os princípios da **saúde em todas as políticas** e da **participação comunitária**, segundo o qual os cidadãos devem participar ativamente na definição das políticas que afetam a sua saúde e bem-estar.

O PLSAR está, assim, estruturado para se afirmar como um **instrumento dinâmico e orientado para resultados**, que não se esgota na produção de um documento técnico, mas se assume como um **processo contínuo de concertação, aprendizagem e inovação**. O seu sucesso dependerá da capacidade de manter um compromisso ativo entre todos os parceiros envolvidos, garantir os recursos necessários, fomentar uma cultura de avaliação e partilhar responsabilidades num projeto comum de saúde e bem-estar para todos.

2. Caracterização do Território

A área de intervenção do PLSAR corresponde ao território da **ULSAR**, abrangendo os concelhos de **Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo**. Esta região, situada na margem sul do Estuário do Tejo, pertence ao distrito de Setúbal e integra-se na Área Metropolitana de Lisboa. Apresenta uma elevada densidade populacional, com diversidade socioeconómica e cultural, e enfrenta desafios estruturais e emergentes em matéria de saúde e bem-estar.

Em 2021, de acordo com os dados dos Censos, a população residente total na área da ULSAR era de **219.455 pessoas**, distribuída da seguinte forma:

- **Barreiro:** 78.833 habitantes;
- **Montijo:** 55.732 habitantes;
- **Moita:** 64.338 habitantes;
- **Alcochete:** 20.552 habitantes.

O concelho de **Alcochete** caracteriza-se por uma densidade populacional inferior aos restantes concelhos da região. Tem registado um **crescimento demográfico moderado**, motivado pela atratividade habitacional junto de famílias jovens, com destaque para a proximidade à ponte Vasco da Gama e à capital. Este crescimento tem sido acompanhado por uma **melhoria dos indicadores de escolaridade e rendimento**, posicionando Alcochete como um território com potencial para desenvolver estratégias preventivas e de promoção da saúde. Contudo, o **índice de envelhecimento tem aumentado**, o que reforça a necessidade de planear respostas adequadas à população sénior, sobretudo em termos de cuidados continuados e envelhecimento ativo.

O **Barreiro** é o concelho com o maior número de habitantes e com a maior densidade populacional do Arco Ribeirinho. Enfrenta **desafios ao nível social e da saúde**, com destaque para a taxa de desemprego acima da média nacional, a precariedade habitacional em algumas zonas urbanas e a prevalência elevada de doenças crónicas não transmissíveis, como a **diabetes mellitus**, a **hipertensão arterial** e a **doença respiratória crónica**. A estrutura etária revela um **índice de envelhecimento acentuado**, traduzido num elevado número de pessoas com mais de

65 anos, com especial concentração nas freguesias urbanas. O concelho conta com zonas socialmente vulneráveis, onde coexistem baixos níveis de escolaridade e rendimentos médios reduzidos. A elevada procura de cuidados de saúde e os problemas relacionados com o acesso e continuidade dos mesmos constituem áreas prioritárias de intervenção.

O concelho da **Moita** apresenta uma distribuição heterogénea da sua população entre áreas urbanas e semiurbanas. Algumas freguesias, como a União das Freguesias da Baixa da Banheira e Vale da Amoreira, revelam **fragilidades sociais**, traduzidas em baixa escolaridade, desemprego estrutural e níveis elevados de dependência económica. Esta realidade tem implicações diretas nos determinantes sociais da saúde, como o acesso a alimentação equilibrada, habitação condigna e mobilidade. Embora algumas zonas do concelho possuam uma estrutura demográfica mais jovem, coexistem **áreas marcadas por envelhecimento acelerado** e isolamento social. O atual acesso aos cuidados de saúde em **certas freguesias** motiva a necessidade de reforçar os recursos humanos e técnicos nas unidades funcionais existentes. O envolvimento das estruturas locais é determinante para combater a exclusão social e promover redes de apoio comunitário eficazes.

O concelho do **Montijo** destaca-se pelo seu crescimento demográfico sustentado ao longo da última década. Este aumento deve-se em parte à **imigração**, o que imprime ao território um **caráter multicultural** e desafia a capacidade de resposta dos serviços públicos. As necessidades linguísticas, culturais e sociais da população migrante implicam a adaptação das estratégias de promoção da saúde e dos cuidados prestados. O crescimento urbano e a expansão das zonas residenciais exigem planeamento de infraestruturas e recursos em saúde. Ao mesmo tempo, surgem **oportunidades** para a requalificação de espaços verdes, para o incentivo à mobilidade ativa e para a redução da exposição a fatores de risco ambientais.

A análise conjunta dos quatro concelhos revela uma região **heterogénea**, com **assimetrias entre áreas mais desenvolvidas e zonas com múltiplas vulnerabilidades**. O **envelhecimento da população** é um traço comum, embora mais acentuado no Barreiro e na Moita. Para os concelhos de Alcochete e do Montijo afiguram-se novos desafios e oportunidades no campo da integração e da multiculturalidade. Os **indicadores sociais e económicos**, nomeadamente o **índice de**

privação, o número de beneficiários do Rendimento Social de Inserção e a taxa de desemprego, variam entre concelhos, sendo globalmente superiores à média nacional em certas freguesias.

Documento em progresso

3. Diagnóstico de Situação de Saúde

O diagnóstico de situação de saúde constitui um pilar fundamental no planeamento em saúde, permitindo identificar os principais desafios, vulnerabilidades e oportunidades do território. Para o PLSAR foram integrados dados quantitativos e dados qualitativos, permitindo uma leitura abrangente e multidimensional.

Estado de Saúde da População

Os dados epidemiológicos disponíveis evidenciam uma **carga relevante de doenças crónicas não transmissíveis**, com especial destaque para a **hipertensão arterial**, a **diabetes mellitus**, as **doenças cardiovasculares** e as **doenças respiratórias crónicas**. Estas patologias representam as principais causas de morbilidade e mortalidade na região, refletindo o impacto cumulativo dos estilos de vida, dos determinantes sociais e do envelhecimento da população.

A **saúde mental** emerge como um dos maiores desafios, com um número crescente de diagnósticos relacionados com ansiedade, depressão e *stress* crónico. A escassez de respostas especializadas na área da saúde mental e o estigma associado ao sofrimento psíquico contribuem para o subdiagnóstico e para a demora no acesso ao tratamento.

Em termos de **morbilidade evitável**, regista-se um número elevado de episódios relacionados com doenças que poderiam ser prevenidas, diagnosticadas e tratadas precocemente, como as infeções respiratórias, as infeções sexualmente transmissíveis, o agravamento de doenças crónicas e as complicações metabólicas. Estes dados reforçam a importância de investir na **prevenção nos seus diversos níveis, primária, secundária, terciária e quaternária**, e na **gestão integrada da doença**.

As **principais causas de morte** na região incluem as doenças cardiovasculares, os tumores malignos, a diabetes *mellitus* e as doenças respiratórias. A **mortalidade prematura** e os **anos potenciais de vida perdidos** continuam elevados, evidenciando ainda desigualdades territoriais e apontando para a necessidade de estratégias dirigidas aos determinantes de saúde.

Os fatores comportamentais modificáveis como o tabagismo, a alimentação desequilibrada, o sedentarismo, o consumo de álcool e a exposição ambiental a poluentes, contribuem para a carga de doença e de mortalidade.

Saúde Infantil e Materna

A **saúde infantil** apresenta indicadores positivos, com baixas taxas de mortalidade infantil e com elevada cobertura vacinal. Ao nível da **saúde materna** verifica-se uma assimetria na vigilância da gravidez. Consta-se uma tendência decrescente do número de nados-vivos em mães com idade superior a 35 anos, representando ainda uma elevada proporção de nados-vivos na área geográfica (28,1%). Persistem desafios em contextos específicos, nomeadamente entre a **população migrante** e nos **grupos com baixos níveis de literacia em saúde**. A promoção do aleitamento materno, da parentalidade positiva e da educação sexual e reprodutiva continuam a ser áreas a consolidar.

Saúde Sénior

A **população com idade superior a 65 anos**, em crescimento em todos os concelhos, enfrenta riscos acrescidos de isolamento, multimorbilidade e dependência. A resposta a estas necessidades requer programas de **envelhecimento ativo, cuidados continuados integrados**, redes de apoio informal e **articulação entre saúde e ação social**. A escassez de respostas formais e o desgaste dos cuidadores informais agravam a vulnerabilidade desta população.

Grupos Vulneráveis

Na área geográfica do Arco Ribeirinho verificam-se vulnerabilidades sociais que influenciam negativamente a saúde da população, nomeadamente um elevado número de **beneficiários do Rendimento Social de Inserção, desempregados e de imigrantes em processo de regularização**. Constatam-se ainda condições de **habitação precária e fenómenos de exclusão social** em zonas urbanas mais antigas e bairros sociais. Estes grupos enfrentam múltiplas barreiras no acesso a cuidados de saúde e na integração social.

Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde

A área geográfica do Arco Ribeirinho revela **desigualdades socioeconómicas** entre freguesias e concelhos. Os determinantes onde se verificam as maiores desigualdades são a **escolaridade, o emprego, a habitação, a mobilidade e o acesso a equipamentos culturais, desportivos e de saúde**. O **índice de privação material e social** apresenta valores elevados em algumas zonas da Moita e do Barreiro, refletindo a presença de contextos sociais vulneráveis e cumulativamente desfavorecidos.

O **ambiente urbano e natural** da região também condiciona a saúde. A poluição atmosférica, a pressão urbanística, a escassez de espaços verdes e a exposição a riscos naturais (inundações, sismos, temperaturas extremas) são fatores que afetam o bem-estar físico e mental da população. O acesso limitado a espaços seguros para a prática de atividade física, o ruído urbano e os constrangimentos nos transportes públicos reforçam o impacto dos determinantes ambientais negativos.

Acesso aos Cuidados de Saúde

A cobertura dos **cuidados de saúde primários** ainda revela assimetrias. Algumas unidades registam listas de utentes sem médico de família atribuído, tempos de espera prolongados e dificuldades no acesso, particularmente nos cuidados de saúde oral e de saúde mental. A **falta de proximidade dos serviços** em certas freguesias, aliada a limitações na mobilidade da população idosa, compromete a equidade no acesso.

Apesar da elevada taxa de vacinação e da qualidade técnica das unidades existentes, verifica-se necessidade de reforçar o número de profissionais, melhorar a articulação com os cuidados hospitalares e integrar respostas comunitárias, especialmente para **populações em risco social, pessoas idosas isoladas e migrantes**.

Atualmente, na ULSAR, verifica-se que algumas valências hospitalares não existem e que algumas não asseguram de forma continuada o seu funcionamento. Verifica-se também que, de acordo com os últimos dados disponíveis referentes a março de 2025, 60,4% das primeiras consultas a nível hospitalar se realizaram em tempo adequado e que 68,3% dos utentes inscritos na lista de inscritos para cirurgia apresentava um tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantida.

Os dados relativos à estratificação pelo risco da população inscrita na ULSAR podem ser consultados no document anexo 2.

Perceção da Saúde pela População

Embora os dados qualitativos recolhidos na região ainda sejam limitados, estes apontam para uma **perceção generalizada de insuficiência na proximidade e rapidez dos cuidados**, bem como uma **preocupação crescente com a saúde mental, solidão e falta de atividade física**. A

valorização da promoção da saúde nas escolas, o desejo de maior envolvimento das autarquias e a necessidade de mais informação acessível em saúde são também identificadas como prioridades.

Documento em progresso

4. Piorização dos Problemas de Saúde

A priorização de problemas de saúde constitui uma etapa essencial no ciclo de planeamento, permitindo selecionar, de forma fundamentada, os temas que requerem intervenção prioritária e estruturada. Este processo teve por base o **diagnóstico** epidemiológico e social, o **PNS 2030** e os **contributos** recolhidos ao longo do processo de elaboração do PLSAR.

A metodologia adotada seguiu os critérios recomendados no PNS 2030, nomeadamente:

- **Magnitude** – Número de pessoas afetadas pelo problema;
- **Gravidade** – Impacto do problema na qualidade de vida, morbilidade, mortalidade e anos de vida perdidos;
- **Vulnerabilidade** – Probabilidade de agravamento do problema na ausência de intervenção;
- **Potencial de Mudança** – Viabilidade de modificar a situação através de políticas, programas e ações locais.

Com base na análise integrada destes critérios e na leitura contextual do território, foram identificados os seguintes problemas como **prioritários para a região do Arco Ribeirinho**:

1. Elevada Carga de Doenças Crónicas Não Transmissíveis e de Doenças Transmissíveis

A elevada prevalência de **hipertensão arterial**, **diabetes mellitus**, **doença cardiovascular**, **doença pulmonar obstrutiva crónica** e **tumores malignos** contribui para as principais causas de mortalidade e incapacidade na região, com necessidade de respostas diferenciadas e continuadas dos serviços de saúde. Estas patologias apresentam fatores de risco comuns, nomeadamente os relacionados com o estilo de vida, a baixa literacia em saúde e fatores socioeconómicos adversos.

As **doenças reemergentes**, como a Tuberculose, continuam a constituir um problema de saúde pública. O Dengue e a Malária, à semelhança de outras **doenças transmitidas por vetores**, apresentam-se como um desafio associado às alterações climáticas e à introdução de espécies de vetores no território do Arco Ribeirinho. Paralelamente, tem-se constatado o aumento da

incidência de **infecções sexualmente transmissíveis** na população adulta jovem, traduzindo comportamentos de risco nesta faixa etária.

2. Problemas de Saúde Mental

Os **problemas de saúde mental** emergiram como problema transversal e crescente, afetando crianças, jovens, adultos e idosos. O aumento dos casos de ansiedade, depressão, *stress* ocupacional e sofrimento psicológico exige respostas mais próximas, integradas e adaptadas à realidade local. A escassez de respostas especializadas e o estigma constituem importantes obstáculos a um diagnóstico precoce e acompanhamento adequado. A intervenção deverá incluir a **promoção do bem-estar emocional** nos diferentes contextos (por exemplo, escolar, laboral), o **reforço da resposta em cuidados de saúde mental de proximidade** e o **apoio a grupos**, como cuidadores informais e vítimas de violência.

3. Iniquidades e Exclusão Social

A presença de **zonas de forte privação social**, o **desemprego**, a **habitação precária** e a **baixa escolaridade** são fatores que contribuem para o ciclo de doença e desigualdade. Estes contextos condicionam não só a participação nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, bem como o acesso aos serviços de saúde. A intervenção sobre estes fatores deverá ser **intersectorial**, entre saúde, autarquias, segurança social, educação, habitação e cultura, sendo essencial a participação da comunidade para o seu sucesso.

4. Iniquidade no Acesso a Cuidados de Saúde

Embora a maioria da população esteja coberta por unidades de cuidados primários, persistem **zonas sem médico de família**, **esperas prolongadas** e **limitações no acesso à saúde oral, mental e preventiva**. A escassez de profissionais e a fragmentação entre níveis de cuidados afetam a equidade e a continuidade dos cuidados. Este problema será enfrentado através do **reforço dos recursos humanos**, da **integração funcional das respostas** e da **expansão de modelos de cuidados de proximidade**.

O envelhecimento da população requer ainda o acesso a respostas em saúde diferenciadas e ajustadas às necessidades dos idosos (polimedicação, doenças crónicas, cuidados domiciliários).

Ressalva-se a necessidade de melhoria no acesso aos cuidados de saúde também para a população migrante, que exige uma abordagem que responda à **interculturalidade**, que garanta **acesso equitativo** e **comunicação eficaz**. A ausência de mediadores culturais, a insegurança documental e o desconhecimento do sistema de saúde afetam a utilização adequada dos serviços. A inclusão deste grupo como prioridade permitirá desenvolver ações orientadas para a **integração e a equidade**.

5. Baixa Literacia em Saúde

A **baixa literacia em saúde**, associada a baixos níveis de escolaridade e competências digitais, limita a capacidade da população para aceder, compreender e aplicar informação em saúde. Esta limitação condiciona a adesão a programas de promoção e proteção da saúde, o uso adequado dos serviços e a gestão das doenças crónicas. A melhoria da literacia resulta, por exemplo, de **ações educativas em diferentes contextos** (como escolas, centros comunitários, IPSS) e da **criação de materiais acessíveis e culturalmente ajustados**.

5. Prognóstico de Saúde

O prognóstico de saúde representa uma projeção dos cenários possíveis de evolução do estado de saúde da população, tendo por base a situação atual, as tendências demográficas, os dados epidemiológicos e o impacto previsto das intervenções. Esta análise permite estimar os ganhos potenciais em saúde, bem como a evolução dos problemas em caso de inação, fornecendo uma base racional para a definição das metas e das prioridades estratégicas.

Cenários de Evolução Sem Intervenção

Caso não sejam implementadas intervenções coordenadas e eficazes, os dados sugerem a manutenção ou agravamento de vários problemas de saúde na região do Arco Ribeirinho:

- A **prevalência de doenças crônicas** continuará a aumentar, especialmente entre a população idosa e em grupos com baixo rendimento e literacia em saúde. A hipertensão, diabetes e doenças respiratórias tenderão a agravar-se, levando ao aumento das hospitalizações evitáveis e da mortalidade prematura.
- A **saúde mental** continuará a deteriorar-se, com maior incidência de quadros ansiosos e depressivos entre jovens, adultos em idade ativa e cuidadores informais. A ausência de uma resposta de proximidade poderá conduzir ao aumento das situações de sofrimento psicológico não identificado e ao uso inadequado dos serviços de urgência.
- A **exclusão social** poderá acentuar-se, sobretudo em contextos marcados por desemprego de longa duração, habitação precária e degradação urbana. O risco de isolamento, nomeadamente entre idosos, migrantes e pessoas com deficiência, aumentará.
- A **pressão sobre os serviços de saúde** tenderá a intensificar-se, com impacto negativo na qualidade do atendimento, tempos de espera e capacidade de resposta aos casos complexos. Sem reforço de recursos humanos e reorganização de serviços, o sistema local poderá tornar-se mais reativo e menos eficiente.

- A **literacia em saúde** permanecerá baixa em zonas de maior vulnerabilidade social, perpetuando dificuldades no uso adequado da informação e dos serviços de saúde, na adesão a programas de prevenção e na gestão da doença crónica.

Tendências Demográficas e de Saúde

As projeções demográficas apontam para um **envelhecimento** da população, particularmente nos concelhos do Barreiro e da Moita, com aumento da proporção de pessoas com mais de 65 anos e de situações de dependência funcional. Esta evolução exige reforço dos serviços de apoio domiciliário, cuidados continuados e estratégias de envelhecimento ativo.

Nos concelhos de Alcochete e do Montijo, prevê-se um crescimento populacional, com **famílias jovens e migrantes**, o que trará novas exigências aos serviços de saúde, nomeadamente no acompanhamento materno-infantil, vacinação, saúde escolar e cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

A tendência de aumento da prevalência de **doenças crónicas** deverá manter-se, exigindo maior investimento nos rastreios de base populacional, no diagnóstico precoce e na gestão de doenças em ambulatório, com reforço da proximidade dos cuidados. A existência de fatores de risco, como sedentarismo, alimentação inadequada, consumo de tabaco e álcool, poderá reforçar esta tendência, caso não sejam implementadas ações eficazes de promoção da saúde.

O aumento da **complexidade dos casos sociais** é igualmente expectável, exigindo intervenções integradas, articulando saúde, autarquia, ação social, habitação e educação.

Impacto Previsto das Intervenções

A implementação das intervenções no PLSAR deverá permitir reverter algumas tendências e gerar **ganhos em saúde e qualidade de vida**, nomeadamente:

- **Redução da incidência e complicações das doenças crónicas**, através da melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários, do reforço da literacia em saúde e da promoção de estilos de vida saudáveis;

- **Melhoria do bem-estar psicológico**, com a criação de respostas comunitárias de saúde mental, continuidade e apoio aos projetos de desenvolvimento de competências socio-emocionais, formação contínua dos profissionais e apoio a grupos vulneráveis;
- **Reforço da equidade no acesso aos cuidados**, através da maior proximidade dos serviços, integração de respostas sociais e adaptação dos serviços à diversidade cultural;
- **Aumento da participação do cidadão e da corresponsabilização**, através do envolvimento ativo da comunidade, das escolas, das autarquias e das organizações da sociedade civil;
- **Fortalecimento da governação local em saúde**, com modelos colaborativos e partilha de responsabilidades entre instituições, potenciando sinergias e a utilização dos recursos já existentes.

Espera-se ainda uma **melhoria dos indicadores de saúde** da região, nomeadamente a redução dos internamentos hospitalares evitáveis, da mortalidade prematura por doenças crónicas e do número de pessoas sem médico de família atribuído. Prevê-se igualmente uma **valorização da promoção da saúde e da prevenção** face ao modelo tradicional centrado na doença, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde.

6. Objetivos Gerais e Específicos

Este capítulo apresenta os objetivos gerais e específicos do PLSAR, definidos com base nos problemas de saúde identificados como prioritários, nas tendências demográficas e epidemiológicas da região. A formulação dos objetivos respeita os critérios **SMART** (específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e com horizonte temporal definido). Os objetivos encontram-se alinhados com os cinco desígnios do Plano Nacional de Saúde 2030:

1. Reduzir as desigualdades;
2. Promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis;
3. Minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais na saúde;
4. Reduzir de um modo integrado a carga das doenças transmissíveis e das não transmissíveis;
5. Manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já controlados.

Quadro 1 - Objetivos gerais e específicos do PLSAR para o horizonte temporal do ano 2030

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Objetivo Geral 1 <i>Diminuir a prevalência e complicações associadas à hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, respiratórias e oncológicas.</i>	Objetivo Específico 1.1. Aumentar em 20,0% a proporção de utentes hipertensos com idade entre os 18 e os 65 anos, com pressão arterial < 140/90 mmHg.
	Objetivo Específico 1.2. Aumentar em 20,0% a proporção de utentes hipertensos com registo de avaliação do risco cardiovascular.
	Objetivo Específico 1.3. Aumentar em 20,0% a proporção de diabéticos com < 65 anos com HbA1c ≤ 6,5%.
	Objetivo Específico 1.4. Diminuir em 10,0% a letalidade a 30 dias por AVC isquémico.
	Objetivo Específico 1.5. Diminuir em 10,0% a letalidade a 30 dias por AVC hemorrágico.
	Objetivo Específico 1.6. Diminuir em 10,0% a letalidade em internamento por asma ou DPOC nos adultos.
	Objetivo Específico 1.7. Aumentar em 25,0% a proporção de utentes, com idade ≥ a 50 e < aos 75 anos, que realizou rastreio de cancro colorretal.

Objetivo Geral 2. <i>Diminuir a incidência das doenças transmissíveis.</i>	Objetivo Específico 2.1. Manter uma incidência cumulativa de tuberculose respiratória em valores inferiores a 20 casos por 100.000 habitantes na área geográfica do Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 2.2. Manter ou aumentar a cobertura da vacina contra o sarampo aos 5 anos.
	Objetivo Específico 2.3. Manter ou aumentar a cobertura da vacina contra o tétano nos utentes com idade ≥ 25 anos.
Objetivo Geral 3. <i>Reforçar a prevenção, deteção precoce e resposta comunitária aos problemas de saúde mental.</i>	Objetivo Específico 3.1. Criar ou reforçar a equipa comunitária de saúde mental, com resposta de proximidade nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 3.2. Realização de intervenções dirigidas ao desenvolvimento de competências socioemocionais em contexto escolar em pelo menos 80% dos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas, onde for identificada essa necessidade.
	Objetivo Específico 3.3. Identificar e divulgar as respostas integradas existentes e respetivos circuitos de prevenção, de redução de riscos e minimização de danos dirigidos aos utentes com dependências com e sem substância no Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 3.4. Desenvolver ações de prevenção, deteção precoce e resposta adequada à violência em todas as fases do ciclo de vida, garantindo a articulação interinstitucional.

Objetivo Geral 4. <i>Reforçar a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação sobre saúde para promover e manter a saúde.</i>	Objetivo Específico 4.1. Criar e reforçar os programas de promoção e de literacia em saúde, nomeadamente para a população sénior, para a comunidade escolar e para a população em idade ativa, nos quatro concelhos.
	Objetivo Específico 4.2. Produzir e distribuir materiais em linguagem clara e acessível, incluindo versões digitais e traduzidas.
	Objetivo Específico 4.3. Assegurar uma vida digna, saudável e participada às pessoas idosas.
Objetivo Geral 5. <i>Intervir sobre os fatores ambientais que condicionam a saúde.</i>	Objetivo Específico 5.1. Assegurar o valor mínimo de 99,0 % do indicador de água segura nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 5.2. Assegurar uma proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais superior ou igual a 98,0 % nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.
	Objetivo Específico 5.3. Aumentar o número de espaços verdes existentes nos quatro concelhos.
	Objetivo Específico 5.4. Aumentar a oferta de mobilidade verde, com extensão das ciclovias e incentivo à utilização dos transportes públicos.
	Objetivo Específico 5.5. Criação do selo de acessibilidade nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.

	Objetivo Específico 5.6. Preparação para as alterações climáticas e eventos extremos.
	Objetivo Específico 5.7. Manter a vigilância de vetores e agentes patogénicos por estes transmitidos.
	Objetivo Específico 5.8. Promover a vacinação contra a gripe sazonal e a COVID-19 nos grupos elegíveis.
Objetivo Geral 6. <i>Reforçar a capacidade de resposta e a equidade territorial na prestação de cuidados de saúde.</i>	Objetivo Específico 6.1. Aumentar a proporção de utentes com médico de família atribuído para 85,0%, tendo em consideração as zonas de maior pressão assistencial com base na equidade.
	Objetivo Específico 6.2. Criação e divulgação de percursos rápidos por problema de saúde.
	Objetivo Específico 6.3. Aumentar em 10,0% a proporção de primeiras consultas em cuidados hospitalares em tempo adequado.
	Objetivo Específico 6.4. Aumentar em 10,0% a proporção de inscritos na lista de inscritos em cirurgia com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantida.

7. Estratégias de Intervenção

As estratégias de intervenção do PLSAR operacionalizam os objetivos definidos, articulando ações de promoção, prevenção, prestação de cuidados e intervenção sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde. Estas estratégias resultam de um processo de cocriação com os parceiros locais e procuram garantir coerência, eficácia e sustentabilidade das respostas ao longo do ciclo de vida e do território.

A implementação assenta numa lógica intersectorial e comunitária, valorizando o trabalho em rede e a corresponsabilização dos vários atores, com base numa visão integrada da saúde e bem-estar.

Considerando o PNS 2030, propõem-se quatro grandes linhas de orientação estratégica e estratégias de intervenção específicas a serem desenvolvidas pelos diferentes setores da sociedade, da saúde e externos à saúde (Quadro 2).

Quadro 2 – Grandes linhas de orientação estratégica e estratégias de intervenção do PLSAR

Grandes linhas de orientação estratégica	Estratégias de intervenção
Investir: Promover e proteger a saúde	Promoção dos direitos humanos Promoção da literacia em saúde Dinamização de ambientes promotores de saúde Prevenção e controlo de riscos ambientais Promoção da saúde em meio escolar (com particular atenção aos “primeiros anos”) Promoção da saúde no local de trabalho Prevenção e controlo de riscos ocupacionais e de doenças profissionais Promoção da saúde nos espaços de arte, diversão e lazer; nos espaços de culto Promoção da saúde da população nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde Promoção da saúde sexual e reprodutiva Promoção do aleitamento materno Promoção da saúde infantil e juvenil Promoção da alimentação saudável Promoção da atividade física Promoção do envelhecimento ativo e saudável e aumento da longevidade Promoção da saúde mental (fatores protetores), ao longo do ciclo de vida

	Prevenção e mitigação de consumos de risco (início de consumos de tabaco, álcool e substâncias psicoativas ilícitas, incluindo a diminuição do acesso a estas substâncias) Promoção de uma cultura de qualidade e segurança para o doente Promoção da saúde de grupos da população de maior vulnerabilidade Reforço da rede de suporte social e do capital social ao longo do ciclo de vida Promoção da segurança e prevenção da violência e da criminalidade Desenvolvimento de estratégias para a abordagem da violência ao longo do ciclo de vida, nas suas diversas formas
Incluir: Cobertura Universal de Saúde	Cobertura universal de saúde: Promoção da Saúde, proteção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados Acesso à saúde digital: SNS24, telesaúde e telemedicina Abordagem integrada dos percursos dos doentes assegurando a transição de cuidados Controlo dos fatores de risco modificáveis (e.g. tratamento da HTA e das dislipidemias, prescrição de atividade física e alimentação saudável, intervenções breves e programas de apoio intensivo (tabagismo). Prevenção das perturbações emocionais e do comportamento no âmbito da saúde infantil e juvenil Deteção precoce / rastreios de base populacional ou rastreios oportunistas (oncológicos; visuais e auditivos; diagnóstico precoce) Integração dos cuidados de saúde mental nos diferentes níveis de cuidados Vacinação (incluindo a realizada nos locais de trabalho) Recuperação e/ou melhoria do acesso a cuidados de vigilância de saúde no ciclo de vida - sexual, reprodutiva, na gravidez, parto e puerpério, infantil e juvenil Recuperação e/ou melhoria do acesso a serviços de saúde em situação de doença aguda e em situação de urgência

Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de **saúde oral**

Recuperação e/ou melhoria do acesso às Vias Verdes do AVC e do EAM

Recuperação e/ou melhoria do acesso ao tratamento precoce a rastreios oncológicos, abrangendo toda(s) a(s) população(ões)-alvo

Recuperação e/ou melhoria do acesso a cuidados continuados integrados, incluindo os de longa duração

Recuperação e/ou melhoria do acesso a cuidados paliativos

Recuperação e/ou melhoria do acesso à prevenção e tratamento da obesidade

Recuperação e/ou melhoria do acesso à prevenção e tratamento do alcoolismo e tabagismo

Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de saúde em meio prisional em articulação com os Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais/ Centros Hospitalares do SNS/serviços prisionais

Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de por parte de grupos da população de maior vulnerabilidade

Prevenção de complicações ou agudização de doença crónica

Educação para a (auto)gestão da doença crónica (incluindo a dor crónica), e para o autocuidado e capacitação de cuidadores informais.

Garantia de acesso equitativo à inovação, nomeadamente a medicamentos e a dispositivos médicos

Iniciativas legislativas e/ou medidas fiscais (e.g. para modificar os consumos)

Sistema de informação em saúde para apoio à decisão

Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis

Vigilância epidemiológica de riscos ambientais

Vigilância epidemiológica de riscos ocupacionais e de doenças profissionais

Inovar	Estabelecimento, manutenção ou reforço de parcerias internas e externas Promoção do conhecimento e das parcerias com a Academia Apoio a uma agenda de investigação alinhada com a saúde sustentável Desenvolvimento de uma saúde pública de precisão para a implementação “da estratégia de intervenção certa, no momento certo, na população certa” Transferência do conhecimento científico e das boas práticas para a <i>praxis</i>, visando obter resultados em saúde Desenvolvimento de uma cultura de transição digital, centrada no cidadão e inserida no Plano de Recuperação e Resiliência
Preparar e antecipar o futuro	Desenvolvimento / ajuste contínuo de planos, com base prospetiva, a fim de adaptar de forma célere estratégias de intervenção para “novas” necessidades de saúde, mas também de “áreas instrumentais” como os recursos humanos, as infraestruturas e as tecnologias da informação e comunicação Adaptação das estratégias de promoção e proteção da saúde em função das necessidades e das expectativas da população Investimento na segurança do doente (e.g. prevenção de “novas” resistências aos antimicrobianos, evicção da polimedicação entre outros) Definição e priorização de estratégias que assegurem as funções de vigilância e planeamento da preparação e resposta às emergências em Saúde Pública, e a própria resposta envolvendo todos os setores da sociedade, reforçando a sua resiliência não esquecendo a abordagem One Health Reforço das estratégias de Vacinação

	Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, incluindo as de baixa ou nula magnitude (e.g. doenças transmitidas por vetores, como a febre amarela e a malária)
--	---

Adaptado do PNS 2030

Documento em progresso

8. Plano de Comunicação

O Plano de Comunicação do PLSAR assenta na **transparência**, no **envolvimento ativo da população** e na **divulgação eficaz** das ações, mensagens e resultados ao longo de todo o ciclo de implementação do plano. Reconhece-se a comunicação em saúde como uma ferramenta essencial para **mobilizar parceiros, reforçar a literacia em saúde, gerar confiança e obter ganhos em saúde para a população da área geográfica do Arco Ribeirinho**.

Este plano, como o PNS 2030, valoriza a comunicação como um processo dinâmico, bidirecional e adaptado às características do públicos-alvo, promovendo a equidade no acesso à informação e à participação.

A comunicação adotada assenta em três princípios centrais:

1. **Participativa** – Envolver os cidadãos e parceiros locais como cocriadores e multiplicadores das mensagens em saúde.
2. **Comunitária** – Adaptar os conteúdos e os canais à realidade territorial, cultural e linguística de cada concelho e freguesia.
3. **Inclusiva** – Assegurar que todos os grupos, especialmente os mais vulneráveis, compreendem e acedem à informação relevante.

A comunicação será implementada em articulação com os serviços de saúde locais, autarquias, escolas, IPSS, associações e meios de comunicação social regionais.

Públicos-Alvo

A comunicação será dirigida a diversos públicos, adaptando linguagem, formato e canal a cada grupo específico:

- **População em geral**, com foco nas faixas etárias mais expostas a fatores de risco;
- **Grupos vulneráveis**, como idosos isolados, migrantes, pessoas com deficiência ou em situação de pobreza;

- **Profissionais dos diferentes serviços/instituições;**
- **Comunidade educativa**, incluindo alunos, docentes e pessoal não docente;
- **Decisores locais e entidades gestoras de políticas públicas;**
- **Organizações da sociedade civil e agentes comunitários.**

Canais e Formatos

A comunicação será desenvolvida de forma multicanal, assegurando uma cobertura eficaz e diversificada:

- **Plataformas digitais:** dinamização do microsite dedicado ao PLSAR, com conteúdos interativos, atualizações periódicas, vídeos e materiais descarregáveis;
- **Redes sociais:** utilização de contas institucionais para campanhas temáticas, divulgação de eventos e interação com a comunidade;
- **Comunicação impressa:** brochuras, cartazes, folhetos em linguagem simples, disponíveis em português e outras línguas relevantes (ex. crioulo, mandarim, inglês);
- **Sessões presenciais:** fóruns comunitários, reuniões com cidadãos, encontros com cuidadores, assembleias participativas;
- **Media local:** articulação com meios de comunicação regionais para divulgação de mensagens-chave e testemunhos de boas práticas.

Mensagens-Chave

As mensagens serão claras, objetivas e adaptadas ao contexto sociocultural da população, centrando-se nos seguintes eixos, como exemplos:

- “A saúde começa na comunidade” – reforço da responsabilidade partilhada pela saúde de todos;
- “Mais literacia, melhor saúde” – incentivo ao acesso e compreensão da informação;

- “A tua/sua voz conta” – apelo à participação nas decisões e na construção de respostas;
- “Cuidar de quem cuida” – valorização de cuidadores informais e redes de apoio;
- “Mais perto, mais justo” – compromisso com a proximidade dos cuidados e a equidade no acesso.

Participação Cívica e Envolvimento

Serão dinamizadas atividades de **participação cidadã**, que permitirão recolher contributos, ajustar intervenções e reforçar o sentimento de pertença da população ao plano, como exemplos:

- **Inquéritos de satisfação e de necessidades em saúde**, a realizar anualmente;
- **Comissões de utentes**, com reuniões periódicas;
- **Concursos de ideias e campanhas**, nos diferentes contextos;
- **Espaços de escuta ativa nas unidades de saúde e eventos comunitários/fóruns cidadania**.

Avaliação da Comunicação

Os indicadores para avaliar o plano de comunicação são:

- Número de pessoas abrangidas pelas campanhas;
- Grau de compreensão das mensagens (avaliação qualitativa);
- Participação nos eventos e iniciativas;
- Satisfação com os conteúdos e formatos divulgados.

Os resultados da avaliação serão integrados na **monitorização e avaliação do PLSAR**, permitindo adaptar e melhorar continuamente a comunicação em função das necessidades emergentes.

9. Plano de Implementação

A efetividade do PLSAR depende da sua implementação estruturada, faseada e participada entre os vários intervenientes. Neste capítulo apresenta-se a **calendarização, entidades responsáveis, recursos necessários e parceiros institucionais e comunitários**, de modo a garantir a coerência, a viabilidade e a sustentabilidade das intervenções previstas.

Calendarização

A implementação do PLSAR decorrerá entre 2025 e 2030, com uma distribuição faseada em três ciclos de dois anos, para permitir monitorização e os respetivos ajustes:

- **Fase 1 (2025–2026)** – Ações-piloto, arranque de programas estruturantes, reforço de recursos humanos e técnicos, dinamização de redes locais.
- **Fase 2 (2027–2028)** – Expansão dos programas, consolidação de respostas, integração das boas práticas, reforço da articulação intersectorial e alargamento da cobertura territorial.
- **Fase 3 (2029–2030)** – Avaliação global e definição de novos horizontes.

Responsáveis pela implementação

O PLSAR tem uma **estrutura de coordenação**, composta por:

- Delegado de Saúde Coordenador do Arco Ribeirinho, que coordena o PLSAR e a articulação com a Direção-Geral da Saúde;
- Elemento do Conselho de Administração da ULSAR;
- Presidentes das diferentes Câmaras Municipais;
- Representante por concelho das Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- Representante por concelho dos Agrupamentos de Escolas ou Escolas não Agrupadas.

Esta composição garante que as ações se desenvolvem com **representatividade territorial**, conhecimento do contexto e capacidade de mobilização.

Parceiros Institucionais e Comunitários

O sucesso da implementação assenta na colaboração ativa de um **ecossistema de parceiros**, já identificados e mobilizados durante o processo de diagnóstico e priorização. Entre eles destacam-se:

- **Câmaras Municipais de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo**, com papel central na logística, financiamento e articulação local;
- **Unidades funcionais e serviços de saúde da ULSAR**, responsáveis pela prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares;
- **Forças de segurança – GNR e PSP**, com um papel crucial na promoção da segurança das comunidades, abrangendo áreas que contribuem diretamente para o bem-estar e para a saúde dos cidadãos;
- **Comissões de Utentes**, como garante que os serviços de saúde respondam verdadeiramente às expectativas e necessidades da população;
- **IPSS**, pela sua atuação junto de grupos vulneráveis;
- **Agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas**, com papel fundamental na educação para a saúde e envolvimento da juventude;
- **Associações culturais, ambientais, desportivas e de moradores**, com funções de mediação comunitária;
- **Universidades públicas locais**, envolvidas na formação e investigação aplicada;
- **Representantes da comunidade migrante, universidades/academias/ateliers sénior e associações**, que garantem o acesso e a adaptação cultural das ações.

Estes parceiros trabalharão em **núcleos de ação territorial por concelho**, responsáveis pela implementação local, reporte de progresso e proposta de melhoria.

Recursos Envolvidos

A implementação exigirá a mobilização, de cada parceiro, de **recursos humanos, logísticos, tecnológicos e financeiros**, nomeadamente:

- **Profissionais das diferentes instituições**, com dedicação parcial às atividades previstas;
- **Espaços** físicos para oficinas, gabinetes e reuniões comunitárias, assegurados pelos diferentes parceiros (saúde, municípios, juntas de freguesia, escolas, centros culturais, associações, etc.);
- **Apoio tecnológico** (plataformas digitais, dispositivos móveis, materiais educativos);
- **Financiamento** pelo orçamento de cada instituição ou através de financiamento de projetos.

10. Monitorização e Avaliação

A monitorização e avaliação do PLSAR são essenciais para garantir a **qualidade, transparência e efetividade das ações** propostas pelos diferentes atores/parceiros. Este processo permite acompanhar o grau de concretização dos objetivos, identificar constrangimentos, promover a melhoria contínua da intervenção, fortalecer a governação em saúde e sustentar decisões futuras com base em evidência, incluindo:

- Acompanhar a execução do plano e verificar o cumprimento dos objetivos definidos;
- Identificar constrangimentos e propor medidas de forma atempada e fundamentada;
- Avaliar os resultados e impactos das intervenções;
- Promover a participação dos parceiros e da comunidade nos processos de tomada de decisão;
- Sustentar a continuidade e replicação de boas práticas.

Deste modo, a **avaliação** do PLSAR terá duas componentes: uma **quantitativa** e outra **qualitativa**.

A avaliação quantitativa basear-se-á em **indicadores de processo**, que avaliam a execução das atividades previstas e o grau de cumprimento dos cronogramas, e em **indicadores de resultado**, que avaliam os efeitos diretos das intervenções na população-alvo e nos serviços, que se encontram apresentados no quadro 3.

O que diz respeito à avaliação qualitativa, serão aplicados instrumentos complementares de recolha de informação, como entrevistas semiestruturadas, grupos focais e análise documental, assegurando uma leitura contextualizada dos resultados.

Quadro 3 - Indicadores e respetivos valor de referência, meta e fonte para a avaliação do PLSAR

	Indicador	Valor de Referência	Meta 2030	Fonte
OBJETIVO GERAL 1	Proporção de hipertensos entre os 18 e os 65 anos, com pressão arterial < 140/90 mmHg.	54,27% (janeiro de 2025)	65,12%	BI-CSP
	Proporção de hipertensos com registo de avaliação do risco cardiovascular (3 anos).	61,55% (janeiro de 2025)	73,86%	BI-CSP
	Proporção de diabéticos com < 65 anos com HbA1c ≤ 6,5%.	23,98% (janeiro de 2025)	28,78%	BI-CSP
	Letalidade a 30 dias por AVC isquémico.	19,22% (dezembro de 2024)	17,30%	Portal da Transparência
	Letalidade a 30 dias por AVC hemorrágico.	40,00% (dezembro de 2024)	36,00%	Portal da Transparência
	Letalidade em internamento por asma ou DPOC nos adultos.	20,00% (4º Trimestre de 2024)	18,00%	Portal da Transparência
	Proporção de utentes, com idade ≥ a 50 e < aos 75 anos, com rastreio de cancro colorretal.	49,34% (janeiro de 2025)	61,68%	BI-CSP

OBJETIVO GERAL 2	Incidência cumulativa a 5 anos de casos confirmados e prováveis de tuberculose respiratória na área geográfica do Arco Ribeirinho.	78,8 casos por 100.000 habitantes (2020-2024)	≤20 casos por 100.000 habitantes	SINAVE
	Cobertura vacinal contra o sarampo nos utentes inscritos na ULSAR com 6 anos.	95,0% (dezembro de 2024)	≥98%	BI-VACINAS
	Cobertura vacinal contra o tétano nos utentes inscritos na ULSAR com ≥ 25 anos.	77,78% (dezembro de 2024)	≥95%	BI-CSP
OBJETIVO GERAL 3	Existência de resposta de equipa comunitária de saúde mental nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.	N/A	Sim	Registos clínicos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.
	Proporção de intervenções dirigidas ao desenvolvimento de competências socioemocionais realizadas em contexto escolar nos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas onde essa necessidade foi identificada.	Em atualização.	≥80%	Relatório de atividades do Programa de Saúde Escolar da ULSAR
	Elaboração/atualização do documento com a identificação das respostas integradas e circuitos de prevenção, de redução de riscos e minimização de danos dirigidos aos utentes com dependências com e sem substância no Arco Ribeirinho.	N/A	Sim	Relatório PLSAR

	Divulgação das respostas integradas e dos circuitos de prevenção, de redução de riscos e minimização de danos dirigidos aos utentes com dependências com e sem substância no Arco Ribeirinho.	N/A	Sim	Relatório PLSAR
	Proporção de parceiros com plano de ação dirigido à violência ao longo do ciclo de vida.	N/A	≥60%	Relatório PLSAR
	Proporção de parceiros que realizaram ações de formação relativas à violência ao longo do ciclo de vida para os profissionais.	N/A	≥60%	Relatório PLSAR
	Número de campanhas de sensibilização sobre a violência ao longo do ciclo de vida dirigidas à população.	N/A	6 (pelo menos 1 por ano)	Relatório PLSAR
OBJETIVO GERAL 4	Número de sessões de promoção e de literacia em saúde dirigidas à população.	200 sessões/ano	≥200 sessões/ano	Relatório PLSAR

	Número de materiais informativos distribuídos e/ou divulgados.	20/ano	≥20/ano	Relatório PLSAR
	<i>Em atualização. (referente ao objetivo específico 4.3.)</i>	<i>Em atualização.</i>	<i>Em atualização.</i>	<i>Em atualização.</i>
OBJETIVO GERAL 5	Proporção de água controlada e de boa qualidade, sendo esta o produto da proporção de cumprimento da frequência de amostragem pela proporção de cumprimento dos valores paramétricos fixados na legislação.	Alcochete 98% Montijo 97% Barreiro 100% Moita 100% (2022)	≥99%	INE
	Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais.	Alcochete 95% Montijo 86% Barreiro 99% Moita 98% (2022)	98%	INE
	Número de espaços verdes existentes nos quatro concelhos.	Alcochete 14 Montijo 6 Barreiro 7 Moita 7	<i>Em atualização.</i>	Câmaras Municipais
	Número de quilómetros cicláveis nos quatro concelhos.	44,1Km	65 Km	Câmaras Municipais
	Número de postos de carregamento para veículos por concelho.	<i>Em atualização.</i>	<i>Em atualização.</i>	Câmaras Municipais
	Número de campanhas de sensibilização sobre a utilização de transportes públicos.	N/A	6 (1/ano)	Relatório PLSAR
	Criação do selo de acessibilidade nos quatro concelhos do Arco Ribeirinho.	N/A	Sim	Câmaras Municipais
	Reforço dos canais de comunicação que permitam avisar as populações atempadamente relativamente às alterações climáticas e eventos extremo.	N/A	Sim	Comissões municipais de Proteção Civil Autoridade de Saúde

				IPMA INSA
	Número de campanhas de sensibilização direcionadas para preparação para as alterações climáticas e eventos extremos.	N/A	6 (1/ano)	Relatório PLSAR
	Proporção de capturas de ixodídeos e culicídeos realizadas face às capturas previstas.	N/A	≥90%	Relatório de atividades USPAS
	Cobertura vacinal contra a gripe sazonal nos grupos elegíveis.	<i>Em atualização.</i>	≥95%	VACINAS
	Cobertura vacinal contra a COVID-19 nos grupos elegíveis.	<i>Em atualização.</i>	≥85%	VACINAS
OBJETIVO GERAL 6	Proporção de utentes com médico de família atribuído.	63% (dezembro de 2024)	85%	BI-CSP BIER
	<i>Em atualização. (referente ao objetivo específico 6.2.)</i>	<i>Em atualização.</i>	<i>Em atualização.</i>	<i>Em atualização.</i>
	Proporção de primeiras consultas em cuidados hospitalares em tempo adequado.	60,4 % (março de 2025)	66,4%	Portal da transparência
	Proporção de inscritos na lista de inscritos em cirurgia com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantida.	68,3 % (março de 2025)	75,1%	Portal da transparência

Recolha e Tratamento de Dados

A gestão e análise dos dados será coordenada pela USPAS, em articulação com o grupo técnico de monitorização, composto por representantes dos parceiros estratégicos.

Revisões e Atualizações do Plano

Serão realizadas **revisões intercalares bienais (2026 e 2028)**, permitindo:

- Atualizar prioridades, metas e estratégias;
- Integrar novas evidências e desafios emergentes;
- Reforçar boas práticas e corrigir falhas de execução.

A versão final do plano será avaliada em 2030, com base num relatório, que incluirá recomendações para a construção do futuro plano local de saúde.

Mecanismos de Feedback e Aprendizagem Contínua

A monitorização e avaliação não se limitarão à produção de relatórios, mas incluirão **mecanismos ativos de feedback e aprendizagem partilhada**, tais como:

- Fóruns anuais de balanço com todos os parceiros;
- Sessões públicas de acompanhamento da execução do PLSAR;
- Boletins digitais semestrais;
- Repositório online de materiais, recursos, relatórios e outra informação.

Estes mecanismos visam criar uma **cultura de melhoria contínua e de governação aberta**, em que a avaliação seja percecionada como uma oportunidade de crescimento coletivo e de reforço da confiança entre instituições e cidadãos.

Resultados Esperados e Ganhos Esperados em Saúde

O PLSAR visa produzir mudanças concretas e mensuráveis no estado de saúde da população e na forma como os serviços de saúde e os parceiros sociais atuam sobre os determinantes da saúde.

O plano procura assim consolidar mudanças estruturais no território e nos serviços, nomeadamente:

- Reforço da **proximidade e equidade no acesso aos cuidados**, com uma distribuição territorial mais justa de recursos e serviços;
- Promoção de uma **cultura de literacia em saúde**, autonomia e corresponsabilização da população;
- Aumento da **capacidade de resposta em saúde mental**, com base na comunidade e com enfoque preventivo;
- Consolidação de redes locais de **apoio a grupos vulneráveis**, com articulação eficaz entre saúde, educação, ação social e cultura;
- Integração plena da **abordagem One Health**, com ações concretas sobre o ambiente urbano, mobilidade e risco ambiental;
- Reforço da **participação cidadã**, com envolvimento efetivo de utentes, organizações locais e decisores políticos no ciclo de planeamento;
- Melhoria da **governança local em saúde**, com modelos intersectoriais mais eficazes e sustentáveis.

Estes resultados traduzem-se numa transformação das relações entre o sistema de saúde e a comunidade, orientada por princípios de justiça social, inclusão, eficácia e sustentabilidade.

A execução plena do plano deverá traduzir-se em **ganhos tangíveis e sustentáveis em saúde**, nomeadamente:

- **Aumento da esperança de vida saudável**, em especial após os 65 anos;
- **Redução da carga de doença evitável**, com melhoria na qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas;
- **Melhoria da saúde mental e emocional da população**, com menos sofrimento não diagnosticado e maior acesso precoce a cuidados;
- **Diminuição das desigualdades em saúde** entre concelhos e entre grupos populacionais;
- **Crescimento do sentimento de segurança, pertença e capacidade de ação** das comunidades;
- **Redução dos custos sociais e económicos associados à doença e à exclusão**, com impacto positivo na sustentabilidade do sistema de saúde.

Estes ganhos não se medem apenas por números, mas também pela **transformação vivida nas comunidades**, pelo fortalecimento dos vínculos locais, pela criação de redes de apoio e pela construção de um território mais justo, resiliente e saudável.

O PLSAR propõe-se, assim, como um plano integrador, realista e transformador, que reforça o papel da saúde pública na melhoria das condições de vida da população. A sua implementação dependerá do compromisso permanente entre instituições, profissionais e cidadãos.



PLSAR

Plano Local de Saúde do
Arco Ribeirinho

2025-2030

Conectados pelo Tejo, unidos pela Saúde



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARCO RIBEIRINHO