

PERFIL MUNICIPAL DE SAÚDE

Arganil

2024

Volume I. Estratégia Municipal de Saúde



COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA



1 2 9 0
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Perfil Municipal de Saúde de Arganil 2024. Estratégia Municipal de Saúde de Arganil, 2025-2030 – Volume I

AUTORIA

Equipa de Investigação em Geografia da Saúde, CEGOT, Universidade de Coimbra

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Paula Santana, Professora Catedrática e Investigadora do CEGOT

EQUIPA

Coordenação Técnica

Ângela Freitas, Professora Assistente Convidada e Investigadora do CEGOT

Miguel Padeiro, Professor Associado e Investigador do CEGOT

Ricardo Almendra, Professor Auxiliar Convidado e Investigador do CEGOT

Bolséiros de Investigação

Caio Safi

Francisco Cunha

Tiago Fajardo

ImproveConsult – Consultoria e Estudos, Lda.

Helena Peixoto

Cristina Nunes

Colaboradores

Joaquim Patriarca

Citação

Universidade de Coimbra e CIM Região Centro (2025). Perfil Municipal de Saúde de Arganil 2024. Estratégia Municipal de Saúde de Arganil 2025-2030 – Volume I. Coimbra: Comunidade Intermunicipal da Região de Coimbra. 156p.

Coimbra | junho 2025

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA	1
ÍNDICE.....	2
INTRODUÇÃO	5
SUMÁRIO EXECUTIVO	7
PARTE I. ENQUADRAMENTO.....	11
1 ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO, CONCEPTUAL E METODOLÓGICO	12
1.1 O PAPEL DO MUNICÍPIO NA SAÚDE.....	12
1.2 A ESTRATÉGIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	14
1.2.1 <i>Enquadramento legal</i>	15
1.2.2 <i>Processo de desenvolvimento e ciclo de implementação</i>	16
1.2.3 <i>Princípios orientadores</i>	17
1.3 ABORDAGEM CONCEPTUAL	18
1.3.1 <i>Abordagem geográfica e integrada: o território na produção da saúde e da doença</i>	19
1.3.2 <i>Determinantes da saúde</i>	21
1.3.3 <i>Abordagem intersectorial da saúde: a “Saúde em Todas as Políticas”</i>	23
1.4 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	24
1.4.1 <i>Processo de elaboração</i>	24
1.4.2 <i>Dados e métodos</i>	26
1.4.2.1 Representação gráfica e cartográfica.....	26
1.4.2.2 Análise estatística e espacial	27
1.4.2.3 Inquérito às instalações de cuidados de saúde primários.....	27
2 ENQUADRAMENTO TERRITORIAL DO MUNICÍPIO	29
2.1 ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO E ADMINISTRATIVO.....	29
2.2 RELEVO E CLIMA	29
2.3 GRAU DE URBANIZAÇÃO	31
PARTE II. DIAGNÓSTICO	33
3 DEMOGRAFIA	34
3.1 EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE	34
3.2 ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE	37
4 RESULTADOS EM SAÚDE.....	41

4.1	ESPERANÇA DE VIDA	41
4.2	MORTALIDADE	42
4.2.1	<i>Mortalidade infantil e componentes</i>	43
4.2.2	<i>Mortalidade prematura</i>	44
4.2.3	<i>Principais causas de morte</i>	45
4.3	MORBILIDADE	52
4.3.1	<i>Principais diagnósticos de doença – Registo nos Cuidados de Saúde Primários</i>	53
4.3.2	<i>Morbilidade hospitalar</i>	54
4.3.3	<i>Incapacidade</i>	55
5	COMPORTAMENTOS	57
5.1	COMPORTAMENTOS ADITIVOS	57
6	CUIDADOS DE SAÚDE	62
6.1	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	63
6.1.1	<i>Acessibilidade geográfica aos Cuidados de Saúde Primários</i>	63
6.1.2	<i>Caraterização da oferta e utilização dos CSP</i>	65
6.1.3	<i>Caraterização das instalações das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários</i>	67
6.2	CUIDADOS HOSPITALARES.....	71
6.2.1	<i>Acessibilidade geográfica aos cuidados hospitalares</i>	71
6.2.2	<i>Utilização de cuidados hospitalares</i>	73
6.3	FARMÁCIAS.....	75
7	DETERMINANTES DA SAÚDE	76
7.1	EDUCAÇÃO	76
7.1.1	<i>Nível de escolaridade da população residente</i>	77
7.1.2	<i>Analfabetismo e abandono escolar precoce</i>	80
7.2	CONDIÇÕES ECONÓMICAS E SOCIAIS.....	82
7.2.1	<i>Emprego, ocupação e rendimento</i>	83
7.2.2	<i>População em situação de carência social e económica</i>	89
7.2.2.1	Beneficiários de subsídio de desemprego	89
7.2.2.2	Beneficiários de Rendimento Social de Inserção.....	90
7.2.2.3	Beneficiários de Complemento Solidário para Idosos	92
7.2.2.4	Beneficiários de Ação Social Escolar.....	93
7.2.2.5	Tarifas sociais de energia	95
7.2.2.6	Beneficiários de programas municipais de apoio social	95
7.2.2.7	População idosa em situação de isolamento	96
7.3	HABITAÇÃO	98

7.3.1	<i>Condições do edificado e alojamentos</i>	99
7.3.2	<i>Conforto térmico</i>	102
7.4	MOBILIDADE	104
7.5	ESPAÇOS VERDES E AZUIS DE FRUIÇÃO	107
7.6	POLUIÇÃO E RESÍDUOS	109
7.6.1	<i>Poluição do ar</i>	109
7.6.2	<i>Resíduos</i>	111
7.7	SEGURANÇA	112
7.7.1	<i>Segurança rodoviária</i>	113
7.7.2	<i>Segurança pública</i>	116
7.7.2.1	Criminalidade	116
7.7.2.2	Violência contra crianças e jovens	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		120
ÍNDICE DE FIGURAS, MAPAS E QUADROS		124
	ÍNDICE DE FIGURAS	124
	ÍNDICE DE MAPAS	126
	ÍNDICE DE QUADROS	127
ANEXOS		130
	ANEXO I – LISTA DE CAUSAS DE MORTE	131
	ANEXO II – INQUÉRITO ÀS INSTALAÇÕES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	136
	ANEXO III – EVOLUÇÃO COMPARATIVA DOS ÓBITOS INFANTIS, PERINATAIS E NEONATAIS NO MUNICÍPIO DE ARGANIL, EM PORTUGAL (CONTINENTE) E NA REGIÃO DE COIMBRA, (Nº), ENTRE 1999 E 2023.	137
	ANEXO IV – FICHA DE CARATERIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	138

INTRODUÇÃO

O presente documento, intitulado “**Perfil Municipal de Saúde de Arganil, 2024**”, constitui o primeiro volume da Estratégia Municipal de Saúde 2025-2030 e tem como objetivo fornecer um **diagnóstico da situação de saúde e dos seus determinantes** no território municipal, bem como a descrição dos equipamentos de **cuidados de saúde**, servindo de suporte à identificação de problemas e à definição das estratégias de intervenção.

O Perfil de Saúde sistematiza informação estatística relevante num **conjunto alargado de indicadores de diferentes áreas e dimensões**, de resultados em saúde, comportamentos, cuidados de saúde e determinantes da saúde, fornecendo uma base de evidência sobre o estado de saúde da população residente (que saúde tem, de que doenças sofre, de que causas morre), sobre os seus comportamentos e sobre os fatores que influenciam a sua saúde e bem-estar, nomeadamente as condições dos lugares de residência (onde e como vive, a que recursos tem acesso). A análise é feita, sempre que possível, ao nível da freguesia, refletindo a necessidade de adequar as respostas às necessidades específicas de cada população e território.

O **Perfil Municipal de Saúde de Arganil é constituído**, fundamentalmente, **por duas partes**:

I – **Enquadramento**;

II – **Diagnóstico**.

No **Enquadramento** (Capítulos 1 e 2) são apresentadas as bases teóricas e metodológicas do Perfil de Saúde, nomeadamente uma breve descrição do quadro de referência da elaboração da Estratégia Municipal de Saúde e a abordagem conceptual e metodológica subjacente ao modelo de avaliação da saúde da população aplicado no diagnóstico, seguido do enquadramento territorial do município.

No **Diagnóstico** (Capítulos 3 a 7) é efetuada a caracterização da saúde da população através de indicadores relativos às várias dimensões de análise relevantes em saúde, sempre que possível à escala da freguesia, seguindo um modelo de avaliação integrado onde a saúde e o bem-estar individual são condicionados por diferentes níveis de influência, que incluem indicadores relativos à demografia, aos estilos de vida e comportamentos e, ainda, às condições de acesso a cuidados de saúde e a outros fatores individuais e ambientais, que correspondem aos determinantes da saúde. O Diagnóstico assenta nos seguintes capítulos:

- **Demografia**, correspondendo à estrutura demográfica da população (Capítulo 3),
- **Resultados em Saúde**, apresentando os resultados em saúde, medidos através de indicadores de estado de saúde - mortalidade e morbilidade (Capítulo 4),

- **Comportamentos**, incluindo fatores de risco modificáveis, relativos aos comportamentos aditivos (Capítulo 5),
- **Cuidados de Saúde**, com uma descrição da oferta, do acesso e da utilização de cuidados de saúde primários, hospitalares e farmácias (Capítulo 6),
- **Determinantes da Saúde**, com uma caracterização dos fatores individuais e das condições geográficas que influenciam a saúde (Capítulo 7), subdivididas em **Educação** (subcapítulo 7.1), **Condições económicas e sociais** (subcapítulo 7.2), **Habitação** (subcapítulo 7.3), **Mobilidade** (subcapítulo 7.4), **Espaços verdes e azuis de fruição** (subcapítulo 7.5), **Poluição e resíduos** (subcapítulo 7.6) e **Segurança** (subcapítulo 7.7).

SUMÁRIO EXECUTIVO

A Estratégia Municipal de Saúde 2025-2030 de Arganil constitui um instrumento estratégico e de orientação fundamental das políticas municipais no domínio da saúde e da equidade em saúde e tem como objetivo geral promover a saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde, relacionadas com os determinantes e condições dos lugares onde as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Nela são definidos os eixos estratégicos e as respetivas ações/medidas de intervenção municipal, tendo por base uma abordagem intersectorial da saúde e a otimização dos recursos municipais.

A definição da Estratégia Municipal de Saúde é precedida pela elaboração do presente **Perfil Municipal de Saúde**, que visa fornecer a **base de evidência e de conhecimento** para a seleção informada das estratégias mais adequadas à resolução dos problemas de saúde de Arganil. Este documento fornece um **retrato do estado de saúde da população residente** (que saúde tem, de que doenças sofre, de que causas morre) e das **condições dos lugares de residência** que influenciam a saúde e o bem-estar (onde e como vive, a que recursos tem acesso). Sempre que possível, a análise é feita ao nível da freguesia, refletindo a necessidade de adequar as respostas às necessidades específicas de cada população e território.

O Perfil de Saúde é orientado por uma **abordagem integrada, multidimensional e geográfica da saúde**, em que a análise dos **determinantes da saúde** e da sua **distribuição no território** ajuda a conceber políticas e medidas que, ao incidirem sobre essas condições, estão a atuar a montante da doença - **resultados em saúde**, resolvendo ou mitigando as suas causas e efeitos. Por este motivo, o diagnóstico sistematiza informação estatística de **indicadores de diferentes dimensões**, para além dos resultados em saúde e dos cuidados de saúde, abrangendo os determinantes relacionados com o ambiente económico, social, físico e construído.

O município de Arganil encontra-se, em termos de **Demografia**, num contexto de **retração da população residente** na última década (-9% entre 2011 e 2021), prolongando a trajetória descendente observada nas décadas anteriores (-13% entre 1991 e 2011).

A análise dos **Resultados em Saúde** incide sobre três componentes: **esperança de vida, mortalidade e morbilidade**. Relativamente à esperança de vida, o município de Arganil apresenta um importante **aumento da esperança média de vida à nascença** nos períodos em análise (1999-2003 a 2019-2023): +2,4 anos (de 81,2 anos para 83,6 anos) no caso das mulheres, +4,1 anos (de 74,9 anos para 79,0 anos) no caso dos homens.

Os **dados da mortalidade** revelam dois aspetos. Por um lado, uma **tendência (irregular) de decréscimo da taxa de mortalidade infantil**, sendo os valores mais abaixo quando comparados com

os da Região de Coimbra e de Portugal Continental. Deve ser identificada a evolução positiva deste indicador, associada, potencialmente, a melhores condições de vida e de acesso aos cuidados de saúde durante o período de gravidez e o primeiro ano de vida das crianças do município de Arganil, para além do efeito do baixo número de nascimentos. Por outro lado, a taxa de **mortalidade prematura** (mortalidade antes de completar 75 anos) mostra uma **elevada variabilidade entre freguesias** (entre 117 e 486 óbitos por cem mil habitantes). Embora se verifique uma tendência crescente na diminuição das **taxas de mortalidade por tumores malignos, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias**, estes três grupos de causas continuam a ser responsáveis pela **maior parte dos óbitos no município**, bem como na Região de Coimbra e Continente. No período de 2017 a 2021, cerca de **41%** das mortes ocorridas no município de Arganil deveu-se a estas causas.

Relativamente à **morbilidade**, foram analisados os principais diagnósticos de doença dos/as utentes dos cuidados primários, a morbilidade hospitalar e a incapacidade. No primeiro caso, destacam-se cinco patologias principais, a saber: **alterações do metabolismo dos lípidos, hipertensão arterial, obesidade, perturbações depressivas e diabetes mellitus**. Em todos estes diagnósticos o município de Arganil apresenta prevalências inferiores à Região de Coimbra. Analisando a evolução das **taxas de morbilidade hospitalar** pelos grandes grupos de causas de internamento, verifica-se que quando comparado com a Região de Coimbra, o município apresenta valores mais altos em todas as causas de internamento analisadas: **Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças Respiratórias, Doença Mental, Diabetes Mellitus e Tumores Malignos**. Verifica-se, ainda, uma tendência de forte aumento entre 2010-2012 e 2021-2023 em todas estas causas, destacando-se a Doença Mental, Diabetes Mellitus e Tumores Malignos, com variações percentuais de 71%, 58% e 39%, respetivamente.

A análise dos **Cuidados de Saúde** é feita através da informação relativa à oferta, acesso e utilização dos cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares. **Relativamente aos CSP**, o município de Arganil gere **seis edifícios afetos à prestação de cuidados primários**, com diferentes funcionalidades e que se encontram em diferentes estados de conservação. Estes edifícios encontram-se disseminados pelo território, a saber: **em Arganil, Côja, Pomares, Pombeiro da Beira, São Martinho da Cortiça e Piódão**. As necessidades de financiamento no município centram-se, essencialmente, na construção e equipamento de uma nova sede do Centro de Saúde, em Arganil (em grau de maturidade 3, ou seja, em projeto), envolvendo um investimento superior a 4 milhões de euros e financiado pelo PRR.

A **acessibilidade geográfica às unidades dos CSP** no município de Arganil é boa, considerando a utilização de automóvel: cerca de 66% da população reside a uma distância igual ou inferior a 10 minutos do centro de saúde (99,9% a menos de 15 minutos). No entanto, em 2023, **21,4% dos/as utentes nos CSP não tinham médico de família atribuído**, o que coloca o município numa posição

desfavorável relativamente tanto à ULS de Coimbra como à Região de Coimbra, que registavam, em ambos os casos, 10,8% de utentes sem médico de família atribuído.

Quanto à acessibilidade do território municipal aos **cuidados hospitalares, é má**, dada a **distância geográfica a que se encontra dos principais centros hospitalares da região (localizados em Coimbra)**. Cerca de 88% da população reside a mais de 40 minutos de automóvel do hospital público mais próximo com urgência polivalente (considerando o CHUC), sendo que 42% reside em freguesias em que esta distância aumenta consideravelmente (mais de 50 minutos).

A análise dos **Determinantes da Saúde** assenta em sete dimensões principais, todas reconhecidamente associadas a impactos nos resultados em saúde: educação, condições económicas e sociais, habitação, mobilidade, espaços verdes, poluição, segurança.

A **educação** constitui, reconhecidamente, um fator basilar na função de produção de saúde, designadamente ao nível dos comportamentos e atitudes. Em termos globais, a população residente no município apresenta níveis de escolaridade semelhantes aos do Continente e da Região de Coimbra: **20% da população com o Ensino Secundário e Pós-Secundário completo** (20% na Região de Coimbra e 22% no Continente). No Ensino Superior, a situação é mais desfavorável ao município de Arganil: apenas 8% da população, contra 19% na Região de Coimbra e 17% em Portugal Continental. Quanto ao **abandono escolar precoce**, o município de Arganil apresenta uma situação mais favorável relativamente à Região de Coimbra e a Portugal Continental: a população jovem residente no município com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos com o máximo do 3º Ciclo do Ensino Básico e que não frequentavam o ensino em 2021 representavam **10,1%** do total deste grupo etário (8,1% na Região de Coimbra, 11,2% em Portugal Continental).

Relativamente à **taxa de desemprego**, o período 2014-2023 foi marcado por uma **diminuição** muito expressiva da população desempregada registada no Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) em todas as unidades estatísticas em análise, evolução que se verificou com particular intensidade no município de Arganil: -48% (-48% na Região de Coimbra e -46% em Portugal Continental). **Em 2023**, existiam no município **321 desempregados/as registados/as** (5,5% da população residente entre os 15 e os 64 anos estimada). O **desemprego jovem** também demonstrou uma **quebra mais acentuada** no município de Arganil (-68%) do que na Região de Coimbra (-52%) e Portugal Continental (-51%).

No que concerne às **pessoas idosas a viverem sós**, o município de Arganil apresenta uma percentagem semelhante às unidades estatísticas de referência: **21%**, contra 21,4% em Portugal Continental e 21,1% na Região de Coimbra. Essa percentagem **diminuiu relativamente a 2011** (ano em que era de 22%). Este valor global para o município cobre uma relativa **dispersão segundo as**

freguesias consideradas e, sobretudo, o género, verificando-se uma **predominância de mulheres idosas que vivem sós** (26%, que compara com apenas 15% de homens).

Em relação às **condições do edificado e dos alojamentos**, cerca de **19% do total dos edifícios** existentes no município em 2021 apresentava-se em **situação muito degradada ou com necessidade de intervenções** com algum significado, valor superior à média regional e à média do Continente (18% e 14%, respetivamente). Acresce que **a maioria dos alojamentos** (cerca de 67%), **não é acessível a cadeiras de rodas**. O município encontra-se, contudo, numa situação mais favorável que a Região de Coimbra e que Portugal Continental.

Ao longo deste diagnóstico, e através da análise de um conjunto vasto de indicadores de diferentes dimensões, é fornecida a base de evidência e de enquadramento necessário à identificação de problemas e necessidades em saúde, de forma holística, participada e territorializada.

A **identificação das necessidades em saúde** é feita a partir:

- dos resultados em saúde, traduzindo problemas de saúde associados à carga de doença e/ou incapacidade e/ou morte prematura e evitável presente e a desejada e possível no futuro;
- dos determinantes da saúde, a montante dos problemas diagnosticados, traduzindo o desvio entre a frequência dos fatores de risco e de proteção presente e a desejada e possível no futuro.

O Perfil Municipal de Saúde contribui, assim, para apoiar a priorização e posterior definição do quadro estratégico de intervenção no segundo volume da Estratégia Municipal de Saúde, correspondente ao Plano Municipal de Saúde.

PARTE I. ENQUADRAMENTO

1 ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO, CONCEPTUAL E METODOLÓGICO

1.1 O papel do município na saúde

A saúde é crucial para o desenvolvimento individual e coletivo e, nesse sentido, devem ser desenvolvidas políticas públicas que promovam condições à população para que possa viver mais anos, mas fundamentalmente, com melhor saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, a **intervenção de base territorial local**, nomeadamente ao nível dos municípios, desempenha um papel decisivo na **promoção da saúde** e do bem-estar da comunidade, na **prevenção de doenças crónicas** e na **redução das desigualdades evitáveis e injustas em saúde** entre populações e áreas geográficas².

Através da ação enquadrada pelas suas **competências e atribuições** tradicionais, os **municípios** implementam medidas, ações e projetos que podem influenciar — positiva ou negativamente — a saúde das comunidades. Estas intervenções podem ser realizadas não só através da **atuação direta ou indireta** sobre os seus **determinantes** (económicos, sociais e ambientais) mas também através do estabelecimento de **parcerias** com outros atores locais, como os prestadores de cuidados de saúde, associações e instituições sociais, empresas e comunidade em geral³.

A **progressiva transferência de competências do Estado central para o poder local**, desde a implantação da democracia em Portugal em 1974, tem vindo a dotar os municípios de condições essenciais e decisivas no que concerne ao desenvolvimento territorial e à promoção da saúde e do bem-estar das populações (**Figura 1**).

¹ World Health Organization (WHO) (2016). *Health promotion*. World Health Organization. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion>>. Acesso em: 05-08-2024

² WHO Regional Office for Europe. (2019). *A multilevel governance approach to preventing and managing noncommunicable diseases: The role of cities and urban settings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346430/WHO-EURO-2019-3644-43403-60942-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

³ WHO Regional Office for Europe. (2012). *Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/130067/9789289002691-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>>.

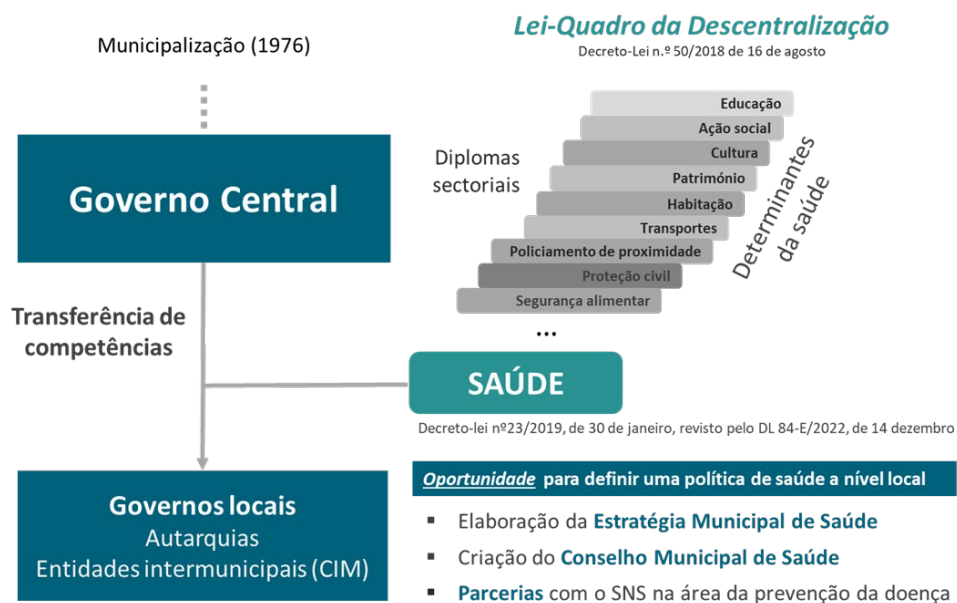


Figura 1. Quadro de transferência de competências para o município.

Fonte: Equipa de Investigação.

São diversos os **domínios de intervenção municipal com influência na saúde** da comunidade (**Figura 2**). Destacam-se o planeamento urbano, o desenvolvimento social e cultural, a educação, o acesso a habitação adequada, o apoio à família e ao emprego, a criação e manutenção de espaços verdes, o acesso a transportes públicos, a redução da poluição, a promoção de modos de deslocação ativa, entre outros.



Figura 2. Domínios de intervenção dos municípios com influência na saúde da população.

Fonte: Equipa de Investigação.

As autarquias têm a capacidade de contribuir para uma vida saudável, corrigindo as condições desadequadas em que as pessoas vivem, trabalham e envelhecem, bem como garantindo o acesso (equitativo) a bens, recursos e oportunidades.

Mais recentemente, no âmbito da **Lei-Quadro da Transferência de Competências** para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais, são designadas novas atribuições aos municípios na área da saúde (ao abrigo dos artigos 13.º e 33.º da Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto). Posteriormente, e em sequência, os Decretos-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, e n.º 84-E/2022 de 14 de dezembro, vêm dotar os municípios portugueses de competências que alargam a sua esfera de atuação no plano das políticas de saúde e da gestão dos equipamentos de saúde dos respetivos territórios.

É importante referir, também, que o recente **contexto da COVID-19** veio sublinhar, de forma mais mediática, o papel que os vários níveis de governo, e os municípios em particular, desempenham na prevenção da doença e na promoção da saúde das populações. A crise pandémica, social e económica revelou e potencialmente agravou, em muitos casos, as fragilidades e desigualdades já existentes nos principais determinantes da saúde da população (*e.g.*, condições ambientais do lugar de residência, emprego, habitação, acesso a cuidados de saúde e outros serviços públicos e privados)⁴.

Torna-se, por isso, urgente (re)pensar as estratégias locais de desenvolvimento social e territorial, considerando os potenciais **impactos de todas as políticas na saúde** e na equidade em saúde.

O **perfil de saúde**, ao fornecer um retrato do estado de saúde da população e das condições em que vive, constitui-se como ferramenta fundamental no conhecimento dos fatores que afetam a saúde, permitindo a **identificação de problemas**, servindo como ponto de partida para a formulação do **plano de saúde**, onde serão definidas as **estratégias e ações** a desenvolver com vista à promoção da saúde.

1.2 A Estratégia Municipal de Saúde

A Estratégia Municipal de Saúde (EMS) consiste num **instrumento de planeamento estratégico** no domínio da saúde, definindo prioridades para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida da população residente no município.

Tem como objetivo geral **promover a saúde da população** e **reduzir as desigualdades em saúde** relacionadas com as condições dos lugares onde as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem

⁴ McGowan, V., Bamba, C. (2022). COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *Lancet Public Health*, 7: e966–75. < [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00223-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00223-7)>

(e.g., socioeconómicas, de educação, da habitação, do ambiente físico e construído, de mobilidade e acesso a cuidados de saúde, bem como a outros serviços e equipamentos).

Como objetivos específicos, a EMS visa definir os **eixos estratégicos** e as respetivas **ações e medidas de intervenção do município**, tendo por base uma abordagem intersectorial e a otimização dos recursos municipais com impactos positivos na saúde.

1.2.1 Enquadramento legal

A elaboração da EMS enquadra-se no âmbito da **descentralização de competências no domínio da saúde** para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais, iniciada no **Decreto-Lei nº23/2019**, de 30 de janeiro e com as alterações introduzidas no **Decreto-Lei nº 84-E/2022**, de 14 de dezembro. Entre os ajustamentos introduzidos, inserem-se, a **densificação de âmbito** e a respetiva articulação e alinhamento com outros instrumentos de planeamento em saúde.

Segundo estes Decretos, a EMS é um instrumento de planeamento estratégico que contempla, a nível municipal, as “linhas gerais de ação e as respetivas metas, indicadores, atividades, recursos e calendário”. Este documento deve ainda conter a “**descrição de todos os estabelecimentos de saúde existentes a nível municipal**, em construção ou com financiamento aprovado, a respetiva localização, bem como uma **análise prospetiva** que, em matéria de instalações e equipamentos identificados para **responder às necessidades em saúde**, determine os domínios e os locais de intervenção prioritária a nível municipal”.

Este instrumento deve ser desenvolvido em **articulação direta** com a **Câmara Municipal** e respetivo **Conselho Municipal de Saúde (CMS)**, a **Comunidade Intermunicipal (CIM)** (Secretariado Executivo e Conselho Intermunicipal) à qual pertence o município, bem como com a **Unidade Local de Saúde (ULS)**⁵ que abrange o respetivo território.

É ainda fundamental o **alinhamento** com outros **instrumentos de planeamento em saúde**, nomeadamente com o **Plano Nacional de Saúde (PNS)** e os **Planos Regionais (PRS)** e **Locais de Saúde (PLS)**, contribuindo para o cumprimento das suas metas e objetivos estratégicos⁶, bem como com outros instrumentos de outros sectores, nomeadamente do planeamento urbano, ambiente, transportes, economia, desenvolvimento social e educação, pelos óbvios impactos que estes têm na promoção da saúde.

⁵ Conforme o novo modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde estatuído pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

⁶ O alinhamento da Estratégia Municipal de Saúde com estes instrumentos e respetivo enquadramento estratégico considerando os contextos europeu, nacional e regional de referência é apresentado com maior detalhe no segundo volume, correspondente ao Plano Municipal de Saúde.

Fundamentalmente, a EMS deve definir estratégias e intervenções específicas que respondam às necessidades e problemas identificados no território municipal.

1.2.2 Processo de desenvolvimento e ciclo de implementação

A EMS é projetada para um ciclo temporal de cinco anos (2025-2030) sendo que, após este período, deve ser revista e avaliada, para readequação das estratégias e das prioridades a serem aplicadas.

Em termos concretos, a EMS é composta por dois documentos (volumes) que integram, sequencialmente, as etapas do processo de desenvolvimento deste tipo de instrumento de planeamento (**Figura 3**):

1) **Perfil Municipal de Saúde**, que corresponde ao presente documento, sendo relativo ao diagnóstico da situação de saúde da população e seus determinantes, fornece a base para a identificação dos principais problemas e necessidades;

2) **Plano Municipal de Saúde**, que substantifica a definição das estratégias, expressas em eixos de intervenção e respetivos objetivos, materializa-se em três partes:

i) **Plano de Ação**, com a identificação de medidas e ações que respondem aos problemas e necessidades identificadas no Perfil de Saúde, dirigidas sobretudo aos determinantes da saúde;

ii) **Plano de Monitorização e Avaliação**, com a definição de metas e indicadores que apoiam o acompanhamento e avaliação da implementação das ações que integram o plano de ação;

iii) **Plano de Comunicação**, que complementa os anteriores (plano de ação e monitorização e avaliação) com a indicação do público alvo das estratégias, interlocutores e potenciais parceiros locais e regionais com os quais o município pode colaborar na implementação e avaliação das respetivas medidas.

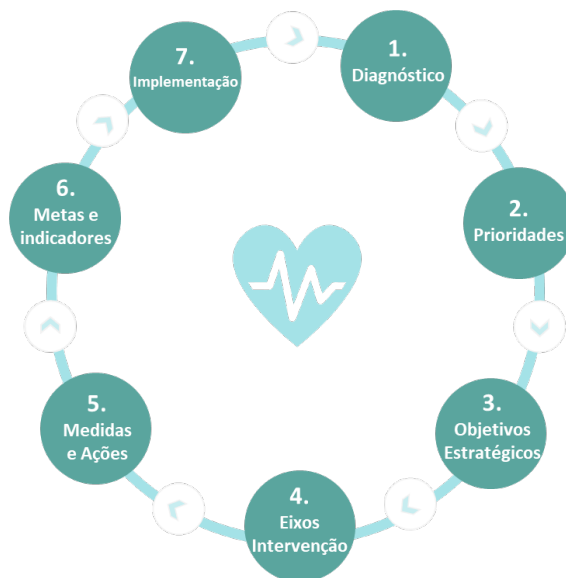


Figura 3. Processo de desenvolvimento da Estratégia Municipal de Saúde.

Fonte: Equipa de Investigação.

1.2.3 Princípios orientadores

Partindo dos princípios orientadores de que todas **as políticas têm uma dimensão territorial** e de que a **missão do município** é definir e executar medidas e ações que promovam o desenvolvimento integrado e sustentável em diferentes áreas de intervenção, a EMS deve constituir-se como um instrumento de governança que auxilie a articulação com os outros instrumentos de planeamento municipal, regional e nacional.

Assim, **a EMS deverá refletir nas suas estratégias:**

- Os **problemas e as necessidades de saúde da população**, identificados no Perfil Municipal de Saúde, bem como as ações e medidas que respondem a essas prioridades (Plano Municipal de Saúde);
- A **‘abordagem baseada no lugar’**, assente na análise das desigualdades geográficas entre as freguesias do município e na adequação das respostas aos problemas específicos de cada território;
- A promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida através da **ação sobre os determinantes da saúde** (e.g., ambiente económico, social, físico e construído);
- A **abordagem intersectorial** (“Saúde em Todas as Políticas” e “Todas as Políticas na Saúde”), com o envolvimento dos diferentes setores e parceiros (*stakeholders*) que contribuem, direta ou indiretamente, para promover o bem-estar e a equidade em saúde no município;

- A **articulação com o setor dos cuidados de saúde**, nomeadamente com as entidades regionais e locais de saúde, no planeamento da rede de unidades de prestação de cuidados de saúde primários;
- A **participação e envolvimento da comunidade** na identificação dos problemas e necessidades de saúde e na co-produção de soluções;
- A **avaliação e monitorização do impacto das medidas e ações de política na saúde** e na equidade em saúde;
- Os potenciais **ganhos em saúde** orientados não só pela **melhoria global da saúde** da população do município, mas também pela **redução das desigualdades internas** (entre freguesias e grupos populacionais) nos resultados e nos determinantes da saúde.

1.3 Abordagem conceptual

O direito à saúde é um dos direitos humanos mais importantes, estando intrinsecamente ligado ao direito à vida. A OMS define, desde o ano da sua Constituição (1946)⁷, a saúde como um *estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença ou de enfermidade*.

A Constituição Portuguesa (1976) também consagra este direito, através do seu artigo 64º, o qual determina que todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e proteger.

Nas últimas décadas tem-se reforçado a mudança de paradigma na saúde, caracterizada pela passagem de um modelo de avaliação centrado na doença e no seu tratamento para um modelo mais integrador e com a preocupação de promover a saúde e a equidade em saúde, centrada no cidadão, nas suas necessidades e expectativas.

Neste enquadramento, **a saúde é entendida** não como um conceito objetivo ou que resulta apenas de fatores genéticos e biológicos, mas como um **produto de origem multifatorial** que está intimamente ligado ao desenvolvimento e ao **lugar onde se nasce, vive, trabalha e envelhece**.

A promoção de contextos favoráveis à saúde ganha particular expressão através da criação de condições que promovam a adoção de estilos de vida mais saudáveis e que incluam as necessidades sentidas pelos cidadãos nas respostas intersectoriais de base territorial.

⁷ World Health Organization (WHO) (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.

Neste paradigma de avaliação e promoção da saúde (Figura 4), assumem-se como essenciais as seguintes abordagens: Visão Integrada, Base Geográfica, Saúde em Todas as Políticas e Planeamento Colaborativo⁸.

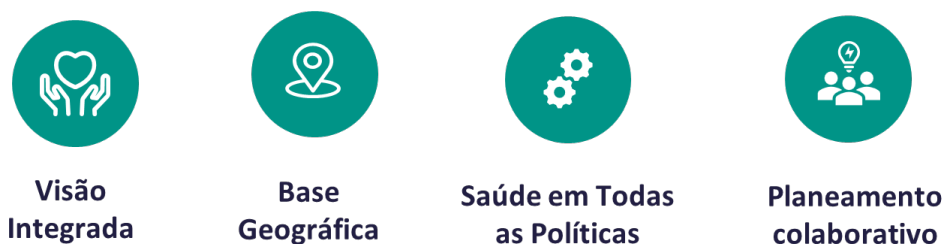


Figura 4. Dimensões da abordagem conceptual de avaliação da saúde da população.

Fonte: Equipa de Investigação.

1.3.1 Abordagem geográfica e integrada: o território na produção da saúde e da doença

A influência do contexto na saúde individual e coletiva é complexa e, por isso, de dimensão holística. O contexto é formado por múltiplos ambientes, dos quais se podem destacar o **ambiente físico, o construído, o social, o económico e o cultural** - os chamados **determinantes da saúde** – cuja distribuição, qualidade e acesso são reflexo da boa governança e da adequação das políticas, incluindo as da saúde⁹.

Planear lugares mais saudáveis capazes de promover a saúde (...) é não esquecer nenhuma destas dimensões (...) é identificar com precisão as características ambientais que, potencialmente, determinam o bem-estar e a qualidade de vida humana.¹⁰

O **lugar de residência**, nas suas componentes físicas e sociais, afeta a saúde quer diretamente quer indiretamente, através da influência sobre os estilos de vida e comportamentos.

Áreas geográficas mais desfavorecidas e com maior privação (e.g., elevados índices de pobreza, desemprego, baixa escolaridade, más condições da habitação, desprovidas de serviços e equipamentos, dificuldades de acesso a transporte público, má qualidade ambiental) tendem a estar associadas a piores resultados em saúde dos seus habitantes (e.g., elevada incidência, prevalência e

⁸ Freitas, Â., Santana, P. (2022). Putting Health at the Heart of Local Planning Through an Integrated Municipal Health Strategy, *Urban Planning*, Special Issue "Healthy Cities: Effective Urban Planning Approaches to a Changing World", 7(4): 42-60.< <https://doi.org/10.17645/up.v7i4.5829>>.

⁹ Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar*, 1ª Edição, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

¹⁰ Santana, P. (Coordenação) (2007). *A Cidade e a Saúde*. Coimbra: Edições Almedina SA.

mortalidade por doenças crónicas, doenças infetocontagiosas, obesidade, tensão arterial elevada) e a uma maior prevalência de comportamentos de risco (e.g., comportamentos aditivos, inatividade física, dieta pobre ou desequilibrada). As **diferentes condições socioeconómicas, de habitação, do ambiente físico e do ambiente construído** entre territórios do mesmo município, da mesma freguesia ou bairro, geram desigualdades geográficas injustas e evitáveis nos determinantes da saúde, que se repercutem nos resultados em saúde e se traduzem em iniquidades em saúde^{11, 12}.

A **equidade em saúde** é um dos temas que, nas últimas décadas, mais tem preocupado os investigadores e decisores na área da saúde, sendo prioridade na agenda política internacional¹³.

Neste âmbito, a equidade é entendida como a **ausência de desigualdades evitáveis e injustas no estado de saúde da população e nos respetivos determinantes**, entre grupos da população e áreas geográficas^{14,15}. Promover a equidade em saúde representa intervir na redução e eliminação destas desigualdades com o imperativo de “*Não deixar ninguém para trás nem nenhum lugar para trás*”. Desde a Carta de Promoção da Saúde da OMS, adotada em Ottawa em 1986¹⁶, que se preconiza que a justiça social e a equidade são pré-requisitos para se obterem ganhos efetivos na saúde da população.

De acordo com esta abordagem integrada e geográfica da saúde, a **análise dos determinantes da saúde**, e a sua distribuição no território, suporta e reforça a conceção de políticas e medidas que, ao incidirem sobre essas condições, atuam a montante da doença (resultados em saúde), resolvendo ou minorando as causas e os efeitos¹⁷. Por este motivo, é fundamental incluir as políticas de outros setores e a diferentes níveis, para além do setor dos cuidados de saúde, na prevenção e promoção da saúde da população (**Figura 5**).

¹¹ WHO-CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

¹² Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464):1099-104. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)>.

¹³ WHO Regional Office for Europe (2019). *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>>

¹⁴ Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports*, 129(1_suppl2):5-8. <<https://doi.org/10.1177/003335491412915203>>

¹⁵ Braveman, P. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4):254-8. <<https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>>.

¹⁶ World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*. Ottawa: World Health Organisation. <https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf>; Acesso em: 05-08-2024.

¹⁷ Kindig, D., Stoddart, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3):380-3. <<https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.93.3.380>>.

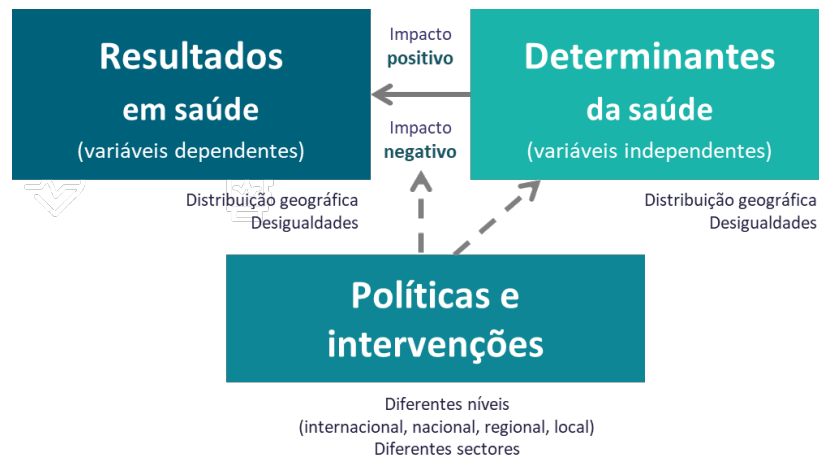


Figura 5. A Abordagem Integrada da Saúde da População.

Fonte: Adaptado e traduzido de Kindig & Stoddart (2003).

1.3.2 Determinantes da saúde

Dos modelos que procuram expressar a rede de relações entre diferentes níveis de determinantes da saúde, o mais conhecido é o modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991)¹⁸, que dispõe os determinantes da saúde em diferentes camadas segundo o seu nível de abrangência, desde a mais próxima ao indivíduo (contexto familiar) até à mais afastada, onde se identificam as determinantes ao nível da comunidade e ambiente (Figura 6).

No centro, são considerados os indivíduos, com as suas **características individuais** intrínsecas, genéticas e biológicas (género, idade) que são influenciados por fatores de contexto (a várias escalas). No nível mais próximo do indivíduo, são considerados os **comportamentos e estilos de vida**, que são influenciados não só pela **educação, estatuto social e rendimento** como também pelas características da comunidade onde vive, que podem proporcionar escolhas mais ou menos saudáveis.

No nível seguinte, são representadas as **influências sociais e comunitárias**, ou seja, a existência de redes e apoios sociais. A forma de funcionamento da comunidade e a organização social são fatores que produzem efeitos na saúde (física e mental) da população. A influência positiva destas dimensões pressupõe a interação social, ou seja, a existência de relações de vizinhança, ajuda e cooperação, associativismo e **participação, sentimento de pertença e coesão social**.

¹⁸ Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

No terceiro e quarto níveis estão incluídos os fatores relacionados com o **ambiente económico e social**, tais como as condições de trabalho, de acesso a bens essenciais e serviços, atividades económicas e de lazer, entre outros. Os níveis seguintes correspondem ao **ambiente construído e ao ambiente físico**, que têm impactos mais amplos em todos os níveis anteriores, podendo influenciar diretamente a saúde do indivíduo e, indiretamente, por exemplo, os seus comportamentos. Destacam-se os elementos relativos à **habitação** (e.g., forma e design, orientação solar, isolamento térmico e acústico, lotação, luminosidade), à densidade residencial e populacional, à **qualidade ambiental** (e.g., recolha e tratamento de resíduos, ruído, qualidade do ar e da água), ao **acesso a infraestruturas e serviços** (e.g., espaços verdes, cuidados de saúde), ao desenho do espaço urbano e usos do solo (e.g., espaço público, configuração das ruas, uso misto), à **(in)segurança** (e.g., criminalidade) e à manutenção e limpeza urbana (e.g., presença de pichagens, sinais de vandalismo). Posteriormente, Barton e Grant (2006)¹⁹ adicionaram ao modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) fatores globais como as **mudanças climáticas, o ecossistema e a biodiversidade**, evidenciando a sua relevância através da sua influência nos determinantes locais da saúde e bem-estar da população (Figura 6).

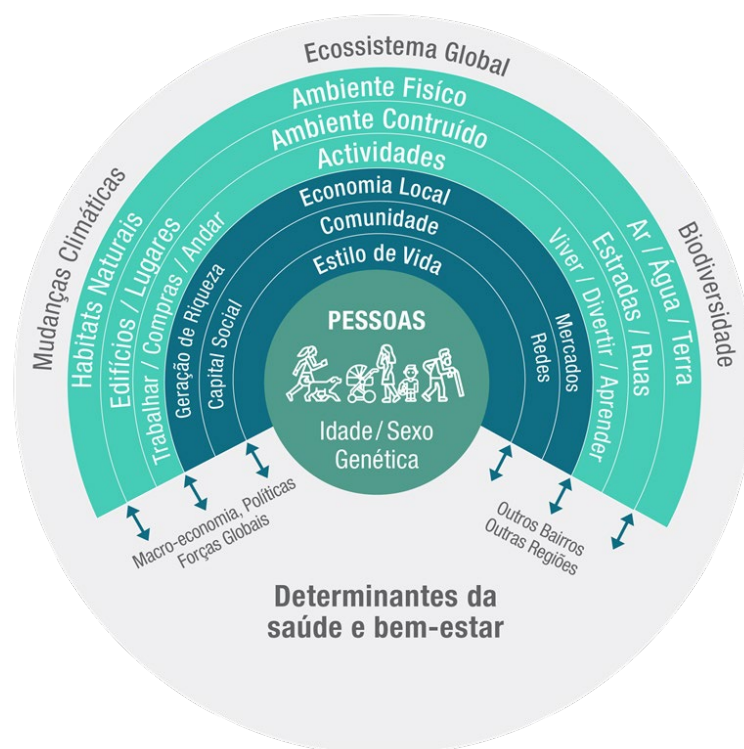


Figura 6. A Abordagem Multidimensional dos Determinantes da Saúde e Bem-Estar.

Fonte: Adaptado e traduzido de Dahlgren & Whitehead (1991) e Barton & Grant (2006).

¹⁹ Barton, H., Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Public Health*, 126 (6):252-3. <<https://doi.org/10.1177/1466424006070466>>.

1.3.3 Abordagem intersectorial da saúde: a “Saúde em Todas as Políticas”

A estratégia “Saúde em Todas as Políticas” coloca a saúde no topo das agendas políticas, enquadrando o contributo de diferentes setores na promoção da saúde e da equidade em saúde: economia, emprego, educação, transportes, ambiente, ordenamento do território, agricultura, entre outros. Esta estratégia assenta no reconhecimento de que as políticas e medidas desenvolvidas noutros setores, para além dos cuidados de saúde, têm impactos, positivos ou negativos, na saúde da população^{20,21}. Compete aos governos, nomeadamente os locais, a tarefa de promover a saúde dos seus cidadãos e de garantir o acesso equitativo a oportunidades e recursos. Os municípios podem atingir esses objetivos através da influência que exercem em vários domínios, tais como o planeamento urbano, o ambiente, a educação, a economia, a habitação, a segurança, os transportes e a mobilidade (Figura 7).

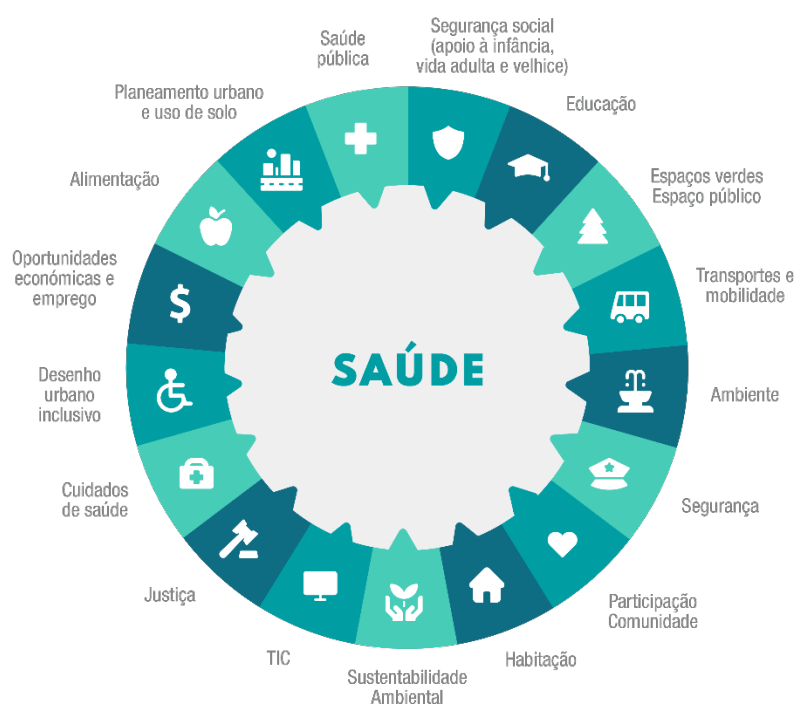


Figura 7. A Abordagem Intersectorial “Saúde em Todas as Políticas”.

Fonte: Universidade de Coimbra e Câmara Municipal de Coimbra (2021). Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra, Volume I - Perfil Municipal de Saúde de Coimbra. Adaptado e traduzido de Ehlinger (2016)²².

²⁰ Ollila, E., Baum, F., Peña, S. (2013). Introduction to health in all policies and the analytical framework of the book. In: Cook, S., Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. (Eds.) *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 3-24.

²¹ World Health Organization (WHO) (2014). *Health in all policies. Helsinki statement framework for country action*. Geneva: World Health Organization. <<https://www.who.int/publications/i/item/978924106908>>

²² Ehlinger, E. (2016). *Health equity and health in all policies approaches in public health policymaking*. 2016 ASTHO Annual Meeting.

1.4 Abordagem metodológica

1.4.1 Processo de elaboração

O Perfil Municipal de Saúde corresponde ao primeiro volume da Estratégia Municipal de Saúde, fornecendo um **diagnóstico da saúde da população residente** no município em diferentes dimensões de análise, integrando não só os **resultados em saúde**, mas também os múltiplos **determinantes individuais e ambientais** que influenciam a saúde e bem-estar (**Figura 8**).

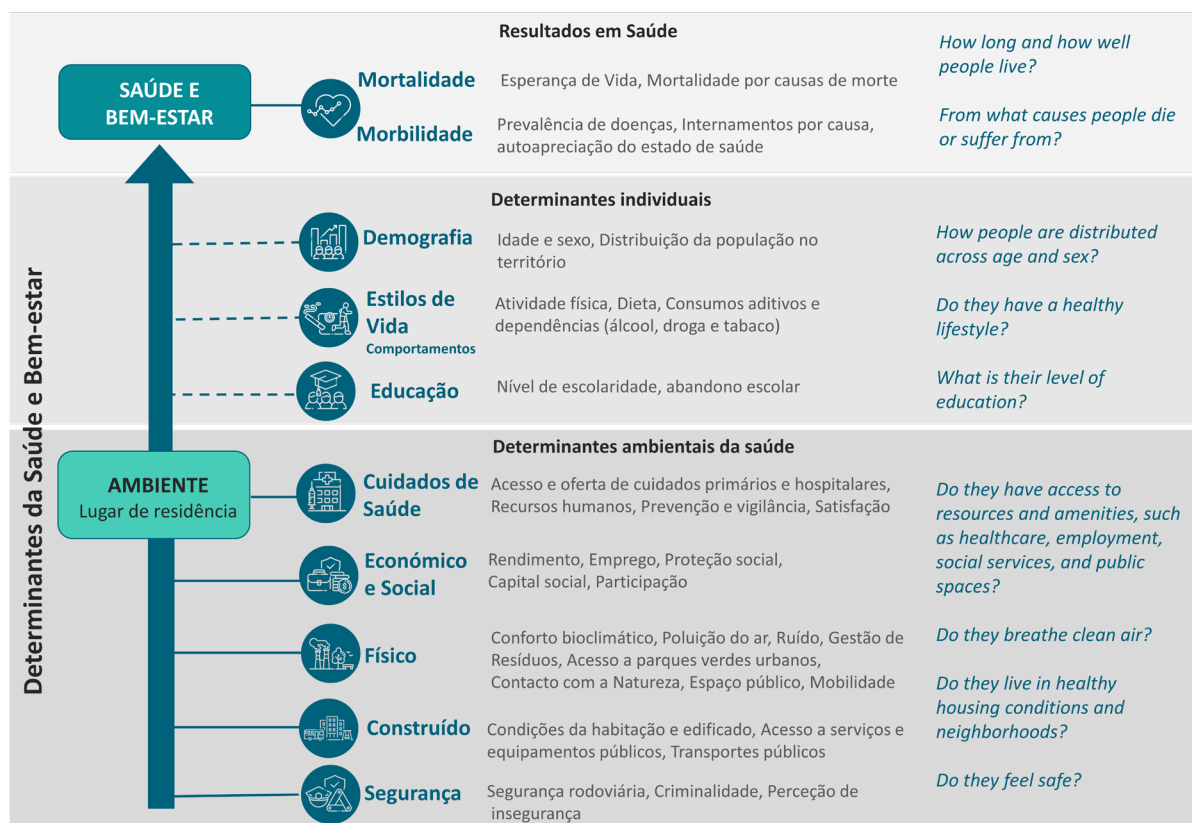


Figura 8. Modelo de avaliação da saúde no Perfil Municipal de Saúde.

Fonte: Freitas, Â., Santana, P. (2022). Putting Health at the Heart of Local Planning Through an Integrated Municipal Health Strategy, *Urban Planning*, Special Issue "Healthy Cities: Effective Urban Planning Approaches to a Changing World", 7(4): 42-60.< <https://doi.org/10.17645/up.v7i4.5829>>.

Sumariamente, o processo de elaboração do perfil de saúde materializa o referencial conceptual apresentado no ponto 1.3, sustentado em evidência científica, e que tem sido amplamente estudado e aplicado pela Equipa de Investigação em Geografia da Saúde da Universidade de Coimbra (sob coordenação da Professora Paula Santana) em trabalhos e projetos científicos anteriores.

Destacam-se os trabalhos recentes desenvolvidos no campo da **avaliação multidimensional da saúde** nos projetos GeoHealthS: *A Geografia da Saúde da População. Evolução nos últimos 20 anos em*

Portugal Continental²³ e EURO-HEALTHY: *Shaping EUROpean policies to promote HEALTH equity*²⁴, que contribuíram para a **identificação, seleção e definição de uma matriz de referência** de dimensões e indicadores considerados relevantes para elaborar um diagnóstico de saúde **de base territorial**. A nível nacional, importa referir, a título exemplificativo, a aplicação desta matriz na Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra 2021-2025 e no Atlas dos Municípios Saudáveis (Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis)²⁶.

O processo de elaboração do Perfil integrou diferentes fases e etapas. Foi construído em estreita articulação com a CIM Região de Coimbra e Câmara Municipal de Arganil e contou, ainda, com a colaboração de várias entidades, de âmbito local, regional e nacional, nomeadamente produtoras de informação estatística em indicadores considerados relevantes para integrar o diagnóstico da situação de saúde e dos seus determinantes no município.

A primeira etapa do trabalho iniciou-se com a **estruturação e definição** de uma lista bastante completa de **indicadores que caracterizam a saúde**, em múltiplas áreas e dimensões, seguindo o modelo de avaliação da saúde apresentado anteriormente. Recorreu-se a um conjunto muito diverso de variáveis relativas aos indivíduos (e.g., demográficas, nível de escolaridade, ocupação, comportamentos) e ao contexto/lugar de residência (e.g., oferta de cuidados de saúde, acessibilidade geográfica a serviços, características da habitação, ambiente físico, segurança). A seleção dos indicadores que integram o Perfil de Saúde teve em consideração critérios de desagregação espacial (escala do município e, sempre que possível, a escala da freguesia) e temporal (ano mais recente com dados), de fiabilidade e validade, privilegiando-se as fontes de dados oficiais.

Na etapa seguinte procedeu-se à **recolha de informação estatística** (qualitativa e quantitativa) nos indicadores selecionados. A inexistência de informação relativa a algumas variáveis de avaliação das condições de saúde da população, ao nível desagregado do município e freguesia, apenas possível através da realização de inquéritos à população residente, constitui uma limitação do presente diagnóstico. Da falta de indicadores resulta a incorporação, por exemplo, da autoavaliação do estado de saúde, das condições de habitabilidade, dos comportamentos e estilos de vida relativos à dieta alimentar e prática de atividade física, da perceção das condições do lugar de residência, das necessidades percebidas de cuidados de saúde.

²³ Santana, P. (Coordenação) (2015). *A Geografia da Saúde da População. Evolução nos últimos 20 anos em Portugal Continental*. Coimbra: CEGOT-UC.<<http://dx.doi.org/10.17127/cegot/2015.GS>>

²⁴ Freitas, Â., Santana, P., Oliveira, M.D. et al. (2018). Indicators for evaluating European population health: a Delphi selection process. *BMC Public Health* 18, 557. <<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5463-0>>

²⁵ Santana, P., Costa, C., Freitas, A., Stefanik, I., Quintal, C., Bana e Costa, C., Borrell, C., ... et al. (2017). *Atlas of Population Health in European Union Regions*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.<<https://doi.org/10.14195/978-989-26-1463-2>>

²⁶ Atlas dos Municípios Saudáveis. <<https://atlas.municipiossaudaveis.pt/>>

Por fim, toda a informação recolhida foi introduzida numa base de dados e sujeita a tratamento e múltiplos cruzamentos, com recurso a ferramentas de análise estatística e espacial. O ponto seguinte (1.4.2) descreve com mais detalhe o processo de aquisição e análise da informação estatística dos indicadores utilizados no diagnóstico.

1.4.2 Dados e métodos

O Perfil de Saúde reúne informação proveniente de diversas fontes, designadamente: i) bases de dados eletrónicas e publicações periódicas de acesso público, ii) bases de dados não publicadas e de acesso restrito, mas acessíveis mediante um processo de justificação do pedido e iii) dados primários, recolhidos através de inquérito (e.g., inquérito às instalações de cuidados de saúde primários).

No primeiro grupo destacam-se as estatísticas oficiais provenientes do Instituto Nacional de Estatística (INE) e de outras bases de dados de acesso público, como é o caso da Pordata e da Agência Portuguesa do Ambiente (APA), entre outras.

No segundo grupo, mediante um pedido de dados realizado através da CIM Região de Coimbra, destacam-se as seguintes fontes: Instituto de Segurança Social (ISS) (beneficiários de apoios sociais), Unidades Locais de Saúde (ULS) (indicadores de utilização hospitalar e cuidados primários à escala da unidade funcional), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (morbilidade hospitalar) e Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) (acidentes de viação). Dentro deste grupo é ainda de referir a disponibilização de informação estatística pela Câmara Municipal, nomeadamente para recolha de indicadores sociais (e.g., Ação Social Escolar, população em situação de vulnerabilidade social e económica, população adulta mais velha em situação de isolamento). Por fim, recorreu-se a fontes produtoras de dados geográficos para a construção de indicadores de base espacial (e.g., acessibilidade a equipamentos de saúde, espaços verdes) das quais se destacam a Direção Geral do Território - DGT (Carta de Ocupação do Solo, COS2018) e a ESRI Portugal (rede viária).

1.4.2.1 Representação gráfica e cartográfica

No sentido de apoiar a leitura do diagnóstico, os indicadores estão sempre representados através de gráficos, quadros e mapas. Quer na **representação gráfica** quer através dos quadros relativos à informação em análise, procurou-se, sempre que possível, enquadrar e comparar o desempenho do município com o desempenho de outras unidades de referência a diferentes escalas, nacional (Portugal Continental) e regional (Região de Coimbra).

O **mapeamento dos indicadores à escala da freguesia** foi realizado recorrendo a ferramentas da ESRI, nomeadamente o ArcGIS Pro. As divisões administrativas de Portugal Continental utilizadas na

cartografia correspondem às da Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP 2013), disponibilizada pela DGT.

Na **representação cartográfica** dos indicadores optou-se pela estruturação da informação em classes, utilizando-se a média e desvio-padrão: ao valor da média somou-se ou subtraiu-se meio desvio-padrão (ou um desvio-padrão, dependendo da amplitude dos dados). Os desempenhos dos indicadores foram cartografados em sete classes. As classes do topo e da base correspondem às freguesias que contêm, respetivamente, os valores mais elevados (cor azul mais escura) e mais baixos (cor azul mais clara). A classe intermédia contém a média dos desempenhos de todas as freguesias.

1.4.2.2 Análise estatística e espacial

Um conjunto de indicadores baseados em informação geográfica foi construído pela Equipa de Investigação para integrar especificamente o Perfil de Saúde, recorrendo a ferramentas de análise estatística e espacial com recurso a sistemas de informação geográfica (e.g., tecnologia ESRI e respetivas extensões, para o cálculo por exemplo dos indicadores de acessibilidade geográfica a equipamentos (cálculo de isócronas de tempo).

– **Indicadores de mortalidade**

No Capítulo 4 (Resultados em Saúde) são apresentadas as **Taxas de Mortalidade Padronizada (TMP)** para as principais causas de morte, cujo método de cálculo tem em conta, para cada freguesia, o número de óbitos e a população residente segundo grupos de idade e sexo, geralmente num período de cinco anos (2018-2022). Os dados dos óbitos por causa de morte foram apurados especificamente para este estudo, por um investigador da equipa acreditado pelo INE, em ambiente de acesso seguro - *safe centre* e sob estrito controlo da informação. Os óbitos foram desagregados segundo a causa de morte, freguesia de residência, sexo e grupo de idade. As principais causas e grupos de causas de morte, segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10, estão descritas nos Quadros 30 a 34 do Anexo I.

Nota: para algumas causas de morte não foi possível apresentar os dados ao nível das freguesias devido ao segredo estatístico. Esta situação deve-se ao facto de as áreas geográficas em estudo possuírem pequenos quantitativos populacionais e de o número de óbitos por estas causas de morte ser muito baixo.

1.4.2.3 Inquérito às instalações de cuidados de saúde primários

O processo de levantamento e recolha de informação, na dimensão dos cuidados de saúde, foi acompanhado da aplicação de um **“Inquérito às Instalações dos Cuidados de Saúde Primários”** nas

unidades funcionais existentes nos municípios da Região de Coimbra, com o objetivo de caracterizar estas estruturas em termos do seu **estado geral de conservação, operacionalidade e necessidades de investimento**. Este inquérito assume-se como relevante no âmbito da transferência para os municípios das competências de gestão e execução de serviços de apoio logístico destas unidades. Segundo o Artigo 7º do Decreto-lei 84-E, de 14 de dezembro, a Estratégia Supramunicipal e Estratégias Municipais devem conter a “**descrição de todos os estabelecimentos de saúde existentes** a nível supramunicipal, em construção ou com financiamento aprovado, a respetiva localização, bem como uma análise prospetiva que, em matéria de instalações e equipamentos identificados para responder às necessidades em saúde, determine os domínios e os locais de intervenção prioritária”. O **inquérito** foi aplicado **online**, através da plataforma *LimeSurvey*, junto dos **municípios da Região de Coimbra**, entre os meses de abril e julho de 2024. Cada município submeteu um inquérito por cada uma das instalações onde são prestados cuidados de saúde primários (edifícios) situadas no território municipal, incluindo as diferentes tipologias de unidades funcionais (e.g., USCP, USF, UCC). O inquérito continha **49 questões** organizadas segundo a seguinte estrutura²⁷:

A) **Identificação** da instalação;

B) **Titularidade**;

C) **Acessibilidade** (e.g., acesso e adequação da rede de transportes, rede viária);

D) **Caraterização geral** (e.g., ano de construção, tipo de construção e implantação, número de pisos);

E) **Estado geral de conservação**;

F) **Caraterização geral do espaço exterior** (e.g., estacionamento, espaços verdes, iluminação);

G) **Adaptabilidade a pessoas com mobilidade condicionada**;

H) **Organização espacial e funcionalidade**;

I) **Conforto térmico e eficiência energética**;

J) **Equipamento e segurança**;

K) **Necessidades futuras de investimento** (horizonte de cinco anos).

²⁷ Anexo II – Inquérito às Instalações dos Cuidados de Saúde Primários.

2 ENQUADRAMENTO TERRITORIAL DO MUNICÍPIO

2.1 Enquadramento geográfico e administrativo

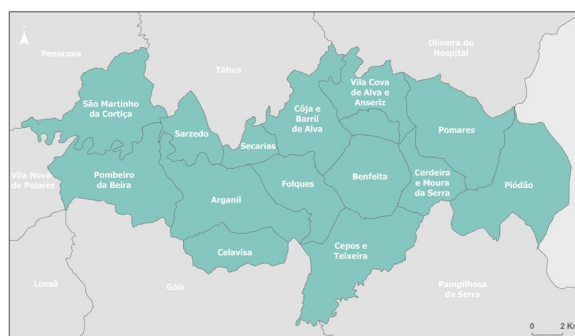
O município de Arganil localiza-se na região central de Portugal Continental, integrando a Região do Centro (NUT II) e a Região de Coimbra (NUTS III). Encontra-se delimitado a Norte pelos municípios de Penacova, Tábua e Oliveira do Hospital, a Oeste pelo município de Vila Nova de Poiares, a Este pelos municípios de Seia e Covilhã (Região das Beiras e Serra da Estrela) e a Sul pelos municípios de Góis, Lousã e Pampilhosa da Serra (**Mapa 1**).

Com uma área de 332 km², o território municipal subdivide-se em **14 unidades territoriais** (10 freguesias e quatro uniões de freguesias), fruto da reorganização administrativa do território das freguesias, implementada em 2013 nos termos da Lei N.º 11-A/2013 de 28 de janeiro (**Mapa 2**).



Mapa 1. Enquadramento geográfico e administrativo do município de Arganil na Região de Coimbra.

Fonte: Elaboração própria com base na DGT, Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP), 2023.

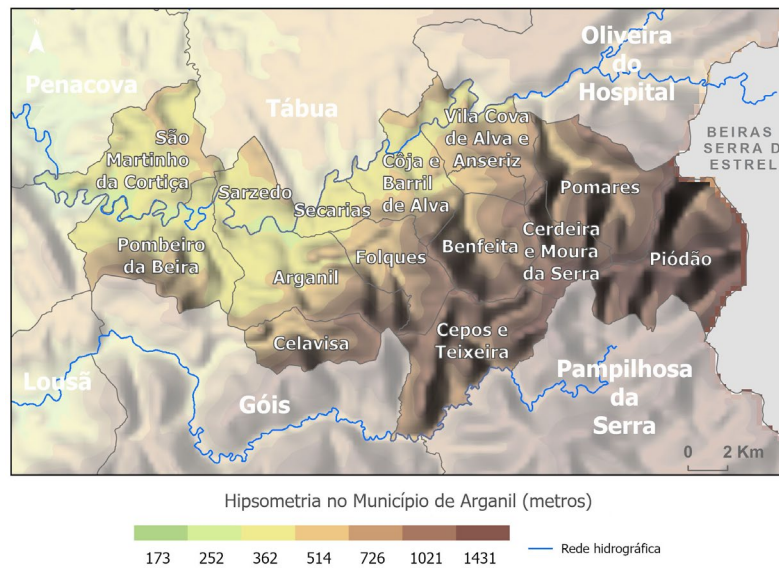


Mapa 2. Freguesias e União de Freguesias (UF) do município de Arganil.

Fonte: Elaboração própria com base na DGT, Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP), 2023.

2.2 Relevo e clima

O **relevo**, sendo uma característica física do território, influencia a distribuição da população no território e pode condicionar o acesso a serviços e equipamentos, nomeadamente a cuidados de saúde. No Mapa 3 pode observar-se a hipsometria do município de Arganil, a qual varia entre os 173 e os 1431 metros, sendo a altitude média de 169 metros. Verifica-se que o concelho é atravessado por um profundo vale, onde se organiza o rio Arouce, no sopé ocidental da Serra da Lousã. As áreas de maior altitude verificam-se na Serra do Açor, que faz parte da Cordilheira Central, estando localizado na zona limítrofe Arganil e dos concelhos próximos (Covilhã e Pampilhosa da Serra).



Mapa 3. Mapa hipsométrico do município de Arganil.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGT.

O **clima**, e nomeadamente os elementos meteorológicos, são considerados condicionantes da saúde humana, podendo representar fatores de risco para determinadas doenças. Nos últimos anos, em virtude dos padrões (observados e previstos) das alterações climáticas, tem sido dado destaque aos **impactos das condições meteorológicas na saúde pública**, de que são exemplo: i) valores extremamente altos ou baixos de **humidade** com aumentos de internamentos por asma²⁸, ii) a ocorrência de **precipitação** e **temperaturas** altas e doenças parasitárias²⁹, e iii) rápida variação da **pressão atmosférica** e o aumento da probabilidade de ataque cardíaco³⁰.

O clima de Arganil, à semelhança do que se verifica de forma predominante na região Centro de Portugal Continental e especificamente na Região de Coimbra, apresenta características típicas do **Clima Mediterrâneo** (Csb, na classificação de Köppen), isto é, um tipo climático com **invernos amenos e chuvosos** e **verões secos e quentes**. De acordo com os valores da normal climatológica de 1971-2000 (estação meteorológica de Coimbra/Bencanta), os valores da temperatura média anual rondam os 15.5°C. O inverno é fresco, com temperaturas médias ligeiramente inferiores a 9.5°C e os valores médios da temperatura mínima rondando os 4.5°C, valores correspondentes a janeiro, o mês mais

²⁸ Zhang, Y., Peng, L., Kan, H., Xu, J., Chen, R., et al. (2014) Effects of Meteorological Factors on Daily Hospital Admissions for Asthma in Adults: A Time-Series Analysis. *PLOS ONE* 9(7): e102475. <>

²⁹ Daalen, K. et al. (2024). The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: Unprecedented warming demands unprecedented action. *The Lancet Public Health*, 9(7), e495–e522. <[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00055-0)>

³⁰ Verberkmoes, N., Soliman, Hamad, M., Ter Woorst, J., Tan, M., Peels, C., van Straten, A. (2012). Impact of temperature and atmospheric pressure on the incidence of major acute cardiovascular events. *Neth Heart J*. May;20(5):193-6. doi: 10.1007/s12471-012-0258-x. PMID: 22328355; PMCID: PMC3346877.

frio. No verão as temperaturas médias nos meses mais quentes (julho e agosto) rondam os 21.5°C, com os valores médios da temperatura máxima a superarem os 28°C.

Apesar destas características serem transversais a todos os municípios que constituem a Região de Coimbra, verificam-se algumas **variações espaciais** em virtude, principalmente, da **proximidade ao Oceano Atlântico** e da **altitude, sendo este último o caso de Arganil**.

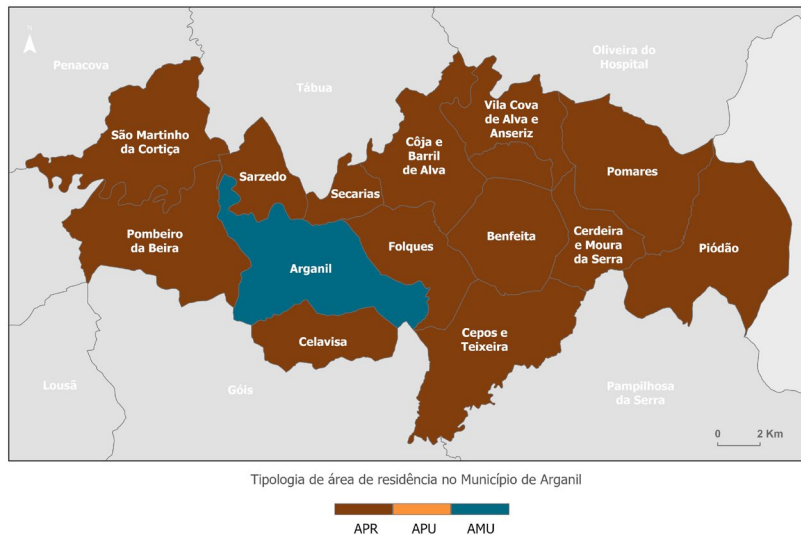
Os fenómenos de temperatura extrema são frequentemente associados ao aumento da mortalidade e morbidade assim como à diminuição do bem-estar da população. O Plano Intermunicipal de Adaptação às Alterações Climáticas da Região de Coimbra indica que, entre 1865 e 2016, foram registadas 47 ondas de calor (a partir de 2010 com uma frequência quase anual). Relativamente a períodos de frio extremo, o mesmo documento indica 19 vagas de frio entre 1907 e 2017. Segundo dados do Instituto Português do Mar e da Atmosfera (IPMA), disponibilizados pelo INE, desde 2019 foram identificadas **sete ondas de calor**³¹ na estação meteorológica de Coimbra-Bencanta, sendo que em 2021 e 2022 foram categorizados 29 dias de onda de calor em quatro eventos.

2.3 Grau de urbanização

Considerando o grau de urbanização e o tipo de área residencial³², o município de Arganil apresenta quase a totalidade do seu território classificado como **Área Predominantemente Rural (APR)** (**Mapa 4**). A exceção é a freguesia de Arganil (sede de município), que é **Área Mediamente Urbana (AMU)** e que concentra 35% da população residente (**Figura 9A e 9B**), bem como as principais atividades económicas, equipamentos e serviços do município. As restantes unidades territoriais são caracterizadas pelo acentuado envelhecimento da população, com mais de 70% dos seus residentes a terem idades acima dos 65 anos (**Figura 9B**).

³¹ Indicador que traduz o número de dias, em intervalos de pelo menos 6 dias consecutivos, cuja temperatura máxima diária é superior em 5 °C ao valor médio diário no período de referência.

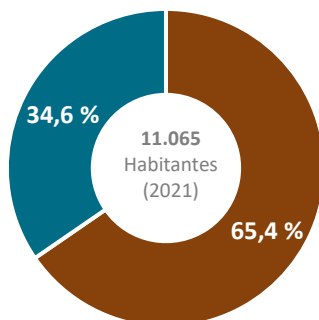
³² A classificação da tipologia de área residencial adotada neste relatório foi baseada na Tipologia de Áreas Urbanas (TIPAU 2014) definida pelo INE.



Mapa 4. Tipologia de área de residência das freguesias e união de freguesias (UF) do município de Arganil, segundo a localização geográfica, 2021.

Fonte: Elaboração própria com base na DGT, CAOP 2023; INE, Censos 2021 e TIPAU 2014 (Tipologia de Áreas Urbanas).

A – Tipologia de área de residência, segundo a população residente (%)



B – Tipologia de área de residência, segundo o escalão etário da população residente (%)

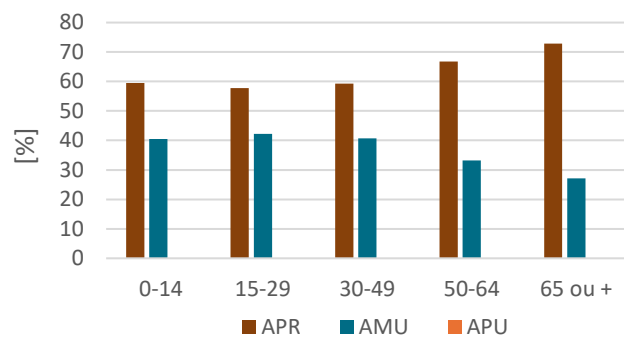


Figura 9 [A-B]. Tipologia de área de residência das freguesias e união de freguesias (UF) do município de Arganil, segundo [A] a população residente e [B] o escalão etário, 2021 (%).

Fonte: Elaboração própria com base no INE, Censos 2021 e TIPAU 2014 (Tipologia de Áreas Urbanas).

PARTE II. DIAGNÓSTICO

3 DEMOGRAFIA

As características demográficas de um território constituem uma condicionante com relevância para o seu desenvolvimento social e económico em geral, bem como para o estado de saúde das pessoas e das comunidades que o habitam.

A dotação populacional de um determinado território, a sua dinâmica de evolução e a sua estrutura demográfica, para além de influenciarem o estado global de saúde da população residente, por exemplo através da prevalência de patologias associadas ao envelhecimento, são também determinantes para a configuração de serviços de saúde adequados às necessidades específicas das populações, por forma a potenciar a melhoria de resultados em saúde.

Ao longo deste capítulo pretende-se salientar algumas características mais significativas da evolução da população residente no município de Arganil de forma a detetar tanto a sua evolução no passado recente como as principais características demográficas deste território. A análise efetuada procurará ter em conta as dinâmicas registadas ao nível das freguesias sempre que possível, assim como estabelecer comparações com outras escalas, concretamente com Portugal Continental e a Região de Coimbra e outros territórios, quando tal se justificar.

3.1 Evolução da população residente

De acordo com os resultados do Recenseamento Geral da População e Habitação de 2021 (Censos 2021), o município de Arganil contava, nessa data, com um efetivo populacional residente de 11.065 habitantes, o que representa um **decréscimo de 9%** em relação a 2011, prolongando a trajetória descendente observada nas últimas décadas, que atingiu os 13% entre 1991 e 2011. A **retração demográfica** registada no município é mais acentuada do que a que se verificou no último período intercensitário em Portugal Continental (-2%), bem como a verificada na Região de Coimbra (-5%) (**Figura 10**).

A análise da dinâmica demográfica revela que a retração populacional observada é atribuível a saldos naturais negativos, que refletem uma redução na capacidade endógena de substituição geracional. Tal confere um papel determinante à intensidade e direção dos fluxos migratórios nesse processo, sendo que no município de Arganil, entre 2011 e 2021, foram registadas taxas de crescimento migratório mais positivas (1,7%) do que em Portugal Continental (0,3%), e contrárias ao verificado na Região de Coimbra cuja taxa foi negativa (-0,1%) (**Figura 11**).

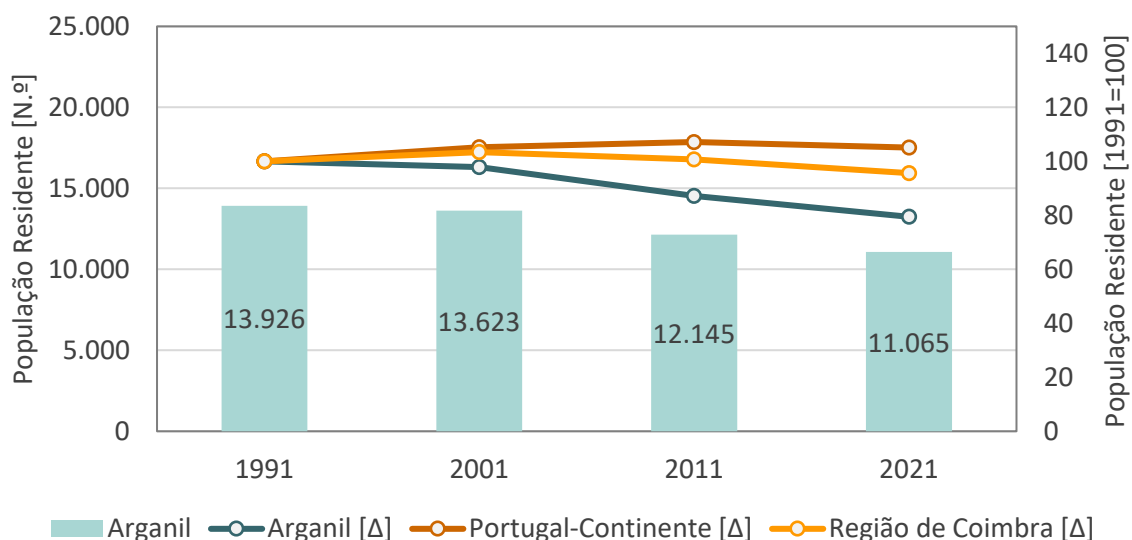


Figura 10. Evolução da população residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, 1991-2021.

Fonte: INE, Censos 1991, 2001, 2011 e 2021.

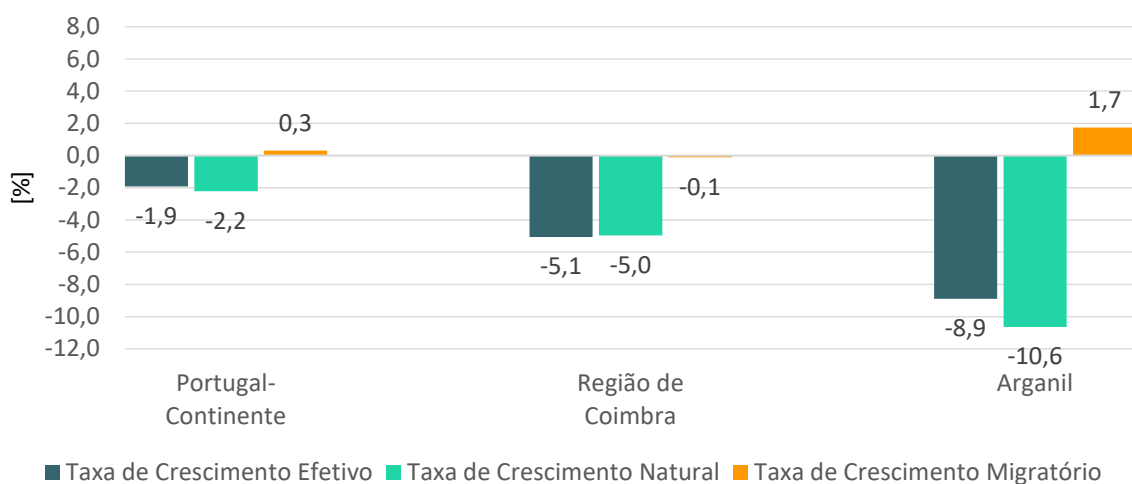


Figura 11. Dinâmica evolutiva da população residente, no município de Arganil, Portugal (Continente) e Região de Coimbra, 2011-2021.

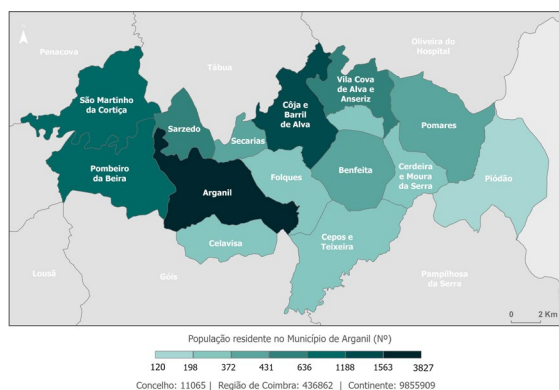
Fonte: Cálculos próprios com base nos dados disponibilizados pelo INE, População residente - Censos 2011 e 2021 -, Nados-vivos e Óbitos Gerais.

Relativamente à **população estrangeira com estatuto legal de residente**, observa-se no município de Arganil uma **tendência de crescimento** superior à dos referenciais geográficos de comparação. Em 2022, este contingente totalizava 860 pessoas, representando um crescimento de cerca de 185% entre 2014 e 2022, em comparação com variações aproximadas de 87% na Região de Coimbra e 101%

em Portugal Continental. As nacionalidades mais representadas em 2022 eram a do Reino Unido (46%) e Brasil (9%).

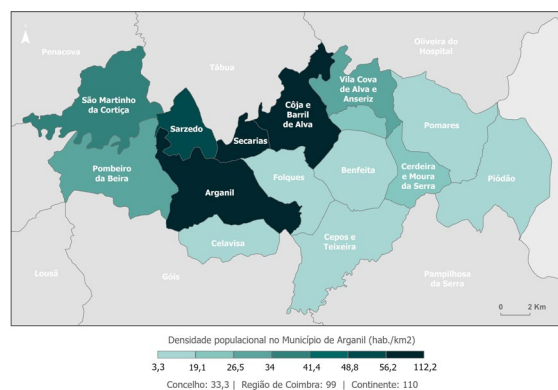
O modelo de distribuição espacial da população residente no município apresenta uma **elevada concentração na freguesia de Arganil** (que representa 35% do total dos/as residentes), sendo que 59% dos/as habitantes do município residem em três das suas catorze freguesias (**Mapa 5**).

A densidade populacional nas freguesias que integram o município é diversificada, oscilando entre valores máximos de 112,2 habitantes por Km² na freguesia de Arganil, seguida pelos 64,3 habitantes por Km² na união de freguesias (UF) de Côja e Barril de Alva e o valor mínimo de 3,3 habitantes por Km² que residem na freguesia de Piódão (**Mapa 6**).



Mapa 5. População residente no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021



Mapa 6. Densidade populacional no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº hab./Km²), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021

A dinâmica de crescimento populacional no último período intercensitário revela que apesar da retração demográfica global observada no município, uma das suas freguesias registou um ligeiro aumento ao nível da população residente – a freguesia da Benfeita registou um crescimento na ordem dos 4,8%, embora esta freguesia represente apenas 3,7% do total da população do município (**Figura 12**).

Todas as restantes freguesias registaram dinâmicas de evolução populacional negativas, que atingiram os 33% na freguesia de Piódão ou os 27% na UF de Cepos e Teixeira, embora estas representem apenas 1,1% e 1,8% do total da população residente no município.

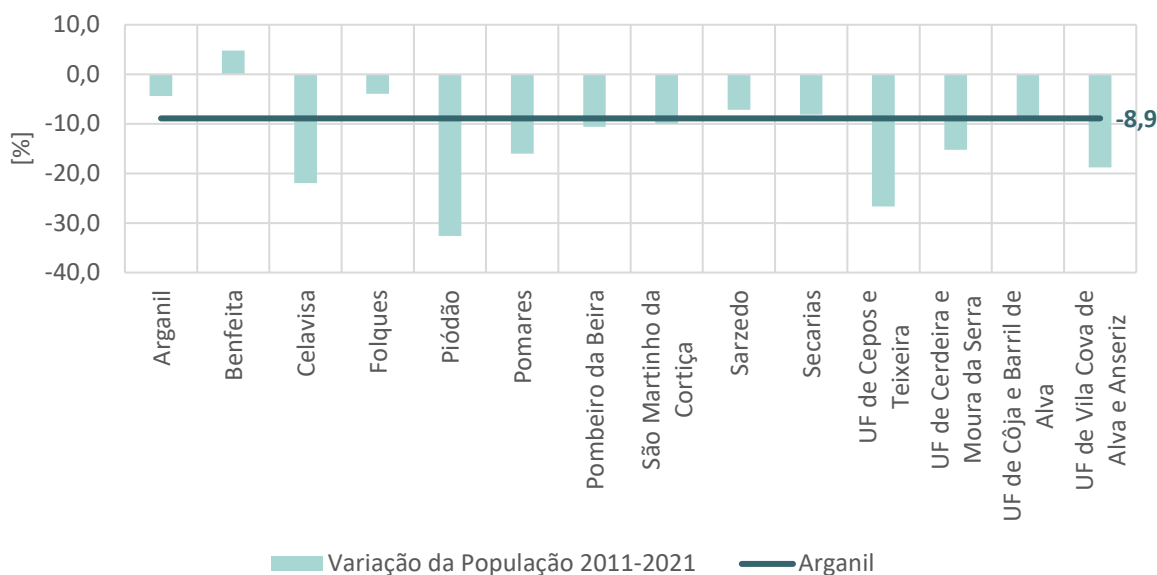


Figura 12. Variação da população residente no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2011-2021.

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.

3.2 Estrutura etária da população residente

Do ponto de vista da estrutura etária, a população residente no município de Arganil evidencia, no último período intercensitário, um processo de envelhecimento de duplo sentido: o aumento da população nos escalões etários acima dos 55 anos e a diminuição da população nos escalões abaixo dos 54 anos (**Figura 13**).

Assim, o fenómeno de **envelhecimento da população** residente no município de Arganil registou um acentuado crescimento entre 2011 e 2021, bastante superior ao que se verificou nas restantes unidades estatísticas de comparação (**Quadro 1**).

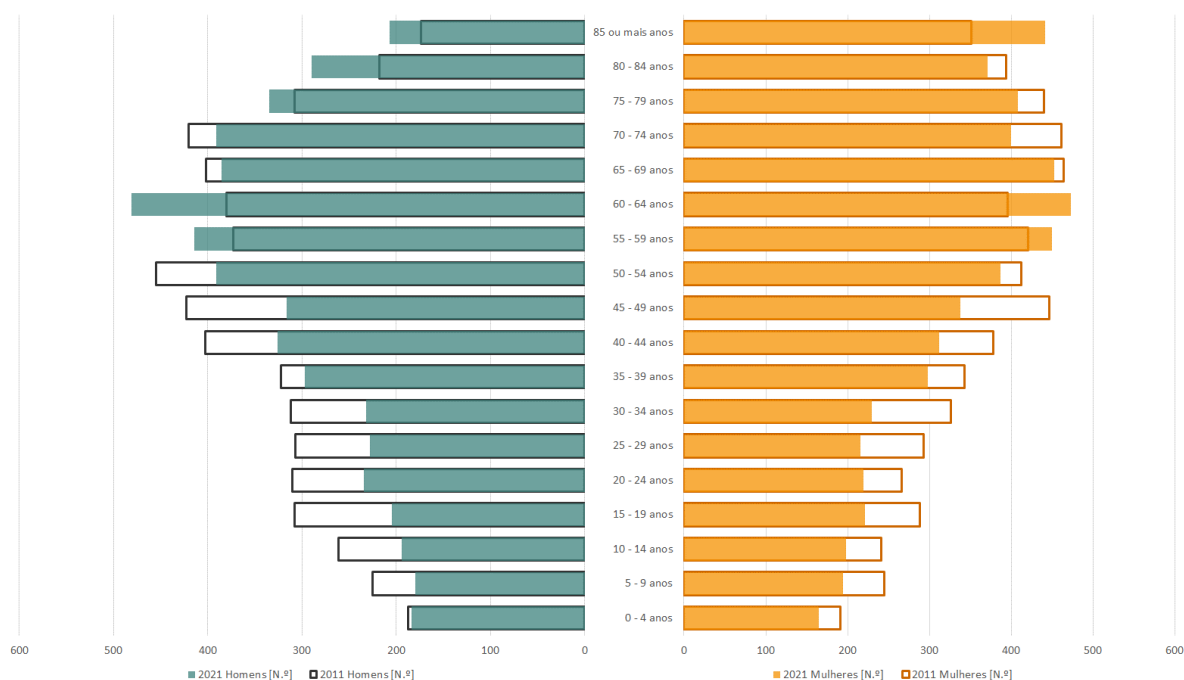


Figura 13. Estrutura etária da população residente no município de Arganil, segundo o sexo, 2011-2021.

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.

Quadro 1. Índices demográficos da população residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, em 2011 e 2021.

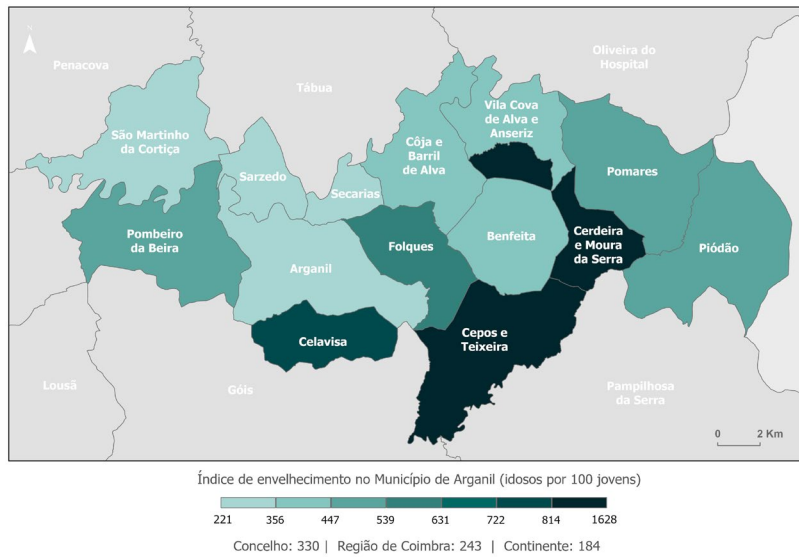
	Portugal - Continente		Região de Coimbra		Arganil	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021
Índice de Envelhecimento Demográfico [pop. ≥65 / pop. <15 x 100]	131	185	177	244	269	330
Índice de Dependência de Jovens [pop. <15 / pop. 15-64 x 100]	22	20	20	19	19	18
Índice de Dependência de Idosos [pop. ≥65 / pop. 15-64 x 100]	29	37	35	46	51	59
Índice de Dependência Total [(pop. <15 + pop. ≥65) / pop. 15-64 x 100]	52	58	55	64	70	77
Índice de Renovação da População Ativa [pop. 20-29 / pop. 55-64 x 100]	93	76	83	65	75	49
Índice de Longevidade [pop. ≥75 / pop. ≥65 x 100]	48	49	50	51	52	56
Índice de Potencialidade [pop. fem. 20-34 / pop. fem. 35-49 x 100]	83	72	82	68	76	70

Fonte: Cálculos próprios com base nos Censos 2011 e 2021.

Em relação, especificamente, ao município de Arganil pode constatar-se que:

- a **população idosa** (i.e., com 65 ou mais anos) viu o seu peso relativo no conjunto da população total ampliado de 30% para **33%** entre 2011 e 2021 (compara com 28% na Região de Coimbra e 24% em Portugal Continental), aumentando o **Índice de Dependência de Idosos de 51 para 59** (compara com 46 na Região de Coimbra e 37 a nível do Continente) e o **Índice de Envelhecimento Demográfico que aumentou de 269 para 330** neste período (que compara com um aumento de 177 para 244 na Região de Coimbra e de 131 para 185 em Portugal Continental);
- a população com idade igual e superior a 80 anos viu o seu peso relativo no conjunto da população total aumentado de 9% para 12% (compara com 9% na Região de Coimbra e 7% a nível do Continente) contribuindo para o aumento do **Índice de Longevidade de 52 para 56** (compara com 51 na Região de Coimbra e 49 em Portugal Continental);
- a população em idade ativa (i.e., com 15 a 64 anos) viu o seu peso relativo no conjunto da população total diminuído de 59% para 57% entre 2011 e 2021 (compara com 61% na Região de Coimbra e 63% a nível do Continente), conduzindo a um **aumento do Índice de Dependência Total** de 70 para 77 (compara com 64 na Região de Coimbra e 58 a nível do Continente), tendência que foi acompanhado pela redução do Índice de Renovação da População Ativa de 75 para 49 (que compara com 65 na Região de Coimbra e 76 no Continente);
- a **população jovem** (i.e., com menos de 15 anos) viu o seu peso relativo no conjunto da população total diminuído de 11% para **10%** entre 2011 e 2021 (contra 11% na Região de Coimbra e 13% no Continente), reduzindo o Índice de Dependência de Jovens de 19 para 18 (compara com 19 na Região de Coimbra e 20 no Continente), trajetória que se deverá manter por força do agravamento do Índice de Potencialidade (-6 p.p. entre 2011 e 2021).

O valor global do **Índice de Envelhecimento** do município (330 em 2021) apresenta intensidades muito diversas quando se analisam as diversas freguesias que o constituem, variando entre um mínimo de 222 na freguesia de Arganil e o máximo de 1.629 na UF de Cepos e Teixeira ([Mapa 7](#)).



Mapa 7. Índice de envelhecimento no município de Arganil, segundo a freguesia, 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

4 RESULTADOS EM SAÚDE

Os resultados em saúde permitem avaliar o estado de saúde da população numa dada área geográfica e num dado momento temporal, através da medição de indicadores relativos à frequência e severidade da doença e morte (que doenças sofre e de que causas morre). A análise dos resultados em saúde integra as dimensões de **Mortalidade** (com especial incidência nas principais causas de morte evitáveis) e **Morbilidade** (com enfoque nas causas mais prevalentes, com base nos diagnósticos registados nos cuidados de saúde primários e nos internamentos hospitalares).

4.1 Esperança de vida

A esperança de vida à nascença³³ representa uma **medida sintética do estado de saúde da população**, fornecendo simultaneamente informação sobre a mortalidade e a longevidade da população. Este indicador é de extrema importância na avaliação do estado de saúde da população, uma vez que é o reflexo de diferentes dimensões socioeconómicas que interferem com a saúde do indivíduo, possibilitando a comparação entre diferentes unidades territoriais, mas também entre diferentes momentos temporais.

O município de Arganil apresenta um importante **aumento da esperança média de vida à nascença** nos períodos em análise (1999-2003 a 2019-2023) tanto no que se refere ao sexo feminino (2,4 anos, passando de 81,2 anos para 83,6 anos) como ao sexo masculino (4,1 anos, passando de 74,9 anos para 79,0 anos) (**Figura 14**).

Deve assinalar-se que os valores observados, ao longo do período em análise, são sempre inferiores, quer no sexo feminino quer no sexo masculino, comparativamente com os valores da Região de Coimbra. Destaca-se ainda um abrandamento do ritmo de aumento da esperança de vida no sexo feminino em Arganil, comparativamente ao verificado na Região de Coimbra, indiciando uma eventual dimensão a merecer atenção no município.

³³ Número médio de anos que um indivíduo, à nascença, pode esperar viver, se submetido, até ao final da sua vida, às taxas de mortalidade observadas no momento de referência.

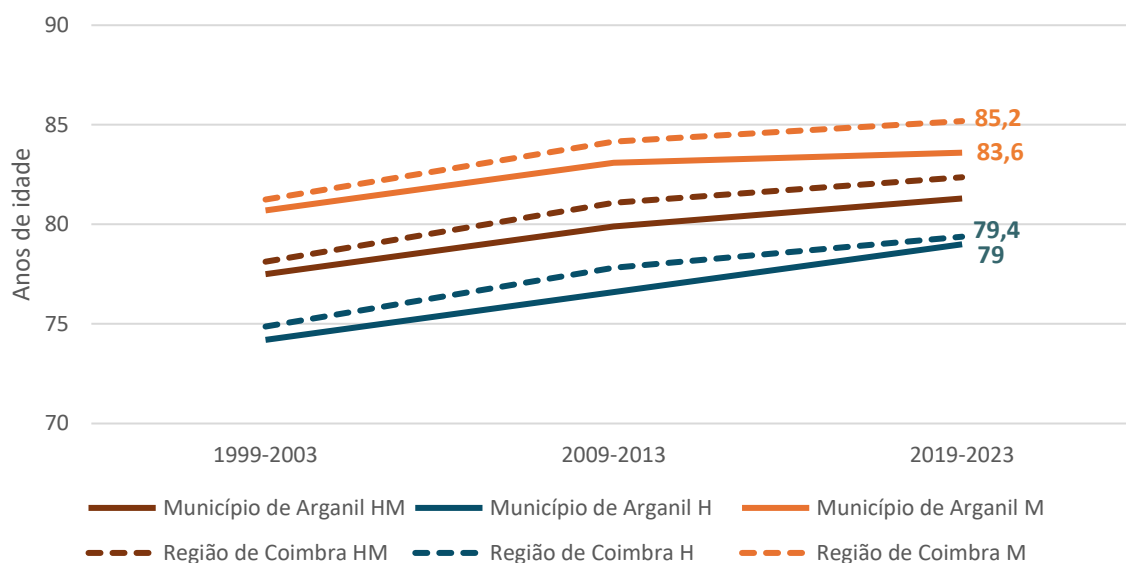


Figura 14. Evolução Comparativa da Esperança de Vida à Nascença no município de Arganil e na Região de Coimbra, por sexo (anos), entre 1999 e 2023.

Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e População Residente.

4.2 Mortalidade

Nesta dimensão, a saúde da população é avaliada por critérios relacionados com a **longevidade**, a **severidade e frequência da morte por causa e/ou grupo de causas de morte**. Apesar da evolução positiva na maioria dos indicadores em saúde nas últimas décadas, a mortalidade prematura por causas consideradas “evitáveis” continua a merecer uma atenção especial.

A **mortalidade “evitável”** corresponde a um conjunto de causas de morte, que dado o atual conhecimento médico e tecnológico, poderiam ter sido evitadas, tanto através da prevenção da doença e promoção da saúde (causas que estão direta e/ou indiretamente associadas a comportamentos de risco e estilos de vida), como pelos cuidados médicos (causas tratáveis, se os indivíduos tivessem um acesso atempado aos cuidados de saúde) ³⁴.

³⁴ Santana, P. (2005). Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal. Coimbra: Edições Almedina SA.

4.2.1 Mortalidade infantil e componentes

A análise da **taxa de mortalidade infantil**³⁵ contribui para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconómico da população, refletindo as condições de vida, assim como a qualidade e a acessibilidade aos cuidados de saúde da mulher e da criança. Este indicador é ainda revelador dos ganhos substanciais que se têm vindo a verificar no setor da saúde nos últimos anos, colocando Portugal muito próximo dos países com os melhores valores da União Europeia (UE)³⁶.

No período em análise (1999-2003 a 2019-2023) é observada a **diminuição consistente** da taxa de mortalidade infantil em Portugal Continental e na Região de Coimbra (**Quadro 2**). A evolução da taxa de mortalidade infantil no município de Arganil apresenta, contudo, uma tendência irregular, passando de um valor de 3,9 óbitos de crianças antes de completar um ano de idade em cada 1.000 nados vivos, em 1999-2003, para 2,57 em 2014-2018 e 0,0 em 2019-2023. Apesar da evolução positiva do indicador poder estar associada a melhores condições de vida e de acesso aos cuidados de saúde durante o período de gravidez e o primeiro ano de vida, a variabilidade poderá estar, ainda, associada aos valores baixos de nados vivos registados anualmente no município de Arganil.

As **taxas de mortalidade perinatal**³⁷ e **neonatal**³⁸ constituem causas de mortes evitáveis e, embora se encontrem igualmente relacionadas com os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconómico da população, são geralmente consideradas mais sensíveis à qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, bem como a outros fatores (genéticos, malformações, idade materna, etc.).

Os principais determinantes dos óbitos perinatais incluem anomalias congénitas, grande prematuridade e mortes fetais associadas à restrição do crescimento fetal. A idade materna, a paridade, as gravidezes múltiplas, as condições maternas, como pré-eclampsia e diabetes, o estatuto social e migratório e os comportamentos durante a gravidez, como por exemplo o consumo de tabaco, são fatores de risco conhecidos para a mortalidade e morbidade perinatais nos países ocidentais. Estes indicadores refletem a qualidade da prestação de cuidados de saúde à grávida e às crianças e ainda, condições associadas ao parto³⁹.

³⁵ Número de óbitos em crianças com idade inferior a um ano, por cada 1.000 crianças nascidas com vida, num determinado ano ou período de tempo.

³⁶ Santana, P. (2014). A Saúde dos Portugueses, in Simões, J. e Correia de Campos, A. (Eds.). *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Edições Almedina SA.

³⁷ Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade observado durante um determinado período de tempo.

³⁸ Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo.

³⁹ Santana, P. (2014). A Saúde dos Portugueses, in Simões, J. e Correia de Campos, A. (Eds.). *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Edições Almedina SA.

A análise das taxas de mortalidade perinatal e neonatal no conjunto das unidades territoriais em estudo revela uma descida consistente no Continente e na Região de Coimbra e, também, uma tendência decrescente, mas irregular, no município de Arganil (**Quadro 2**). O posicionamento relativo do município de Arganil no contexto das restantes unidades territoriais analisadas evidencia a evolução mais favorável de 1999-2003 a 2019-2023 (em que atinge os 0,0 óbitos de fetos de 28 ou mais semanas de gestação e de nados vivos até aos sete dias em cada 1.000 nados vivos).

Quadro 2. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Infantil, Perinatal e Neonatal no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, (Nº por 1.000 nados vivos), entre 1999 e 2023.

	Quinquénio	Taxa de Mortalidade Infantil (Nº por 1.000 nados vivos)	Taxa Mortalidade Perinatal (Nº por 1.000 nados vivos)	Taxa Mortalidade Neonatal (Nº por 1.000 nados vivos)
Portugal - Continente	1999-2003	4,91	5,81	3,11
	2004-2008	3,42	4,29	2,18
	2009-2013	3,07	3,88	2,10
	2014-2018	2,99	3,85	2,08
	2019-2023	2,56	3,40	1,69
Região de Coimbra	1999-2003	3,68	4,38	1,75
	2004-2008	2,57	4,04	1,11
	2009-2013	2,49	3,83	1,45
	2014-2018	2,41	3,68	1,84
	2019-2023	2,03	2,78	1,35
Arganil	1999-2003	3,90	7,8	3,9
	2004-2008	2,49	5,0	2,5
	2009-2013	0,00	5,5	0,0
	2014-2018	2,57	0,0	2,6
	2019-2023	0,00	0,0	0,0

Fonte: Cálculos próprios com base no INE. Nados Vivos e Óbitos Gerais.

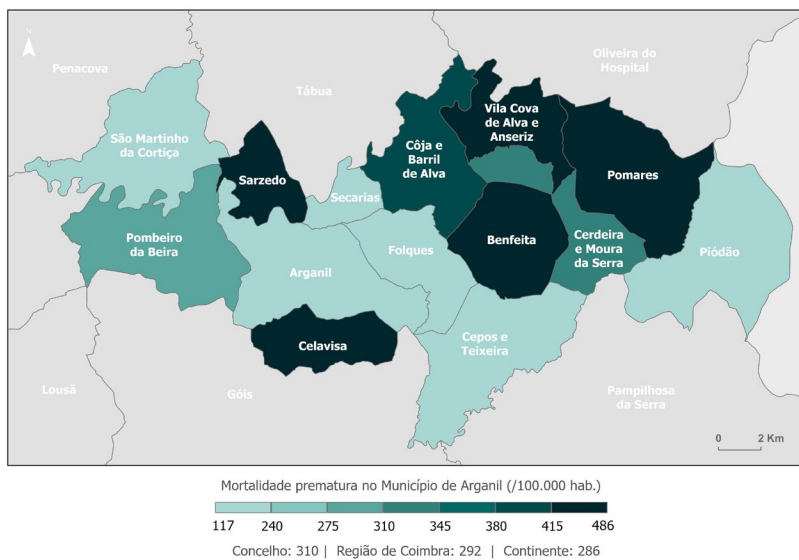
No Anexo III são apresentados os valores absolutos das três taxas.

4.2.2 Mortalidade prematura

A taxa de mortalidade prematura refere-se à ocorrência de mortes antes de um limiar de idade, tendo, neste caso, sido utilizado o limite máximo de 74 anos. Este é um indicador de saúde pública frequentemente utilizado para medir a eficácia dos sistemas de saúde, a qualidade de vida e o impacto de fatores de risco na população jovem e adulta⁴⁰.

⁴⁰ Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar*, 1ª Edição, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

A taxa de mortalidade prematura no município de Arganil, no período de 2018 a 2022, é de **310 óbitos por 100.000 habitantes com idade inferior a 75 anos**, valor inferior ao registado na Região de Coimbra (292‰) e Portugal Continental (286‰). A análise à escala da freguesia permite identificar uma **grande variação geográfica** (entre 117 e 486 óbitos por 100.000 habitantes). Destaque para a concentração de **valores elevados** de mortalidade prematura no **setor nordeste do município** - UF de Vila Cova de Alva e Anseriz, as freguesias de Pomares e de Benfeita -, onde as taxas ultrapassam os 415 óbitos por 100.000 habitantes (**Mapa 8**).



Mapa 8. Mortalidade prematura no município de Arganil, segundo a freguesia (TMP/100.000 hab.), 2018-2022.

Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e População Residente.

4.2.3 Principais causas de morte

De modo a fornecer um quadro de referência da evolução recente da situação sanitária do município de Arganil, apresentam-se as **principais causas de morte entre 1999-2003 e 2017-2021**, observadas no Continente, na Região de Coimbra e no município.

O conjunto de causas de morte⁴¹ analisadas são consideradas relevantes para avaliar o perfil de mortalidade do território, não só por concentrarem maior número de óbitos, mas também pela sua relação com os fatores de risco modificáveis (e.g., consumo de álcool, dieta alimentar, atividade física) e determinantes da saúde relacionados com o ambiente social, físico e construído.

Analisando a evolução da mortalidade por todas as causas de morte (**Quadro 3 e Figura 15**), verifica-se que Arganil acompanha a redução observada no Continente e Região de Coimbra, todavia

⁴¹ A partir da Lista Europeia Sucinta de Causas de Morte, que é constituída por um conjunto de grupos de causas selecionadas a partir da CID 9 e da CID 10, alguns dos quais apresentando subgrupos de causas.

apresentando uma taxa de mortalidade mais elevada em ambos os períodos. Apesar da diminuição observada, à exceção das doenças cerebrovasculares, doença isquémica cardíaca e alguns tumores malignos, todas as outras causas de morte revelam valores mais elevados em Arganil, quando comparado com a Região de Coimbra e o Continente.

A par da **retração das taxas de mortalidade** para a maioria das causas de morte, onde se destacam as reduções nos óbitos ocasionados por doenças do aparelho circulatório e cerebrovasculares, agrava-se o peso de outras causas, nomeadamente por tumor maligno do laringe, traqueia, brônquios e pulmões, tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal e as doenças do aparelho digestivo.

Embora se verifique uma tendência crescente na diminuição das **taxas de mortalidade por tumores malignos, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias**, estes três grupos de causas continuam a ser responsáveis pela **maior parte dos óbitos no município** bem como na Região de Coimbra e Continente. Em 2017-2021, cerca de **41%** das mortes ocorridas no município de Arganil deveu-se a estas causas.

A comparação das taxas de mortalidade padronizada por grandes causas, segundo os sexos, revela uma situação desfavorável para o sexo masculino, tanto na mortalidade por todas as causas, como na generalidade das outras grandes causas (**Quadro 4 e Quadro 5**).

Quadro 3. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), entre 1999-2003 e 2017-2021.

Causa de morte	Arganil		Região de Coimbra		Portugal - Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Todas as causas	1430,7	974,8	1312,2	873,5	1361,7	905,6
Doenças do aparelho circulatório	518,5	251,6	518,7	241,0	452,1	249,5
Doenças cerebrovasculares	232,9	74,7	278,8	78,4	277,2	82,8
Doença isquémica cardíaca	74,3	31,2	57,5	32,5	93,4	54,2
Tumores malignos	209,9	227,7	232,5	213,4	254,4	222,8
Tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal	31,8	41,2	26,5	31,2	30,4	30,1
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões	27,8	33,1	22,0	28,2	32,2	35
Doenças do aparelho respiratório	153,5	126,0	134,5	94,8	131,6	89,9
Doenças do aparelho digestivo	32,5	53,1	22,2	36,4	21,9	39,3
Doenças endócrinas	62,1	41,9	49,8	35,2	53,6	41
Diabetes <i>Mellitus</i>	59,6	33,6	43,4	25,4	46,9	30,3
Doenças crónicas do fígado	33,9	14,7	18,9	9,5	18,9	9,1

Causa de morte	Arganil		Região de Coimbra		Portugal - Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Acidentes de transporte	11,6	11,6	8,8	8,0	9,6	6,9
Suicídio	8,6	8,5	7,3	8,4	8,8	8,5

Nota: As causas de morte estão ordenadas tendo em conta a respetiva taxa do município, por ordem decrescente, no período 2017-2021.

Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e Estimativas Anuais da População residente.

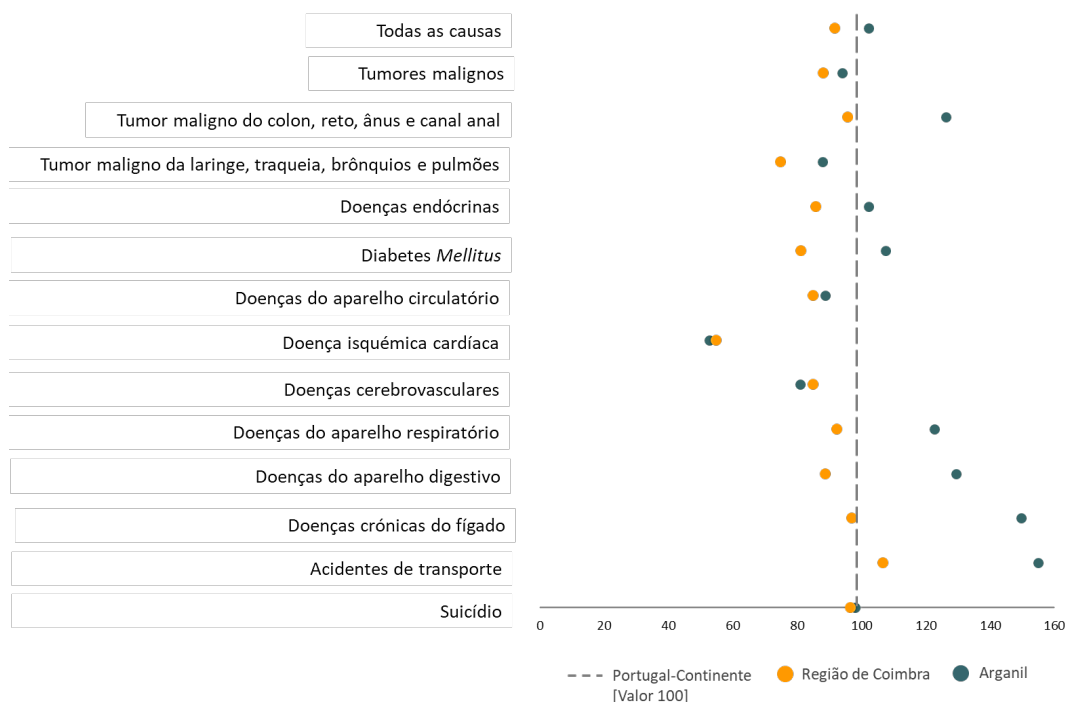


Figura 15. Posicionamento relativo do município de Arganil e Região de Coimbra relativamente às Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, 2017-2021 (em comparação com o Continente que corresponde ao valor 100).

Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e Estimativas Anuais da População residente.

Quadro 4. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, na população masculina residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.

Causa de morte	Arganil		Região de Coimbra		Portugal - Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Todas as causas	1750,4	1230,9	1634,4	1114,6	1710,9	1154,5
Doenças do aparelho circulatório	574,0	298,6	583,8	284,8	634	294,1
Doenças cerebrovasculares	261,8	78,5	306,7	89,6	303	94,3
Doença isquémica cardíaca	87,4	54,8	77,9	49,2	194,2	76,9
Tumores malignos	280,7	294,6	325,1	293,5	360,8	312,8

Causa de morte	Arganil		Região de Coimbra		Portugal - Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Tumor maligno do laringe, traqueia, brônquios e pulmões	46,3	55,3	38,4	46	60,4	59,8
Tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal	39,5	50,8	37,1	43,9	40,6	42,2
Doenças do aparelho respiratório	216,8	179,0	197,6	128,5	192	127,3
Doenças endócrinas	40,9	52,2	48,2	37	55,4	43,8
Diabetes <i>Mellitus</i>	40,9	43,0	42,3	27,9	47,9	33,3
Doenças do aparelho digestivo	59,7	51,8	33,1	48,3	30,7	52,3
Doenças crónicas do fígado	63,8	22,9	32,2	17,7	30,8	15,8
Acidentes de transporte	19,4	21,1	14,7	13,7	15,6	11,8
Suicídio	13,1	12,6	13,2	13,9	15,5	14

Nota: As causas de morte estão ordenadas tendo em conta a respetiva taxa do município, por ordem decrescente, no período 2017-2021.

Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e Estimativas Anuais da População residente.

Quadro 5. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, na população feminina residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.

Causa de morte	Arganil		Região de Coimbra		Portugal - Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Todas as causas	1182,7	794,2	1081,5	696	1108,8	721,2
Doenças do aparelho circulatório	466,5	216,0	469,4	207,3	496,1	214,7
Doenças cerebrovasculares	206,9	73,0	256,1	69,3	256,3	73,9
Doença isquémica cardíaca	64,6	11,9	44,4	19,9	70,6	36,6
Tumores malignos	162,7	185,3	169,9	154,5	181,3	156,4
Tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal	24,4	39,3	19,3	22,1	23,3	21,2
Tumor maligno do laringe, traqueia, brônquios e pulmões	12,8	13,5	9,7	13,8	10,8	15,3
Doenças do aparelho respiratório	109,6	96,7	98,6	73,8	95,3	66,7
Doenças do aparelho digestivo	15,4	50,2	14,4	26,3	15,2	28,9
Doenças endócrinas	73,8	35,8	49,8	32,9	51,8	38,4
Diabetes <i>Mellitus</i>	70,5	27,3	43,1	23,1	45,6	27,8
Doenças crónicas do fígado	9,3	7,4	8,4	2,5	9,2	3,4
Suicídio	4,7	4,7	2,6	3,7	3,8	3,9
Acidentes de transporte	5,1	2,5	4	2,9	4,2	2,5

Nota: As causas de morte estão ordenadas tendo em conta a respetiva taxa do município, por ordem decrescente, no período 2017-2021.

Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e Estimativas Anuais da População residente.

A análise da mortalidade no município de Arganil implica também a análise dos óbitos registados nas diferentes freguesias, classificadas por causa de morte, com o já enunciado objetivo de identificar territorialmente as principais causas de morte evitáveis e assim constituir uma base de conhecimento para o desenho de estratégias de intervenção em saúde adequadas à escala do território.

Importa, por isso, conhecer as mortes que podem ser “evitadas” e as mortes atribuíveis a fatores de risco modificáveis por comportamentos, de acordo com a literatura nesta matéria. As causas de morte analisadas são:

- Mortalidade por causas preveníveis (inclui 48 causas de morte),
- Mortalidade por causas tratáveis (inclui 57 causas de morte),
- Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco (estimada considerando o risco relativo de 10 causas de morte),
- Mortalidade atribuível ao consumo de álcool (estimada considerando o risco relativo de 10 causas de morte).

MORTES EVITÁVEIS

As mortes “evitáveis” são as relativas a causas de morte selecionadas num conjunto de **óbitos considerados evitáveis**, tomando em consideração as possibilidades existentes quer ao nível da prevenção primária (comportamentos e atitudes saudáveis) quer ao nível curativo e da prevenção secundária (acesso tempestivo aos cuidados de saúde)⁴². Metodologicamente, a seleção destas causas baseia-se numa lista de causas de morte “evitáveis”, por tipo de indicador, grupos de idade (que variam consoante a causa de morte) e código ⁴³, que se encontra subdividida em: indicadores sensíveis a prevenção primária e indicadores sensíveis aos cuidados de saúde (ver Anexo I para consultar as respetivas listas de causas de morte).

O conceito de **mortalidade por causas tratáveis** foi desenvolvido para avaliar o desempenho e a qualidade dos serviços de saúde. São contabilizados os óbitos prematuros (até aos 74 anos) resultantes de certas causas que não deveriam ter ocorrido dada a existência de cuidados de saúde eficazes e atempados. O diagnóstico precoce, o acesso ao tratamento de qualidade e melhorias nos

⁴² Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina SA.

⁴³ OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version). Link: <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/avoidable-mortality-2019-joint-oecd-eurostat-list-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

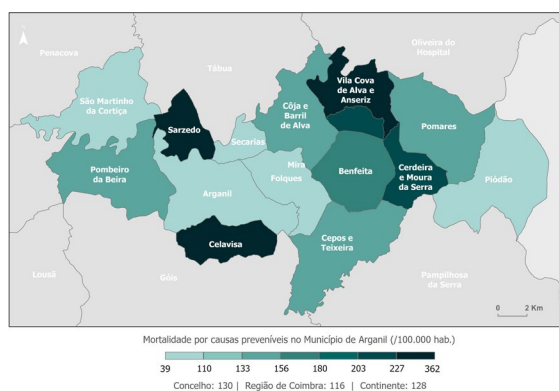
serviços de saúde podem contribuir significativamente para reduzir a mortalidade sensível aos cuidados de saúde. A monitorização e avaliação deste indicador fornecem informações relevantes para políticas sobre o desempenho ou qualidade do sistema de saúde ⁴⁴.

De modo semelhante, considera-se que o indicador de **mortalidade por causas preveníveis** transmite informação sobre as mortes que poderiam ter sido evitadas por intervenções de saúde pública que abordam determinantes mais amplos da saúde pública, nomeadamente fatores comportamentais e de estilo de vida, condições socioeconómicas e fatores ambientais.

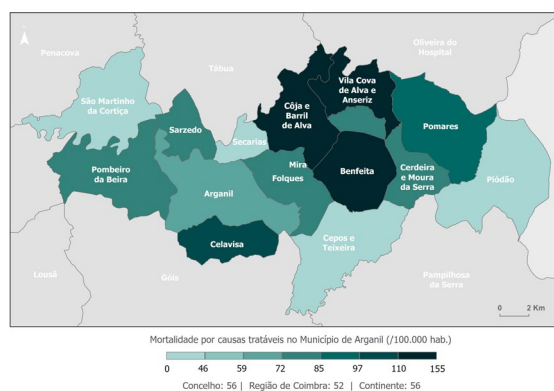
Considerando o território do município de Arganil, evidenciam-se **variações geográficas importantes** em ambos os grupos de causas consideradas “evitáveis” (**Mapa 9**). Com valores de mortalidade bastante elevados destacam-se:

- por causas preveníveis, as **freguesias de Celavisa e de Sarzedo e a UF Vila Cova de Alva e Anseriz** (com taxas superiores a 227 óbitos por 100.000 habitantes);
- por causas tratáveis, a **freguesia de Benfeita e as UF de Coja e Barril de Alva e de Vila Cova de Alva e Anseriz** (com taxas superiores a 110 óbitos por 100.000 habitantes).

A. Causas preveníveis (óbitos até aos 74 anos)



B. Causas tratáveis (óbitos até aos 74 anos)



Mapa 9 [A-B]. Taxas de Mortalidade Padronizada por causas de morte “evitáveis” – preveníveis [A] e tratáveis [B] no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2017-2021.

Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e População Residente.

MORTES ATRIBUÍVEIS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

⁴⁴ Santana, P., Costa, C., Freitas, Â., Stefanik, I., Quintal, C., Bana e Costa, C., Borrell, C., et al. (2017). *Atlas of population health in European Union regions*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. <<https://doi.org/10.14195/978-989-26-1463-2>>

O **consumo de álcool** tem consequências negativas na saúde dos indivíduos e das comunidades, estando **associado a mais de 200 doenças**, para além da pressão acrescida que coloca nos serviços de saúde. Evidência científica indica que qualquer nível de consumo, mesmo em baixas quantidades, pode ser considerado um risco para a saúde, cuja gravidade depende de vários fatores como o estado de saúde, a idade, o sexo e outras características individuais, assim como o contexto em que o consumo ocorre⁴⁵.

Algumas causas de morte são totalmente atribuíveis ao consumo de álcool (por exemplo, a doença hepática alcoólica) enquanto outras, por sua vez, são parcialmente atribuíveis ao álcool (por exemplo, alguns tumores malignos, doenças cardiovasculares ou depressão)⁴⁶ (ver Anexo I para consultar a respetiva lista de causas de morte).

O **consumo de tabaco** é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade prematura. É um fator de risco para uma vasta lista de doenças que inclui o **cancro do pulmão**, entre outros tipos de **cancro, doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares e doenças respiratórias crónicas**⁴⁷ (ver Anexo I para consultar a respetiva lista de causas de morte).

Em Portugal, apesar da tendência decrescente que se tem vindo a registar (primeiramente na população masculina e desde 2014 também na população feminina) a prevalência de consumo de tabaco é ainda considerada elevada, sendo marcada por importantes desigualdades socioeconómicas, culturais e geográficas⁴⁸.

No município de Arganil, **as taxas de mortalidade atribuível a estes dois grupos de causas são superiores às registadas na Região de Coimbra**. Quando se observa a distribuição geográfica dos óbitos por estas causas torna-se evidente a concentração de taxas mais elevadas em algumas freguesias (**Mapa 10**):

- por causas atribuíveis ao consumo de álcool, a **freguesia de Benfeita** e a **UF de Vila Cova de Alva e Anseriz** (com taxas superiores a 52,1 óbitos por 100.000 habitantes);

⁴⁵ World Health Organization (WHO) (2024). Alcohol. Fact Sheet. Link: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

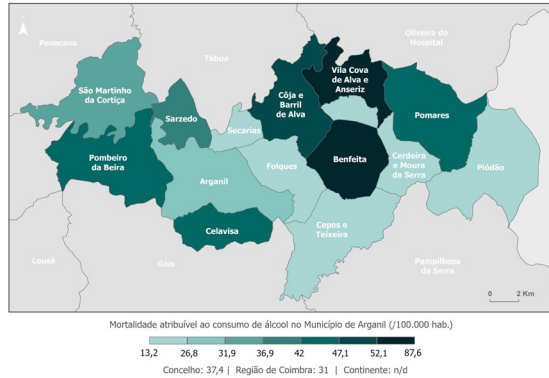
⁴⁶ Patra, J., Taylor, B., Rehm, J., Baliunas, D., Popova, S. (2007). Substance-attributable morbidity and mortality changes to Canada's epidemiological profile: measurable differences over a ten-year period. *Can J Public Health*. 98(3):228-34.

⁴⁷ World Health Organization (2021). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2021: Addressing New and Emerging Products*. Geneva: World Health Organization.

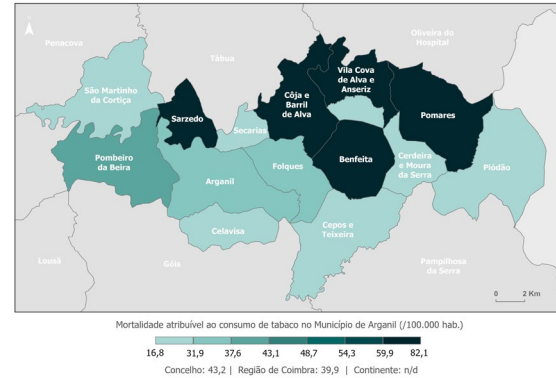
⁴⁸ Rey-Brandariz, J., Ravara, S., López-Vizcaíno, E., Santiago-Pérez, M. I., Ruano-Ravina, A., Candal-Pedreira, C., Varela-Lema, L., Mourino, N., Aguiar, P., & Pérez-Ríos, M. (2023). Smoking-attributable mortality in Portugal and its regions in 2019. *Pulmonology*. <<https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2023.09.006>>

- por causas atribuíveis ao consumo de tabaco, as **freguesias de Benfeita, Pomares e Sarzedo** e duas **UF (Coja e Barril do Alva e Vila Cova de Alva e Anseriz)** (com taxas superiores a 59,9 óbitos por 100.000 habitantes).

A. Causas atribuíveis ao consumo de álcool



B. Causas atribuíveis ao consumo de tabaco



Mapa 10 [A-B]. Taxas de Mortalidade Padronizada por causas de morte atribuíveis ao Consumo de Álcool [A] e Consumo de Tabaco [B] no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2017-2021.

Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e População Residente.

4.3 Morbilidade

Na dimensão da morbilidade, a saúde da população é avaliada por critérios relacionados com a **incidência de doenças crónicas não transmissíveis**.

A morbilidade, enquanto área de preocupação para a saúde da população, representa um importante preditor da qualidade de vida, encontrando-se associada à perda de anos de vida saudável e a condições limitadoras da independência e autonomia da pessoa, principalmente em idades mais avançadas (incapacidade funcional)⁴⁹.

É por isso fundamental avaliar a distribuição geográfica da incidência de doenças, por um lado, pelo contributo deste conhecimento na vigilância, controlo e prevenção das doenças e, por outro lado, na promoção de ambientes (e.g., local de residência, trabalho, lazer) que potenciem atitudes e comportamentos saudáveis e de maior equidade em saúde.

⁴⁹ Oliveira, A., Nossa, P., Mota-Pinto, A. (2019). Avaliação da Capacidade Funcional e Fatores Determinantes do Declínio Funcional em Idosos: Um Estudo Transversal. *Acta Médica Portuguesa*, 32(10):654–660. <<https://doi.org/10.20344/amp.11974>>

4.3.1 Principais diagnósticos de doença – Registo nos Cuidados de Saúde Primários

A morbilidade é primeiro analisada comparando os **principais diagnósticos dos/as utentes inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)** nas unidades funcionais do município de Arganil com a ULS de Coimbra (onde se integram as unidades de CSP do município) e, de forma agregada, nas unidades funcionais de CSP dos municípios da Região de Coimbra.

A análise comparativa dos principais diagnósticos nas unidades em consideração releva a importância de cinco patologias principais, a saber: **alterações do metabolismo dos lípidos, hipertensão arterial, obesidade, perturbações depressivas e diabetes mellitus (Quadro 6)**. Estas cinco patologias são igualmente as predominantes tanto nas unidades de CSP que integram a ULS de Coimbra como na Região de Coimbra, embora o respetivo peso relativo apresente diferenças. Em todos estes diagnósticos o município de Arganil apresenta prevalências inferiores à Região de Coimbra.

Quadro 6. Utentes nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra segundo o diagnóstico, total (N.º) e proporção (%), 2023.

Diagnóstico	Região de Coimbra		ULS Coimbra*		Arganil	
	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]
Alterações do metabolismo dos lípidos	156.816	32,2	119.938	31,8	3.254	26,7
Hipertensão arterial	128.661	26,4	98.735	26,1	3.168	26,0
Obesidade	77.488	15,9	58.201	15,4	1.694	13,9
Perturbações depressivas	76.625	15,7	60.911	16,1	1.622	13,3
Diabetes <i>mellitus</i>	47.508	9,8	36.247	9,6	1.165	9,6

* Considera apenas os municípios da Região de Coimbra que integram esta ULS.

Fonte: ULS de Coimbra.

Se alargarmos a análise por forma a incluir o top 10 das patologias mais prevalentes nos registos das unidades dos CSP do município surgem, para além das já referidas cinco primeiras, e por ordem decrescente, a osteoartrose do joelho, a osteoartrose da anca, a osteoporose, a asma e a bronquite crónica (**Figura 16**). Estas patologias apresentam algumas diferenças relativamente às registadas nas unidades de comparação, nomeadamente no que se refere à prevalência mais acentuada da bronquite crónica no município relativamente tanto à ULS de Coimbra como à Região.

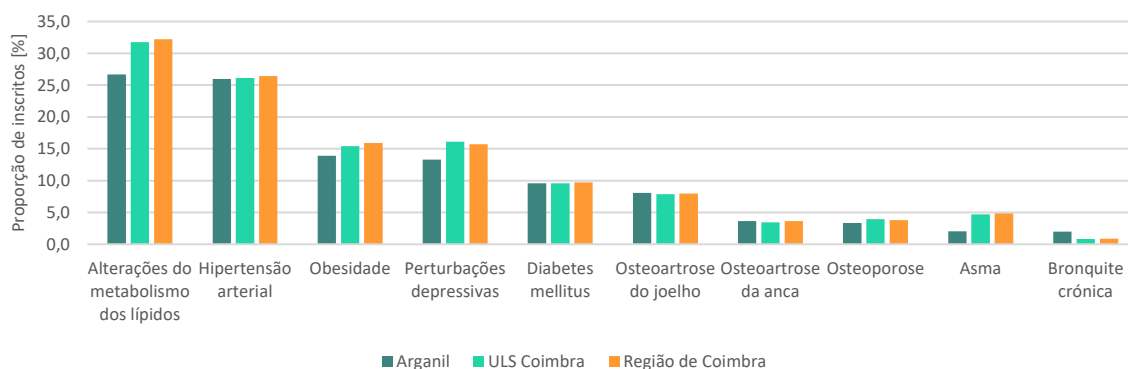


Figura 16. Proporção de utentes nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra, segundo os 10 principais diagnósticos (%), 2023.

Fonte: ULS de Coimbra.

4.3.2 Morbilidade hospitalar

Analisando a evolução das **taxas de morbilidade hospitalar** pelos grandes grupos de causas de internamento observadas na Região de Coimbra e no município de Arganil nos períodos de 2010-2012 e 2021-2023 (**Quadro 7**), verifica-se que Arganil apresenta valores mais elevados para internamentos por **Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças Respiratórias, Doença Mental, Diabetes Mellitus** e **Tumores Malignos**. Destacam-se, fundamentalmente, os aumentos nos internamentos por Doença Mental, Diabetes *Mellitus* e Tumores Malignos, com variações percentuais de 71%, 58% e 39%, respetivamente.

Quadro 7. Internamentos hospitalares por causa de internamento no município de Arganil e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), 2010-2012 e 2021-2023.

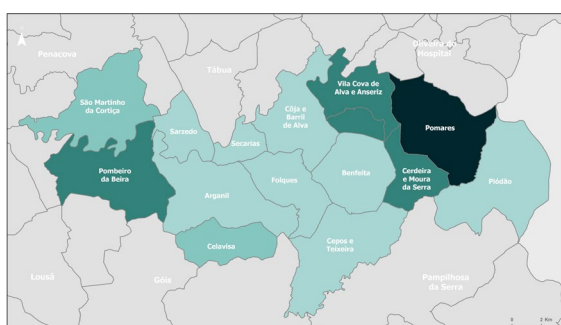
Causa de internamento	Região de Coimbra		Arganil	
	2010-2012	2021-2023	2010-2012	2021-2023
Doenças do Aparelho Circulatório	4036,2	4042,2	4372,2	5660,5
Doenças Respiratórias	2655,6	2462,3	2261,6	2910,1
Doença Mental	1381,9	2155,6	1526,0	2608,8
Diabetes <i>Mellitus</i>	1452,2	1555,9	1347,6	2129,8
Tumores Malignos	1045,9	1239,1	1111,6	1545,4

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados da ACSS - BDMH, Base de Dados de Morbilidade Hospitalar; INE, População residente.

No que se refere à morbilidade hospitalar nas diferentes freguesias que integram o município de Arganil, foi analisado o número de episódios de internamento por 100.000 habitantes por **causas sensíveis a cuidados de ambulatório** e **causas evitáveis por prevenção primária**, considerando a idade até aos 74 anos e o período mais recente com dados, referente a 2021-2023 (**Mapa 11** e **Mapa 12**).

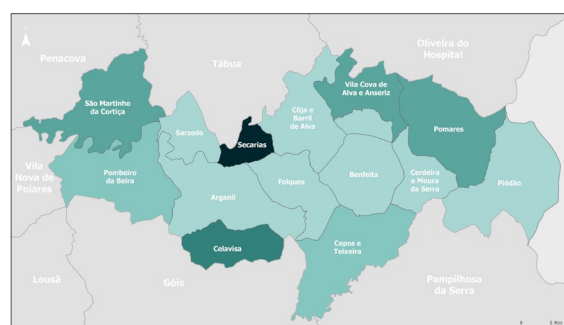
Os internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório referem-se aos evitáveis por intervenções profiláticas ou terapêuticas desenvolvidas nos Cuidados de Saúde Primários e de ambulatório. Cuidados de Saúde Primários adequados podem evitar o aparecimento de uma doença, potenciar o controlo de uma doença aguda episódica ou crónica ou evitar o internamento hospitalar⁵⁰. De modo idêntico às causas de morte por prevenção primária⁵¹, considera-se que os internamentos por este conjunto de causas poderiam ter sido evitados através de prevenção primária.

Verificam-se valores muito elevados de internamentos por causas evitáveis pela prevenção primária na freguesia de Secarias, enquanto os valores mais elevados de internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório registam-se na freguesia de Pomares.



Mapa 11. Internamento hospitalar no município de Arganil, por causas sensíveis a Cuidados de Ambulatório, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2021-2023.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados da ACSS - BDMH, Base de Dados de Morbilidade Hospitalar; INE, População residente.



Mapa 12. Internamento hospitalar no município de Arganil, por causas evitáveis por Prevenção Primária, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2021-2023.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados da ACSS - BDMH, Base de Dados de Morbilidade Hospitalar; INE, População residente.

4.3.3 Incapacidade

Para além das medidas de mortalidade e morbilidade tradicionais, os indicadores de incapacidade assumem um papel relevante na análise do estado de saúde de uma população. O conceito de incapacidade é complexo pois reflete uma interação entre as características físicas e mentais de uma pessoa e as da sociedade na qual está inserida. Para além de afetar o estado de saúde, a incapacidade

⁵⁰ Direção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

⁵¹ Nolte, E., McKee, M. (2008). *Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis*. Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.

tem repercussões no desenvolvimento económico e social de um país⁵². No âmbito deste perfil, a incapacidade é analisada sob o ponto de vista da limitação ou dificuldade da população adulta mais idosa para realizar tarefas e atividades habituais do dia-a-dia, como **andar e subir degraus, tomar banho e vestir-se sozinho**. A avaliação da **independência da população mais idosa**, medida através da **capacidade de desempenhar funções básicas como a locomoção ou o autocuidado**, é especialmente relevante para um adequado dimensionamento das respostas dos serviços sociais e de saúde.

A população com 65 e mais anos residente no município de Arganil revela maiores dificuldades no desempenho autónomo de funções como o “andar e subir degraus” e “tomar banho e vestir-se sozinho” de que as unidades estatísticas de comparação: **23% e 12% da população com 65 e mais anos reporta ter muita dificuldade ou não consegue mesmo desempenhar estas funções⁵³**, respetivamente, o que compara mal com os valores de 19% e 10%, no Continente, e de 21% e 11% na Região de Coimbra (Figura 17). Esta percentagem é particularmente acentuada no **sexo feminino** em todas as unidades estatísticas, sendo que no município de Arganil 29% das mulheres com 65 e mais anos declaram total incapacidade ou elevada dificuldade em “andar ou subir degraus” e 15% afirmam incapacidade total ou muita dificuldade em “tomar banho ou vestir-se sozinho”.

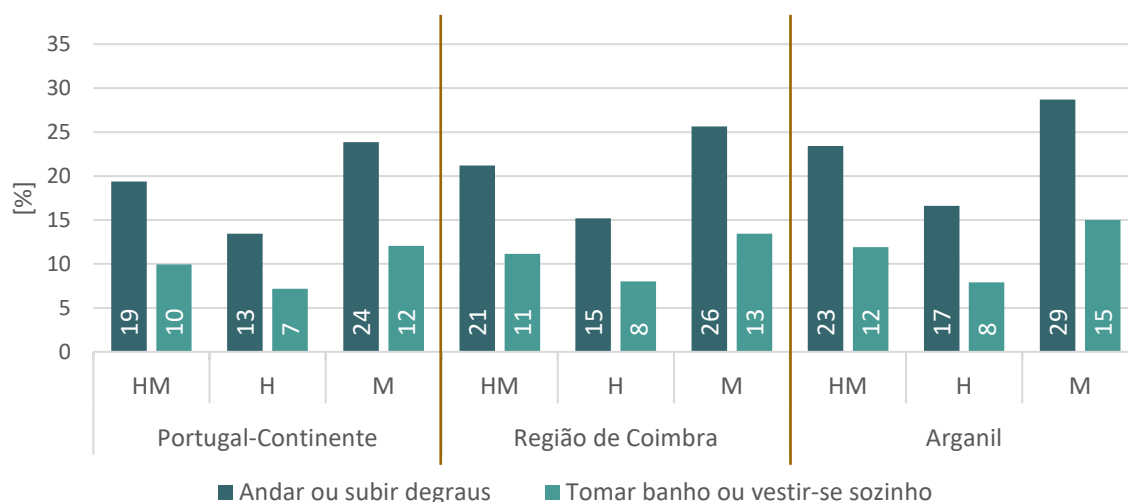


Figura 17. População residente com 65 ou mais anos que tem muita dificuldade ou não consegue realizar a ação, segundo o sexo, no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

⁵² Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Resumo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

⁵³ Relação entre a população residente com 65 ou mais anos com muita dificuldade ou que não consegue efetuar a ação e a população residente com 65 ou mais anos (expressa por 100 pessoas com 65 ou mais anos).

5 COMPORTAMENTOS

Os estilos de vida e comportamentos da população refletem **opções e escolhas individuais** que influenciam significativamente o estado de saúde e bem-estar. Estas opções são largamente determinadas ou potenciadas por fatores externos relativos aos contextos social e ambiental em que as pessoas vivem.

No âmbito deste Perfil, e dada a falta de dados à escala do concelho para indicadores relacionados com atividade física e dieta alimentar, serão analisados apenas os **comportamentos aditivos**⁵⁴, nomeadamente o consumo regular de tabaco, consumo problemático de álcool e abuso de drogas.

5.1 Comportamentos aditivos

O **tabaco** é uma **substância psicoativa lícita** que pode causar dependência física e psíquica, sendo o seu consumo considerado **um dos mais graves problemas de saúde pública a nível mundial**. Contribui de forma isolada para seis das oito principais causas de morte a nível mundial. Em Portugal, em 2019, estima-se que o tabaco tenha contribuído para a morte de mais de 13 mil pessoas, das quais cerca de 1700 por exposição ao fumo passivo.

Os fumadores têm, em média, menos 10 anos de vida do que os não fumadores, pois as substâncias do fumo do tabaco contribuem para desenvolvimento das principais doenças não transmissíveis, com destaque para: **doenças respiratórias**, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a bronquite crónica, o agravamento da asma e as infeções respiratórias; **doenças cérebro e cardiovasculares**, como a doença cardíaca coronária, o acidente vascular cerebral (AVC), o enfarte agudo do miocárdio ou a hipertensão; **tumores malignos** em várias localizações do organismo humano; **diabetes mellitus tipo 2**; diminuição da fertilidade; redução da densidade óssea e risco de cegueira por degenerescência macular. Para além destas doenças, fumar diminui a imunidade, aumentando o risco de **infeções respiratórias** e de **morte por tuberculose**⁵⁵.

O **álcool** é uma **substância psicoativa lícita que pode provocar dependência física e psíquica** (habituação). O consumo excessivo de álcool é umas das causas para o elevado número de anos de

⁵⁴ Comportamentos com características impulsivo-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas (ex. consumo de substâncias psicoativas, jogo, entre outros) envolvendo um potencial de prazer por ativação intensa de estruturas cerebrais que integram o sistema de recompensa. A continuidade e perseverança destes padrões de comportamento, coexistindo com outros fatores de natureza neurobiológica, psicológica, genética e ambiental, poderá evoluir para o ciclo de adição (PNRCAD 2030).

⁵⁵ Direção Geral da Saúde - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Link: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/apresentacao.aspx>

vida perdidos por incapacidade. O alcoolismo tem vários efeitos negativos sobre a saúde física e psíquica, que na maioria das vezes causam prejuízos graves nos vários contextos em que a pessoa se move, sejam eles laboral, familiar ou social. Assim, as principais complicações estão relacionadas com: risco de intoxicação, risco de **cancro, diabetes, distúrbios do sono**, distúrbios menstruais, **problemas sexuais**, como infertilidade ou disfunção erétil, **doenças do fígado**, como a cirrose, enfraquecimento do sistema imunológico e potencial **aumento de doenças transmissíveis**, síndrome alcoólica fetal, em caso de gravidez, risco de lesões intencionais e não intencionais, risco de insónia, **depressão, demência e outras condições que afetam a saúde mental**⁵⁶.

Para além disso, o consumo excessivo de álcool está ainda relacionado com exclusão social, acidentes de trânsito e comportamentos agressivos.

O álcool também é considerado pela OMS uma substância carcinogénica, estando associado a **tumores malignos no fígado, esófago, boca, garganta, mama e cólon**.

As **substâncias psicoativas ilícitas são comumente conhecidas pelo termo drogas**, em particular as que provocam alterações do estado de consciência do indivíduo (como a heroína, cocaína, haxixe, ecstasy e outras NSP – Novas Substâncias Psicoativas). As SPA's podem provocar sensação de prazer, de relaxamento e sedação, com a diminuição da atividade cerebral, podendo, por isso, causar dependência. O consumo frequente de SPA's está associado a **transtornos mentais**, com sintomas ligados à **depressão do sistema nervoso central, dificuldade de concentração, perda de apetite, convulsões e alucinações**. Para além disso, consumos elevados relacionam-se com índices de **criminalidade e taxas de infeção pelo VIH/SIDA e hepatite** igualmente elevados.

Em Portugal, segundo o último Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral de 2022⁵⁷, a prevalência ao longo da vida, para qualquer substância psicoativa ilícita, tem vindo a aumentar, passando de 7,8% para 12,8%, entre 2001 e 2022.

No que se refere a estes três tipos de comportamentos aditivos, os registos das unidades de CSP do município de Arganil contabilizavam, em 2023, **9,6%** de utentes com 15 anos ou mais que são **fumadores/as**, **2,9%** de utentes com 15 anos ou mais **com diagnóstico de abuso agudo ou crónico de álcool** e **0,3%** de utentes com 15 anos ou mais **com diagnóstico de abuso de drogas (Quadro 8)**.

⁵⁶ ICAD - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. Link: <https://www.icad.pt/>

⁵⁷ Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. (2023). V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022. Nota de Imprensa. Link: <https://www.fcsh.unl.pt/static/documentos/informacao/V%20Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20ao%20Consumo%20de%20Subst%C3%A2ncias%20Psicoativas.pdf>

A proporção de utentes inscritos/as com hábitos tabágicos é inferior no município relativamente às unidades de comparação (9,6%, que compara com 12,6% na Região de Coimbra e 12,8% na ULS de Coimbra), assim como no que se refere ao abuso de drogas (0,3%, que compara com 0,6 nas outras unidades de CSP), e superior no que se refere ao abuso de álcool (2,9% que compara com 2,3% na Região de Coimbra e 2,4% na ULS de Coimbra).

Quadro 8. Utesntes inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra segundo o comportamento aditivo, total (N.º) e proporção (%), 2023.

	Região de Coimbra		ULS Coimbra*		Arganil	
	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]
Nº de utentes fumadores com 15 ou mais anos	54.559	12,6	42.966	12,8	1.055	9,6
Nº de utentes com 15 ou mais anos com diagnóstico de abuso agudo ou crónico de álcool	10.130	2,3	8.100	2,4	322	2,9
Nº de utentes com 15 ou mais anos com diagnóstico de abuso de drogas	2.714	0,6	2.065	0,6	29	0,3

* Considera apenas os municípios da Região de Coimbra que integram esta ULS.

Fonte: ULS de Coimbra.

No caso dos **consumos problemáticos associados tanto ao álcool como às drogas** o número de **pessoas em tratamento no ambulatório da rede pública do SICAD** – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (atualmente denominado ICAD), é significativamente inferior ao número de utentes nas unidades de CSP com diagnósticos de abuso destas substâncias em todas as unidades estatísticas analisadas.

No que se refere ao álcool, no município de Arganil, no ano de 2002, das **12 pessoas em tratamento de ambulatório na rede pública** seis correspondiam a novas admissões. As pessoas em tratamento eram maioritariamente do **sexo masculino**, correspondendo a 83% do total de pessoas em tratamento nesta rede (**Quadro 9**).

Ainda no que se refere ao álcool, analisando a evolução do número de pessoas em tratamento em ambulatório nesta rede verifica-se que, de forma geral, nas unidades em apreciação o período pandémico registou uma ligeira redução no nível de produtividade, não tendo o nível de atividade em 2022 atingido ainda os valores pré-pandemia (**Quadro 10**).

Quadro 9. Utentes com problemas relacionados com o uso de álcool inscritos/as na rede pública de tratamento (ambulatório) que iniciaram tratamento no ano e utentes em tratamento no ano (N.º), segundo o sexo, no município de Arganil, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2022.

	Utentes que iniciaram tratamento no ano						Utentes em tratamento no ano***		
	Novos/as utentes**			Utentes readmitidos/as			H	M	HM
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Arganil	6	0	6	0	0	0	10	2	12
ULS Coimbra*	106	18	124	32	8	40	428	79	507
Região de Coimbra	138	20	158	37	10	47	563	102	665

* Considera apenas os municípios da Região de Coimbra que integram esta ULS.

** Utentes com problemas relacionados com o uso de álcool que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

*** Utentes com problemas relacionados com o uso de álcool e com pelo menos um evento assistencial no ano.

Fonte: SICAD - Relatório Anual 2022 – A Situação do País em Matéria de Álcool.

Quadro 10. Evolução dos/as utentes com problemas relacionados com o uso de álcool inscritos/as na rede pública de tratamento (ambulatório) que iniciaram tratamento no ano e utentes em tratamento no ano (N.º) no município de Arganil, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2019-2022.

	Utentes que iniciaram tratamento no ano								Utentes em tratamento no ano***			
	Novos/as utentes**				Utentes readmitidos/as				2019	2020	2021	2022
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Arganil	7	3	4	6	0	0	0	0	18	14	14	12
ULS Coimbra*	119	97	99	124	29	19	22	40	533	518	512	507
Região de Coimbra	157	130	142	158	33	21	26	47	698	677	674	665

* Considera apenas os municípios da Região de Coimbra que integram esta ULS.

** Utentes com problemas relacionados com o uso de álcool que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

*** Utentes com problemas relacionados com o uso de álcool e com pelo menos um evento assistencial no ano.

Fonte: SICAD - Relatório Anual 2022 – A Situação do País em Matéria de Álcool.

No que se refere ao **consumo de drogas no ano de 2022**, no município de Arganil, registavam-se **quatro pessoas em tratamento de ambulatório na rede pública do ICAD**, das quais uma correspondia a uma nova amissão e outra a uma readmissão. As pessoas em tratamento eram também maioritariamente do **sexo masculino**, correspondendo a 3 em cada 4 no referido ano (**Quadro 11**).

No caso dos consumos associados às drogas verifica-se que, de forma geral, a evolução do número de pessoas em tratamento em ambulatório na rede pública do ICAD, nas unidades em apreciação, registou uma ligeira redução no nível de atividade no período pandémico, com exceção das pessoas em tratamento residentes no município de Arganil. Em 2022, o número de pessoas em tratamento ultrapassou os valores pré-pandemia na ULS de Coimbra, tendo ficado aquém dos de 2019 na Região de Coimbra (-3%) e não registando alterações no caso do município (**Quadro 12**).

Quadro 11. Utentes com problemas relacionados com o uso de drogas inscritos/as na rede pública de tratamento (ambulatório) que iniciaram tratamento no ano e utentes em tratamento no ano (N.º), segundo o sexo, no município de Arganil, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2022.

	Utentes que iniciaram tratamento no ano						Utentes em tratamento no ano***		
	Novos/as utentes**			Utentes readmitidos/as			H	M	HM
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Arganil	0	0	0	1	0	1	3	1	4
ULS Coimbra*	58	13	71	22	4	26	536	117	653
Região de Coimbra	79	18	97	25	5	30	790	168	958

* Considera apenas os municípios da Região de Coimbra que integram esta ULS.

** Utentes com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu pela primeira vez às unidades de consulta na rede pública (primeiros pedidos de tratamento).

*** Utentes com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu às unidades de consulta na rede pública, com pelo menos um evento assistencial no ano.

Fonte: SICAD - Relatório Anual 2022 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.

Quadro 12. Evolução dos/as utentes com problemas relacionados com o uso de drogas inscritos/as na rede pública de tratamento (ambulatório) que iniciaram tratamento no ano e utentes em tratamento no ano (N.º) no município de Arganil, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2019-2022.

	Utentes que iniciaram tratamento no ano								Utentes em tratamento no ano***			
	Novos/as utentes**				Utentes readmitidos/as				2019	2020	2021	2022
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Arganil	0	0	1	0	0	0	1	1	4	5	6	4
ULS Coimbra*	31	31	33	71	41	19	17	26	649	622	601	653
Região de Coimbra	53	47	57	97	44	29	28	30	992	928	905	958

* Considera apenas os municípios da Região de Coimbra que integram esta ULS.

** Utentes com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu pela primeira vez às unidades de consulta na rede pública (primeiros pedidos de tratamento).

*** Utentes com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu às unidades de consulta na rede pública, com pelo menos um evento assistencial no ano.

Fonte: SICAD - Relatório Anual 2022 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências

6 CUIDADOS DE SAÚDE

Nesta dimensão, a saúde da população é avaliada por critérios relacionados com o acesso e a utilização de cuidados de saúde, considerando as características que predispõem, facilitam ou inibem o acesso, e que caracterizam o processo de **prestação de cuidados de saúde**, por um lado a **oferta** e, por outro, a **procura**. Outra das componentes é relativa ao acesso realizado ou expresso, que equivale à **efetiva utilização** dos cuidados de saúde (e.g., número de consultas realizadas)^{58 59}.

A análise da **acessibilidade geográfica**, neste contexto, é considerada fundamental. A literatura indica que quem reside mais próximo dos serviços de saúde tende a utilizá-los mais do que quem vive em distâncias maiores⁶⁰, independentemente das necessidades percecionadas e comprovadas clinicamente. Este facto sugere que, mesmo em sistemas do tipo do Sistema Nacional de Saúde Português (SNS), existem diferenças na acessibilidade geográfica aos serviços públicos em consequência da localização dos serviços de saúde em pontos específicos do território onde se concentra grande parte da população.

Quando se avalia o efeito da distância na saúde da população, devem ser considerados os aspetos positivos, mas também os negativos^{61,62}. Ou seja, a **proximidade aos cuidados de saúde primários e hospitalares** é globalmente positiva, porque aumenta o acesso a esses serviços, no primeiro caso no âmbito preventivo e de tratamento de doença aguda não urgente, e no segundo em situação de doença aguda urgente e risco de vida iminente. Neste contexto a boa ligação entre cuidados primários e hospitalares pode atenuar ou minimizar o efeito da distância na acessibilidade dos serviços de saúde, principalmente para grupos mais vulneráveis e com maior carga de doença (e.g., população idosa). Por outro lado, a proximidade a hospitais, combinada com a falta de resposta dos cuidados primários, pode aumentar a utilização em excesso das urgências hospitalares (“falsas urgências”), resultando em sobrecarga dos serviços.

No âmbito deste Perfil de Saúde, será considerada a prestação de cuidados no âmbito do SNS, que integra principalmente dois níveis: os Cuidados de Saúde Primários (CSP) (ponto 6.1) e os Hospitalares

⁵⁸ Santana, P. (1993). *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: ensaio metodológico em geografia da saúde*. Tese de Doutoramento em Letras (Geografia Humana) apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

⁵⁹ Costa, C., Tenedório, J., Santana, P. (2020). Disparities in Geographical Access to Hospitals in Portugal. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(10) 567 < <https://doi.org/10.3390/ijgi9100567>>

⁶⁰ Mseke, E.P., Jessup, B., Barnett, T. (2024). Impact of distance and/or travel time on healthcare service access in rural and remote areas: A scoping review. *Journal of Transport & Health*, 101819 < <https://doi.org/10.1016/j.jth.2024.101819>>

⁶¹ Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina SA.

⁶² Jia, P., Wang, F., Xierali, I.M. (2019). Differential effects of distance decay on hospital inpatient visits among subpopulations in Florida, USA. *Environ Monit Assess.* 28;191(Suppl 2):381 < <https://doi.org/10.1007%2Fs10661-019-7468-2>>

(ponto 6.2). Nesta dimensão é feita, ainda, uma análise à oferta de farmácias no território municipal (ponto 6.3), pelo seu papel de proximidade às populações no âmbito da prevenção e promoção da saúde, quer através da distribuição de medicamentos quer como agentes de saúde pública.

Considerando o enquadramento na nova organização funcional dos cuidados de saúde em Portugal, o município de Arganil é abrangido pela **Unidade Local de Saúde de Coimbra (ULS Coimbra)**, integrando a unidade territorial denominada de Comunidade de Saúde 4 - Arganil, Góis, Oliveira do Hospital e Tábua.

6.1 Cuidados de Saúde Primários

O município de Arganil possui **duas unidades funcionais dos CSP** – uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) –, que funcionam na mesma infraestrutura (Centro de Saúde de Arganil). À UCSP Arganil estão ainda associadas cinco extensões de saúde, distribuídas pelo território (**Quadro 13**).

Quadro 13. Unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, 2024.

Unidades funcionais	Localização
UCSP Arganil	Centro de Saúde de Arganil*, Rua Professor José Lourenço Nogueira, s/n, r/c, 3300-063 Arganil
UCC Arganil	
Extensões de Saúde	
UCSP Arganil - Polo Côja	Rua Dom Egas Fafes, 3305-144 Côja
UCSP Arganil - Polo São Martinho da Cortiça	Rua do Casal, 229, 3300-367 São Martinho da Cortiça
UCSP Arganil - Polo Pomares	Rua Eng. Horácio de Moura, Junta de Freguesia, 3305-259 Pomares
UCSP Arganil - Polo Pombeiro da Beira	Rua Visconde Sanches de Frias, 3300-318 Pombeiro da Beira
UCSP Arganil - Polo Piódão	Rua Cónego Manuel Fernandes Nogueira, 6285-018 Piódão

(*) Neste edifício também funcionam os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS de Coimbra – Polo de Arganil.

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), ULS Coimbra; Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

6.1.1 Acessibilidade geográfica aos Cuidados de Saúde Primários

A acessibilidade geográfica a uma unidade de saúde é a base para a utilização dos serviços de saúde e um dos garantes da equidade em saúde. A localização dos equipamentos de saúde, ao estarem próximos da população, aumenta as possibilidades de utilização destes serviços, que têm como objetivo a promoção e vigilância da saúde⁶³.

Globalmente, a acessibilidade geográfica às unidades dos CSP no município de Arganil é boa: considerando a utilização de automóvel, cerca de **93,5% da população reside a uma distância igual**

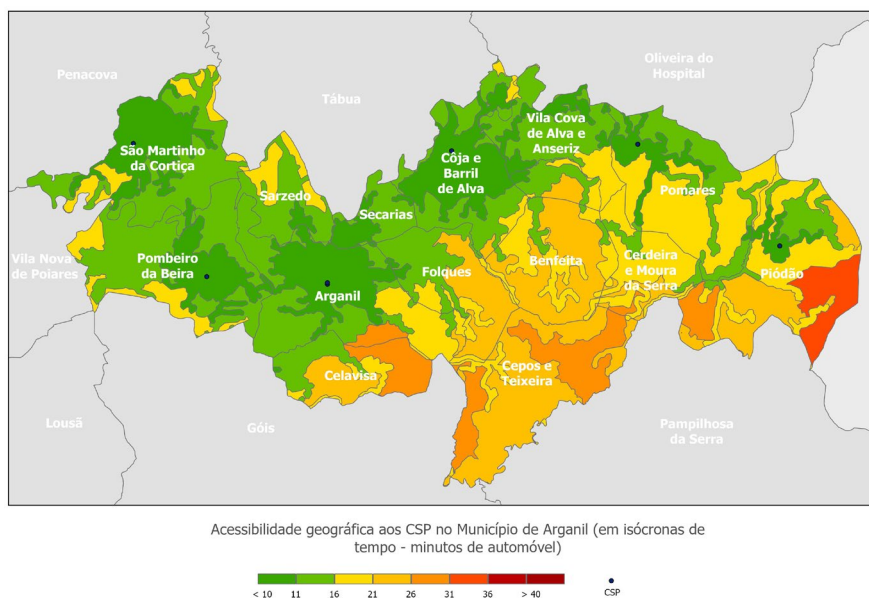
⁶³ Guagliardo, F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*. 3(1):3. < <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3> >

ou inferior a 10 minutos do centro de saúde, e o valor aproxima-se dos 100% quando se considera um limite de 15 minutos (Quadro 14). As freguesias de Arganil, Piódão, Pombeiro da Beira, S. Martinho da Cortiça e a UF de Coja e Barril do Alva apresentam os menores tempos médios ponderados, inferiores ou iguais a 10 minutos, dado que nestas freguesias se localizam unidades funcionais dos CSP e extensões de saúde (Mapa 13). É no setor sul do território (freguesias de Celavisa e Benfeita; UF de Cepos e Teixeira, Cerdeira e Moura da Serra e parte da freguesia de Piódão) onde se verifica pior acessibilidade, com tempos que podem ultrapassar os 20 minutos de automóvel, por corresponder a uma área rural e periférica, que apresenta as maiores altitudes do concelho e, por isso, maiores constrangimentos.

Quadro 14. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) à unidade de Cuidados de Saúde Primários (CSP) mais próxima no município de Arganil (Nº e %), 2021.

Acessibilidade Geográfica à unidade de CSP mais próxima		
Minutos de automóvel	População residente (2021)	
	Nº	%
≤10	10345	93,49
11-15	479	4,33
16-20	234	2,11
≥21	7	0,06

Fonte: Cálculos próprios com base na ESRI Portugal, Rede viária; INE, População residente por subsecção estatística (2021) e DGT, Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP2013).



Mapa 13. Acessibilidade geográfica (em isócronas de tempo) à unidade funcional de Cuidados de Saúde Primários mais próxima no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.

Fonte: Cálculos próprios com base na ESRI Portugal, Rede viária; INE, População residente por subsecção estatística e DGT, Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP2013).

6.1.2 Caracterização da oferta e utilização dos CSP

Relativamente aos recursos humanos afetos ao funcionamento das unidades de CSP do município, a UCSP Arganil e a UCC totalizavam, em 2023, oito médicos/as, 11 enfermeiros/as, seis assistentes técnicos/as e 10 assistentes operacionais (**Quadro 15**).

Quadro 15. Recursos Humanos nos Cuidados de Saúde Primários do município de Arganil segundo a Unidade Funcional, 2023.

Unidade funcional	Médicos/as [N.º]	Médicos/as Internos/as [N.º]	Enfermeiros/as [N.º]	Assistentes Técnicos/as [N.º]	Assistentes Operacionais [N.º]
UCSP Arganil	8*	-	7	6	10**
UCC Arganil	-	-	4	-	-
Total	8	-	11	6	10

* 2 Contratados. ** 5 Partilhados com SUB.

Fonte: ULS de Coimbra (Comunidades de Saúde – Unidade Local de Saúde de Coimbra, *Diagnóstico Situação ACES PIN 2023*).

Os recursos humanos mencionados assistiam, em 2023, uma população de **12.191 utentes**, dos/as quais **21,4% não tinham médico de família atribuído**, o que coloca o município numa posição desfavorável relativamente tanto à ULS de Coimbra como à Região de Coimbra, que registavam, em ambos os casos, 10,8% de utentes sem médico de família atribuído (**Quadro 16**).

Quadro 16. Utentes inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários sem médico de família no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra, total (N.º) e proporção (%), 2023.

	Utentes inscritos/as		Utentes inscritos/as sem médico de família	
	[N.º]		[N.º]	[%]
Arganil	12.191		2.605	21,4
ULS Coimbra*	377.685		40.695	10,8
Região de Coimbra	487.250		52.476	10,8

* Considera apenas os municípios da Região de Coimbra que integram esta ULS.

Fonte: ULS de Coimbra.

Refira-se, ainda, o facto de **51,8% dos/as utentes inscritos/as** nas unidades de CSP do município serem **mulheres** (proporção ligeiramente inferior às unidades de comparação) e **4,4% dos/as utentes inscritos/as** serem **crianças com idade até aos 6 anos**, que compara com 4,8% na ULS de Coimbra e 4,6% na Região de Coimbra (**Quadro 17**).

Quadro 17. Caracterização dos/as utentes inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra, total (N.º) e proporção (%), 2023.

	Região de Coimbra		ULS Coimbra*		Arganil	
	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]
Utentes inscritos/as	487.250	100,0	377.685	100,0	12.191	100,0
- Homens	231.178	47,4	178.522	47,3	5.876	48,2
- Mulheres	256.072	52,6	199.163	52,7	6.315	51,8
- Crianças até aos 6 anos	22.299	4,6	18.164	4,8	541	4,4

* Considera apenas os municípios da Região de Coimbra que integram esta ULS.

Fonte: ULS de Coimbra.

A análise de alguns indicadores de acesso dos/as utentes inscritos/as às unidades de CSP no município de Arganil e a respetiva comparação com as unidades de saúde da ULS de Coimbra, da Região de Coimbra e de Portugal Continental revela situações diferenciadas. Assim, enquanto a taxa de utilização global das consultas médicas⁶⁴ nas unidades de CSP do município atingia os 65,4%, nas unidades de saúde de comparação esse valor foi de 66,0% em Portugal Continental, de 70,9% na Região de Coimbra e de 71,0% na ULS de Coimbra. No que se refere à proporção de recém-nascidos com consulta médica de vigilância até 28 dias vida, o município, a ULS e a Região, com valores de 94,2%, 94,4% e 94,5%, respetivamente, comparam bem com o Continente, com um valor de 85,3%. Finalmente, no que se refere ao número médio anual de consultas de MGF por utente com 18 e mais anos, as unidades de saúde de município registam um valor de 2,6 em 2023, que compara com 3,6 na ULS de Coimbra (Quadro 18).

Quadro 18. Acesso a Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra, na Região de Coimbra e em Portugal-Continente, 2023.

	Portugal-Continente	Região de Coimbra	ULS Coimbra	Arganil
N.º consultas de MGF – Saúde de Adulto [n.º]	-	-	1.171.457	27.412
N.º médio anual de consultas de MGF por utente com 18 e mais anos [n.º/utente]	-	-	3,6*	2,6
Taxa de utilização global de consultas médicas [%]	66,0	70,9	71,0	65,4
Proporção RN com consulta médica de vigilância até 28 dias vida [%]	85,3	94,5	94,4	94,2

* Considera apenas os municípios da Região de Coimbra que integram a ULS de Coimbra,

Fonte: ULS Coimbra; Ministério da Saúde, BI CSP [Indicadores '2013.002.01 FX - Taxa de utilização global de consultas médicas', '2013.014.01 FX - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida'].

⁶⁴ A taxa de utilização global das consultas médicas exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, entre janeiro e dezembro de 2023.

Os dados disponíveis relativos aos **rastreios oncológicos** das unidades de CSP do município de Arganil indicam que, em 2023, o **rastreio do cancro da mama** abrangeu cerca de **65% das mulheres elegíveis** entre os 50 e os 70 anos de idade. Este valor compara com 59% em Portugal Continental, 68% na Região de Coimbra e 67% na ULS de Coimbra. No que respeita ao **rastreio do cancro do colo do útero**, foram abrangidas 243 mulheres com idades entre os 25 e os 60 anos, o que corresponde a aproximadamente **38% das mulheres elegíveis**. Este resultado está abaixo da média nacional (53%), bem como dos valores registados na Região de Coimbra e na ULS de Coimbra (ambos de cerca de 56%). Relativamente ao **rastreio do cancro do cólon e reto**, foram abrangidas, no mesmo ano, 423 utentes nas unidades de CSP do município com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos, representado **44% dos/as utentes inscritos/as elegíveis**. Este valor compara com 58% em Portugal Continental e com 52% na Região de Coimbra e na ULS de Coimbra (**Quadro 19**).

Quadro 19. Rastreios de doenças oncológicas nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra, na Região de Coimbra e em Portugal-Continente, proporção (%), 2023.

	Portugal-Continente	Região de Coimbra	ULS Coimbra	Arganil
	[%]	[%]	[%]	[%]
Proporção de utentes com mamografia*	58,95	68,09	66,60	64,45
Proporção de utentes com rastreio do cancro do colo do útero**	53,24	56,20	55,80	38,24
Proporção de utentes com rastreio do cancro do cólon e reto***	58,15	52,44	52,42	44,33

* Considera mulheres com idade entre os 50 e os 70 anos.

** Considera mulheres com idade entre os 25 e os 60 anos.

*** Considera utentes com idade entre os 50 e 75 anos.

Fonte: Ministério da Saúde, BI CSP [Indicadores '2013.044.01 FX – Proporção de mulheres com mamografia', '2013.045.01 FX – Proporção de mulheres com rastreio do cancro do colo do útero', 2013.046.01 – Proporção de utentes com rastreio do cancro colo-retal'].

6.1.3 Caracterização das instalações das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários

O **Centro de Saúde de Arganil** é uma estrutura integrada na ULS de Coimbra, e que funciona em diversos edifícios distribuídos pelo concelho (**Quadro 13**), concretamente:

- Em edifício autónomo, composto por duas componentes (uma antiga e uma recente), construído de raiz em 1973 (parte antiga) e em 2002 (parte nova), localizado em Arganil, onde funcionam a **UCSP de Arganil**, a **UCC de Arganil** e os **Serviços Assistenciais Partilhados da ULS Coimbra – Polo Arganil**;

- Em edifícios de características diferenciadas (1 edifício autónomo construído de raiz e 4 partes de edifícios destinados a outros fins), onde funcionam os **cinco polos da UCSP de Arganil**, localizados em **Côja, Pomares, Pombeiro da Beira, São Martinho da Cortiça e Piódão**.

Com base nas respostas da Câmara Municipal de Arganil ao **Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários**⁶⁵, avaliaram-se um conjunto de dimensões relativas à infraestrutura física onde funcionam as diversas unidades funcionais dos CSP, o respetivo **estado de conservação**, bem como a sua **adequação e condições de funcionalidade**, por forma a identificar eventuais carências e necessidades a este nível. Foi ainda recolhida informação relativa aos **projetos de melhoria programados** e qual o respetivo estado de maturação. O questionário utiliza uma escala de 1 a 5 na avaliação das diversas dimensões, sendo **1** -muito má; **2** -má; **3** -razoável; **4** -boa; **5** -muito boa. Relativamente ao grau de maturidade dos projetos a escala é igualmente de 1 a 5 (1-necessidade de investimento identificada; 2-investimento planeado; 3-em fase de projeto; 4-em fase de contratualização; 5-em curso).

Face à diversidade de instalações em análise, a avaliação do respetivo estado de conservação e condições de funcionamento é também diversificada, centrando-se as necessidades de financiamento no município essencialmente na construção e equipamento de um novo Centro de Saúde (em grau de maturidade 3, ou seja, em projeto), envolvendo um investimento superior a 4 milhões de euros, financiados pelo PRR.

No que se refere à sede do CS, onde se localiza a UCSP e a UCC de Arganil, a especificidade de funcionar em edifício composto com uma parte recente (construída em 2002 e propriedade municipal) e uma parte antiga (construída em 1973 e alugada a particular), está na origem de uma avaliação diferenciada do respetivo estado de conservação e adequabilidade, sendo que parte significativa das dimensões sujeitas a avaliação apenas se aplicam ao novo edifício.

Assim, embora a avaliação do estado geral de conservação dos edifícios mereçam a avaliação de “razoável” (**3**), a estrutura, cobertura e fachada da parte nova são avaliadas como “boas” (**4**) e o interior como “razoável” (**3**), enquanto as mesmas dimensões da parte antiga são avaliadas como “razoáveis” (**3**) e o interior como “muito mau”(**1**).

A acessibilidade à infraestrutura é considerada como “boa” (**4**) tanto em termos de ligação aos eixos viários existentes como à respetiva conexão à rede de transportes públicos, bem assim como o espaço exterior e a acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada, embora estas últimas dimensões sejam restritas à parte nova do edifício.

⁶⁵ Anexo II - Inquérito às instalações de Cuidados de Saúde Primários.

Relativamente à Organização Espacial e Funcionalidade das Instalações, as diversas dimensões são geralmente avaliadas como razoáveis” (3), embora sejam identificadas áreas de melhoria (avaliadas como “más”(2)) tais como as instalações sanitárias para utentes e os depósitos de material clínico, farmacêutico e de consumíveis na parte nova e os vestiários e as instalações sanitárias para profissionais e a funcionalidade da área de acolhimento de utentes na parte antiga.

Também identificadas como áreas de carência surgem o conforto térmico da parte antiga das instalações (avaliado como “muito mau”(1)) e o equipamento radiológico localizado na parte nova no que se refere à respetiva segurança (avaliada como “má”(2)).

Finalmente, no que concerne as necessidades de investimento identificadas no sentido de ultrapassar as carências referidas, destaca-se o projeto de construção do Centro de Saúde de Arganil (incluindo o SUB), que se encontra em fase de projeto (maturidade 3), financiado no âmbito do PRR, envolvendo um financiamento superior a 4 milhões de euros, e do respetivo equipamento, que envolve um financiamento próximo dos 300 mil euros, também suportado pelo PRR [Aviso Convite n.º 16/C01-i01/2023].

No que se refere às instalações onde funcionam os cinco polos da UCSP de Arganil, a avaliação dos respetivos estados de conservação e adequabilidade funcional é, naturalmente, diferenciada.

- Assim, o edifício onde funciona o **polo de Côja**, construído de raiz em 2000, em edifício autónomo, propriedade municipal, reúne um conjunto de dimensões avaliadas como “boas” (4), nomeadamente a acessibilidade à instalação (tanto em termos da ligação à rede viária como à rede de transportes) e o estado de conservação das diversas componentes do edifício, assim como do seu espaço exterior (embora se registem carências ao nível da iluminação exterior). A acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada é avaliada como “muito boa”(5), enquanto a organização espacial e funcionalidade do edifício é genericamente avaliada como “razoável” (3) na maioria das dimensões, com exceção da funcionalidade da sala de pessoal que é identificada como carecendo de melhoria (“má”(2)). O conforto térmico e eficiência energética são considerados “razoáveis” (3), enquanto as dimensões aplicáveis relativamente ao equipamento e segurança são avaliadas maioritariamente como “boas” (4).
- Quanto ao edifício onde funciona o **polo de Pomares**, trata-se de um edifício construído de raiz em 1984, destinado a outros fins, propriedade da Junta de Freguesia de Pomares a quem o município arrenda o espaço destinado ao funcionamento do polo. A acessibilidade às instalações é avaliada como “boa” (4), tanto em termos da ligação à rede viária como à rede de transportes, enquanto o estado de conservação geral e das diversas componentes do

edifício é classificado como “razoável” (3). O espaço exterior não possui as características adequadas e a acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada é avaliada como “muito má”(1). Em função do tipo de utilização as dimensões aplicáveis ao funcionamento e equipamento são bastante reduzidas, e genericamente classificadas como “razoáveis” (3), sendo o conforto térmico avaliado como deficitário (avaliação “mau”(2)). No sentido de obviar as questões referidas existe um projeto de remodelação desta unidade de saúde, em fase de maturidade 3, com um investimento superior a 80 mil euros e financiado no âmbito do PRR [Aviso Convite n.º 16/C01-i01/2023].

- Relativamente ao edifício afeto ao funcionamento do **polo de Pombeiro da Beira** é um edifício construído para outros fins em 2006 e adaptado ao presente uso, propriedade da Junta de Freguesia de Pombeiro da Beira que cede gratuitamente a parte do edifício destinado ao funcionamento do polo. A acessibilidade às instalações é avaliada como “boa” (4), tanto em termos da ligação à rede viária como à rede de transportes, enquanto o estado de conservação geral é classificado como “razoável” (3). Tanto a acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada como a organização espacial e funcionalidade das instalações são avaliadas como “boas” (4) (embora se identifique a necessidade de ter estacionamento dedicado e instalações sanitárias adaptadas), enquanto o conforto térmico e os equipamentos e segurança são considerados “razoáveis” (3).
- O **polo de São Martinho da Cortiça** funciona em instalações adaptadas, em parte de um edifício destinado a outros fins, remodelado em 2018 e propriedade do município. A acessibilidade às instalações é avaliada como “boa” (4), tanto em termos da ligação à rede viária como à rede de transportes, e o estado de conservação geral e das diversas componentes do edifício é classificado como “bom” (4), a mesma classificação que é atribuída ao espaço exterior. No que concerne a acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada e a organização espacial e funcionalidade da instalação são avaliadas estas são geralmente avaliadas como “muito boas”(5). O conforto térmico e a eficiência energética obtém uma classificação de “boa” (4), enquanto em termos de equipamentos e segurança são identificadas como área de melhoria os sistemas de vigilância e deteção de intrusão e de incêndio e as viaturas afetas à prestação de cuidados de saúde, avaliadas como “más”(2).
- Finalmente, o **polo de Piódão** funciona em instalações adaptadas, em parte de um edifício destinado a outros fins, construído em 1956 e remodelado em 2011 e cedido a título gratuito pela Comissão de Melhoramentos da Freguesia de Piódão. Tanto a acessibilidade (viária e à rede de transportes) como estado de conservação do edifício são considerados “razoáveis”

(3), enquanto a acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada é avaliada como “muito má”(1). A organização espacial e funcionalidade das instalações são avaliadas como “boas” (4), no entanto deteta-se necessidades de melhoria a nível do conforto térmico e da eficiência energética, avaliados como “maus”(2).

A análise mais detalhada às respostas ao Inquérito é apresentada sob a forma de ficha no **Anexo IV - Ficha de caracterização das instalações de Cuidados de Saúde Primários**.

6.2 Cuidados Hospitalares

6.2.1 Acessibilidade geográfica aos cuidados hospitalares

Tal como foi referido acima, a acessibilidade geográfica a uma unidade de saúde é a base para a utilização dos serviços de saúde e um dos garantes da equidade em saúde. É reconhecido que os aspetos da localização geográfica desempenham um papel importante na utilização do hospital e, conseqüentemente, na melhoria do estado de saúde das populações, tendo sido associada uma pior acessibilidade a um aumento da mortalidade prematura⁶⁶.

Para analisar a acessibilidade geográfica da população a residir no município de Arganil a cuidados hospitalares, calculou-se a acessibilidade aos hospitais públicos mais próximos em isócronas de tempo (minutos de automóvel).

Foi considerada a seguinte tipologia de hospitais:

- Hospitais públicos com Serviço de Urgência - Médico-cirúrgica ou Polivalente⁶⁷;
- Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO);
- Maternidades Bissaya Barreto e Doutor Daniel de Matos (CHUC);
- Hospitais públicos com Serviço de Pediatria⁶⁸.

Globalmente, a **acessibilidade do território municipal a cuidados hospitalares é má**, dada a distância geográfica a que se encontra dos principais centros hospitalares da região. **Cerca de 88% da população reside a mais de 40 minutos de automóvel do hospital público mais próximo** com

⁶⁶ Costa, C., Tenedório, J., Santana, P. (2020). Disparities in Geographical Access to Hospitals in Portugal. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(10) 567.< <https://doi.org/10.3390/ijgi9100567>>

⁶⁷ As isócronas na Região de Coimbra foram estimadas tendo em conta os seguintes Hospitais: Hospitais da Universidade de Coimbra e Hospital Geral dos Covões, designados por Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e Hospital Distrital da Figueira da Foz.

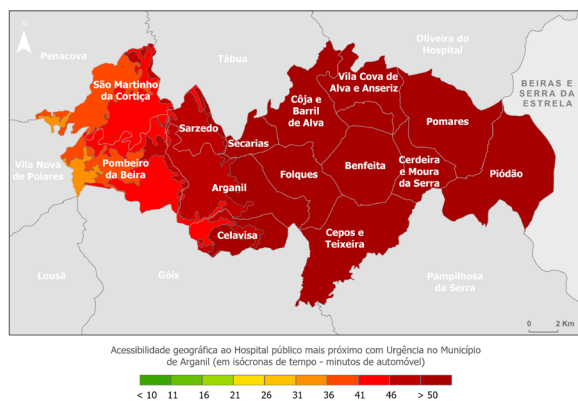
⁶⁸ Foram tidos em consideração o Hospital Pediátrico de Coimbra e o Hospital Distrital da Figueira da Foz.

urgência, sendo que 42% reside em freguesias em que esta distância aumenta consideravelmente (cerca de uma hora), correspondendo às áreas mais periféricas situadas no setor leste do território concelhio (**Quadro 20** e **Mapa 14**). Os constrangimentos de acessibilidade são semelhantes quando analisamos a distância ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO de Coimbra) (**Mapa 15**), à Maternidade mais próxima (**Quadro 21** e **Mapa 16**) e aos hospitais públicos que prestam cuidados materno-infantis – Maternidades, Hospital Pediátrico e Hospitais com serviço de Pediatria (**Mapa 17**).

Quadro 20. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) ao hospital público mais próximo com serviço de urgência (CHUC) e IPO de Coimbra, no município de Arganil (Nº e %), 2024.

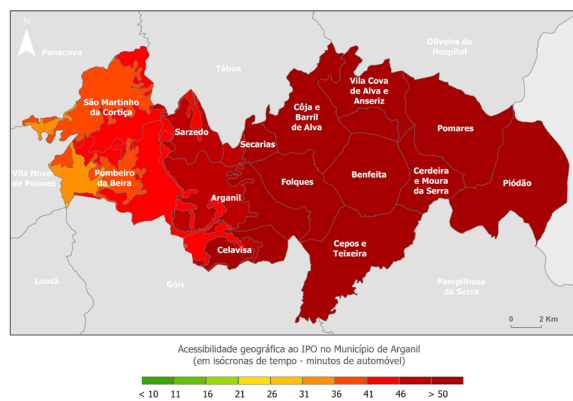
Acessibilidade geográfica da população residente por intervalos de tempo				
Minutos de automóvel	Hospital Público com Serviço de Urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente: CHUC)		Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO)	
	Nº	%	Nº	%
≤30	0	0,0	14	0,1
31-35	299	2,7	443	4,0
36-40	1022	9,2	1196	10,8
41-45	1008	9,1	1007	9,1
46-50	4082	36,9	4105	37,1
≥51	4655	42,1	4300	38,9

Fonte: Cálculos próprios com base na ESRI Portugal, Rede viária; INE, População residente e DGT, Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP2013).



Mapa 14. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente: CHUC), no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.

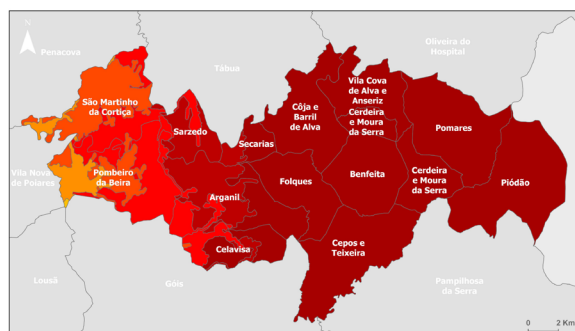
Fonte: Cálculos próprios com base na ESRI Portugal, Rede viária; INE, População residente e DGT, Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP2013).



Mapa 15. Acessibilidade geográfica ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO), no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.

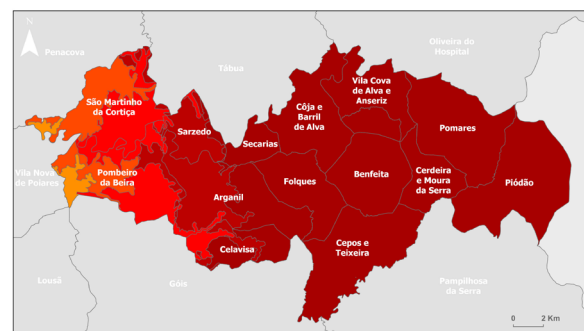
Quadro 21. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) à maternidade pública e hospital público com serviço de pediatria mais próximos, no município de Arganil (Nº e %), 2024.

Acessibilidade geográfica da população residente por intervalos de tempo				
Minutos de automóvel	Maternidade pública		Hospital Público com serviço de pediatria	
	Nº	%	Nº	%
≤30	18	0,2	0	0,0
31-35	481	4,3	299	2,7
36-40	1178	10,6	1022	9,2
41-45	1043	9,4	1007	9,1
46-50	4086	36,9	4082	36,9
≥51	4261	38,5	4655	42,1



Acessibilidade geográfica à Maternidade pública mais próxima no Município de Arganil (em isócronas de tempo - minutos de automóvel)

< 10 11 16 21 26 31 36 41 46 > 50



Acessibilidade geográfica ao Hospital público mais próximo com Pediatria no Município de Arganil (em isócronas de tempo - minutos de automóvel)

< 10 11 16 21 26 31 36 41 46 > 50

Mapa 16. Acessibilidade geográfica à Maternidade pública mais próxima, no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.

Mapa 17. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Pediatria (consultas), no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.

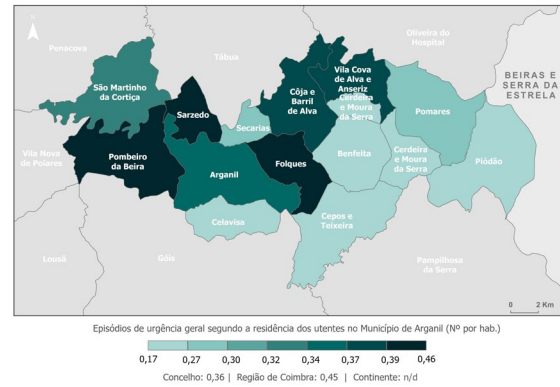
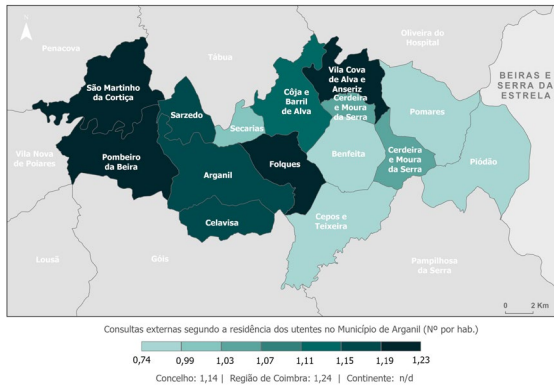
Fonte: Cálculos próprios com base na ESRI Portugal, Rede viária; INE, População residente e DGT, Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP2013).

6.2.2 Utilização de cuidados hospitalares

Em 2023, a média de consultas externas realizadas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) pelos utentes residentes no município de Arganil foi de **1,14 consultas por habitante**. Relativamente à utilização dos serviços de urgência, a média registada foi de **0,36 episódios de urgência geral por habitante**, no mesmo ano. Em ambos os indicadores o município apresenta rácios mais baixos comparativamente com a Região de Coimbra (1,24 e 0,45, respetivamente), destacando-se as freguesias localizadas no setor ocidental do território, com valores ligeiramente mais altos nas consultas externas (superiores a 1,19 consultas por habitante e a 0,39 episódios de urgência geral por habitante) (**Mapa 18 e Mapa 19**).

A razão entre o total de consultas externas e o número de urgências realizadas por utentes a residir no município revela que se registaram **3,2 consultas externas por cada episódio de urgência**. Os setores a norte e a sul do município são aqueles onde se verificaram maiores rácios (**Mapa 20**).

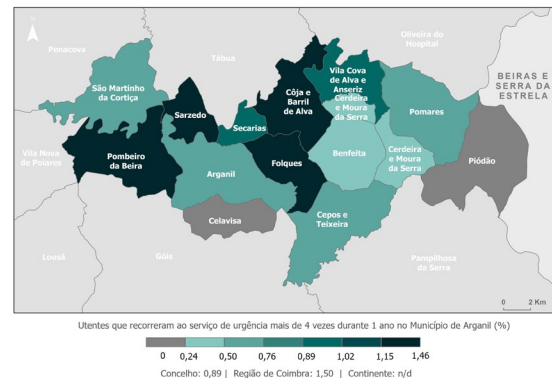
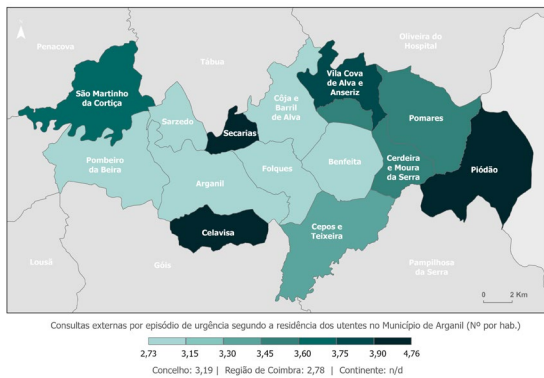
Verificou-se, ainda, que cerca de **0,89 em cada 100 utentes** residentes no município de Arganil recorreram ao serviço de urgência do CHUC mais de quatro vezes no ano de 2023, sendo os residentes nas freguesias de Folques, Pombeiro da Beira, Sarzedo e UF de Côja e Barril de Alva que apresentam maior frequência de utilização (entre 1,15 e 1,46) (**Mapa 21**).



Mapa 18. Consultas externas segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Arganil (Nº por habitante), 2023.

Mapa 19. Episódios de urgência geral segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Arganil (Nº por habitante), 2023.

Fonte: Dados disponibilizados pela Unidade Local de Saúde de Coimbra (ULS Coimbra), Junho de 2024.



Mapa 20. Consultas externas por episódio de urgência segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Arganil (Nº), 2023.

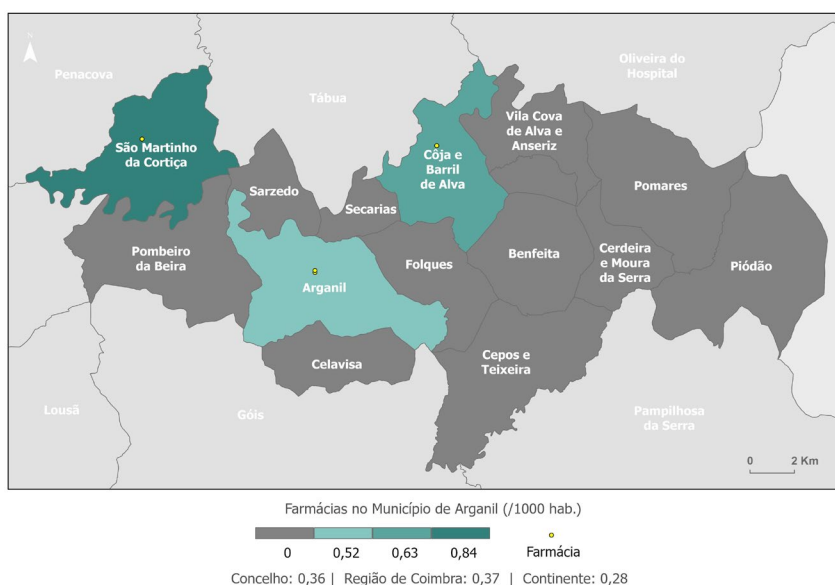
Mapa 21. Utentes que recorreram ao serviço de urgência mais de 4 vezes durante 1 ano segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Arganil (%), 2023.

Fonte: Dados disponibilizados pela Unidade Local de Saúde de Coimbra (ULS Coimbra), Junho de 2024.

6.3 Farmácias

As farmácias e os farmacêuticos um importante papel, quer através da distribuição de medicamentos quer como agentes sanitários na prevenção da doença. As farmácias estabelecem, ainda, para muitas pessoas o primeiro nível de contato com o sistema de saúde.

No território do município de Arganil existem **quatro farmácias** (Mapa 22), concentradas em três unidades territoriais: **freguesia de Arganil (duas)**, **freguesia de São Martinho da Cortiça** e **UF de Coja e Barril de Alva** (com uma farmácia cada), correspondendo a 0,36 farmácias por 1.000 habitantes, valor que se encontra alinhado com o valor do Continente (0,28) e da Região de Coimbra (0,37).



Mapa 22. Farmácias no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº por 1.000 habitantes), 2024.

Fonte: Cálculos próprios com base no Infarmed; INE, População Residente.

7 DETERMINANTES DA SAÚDE

Os determinantes da saúde representam os **fatores individuais**, definidos como as características dos indivíduos (e.g., educação, ocupação, rendimento) e as **condições do ambiente** que os rodeia (social, económico, físico e construído), isto é, as condições em que nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Estes determinantes influenciam direta e/ou indiretamente os comportamentos e estilos de vida, os resultados em saúde, e a sua distribuição, bem como o acesso e utilização de cuidados de saúde.

No âmbito deste perfil, a análise dos determinantes da saúde no município irá integrar as seguintes dimensões, para as quais foi possível obter dados disponíveis: educação (ponto 7.1), condições económicas e sociais (ponto 7.2), habitação (ponto 7.3), mobilidade (7.4), espaços verdes (ponto 7.5), poluição e resíduos (ponto 7.6) e segurança (ponto 7.7).

7.1 Educação

A educação constitui reconhecidamente um fator basilar na função de produção de saúde, designadamente ao nível dos comportamentos e atitudes. É amplamente reconhecido que uma das medidas mais adequadas para reduzir as desigualdades em saúde, resultantes das desigualdades socioeconómicas, é a de garantir uma maior igualdade de acesso à educação.

O **nível de escolaridade** assume um papel fundamental no estado de saúde dos indivíduos e das comunidades onde vivem, verificando-se uma correlação positiva entre os níveis de educação e o estado de saúde: quanto mais elevado o nível de escolaridade, melhores são os indicadores de resultados em saúde. A educação capacita as pessoas a tomar decisões informadas sobre a sua saúde, a adotar comportamentos saudáveis e, conseqüentemente, a procurar cuidados de saúde adequados, nomeadamente cuidados de saúde primários e de prevenção e diagnóstico. O nível de escolaridade constitui-se, assim, como um indicador importante na análise do estado de saúde de uma comunidade e contribui significativamente para o bem-estar tanto a nível individual quanto coletivo.^{69,70,71,72}

⁶⁹ WHO-CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

⁷⁰ Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 380:1011–29.

⁷¹ Zimmerman, E., Woolf, S.H. (2014). *Understanding the relationship between education and health*. Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine.

⁷² OECD (2010). *Improving Health and Social Cohesion through Education, Educational Research and Innovation*. Paris: OECD Publishing. <<https://doi.org/10.1787/9789264086319-en>>

Nesta dimensão serão analisados indicadores relacionados com o nível de escolaridade da população residente (ponto 7.1.1.) e o analfabetismo e abandono escolar precoce (7.1.2.).

7.1.1 Nível de escolaridade da população residente

Da análise do nível de escolaridade da população residente⁷³ no município de Arganil (**Figura 18**), em 2021, destacam-se as seguintes características:

- o **nível de escolaridade mais representativo** da população residente no município de Arganil é o **ensino básico** (57%) (contra 48% na Região de Coimbra e no Continente);
- a proporção da população com o Ensino Secundário e Pós-Secundário completo atingia os 20% (contra 20% na Região de Coimbra e 22% no Continente);
- o segmento da população com o **Ensino Superior** completo representava apenas **8%** da população residente no município, valor inferior ao das unidades estatísticas de comparação - 19% na Região de Coimbra e 17% no Continente;
- a proporção da população com o Ensino Básico completo é superior nos homens (61% que compara com 54% nas mulheres);
- no caso do Ensino Superior observa-se o predomínio da população feminina face à masculina (11% e 7% respetivamente), valores inferiores aos observados nas unidades estatísticas de comparação.

⁷³ Considerou-se o nível de escolaridade mais elevado completo.

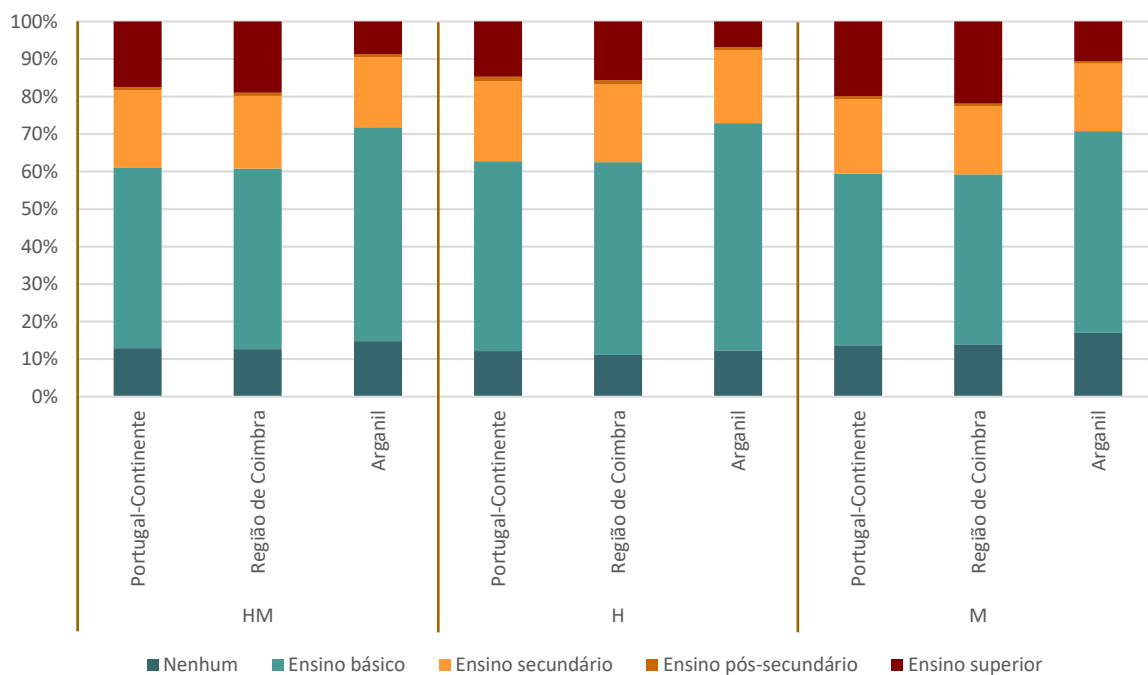


Figura 18. Nível de escolaridade da população residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

A análise da **escolaridade nos diferentes escalões etários** revela uma maior presença de indivíduos nas faixas etárias mais avançadas (especialmente na faixa dos 65 e mais anos) com níveis de escolaridade mais baixos, enquanto os grupos etários mais jovens surgem com níveis de escolaridade mais elevados (**Figura 19**). Em relação ao município de Arganil, destaca-se:

- **73% da população com 65 e mais anos possuía o Ensino Básico completo** (valor superior ao registado na Região de Coimbra – 70% e no Continente – 71%), proporção que se reduz para 41% na população com 35-44 anos e 18% na população com 25-34 anos;
- 47% da população com 25-34 anos possuía o Ensino Secundário completo (contra 38% na Região de Coimbra e 39% no Continente), proporção que se reduz para 17% na população com 50-64 anos e somente 5% na população com 65 e mais anos;
- 27% da população com 25-34 anos possuía habilitações ao nível do Ensino Superior (contra 43% na Região de Coimbra e 38% no Continente), proporção que se reduz para 6% na população com 50-64 anos e somente 3% na população com 65 e mais anos.

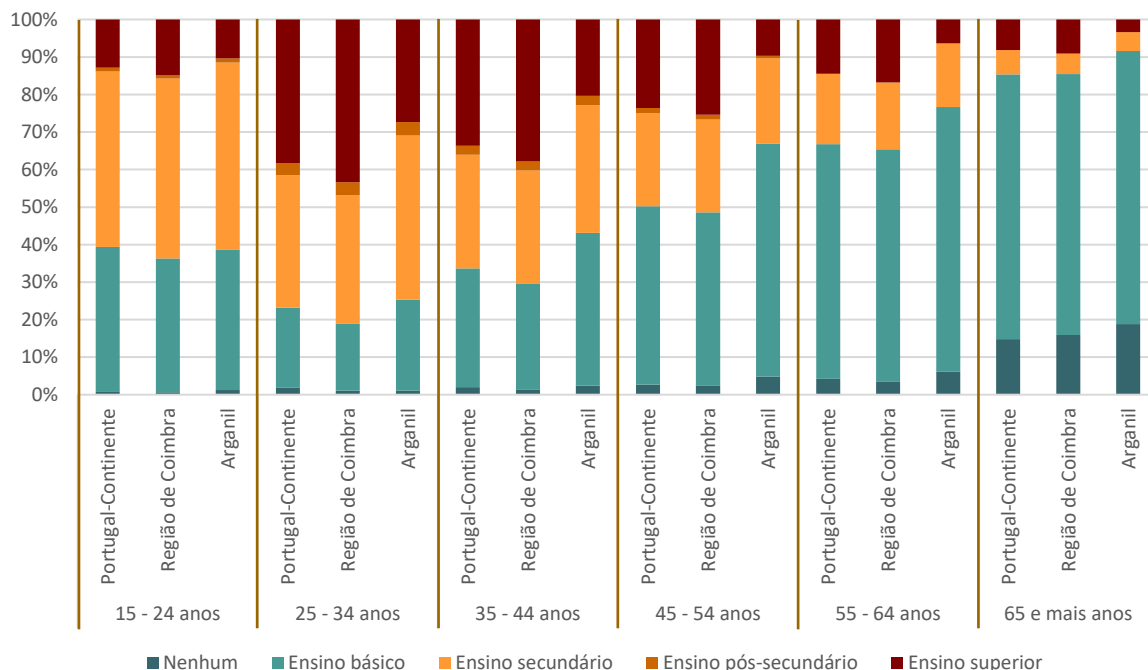
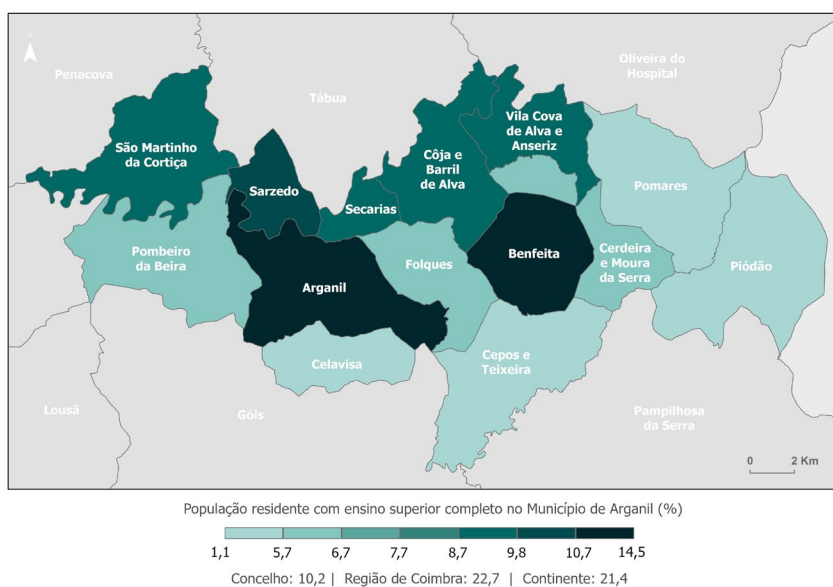


Figura 19. Nível de escolaridade da população residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o escalão etário (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

A proporção da **população residente no município com o Ensino Superior completo** apresenta variações segundo a freguesia de residência (**Mapa 23**), registando valores máximos na freguesia de Benfeita (15%), seguida pela freguesia de Arganil (14%) e mínimos na UF de Cepos e Teixeira (1%).



Mapa 23. Proporção da população residente com 21 e mais anos com ensino superior completo, no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021

7.1.2 Analfabetismo e abandono escolar precoce

Apesar de ser um indicador que regista uma tendência de redução constante ao longo das últimas décadas, o analfabetismo persiste ainda em Portugal. Embora apresente valores reduzidos (cerca de 3% em Portugal Continental), verificam-se ainda bolsas de elevada persistência deste fenómeno, que atinge sobretudo mulheres mais idosas, tendo um importante impacto na prestação dos serviços nos territórios onde é mais elevado.

A **taxa de analfabetismo** registada no município de Arganil (4% da população residente) é diferenciada segundo o sexo considerado (2,6% nos homens que compara com 6% nas mulheres), verificando-se também acentuadas **diferenças segundo a freguesia de residência** (na UF de Cepos e Teixeira 19% das mulheres são analfabetas, enquanto na freguesia de Piódão essa proporção é de 16% e na freguesia de Folques de 14%) (**Figura 20**).

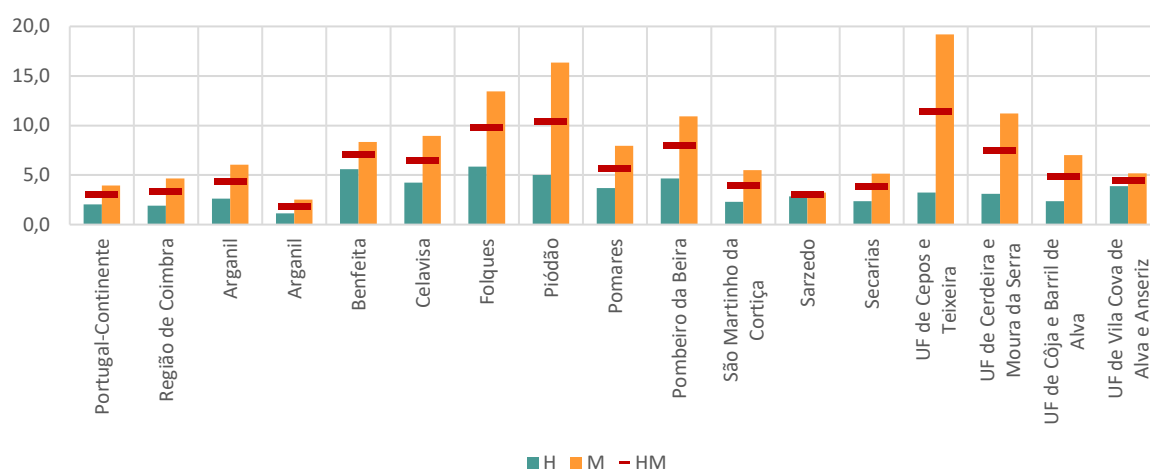


Figura 20. Taxa de analfabetismo da população residente (%) no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo, 2021.

Fonte: INE, Censos 2021

O posicionamento do município de Arganil no que se refere ao **abandono precoce do sistema de educação/formação**⁷⁴ por parte da sua população jovem revela uma situação mais favorável relativamente às unidades estatísticas de comparação. Assim, os/as jovens residentes no município com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos com o máximo do 3º Ciclo do Ensino Básico e que não frequentavam o ensino em 2021 representavam **10,1%** do total deste grupo etário, que compara com 11,2% no Continente e 8,1% na Região de Coimbra.

⁷⁴ População residente com idade entre 18 e 24 anos, com nível de escolaridade completo até ao 3º ciclo do ensino básico que não recebeu nenhum tipo de educação (formal ou não formal) no período de referência / População residente com idade entre 18 e 24 anos] x 100.

Esta percentagem representa uma redução substancial relativamente a 2011, em que este valor era de 28,8%, ou seja, superior tanto ao registado no Continente (25,8%) como na Região de Coimbra (20%). Os valores deste indicador são muito variáveis segundo as diferentes freguesias, refletindo a estrutura etária da população residente e a respetiva representatividade do escalão etário em análise (Figura 21).

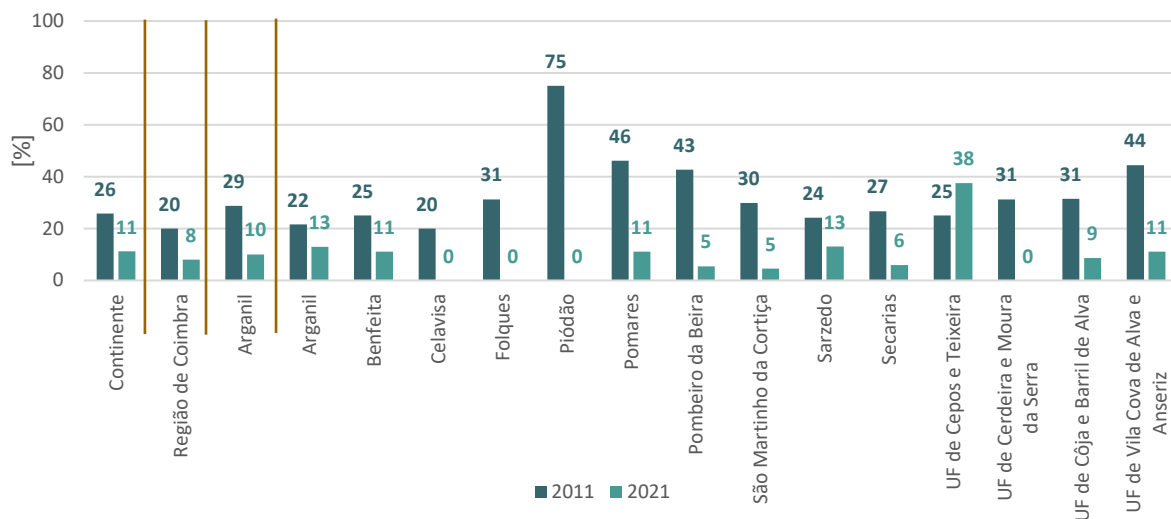
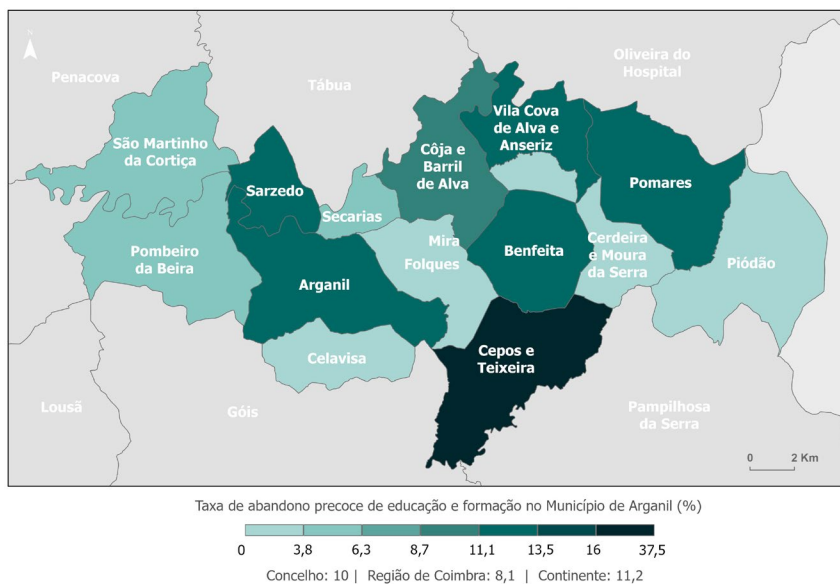


Figura 21. Taxa de abandono precoce de educação e formação, no município de Arganil (%), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo a freguesia, 2011 e 2021.

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.



Mapa 24. Taxa de abandono precoce de educação e formação, no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.

Fonte: INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

7.2 Condições económicas e sociais

As condições materiais e de subsistência em que vivem as populações, nomeadamente no que se refere às condições de vida e rendimento (e.g., acesso a emprego, bens e recursos), influenciam de forma expressiva o estado de saúde individual e das comunidades, resultando em desigualdades em saúde.

Populações com acesso a condições de vida saudáveis e a níveis elevados de educação apresentam globalmente melhor estado de saúde do que pessoas que vivem em situação de privação material. A relação entre a pobreza e a saúde está, aliás, bem estabelecida, tanto científica como empiricamente, sendo consensual a afirmação de que uma das principais causas da doença é a pobreza. Vários estudos revelam a existência de associações entre áreas de privação sociomaterial e os resultados em saúde. Genericamente, verifica-se uma degradação do estado de saúde ou um aumento da mortalidade com a diminuição do rendimento, sendo mais acentuado esse aumento na população desempregada e/ou na população com escolaridade mais baixa (incluindo a que não têm qualquer nível de escolaridade).^{75,76,77,78,79}

Outro aspeto importante da análise das condições económicas e sociais de um território é a equidade social que, de acordo com a literatura, é avaliada através de indicadores relativos à proteção social e apoios a grupos vulneráveis, economicamente e socialmente (e.g., beneficiários/as de subsídios, população idosa em situação de isolamento). É, assim, fundamental, compreender o papel dos fatores económicos e sociais na saúde da população e avaliar o seu contributo para as variações em saúde, no tempo e no território.

Nesta dimensão, a saúde da população residente no município é avaliada por critérios relacionados com as determinantes económicas e sociais da saúde, nomeadamente a condição perante o trabalho, ocupação e rendimento (ponto 7.2.1) e a população em situação de carência social e económica (ponto 7.2.2.).

⁷⁵ WHO-CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

⁷⁶ Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012; 380:1011–29.

⁷⁷ WHO (2010). *Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO European Office for Investment for Health and Development.

⁷⁸ Pickett, K.E., Wilkinson, R.G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science and Medicine*; 128:316-326.

⁷⁹ Woolf, S.H., Simon, S.M., Aron, L., Zimmerman, E., Dubay, L., Luk, K.X. (2015). *How Are Income and Wealth Linked to Health and Longevity?*, 1-22.

7.2.1 Emprego, ocupação e rendimento

Em 2021, as principais **fontes de rendimento** da população com idade igual e superior aos 15 anos e residente no município de Arganil eram o **trabalho (41%)** e a **reforma/pensão (40%)** (Figura 22).

Estes valores apresentam um assinalável contraste com a situação verificada tanto em Portugal Continental (49% e 29%, respetivamente) como na Região de Coimbra, que tem 47% da sua população residente dependente do trabalho e 33% da reforma/pensão, refletindo as diferenças nas respetivas estruturas etárias e, concretamente, o elevado peso da população idosa no município. Cerca de 10% da população residente em Arganil estava ainda a cargo da família, valor comparável às unidades estatísticas em análise (cerca de 13%).

A análise do **perfil setorial do emprego**, com base na Classificação Portuguesa das Atividades Económicas (CAE-Rev3), revela como traço mais saliente da estrutura do mercado de trabalho local o peso da “**Indústria Transformadora**”, que concentra cerca de **23%** do total da população empregada residente no município (contra 15% a nível regional e 16% a nível do Continente) (Quadro 22). No caso dos restantes setores mais representativos, regista-se um peso inferior do emprego no “Comércio” (13% no município, que compara com 15% a nível regional e 16% no Continente) enquanto no que se refere à “Saúde e Apoio Social” o perfil apresenta valores intermédios relativamente aos referenciais de comparação (13% no município, que compara com 16% na Região de Coimbra e 10% em Portugal Continental).

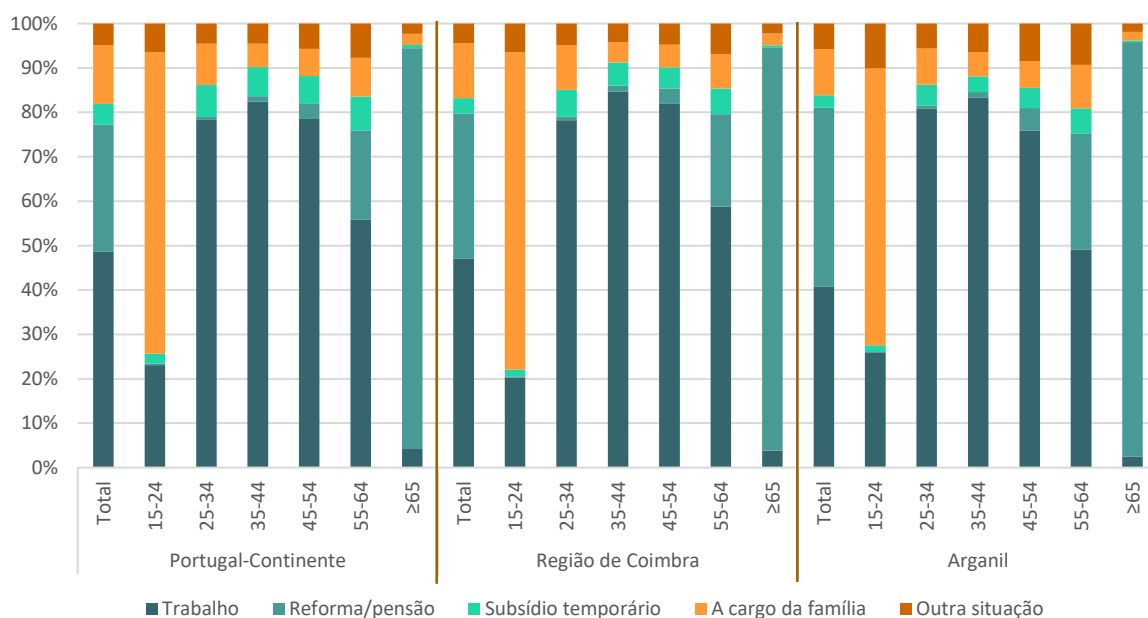


Figura 22. População residente com 15 e mais anos no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o grupo etário e a fonte de rendimento (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

Quadro 22. População empregada segundo a atividade económica no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, (CAE Rev. 3) (Nº e %), 2021.

[Secção - CAE Rev. 3]	Portugal - Continente		Região de Coimbra		Arganil	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
[A] Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	119.877	3	4.834	3	169	4
[C] Indústrias transformadoras	682.498	16	27.645	15	948	23
[F] Construção	325.306	8	13.739	7	455	11
[G] Comércio por grosso e a retalho; reparação de veículos automóveis e motociclos	682.015	16	27.929	15	529	13
[H] Transportes e armazenagem	167.794	4	7.996	4	154	4
[I] Alojamento, restauração e similares	237.856	6	8.343	5	194	5
[M] Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares	208.770	5	8.082	4	112	3
[O] Administração Pública e Defesa; Segurança Social Obrigatória	318.833	8	15.535	8	419	10
[P] Educação	308.475	7	16.524	9	222	5
[Q] Atividades de saúde humana e apoio social	422.078	10	28.861	16	514	13

Fonte: INE, Censos 2021.

A análise dos dados relativos ao **perfil profissional da população empregada** residente no município de Arganil, segundo o respetivo género e com base na Classificação Portuguesa de Profissões (CPP)⁸⁰ (**Figura 23**), permite constatar algumas características diferenciadas entre categorias, destacando-se as seguintes:

- a preponderância de “**Dirigentes e trabalhadores qualificados**” na estrutura do emprego (39%), que acompanha o que se observa nas unidades estatísticas de comparação (40% no Continente e 41% na Região de Coimbra);
- a preponderância do emprego masculino na categoria dos “Dirigentes e trabalhadores qualificados” na estrutura do emprego, que representando, como vimos, 39% do total do emprego, regista 49% do emprego masculino total;
- embora se verifique um predomínio do emprego feminino na mesma na categoria de “Dirigentes e trabalhadores qualificados” (29% do total do emprego feminino no município), regista-se uma concentração elevada de mulheres na estrutura do emprego nas categorias dos “Trabalhadores dos serviços pessoais” (26%) e dos “Trabalhadores não qualificados” (26%).

⁸⁰ Dirigentes e trabalhadores qualificados: CPP1+CPP2+CPP6+CPP7; Pessoal administrativo: CPP4; Trabalhadores dos serviços pessoais: CPP5; Trabalhadores não qualificados: CPP9; Outra: CPP0+CPP3+CPP8.

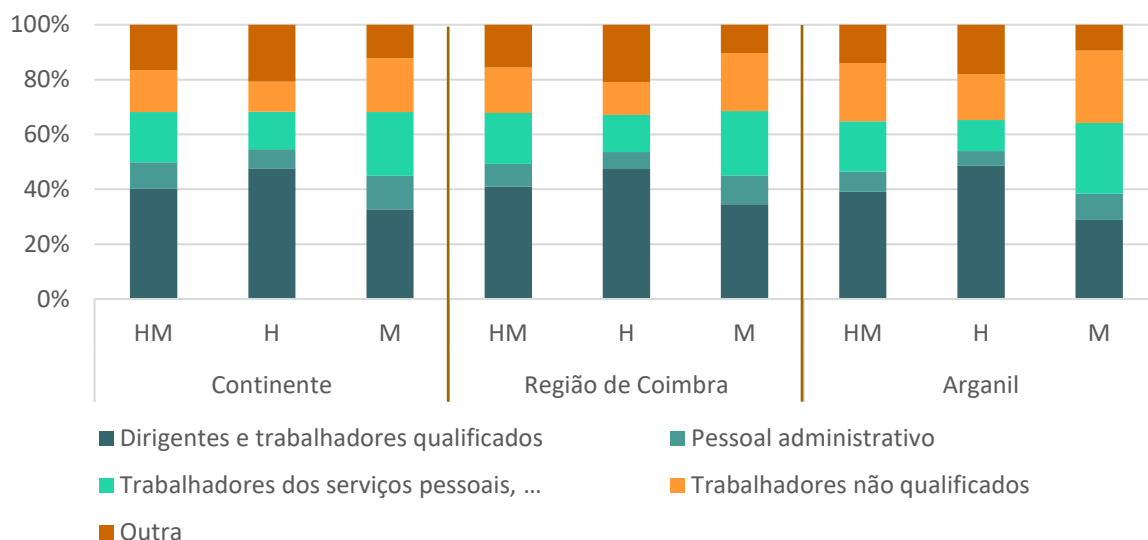


Figura 23. População empregada segundo a profissão e o sexo, de acordo com a CPP, no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

Uma das condições essenciais para a saúde da população são os **recursos económicos**, nomeadamente o **rendimento disponível para assegurar um conjunto de condições básicas**, como a habitação, alimentação, educação e acesso a serviços e cuidados de saúde. O rendimento mensal das pessoas/agregados familiares permite aferir o nível de disparidade social e económica existente num dado território e em alguns casos avaliar a existência de situações de pobreza e de maior vulnerabilidade social e habitacional.

A análise da evolução do **ganho médio mensal** da população empregada residente do município de Arganil revela uma **evolução positiva entre 2013 e 2021**, que se cifrou em 22% (de 781€ para 955€), evolução essa que foi superior à observada nas unidades estatísticas de comparação – 20% na Região de Coimbra e 18% em Portugal Continental (**Figura 24**). Assim, embora o ganho médio mensal em 2021 seja inferior no município (**955€** que compara com 1.168€ na Região de Coimbra e 1.294€ no Continente), a respetiva evolução tem sido no sentido de aproximar Arganil das unidades estatísticas de comparação.

Neste contexto de análise do rendimento, é importante destacar o grupo de **“trabalhadores não qualificados”**⁸¹ uma vez que este grupo se relaciona, normalmente, com baixos níveis de rendimento e de educação e maior privação material e social. Relaciona-se ainda com maiores dificuldades na

⁸¹ Estes trabalhadores executam tarefas simples e auxiliares para as quais é requerido esforço físico assim como a utilização de ferramentas e processos manuais.

satisfação de necessidades básicas não só do indivíduo como também dos elementos do seu agregado familiar, nomeadamente o acesso a cuidados de saúde.

No que se refere à evolução do **salário médio mensal** dos “trabalhadores não qualificados”, o montante tem sido sempre inferior em Arganil em comparação com as unidades estatísticas de referência (**Figura 24**). Este diferencial tem vindo a manter-se ao longo do período em análise, culminando, em 2021, num valor médio mensal de **788€** no município, que compara com 901€ na Região de Coimbra e 896€ no Continente.

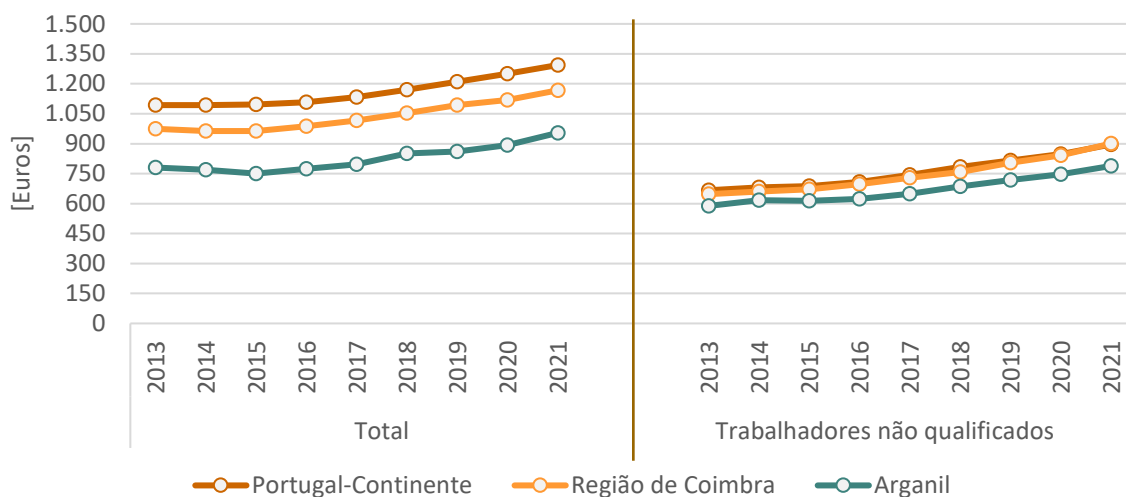


Figura 24. Evolução do ganho médio mensal, total e dos trabalhadores não qualificados (CPP9), no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Euros), entre 2013 e 2021.

Fonte: INE, MTSSS/GEP, Quadros de pessoal

No que concerne aos **rendimentos das pensões**, os/as 4.562 pensionistas⁸² residentes no município de Arganil que, em 2022, eram titulares de pensões da Segurança Social, auferiam um **valor médio anual** na ordem dos **4.910€**, valor esse que se encontrava abaixo do valor médio registado tanto na Região de Coimbra (5.525€) como no Continente (6.215€) (**Figura 25**).

⁸² Titulares de uma prestação pecuniária nas eventualidades de invalidez, velhice, doença profissional ou morte.

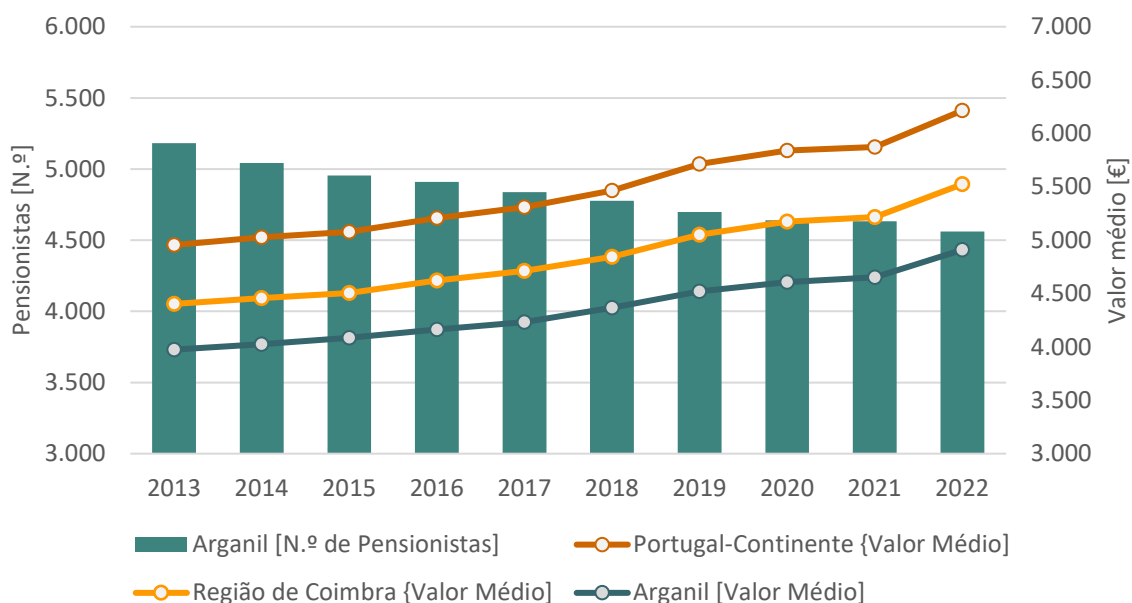


Figura 25. Pensionistas (N.º) e valor médio anual das pensões da Segurança Social (Euros) no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, entre 2013 e 2022.

Fonte: INE, Instituto de Informática.

Outro fator socioeconómico relevante para avaliar a saúde da população é relativo ao desemprego. A **situação de desemprego** pode pôr em causa a satisfação de necessidades básicas, não só da pessoa desempregada como do seu agregado familiar, nomeadamente o acesso a alimentos e cuidados de saúde. O **desemprego de longa duração** produz ainda alterações significativas na qualidade de vida, nomeadamente ao nível dos recursos emocionais, da satisfação com a vida e dos níveis de *stress* e ansiedade, podendo provocar mudanças no estilo de vida, alterações nas relações sociais e piores resultados em saúde, como o surgimento de doenças cardíacas e/ou perturbações mentais, como a depressão e o suicídio.

O período 2014-2023 foi marcado por uma **diminuição muito expressiva** do número de pessoas desempregadas registadas⁸³ no Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) em todas as unidades estatísticas em análise, tendo essa redução registado uma intensidade semelhante no município de Arganil (**-48%**), que compara com **-48%** na Região de Coimbra e **-46%** em Portugal Continental (**Figura 26**). De acordo com os dados disponíveis para 2023, existiam no município de Arganil **321 pessoas desempregadas registadas** (i.e. cerca **5,5% da população residente** entre os 15 e os 64 anos estimada para esse ano), dos quais 55% eram do sexo feminino. Também o número de **pessoas desempregadas de longa duração**, ou seja, pessoas inscritas há um ano ou mais, registou

⁸³ Os dados do desemprego registado referem-se ao mês de dezembro de cada ano.

uma acentuada redução no período em análise, menos intensa no município de Arganil onde atingiu uma **diminuição de 55%**, que compara com -62% e -60%, respetivamente na Região de Coimbra e no Continente (**Figura 27**), abrangendo, em 2023, 136 pessoas, correspondendo a 43% do total de pessoas desempregadas registadas no mesmo ano.

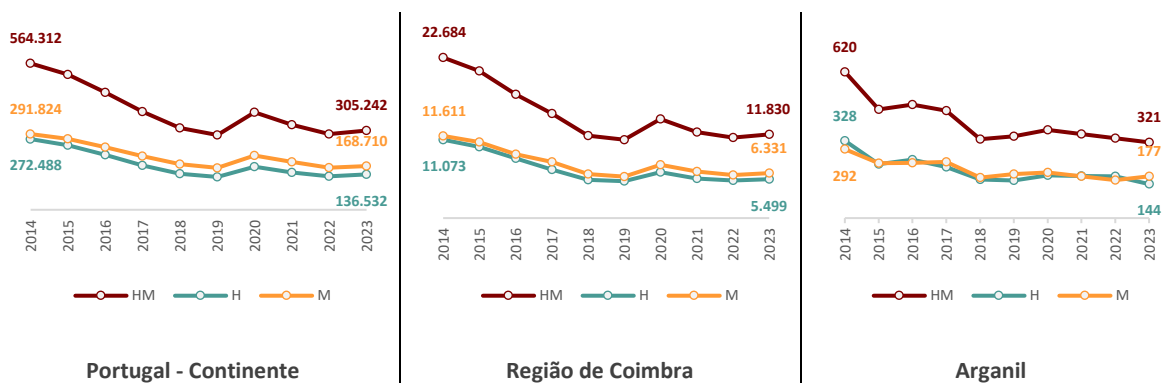


Figura 26. Evolução do desemprego registado no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2023.

Fonte: IEFP, Desemprego Registado por Concelho - Estatísticas Mensais.

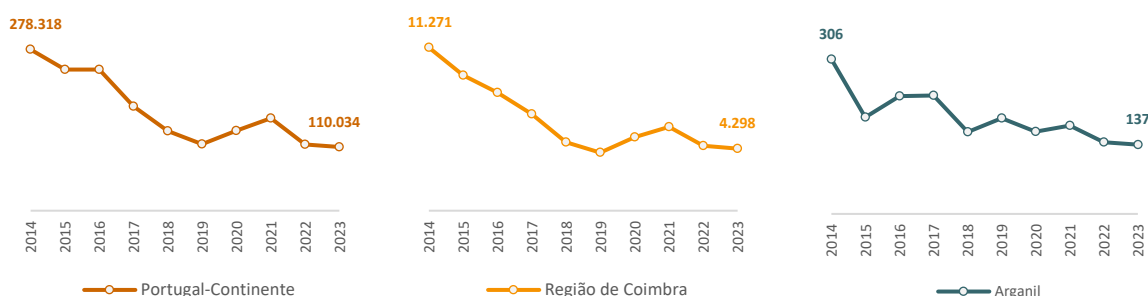


Figura 27. Evolução do desemprego registado com tempo de inscrição igual ou superior a 1 ano no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.

Fonte: IEFP, Desemprego Registado por Concelho - Estatísticas Mensais.

De idêntica forma, a evolução dos números do **desemprego jovem** (o que atinge as pessoas com idade inferior aos 25 anos), demonstra uma **redução** particularmente acentuada no município (-68%) em comparação com a Região de Coimbra (-52%) e Portugal Continental (-51%) (**Figura 28**), atingindo, em 2023, 36 jovens, correspondendo a 11% do total de pessoas desempregadas.

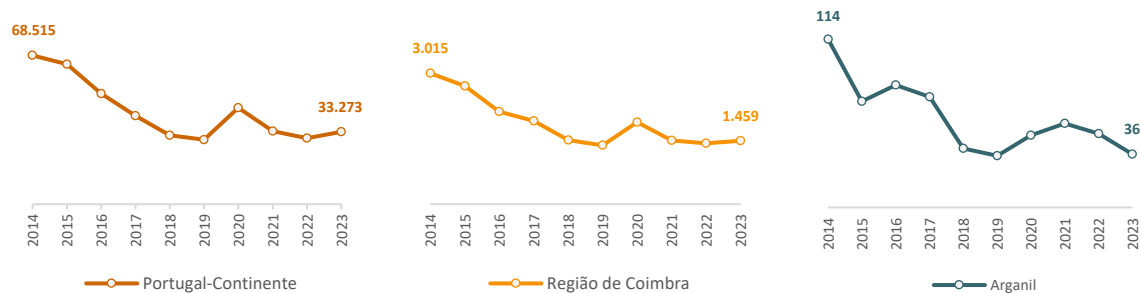


Figura 28. Evolução do desemprego registado no grupo etário com menos de 25 anos no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.

Fonte: IEFP, Desemprego Registado por Concelho - Estatísticas Mensais.

7.2.2 População em situação de carência social e económica

O sistema de proteção social é fundamental para garantir a segurança e o bem-estar da população, sendo conhecido o seu papel na prevenção e mitigação da pobreza num país com as características de Portugal.

7.2.2.1 Beneficiários de subsídio de desemprego

O número de **beneficiários/as do subsídio de desemprego da Segurança Social**⁸⁴ no município de Arganil em 2022 atingia os 212 indivíduos, representando um **decréscimo** de 58% relativamente a 2014, evolução superior à verificada na Região de Coimbra (-48%) e superior à verificada no Continente (-43%) (**Figura 29**).

A análise segundo o género das pessoas beneficiárias desta prestação releva uma crescente importância da **representatividade feminina** ao longo do período analisado, sobretudo no município de Arganil, onde entre 2014 e 2022 a proporção de beneficiários do género feminino passou de 42% para 57% do total.

⁸⁴ Inclui beneficiários(as) de subsídio de desemprego, subsídio social de desemprego inicial e subsequente, prolongamento de subsídio social de desemprego e medida extraordinária de apoio aos desempregados de longa duração. Os beneficiários(as) são contados tantas vezes quantas os subsídios que recebem.

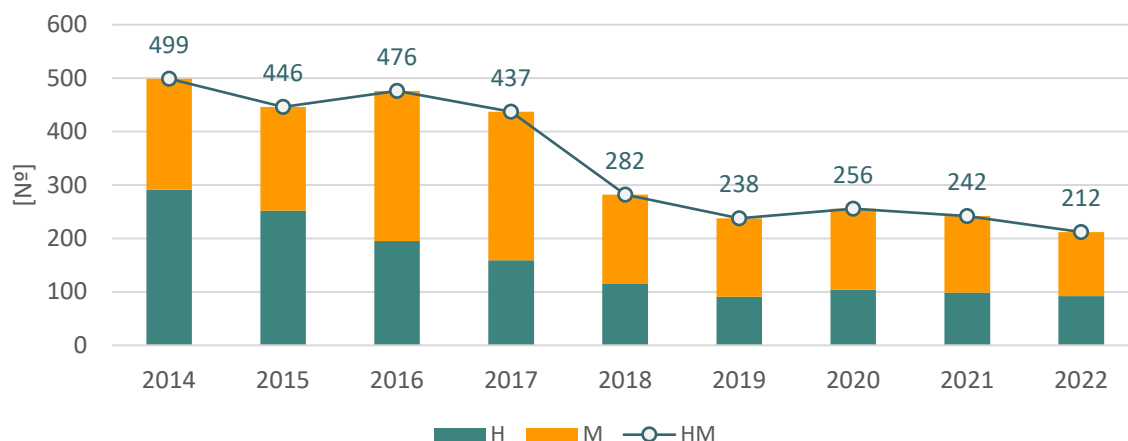


Figura 29. Beneficiários/as de subsídio de desemprego da Segurança Social no município de Arganil, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2022.

Fonte: INE, Instituto de Informática.

7.2.2.2 Beneficiários de Rendimento Social de Inserção

Em relação ao **Rendimento Social de Inserção (RSI)**⁸⁵, ao longo do período entre 2014 e 2022, o número de beneficiários/as no município de Arganil seguiu uma **tendência de decréscimo** ligeiramente mais acentuada (-19%) do que a que se verificou a nível regional (-18%) e do Continente (-16%) (**Figura 30**). Em 2022, 162 pessoas beneficiavam deste apoio no município Arganil.

A maioria das pessoas beneficiárias do RSI no município situava-se no **escalão etário com 55 ou mais anos**, correspondendo a **36% do total**, enquanto nas unidades estatísticas de comparação o escalão etário predominante se situa nas idades inferiores aos 25 anos – 33% na Região de Coimbra e 41% no Continente (**Quadro 23**).

⁸⁵ O RSI é o montante que a Segurança Social atribui mensalmente às famílias mais carenciadas para apoiar a sua subsistência e progressiva inserção na comunidade e no mercado de trabalho. O rendimento social de inserção foi criado em 2003, substituindo o Rendimento Mínimo Garantido.

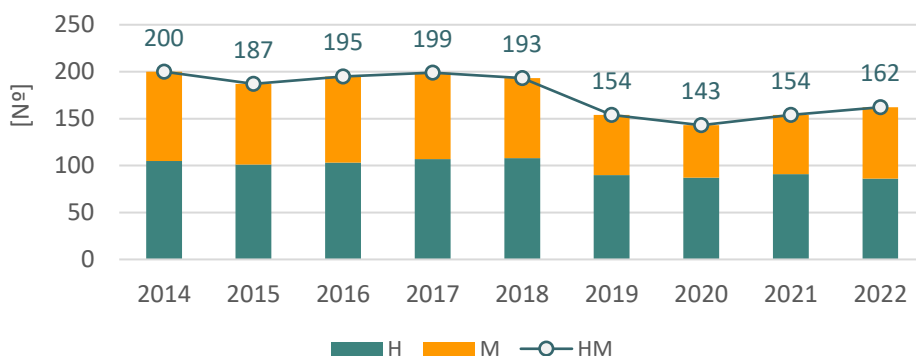


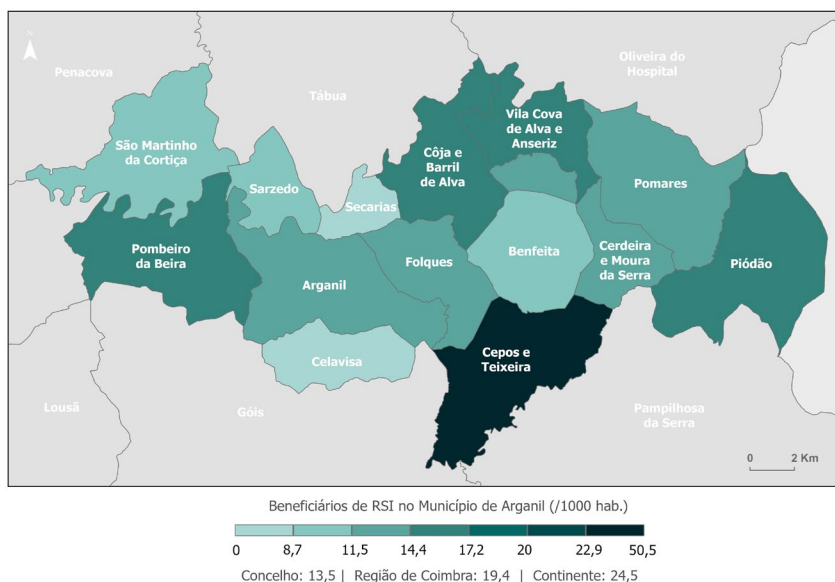
Figura 30. Beneficiários/as do RSI da Segurança Social no município de Arganil, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2022.

Fonte: INE, Instituto de Informática.

Quadro 23. Beneficiários/as do RSI da Segurança Social, no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o grupo etário (N.º e %), 2022.

Grupo Etário	Portugal - Continente		Região de Coimbra		Arganil	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
< 25 anos	99.275	41	2.779	33	47	29
25 a 39 anos	39.540	16	1.445	17	20	12
40 a 54 anos	48.932	20	1.912	23	36	22
≥ 55 anos	53.696	22	2.346	28	59	36
Total	241.443	100	8.482	100	162	100

Fonte: INE, Instituto de Informática.



Mapa 25. Beneficiários/as do RSI da Segurança Social no município de Arganil, segundo a freguesia (N.º por 1.000 habitantes), 2022.

Fonte: Instituto da Segurança Social, I.P. - Sistema de Estatísticas da Segurança Social (SESS/RSI).

No que diz respeito à distribuição das pessoas beneficiárias deste apoio social pelas diferentes freguesias do município de Arganil registam-se valores mais elevados na UF de Cepos e Teixeira (52 beneficiários/as, em 2022, por 1 000 residentes). Todavia, a **freguesia de Arganil**, que é também a freguesia mais populosa –, concentra **32% do total dos/as beneficiários/as** nesse ano (**Mapa 25**).

7.2.2.3 Beneficiários de Complemento Solidário para Idosos

No que se refere ao **Complemento Solidário para Idosos (CSI)**⁸⁶ verifica-se uma **tendência de queda** global no número de beneficiários/as deste apoio em todas as unidades estatísticas em análise entre 2014 e 2023, que se cifrou em -21% em Portugal Continental, -28% na Região de Coimbra e -35% no município de Arganil (**Figura 31**).

Entre 2022 e 2023 registou-se, no entanto, uma ligeira recuperação no número de pessoas apoiadas em Portugal Continental (4%) e na Região de Coimbra (2%), tendo este número mantido a sua tendência de descida no município de Arganil (-2%), totalizando 278 pessoas neste último ano.

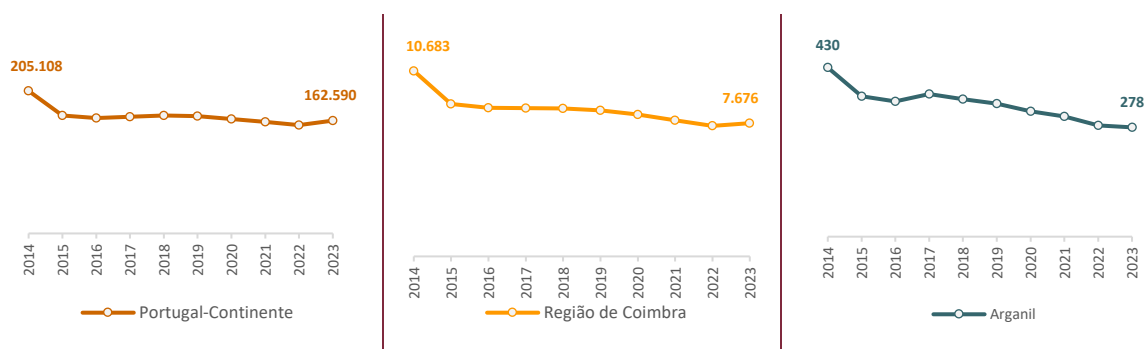
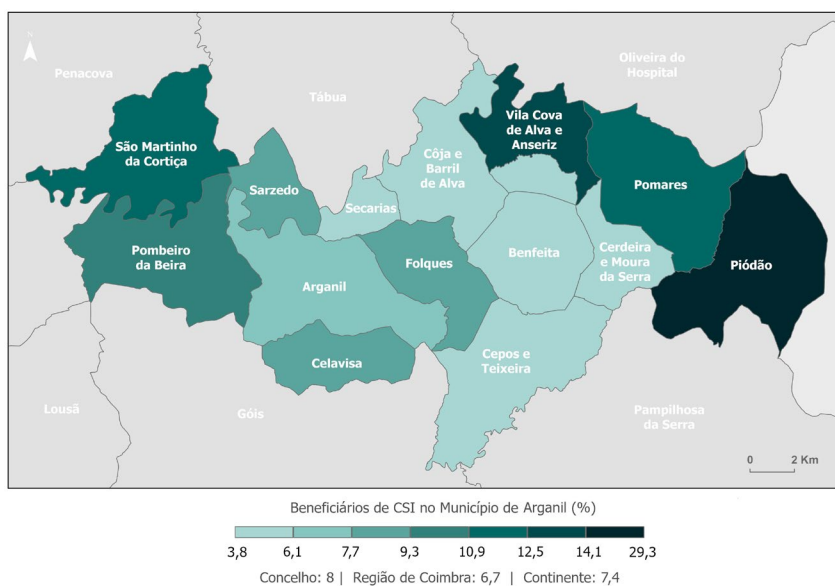


Figura 31. Evolução do número de beneficiários/as com prestações de CSI processadas no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.

Fonte: Instituto da Segurança Social, I.P. - Sistema de Estatísticas da Segurança Social (SESS/CSI)

Do total de 278 beneficiários/as de CSI no município, que corresponde a 8% da população com mais de 66 anos, 23% reside na freguesia de Arganil (63 pessoas). No entanto, é na freguesia de Piódão onde o peso é maior em relação à população residente – cerca de 30% (**Mapa 26**).

⁸⁶ O CSI é um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos de baixos recursos, com idade igual ou superior à idade normal de acesso à pensão de velhice do regime geral de Segurança Social, ou seja, atualmente 66 anos e 5 meses e residentes em Portugal.



Mapa 26. Beneficiários/as do CSI da Segurança Social no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2022.

Fonte: Instituto da Segurança Social, I.P. - Sistema de Estatísticas da Segurança Social (SESS/RSI).

7.2.2.4 Beneficiários de Ação Social Escolar

Também relevante para a apreciação do nível do rendimento das famílias residentes no município é a análise do número de alunos/as **beneficiários/as de Ação Social Escolar (ASE)**⁸⁷. Em Arganil o número de beneficiários/as desta medida de apoio registou uma **acentuada descida** entre os anos letivos de 2014/2015 e 2023/2024, que atingiu os -36% (de 999 para 636 alunos/as), num contexto em que o número de alunos/as registou uma redução na ordem dos -9% (de 1.415 para 1.290). Estes números significam que no ano letivo de 2023/2024 a proporção de alunos/as beneficiários/as de ASE no município representava **49% do total**, enquanto em 2014/2015 essa percentagem atingia os 71% (**Figura 32**). Com a mais elevada **concentração de beneficiários/as da ASE** no ano letivo de 2023/24 destacam-se as freguesias de Piódão e Celavisa e a UF de Cepos e Teixeira, onde mais de 70% dos/as alunos/as a frequentar o Ensino Pré-escolar e 1º CEB beneficiaram deste apoio (**Mapa 27**).

⁸⁷ A ASE é um programa de apoios assegurado pelo Estado através do Ministério da Educação e Ciência e dos municípios, destinado a alunos cujas famílias tenham baixos rendimentos. O seu objetivo é o de garantir que todos os alunos conseguem frequentar a escolaridade obrigatória. Estão abrangidos por este apoio os alunos que frequentem o ensino público pré-escolar, básico e secundário. Os seus três escalões da ASE – A, B e C – são calculados com base nos escalões do abono de família e os apoios destinam-se a alimentação, aquisição de material escolar, financiar visitas de estudo e transporte para a escola: (i) Escalão 1, para agregados familiares com rendimentos anuais até 3.102,40€ (escalão A da ASE); (ii) Escalão 2, para agregados familiares com rendimentos anuais entre 3.102,41€ e 6.204,80€ (escalão B da ASE); e (iii) Escalão 3, para alunos provenientes de agregados familiares com rendimentos anuais entre 6.208,81€ e os 9.307,20€ (escalão C da ASE).

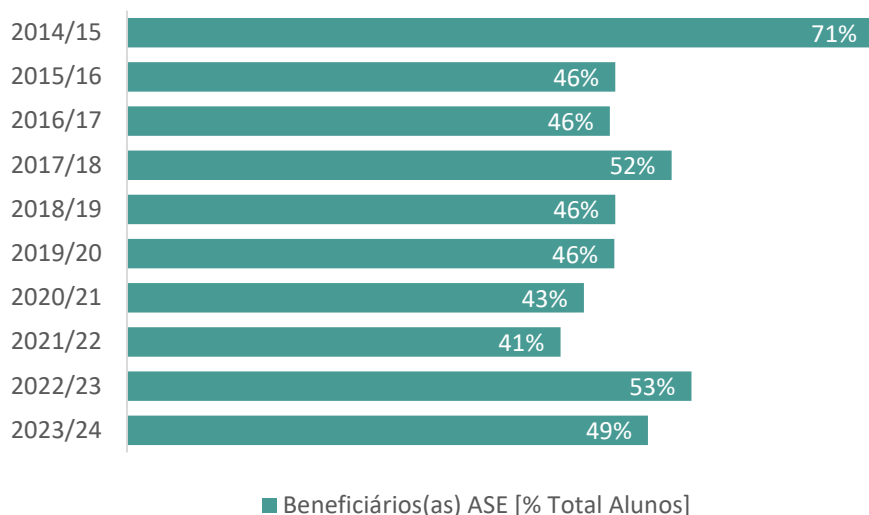
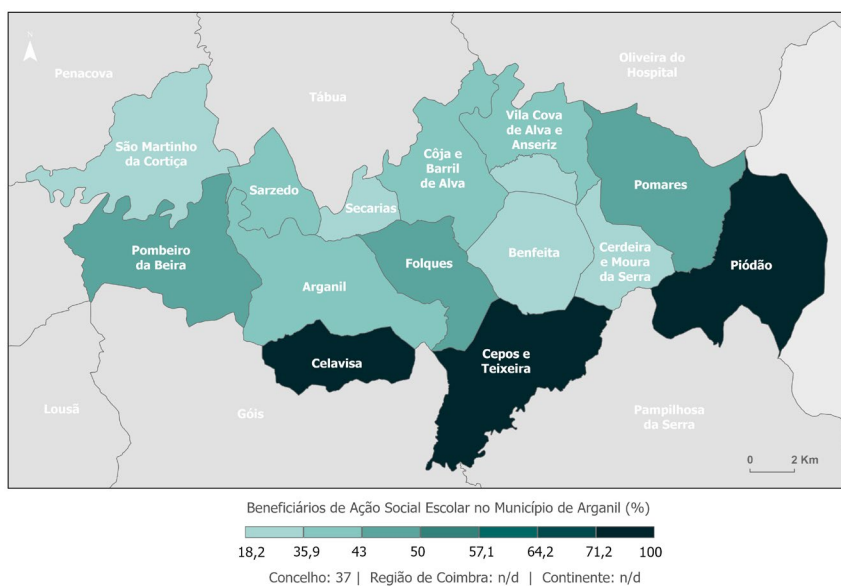


Figura 32. Beneficiários/as de Ação Social Escolar (Escala A e B), no município de Arganil (%), entre os anos letivos 2014/2015 e 2023/24.

Fonte: Município de Arganil.



Mapa 27. Beneficiários/as de Ação Social Escolar no município de Arganil, segundo a freguesia (%), ano letivo 2023/2024.

Nota: O número de beneficiários/as de ASE só contempla as crianças do Ensino Pré-Escolar e do 1º CEB.

Fonte: Município de Arganil.

7.2.2.5 Tarifas sociais de energia

Um outro domínio de análise refere-se à pobreza energética, cujas consequências para a saúde foram já referidas. A fim de mitigar as causas subjacentes à **pobreza energética**⁸⁸, foi implementada a **tarifa social de energia**, com o objetivo de apoiar famílias em situação de vulnerabilidade económica. Essa tarifa oferece descontos nas tarifas de eletricidade e gás natural. Essa tarifa oferece descontos nas tarifas de eletricidade e gás natural. No caso específico do município de Arganil, onde não se regista apoio ao fornecimento doméstico de gás natural, a **tarifa social de energia elétrica**, apoiava **758 beneficiários**, o que corresponde a cerca de **16% do total de agregados domésticos privados** existentes no município.

As medidas descritas têm como objetivo proporcionar algum alívio às famílias em situação de vulnerabilidade e contribuir para reduzir a pobreza energética, melhorando assim as condições de vida e saúde da população. No entanto, ainda é necessário um esforço contínuo para abordar de forma abrangente os desafios relacionados à pobreza energética e ao desconforto térmico, a fim de garantir um ambiente seguro e saudável para toda a população residente.

7.2.2.6 Beneficiários de programas municipais de apoio social

No sentido de mitigar as carências económicas e sociais identificadas e apoiar os/as **munícipes em situação de maior vulnerabilidade**, o município de Arganil desenvolve um conjunto de **programas e projetos de iniciativa municipal** que visam o auxílio em situações concretas e diversificadas, desde a saúde, o apoio económico e alimentar e a recuperação de imóveis degradados (**Quadro 24**).

Quadro 24. Beneficiários/as dos programas municipais de apoio à população residente em situação de carência no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº), entre 2022 e 2024.

Freguesia	Arganil (Nº beneficiários)		
	2022	2023	2024(*)
Arganil	51	68	89
Benfeita	1	1	2
Celavisa	1	0	0
Folques	1	2	2
Piódão	0	0	0

⁸⁸ Segundo a [Diretiva \(UE\) 2023/1791](#), do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu, de 13 de setembro, relativa à Eficiência Energética, é estabelecida pela primeira vez uma definição comum de Pobreza Energética, que a determina, como sendo: “a falta de acesso de um agregado familiar a serviços energéticos essenciais, quando tais serviços proporcionam níveis básicos e dignos de vida e de saúde, nomeadamente aquecimento, água quente, arrefecimento e iluminação adequados e a energia necessária para os eletrodomésticos, tendo em conta o contexto nacional, a política social e outras políticas nacionais pertinentes, causada por uma combinação de fatores, incluindo, pelo menos, a falta de acessibilidade dos preços, um rendimento disponível insuficiente, elevadas despesas energéticas e a fraca eficiência energética das habitações.”

Freguesia	Arganil (Nº beneficiários)		
	2022	2023	2024 ^(*)
Pomares	2	1	1
Pombeiro da Beira	9	13	11
São Martinho da Cortiça	6	7	13
Sarzedo	7	12	11
Secarias	3	2	3
UF de Cepos e Teixeira	2	4	3
UF de Cerdeira e Moura da Serra	3	6	4
UF de Côja e Barril de Alva	10	14	21
UF de Vila Cova de Alva e Anseriz	1	3	2
Total	97	133	162

(*) Dados reportados em julho de 2024.

Fonte: Município de Arganil.

7.2.2.7 População idosa em situação de isolamento

A solidão está associada a piores resultados em saúde, nomeadamente a maior prevalência de doença mental e depressão e ainda a menor longevidade, pior estado imunológico, maior risco cardiovascular, consumo de álcool, menor atividade física e maior tendência para a obesidade, hipertensão arterial e níveis altos de colesterol. A população idosa que vive sozinha pode, por este motivo, apresentar maior vulnerabilidade a situações de insegurança e isolamento social.

A conjugação de uma elevada proporção de população residente de **pessoas com 65 ou mais anos e a viverem sós**⁸⁹ possui um forte impacto na adequação e dimensionamento das respostas sociais e dos cuidados de saúde necessários num determinado território.

O município de Arganil registava, em 2021, **774 pessoas idosas que vivem sós**, percentagem idêntica às unidades estatísticas de referência – **21% em 2021**, que compara com 21% tanto no Continente como na Região de Coimbra –, tendo essa percentagem descido relativamente a 2011 (ano em que era de 22%). Este valor global para o município cobre uma relativa dispersão segundo as freguesias consideradas (variando entre um mínimo de 19% na freguesia de Celavisa e um máximo de 30% na freguesia de Piódão) e, sobretudo, o género dos residentes, verificando-se uma **predominância de mulheres s idosas que vivem sós** (26%, que compara com apenas 15% de homens) (**Quadro 25**). A análise segundo a freguesia de residência revela que **35% das mulheres com 65 e mais anos** que

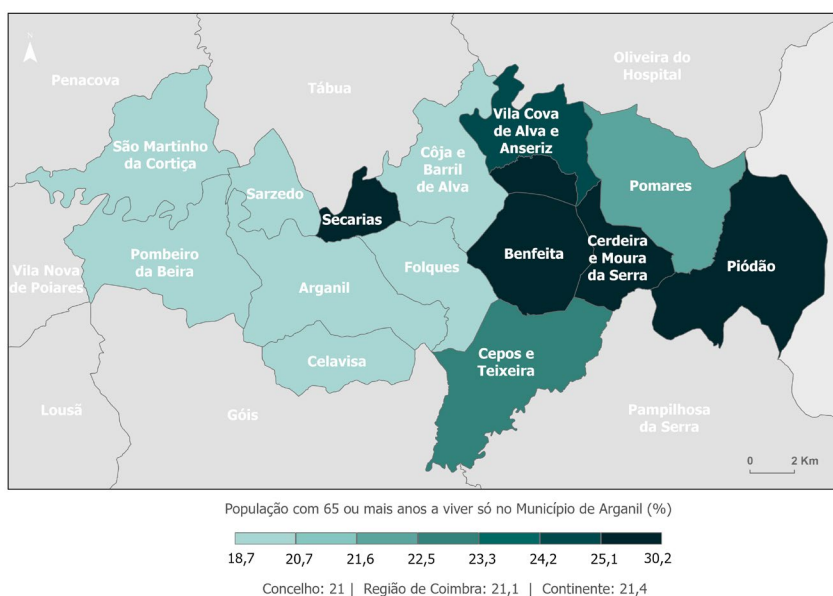
⁸⁹ Relação entre o número de agregados domésticos privados unipessoais constituídos por uma pessoa com 65 ou mais anos e a população residente com 65 ou mais anos (expressa por 100 pessoas com 65 ou mais anos).

residem na **freguesia de Benfeita vivem sós**, enquanto nas freguesias de Celavisa, Pomares e Sarzedo e na UF de Cepos e Teixeira são cerca de 22%.

Quadro 25. População com 65 ou mais anos a viver só no município de Arganil (freguesias), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), segundo o sexo, 2011 e 2021.

	2011			2021		
	HM	H	M	HM	H	M
Portugal – Continente	20,3	11,1	27,0	21,4	13,3	27,5
Região de Coimbra	20,0	10,7	26,7	21,1	12,9	27,1
Arganil	22,0	14,1	27,7	21,0	14,9	25,7
Arganil	19,2	10,6	25,1	19,4	11,9	25,1
Benfeita	31,4	16,5	41,7	26,0	12,5	35,2
Celavisa	23,5	8,3	34,7	18,8	15,6	21,9
Folques	27,8	28,8	27,2	20,1	15,0	23,8
Piódão	28,8	17,1	37,8	30,2	33,3	28,0
Pomares	17,1	13,5	20,0	21,8	21,9	21,7
Pombeiro da Beira	24,0	11,9	32,5	19,7	14,6	23,7
São Martinho da Cortiça	22,1	12,9	28,5	20,1	11,5	26,6
Sarzedo	17,2	9,2	22,1	19,5	16,7	21,8
Secarias	18,6	10,9	25,0	25,5	23,5	27,3
UF de Cepos e Teixeira	22,8	19,1	26,0	22,8	23,6	22,0
UF de Cerdeira e Moura da Serra	16,0	11,7	19,2	25,8	17,1	31,5
UF de Côja e Barril de Alva	23,5	19,6	26,5	19,9	13,3	24,6
UF de Vila Cova de Alva e Anseriz	26,9	13,5	36,2	25,0	17,5	31,0

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.



Mapa 28. População com 65 ou mais anos a viver só no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

O município desenvolve ainda medidas e programas de apoio especificamente destinados à **população idosa a viver sozinha e/ou em situação de isolamento (Quadro 26)**, cobrindo diversas áreas identificadas como relevantes, nomeadamente:

- **Estar onde é + Preciso:** Visitas com uma equipa multidisciplinar [com a participação da GNR, das estruturas de Saúde e da Ação Social] a idosos a viver sozinhos/isolados;
- **Partilha de Gerações, Criação de Memórias:** Encontros Intergeracionais;
- **Aldeias + Protegidas:** Sessões de sensibilização e capacitação [ex.: Burlas; Floresta; Saúde].

Quadro 26. Beneficiários/as dos programas de apoio à população com 65 ou mais anos a viver sozinha e/ou em situação de isolamento no município de Arganil (Nº), entre 2022 e 2024.

Freguesia	Arganil (Nº beneficiários)		
	2021	2022	2023
Arganil	257	5	44
Benfeita	-	57	-
Celavisa	-	28	-
Folques	9	53	-
Piódão	12	17	-
Pomares	30	61	-
Pombeiro da Beira	15	42	-
São Martinho da Cortiça	266	20	9
Sarzedo	109	-	13
Secarias	61	-	13
UF de Cepos e Teixeira	26	49	-
UF de Cerdeira e Moura da Serra	-	59	-
UF de Côja e Barril de Alva	275	-	32
UF de Vila Cova de Alva e Anseriz	55	28	-

(*) Dados reportados em julho de 2024.

Fonte: Município de Arganil.

7.3 Habitação

Há um conjunto de características do ambiente construído local que têm um papel fulcral no estado de saúde da população, seja através da promoção de oportunidades que induzem melhores resultados em saúde, ou, em oposição, de vulnerabilidade e risco que resultam em maior morbidade. Neste domínio, a habitação, nomeadamente a qualidade e as **condições de habitabilidade**, desempenha um papel muito importante na promoção da saúde da população.

Diferentes condições de habitação e edificado podem revelar desigualdades sociais e espaciais no município, sublinhando a necessidade de intervenções territoriais.

Condições de habitabilidade inadequadas, como o desconforto térmico devido a temperaturas extremas, a falta de ventilação, a presença de humidade, a ausência de acesso a água potável ou um sistema de saneamento deficiente, estão frequentemente associadas ao aparecimento de problemas de saúde, como doenças infecciosas e parasitárias, alergias, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, certos tipos de cancro e até mesmo questões relacionadas com a saúde mental. Por outro lado, habitações seguras e bem conservadas contribuem para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida das comunidades.^{90,91,92,93}

Nesta dimensão são analisadas a **oferta, condições e o estado de conservação** do parque habitacional, incluindo aspetos de **acessibilidade** para a população com mobilidade condicionada (ponto 7.3.1) e o **conforto térmico** (ponto 7.3.2).

7.3.1 Condições do edificado e alojamentos

Os 10.840 alojamentos que constituíam o parque habitacional existente em 2021 no município de Arganil destinavam-se, maioritariamente, a residências secundárias (45%), sendo que 43% eram utilizadas como residência habitual e 12% se encontravam vagos. Ainda relativamente ao parque edificado, **41% dos edifícios foram construídos antes da década de 60**, sendo que no último período intercensitário apenas foram construídos 2% do total de edifícios no município (176 edifícios), acompanhando a tendência geral de estagnação que caracterizou a dinâmica do imobiliário ao longo da última década.

Atendendo a que 87% dos edifícios têm mais de 20 anos, importa analisar o **estado de conservação** do parque edificado. No município de Arganil, a parcela do edificado que, em 2021, se apresentava **em situação muito degradada ou com necessidade de intervenções** com algum significado, representava cerca de **19% do total dos edifícios** existentes no município (valor superior à média regional e à média do Continente, 18% e 14%, respetivamente) (**Figura 33**).

⁹⁰ WHO-CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

⁹¹ Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 380:1011–29.

⁹² EUROFOUND (2016). *Inadequate Housing in Europe: Costs and Consequences*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

⁹³ Rehill, N., Armstrong, B., Wilkinson, P. (2015). Clarifying life lost due to cold and heat: a new approach using annual time series. *BMJ Open*. 5(4):e005640-e005640.

De acordo com a informação disponível para esse ano, contabilizavam-se 626 edifícios em situação muito degradada (i.e., 6% do *stock* total de edifícios), sendo que a análise deste parâmetro nas diferentes freguesias do município, demonstra acentuadas diferenças entre elas, com a **freguesia de Celavisa** a posicionar-se mais desfavoravelmente, com 25% do seu *stock* a necessitar de reparações profundas e 54% a necessitar de reparações médias e profundas (**Mapa 29**).

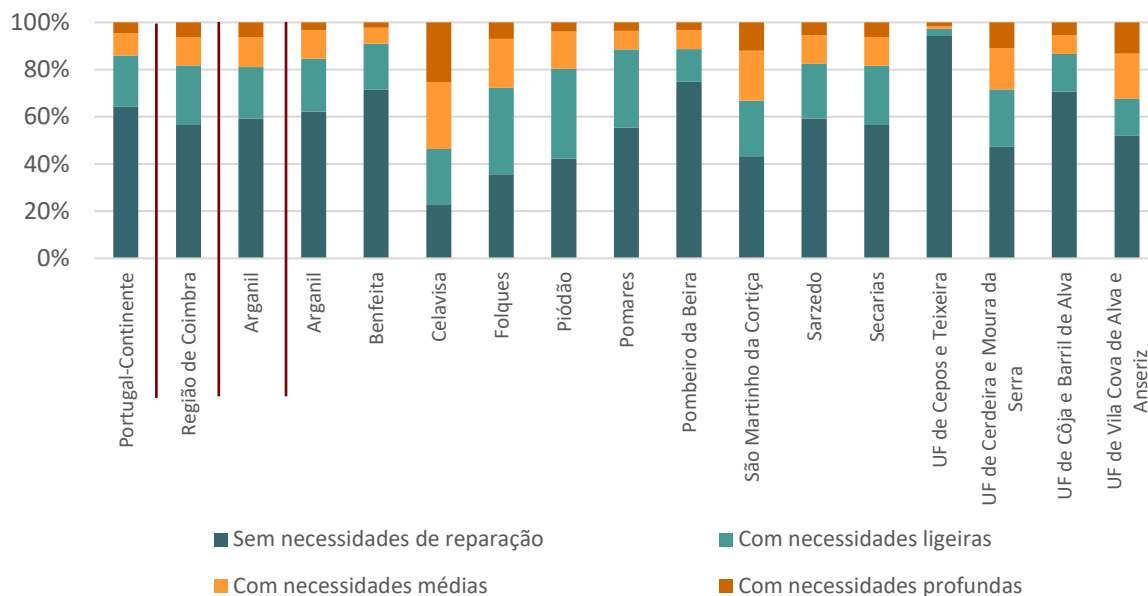
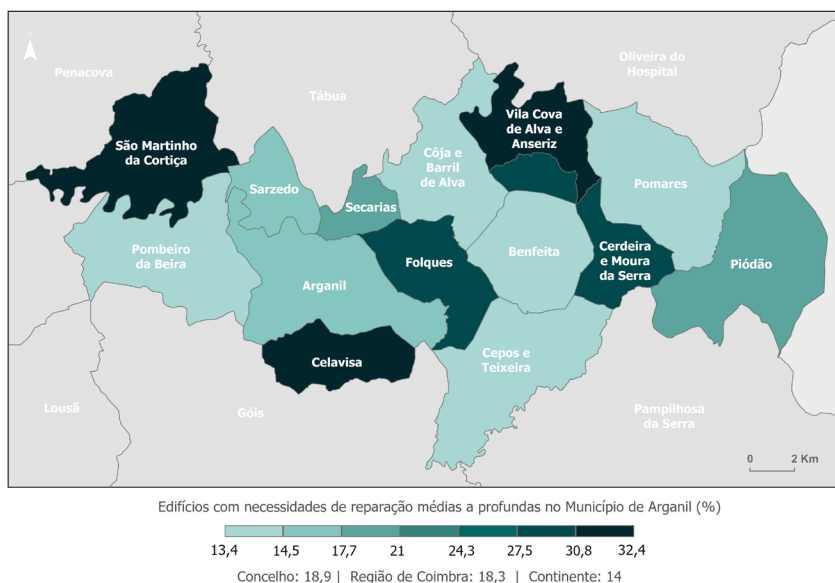


Figura 33. Edifícios segundo a dimensão da necessidade de reparação no município de Arganil (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.



Mapa 29. Edifícios com necessidades de reparação médias e profundas no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

Outro aspeto relacionado com as condições de habitabilidade diz respeito à **acessibilidade**, nomeadamente para pessoas que necessitam de cadeira de rodas, o que é particularmente relevante em populações envelhecidas com incapacidade e mobilidade crescentemente limitada.

Constata-se que no município de Arganil **a maioria dos alojamentos familiares de residência habitual**, cerca de **67%**, **não é acessível a cadeiras de rodas**, embora, em comparação com a realidade tanto da Região de Coimbra (com 61%) como de Portugal Continental (com 66%), o município possua um número maior de alojamentos com este tipo de acessibilidade.

A análise por freguesia evidencia que o défice de acessibilidade a cadeiras de rodas é particularmente acentuado nos alojamentos localizados nas **freguesias de Piódão (90%) Folques (84%) e Celavisa (81%) (Figura 34)**.

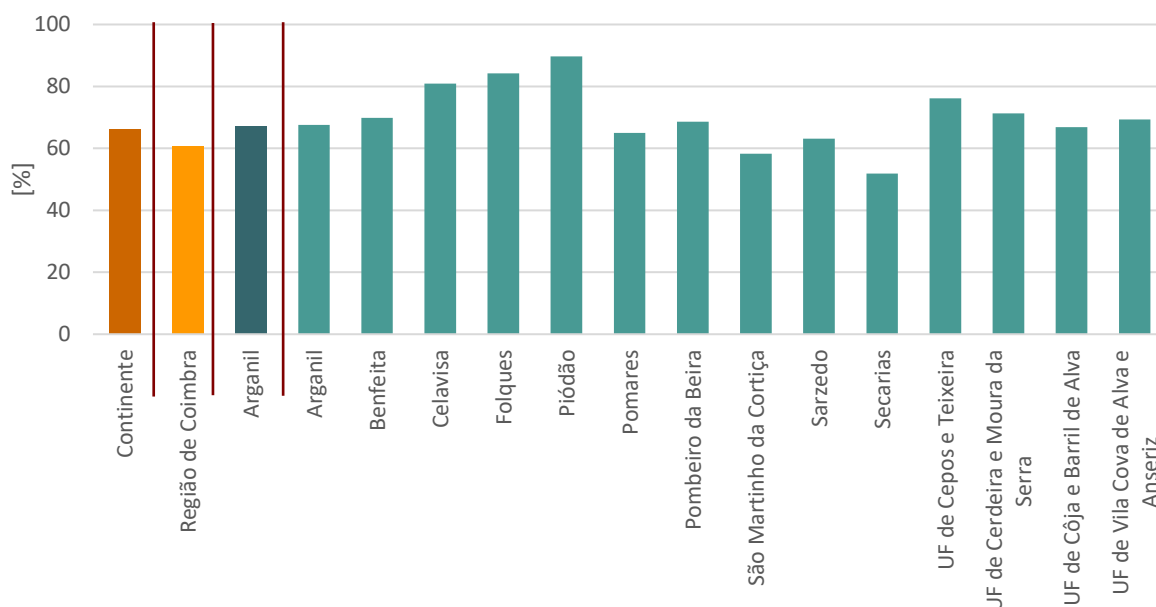


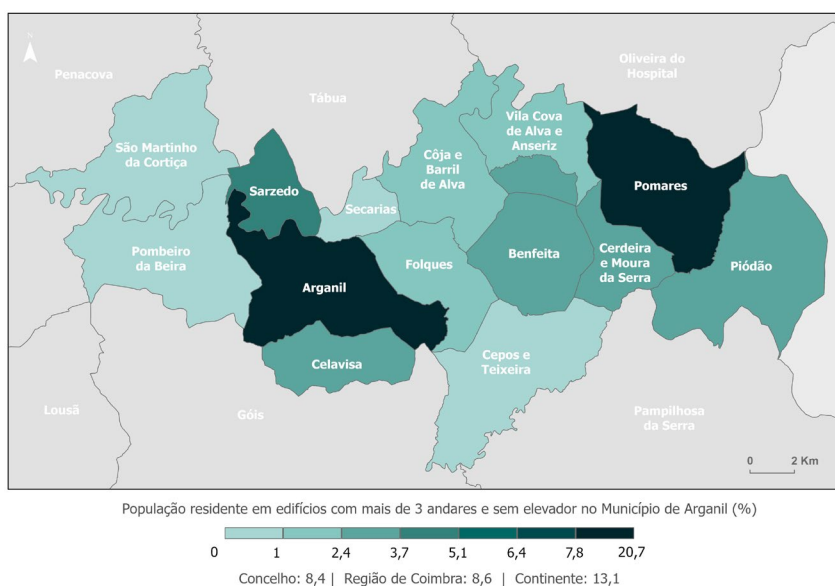
Figura 34. Alojamentos familiares clássicos de residência habitual com entrada não acessível a cadeira de rodas no município de Arganil (freguesias), em Portugal (Contínente) e na Região de Coimbra (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021

Também relevante para a análise da acessibilidade às habitações é a questão da **(in)existência de elevadores nos edifícios com mais de 3 andares**, que constitui um obstáculo à mobilidade das pessoas com dificuldades neste domínio. Este aspeto é particularmente preocupante para a população idosa que, vivendo nestes edifícios, apresenta potencialmente maiores dificuldades em realizar determinadas atividades pessoais e sociais relacionadas com a vida diária, afetando por exemplo a capacidade de ir às compras e o acesso a serviços, equipamentos e cuidados de saúde.

No município de Arganil verifica-se que **8%** da sua **população residente** habitava, em 2021, em edifícios com mais de 3 andares e sem elevador, proporção que compara com 14% no Continente e

9% na Região de Coimbra. A variação da proporção de pessoas nestas condições segundo a freguesia de residência varia entre os 0% nas freguesias de Pombeiro da Beira e Secarias e na UF de Cepos e Teixeira, e os **21%** na **freguesia de Arganil (Mapa 30)**.



Mapa 30. População residente em edifícios com mais de 3 andares e sem elevador no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.

Fonte: INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

7.3.2 Conforto térmico

É amplamente aceite que o desconforto térmico exerce um impacto significativo na incidência de doenças respiratórias e circulatórias, sobretudo em pessoas idosas e crianças. Adicionalmente, afeta negativamente a produtividade no trabalho e o desempenho escolar. A confluência da **pobreza energética** com o **desconforto térmico** está correlacionada com elevadas taxas de mortalidade por pneumonia em Portugal, colocando-nos numa posição preocupante a nível europeu nesse aspeto. A energia é um bem fundamental, do qual dependemos para cozinhar, aquecer e arrefecer a casa, ou aquecer água para a higiene pessoal. Nesse sentido, é um dos elementos essenciais de qualquer análise de privação material.

Apesar da evolução positiva na melhoria das condições da habitação na última década, Portugal continua a ser um dos países da UE em que a proporção de população exposta ao frio ou calor em casa é das mais altas. De acordo com o último Inquérito às Condições de Vida e Rendimento – ICOR

Europeu (EU-SILC, 2023)⁹⁴, **20,8% da população portuguesa declara não ter capacidade financeira para manter a casa adequadamente aquecida no Inverno**, quase o dobro da média da UE (10,6%). Um estudo recentemente publicado sobre a pobreza energética em Portugal (Carvalho et al., 2023)⁹⁵, posiciona o município de Arganil numa posição intermédia em termos de pobreza energética a nível nacional, com um valor do **Índice de Vulnerabilidade Energética Municipal (IVEM)**⁹⁶ de 0,213.

No entanto, os dados censitários realçam a gravidade da situação relacionada com o conforto térmico das habitações. Em primeiro lugar, é notório o **reduzido uso de sistemas de aquecimento central**, uma vez que apenas 25% dos alojamentos familiares do município estão equipados com este sistema (ainda assim, valor superior ao observado na Região de Coimbra e em Portugal Continental, 18% e 14%, respetivamente). O aquecimento não central é o tipo mais comum em Portugal e, no caso do município de Arganil, o sistema de aquecimento mais frequentemente utilizado é a lareira, com 34% do total (**Figura 35**).

Acresce que **13% dos alojamentos familiares não possuem qualquer tipo de sistema de aquecimento**, proporção inferior à verificada tanto na Região de Coimbra como em Portugal Continental (20% e 28%, respetivamente).

Para o conforto térmico é também relevante considerar o **sistema de arrefecimento das habitações**, principalmente nas estações mais quentes. Segundo os Censos 2021, no caso do município de Arganil, apenas **8% dos alojamentos têm ar condicionado**, valor superior ao observado na Região de Coimbra, mas ligeiramente inferior à média do Continente (12% e 17%, respetivamente).

⁹⁴ European Union (2023). *European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)*. <<https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview>>

⁹⁵ Carvalho, B., Fonseca, M., Peralta, S. (2023). Pobreza Energética em Portugal: Uma análise municipal. Relatório Anual “Portugal, Balanço Social. Fundação “la Caixa”, BPI e Nova SBE. <https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/2023/Nota_BS_Energy_dez_2023.pdf>

⁹⁶ O IVEM é um índice que permite aferir a vulnerabilidade energética ao nível municipal, através de um método estatístico de regressão, que combina os dados do ICOR, ao nível individual, com dados dos Censos do INE e da DGEG, ao nível municipal. Varia entre 0 - menor vulnerabilidade e 1 - maior vulnerabilidade. Os detalhes técnicos da construção do IVEM estão disponíveis em Carvalho et al. (2023):

< https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/2023/Nota_BS_Energy_dez_2023.pdf>

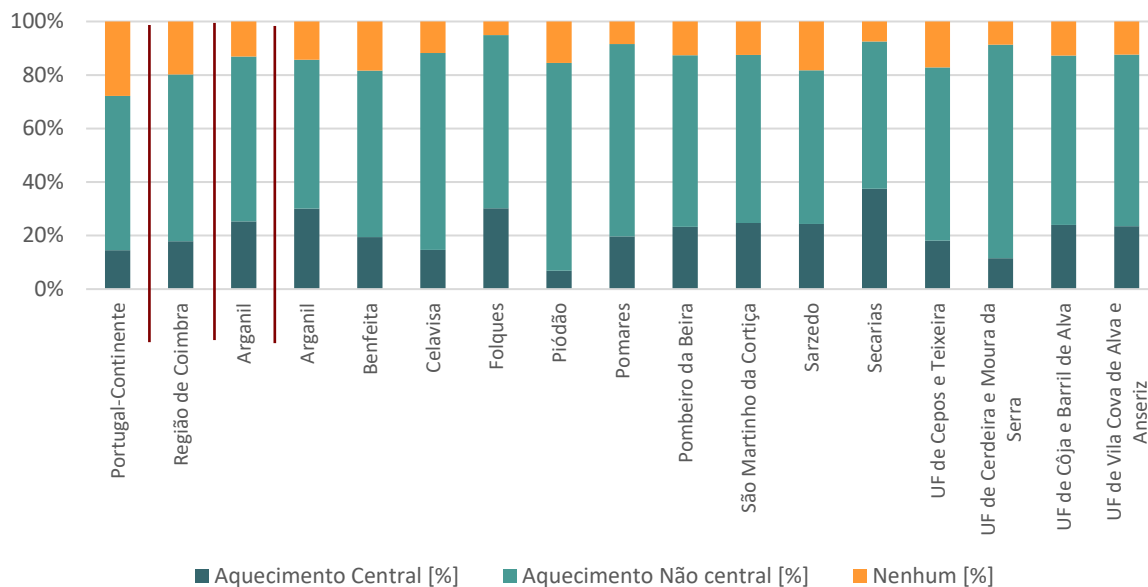


Figura 35. Alojamentos familiares clássicos de residência habitual segundo o tipo de aquecimento no município de Arganil (segundo a freguesia), em Portugal (Continentes) e na Região de Coimbra (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

Esta questão assume uma crescente relevância, uma vez que os cenários climáticos futuros colocam Portugal em elevado risco relativamente às ondas de calor e respetivas consequências, nomeadamente ao nível do acréscimo de mortalidade, particularmente preocupante num contexto de envelhecimento da população.

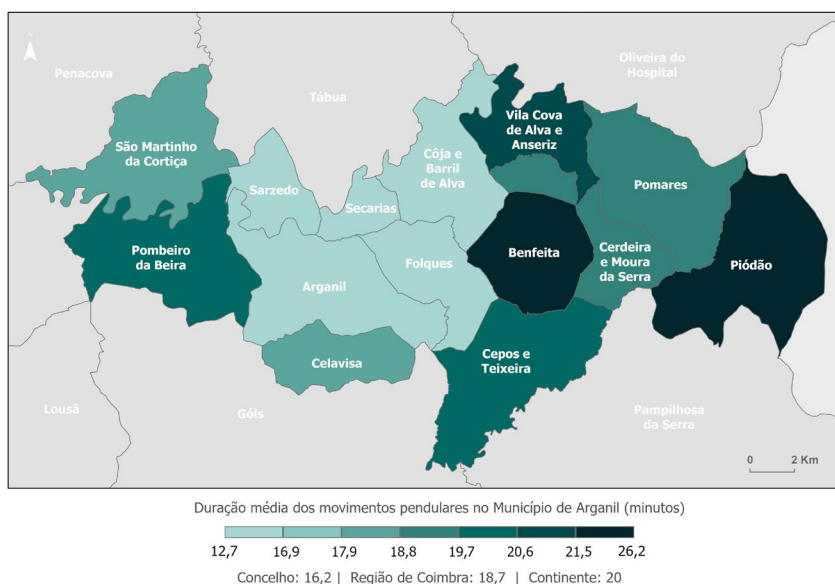
7.4 Mobilidade

A mobilidade das populações é uma componente essencial das sociedades atuais, com impactos tanto ao nível ambiental como da saúde individual e coletiva. Os movimentos pendulares podem estar associados ao sedentarismo e a um estilo de vida menos saudável, sem atividade física regular, quando o automóvel representa o principal meio de deslocação diária.

Movimentos pendulares longos constituem um fator de risco para o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade e de várias doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares e diabetes. Causam, ainda, níveis elevados de stress e ansiedade com consequências negativas para o bem-estar e saúde mental.

Neste ponto serão analisados diversos indicadores relacionados com os movimentos pendulares da população residente no município, que trabalha ou estuda: duração média desses movimentos e o modo de deslocação (automóvel ligeiro, transportes públicos e modos suaves, nomeadamente bicicleta ou modo pedonal).

Considerando a **duração dos movimentos pendulares**, a população residente demora, em média, cerca de **16 minutos** nas suas deslocações diárias para trabalhar ou estudar, sendo inferior ao tempo médio registado em Portugal Continental e na Região de Coimbra (18,7). Analisando o território municipal, o tempo médio de deslocação aumenta, em cerca de 10 minutos, nas freguesias situadas no setor leste do território (freguesias de Benfeita e Piódão) (**Mapa 31**).



Mapa 31. Duração média dos movimentos pendulares da população empregada ou estudante residente no município de Arganil, segundo a freguesia (minutos), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

Tal como se observa a nível nacional, **a grande maioria dos habitantes no município de Arganil desloca-se de automóvel** (veículo próprio), quer como condutor, quer como passageiro. Em 2021, são **73,9%**, proporção que aumentou ligeiramente em relação a 2011, não acompanhando o contexto regional e nacional (**Figura 36**).

Considerando os modos suaves, observa-se que apenas **16,3%** da população residente **desloca-se a pé ou de bicicleta para o trabalho ou para a escola**, uma proporção mais alta comparativamente à Região de Coimbra (11,9%) e ao Continente (14%). O mesmo se verifica na **deslocação em transporte público** (autocarro ou comboio), onde apenas **5,5%** dos habitantes utiliza esse meio de transporte, apresentando valores inferiores à Região de Coimbra (7%) e ao Continente (14,5%).

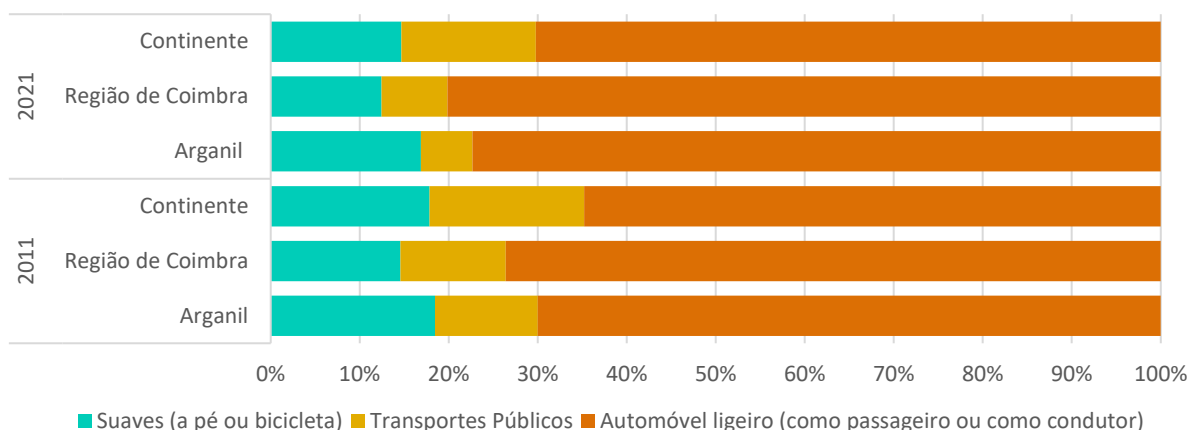
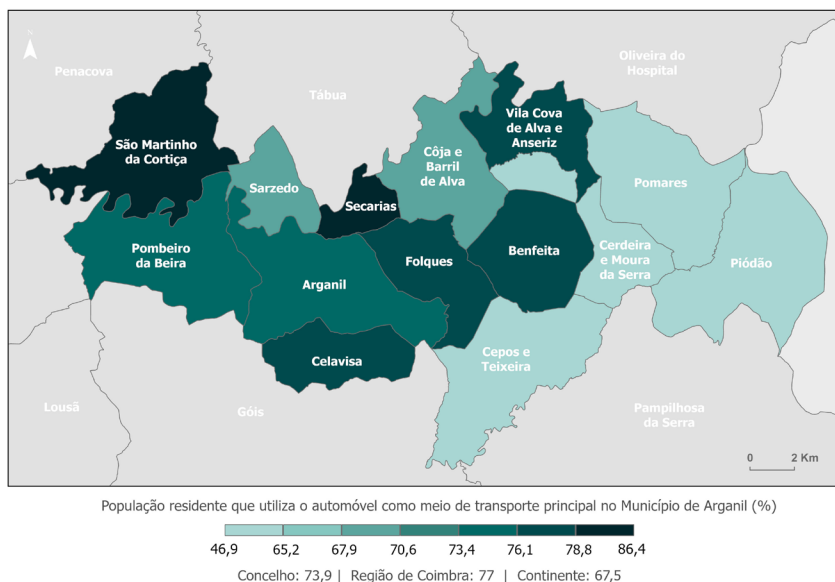


Figura 36. Meio de transporte principal utilizado nos movimentos pendulares no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%) 2011 e 2021.

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.

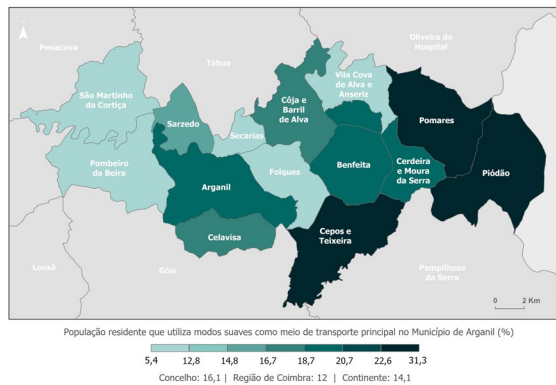
Territorialmente, apesar dos valores bastante elevados em todas as freguesias no que concerne ao uso do automóvel, observam-se **variações geográficas**. Nas freguesias de Secarias e S. Martinho da Cortiça grande parte da população (mais de 80%) que trabalha ou estuda utiliza o automóvel nas suas deslocações diárias (**Mapa 32**), em oposição ao uso de modos suaves e do transporte público, que apresentam valores bem mais baixos (16,1%). Por outro lado, nas freguesias de Piódão e Pomares, e na UF de Cepos e Teixeira, é onde a população utiliza mais os modos suaves nas suas deslocações (superiores a 22,6%), sendo a utilização do transporte público mais elevada nas freguesias situadas a nas áreas mais periféricas de município (**Mapa 33**).



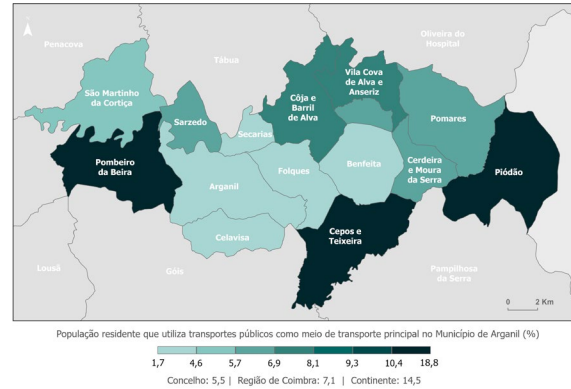
Mapa 32. População residente que utiliza o automóvel como meio de transporte principal nas deslocações casa-trabalho ou casa/local de estudo no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

A. População que utiliza modos suaves como meio de transporte principal (%)



B. População que utiliza transportes públicos (autocarro, metro, comboio) como meio de transporte principal (%)



Mapa 33 [A-B]. População residente que utiliza modos suaves [A] e transportes públicos [B] como meios de transporte principais nas deslocações casa-trabalho ou casa/local de estudo no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

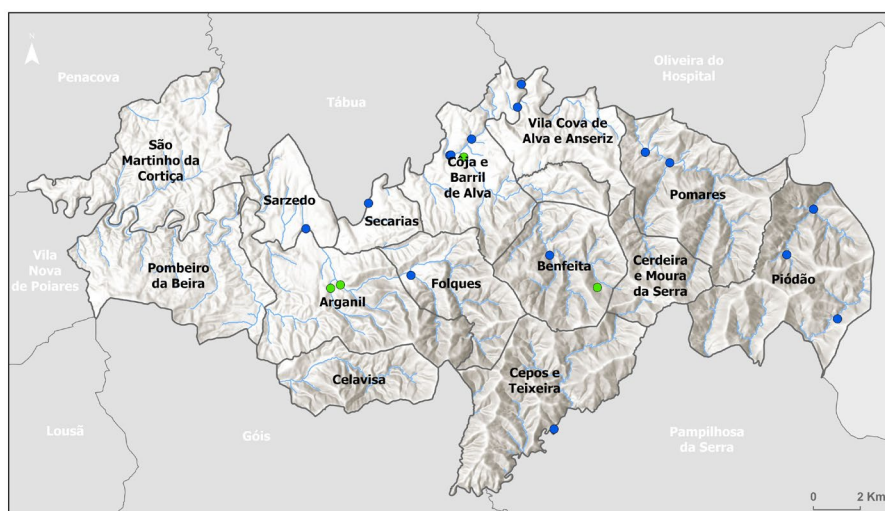
7.5 Espaços verdes e azuis de fruição

Os espaços verdes e azuis são elementos muito importantes para avaliar a qualidade ambiental e sustentabilidade de um dado território, mitigando por exemplo os efeitos da poluição e contribuindo para o equilíbrio do sistema ecológico. A proximidade a estes espaços também pode promover o **contacto com a Natureza**, proporcionando à população residente um ambiente físico com **efeitos benéficos na saúde mental, física e bem-estar geral** ⁹⁷.

No âmbito da análise desta dimensão, foram considerados os parques verdes e jardins (espaços verdes) e praias em zonas costeiras ou interiores (e.g., praias fluviais e marítimas; espaços azuis) ou seja, espaços que proporcionam não só o **contacto com a natureza**, mas também **permitem a realização de atividades ao ar livre, para lazer e atividade física**.

O município de Arganil tem no seu território **quatro espaços verdes** (parques e jardins) localizados em três freguesias: Arganil (dois), Benfita (um) e UF de Côja e Barril de Alva (um). Em relação a **espaços azuis**, existem no território municipal um total de **17 praias fluviais** (Mapa 33 e Quadro 27).

⁹⁷ Hunter, F., Nieuwenhuijsen, M., Fabian, C., Murphy, N., O'Hara, K., Rappe, E., Sallis, J. F., Lambert, E. V., Duenas, O. L. S., Sugiyama, T., & Kahlmeier, S. (2023). Advancing urban green and blue space contributions to public health. *The Lancet Public Health*, 8(9), e735–e742. <[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00156-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00156-1)>



Espaços Verdes e Azuis no Município de Arganil

- Espaços Azuis (praias marítimas e fluviais)
- Espaços Verdes (e.g., parques, jardins)

Mapa 34. Localização dos espaços verdes e azuis de fruição no município de Arganil, segundo a freguesia, 2024.

Fonte: Município de Arganil.

Quadro 27. Espaços verdes e azuis de fruição no município de Arganil, segundo a freguesia, 2024.

Freguesia	Espaços verdes	Espaços azuis
Arganil	Mata das Misericórdias	-
	Parque Verde do Sub-Paço	
Benfeita	Paisagem Protegida da Serra do Açor	Praia Fluvial de Benfeita
Celavisa	-	-
Folques	-	Zona Balnear de Folques
Piódão	-	Praia Fluvial de Piódão
		Zona de Lazer de Malhada Chã
		Zona Balnear de Foz d'Égua
Pomares	-	Praia Fluvial de Pomares
		Zona Balnear de Agroal
Pombeiro da Beira	-	-
São Martinho da Cortiça	-	Zona de Lazer "Ponte da Mucela"
Sarzedo	-	Zona de Lazer "Valeiro do Barco"
Secarias	-	Praia Fluvial da Cascalheira
		Zona Balnear da Peneda Talhada
UF de Cepos e Teixeira	-	Zona de Lazer de Cartamil
		Zona de Lazer "Poço da Cesta" – Casal Novo
UF de Cerdeira e Moura da Serra	-	-
UF de Côja e Barril de Alva	Parque Verde Urbano do Prado	Praia Fluvial de Côja
		Zona Balnear de Moinho de Alva
		Zona Balnear do "Urtigal" (Barril de Alva)
		Zona de Lazer de Barril de Alva
UF de Vila Cova de Alva e Anseriz	-	-

Fonte: Município de Arganil.

7.6 Poluição e resíduos

Nesta dimensão é relevante considerar as características do ambiente físico relacionadas com a **poluição do ar** (emissões de poluentes atmosféricos) (ponto 7.6.1) e com a **gestão de resíduos** (destino e tratamento dos resíduos urbanos) (ponto 7.6.2), pela sua importância para avaliar a qualidade ambiental do território e potenciais impactos na saúde humana e ecossistemas locais.

7.6.1 Poluição do ar

A poluição do ar é atualmente o maior risco ambiental para a saúde humana. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que todos os anos a exposição à poluição do ar cause cerca de 7 milhões de mortes prematuras no mundo⁹⁸.

Na União Europeia (UE), de acordo com as mais recentes estimativas da Agência Europeia do Ambiente (EEA), pelo menos 238 000 pessoas morreram prematuramente em 2020 devido à exposição a **poluição por partículas em suspensão (inaláveis)** (PM_{2,5}) acima do nível de 5 microgramas por metro cúbico (µg/m³) recomendado pela OMS⁹⁹. Estas partículas constituem um dos poluentes atmosféricos mais graves em termos de saúde pública, particularmente as de menor dimensão que são inaláveis (com um diâmetro não superior a 10 µm), dado que conseguem penetrar profundamente ao nível dos pulmões e atingir os alvéolos pulmonares, causando perturbações no sistema respiratório. Podem ser emitidas diretamente para o ar (partículas primárias) ou serem formadas na atmosfera por gases como dióxido de enxofre, óxido de nitrogénio, amónia e componentes orgânicos não-metanos voláteis (partículas secundárias).

Para além das mortes prematuras, a poluição atmosférica causa múltiplas doenças e acarreta custos significativos para o setor dos cuidados de saúde¹⁰⁰. A exposição prolongada a vários poluentes tem vindo a ser associada à mortalidade por várias causas de morte, incluindo doenças respiratórias, cardiovasculares e cancro do pulmão assim como a problemas de saúde, como agravação da asma, aterosclerose e doenças respiratórias infantis. Novas linhas de investigação têm ainda vindo a

⁹⁸ World Health Organisation (WHO) (2023). Household air pollution. Fact sheet. Link: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>.

⁹⁹ European Environment Agency (EEA) (2022). Air quality in Europe 2022. Copenhagen: European Environment Agency. Link: <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2022/air-quality-in-europe-2022>

¹⁰⁰ European Environment Agency (EEA) (2022). Air quality in Europe 2022. Copenhagen: European Environment Agency. Link: <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2022/air-quality-in-europe-2022>

apresentar evidência sobre a associação entre a exposição a elevados níveis de poluição e o aumento da incidência de diabetes, obesidade, declínio cognitivo e demência.¹⁰¹

Neste ponto é feita uma breve abordagem aos **principais poluentes atmosféricos** que afetam a qualidade do ar no município, tendo por base os dados disponíveis da Agência Portuguesa do Ambiente (APA), para os anos de 2017 e 2019.

Em termos temporais, o **município de Arganil diminuiu ligeiramente as emissões** dos principais gases poluentes em análise (NO_x¹⁰², PM_{2.5} e PM₁₀).

O primeiro poluente continua a ser o **óxido de nitrogénio (NO_x)**, e principal fonte de emissão o **transporte rodoviário**, seguida da combustão de combustíveis fósseis (**Figura 37**)¹⁰³. Em zonas urbanas com elevados níveis de tráfego, as concentrações de NO_x acompanham as variações do tráfego automóvel.

A principal **fonte de poluição por partículas** (PM₁₀ e PM_{2.5}) provém da **combustão de combustíveis fósseis**, seguida do **transporte rodoviário**. A **queima de combustíveis fósseis** (setores residencial, comercial e institucional) tem um peso importante nas emissões de partículas, nomeadamente das PM_{2.5}, estando relacionada com a queima de combustíveis sólidos para, por exemplo, o aquecimento dos edifícios.

¹⁰¹ World Health Organisation (WHO) (2013). *Health Risks of Air Pollution in Europe – HRAPIE Project, Recommendations for Concentration–response Functions for Cost–benefit Analysis of Particulate Matter, Ozone and Nitrogen Dioxide*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

¹⁰² Óxido de nitrogénio (NO_x): termo coletivo para óxidos de azoto, - uma família de gases altamente reativos e venenosos - que são produzidos quando os combustíveis fósseis são queimados. Compreende vários compostos de azoto e oxigénio como o monóxido de azoto (NO), o dióxido de azoto (NO₂), o óxido nitroso (N₂O), entre outros. Os NO e NO₂ são os mais relevantes como poluentes atmosféricos e o N₂O é mais conhecido por ser um gás com efeito de estufa. Os NO_x têm origem nos processos de combustão em que o ar é o comburente, isto é, combustão industrial, comercial, residencial e transportes (motores a combustão) tanto rodoviários como marítimos e também processos de fabrico que envolvam a utilização de azoto (N), como por exemplo a indústria química de produção de fertilizantes azotados. Os NO_x podem igualmente ter origem natural como resultado da atividade bacteriana e de trovoadas. Em Portugal, dando cumprimento à legislação comunitária, a concentração de óxidos de azoto no ar ambiente é objeto de regulamentação e controlo através do Decreto-Lei n.º 102/2010, de 23 de setembro (APA, 2021). Todos os novos produtos domésticos de aquecimento e canalização (classificados até 400 kw) têm que cumprir os níveis máximos de emissão de NO_x.

¹⁰³ Os resultados apresentados na Figura, relativamente às fontes de emissões, não incluem os incêndios florestais, dado que em 2019 foram registados eventos de grandes dimensões, responsáveis por valores extraordinários de emissões (e.g., cerca de 6,6 Kton de PM_{2.5} foram emitidos para a atmosfera nestes incêndios).

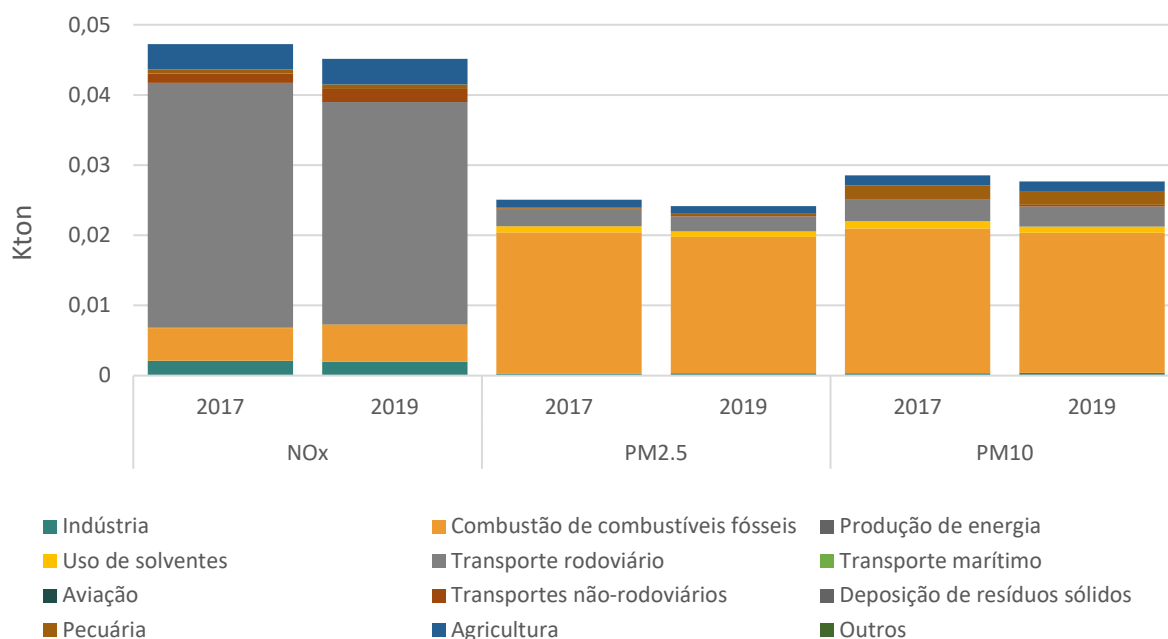


Figura 37. Emissão de gases para a atmosfera no município de Arganil, segundo o tipo de poluente e fonte de emissão (kton – quilotoneladas), 2017 e 2019.

Fonte: Agência Portuguesa do Ambiente, 2019. Emissões de Poluentes Atmosféricos por Município - 2017 e 2019.

7.6.2 Resíduos

A gestão de resíduos, que visa simultaneamente a **redução da sua produção** e o seu **tratamento adequado**, constitui um desígnio das sociedades atuais, vertido numa das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030 (ODS 12): “reduzir substancialmente a geração de resíduos por meio da prevenção, redução, reciclagem e reutilização”¹⁰⁴. Quando os resíduos sólidos urbanos são recolhidos, depositados e tratados de forma inadequada, podem ter impactos negativos na saúde pública e no meio ambiente, nomeadamente através da contaminação dos solos e da água (ao nível superficial e freático)¹⁰⁵.

Atualmente, as metas a seguir passam pela redução da quantidade depositada de resíduos em aterro a par com a adoção de medidas para reduzir a sua geração, aumentando os níveis de reciclagem e valorização, operações “mais amigas do ambiente”.

¹⁰⁴ BCSD Portugal (2022). Agenda 2030. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. <https://ods.pt/objectivos/12-producao-e-consumo-sustentaveis/>.

¹⁰⁵ Mattiello, A., Chiodini, P., Bianco, E., Forgione, N., Flammia, I., Gallo, C., Pizzuti, R., Panico, S. (2013). Health effects associated with the disposal of solid waste in landfills and incinerators in populations living in surrounding areas: a systematic review. *Int J Public Health*. 58(5).

O município de Arganil, em 2022, apresenta um sistema de gestão de resíduos assente na **deposição em aterro** (35,6%), **valorização multimaterial**¹⁰⁶ (39,3%) e **orgânica** (25,2%) (**Figura 38**).

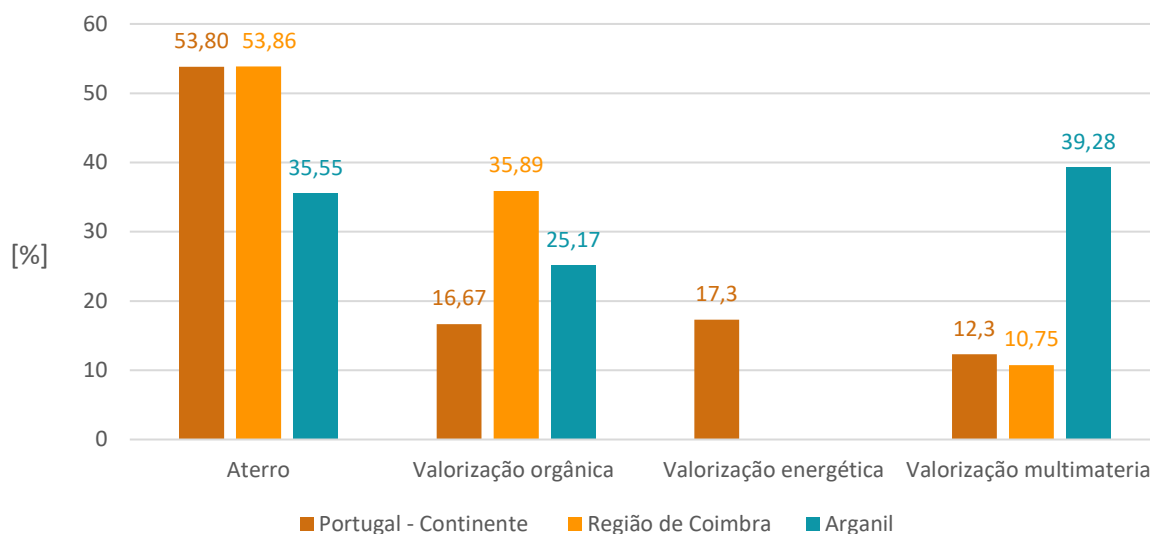


Figura 38. Resíduos urbanos geridos por tipo de destino no município de Arganil em comparação com a Região de Coimbra e Portugal-Continental (%), 2022.

Fonte: INE, Estatísticas dos resíduos urbanos.

Comparando com a Região de Coimbra e o Continente, o município apresenta um desempenho mais favorável no que concerne à deposição de resíduos em aterro (valores mais reduzidos) e valorização multimaterial (valores mais elevados). Relativamente à valorização energética¹⁰⁷ dos resíduos, é de salientar que ainda é inexistente tanto no município como na Região de Coimbra.

7.7 Segurança

A segurança é uma dimensão que tem implicações significativas na saúde das comunidades, com impactos em múltiplas dimensões da vida quotidiana, desde a promoção e/ou obstaculização da mobilidade geral, nomeadamente a acessibilidade a serviços ou a prática de atividade física, entre muitas outras¹⁰⁸.

¹⁰⁶ A valorização multimaterial resulta da triagem complementar, mais fina, dos materiais provenientes dos diferentes circuitos de recolha seletiva de materiais, nomeadamente os ecopontos, os ecocentros, os circuitos de recolha seletiva Porta-a-Porta e os circuitos especiais, de forma a poderem ser encaminhados para a reciclagem.

¹⁰⁷ A valorização energética é um processo controlado e automatizado que trata simultaneamente os resíduos indiferenciados termicamente, possibilitando adicionalmente a produção de energia elétrica, através do vapor gerado pela combustão.

¹⁰⁸ Jackson, J., Stafford, M. (2009). Public health and fear of crime: A prospective cohort study. *Br J Criminol*;49(6):832-847. doi:10.1093/bjc/azp033.

Percepções de insegurança elevadas, por exemplo aliadas ao medo da ocorrência de crime, **podem condicionar a utilização do espaço público** (e.g., andar a pé ou de bicicleta, realizar atividades de lazer ao ar livre) e ter consequências na **diminuição de contactos sociais**, com **repercussões na saúde mental**. Por outro lado, a **insegurança rodoviária e pedonal** é considerada como um dos mais importantes condicionantes da acessibilidade e mobilidade em ambiente urbano.

Deste modo, as intervenções no ambiente construído devem garantir as condições que assegurem ao peão o direito de transitar sem risco de atropelamento, tendo em conta as características e necessidades inerentes à circulação pedonal, em geral, e aos peões com mobilidade condicionada em particular.

Nesta dimensão são analisadas condições de **segurança rodoviária** (e.g., acidentes de viação com vítimas) (ponto 7.7.1) e de **segurança pública** (e.g., criminalidade) (ponto 7.7.2), por constituírem dimensões com impacto direto na saúde.

7.7.1 Segurança rodoviária

Num dado território onde exista uma elevada concentração de acidentes de viação aumenta o sentimento de insegurança entre a população, nomeadamente nos peões, sendo as crianças as vítimas mais frequentes de acidentes de viação que envolvem, por exemplo, atropelamento. Devido à falta de atenção às necessidades dos peões e à tendência para favorecer o transporte privado nas últimas décadas, os peões têm um risco acrescido de morte, lesão e incapacidade. É considerado um problema de saúde pública uma vez que se relaciona com a atuação de políticas públicas de prevenção.

No município de Arganil, entre 2014 e 2022, foram registados 306 acidentes de viação, dos quais resultaram 406 vítimas, incluindo 10% de feridos graves e 2% de vítimas fatais (correspondendo a 7 óbitos neste período).

A maioria dos **acidentes de viação** e das vítimas mortais que ocorreram no território municipal, no período em análise, tiveram lugar em **vias secundárias** (64% do total de acidentes com vítimas e 57% do total de acidentes com vítimas mortais) (**Figura 39**).

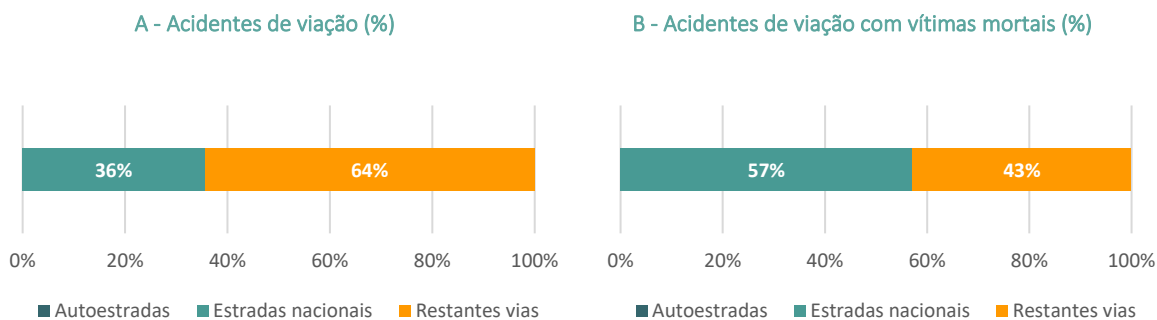


Figura 39 [A-B]. Acidentes de viação [A] e acidentes de viação com vítimas [B] no município de Arganil segundo o tipo de via (%), valores acumulados entre 2014 e 2022.

Fonte: Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária e INE.

O número de acidentes (expresso em número por 1.000 habitantes) nas **vias com maior sinistralidade** – "Restantes vias" –, que incluem as **vias de responsabilidade municipal**, revela que os valores registados no município de Arganil são geralmente inferiores aos observados tanto na Região de Coimbra como ao nível do Continente. Em 2022, o valor registado no município de Arganil situou-se em 1,3%, que compara com 3,0% na Região de Coimbra e 2,5% em Portugal Continental (**Figura 40**).

A **gravidade dos acidentes de viação** ocorridos no município, entendida como a relação entre o número de vítimas mortais e o número total de acidentes com vítimas, revela um valor que aponta para uma maior gravidade dos acidentes neste território (2,3), quando comparado com os referenciais regional (2,2) e do Continente (1,9), no intervalo temporal observado (**Figura 41**).

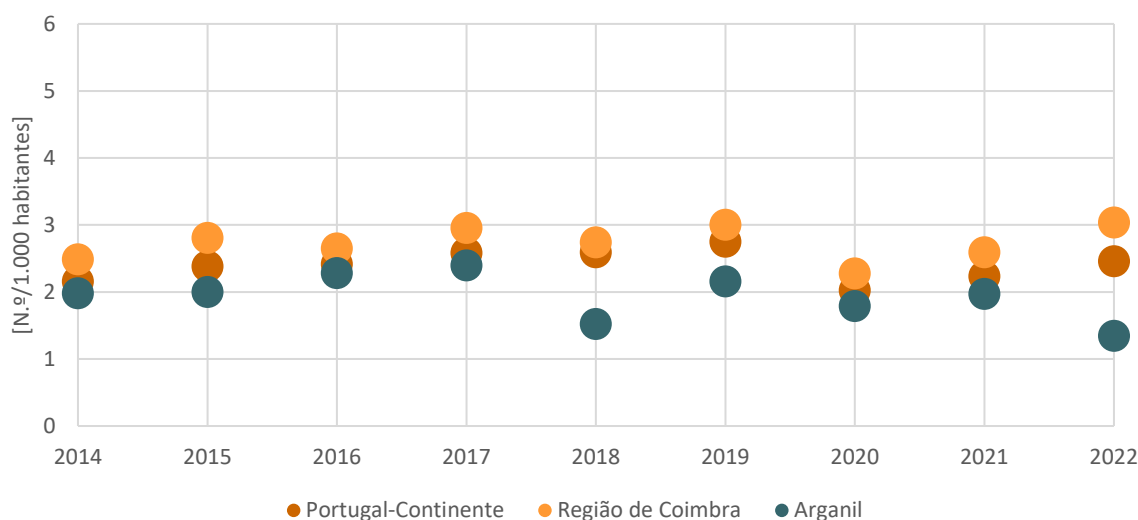


Figura 40. Acidentes de viação registados nas "Restantes vias" no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º por 1.000 habitantes), entre 2014 e 2022.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária e INE, População residente.

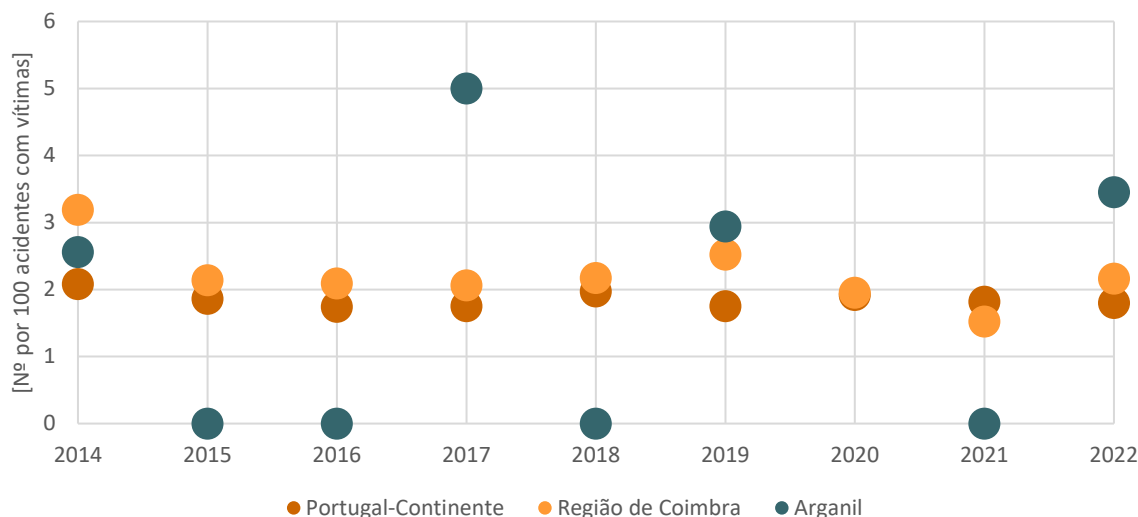


Figura 41. Índice de gravidade dos acidentes de viação com vítimas no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº de mortes por 100 acidentes com vítimas), entre 2014 e 2022.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária e INE.

A **tipologia de acidentes com vítimas** mais comum no município entre 2021 e 2023 foi o **“despiste”** correspondendo a 53% do total deste tipo de acidentes, seguido pelas **“colisões”**, com 40% do total e os **“atropelamentos”** com 7%. A **maioria das ocorrências deste tipo de acidentes (atropelamentos)** registaram-se na **freguesia de Arganil** no triénio 2021-2023 (três ocorrências) e em vias classificadas como arruamentos (quatro ocorrências). Destes atropelamentos, resultaram 11 feridos ligeiros e três feridos graves (**Figura 42**).

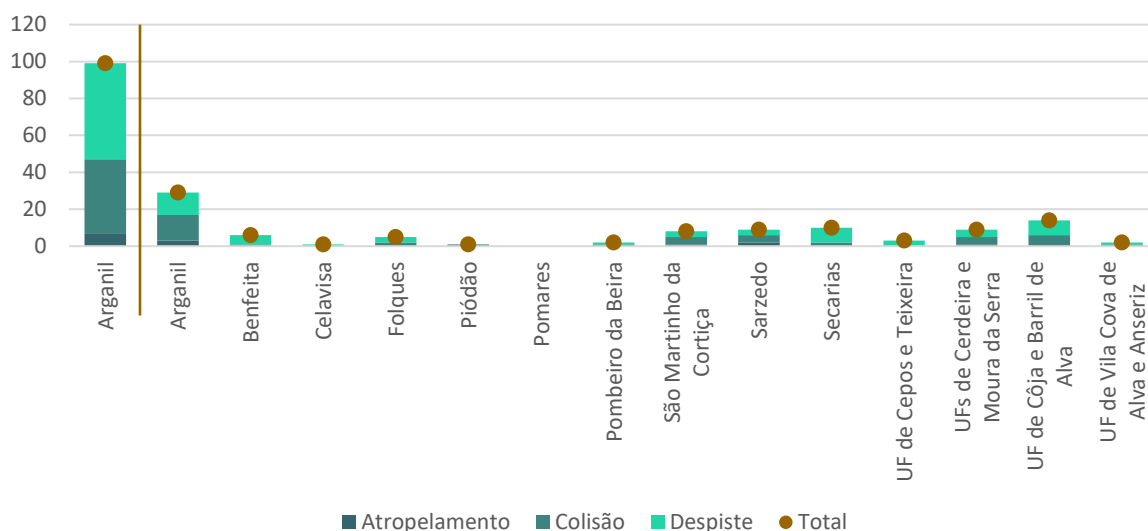


Figura 42. Acidentes de viação com vítimas no município de Arganil, segundo a natureza e freguesia (Nº), valores acumulados entre 2021 e 2023.

Fonte: Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR).

7.7.2 Segurança pública

7.7.2.1 Criminalidade

No município de Arganil foram registados, em 2023, pelas autoridades policiais, um total de 265 crimes¹⁰⁹, valor que traduz um **decréscimo** de 14% face a 2014 e de 2% face a 2022 (**Figura 43**).

O registo histórico da taxa de criminalidade no território é marcado por valores geralmente inferiores tanto à média regional como do Continente, embora nos últimos dois anos se tenha aproximado da taxa registada na Região de Coimbra. Com efeito, a taxa de criminalidade no município foi de 24,3 crimes por 1.000 habitantes em 2022 e de 23,4 em 2023, que compara com os 24,5 e os 26,6 crimes por 1.000 habitantes registados na Região nos mesmos anos. Os valores registados no município são, no entanto, inferiores aos registados no Continente (33,1 em 2023).

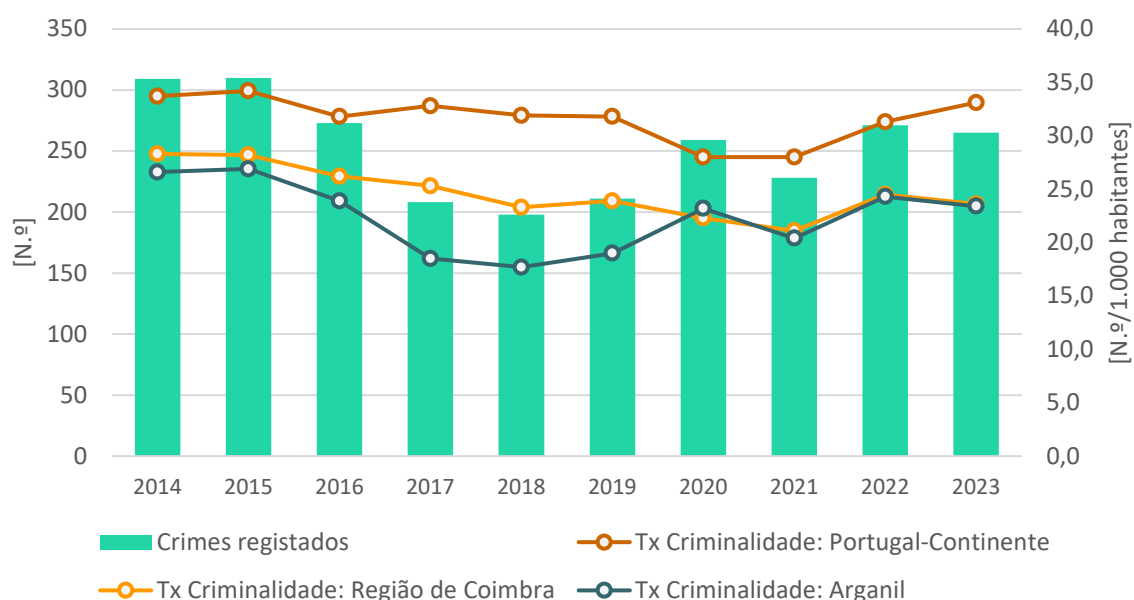


Figura 43. Evolução comparativa dos crimes registados (N.º) e da taxa de criminalidade (N.º por 1.000 habitantes) no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, entre 2014 e 2023.

Fonte: INE, Direcção-Geral da Política de Justiça.

Em termos da **tipologia da criminalidade** registada no município de Arganil, verifica-se que, em 2023, os **crimes contra pessoas** e os **crimes contra o património** correspondem aos tipos de crimes com maior representatividade no total de crimes registados (40% e 37%, respetivamente), seguidos pelos crimes contra a vida em sociedade (12%).

¹⁰⁹ Os crimes registados correspondem às ocorrências criminais denunciadas aos órgãos de polícia criminal ou por outra forma levados ao seu conhecimento. Nos casos em que na mesma ocorrência são referidos vários crimes, é contabilizado apenas aquele que se revela mais grave. Incluem as ocorrências em que os suspeitos são menores de 16 anos ou incapazes.

A análise da evolução da tipologia da criminalidade registada observada entre 2021 e 2023 permite constatar que:

- os crimes contra as pessoas registaram um aumento relevante no município (+19%), superior ao verificado na Região de Coimbra (+9%) e no Continente (+18%);
- os crimes contra o património registaram um aumento no município de Arganil (+8%), embora inferior tanto à evolução registada na Região de Coimbra (que registou um acréscimo de 11%), como no Continente (aumento de 21%);
- os crimes contra a vida em sociedade registados no município Arganil demonstram uma descida na ordem dos 3%, enquanto as unidades estatísticas de referência registaram subidas na ordem dos 33% na Região de Coimbra e dos 27% no Continente;
- embora assumindo uma expressão global reduzida – 4,2% do total de crimes registados em 2023, correspondendo a 11 crimes -, os crimes contra o Estado foram os que registaram uma subida mias acentuada (268%).

Ainda no que se refere à tipologia de crimes no município de Arganil, importa destacar que os valores reportados, expressos por 1.000 habitantes, são significativamente inferiores aos verificados nos referenciais de comparação nos intervalos temporais analisado, com exceção dos crimes contra as pessoas, que registam valores sempre superiores aos referenciais de comparação, em todos os períodos analisados, o que poderá estar relacionado com a expressão assumida pelos crimes de violência doméstica, como se verá adiante ([Quadro 28](#)).

No último triénio (2021-2023), registaram-se no município de Arganil cerca de 26‰ crimes contra as pessoas, valor que compara com 20‰ na Região de Coimbra e 23‰ em Portugal Continental. Relativamente aos crimes contra o património, Arganil reportou, no mesmo período, 26‰ crimes, face a 34‰ na Região de Coimbra e 46‰ em Portugal Continental.

Considerando a desagregação por tipo de crime, verifica-se que, no mesmo período, o crime mais reportado foi o da **“Violência doméstica cônjuge/análogo”** (118 crimes) **“Condução com taxa de álcool $\geq 1,2g/l$ ”** (78 crimes), seguindo-se a categoria **“Outro dano”** (54 crimes) e a **“Ofensa à integridade física”** (53 crimes) ([Figura 44](#)). O conjunto destes quatro tipos de crimes representa **mais de metade do total de crimes** registados no município de Arganil entre 2021 e 2023.

Quadro 28. Crimes reportados pelas autoridades policiais no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o tipo de crime (Nível 1) (Nº por 1.000 habitantes), 2015-2017, 2018-2020 e 2021-2023.

	Portugal - Continente			Região de Coimbra			Arganil		
	2015-17	2018-20	2021-23	2015-17	2018-20	21-23	2015-17	2018-20	2021-23
Contra as pessoas ⁽¹⁾	22,9	22,9	23,4	21,2	20,2	19,6	23,5	21,2	25,7
Contra o património ⁽²⁾	51,4	47,4	46,2	40,3	33,2	33,5	34,6	27,7	25,7
Contra identidade cultural/ integridade pessoal ⁽³⁾	0,0	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0
Contra vida em sociedade ⁽⁴⁾	14,0	11,5	11,4	11,5	9,8	9,5	8,5	7,9	10,7
Contra o Estado ⁽⁵⁾	1,7	1,6	1,9	1,6	1,6	1,6	-	1,7	1,8
Contra animais companhia ⁽⁶⁾	0,5	0,6	0,5	0,3	0,5	0,4	-	-	-
Legislação avulsa ⁽⁷⁾	8,3	7,7	8,8	4,8	4,3	4,6	1,9	-	4,0

Notas:

(1) Inclui homicídios, ofensa à integridade física, violência doméstica, violação, difamação, devassa da vida privada ou omissão de auxílio.

(2) Inclui furto de bens, roubo por esticção, roubo na via pública, burla ou extorsão.

(3) Inclui discriminação e tortura.

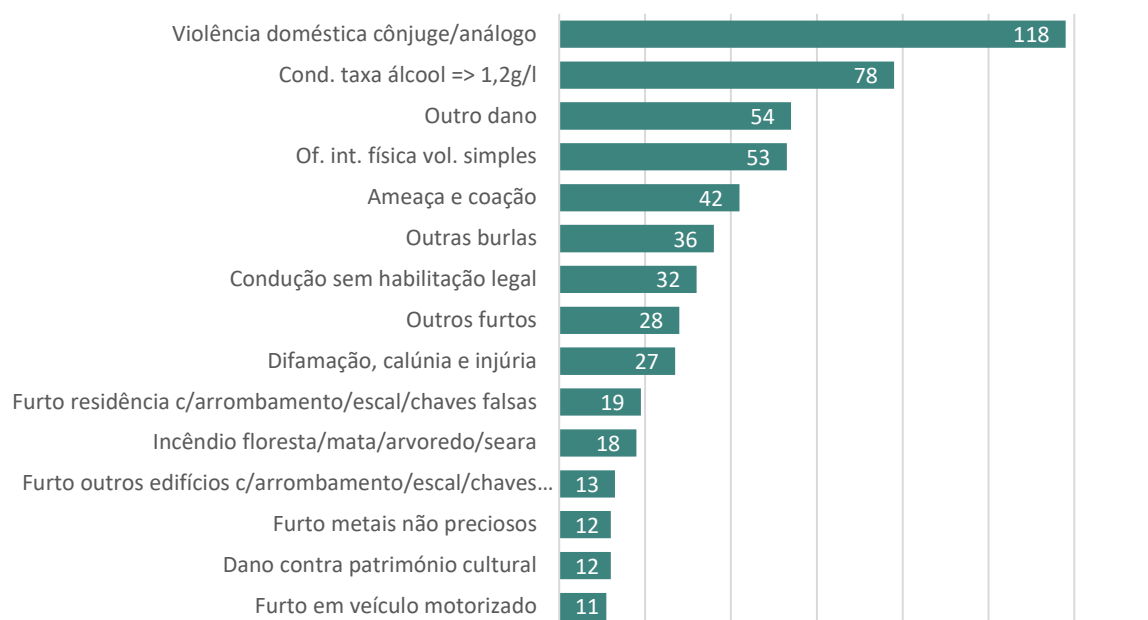
(4) Inclui contrafação ou falsificação de bens, incêndio ou fogo posto, poluição, tráfico de armas, pirataria, condução perigosa ou com taxa de álcool igual/superior a 1,2g/l, embriaguez, utilização de menor na mendicidade, instigação ao crime e associação criminosa.

(5) Inclui crimes contra a soberania nacional, tráfico de influências, desobediência, corrupção, peculato e abuso de autoridade.

(6) Inclui maus tratos e abandono de animais.

(7) Inclui tráfico, consumo ou cultivo de estupefacientes, terrorismo, auxílio à imigração ilegal, angariação de mão-de-obra ilegal, emissão de cheque sem provisão, burla fiscal, contrabando, crimes contra a saúde pública, segurança social ou a economia, crimes de jogo e condução sem habilitação legal.

Fonte: Cálculos próprios a partir do Sistema de Informação das Estatísticas da Justiça, da Direção-Geral da Política de Justiça do Ministério da Justiça e INE, Estimativas da População Residente.



■ Valores acumulados 2021-2023

Figura 44. Crimes reportados pelas autoridades policiais no município de Arganil (Top 15), segundo o tipo de crime (Nível 3) (Nº), valores acumulados 2021-2023.

Fonte: Sistema de Informação das Estatísticas da Justiça, da Direção-Geral da Política de Justiça do Ministério da Justiça.

7.7.2.2 Violência contra crianças e jovens

A violência contra crianças e jovens diz respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, praticada pelos pais e mães, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança ou jovem. Existem várias formas de violência, nomeadamente: **negligência, maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos/emocionais, abuso sexual** e Síndrome de Münchhausen por Procuração.¹¹⁰

As crianças e jovens vítimas de violência são sempre afetadas negativamente no seu desenvolvimento, saúde e bem-estar. As **consequências** podem ser variadas e podem surgir de imediato e/ou refletirem-se **ao longo da vida**: (i) **físicas** (lesões abdominais, torácicas, cerebrais, no sistema nervoso central, oculares, fraturas, feridas, hematomas, cortes, arranhões, escaldões e queimaduras, incapacidade física); (ii) **sexuais e reprodutivas** (problemas sexuais e reprodutivos, disfunções sexuais, infeções de transmissão sexual, gravidez indesejada); (iii) **psicológicas e comportamentais** (abuso de substâncias tóxicas, como o álcool, o tabaco e as drogas, défice cognitivo ou atrasos no desenvolvimento, depressão e ansiedade, perturbações alimentares e do sono, baixo rendimento escolar, sentimentos de vergonha e culpa, comportamentos delinquentes, agressivos, suicidas ou automutilação). Importa, por este motivo, analisar este problema à escala local para definir estratégias específicas e adequadas de prevenção.

A nível municipal, a **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)** tem tido um papel fundamental neste âmbito, ao promover os direitos das crianças e dos jovens e a criar condições de prevenção e intervenção relativamente a situações suscetíveis de afetar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral das crianças e jovens. No município de Arganil, é possível observar que o movimento processual da CPCJ operado nos últimos anos tem apresentado valores crescentes entre 2019 e 2023 (**Quadro 29**).

Quadro 29. Caracterização processual da atividade da CPCJ do município de Arganil (Nº), entre 2019 e 2023.

	Arganil (Nº de processos)				
	2019	2020	2021	2022	2023
N.º total de processos	66	50	63	68	74
N.º de processos ativos a 31.12	22	12	28	23	24
N.º de processos transitados do ano anterior	27	22	12	28	23
N.º de processos reabertos	7	4	8	7	11
N.º de processos arquivados	40	37	35	45	50

Fonte: Município de Arganil

¹¹⁰ SNS 24 (2023). Guia de Prevenção da violência contra crianças e jovens. < <https://www.sns24.gov.pt/guia/prevencao-da-violencia-contra-criancas-e-jovens/#o-que-e-considerada-violencia-contra-criancas-e-jovens> >

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barton, H., Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Public Health*, 126 (6):252-3. <https://doi.org/10.1177/1466424006070466>
2. BCSD Portugal (2022). Agenda 2030. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Link: <https://ods.pt/objectivos/12-producao-e-consumo-sustentaveis/>.
3. Braveman, P. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4):254-8. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
4. Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports*, 129(1_suppl2):5-8. <<https://doi.org/10.1177/003335491412915203>>
5. Carvalho, B., Fonseca, M., Peralta, S. (2023). Pobreza Energética em Portugal: Uma análise municipal. Relatório Anual “Portugal, Balanço Social. Fundação “la Caixa”, BPI e Nova SBE. <https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/2023/Nota_BS_Energy_dez_2023.pdf>
6. Costa, C., Tenedório, J., Santana, P. (2020). Disparities in Geographical Access to Hospitals in Portugal. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(10) 567 <<https://doi.org/10.3390/ijgi9100567>>
7. Daalen, K. et al. (2024). The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: Unprecedented warming demands unprecedented action. *The Lancet Public Health*, 9(7), e495–e522. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00055-0)
8. Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
9. Direção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
10. Ehlinger, E. (2016). *Health equity and health in all policies approaches in public health policymaking*. 2016 ASTHO Annual Meeting.
11. EUROFOUND (2016). *Inadequate Housing in Europe: Costs and Consequences*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
12. European Environment Agency (EEA) (2022). Air quality in Europe 2022. Copenhagen: European Environment Agency. Link: <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2022/air-quality-in-europe-2022>
13. European Union (2023). *European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)*. <<https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview>>
14. Freitas, Â., Santana, P. (2022). Putting Health at the Heart of Local Planning Through an Integrated Municipal Health Strategy, *Urban Planning*, Special Issue "Healthy Cities: Effective Urban Planning Approaches to a Changing World", 7(4): 42-60.< <https://doi.org/10.17645/up.v7i4.5829>>.
15. Freitas, Â., Santana, P., Oliveira, M.D. et al. (2018). Indicators for evaluating European population health: a Delphi selection process. *BMC Public Health* 18, 557. <<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5463-0>>

16. Guagliardo, F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*. 3(1):3. < <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3>>
17. Hunter, F., Nieuwenhuijsen, M., Fabian, C., Murphy, N., O'Hara, K., Rappe, E., Sallis, J. F., Lambert, E. V., Duenas, O. L. S., Sugiyama, T., & Kahlmeier, S. (2023). Advancing urban green and blue space contributions to public health. *The Lancet Public Health*, 8(9), e735–e742. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00156-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00156-1)
18. Jackson, J., Stafford, M. (2009). Public health and fear of crime: A prospective cohort study. *Br J Criminol*;49(6):832–847. doi:10.1093/bjc/azp033.
19. Jia, P., Wang, F., Xierali, I.M. (2019). Differential effects of distance decay on hospital inpatient visits among subpopulations in Florida, USA. *Environ Monit Assess*. 28;191(Suppl 2):381 < <https://doi.org/10.1007%2Fs10661-019-7468-2>>
20. Kindig, D., Stoddart, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3):380-3. <<https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.93.3.380>>.
21. Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 380:1011–29.
22. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464):1099-104. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)>.
23. Mattiello, A., Chiodini, P., Bianco, E., Forgione, N., Flammia, I., Gallo, C., Pizzuti, R., Panico, S. (2013). Health effects associated with the disposal of solid waste in landfills and incinerators in populations living in surrounding areas: a systematic review. *Int J Public Health*. 58(5).
24. McGowan, V., Bambra, C. (2022). COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *Lancet Public Health*, 7: e966–75. < [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00223-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00223-7)>
25. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Resumo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
26. Mseke, E.P., Jessup, B., Barnett, T. (2024). Impact of distance and/or travel time on healthcare service access in rural and remote areas: A scoping review. *Journal of Transport & Health*, 101819 < <https://doi.org/10.1016/j.jth.2024.101819>>
27. Nolte, E., McKee, M. (2008). *Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis*. Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.
28. OECD/Eurostat (2022). OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version). Link: <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/avoidable-mortality-2019-joint-oecd-eurostat-list-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>
29. OECD (2010). *Improving Health and Social Cohesion through Education, Educational Research and Innovation*. Paris: OECD Publishing. <<https://doi.org/10.1787/9789264086319-en>>
30. Oliveira, A., Nossa, P., Mota-Pinto, A. (2019). Avaliação da Capacidade Funcional e Fatores Determinantes do Declínio Funcional em Idosos: Um Estudo Transversal. *Acta Médica Portuguesa*, 32(10):654–660. <https://doi.org/10.20344/amp.11974>

31. Ollila, E., Baum, F., Peña, S. (2013). Introduction to health in all policies and the analytical framework of the book. In: Cook, S., Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. (Eds.) *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 3-24.
32. Patra, J., Taylor, B., Rehm, J., Baliunas, D., Popova, S. (2007). Substance-attributable morbidity and mortality changes to Canada's epidemiological profile: measurable differences over a ten-year period. *Can J Public Health*. 98(3):228-34.
33. Pickett, K.E., Wilkinson, R.G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science and Medicine*; 128:316-326.
34. Rehill, N., Armstrong, B., Wilkinson, P. (2015). Clarifying life lost due to cold and heat: a new approach using annual time series. *BMJ Open*. 5(4):e005640-e005640.
35. Rey-Brandariz, J., Ravara, S., López-Vizcaíno, E., Santiago-Pérez, M. I., Ruano-Ravina, A., Candal-Pedreira, C., Varela-Lema, L., Mourino, N., Aguiar, P., & Pérez-Ríos, M. (2023). Smoking-attributable mortality in Portugal and its regions in 2019. *Pulmonology*.
<https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2023.09.006>
36. Santana, P., Costa, C., Freitas, A., Stefanik, I., Quintal, C., Bana e Costa, C., Borrell, C., ... et al. (2017). *Atlas of Population Health in European Union Regions*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. <<https://doi.org/10.14195/978-989-26-1463-2>>
37. Santana, P. (Coordenação) (2015). *A Geografia da Saúde da População. Evolução nos últimos 20 anos em Portugal Continental*. Coimbra: CEGOT-UC.<<http://dx.doi.org/10.17127/cegot/2015.GS>>
38. Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar, 1ª Edição*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
39. Santana, P. (Coordenação) (2007). *A Cidade e a Saúde*. Coimbra: Edições Almedina SA.
40. Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina SA.
41. Santana, P. (1993). *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: ensaio metodológico em geografia da saúde*. Tese de Doutoramento em Letras (Geografia Humana) apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
42. SNS 24 (2023). Guia de Prevenção da violência contra crianças e jovens. <<https://www.sns24.gov.pt/guia/prevencao-da-violencia-contra-criancas-e-jovens/#o-que-e-considerada-violencia-contra-criancas-e-jovens>>
43. Verberkmoes, N., Soliman, Hamad, M., Ter Woorst, J., Tan, M., Peels, C., van Straten, A. (2012). Impact of temperature and atmospheric pressure on the incidence of major acute cardiovascular events. *Neth Heart J*. May;20(5):193-6. doi: 10.1007/s12471-012-0258-x. PMID: 22328355; PMCID: PMC3346877.
44. WHO Regional Office for Europe (2019). Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>>
45. WHO Regional Office for Europe. (2019). *A multilevel governance approach to preventing and managing noncommunicable diseases: The role of cities and urban settings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346430/WHO-EURO-2019-3644-43403-60942-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

46. WHO Regional Office for Europe. (2012). *Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/130067/9789289002691-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>>.
47. WHO-CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
48. Woolf, S.H., Simon, S.M., Aron, L., Zimmerman, E., Dubay, L., Luk, K.X. (2015). *How Are Income and Wealth Linked to Health and Longevity?*, 1-22.
49. World Health Organization (WHO) (2024). *Alcohol. Fact Sheet*. Link: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
50. World Health Organisation (WHO) (2023). *Household air pollution. Fact sheet*. Link: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>.
51. World Health Organization (2021). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2021: Addressing New and Emerging Products*. Geneva: World Health Organization.
52. World Health Organization (WHO) (2016). *Health promotion*. World Health Organization. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion>>
53. World Health Organization (WHO) (2014). *Health in all policies. Helsinki statement framework for country action*. Geneva: World Health Organization. <<https://www.who.int/publications/i/item/978924106908>>
54. World Health Organisation (WHO) (2013). *Health Risks of Air Pollution in Europe – HRAPIE Project, Recommendations for Concentration–response Functions for Cost–benefit Analysis of Particulate Matter, Ozone and Nitrogen Dioxide*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
55. World Health Organisation (WHO) (2010). *Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO European Office for Investment for Health and Development.
56. World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*. Ottawa: World Health Organisation. <https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf>
57. World Health Organization (WHO) (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
58. Zhang, Y., Peng, L., Kan, H., Xu, J., Chen, R., et al. (2014) Effects of Meteorological Factors on Daily Hospital Admissions for Asthma in Adults: A Time-Series Analysis. *PLOS ONE* 9(7): e102475. <>
59. Zimmerman, E., Woolf, S.H. (2014). *Understanding the relationship between education and health*. Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine.

Websites:

1. Instituto Nacional de Estatística (INE). Link: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
2. Atlas dos Municípios Saudáveis. Link: <https://atlasunicipiossaudaveis.pt/>

ÍNDICE DE FIGURAS, MAPAS E QUADROS

Índice de Figuras

Figura 1. Quadro de transferência de competências para o município.	13
Figura 2. Domínios de intervenção dos municípios com influência na saúde da população.	13
Figura 3. Processo de desenvolvimento da Estratégia Municipal de Saúde.....	17
Figura 4. Dimensões da abordagem conceptual de avaliação da saúde da população.....	19
Figura 5. A Abordagem Integrada da Saúde da População.	21
Figura 6. A Abordagem Multidimensional dos Determinantes da Saúde e Bem-Estar.	22
Figura 7. A Abordagem Intersectorial “Saúde em Todas as Políticas”.	23
Figura 8. Modelo de avaliação da saúde no Perfil Municipal de Saúde.	24
Figura 9 [A-B]. Tipologia de área de residência das freguesias e união de freguesias (UF) do município de Arganil, segundo [A] a população residente e [B] o escalão etário, 2021 (%).	32
Figura 10. Evolução da população residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, 1991-2021.	35
Figura 11. Dinâmica evolutiva da população residente, no município de Arganil, Portugal (Continente) e Região de Coimbra, 2011-2021.	35
Figura 12. Variação da população residente no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2011-2021.	37
Figura 13. Estrutura etária da população residente no município de Arganil, segundo o sexo, 2011-2021.	38
Figura 14. Evolução Comparativa da Esperança de Vida à Nascimento no município de Arganil e na Região de Coimbra, por sexo (anos), entre 1999 e 2023.	42
Figura 15. Posicionamento relativo do município de Arganil e Região de Coimbra relativamente às Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, 2017-2021 (em comparação com o Continente que corresponde ao valor 100).	47
Figura 16. Proporção de utentes nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra, segundo os 10 principais diagnósticos (%), 2023.....	54
Figura 17. População residente com 65 ou mais anos que tem muita dificuldade ou não consegue realizar a ação, segundo o sexo, no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.....	56
Figura 18. Nível de escolaridade da população residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo (%), 2021.	78
Figura 19. Nível de escolaridade da população residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o escalão etário (%), 2021.....	79
Figura 20. Taxa de analfabetismo da população residente (%) no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo, 2021.	80
Figura 21. Taxa de abandono precoce de educação e formação, no município de Arganil (%), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo a freguesia, 2011 e 2021.	81
Figura 22. População residente com 15 e mais anos no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o grupo etário e a fonte de rendimento (%), 2021.	83
Figura 23. População empregada segundo a profissão e o sexo, de acordo com a CPP, no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.	85

Figura 24. Evolução do ganho médio mensal, total e dos trabalhadores não qualificados (CPP9), no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Euros), entre 2013 e 2021.	86
Figura 25. Pensionistas (N.º) e valor médio anual das pensões da Segurança Social (Euros) no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, entre 2013 e 2022.	87
Figura 26. Evolução do desemprego registado no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2023.	88
Figura 27. Evolução do desemprego registado com tempo de inscrição igual ou superior a 1 ano no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.	88
Figura 28. Evolução do desemprego registado no grupo etário com menos de 25 anos no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.	89
Figura 29. Beneficiários/as de subsídio de desemprego da Segurança Social no município de Arganil, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2022.	90
Figura 30. Beneficiários/as do RSI da Segurança Social no município de Arganil, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2022.	91
Figura 31. Evolução do número de beneficiários/as com prestações de CSI processadas no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.	92
Figura 32. Beneficiários/as de Ação Social Escolar (Escalões A e B), no município de Arganil (%), entre os anos letivos 2014/2015 e 2023/24.	94
Figura 33. Edifícios segundo a dimensão da necessidade de reparação no município de Arganil (%), 2021.	100
Figura 34. Alojamentos familiares clássicos de residência habitual com entrada não acessível a cadeira de rodas no município de Arganil (freguesias), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.	101
Figura 35. Alojamentos familiares clássicos de residência habitual segundo o tipo de aquecimento no município de Arganil (segundo a freguesia), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.	104
Figura 36. Meio de transporte principal utilizado nos movimentos pendulares no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%) 2011 e 2021.	106
Figura 37. Emissão de gases para a atmosfera no município de Arganil, segundo o tipo de poluente e fonte de emissão (kton – quilotoneladas), 2017 e 2019.	111
Figura 38. Resíduos urbanos geridos por tipo de destino no município de Arganil em comparação com a Região de Coimbra e Portugal-Continental (%), 2022.	112
Figura 39 [A-B]. Acidentes de viação [A] e acidentes de viação com vítimas [B] no município de Arganil segundo o tipo de via (%), valores acumulados entre 2014 e 2022.	114
Figura 40. Acidentes de viação registados nas “Restantes vias” no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º por 1.000 habitantes), entre 2014 e 2022.	114
Figura 41. Índice de gravidade dos acidentes de viação com vítimas no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º de mortes por 100 acidentes com vítimas), entre 2014 e 2022.	115
Figura 42. Acidentes de viação com vítimas no município de Arganil, segundo a natureza e freguesia (N.º), valores acumulados entre 2021 e 2023.	115
Figura 43. Evolução comparativa dos crimes registados (N.º) e da taxa de criminalidade (N.º por 1.000 habitantes) no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, entre 2014 e 2023.	116
Figura 44. Crimes reportados pelas autoridades policiais no município de Arganil (Top 15), segundo o tipo de crime (Nível 3) (N.º), valores acumulados 2021-2023.	118

Índice de Mapas

Mapa 1. Enquadramento geográfico e administrativo do município de Arganil na Região de Coimbra.....	29
Mapa 2. Freguesias e União de Freguesias (UF) do município de Arganil.....	29
Mapa 3. Mapa hipsométrico do município de Arganil.....	30
Mapa 4. Tipologia de área de residência das freguesias e união de freguesias (UF) do município de Arganil, segundo a localização geográfica, 2021.....	32
Mapa 5. População residente no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº), 2021.....	36
Mapa 6. Densidade populacional no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº hab./Km ²), 2021.....	36
Mapa 7. Índice de envelhecimento no município de Arganil, segundo a freguesia, 2021.....	40
Mapa 8. Mortalidade prematura no município de Arganil, segundo a freguesia (TMP/100.000 hab.), 2018-2022.....	45
Mapa 9 [A-B]. Taxas de Mortalidade Padronizada por causas de morte “evitáveis” – preveníveis [A] e tratáveis [B] no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2017-2021.....	50
Mapa 10 [A-B]. Taxas de Mortalidade Padronizada por causas de morte atribuíveis ao Consumo de Álcool [A] e Consumo de Tabaco [B] no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2017-2021.....	52
Mapa 11. Internamento hospitalar no município de Arganil, por causas sensíveis a Cuidados de Ambulatório, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2021-2023.....	55
Mapa 12. Internamento hospitalar no município de Arganil, por causas evitáveis por Prevenção Primária, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2021-2023.....	55
Mapa 13. Acessibilidade geográfica (em isócronas de tempo) à unidade funcional de Cuidados de Saúde Primários mais próxima no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.....	64
Mapa 14. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente: CHUC), no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.....	72
Mapa 15. Acessibilidade geográfica ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO), no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.....	72
Mapa 16. Acessibilidade geográfica à Maternidade pública mais próxima, no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.....	73
Mapa 17. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Pediatria (consultas), no município de Arganil (minutos de automóvel), 2024.....	73
Mapa 18. Consultas externas segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Arganil (Nº por habitante), 2023.....	74
Mapa 19. Episódios de urgência geral segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Arganil (Nº por habitante), 2023.....	74
Mapa 20. Consultas externas por episódio de urgência segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Arganil (Nº), 2023.....	74
Mapa 21. Utesntes que recorreram ao serviço de urgência mais de 4 vezes durante 1 ano segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Arganil (%), 2023.....	74
Mapa 22. Farmácias no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº por 1.000 habitantes), 2024.....	75
Mapa 23. Proporção da população residente com 21 e mais anos com ensino superior completo, no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.....	79
Mapa 24. Taxa de abandono precoce de educação e formação, no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.....	81

Mapa 25. Beneficiários/as do RSI da Segurança Social no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº por 1.000 habitantes), 2022.	91
Mapa 26. Beneficiários/as do CSI da Segurança Social no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2022.	93
Mapa 27. Beneficiários/as de Ação Social Escolar no município de Arganil, segundo a freguesia (%), ano letivo 2023/2024.	94
Mapa 28. População com 65 ou mais anos a viver só no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.	97
Mapa 29. Edifícios com necessidades de reparação médias e profundas no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.	100
Mapa 30. População residente em edifícios com mais de 3 andares e sem elevador no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.	102
Mapa 31. Duração média dos movimentos pendulares da população empregada ou estudante residente no município de Arganil, segundo a freguesia (minutos), 2021.	105
Mapa 32. População residente que utiliza o automóvel como meio de transporte principal nas deslocações casa-trabalho ou casa/local de estudo no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.	106
Mapa 33 [A-B]. População residente que utiliza modos suaves [A] e transportes públicos [B] como meios de transporte principais nas deslocações casa-trabalho ou casa/local de estudo no município de Arganil, segundo a freguesia (%), 2021.	107
Mapa 34. Localização dos espaços verdes e azuis de fruição no município de Arganil, segundo a freguesia, 2024.	108

Índice de Quadros

Quadro 1. Índices demográficos da população residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, em 2011 e 2021.	38
Quadro 2. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Infantil, Perinatal e Neonatal no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, (Nº por 1.000 nados vivos), entre 1999 e 2023.	44
Quadro 3. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), entre 1999-2003 e 2017-2021. ...	46
Quadro 4. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, na população masculina residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.	47
Quadro 5. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, na população feminina residente no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.	48
Quadro 6. Utentes nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra segundo o diagnóstico, total (N.º) e proporção (%), 2023.	53
Quadro 7. Internamentos hospitalares por causa de internamento no município de Arganil e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), 2010-2012 e 2021-2023.	54
Quadro 8. Utentes inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra segundo o comportamento aditivo, total (N.º) e proporção (%), 2023.	59

Quadro 9. Utentes com problemas relacionados com o uso de álcool inscritos/as na rede pública de tratamento (ambulatório) que iniciaram tratamento no ano e utentes em tratamento no ano (N.º), segundo o sexo, no município de Arganil, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2022.....	60
Quadro 10. Evolução dos/as utentes com problemas relacionados com o uso de álcool inscritos/as na rede pública de tratamento (ambulatório) que iniciaram tratamento no ano e utentes em tratamento no ano (N.º) no município de Arganil, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2019-2022.....	60
Quadro 11. Utentes com problemas relacionados com o uso de drogas inscritos/as na rede pública de tratamento (ambulatório) que iniciaram tratamento no ano e utentes em tratamento no ano (N.º), segundo o sexo, no município de Arganil, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2022.....	61
Quadro 12. Evolução dos/as utentes com problemas relacionados com o uso de drogas inscritos/as na rede pública de tratamento (ambulatório) que iniciaram tratamento no ano e utentes em tratamento no ano (N.º) no município de Arganil, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2019-2022.....	61
Quadro 13. Unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, 2024.....	63
Quadro 14. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) à unidade de Cuidados de Saúde Primários (CSP) mais próxima no município de Arganil (Nº e %), 2021.....	64
Quadro 15. Recursos Humanos nos Cuidados de Saúde Primários do município de Arganil segundo a Unidade Funcional, 2023.....	65
Quadro 16. Utentes inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários sem médico de família no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra, total (N.º) e proporção (%), 2023.....	65
Quadro 17. Caracterização dos/as utentes inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra, total (N.º) e proporção (%), 2023.....	66
Quadro 18. Acesso a Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra, na Região de Coimbra e em Portugal-Continente, 2023.....	66
Quadro 19. Rastreios de doenças oncológicas nos Cuidados de Saúde Primários no município de Arganil, na ULS de Coimbra, na Região de Coimbra e em Portugal-Continente, proporção (%), 2023.....	67
Quadro 20. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) ao hospital público mais próximo com serviço de urgência (CHUC) e IPO de Coimbra, no município de Arganil (Nº e %), 2024.....	72
Quadro 21. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) à maternidade pública e hospital público com serviço de pediatria mais próximos, no município de Arganil (Nº e %), 2024.....	72
Quadro 22. População empregada segundo a atividade económica no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, (CAE Rev. 3) (Nº e %), 2021.....	84
Quadro 23. Beneficiários/as do RSI da Segurança Social, no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o grupo etário (Nº e %), 2022.....	91
Quadro 24. Beneficiários/as dos programas municipais de apoio à população residente em situação de carência no município de Arganil, segundo a freguesia (Nº), entre 2022 e 2024.....	95
Quadro 25. População com 65 ou mais anos a viver só no município de Arganil (freguesias), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), segundo o sexo, 2011 e 2021.....	97
Quadro 26. Beneficiários/as dos programas de apoio à população com 65 ou mais anos a viver sozinha e/ou em situação de isolamento no município de Arganil (Nº), entre 2022 e 2024.....	98
Quadro 27. Espaços verdes e azuis de fruição no município de Arganil, segundo a freguesia, 2024.....	108

Quadro 28. Crimes reportados pelas autoridades policiais no município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o tipo de crime (Nível 1) (Nº por 1.000 habitantes), 2015-2017, 2018-2020 e 2021-2023.....	118
Quadro 29. Caracterização processual da atividade da CPCJ do município de Arganil (Nº), entre 2019 e 2023.....	119
Quadro 30. Mortalidade evitável por causas preveníveis (0 aos 74 anos) - Causas de morte.....	131
Quadro 31. Mortalidade evitável por causas tratáveis (0 aos 74 anos) - Causas de morte.....	132
Quadro 32. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco e álcool – Causas de morte.....	134
Quadro 33. Frações de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, por grupo etário.....	135
Quadro 34. Frações de mortalidade atribuível ao consumo de álcool, por grupo etário.....	135

ANEXOS

ANEXO I – Lista de causas de morte

Quadro 30. Mortalidade evitável por causas preveníveis (0 aos 74 anos) - Causas de morte

Causas de morte	ICD-10	Peso ⁽¹⁾
Doenças intestinais	A00-A09	100%
Difteria, tétano, poliomielite	A35, A36, A80	
Tosse convulsa	A37	
Infeção por meningococos	A39	
Sépsis por estreptococo, pneumonia e por <i>haemophilus influenzae</i>	A40.3, A41.3	
Infeção por <i>haemophilus influenzae</i>	A49.2	
Doenças sexualmente transmissíveis, exceto HIV SIDA	A50-A60, A63, A64	
Varicela	B01	
Sarampo	B05	
Rubéola	B06	
Hepatite viral	B15-B19	
HIV e SIDA	B20-B24	
Malária	B50-B54	
Meningite	G00.0, G00.1	
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	C00-C14	
Tumor maligno do esófago	C15	
Tumor maligno do estômago	C16	
Tumor maligno do fígado	C22	
Tumor maligno do pulmão	C33-C34	
Mesotelioma	C45	
Tumor maligno da pele	C43	
Tumor maligno da bexiga	C67	
Anemia por deficiência nutricional	D50-D53	
Gripe	J09-J11	
Pneumonia por estreptococo ou <i>haemophilus influenzae</i>	J13-J14	
Doença respiratória crónica	J40-J44	
Doença pulmonar por agente externo	J60-J64, J66-J70, J82, J92	
Tétano neonatal	A33	
Tétano obstétrico	A34	
Certas más formações congénitas	Q00, Q01, Q05	
Acidentes de viação	V01-V99	
Lesões acidentais	W00-X39, X46-X59	
Óbito por evento de intenção indeterminada	Y16-Y34	
Assalto	X86-Y09	
Suicídio	X66-X84	
Distúrbios associados com o consumo de álcool e envenenamento	E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, Q86.0, R78.0, X45, X65, Y15	
Outros distúrbios associados com o consumo de álcool	K73, K74.0-K74.2, K74.6	
Distúrbios associados com o consumo de drogas e envenenamento	F11-F16, F18-F19, X40- X44, X85, Y10-Y14	

Causas de morte	ICD-10	Peso ⁽¹⁾
Envenenamento intencional por consumo de drogas	X60-X64	50%
COVID-19	U70.1-U07.2	
Tuberculose	A15-A19, B90, J65	
Tumor maligno cervical	C53	
Diabetes Mellitus	E10-E14	
Aneurisma da aorta	I71	
Doenças hipertensivas	I10-I13, I15	
Doença isquémica do coração	I20-I25	
Doenças cerebrovasculares	I60-I69	
Outra aterosclerose	I70, I173.9	

1) refere-se à percentagem de cada causa de morte que é considerada em cada grupo de causas. Por exemplo, um peso de 100% significa que todos os óbitos são considerados no grupo de causas preveníveis (óbitos que poderiam ter sido evitados através de prevenção primária); um peso de 50% significa que, segundo a evidência científica, uma parte desses óbitos é considerada prevenível e a restante parte é considerada tratável (50%).

Fonte: Lista conjunta da OCDE/Eurostat de causas de morte que podiam ter sido evitadas pela prevenção primária ou acesso tempestivo aos cuidados de saúde (edição: 2022). <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/avoidable-mortality-2019-joint-oecd-eurostat-list-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>.

Quadro 31. Mortalidade evitável por causas tratáveis (0 aos 74 anos) - Causas de morte

Causas de morte	ICD-10	Peso ⁽¹⁾
Escarlatina	A38	100%
Sépsis	A40 (excl. A40.3), A41 (excl. A41.3)	
Celulite	A46, L03	
Doença do legionário	A48.1	
Infeção por estreptococos ou enterococos	A49.1	
Outras meningites	G00.2, G00.3, G00.8, G00.9	
Meningite devido a outras causas não especificadas	G03	
Tumor maligno do cólon e reto	C18-C21	
Tumor maligno da mama	C50	
Tumor maligno do colo do útero	C54, C55	
Tumor maligno do testículo	C62	
Tumor maligno da glândula da tiroide	C73	
Doença de Hodgkin	C81	
Leucemia linfoide	C91.0, C91.1	
Tumor benigno	D10-D36	
Distúrbios da tiroide	E00-E07	
Distúrbios adrenais	E24-E25 (excl. E24.4), E27	
Epilepsia	G40, G41	
Febre reumática e outras doenças cardíacas	I00-I09	
Infeções respiratórias superiores	J00-J06, J30-J39	
Pneumonia	J12, J15-J18	
Infeções respiratórias inferiores agudas	J20-J22	
Asma e bronquite	J45-J47	
Síndrome de angústia respiratória de adulto	J80	
Edema pulmonar	J81	
Abcesso pulmonar	J85-J86	

Causas de morte	ICD-10	Peso ⁽¹⁾
Outros distúrbios pleurais	J90, J93, J94	
Úlcera	K25-K28	
Apendicite	K35-K38	
Hérnia abdominal	K40-K46	
Colelitíase e colecistite	K80-K81	
Outras doenças da vesícula biliar ou trato biliar	K82-K83	
Pancreatite aguda	K85.0, K85.1, K85.3, K85.8, K85.9	
Outras doenças do pâncreas	K86.1-K86.3, K86.8- K86.9	
Nefrite e nefrose	N00-N07	
Uropatia obstrutiva	N13, N20-N21, N35	
Cólica renal	N23	
Falência renal	N17-N19	
Distúrbios resultantes de insuficiência renal disfunção tubular	N25	
Rim contratado não especificado, rim pequeno de causa desconhecida	N26-N27	
Doenças inflamatórias de aparelho geniturinário	N34.1, N70- N73, N75.0, N75.1, N76.4,6	
Hiperplasia prostática	N40	
Aborto	O00-O99	
Certas condições originadas no período perinatal	P00-P96	
Má formação congénita do aparelho circulatório	Q20-Q28	
Medicamentos, medicamentos e substâncias biológicas causadoras de efeitos adversos no uso terapêutico	Y40-Y59	
Complicações durante cuidados cirúrgicos e médicos	Y60-Y69, Y83-Y84	
Dispositivos médicos associados a incidentes adversos no diagnóstico e uso terapêutico	Y70-Y82	
Tuberculose	A15-A19, B90, J65	50%
Tumor maligno cervical	C53	
Diabetes Mellitus	E10-E14	
Aneurisma da aorta	I71	
Doenças hipertensivas	I10-I13, I15	
Doença isquémica do coração	I20-I25	
Doenças cerebrovasculares	I60-I69	
Outra aterosclerose	I70, I173.9	

1) refere-se à percentagem de cada causa de morte que é considerada em cada grupo de causas. Por exemplo, um peso de 100% significa que todos os óbitos são considerados no grupo de causas tratáveis (causas de morte que podem ser evitadas por meio de intervenções de saúde oportunas e eficazes, incluindo prevenção e tratamento secundários); um peso de 50% significa que, segundo a evidência científica, uma parte desses óbitos é considerada tratável e a restante parte é considerada prevenível (50%).

Fonte: Lista conjunta da OCDE/Eurostat de causas de morte que podiam ter sido evitadas pela prevenção primária ou acesso tempestivo aos cuidados de saúde (edição: 2022). <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/avoidable-mortality-2019-joint-oecd-eurostat-list-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>.

Quadro 32. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco e álcool – Causas de morte

Causa de morte	ICD-10	Atribuível ao tabaco	Atribuível ao álcool
Doenças cardiovasculares	B33.2, G45-G46.8, I01-I01.9, I02.0, I05-I09.9, I11-I11.9, I20-I25.9, I27.0, I27.2, I28-I28.9, I30-I31.1, I31.8-I37.8, I38-I41.9, I42.1-I42.8, I43-I43.9, I47-I48.9, I51.0-I51.4, I60-I63.9, I65-I66.9, I67.0-I67.3, I67.5-I67.6, I68.0-I68.2, I69.0-I69.3, I70.2-I70.8, I71-I73.9, I77-I83.9, I86-I89.0, I89.9, I98, K75.1	X	X
Diabetes e doenças dos rins	D63.1, E10-E11.9, I12-I13.9, N00-N08.8, N15.0, N18-N18.9, P70.2, Q61-Q62.8	X	X
Doenças do aparelho digestivo	B18-B18.9, I84-I85.9, I98.2, K20-K20.9, K22-K22.6, K22.8-K29.9, K31-K31.8, K35-K38.9, K40-K42.9, K44-K46.9, K50-K52, K52.2-K52.9, K55-K62, K62.2-K62.6, K62.8-K62.9, K64-K64.9, K66.8, K67, K68, K70-K70.3, K71.7, K73-K75, K75.2, K75.4-K76.2, K76.4-K77, K77.8, K80-K83.9, K85-K86.9, K90-K90.9, K92.8, K93.8, M09.1	X	X
Tumores	C00-C13.9, C15-C22.8, C23-C25.9, C30-C34.9, C37-C38.8, C40-C41.9, C43-C45.9, C47-C54.9, C56-C57.8, C60-C63.8, C64-C67.9, C68.0-C68.8, C69.0-C69.8, C70-C73.9, C75-C75.8, C81-C86.6, C88-C91.0, C91.2-C91.3, C91.6, C92-C92.6, C93-C93.1, C93.3, C93.8, C94-C96.9, D00.1-D00.2, D01.0-D01.3, D02.0-D02.3, D03-D06.9, D07.0-D07.2, D07.4-D07.5, D09.0, D09.2-D09.3, D09.8, D10.0-D10.7, D11-D12.9, D13.0-D13.7, D14.0-D14.3, D15-D16.9, D22-D24.9, D26.0-D27.9, D28.0-D28.1, D28.7, D29.0-D29.8, D30.0-D30.8, D31-D36, D36.1-D36.7, D37.1-D37.5, D38.0-D38.5, D39.1-D39.2, D39.8, D40.0-D40.8, D41.0-D41.8, D42-D43.9, D44.0-D44.8, D45-D47.9, D48.0-D48.6, D49.2-D49.4, D49.6, K62.0-K62.1, K63.5, N60-N60.9, N84.0-N84.1, N87-N87.9	X	X
Doenças neurológicas	F00-F02.0, F02.2-F02.3, F02.8-F03.9, G10-G13.8, G20-G20.9, G23-G24, G24.1-G25.0, G25.2-G25.3, G25.5, G25.8-G26.0, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G35-G37.9, G40-G41.9, G61-G61.9, G70-G71.1, G71.3-G72, G72.2-G73.7, G90-G90.9, G95-G95.9, M33-M33.9	X	X
Infeções respiratórias e tuberculose	A10-A14, A15-A19.9, A48.1, A70, B90-B90.9, B97.4-B97.6, H70-H70.9, J00-J02.8, J03-J03.8, J04-J04.2, J05-J05.1, J06.0-J06.8, J09-J15.8, J16-J16.9, J20-J21.9, J36-J36.0, J91.0, K67.3, K93.0, M49.0, N74.1, P23.0-P23.4, P37.0, U04-U04.9, U84.3	X	X
Suicídio e homicídio	U00-U03, X60-X64.9, X66-X83.9, X85-Y08.9, Y35-Y38.9, Y87.0-Y87.1, Y89.0-Y89.1	X	X
Consumo de drogas	E24.4, F10-F16.9, F18-F18.9, G31.2, G62.1, G72.1, P04.3-P04.4, P96.1, Q86.0, R78.0-R78.5, X45-X45.9, X65-X65.9, Y15-Y15.9		X
Acidentes de transporte	V00-V86.9, V87.2-V87.3, V88.2-V88.3, V90-V98.8	X	X
Acidentes não intencionais	L55-L55.9, L56.3, L56.8-L56.9, L58-L58.9, N30.4, W00-W46.2, W49-W62.9, W64-W70.9, W73-W75.9, W77-W81.9, W83-W94.9, W97.9, W99-X06.9, X08-X39.9, X47-X48.9, X50-X54.9, X57-X58.9, Y40-Y84.9, Y88-Y88.3	X	X

Fonte: Lista de causa de morte disponibilizada pela Global Burden of Disease Collaborative Network, através do Institute for Health Metrics and Evaluation (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>).

Quadro 33. Frações de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, por grupo etário

Grupo etário	Doenças cardiovasculares	Diabetes e doenças dos rins	Doenças do aparelho digestivo	Tumores	Doenças neurológicas	Infeções respiratórias e tuberculose	Suicídio e homicídio	Acidentes de transporte	Acidentes não intencionais
< 20 anos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,065	0,000	0,000	0,000
20 - 24 anos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,027	0,000	0,000	0,000
25 - 29 anos	0,060	0,010	0,000	0,002	0,000	0,017	0,000	0,000	0,000
30 - 34 anos	0,337	0,061	0,008	0,053	0,009	0,051	0,000	0,000	0,000
35 - 39 anos	0,356	0,054	0,008	0,087	0,013	0,047	0,000	0,000	0,000
40 - 44 anos	0,357	0,064	0,009	0,137	0,017	0,055	0,000	0,018	0,005
45 - 49 anos	0,361	0,107	0,008	0,207	0,021	0,059	0,000	0,020	0,007
50 - 54 anos	0,324	0,106	0,008	0,239	0,024	0,058	0,000	0,017	0,007
55 - 59 anos	0,291	0,104	0,011	0,266	0,027	0,050	0,000	0,019	0,008
60 - 64 anos	0,195	0,077	0,009	0,228	0,018	0,032	0,000	0,010	0,006
65 - 69 anos	0,156	0,062	0,009	0,220	0,011	0,028	0,000	0,010	0,008
70 - 74 anos	0,082	0,037	0,006	0,148	0,001	0,024	0,000	0,004	0,004
75 - 79 anos	0,060	0,031	0,006	0,120	0,000	0,028	0,000	0,004	0,004
>79 anos	0,028	0,016	0,003	0,054	0,003	0,028	0,000	0,002	0,002

Nota: As frações de mortalidade indicam a proporção de uma causa de morte que pode ser atribuída a um determinante em específico. Estes valores foram estimados para a população portuguesa, por grupo etário.

Fonte: Frações disponibilizadas pela Global Burden of Disease Collaborative Network, através do Institute for Health Metrics and Evaluation (<https://vizhub.healthdata.org/qbd-results/>).

Quadro 34. Frações de mortalidade atribuível ao consumo de álcool, por grupo etário

Grupo etário	Doenças cardiovasculares	Diabetes e doenças dos rins	Doenças do aparelho digestivo	Tumores	Doenças neurológicas	Infeções respiratórias e tuberculose	Suicídio e homicídio	Acidentes de transporte	Acidentes não intencionais	Consumo de drogas
< 20 anos	0,000	0,000	0,059	0,002	0,024	0,001	0,071	0,112	0,013	0,057
20 - 24 anos	0,000	0,000	0,312	0,019	0,138	0,005	0,182	0,175	0,073	0,054
25 - 29 anos	0,000	0,000	0,411	0,030	0,158	0,008	0,196	0,180	0,078	0,085
30 - 34 anos	0,000	0,000	0,435	0,042	0,149	0,006	0,194	0,146	0,073	0,146
35 - 39 anos	0,000	0,000	0,487	0,055	0,149	0,006	0,189	0,094	0,065	0,247
40 - 44 anos	0,001	0,005	0,542	0,075	0,130	0,008	0,189	0,068	0,063	0,379
45 - 49 anos	0,013	0,019	0,565	0,094	0,102	0,007	0,189	0,062	0,062	0,495
50 - 54 anos	0,022	0,027	0,556	0,100	0,064	0,007	0,181	0,053	0,056	0,675
55 - 59 anos	0,029	0,034	0,526	0,091	0,042	0,006	0,179	0,048	0,051	0,738
60 - 64 anos	0,037	0,039	0,469	0,080	0,025	0,004	0,170	0,037	0,046	0,820
65 - 69 anos	0,040	0,039	0,391	0,067	0,015	0,003	0,160	0,029	0,041	0,840
70 - 74 anos	0,045	0,034	0,283	0,056	0,010	0,004	0,151	0,025	0,036	0,813
75 - 79 anos	0,046	0,029	0,185	0,046	0,006	0,003	0,143	0,030	0,032	0,694
>79 anos	0,040	0,014	0,071	0,030	0,002	0,002	0,124	0,035	0,024	0,382

Nota: As frações de mortalidade indicam a proporção de uma causa de morte que pode ser atribuída a um determinante em específico. Estes valores foram estimados para a população portuguesa, por grupo etário.

Fonte: Frações disponibilizadas pela Global Burden of Disease Collaborative Network, através do Institute for Health Metrics and Evaluation (<https://vizhub.healthdata.org/qbd-results/>).

ANEXO II – Inquérito às Instalações dos Cuidados de Saúde Primários

Inquérito: [PDF](#)

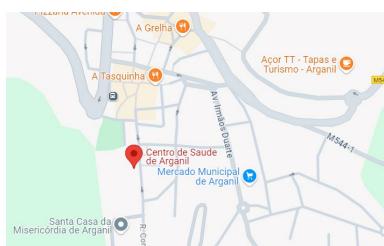
ANEXO III – Evolução comparativa dos óbitos infantis, perinatais e neonatais no Município de Arganil, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, (Nº), entre 1999 e 2023.

	Quinquénio	Nados-vivos (Nº)	Óbitos com menos de 1 ano (Nº)	Óbitos neonatais (Nº)	Óbitos perinatais (Nº)
Portugal - Continente	1999-2003	543602	2669	1690	3161
	2004-2008	502424	1720	1093	2156
	2009-2013	446071	1370	937	1732
	2014-2018	407432	1217	848	1570
	2019-2023	400673	1024	677	1363
Região de Coimbra	1999-2003	21711	83	38	95
	2004-2008	19807	51	22	80
	2009-2013	17254	43	25	66
	2014-2018	15759	38	29	58
	2019-2023	14764	30	20	41
Arganil	1999-2003	513	2	2	4
	2004-2008	401	1	1	2
	2009-2013	365	0	0	2
	2014-2018	389	1	1	0
	2019-2023	319	0	0	0

Fonte: Cálculos próprios com base no INE. Nados Vivos e Óbitos Gerais.

ANEXO IV – Ficha de caracterização das instalações dos Cuidados de Saúde Primários

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO



Unidade Local de Saúde [ULS]	ULS Coimbra
Centro de Saúde [CS]	CS Arganil
Unidades Funcionais e Serviços	UCSP Arganil [2015] • UCC Arganil [2015] • Serviços Assistenciais Partilhados da ULS Coimbra – Polo Arganil [2024]
Morada	Rua Professor José Lourenço Nogueira [parte nova] / Rua Condessa das Canas [parte antiga] • 3300-063 Arganil
Coordenadas GPS	40.215746, -8.054274 • N40° 12' 56.686", W8° 3' 15.386"

ACESSIBILIDADE À INSTALAÇÃO DE SAÚDE

Transporte Público	Instalação localizada em zona servida por rede de transportes públicos • Avaliação: 4
Eixos Viários	Instalação localizada em zona com ligações aos eixos viários existentes • Avaliação: 4

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA INSTALAÇÃO

Titularidade	Município [parte nova - desde 2024-03-01] / Com contrato de arrendamento a particular [parte antiga]
Ano de Construção/ Remodelação	2002 [parte nova]
Entrada em Funcionamento	2005 [parte nova] / 1973 [parte antiga]
Tipo de Construção	Construção de raiz
Tipo de Implantação	Edifício autónomo
Número de pisos	2 [parte nova] / 3 [parte antiga]

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA INSTALAÇÃO	[PARTE NOVA]	[PARTE ANTIGA]
Estado Geral de Conservação do Edifício	Avaliação: 3	Avaliação: 3
• Estrutura do Edifício	Avaliação: 4	Avaliação: 3
• Cobertura do Edifício	Avaliação: 4	Avaliação: 3
• Fachada do Edifício	Avaliação: 4	Avaliação: 3
• Interior do Edifício	Avaliação: 3	Avaliação: 1

CARACTERIZAÇÃO GERAL DO ESPAÇO EXTERIOR

Sinalética Exterior	Instalação dispõe de sinalética informativa adequada [parte nova]
Lugares de estacionamento	Instalação dispõe de lugares de estacionamento para profissionais e para utentes [parte nova]
Iluminação	Instalação não dispõe de iluminação exterior adequada
Espaços verdes	Instalação não dispõe de espaços verdes
Estado geral de conservação	Avaliação: 4 [parte nova]

ADAPTABILIDADE A PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Estacionamento	Instalação dispõe de estacionamento destinado a pessoas com mobilidade condicionada [parte nova]
Rampas de Acesso	Instalação dispõe de rampas de acesso [parte nova]
Elevadores	Instalação dispõe de elevadores destinados a pessoas com mobilidade condicionada [parte nova]
Instalações Sanitárias	Instalação dispõe de instalações sanitárias adaptadas [parte nova]
Meios para Acesso e Circulação	Avaliação: 4 [parte nova]

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO

ORGANIZAÇÃO ESPACIAL E FUNCIONALIDADE DA INSTALAÇÃO	[PARTE NOVA] / [PARTE ANTIGA]		
Área de Prestação de Cuidados:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Área de acolhimento de utentes	Sim / Não	3 / -	2 / -
• Área de receção administrativa de utentes	Sim / Sim	3 / -	3 / -
• Salas de espera	Sim / Não	3 / -	3 / -
• Sala de espera infantil	Sim / Não	3 / -	3 / -
• Instalações sanitárias para utentes	Sim / Não	2 / -	3 / -
• Gabinetes de consulta médica	Sim / Não	3 / -	3 / -
• Gabinetes de consulta de enfermagem	Sim / Não	3 / -	3 / -
• Salas de tratamento	Sim / Não	3 / -	3 / -
• Gabinete de medicina dentária	Não / Não	- / -	- / -
• Sala de colheitas para exames laboratoriais	Sim / Não	3 / -	3 / -
• Instalação para realização de exames de radiologia	Sim / Não	4 / -	3 / -

Área de Apoio aos Profissionais:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Sala de reuniões	Não / Sim	- / 3	- / 3
• Sala de formação/ biblioteca	Não / Sim	- / 3	- / 3
• Sala de pessoal	Não / Sim	- / 3	- / 3
• Vestiários e instalações sanitárias	Não / Sim	- / 2	- / 3
• Depósito de material clínico e farmacêutico	Sim / Sim	2 / 3	3 / 3
• Depósito de consumíveis clínicos	Sim / Sim	2 / 3	3 / 3
• Depósito de consumíveis não clínicos	Sim / Sim	2 / 3	3 / 3
• Central de garrafas de oxigénio	Sim / Não	4 / -	4 / -
• Depósito e triagem de resíduos	Sim / Não	3 / -	3 / -
• Depósito de resíduos com risco biológico	Sim / Não	4 / -	4 / -
• Zonas sujas (roupas sujas, material contaminado,...)	Sim / Não	3 / -	3 / -
• Zonas limpas (tratamento de roupa limpa,...)	Sim / Não	3 / -	3 / -

Sinalética Interior	Instalação não dispõe de sinalética informativa adequada
Higiene e Limpeza	Avaliação: 3

CONFORTO TÉRMICO E EFICIÊNCIA ENERGÉTICA

Sistema de Climatização	Instalação dispõe de sistema de climatização com manutenção periódica • Avaliação: 3 [parte nova]
Conforto Térmico	Avaliação: 3 [parte nova] / 1 [parte antiga]
Eficiência Energética	Instalação dispõe de envidraçados duplos [parte nova e parte antiga], isolamento térmico e iluminação com tecnologia LED [parte nova]
Certificação Energética	Instalação não dispõe de certificação energética

EQUIPAMENTO E SEGURANÇA

Equipamento:	Disponibilidade	Avaliação da adequação/ operacionalidade
• Equipamento para resposta a situações de emergência	Sim / Não	4 / -
• Equipamento para eletrocardiografia	Sim / Não	3 / -
• Equipamento ecográfico	Não / Não	- / -
• Equipamento radiológico	Sim / Não	2 / -
• Equipamento para intervenção em saúde oral	Não / Não	- / -
• Equipamento para resposta rápida em patologia clínica	Sim / Não	3 / -
• Equipamento frigorífico com registo de temperatura	Sim / Não	3 / -

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO		
• Sistema de vigilância e deteção de intrusão	Não / Não	— / —
• Sistema de deteção e alarme de incêndio	Sim / Não	4 / —
• Meios de combate de incêndios	Sim / Não	4 / —
• Central de energia de emergência	Sim / Não	4 / —
• Viaturas afetas à prestação de cuidados de saúde	Sim / Não	3 / —
• Unidades móveis para a prestação de cuidados de saúde	Sim / Não	3 / —

Plano de Emergência	Instalação dispõe de Plano de Emergência [parte nova]
---------------------	---

NECESSIDADES DE INVESTIMENTO
Necessidades de Investimento Identificadas
<ul style="list-style-type: none"> • Construção do Centro de Saúde de Arganil, incluindo o SUB Maturidade: 3 • Valor: 4.113.280,00€ • Duração: 18 meses • Fonte de Financiamento: PRR [Aviso Convite n.º 16/C01-i01/2023] • Equipamento (Construção do Centro de Saúde de Arganil) Maturidade: 3 • Valor: 278 103,00€ • Duração: 18 meses • Fonte de Financiamento: PRR [Aviso Convite n.º 16/C01-i01/2023] • Remodelação do piso interior do edifício parte nova Maturidade: 1 • Valor: — • Duração: — • Fonte de Financiamento: —

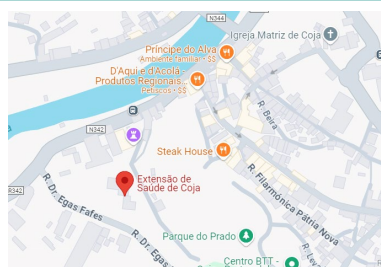
Legenda:

• Avaliação: 1 -muito má; 2 -má; 3 -razoável; 4 -boa; 5 -muito boa

• Grau de Maturidade: 1-necessidade de investimento identificada; 2-investimento planeado; 3-em fase de projeto; 4-em fase de contratualização; 5-em curso

Equipamento (Construção do Centro de Saúde de Arganil); 278 103,00€; 18 meses; PRR - Aviso Convite n.º 16/C01-i01/2023, Requalificar ou adaptar edifícios para aumentar a eficiência energética, cumprir planos de contingência e/ou assegurar a acessibilidade, a segurança e o conforto de utentes e profissionais, 3.ª Fase

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO



Unidade Local de Saúde [ULS]	ULS Coimbra
Centro de Saúde [CS]	CS Arganil
Unidades Funcionais e Serviços	UCSP Arganil – Polo Côja [2015]
Morada	Rua Doutor Egas Fafes • 3305-144 Côja
Coordenadas GPS	40.267561, -7.990754 • N40° 16' 03.2", W7° 59' 26.7"

ACESSIBILIDADE À INSTALAÇÃO DE SAÚDE

Transporte Público	Instalação localizada em zona servida por rede de transportes públicos • Avaliação: 4
Eixos Viários	Instalação localizada em zona com ligações aos eixos viários existentes • Avaliação: 4

CARATERIZAÇÃO GERAL DA INSTALAÇÃO

Titularidade	Município de Arganil [desde 2024-03-01]
Ano de Construção/ Remodelação	—
Entrada em Funcionamento	2000
Tipo de Construção	Construção de raiz
Tipo de Implantação	Edifício autónomo
Número de pisoa	1

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA INSTALAÇÃO

Estado Geral de Conservação do Edifício	Avaliação: 3
• Estrutura do Edifício	Avaliação: 4
• Cobertura do Edifício	Avaliação: 4
• Fachada do Edifício	Avaliação: 4
• Interior do Edifício	Avaliação: 4

CARATERIZAÇÃO GERAL DO ESPAÇO EXTERIOR

Sinalética Exterior	Instalação dispõe de sinalética informativa adequada
Lugares de estacionamento	Instalação dispõe de lugares de estacionamento para os profissionais de saúde e para os utentes
Iluminação	Instalação não dispõe de iluminação exterior adequada
Espaços verdes	Instalação dispõe de espaços verdes
Estado geral de conservação	Avaliação: 4

ADAPTABILIDADE A PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Estacionamento	Instalação não dispõe de estacionamento destinado a pessoas com mobilidade condicionada
Rampas de Acesso	Instalação dispõe de rampas de acesso
Elevadores	Instalação não dispõe de elevadores destinados a pessoas com mobilidade condicionada
Instalações Sanitárias	Instalação dispõe de instalações sanitárias adaptadas
Meios para Acesso e Circulação	Avaliação: 5

ORGANIZAÇÃO ESPACIAL E FUNCIONALIDADE DA INSTALAÇÃO

Área de Prestação de Cuidados:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Área de acolhimento de utentes	Sim	3	3
• Área de receção administrativa de utentes	Sim	3	3
• Salas de espera	Sim	3	3

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO			
• Sala de espera infantil	Não	—	—
• Instalações sanitárias para utentes	Sim	4	4
• Gabinetes de consulta médica	Sim	3	3
• Gabinetes de consulta de enfermagem	Sim	3	3
• Salas de tratamento	Sim	3	3
• Gabinete de medicina dentária	Não	—	—
• Sala de colheitas para exames laboratoriais	Não	—	—
• Instalação para realização de exames de radiologia	Não	—	—

Área de Apoio aos Profissionais:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Sala de reuniões	Não	—	—
• Sala de formação/ biblioteca	Não	—	—
• Sala de pessoal	Sim	3	2
• Vestiários e instalações sanitárias	Sim	3	3
• Depósito de material clínico e farmacêutico	Sim	3	3
• Depósito de consumíveis clínicos	Sim	3	3
• Depósito de consumíveis não clínicos	Sim	3	3
• Central de garrafas de oxigénio	Sim	3	3
• Depósito e triagem de resíduos	Sim	3	3
• Depósito de resíduos com risco biológico	Sim	3	3
• Zonas sujas (roupas sujas, material contaminado,...)	Sim	3	3
• Zonas limpas (tratamento de roupa limpa,...)	Sim	3	3

Sinalética Interior	Instalação dispõe de sinalética informativa adequada para utentes e profissionais
Higiene e Limpeza	Avaliação: 4

CONFORTO TÉRMICO E EFICIÊNCIA ENERGÉTICA	
Sistema de Climatização	Instalação dispõe de sistema de climatização com manutenção periódica • Avaliação: 3
Conforto Térmico	Avaliação: 3
Eficiência Energética	Instalação dispõe de envidraçados duplos
Certificação Energética	Instalação não dispõe de certificação energética

EQUIPAMENTO E SEGURANÇA		
Equipamento:	Disponibilidade	Avaliação da adequação/ operacionalidade
• Equipamento para resposta a situações de emergência	Não	—
• Equipamento para eletrocardiografia	Não	—
• Equipamento ecográfico	Não	—
• Equipamento radiológico	Não	—
• Equipamento para intervenção em saúde oral	Não	—
• Equipamento para resposta rápida em patologia clínica	Não	—
• Equipamento frigorífico com registo de temperatura	Sim	4
• Sistema de vigilância e deteção de intrusão	Não	—
• Sistema de deteção e alarme de incêndio	Sim	3
• Meios de combate de incêndios	Sim	4
• Central de energia de emergência	Não	—
• Viaturas afetas à prestação de cuidados de saúde	Sim	4
• Unidades móveis para a prestação de cuidados de saúde	Não	—

Plano de Emergência	Instalação não dispõe de Plano de Emergência
---------------------	--

NECESSIDADES DE INVESTIMENTO	
Necessidades de Investimento Identificadas	
• Criação de lugar de estacionamento reservado para utentes com mobilidade condicionada	

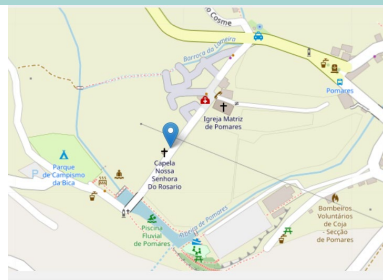
IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO

Maturidade: 1 • Valor: — • Duração: — • Fonte de Financiamento: —

Legenda:

- *Avaliação:* ① -muito má; ② -má; ③ -razoável; ④ -boa; ⑤ -muito boa
- *Grau de Maturidade:* 1-necessidade de investimento identificada; 2-investimento planeado; 3-em fase de projeto; 4-em fase de contratualização; 5-em curso

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO



Unidade Local de Saúde [ULS]	ULS Coimbra
Centro de Saúde [CS]	CS Arganil
Unidades Funcionais e Serviços	UCSP Arganil – Polo Pomares [2015]
Morada	Rua Engenheiro Horácio de Movas, 1 • 3305-259 Pomares
Coordenadas GPS	40.269599, -7.896642 • N40° 16' 10.556", W7° 53' 47.911"

ACESSIBILIDADE À INSTALAÇÃO DE SAÚDE

Transporte Público	Instalação localizada em zona servida por rede de transportes públicos • Avaliação: 4
Eixos Viários	Instalação localizada em zona com ligações aos eixos viários existentes • Avaliação: 4

CARATERIZAÇÃO GERAL DA INSTALAÇÃO

Titularidade	C/ contrato de arrendamento com a Freguesia de Pomares
Ano de Construção/ Remodelação	1984
Entrada em Funcionamento	1986
Tipo de Construção	Construção de raiz
Tipo de Implantação	Em parte de edifício destinado a outros fins
Número de pisoa	1

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA INSTALAÇÃO

Estado Geral de Conservação do Edifício	Avaliação: 3
• Estrutura do Edifício	Avaliação: 3
• Cobertura do Edifício	Avaliação: 3
• Fachada do Edifício	Avaliação: 3
• Interior do Edifício	Avaliação: 3

CARATERIZAÇÃO GERAL DO ESPAÇO EXTERIOR

Sinalética Exterior	Instalação não dispõe de sinalética informativa adequada
Lugares de estacionamento	Instalação não dispõe de lugares de estacionamento
Iluminação	Instalação não dispõe de iluminação exterior adequada
Espaços verdes	Instalação não dispõe de espaços verdes
Estado geral de conservação	Avaliação: —

ADAPTABILIDADE A PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Estacionamento	Instalação não dispõe de estacionamento destinado a pessoas com mobilidade condicionada
Rampas de Acesso	Instalação não dispõe de rampas de acesso
Elevadores	Instalação não dispõe de elevadores destinados a pessoas com mobilidade condicionada
Instalações Sanitárias	Instalação não dispõe de instalações sanitárias adaptadas
Meios para Acesso e Circulação	Avaliação: 1

ORGANIZAÇÃO ESPACIAL E FUNCIONALIDADE DA INSTALAÇÃO

Área de Prestação de Cuidados:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Área de acolhimento de utentes	Não	—	—
• Área de receção administrativa de utentes	Sim	3	3
• Salas de espera	Sim	4	3

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO			
• Sala de espera infantil	Não	—	—
• Instalações sanitárias para utentes	Sim	3	3
• Gabinetes de consulta médica	Sim	3	3
• Gabinetes de consulta de enfermagem	Sim	3	3
• Salas de tratamento	Não	—	—
• Gabinete de medicina dentária	Não	—	—
• Sala de colheitas para exames laboratoriais	Não	—	—
• Instalação para realização de exames de radiologia	Não	—	—

Área de Apoio aos Profissionais:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Sala de reuniões	Não	—	—
• Sala de formação/ biblioteca	Não	—	—
• Sala de pessoal	Não	—	—
• Vestiários e instalações sanitárias	Não	—	—
• Depósito de material clínico e farmacêutico	Não	—	—
• Depósito de consumíveis clínicos	Não	—	—
• Depósito de consumíveis não clínicos	Não	—	—
• Central de garrafas de oxigénio	Não	—	—
• Depósito e triagem de resíduos	Não	—	—
• Depósito de resíduos com risco biológico	Não	—	—
• Zonas sujas (roupas sujas, material contaminado,...)	Não	—	—
• Zonas limpas (tratamento de roupa limpa,...)	Não	—	—

Sinalética Interior	Instalação não dispõe de sinalética informativa adequada
Higiene e Limpeza	Avaliação: 3

CONFORTO TÉRMICO E EFICIÊNCIA ENERGÉTICA	
Sistema de Climatização	Instalação não dispõe de sistema de climatização • Avaliação: —
Conforto Térmico	Avaliação: 2
Eficiência Energética	Instalação não dispõe de sistemas/ equipamentos para aumentar a eficiência energética
Certificação Energética	Instalação não dispõe de certificação energética

EQUIPAMENTO E SEGURANÇA		
Equipamento:	Disponibilidade	Avaliação da adequação/ operacionalidade
• Equipamento para resposta a situações de emergência	Não	—
• Equipamento para eletrocardiografia	Não	—
• Equipamento ecográfico	Não	—
• Equipamento radiológico	Não	—
• Equipamento para intervenção em saúde oral	Não	—
• Equipamento para resposta rápida em patologia clínica	Não	—
• Equipamento frigorífico com registo de temperatura	Não	—
• Sistema de vigilância e deteção de intrusão	Não	—
• Sistema de deteção e alarme de incêndio	Não	—
• Meios de combate de incêndios	Não	—
• Central de energia de emergência	Não	—
• Viaturas afetas à prestação de cuidados de saúde	Não	—
• Unidades móveis para a prestação de cuidados de saúde	Não	—

Plano de Emergência	Instalação não dispõe de Plano de Emergência
---------------------	--

NECESSIDADES DE INVESTIMENTO
Necessidades de Investimento Identificadas
• Remodelação da unidade de saúde

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO

Maturidade: 3 • Valor: 82.050,00€ • Duração: 6 meses • Fonte de Financiamento: PRR [Aviso Convite n.º 16/C01-i01/2023]

• Intervenção que acautele a existência de rampa de acesso, a circulação interna e a adaptação das instalações sanitárias para os utentes com mobilidade condicionada

Maturidade: 1 • Valor: — • Duração: — • Fonte de Financiamento: —

Legenda:

- Avaliação: 1 - muito má; 2 - má; 3 - razoável; 4 - boa; 5 - muito boa
- Grau de Maturidade: 1 - necessidade de investimento identificada; 2 - investimento planeado; 3 - em fase de projeto; 4 - em fase de contratualização; 5 - em curso

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO



Unidade Local de Saúde [ULS]	ULS Coimbra
Centro de Saúde [CS]	CS Arganil
Unidades Funcionais e Serviços	UCSP Arganil – Polo Pombeiro da Beira [2015]
Morada	Rua Visconde Sanches de Frias • 3300-318 Pombeiro da Beira
Coordenadas GPS	40.225474, -8.136896 • N40° 13' 31.706", W8° 8' 12.826"

ACESSIBILIDADE À INSTALAÇÃO DE SAÚDE

Transporte Público	Instalação localizada em zona servida por rede de transportes públicos • Avaliação: 4
Eixos Viários	Instalação localizada em zona com ligações aos eixos viários existentes • Avaliação: 4

CARATERIZAÇÃO GERAL DA INSTALAÇÃO

Titularidade	Protocolo de cedência a título gratuito celebrado entre o MS e a Freguesia de Pombeiro da Beira
Ano de Construção/ Remodelação	2006
Entrada em Funcionamento	2006
Tipo de Construção	Adaptada (projetada inicialmente para outro fim)
Tipo de Implantação	Em parte de edifício destinado a outros fins
Número de pisoa	1

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA INSTALAÇÃO

Estado Geral de Conservação do Edifício	Avaliação: 3
• Estrutura do Edifício	Avaliação: 3
• Cobertura do Edifício	Avaliação: 3
• Fachada do Edifício	Avaliação: 3
• Interior do Edifício	Avaliação: 4

CARATERIZAÇÃO GERAL DO ESPAÇO EXTERIOR

Sinalética Exterior	Instalação não dispõe de sinalética informativa adequada
Lugares de estacionamento	Instalação dispõe de lugares de estacionamento para os profissionais de saúde e para os utentes
Iluminação	Instalação dispõe de iluminação exterior adequada
Espaços verdes	Instalação não dispõe de espaços verdes
Estado geral de conservação	Avaliação: —

ADAPTABILIDADE A PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Estacionamento	Instalação não dispõe de estacionamento destinado a pessoas com mobilidade condicionada
Rampas de Acesso	Instalação dispõe de rampas de acesso
Elevadores	Instalação não dispõe de elevadores destinados a pessoas com mobilidade condicionada
Instalações Sanitárias	Instalação não dispõe de instalações sanitárias adaptadas
Meios para Acesso e Circulação	Avaliação: 4

ORGANIZAÇÃO ESPACIAL E FUNCIONALIDADE DA INSTALAÇÃO

Área de Prestação de Cuidados:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Área de acolhimento de utentes	Não	—	—
• Área de receção administrativa de utentes	Não	—	—

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO			
• Salas de espera	Sim	4	4
• Sala de espera infantil	Não	—	—
• Instalações sanitárias para utentes	Sim	4	4
• Gabinetes de consulta médica	Sim	4	4
• Gabinetes de consulta de enfermagem	Sim	4	4
• Salas de tratamento	Sim	4	4
• Gabinete de medicina dentária	Não	—	—
• Sala de colheitas para exames laboratoriais	Não	—	—
• Instalação para realização de exames de radiologia	Não	—	—

Área de Apoio aos Profissionais:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Sala de reuniões	Não	—	—
• Sala de formação/ biblioteca	Não	—	—
• Sala de pessoal	Não	—	—
• Vestiários e instalações sanitárias	Sim	4	4
• Depósito de material clínico e farmacêutico	Sim	4	4
• Depósito de consumíveis clínicos	Sim	4	4
• Depósito de consumíveis não clínicos	Sim	4	4
• Central de garrafas de oxigénio	Não	—	—
• Depósito e triagem de resíduos	Não	—	—
• Depósito de resíduos com risco biológico	Não	—	—
• Zonas sujas (roupas sujas, material contaminado,...)	Não	—	—
• Zonas limpas (tratamento de roupa limpa,...)	Não	—	—

Sinalética Interior	Instalação dispõe de sinalética informativa adequada para orientação de utentes e profissionais
Higiene e Limpeza	Avaliação: 3

CONFORTO TÉRMICO E EFICIÊNCIA ENERGÉTICA	
Sistema de Climatização	Instalação dispõe de sistema de climatização com manutenção periódica • Avaliação: 3
Conforto Térmico	Avaliação: 3
Eficiência Energética	Instalação não dispõe de sistemas/ equipamentos para aumentar a eficiência energética
Certificação Energética	Instalação não dispõe de certificação energética

EQUIPAMENTO E SEGURANÇA		
Equipamento:	Disponibilidade	Avaliação da adequação/ operacionalidade
• Equipamento para resposta a situações de emergência	Não	—
• Equipamento para eletrocardiografia	Não	—
• Equipamento ecográfico	Não	—
• Equipamento radiológico	Não	—
• Equipamento para intervenção em saúde oral	Não	—
• Equipamento para resposta rápida em patologia clínica	Não	—
• Equipamento frigorífico com registo de temperatura	Não	—
• Sistema de vigilância e deteção de intrusão	Sim	3
• Sistema de deteção e alarme de incêndio	Sim	3
• Meios de combate de incêndios	Sim	4
• Central de energia de emergência	Não	—
• Viaturas afetas à prestação de cuidados de saúde	Não	—
• Unidades móveis para a prestação de cuidados de saúde	Não	—

Plano de Emergência	Instalação não dispõe de Plano de Emergência
---------------------	--

NECESSIDADES DE INVESTIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO
Necessidades de Investimento Identificadas
<ul style="list-style-type: none"> • Criação de lugar público de estacionamento reservado a utentes com mobilidade reduzida Maturidade: 1 • Valor: — • Duração: — • Fonte de Financiamento: — • Adaptação das instalações sanitárias para utentes com mobilidade reduzida Maturidade: 1 • Valor: — • Duração: — • Fonte de Financiamento: —

Legenda:

- *Avaliação:* 1 -muito má; 2 -má; 3 -razoável; 4 -boa; 5 -muito boa
- *Grau de Maturidade:* 1-necessidade de investimento identificada; 2-investimento planeado; 3-em fase de projeto; 4-em fase de contratualização; 5-em curso

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO



Unidade Local de Saúde [ULS]	ULS Coimbra
Centro de Saúde [CS]	CS Arganil
Unidades Funcionais e Serviços	UCSP Arganil – Polo São Martinho da Cortiça [2015]
Morada	Rua do Casal, 229 • 3300-367 São Martinho da Cortiça
Coordenadas GPS	40.271853, -8.148775 • N40° 16' 18.671", W8° 8' 55.59"

ACESSIBILIDADE À INSTALAÇÃO DE SAÚDE

Transporte Público	Instalação localizada em zona servida por rede de transportes públicos • Avaliação: 4
Eixos Viários	Instalação localizada em zona com ligações aos eixos viários existentes • Avaliação: 4

CARATERIZAÇÃO GERAL DA INSTALAÇÃO

Titularidade	Município de Arganil [desde 2023-01-15]
Ano de Construção/ Remodelação	2018 (última remodelação)
Entrada em Funcionamento	2018
Tipo de Construção	Adaptada (projetada inicialmente para outro fim)
Tipo de Implantação	Em parte de edifício destinado a outros fins
Número de pisoa	1

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA INSTALAÇÃO

Estado Geral de Conservação do Edifício	Avaliação: 4
• Estrutura do Edifício	Avaliação: 4
• Cobertura do Edifício	Avaliação: 4
• Fachada do Edifício	Avaliação: 4
• Interior do Edifício	Avaliação: 4

CARATERIZAÇÃO GERAL DO ESPAÇO EXTERIOR

Sinalética Exterior	Instalação dispõe de sinalética informativa adequada
Lugares de estacionamento	Instalação dispõe de lugares de estacionamento para os profissionais de saúde e para os utentes
Iluminação	Instalação não dispõe de iluminação exterior adequada
Espaços verdes	Instalação dispõe de espaços verdes
Estado geral de conservação	Avaliação: 4

ADAPTABILIDADE A PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Estacionamento	Instalação dispõe de estacionamento destinado a pessoas com mobilidade condicionada
Rampas de Acesso	Instalação dispõe de rampas de acesso
Elevadores	Instalação não dispõe de elevadores destinados a pessoas com mobilidade condicionada
Instalações Sanitárias	Instalação dispõe de instalações sanitárias adaptadas
Meios para Acesso e Circulação	Avaliação: 5

ORGANIZAÇÃO ESPACIAL E FUNCIONALIDADE DA INSTALAÇÃO

Área de Prestação de Cuidados:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Área de acolhimento de utentes	Não	—	—
• Área de receção administrativa de utentes	Sim	5	5
• Salas de espera	Sim	5	5

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO			
• Sala de espera infantil	Sim	5	5
• Instalações sanitárias para utentes	Sim	5	5
• Gabinetes de consulta médica	Sim	5	5
• Gabinetes de consulta de enfermagem	Sim	5	5
• Salas de tratamento	Sim	5	5
• Gabinete de medicina dentária	Não	—	—
• Sala de colheitas para exames laboratoriais	Não	—	—
• Instalação para realização de exames de radiologia	Não	—	—

Área de Apoio aos Profissionais:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Sala de reuniões	Não	—	—
• Sala de formação/ biblioteca	Não	—	—
• Sala de pessoal	Não	—	—
• Vestiários e instalações sanitárias	Sim	5	4
• Depósito de material clínico e farmacêutico	Sim	5	4
• Depósito de consumíveis clínicos	Sim	5	4
• Depósito de consumíveis não clínicos	Sim	5	4
• Central de garrafas de oxigénio	Não	—	—
• Depósito e triagem de resíduos	Sim	5	4
• Depósito de resíduos com risco biológico	Sim	5	4
• Zonas sujas (roupas sujas, material contaminado,...)	Sim	5	4
• Zonas limpas (tratamento de roupa limpa,...)	Sim	5	4

Sinalética Interior	Instalação dispõe de sinalética informativa adequada para utentes e profissionais
Higiene e Limpeza	Avaliação: 4

CONFORTO TÉRMICO E EFICIÊNCIA ENERGÉTICA	
Sistema de Climatização	Instalação dispõe de sistema de climatização com manutenção periódica • Avaliação: 4
Conforto Térmico	Avaliação: 4
Eficiência Energética	Instalação dispõe de envidraçados duplos, isolamento térmico e iluminação com tecnologia LED
Certificação Energética	Instalação dispõe de certificação energética: Classe B-

EQUIPAMENTO E SEGURANÇA		
Equipamento:	Disponibilidade	Avaliação da adequação/ operacionalidade
• Equipamento para resposta a situações de emergência	Não	—
• Equipamento para eletrocardiografia	Não	—
• Equipamento ecográfico	Não	—
• Equipamento radiológico	Não	—
• Equipamento para intervenção em saúde oral	Não	—
• Equipamento para resposta rápida em patologia clínica	Não	—
• Equipamento frigorífico com registo de temperatura	Sim	4
• Sistema de vigilância e deteção de intrusão	Sim	2
• Sistema de deteção e alarme de incêndio	Sim	2
• Meios de combate de incêndios	Sim	5
• Central de energia de emergência	Não	—
• Viaturas afetas à prestação de cuidados de saúde	Sim	2
• Unidades móveis para a prestação de cuidados de saúde	Não	—

Plano de Emergência	Instalação dispõe de Plano de Emergência
---------------------	--

NECESSIDADES DE INVESTIMENTO
Necessidades de Investimento Identificadas

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO

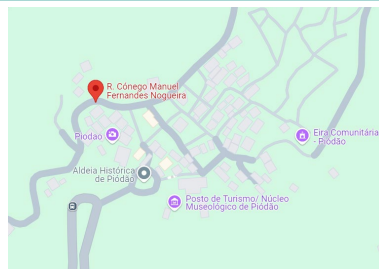
- Melhorar o piso exterior

Maturidade: 1 • Valor: — • Duração: — • Fonte de Financiamento: —

Legenda:

- *Avaliação:* ① -muito má; ② -má; ③ -razoável; ④ -boa; ⑤ -muito boa
- *Grau de Maturidade:* 1-necessidade de investimento identificada; 2-investimento planeado; 3-em fase de projeto; 4-em fase de contratualização; 5-em curso

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO



Unidade Local de Saúde [ULS]	ULS Coimbra
Centro de Saúde [CS]	CS Arganil
Unidades Funcionais e Serviços	UCSP Arganil – Polo Piodão [2015]
Morada	Rua Cónego Manuel Fernandes Nogueira • 6285-018 Piodão
Coordenadas GPS	40.229847, -7.825334 • N40° 13' 47.449", W7° 49' 31.202"

ACESSIBILIDADE À INSTALAÇÃO DE SAÚDE

Transporte Público	Instalação localizada em zona servida por rede de transportes públicos • Avaliação: 3
Eixos Viários	Instalação localizada em zona com ligações aos eixos viários existentes • Avaliação: 3

CARATERIZAÇÃO GERAL DA INSTALAÇÃO

Titularidade	Protocolo de cedência a título gratuito celebrado entre o MS e a Comissão de Melhoramentos da Freguesia de Piódão
Ano de Construção/ Remodelação	1956 / 2011 [última remodelação]
Entrada em Funcionamento	1956
Tipo de Construção	Adaptada (projetada inicialmente para outro fim)
Tipo de Implantação	Em parte de edifício destinado a outros fins
Número de pisoa	1

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA INSTALAÇÃO

Estado Geral de Conservação do Edifício	Avaliação: 3
• Estrutura do Edifício	Avaliação: 3
• Cobertura do Edifício	Avaliação: 3
• Fachada do Edifício	Avaliação: 3
• Interior do Edifício	Avaliação: 3

CARATERIZAÇÃO GERAL DO ESPAÇO EXTERIOR

Sinalética Exterior	Instalação não dispõe de sinalética informativa adequada
Lugares de estacionamento	Instalação não dispõe de lugares de estacionamento
Iluminação	Instalação não dispõe de iluminação exterior adequada
Espaços verdes	Instalação não dispõe de espaços verdes
Estado geral de conservação	Avaliação: —

ADAPTABILIDADE A PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Estacionamento	Instalação não dispõe de estacionamento destinado a pessoas com mobilidade condicionada
Rampas de Acesso	Instalação não dispõe de rampas de acesso
Elevadores	Instalação não dispõe de elevadores destinados a pessoas com mobilidade condicionada
Instalações Sanitárias	Instalação não dispõe de instalações sanitárias adaptadas
Meios para Acesso e Circulação	Avaliação: 1

ORGANIZAÇÃO ESPACIAL E FUNCIONALIDADE DA INSTALAÇÃO

Área de Prestação de Cuidados:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Área de acolhimento de utentes	Não	—	—
• Área de receção administrativa de utentes	Sim	4	4
• Salas de espera	Sim	4	4

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO			
• Sala de espera infantil	Não	—	—
• Instalações sanitárias para utentes	Sim	4	4
• Gabinetes de consulta médica	Sim	4	4
• Gabinetes de consulta de enfermagem	Sim	4	4
• Salas de tratamento	Não	—	—
• Gabinete de medicina dentária	Não	—	—
• Sala de colheitas para exames laboratoriais	Não	—	—
• Instalação para realização de exames de radiologia	Não	—	—

Área de Apoio aos Profissionais:	Disponibilidade	Avaliação da adequação	Avaliação da funcionalidade
• Sala de reuniões	Não	—	—
• Sala de formação/ biblioteca	Não	—	—
• Sala de pessoal	Não	—	—
• Vestiários e instalações sanitárias	Não	—	—
• Depósito de material clínico e farmacêutico	Não	—	—
• Depósito de consumíveis clínicos	Não	—	—
• Depósito de consumíveis não clínicos	Não	—	—
• Central de garrafas de oxigénio	Não	—	—
• Depósito e triagem de resíduos	Não	—	—
• Depósito de resíduos com risco biológico	Não	—	—
• Zonas sujas (roupas sujas, material contaminado,...)	Não	—	—
• Zonas limpas (tratamento de roupa limpa,...)	Não	—	—

Sinalética Interior	Instalação dispõe de sinalética informativa adequada para utentes e profissionais
Higiene e Limpeza	Avaliação: 3

CONFORTO TÉRMICO E EFICIÊNCIA ENERGÉTICA	
Sistema de Climatização	Instalação não dispõe de sistema de climatização • Avaliação: —
Conforto Térmico	Avaliação: 2
Eficiência Energética	Instalação não dispõe de sistemas/ equipamentos para aumentar a eficiência energética
Certificação Energética	Instalação não dispõe de certificação energética

EQUIPAMENTO E SEGURANÇA		
Equipamento:	Disponibilidade	Avaliação da adequação/ operacionalidade
• Equipamento para resposta a situações de emergência	Não	—
• Equipamento para eletrocardiografia	Não	—
• Equipamento ecográfico	Não	—
• Equipamento radiológico	Não	—
• Equipamento para intervenção em saúde oral	Não	—
• Equipamento para resposta rápida em patologia clínica	Não	—
• Equipamento frigorífico com registo de temperatura	Não	—
• Sistema de vigilância e deteção de intrusão	Não	—
• Sistema de deteção e alarme de incêndio	Não	—
• Meios de combate de incêndios	Não	—
• Central de energia de emergência	Não	—
• Viaturas afetas à prestação de cuidados de saúde	Não	—
• Unidades móveis para a prestação de cuidados de saúde	Não	—

Plano de Emergência	Instalação não dispõe de Plano de Emergência
---------------------	--

NECESSIDADES DE INVESTIMENTO
Necessidades de Investimento Identificadas

IDENTIFICAÇÃO DA INSTALAÇÃO

- Intervenção no sentido de criar as condições para acesso e circulação de utentes com mobilidade condicionada - instalação de rampa de acesso; adaptação das instalações sanitárias; configuração do espaço para circulação de cadeira de rodas

Maturidade: 1 • Valor: — • Duração: — • Fonte de Financiamento: —

Legenda:

- Avaliação: 1 -muito má; 2 -má; 3 -razoável; 4 -boa; 5 -muito boa
- Grau de Maturidade: 1-necessidade de investimento identificada; 2-investimento planeado; 3-em fase de projeto; 4-em fase de contratualização; 5-em curso

