

PERFIL MUNICIPAL DE SAÚDE

Penela
2024

Volume I. Estratégia Municipal de Saúde



COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Perfil Municipal de Saúde de Penela, 2024. Estratégia Municipal de Saúde de Penela, 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

Bolseiros 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 Penela 2024. Estratégia Municipal de Saúde de Penela 2025-2030 – Volume I. Coimbra: Comunidade Intermunicipal da Região de Coimbra. 140p.

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.....	28
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	53
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>	56
5	COMPORTAMENTOS	58
5.1	COMPORTAMENTOS ADITIVOS	58
6	CUIDADOS DE SAÚDE	63
6.1	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	64
6.1.1	<i>Acessibilidade geográfica aos Cuidados de Saúde Primários</i>	64
6.1.2	<i>Caraterização da oferta e utilização dos CSP</i>	66
6.1.3	<i>Caraterização das instalações das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários</i>	68
6.2	CUIDADOS HOSPITALARES.....	70
6.2.1	<i>Acessibilidade geográfica aos cuidados hospitalares</i>	70
6.2.2	<i>Utilização de cuidados hospitalares</i>	73
6.3	FARMÁCIAS.....	74
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/as de subsídio de desemprego	89
7.2.2.2	Beneficiários/as de Rendimento Social de Inserção.....	90
7.2.2.3	Beneficiários/as de Complemento Solidário para Idosos	91
7.2.2.4	Beneficiários/as de Ação Social Escolar.....	93
7.2.2.5	Tarifas sociais de energia	94
7.2.2.6	Beneficiários/as de programas municipais de apoio social	95
7.2.2.7	População idosa em situação de isolamento	95
7.3	HABITAÇÃO	97

7.3.1	<i>Condições do edificado e alojamentos</i>	98
7.3.2	<i>Conforto térmico</i>	101
7.4	MOBILIDADE	103
7.5	ESPAÇOS VERDES E AZUIS DE FRUIÇÃO	106
7.6	POLUIÇÃO E RESÍDUOS	107
7.6.1	<i>Poluição do ar</i>	108
7.6.2	<i>Resíduos</i>	110
7.7	SEGURANÇA	111
7.7.1	<i>Segurança rodoviária</i>	112
7.7.2	<i>Segurança pública</i>	114
7.7.2.1	Criminalidade	114
7.7.2.2	Violência contra crianças e jovens	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		119
ÍNDICE DE FIGURAS, MAPAS E QUADROS		123
ÍNDICE DE FIGURAS		123
ÍNDICE DE MAPAS		125
ÍNDICE DE QUADROS		126
ANEXOS		129
ANEXO I – LISTA DE CAUSAS DE MORTE		130
ANEXO II – INQUÉRITO ÀS INSTALAÇÕES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS		135
ANEXO III – EVOLUÇÃO COMPARATIVA DOS ÓBITOS INFANTIS, PERINATAIS E NEONATAIS NO MUNICÍPIO DE PENELA, EM PORTUGAL (CONTINENTE) E NA REGIÃO DE COIMBRA, (Nº), ENTRE 1999 E 2023.		136
ANEXO IV – FICHA DE CARATERIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS		137

INTRODUÇÃO

O presente documento, intitulado “**Perfil Municipal de Saúde de Penela, 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 Penela 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 Penela 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 Penela. 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 Penela encontra-se, em termos de **Demografia**, num contexto de **retração da população residente** na última década (-9% entre 2011 e 2021), prolongando a trajetória observada nas décadas anteriores (-14% 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 Penela apresenta um importante **aumento da esperança média de vida à nascença** nos períodos em análise (1999-2003 a 2019-2023): +3,5 anos (de 81,4 anos para 84,9 anos) no caso das mulheres, +2,9 anos (de 74,8 anos para 77,7 anos) no caso dos homens. Os **dados da mortalidade** revelam por um lado uma **tendência (irregular) de decréscimo da mortalidade infantil**, com um valor mais baixo (0,0‰) do que a Região de Coimbra e Portugal Continental, refletindo a melhoria das condições de vida das famílias e do acesso e

utilização dos cuidados de saúde. O facto de ser uma variação irregular poderá estar associado ao **baixo número de nascimentos**, A mortalidade perinatal (6,3‰) é mais elevada no município de Penela do que nos restantes territórios de referência, e a mortalidade neonatal (0,0‰) é mais baixa. Por outro lado, a taxa de **mortalidade prematura** (mortalidade antes de completar 75 anos) mostra uma **elevada variabilidade entre freguesias** (entre 183 e 347 óbitos por cem mil habitantes).

Relativamente à **morbilidade**, foram analisados os principais diagnósticos de doença, 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**. O município apresenta valores mais elevados de prevalência em comparação com a Região de Coimbra em todos estes diagnósticos, à exceção das alterações do metabolismo dos lípidos. Analisando a evolução das **taxas de morbilidade hospitalar** pelos grandes grupos de causas de internamento, verifica-se que o município também apresenta valores mais altos nas seguintes causas de internamento: **Doenças do Aparelho Circulatório, Doença Mental, Diabetes Mellitus e Tumores Malignos**. Verifica-se, ainda, em todas estas causas, uma tendência de forte aumento entre 2010-2012 e 2021-2023.

A análise dos **Cuidados de Saúde** é feita através da análise da oferta, acesso e utilização dos cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares. Relativamente aos CSP, o município de Penela gere **um edifício afeto à prestação de cuidados de saúde primários**, localizado em Penela (onde funcionam a USF Penela, o CAC e Atendimento a utentes sem médico e os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS Coimbra - Polo Penela). Importa referir que no sentido de colmatar as carências identificadas, está previsto um projeto de requalificação do edifício, em fase de contratualização (grau de maturidade 4), com um investimento previsto de perto de 2 milhões de euros, financiado no âmbito do PRR. A acessibilidade geográfica a esta unidade é boa considerando a utilização de automóvel: cerca de **87% da população reside** a uma distância igual ou inferior **a 10 minutos do centro de saúde** (99,8% a menos de 15 minutos). Do total de inscritos/as nos CSP, **apenas 0,9% não tinham médico de família atribuído**, o que coloca o município numa posição favorável 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 a cuidados hospitalares**, é **boa**, dada a proximidade geográfica a que se encontra dos principais hospitais da região. Cerca de **99% da população reside a menos de 40 minutos de automóvel do hospital público mais próximo** com serviço de urgência.

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 ligeiramente inferiores aos do Continente e da Região de Coimbra: **18% da população com o Ensino Secundário e Pós-Secundário completo**, contra 20% na Região de Coimbra e 22% no Continente. No Ensino Superior, a situação também é desfavorável, com 12% da população, contra 19% na Região de Coimbra e 17% em Portugal Continental. Quanto ao **abandono escolar precoce**, o município de Penela apresenta uma situação mais desfavorável do que a Região de Coimbra e Portugal Continental: 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 8% 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 do número de pessoas desempregadas registados/as no Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) em todas as unidades estatísticas em análise: -59% (-48% na Região de Coimbra e -46% em Portugal Continental). **Em 2023**, existiam no município **104 desempregados/as registados/as**. O **desemprego jovem** também demonstrou uma **redução menos acentuada** no município de Penela (-47%) do que na Região de Coimbra (-52%) e Portugal Continental (-51%).

No que concerne às **pessoas idosas a viverem sós**, o município de Penela apresenta uma percentagem mais elevada em comparação com as unidades estatísticas de referência: **23%**, contra 21,4% em Portugal Continental e 21,1% na Região de Coimbra. Essa percentagem **subiu 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 dos residentes, verificando-se uma **predominância de mulheres idosas que vivem sós** (28%, que compara com apenas 17% de homens).

Em relação às **condições do edificado e dos alojamentos**, cerca de **39% do total dos edifícios** existentes no município em 2021 apresentava-se em **situação muito degradada ou com necessidade de intervenções** com algum significado, valor muito superior à média regional e superior à média do Continente (18% e 14%, respetivamente). Acresce que **a maioria dos alojamentos** (cerca de 60%) **não é acessível a cadeiras de rodas**. O município encontra-se numa situação mais favorável do 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>>.

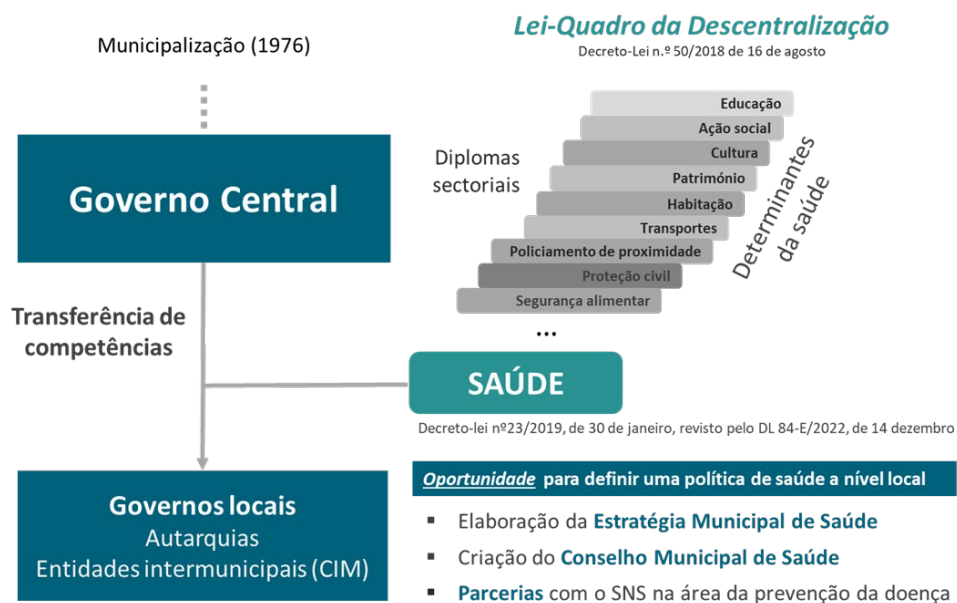


Figura 1. Quadro de transferência de competências para o município.

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 nº23/2019, de 30 de janeiro, e nº84-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.

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)>

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 (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,

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.

transportes, economia, desenvolvimento social e educação, pelos óbvios impactos que estes têm na promoção da 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 (Figura 3).

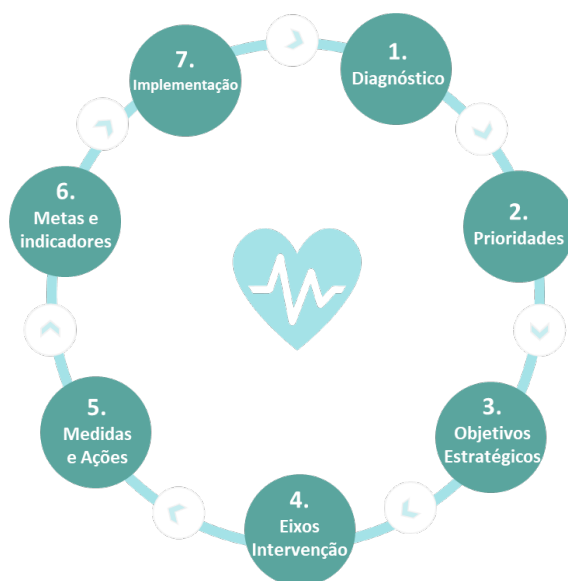


Figura 3. Processo de desenvolvimento da Estratégia Municipal de Saúde.

Fonte: Equipa de Investigação.

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:

- 1) **Perfil Municipal de Saúde**, que corresponde ao presente documento, sendo relativo ao diagnóstico da situação de saúde da população e seus determinantes, fornecendo 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, e que se materializa 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.

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.

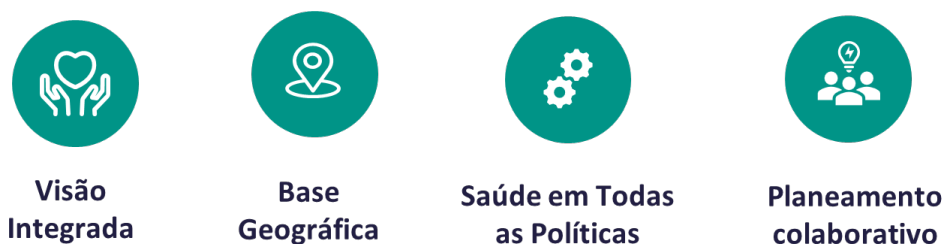


Figura 4. Dimensões da abordagem conceptual de avaliação da saúde da população.

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 crônicas, doenças infetocontagiosas, obesidade, tensão arterial elevada) e a uma maior prevalência de comportamentos de risco (e.g., consumos 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>>.

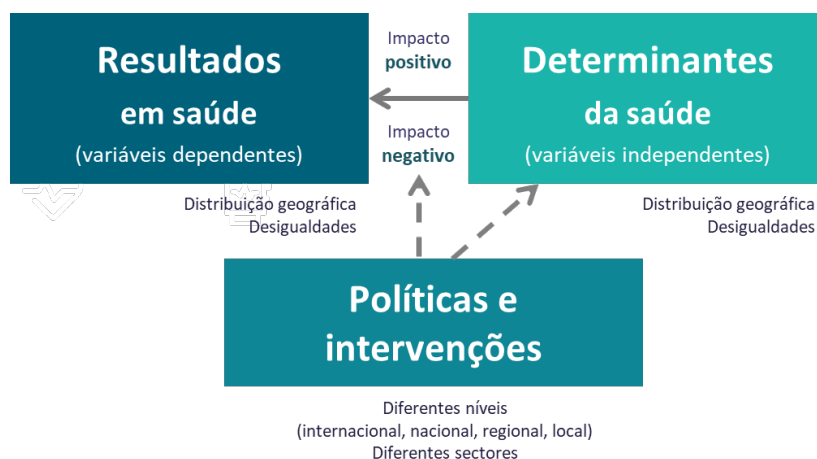


Figura 5. A Abordagem Integrada da Saúde da População.

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 (Figura 6).

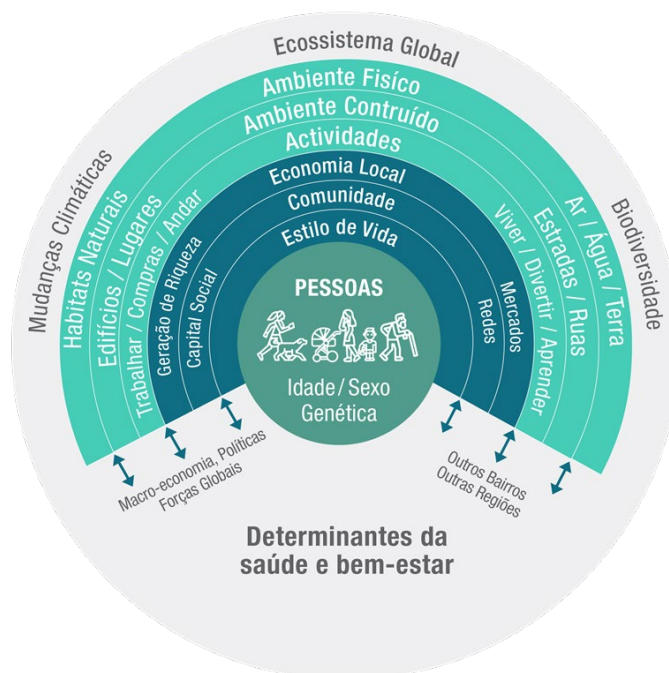


Figura 7. A Abordagem Multidimensional dos Determinantes da Saúde e Bem-Estar.

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

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.

Em síntese, estes modelos dispõem os determinantes da saúde em diferentes camadas segundo o seu nível de abrangência, desde a mais próxima ao indivíduo (contexto familiar) até a 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**.

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**).

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).

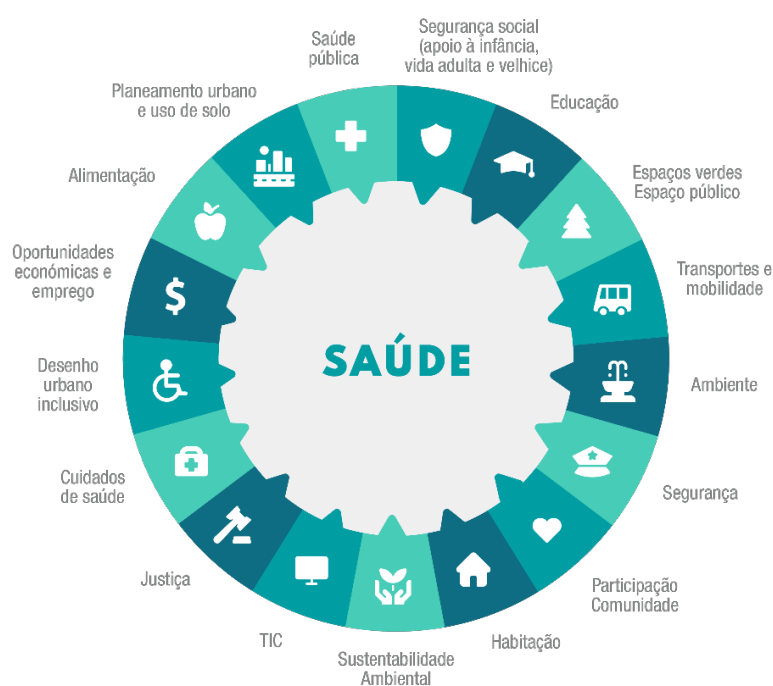


Figura 8. A Abordagem Intersectorial “Saúde em Todas as Políticas”.

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**).

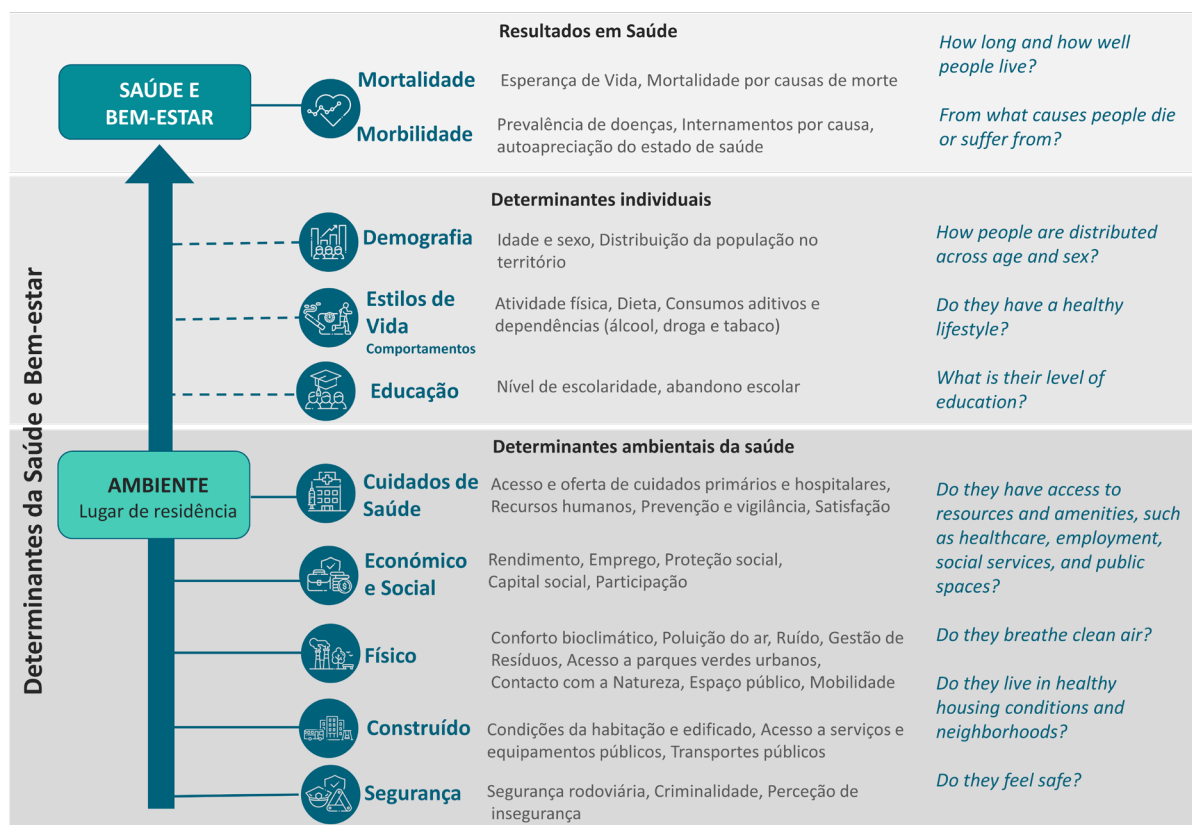


Figura 9. Modelo de avaliação da saúde no Perfil Municipal de Saúde.

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 Penela 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) (pessoas beneficiárias 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 idosa 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 Penela 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 nordeste pelo município de Miranda do Corvo, a sul por Figueiró dos Vinhos e Ansião (ambos da Região de Leiria), a oeste por Soure e a noroeste pelo município de Condeixa-a-Nova (**Mapa 1**).

Com uma área de 134,8 km², o território municipal subdivide-se em **quatro unidades territoriais** (três freguesias e uma união de freguesias UF), 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 Penela na Região de Coimbra.

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



Mapa 2. Freguesias e UF do município de Penela.

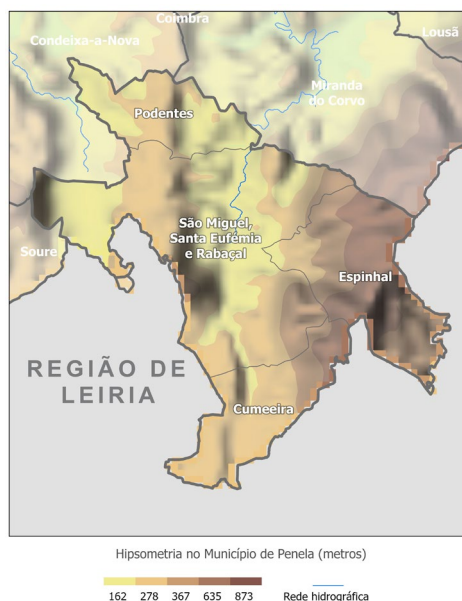
Fonte: Elaboração própria com base na DGT, Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP), 2023.

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 Penela. O território apresenta uma topografia variada, que se traduz pela amplitude de classes compreendidas entre os 160 e os 873 metros. As **altitudes mais expressivas** observam-se no **setor leste**, nomeadamente na **Serra do Espinhal**. As altitudes mais baixas verificam-se no setor central do município, onde se instalou o **Rio Dueça** e onde as características físicas contribuíram para a existência dos principais núcleos

populacionais. **A oeste**, destacam-se as **serras calcárias** do Monte de Vez (512 metros) e Juromelo (401 metros) - e a noroeste, o **Vale do Rabaçal**.



Mapa 3. Mapa hipsométrico do município de Penela.

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 Penela, 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-

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.

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 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**.

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, cerca de **62% da população** reside na UF São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal, que é a sede de município e é classificada como **Área Mediamente Urbana (AMU)**. Analisando a distribuição da população por grupo etário e tipologia de área de residência, verifica-se o acentuado envelhecimento em todas as freguesias. Nas freguesias classificadas como Áreas Predominantemente Rurais (APR) cerca de um terço da população (33%) tem 65 e mais anos e apenas 10% são crianças e jovens (**Mapa 4 e Figura 9A e 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.

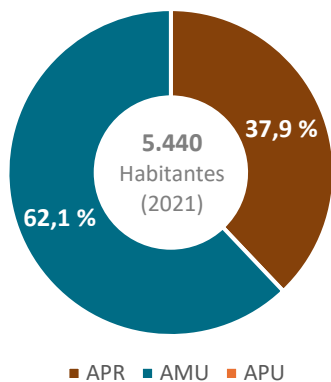
³² A classificação da tipologia de área residencial adotada neste relatório foi baseada na Tipologia de Áreas Urbanas (TIPAU 2014) definida pelo INE.



Mapa 4. Tipologia de área de residência das freguesias e UF do município de Penela, 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 (%)

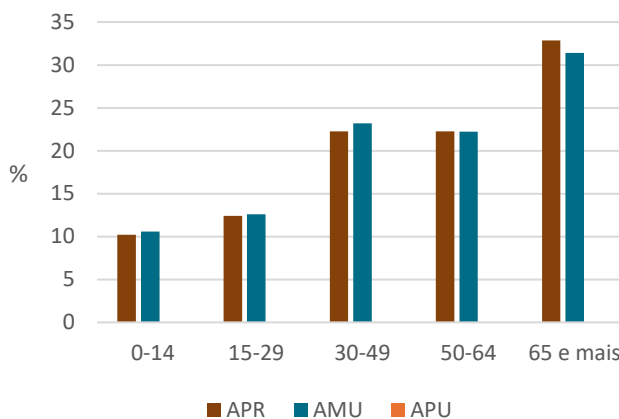


Figura 10 [A-B]. Tipologia de área de residência das freguesias e UF do município de Penela, segundo [A] a população residente e [B] o escalão etário, 2021 (%).

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 dos indivíduos 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 dos seus habitantes, 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 Penela 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 Penela contava, nessa data, com um efetivo populacional residente de **5.440 habitantes**, o que representa um **decréscimo de 9%** em relação a 2011, prolongando a trajetória descendente observada nas últimas décadas, que atingiu os 14% 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 Penela se registou uma taxa de crescimento migratório ligeiramente positiva no último período intercensitário (+0,9%), superior à observada em Portugal Continental (+0,3%) e em sentido oposto ao que se verificou na Região de Coimbra (-0,1%) (**Figura 11**).

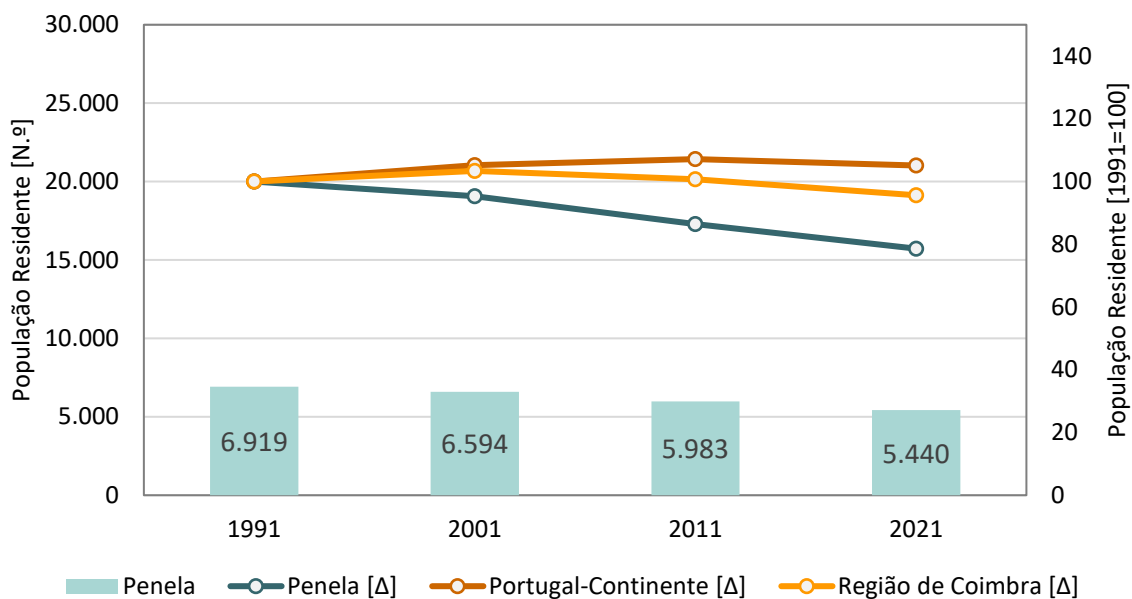


Figura 11. Evolução da população residente no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, 1991-2021.

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

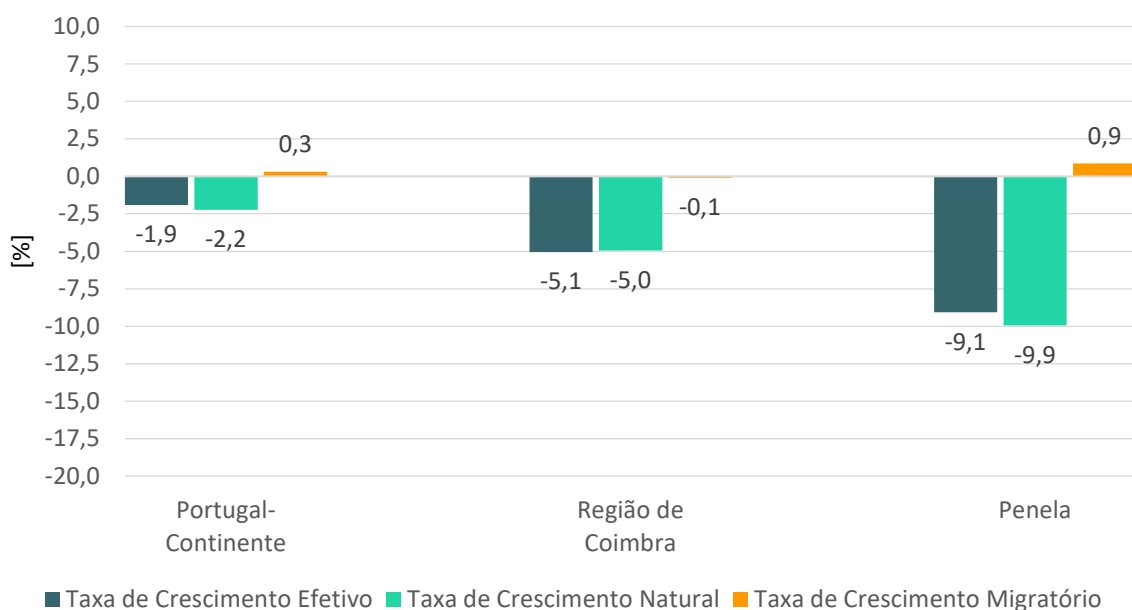


Figura 12. Dinâmica evolutiva da população residente, no município de Penela, Portugal (Continente) e Região de Coimbra, 2011-2021.

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 Penela uma **tendência de crescimento** superior à dos referenciais geográficos de comparação. Em 2022, este contingente totalizava 452 indivíduos, representando um crescimento de cerca de 158%

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 (42%) e a brasileira (8%).

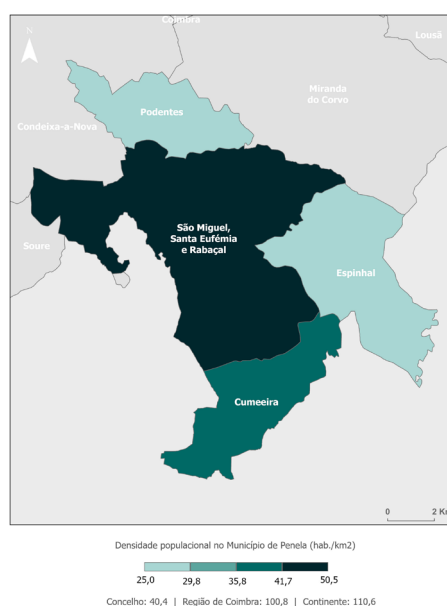
O modelo de distribuição espacial da população residente no município apresenta uma elevada **concentração na UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal**, sede de município, que representa **62%** do total dos residentes (**Mapa 5**).

A densidade populacional nas freguesias que integram o município é diversificada, oscilando entre um valor máximo de 50,5 habitantes por Km² na UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal e o valor mínimo de 27,4 habitantes por Km² que residem na freguesia de Podentes (**Mapa 6**).



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

Fonte: INE, Censos 2021



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

Fonte: INE, Censos 2021

A dinâmica de crescimento populacional no último período intercensitário revela que a retração demográfica global observada no município foi extensiva a todas as suas freguesias, sendo que a respetiva intensidade variou entre um máximo de -20% na freguesia de Cumeeira e um mínimo de -2,5% na freguesia de Podentes (**Figura 12**).

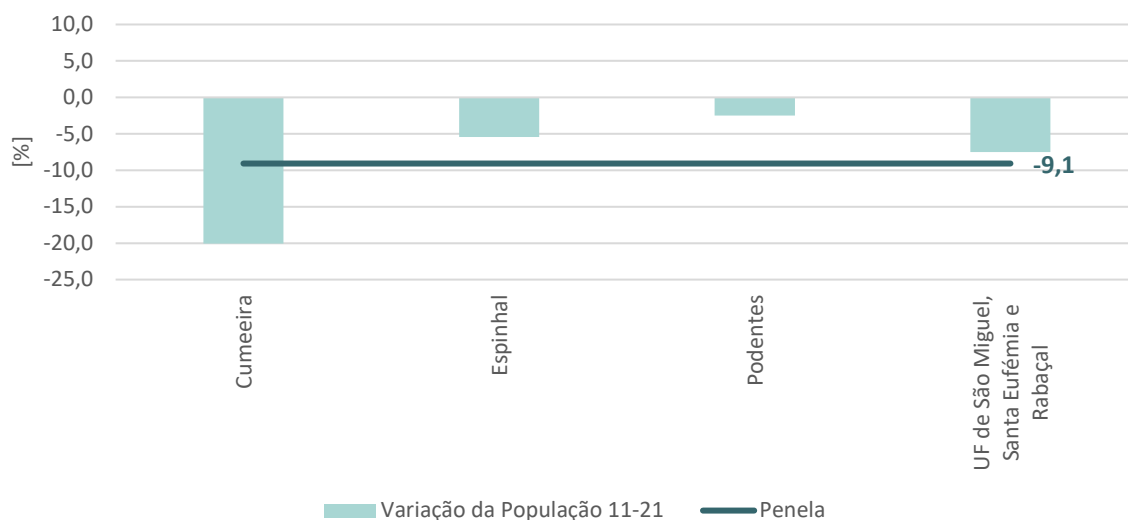


Figura 13. Variação da população residente no município de Penela, segundo a freguesia (%), 2011-2021.

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 Penela evidencia, no último período intercensitário, um processo de envelhecimento de duplo sentido: o aumento da população nos escalões etários superiores e a diminuição da população nos escalões mais jovens.

Na análise da estrutura etária da população residente no município entre 2011 e 2021 verifica-se uma acentuada retração da população entre os zero e os 49 anos, bem como entre os 65 e os 79 anos, sendo que os únicos escalões etários que registam um acréscimo são os que se situam entre os 50 e os 64 anos e, sobretudo, os de idade igual ou superior aos 80 anos, que cresceram 24% (Figura 13).

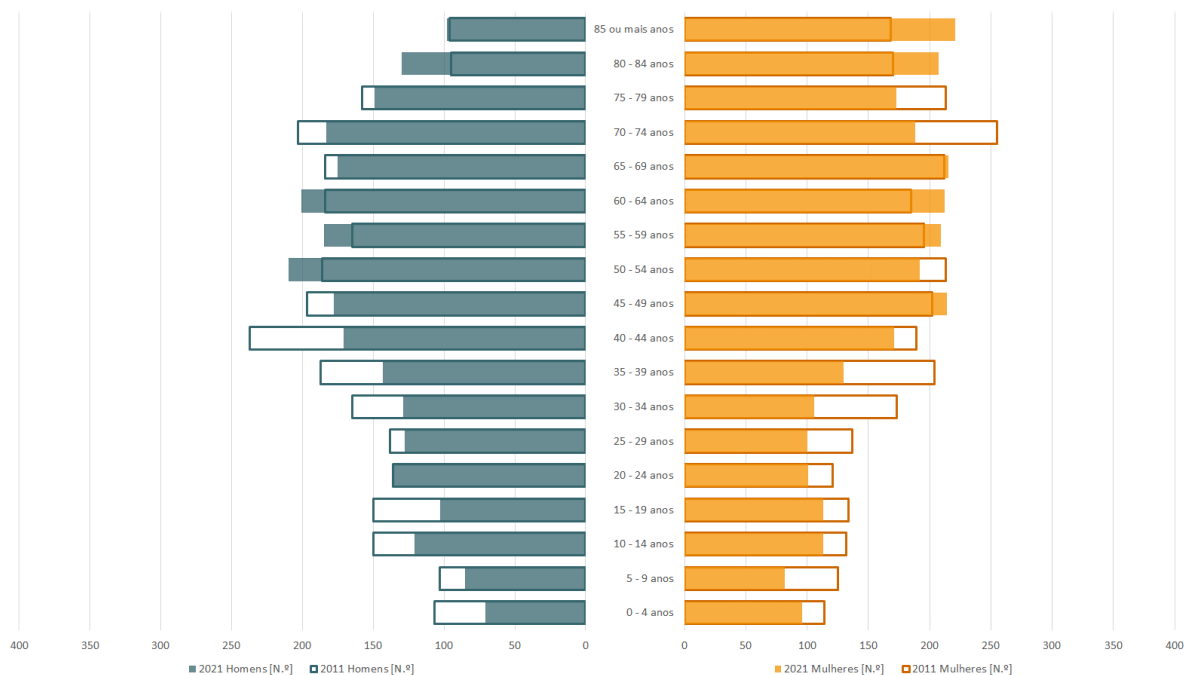


Figura 14. Estrutura etária da população residente no município de Penela, segundo o sexo, 2011-2021.

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.

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

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

- a **população adulta idosa** (i.e., com 65 e mais anos) viu o seu peso relativo no conjunto da população total ampliado de **29% para 32%** entre 2011 e 2021 (compara com 28% na Região de Coimbra e 24% em Portugal Continental), aumentando o **Índice de Dependência de Idosos** de **50 para 56** (compara com 46 na Região de Coimbra e 37 a nível do Continente) e o **Índice de Envelhecimento Demográfico** que aumentou de **240 para 306** 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 51 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 58%** 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 71 para 74 (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 73 para 58 (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 **12% para 10%** entre 2011 e 2021 (contra 11% na Região de Coimbra e 13% no Continente), reduzindo o Índice de Dependência dos Jovens de 21 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 (-11 p.p. entre 2011 e 2021).

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

	Portugal - Continente		Região de Coimbra		Penela	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021
Índice de Envelhecimento Demográfico [pop. ≥65 / pop. <15 x 100]	131	185	177	244	240	306
Índice de Dependência de Jovens [pop. <15 / pop. 15-64 x 100]	22	20	20	19	21	18
Índice de Dependência de Idosos [pop. ≥65 / pop. 15-64 x 100]	29	37	35	46	50	56
Índice de Dependência Total [(pop. <15 + pop. ≥65) / pop. 15-64 x 100]	52	58	55	64	71	74
Índice de Renovação da População Ativa [pop. 20-29 / pop. 55-64 x 100]	93	76	83	65	73	58
Índice de Longevidade [pop. ≥75 / pop. ≥65 x 100]	48	49	50	51	51	56
Índice de Potencialidade [pop. fem. 20-34 / pop. fem. 35-49 x 100]	83	72	82	68	71	60

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

O valor global do **Índice de Envelhecimento** do município (306 em 2021) apresenta intensidades diversas quando se analisam as diversas freguesias que o constituem, variando entre um mínimo de 297 na UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal e o máximo de 344 na freguesia de Cumeeira (**Mapa 7**).



Índice de envelhecimento no Município de Penela (idosos por 100 jovens)



Concelho: 306 | Região de Coimbra: 244 | Continente: 185

Mapa 7. Índice de envelhecimento no município de Penela, 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 Penela apresenta um **aumento de três anos na esperança média de vida à nascença** nas últimas duas décadas (de 78,5 anos em 1999-2003 para 81,3 anos 2019-2023), tanto no que se refere ao sexo feminino (3,5 anos, passando de 81,4 anos para 84,9 anos) como ao sexo masculino (2,9 anos, passando de 74,8 anos para 77,7 anos) (**Figura 14**). Deve assinalar-se que os valores observados, ao longo do período em análise, são superiores no sexo feminino e inferiores no sexo masculino. No caso do sexo masculino, a esperança de vida à nascença é bastante inferior aos valores da Região de Coimbra, verificando-se uma tendência de decréscimo entre os dois últimos períodos em análise, constituindo-se como um sinal de alerta a ser monitorizado.

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.

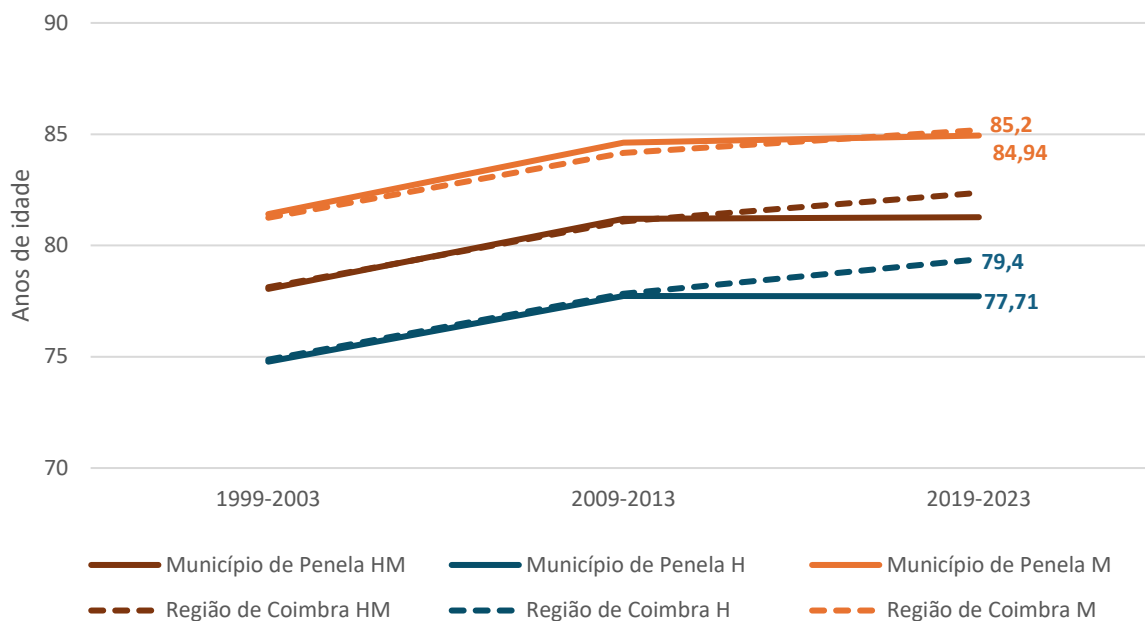


Figura 15. Evolução Comparativa da Esperança de Vida à Nascença no município de Condeixa e na Região de Coimbra, por sexo (anos), entre 1999 e 2023.

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 taxa de mortalidade infantil no município de Penela apresenta, contudo, valores que representam a ausência de óbitos neste grupo de idade. O último óbito registado é relativo ao ano de 1996. Para além da melhoria das condições sociais e económicas das famílias e do acesso e utilização dos serviços de saúde, este facto poderá estar, potencialmente, associado aos valores baixos de nados vivos registados anualmente no município de Penela.

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 morbilidade 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.

À semelhança da mortalidade infantil, a análise das taxas de mortalidade perinatal e neonatal no conjunto das unidades territoriais em estudo são influenciados pelo baixo número de nascimentos e de óbitos. Registou-se um óbito perinatal em 2003 e um em 2019.

Quadro 2. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Infantil, Perinatal e Neonatal no município de Penela, 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	3,82	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
Penela	1999-2003	0,00	7,9	0,0
	2004-2008	0,00	0,0	0,0
	2009-2013	0,00	0,0	0,0
	2014-2018	0,00	0,0	0,0
	2019-2023	0,00	6,3	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.

A taxa de mortalidade prematura no município de Penela, em 2018-2022, é de **294 óbitos por 100.000 habitantes com idade inferior a 75 anos**, valor superior ao registado na Região de Coimbra (292‰) e Portugal Continental (286‰). A análise à escala da freguesia permite identificar alguma

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

variação geográfica (entre 183 e 347 óbitos por 100.000 habitantes). Destaque para a concentração de **valores elevados** de mortalidade prematura no **setor Sul do município** - freguesia de Cumieira, onde as taxas atingem os valores mais elevados (**Mapa 8**).



Mapa 8. Mortalidade prematura no município de Penela, 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 Penela, 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**), verifica-se que Penela acompanha a redução observada no Continente e Região de Coimbra, apresentando, todavia, taxa de mortalidade superior no último período (953,9 óbitos por 100.000 habitantes). O decréscimo da taxa de mortalidade por doença cerebrovascular contribui para essa redução. Contudo, para a maioria das causas de morte, observa-se o agravamento do peso de algumas causas, nomeadamente

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.

a mortalidade padronizada por doença isquémica de coração, tumores da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, tumores malignos do cólon, reto, ânus e canal anal, doenças do aparelho digestivo, doenças endócrinas, diabetes *mellitus*, doenças crónicas do fígado, acidentes de transportes e suicídio. O agravamento destas taxas de mortalidade coloca o município de Penela numa posição de desvantagem, quando comparado com a Região de Coimbra e o Continente, num vasto conjunto de causas de morte (Figura 15).

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

Causa de morte	Penela		Região de Coimbra		Portugal-Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Todas as causas	1333,2	953,9	1312,2	873,5	1361,7	905,6
Doenças do aparelho circulatório	602,5	221,4	518,7	241,0	452,1	249,5
Doenças cerebrovasculares	296,8	69,6	278,8	78,4	277,2	82,8
Doença isquémica cardíaca	34,1	45,5	57,5	32,5	93,4	54,2
Tumores malignos	235,6	219,6	232,5	213,4	254,4	222,8
Tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal	29,7	52,8	26,5	31,2	30,4	30,1
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões	10,7	16,4	22,0	28,2	32,2	35
Doenças do aparelho respiratório	150,2	116,8	134,5	94,8	131,6	89,9
Doenças do aparelho digestivo	21,4	57,7	22,2	36,4	21,9	39,3
Doenças endócrinas	35,8	54,7	49,8	35,2	53,6	41
Diabetes <i>Mellitus</i>	34,0	41,9	43,4	25,4	46,9	30,3
Doenças crónicas do fígado	14,0	26,0	18,9	9,5	18,9	9,1
Acidentes de transporte	8,1	18,8	8,8	8,0	9,6	6,9
Suicídio	12,4	17,6	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.

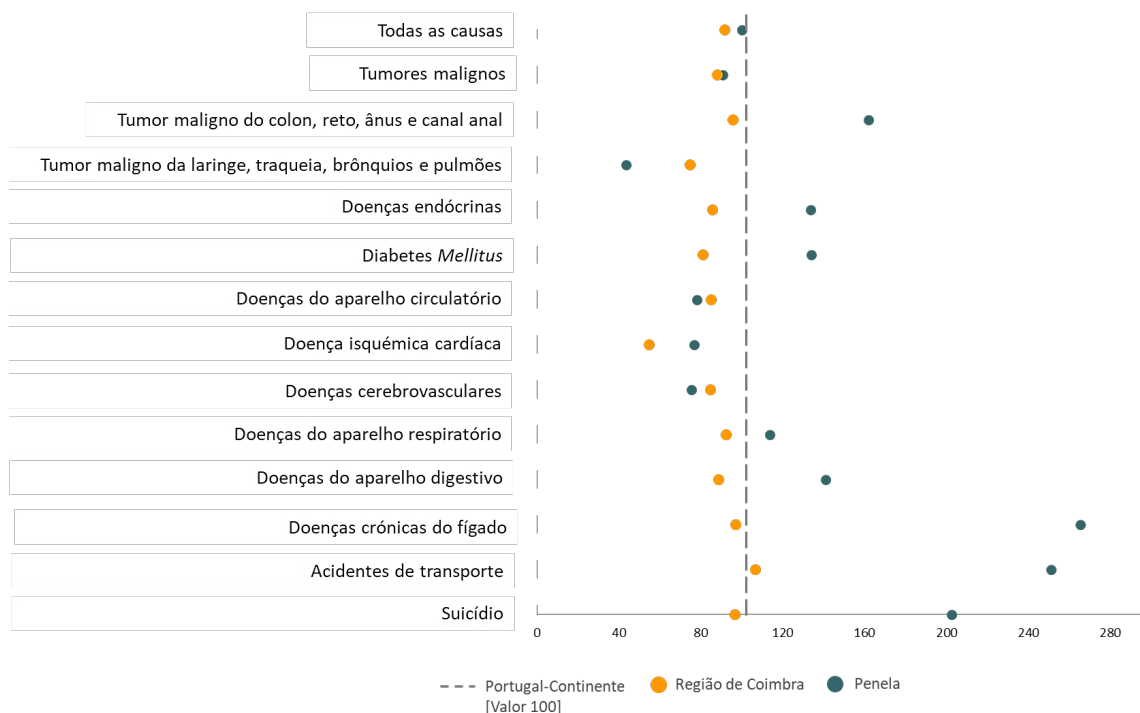


Figura 16. Posicionamento relativo do município de Penela e Região de Coimbra relativamente às Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, 2017-2021 (em comparação com o Continente que corresponde ao valor 100).

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

Embora se verifique uma tendência 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 **59%** das mortes ocorridas no município de Penela 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 causas de morte identificadas anteriormente, como aquelas em que se verificou forte agravamento nos últimos anos, nomeadamente nos tumores malignos do cólon, reto, ânus e canal anal, doenças do aparelho digestivo, doenças crónicas do fígado, acidentes de transportes e suicídio tumores.

No sexo feminino os aumentos foram mais acentuados nas taxas de mortalidade nos tumores malignos do cólon, reto, ânus e canal anal, doenças do aparelho digestivo, doenças endócrinas, acidentes de transportes e suicídio (**Quadro 4 e Quadro 5**).

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

Causa de morte	Penela		Região de Coimbra		Portugal-Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Todas as causas	1714,9	1247,6	1634,4	1114,6	1710,9	1154,5
Doenças do aparelho circulatório	697,2	268,1	583,8	284,8	634	294,1
Doença isquémica cardíaca	49,5	87,6	77,9	49,2	194,2	76,9
Doenças cerebrovasculares	345,8	60,3	306,7	89,6	303	94,3
Tumores malignos	334,0	282,0	325,1	293,5	360,8	312,8
Tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal	30,4	69,7	37,1	43,9	40,6	42,2
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões	24,5	31,5	38,4	46	60,4	59,8
Doenças do aparelho respiratório	237,6	179,9	197,6	128,5	192	127,3
Doenças do aparelho digestivo	32,2	81,0	33,1	48,3	30,7	52,3
Doenças crónicas do fígado	32,6	54,7	32,2	17,7	30,8	15,8
Doenças endócrinas	49,0	46,4	48,2	37	55,4	43,8
Diabetes <i>Mellitus</i>	49,0	41,0	42,3	27,9	47,9	33,3
Suicídio	25,9	35,4	13,2	13,9	15,5	14
Acidentes de transporte	10,5	27,3	14,7	13,7	15,6	11,8

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 Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.

Causa de morte	Penela		Região de Coimbra		Portugal-Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Todas as causas	1046,5	722,5	1081,5	696	1108,8	721,2
Doenças do aparelho circulatório	528,2	177,4	469,4	207,3	496,1	214,7
Doenças cerebrovasculares	252,4	68,1	256,1	69,3	256,3	73,9
Doença isquémica cardíaca	20,5	11,2	44,4	19,9	70,6	36,6
Tumores malignos	160,2	168,8	169,9	154,5	181,3	156,4
Tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal	25,7	37,9	19,3	22,1	23,3	21,2
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões	0,0	4,6	9,7	13,8	10,8	15,3
Doenças do aparelho respiratório	101,1	81,4	98,6	73,8	95,3	66,7

Causa de morte	Penela		Região de Coimbra		Portugal-Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Doenças endócrinas	24,8	53,2	49,8	32,9	51,8	38,4
Diabetes <i>Mellitus</i>	21,6	37,1	43,1	23,1	45,6	27,8
Doenças do aparelho digestivo	13,5	33,6	14,4	26,3	15,2	28,9
Acidentes de transporte	5,7	12,6	4	2,9	4,2	2,5
Suicídio	0,0	0,0	2,6	3,7	3,8	3,9
Doenças crónicas do fígado	0,0	0,0	8,4	2,5	9,2	3,4

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 Penela 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 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 Penela, evidenciam-se variações geográficas importantes em ambos os grupos de causas consideradas “evitáveis” (**Mapa 9**).

Com valores de mortalidade elevados destacam-se a **UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal (causas preveníveis)**, e a **freguesia do Espinhal (causas tratáveis)** com taxas que ultrapassam a média da Região de Coimbra.

No período 2017-2021, no município, observaram-se 168 e 83 óbitos por 100.000 habitantes por causas preveníveis e tratáveis, respetivamente.

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>

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>>

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 Penela, 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

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).

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.

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 (Anexo I). Em Portugal, apesar da tendência decrescente que se tem vindo a registar (na população masculina e desde 2014 na população feminina) a prevalência de consumo de tabaco é ainda considerada elevada, sendo marcada por importantes desigualdades socioeconómicas, culturais e geográficas ⁴⁸. No município de Penela, as taxas de mortalidade atribuível a estes dois grupos de causas são superiores às registadas na Região de Coimbra, com concentração de taxas em freguesias (**Mapa 10**):

- por causas atribuíveis ao consumo de álcool, a **freguesia de Cumieira** (45 óbitos por 100.000 habitantes);
- por causas atribuíveis ao consumo de tabaco, a **UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal** (46 óbitos por 100.000 habitantes).

A. Causas atribuíveis ao consumo de álcool

B. Causas atribuíveis ao consumo de tabaco



Mortalidade atribuível ao consumo de álcool no Município de Penela (/100.000 hab.)
 22 37 44 45
 Concelho: 38,1 | Região de Coimbra: 31 | Continente: n/d



Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco no Município de Penela (/100.000 hab.)
 31 36 37 46
 Concelho: 41,5 | Região de Coimbra: 39,9 | Continente: n/d

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 Penela, 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.

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>>

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 do indivíduo, 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.

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 nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)** nas unidades funcionais do município de Penela 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 a respetiva ordem de importância apresente algumas diferenças, nomeadamente no que se refere à prevalência da patologia dominante que é a hipertensão arterial no município, enquanto na maioria dos municípios da ULS de Coimbra esse lugar é ocupado pelas alterações do metabolismo dos lípidos (**Figura 16**).

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>>

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

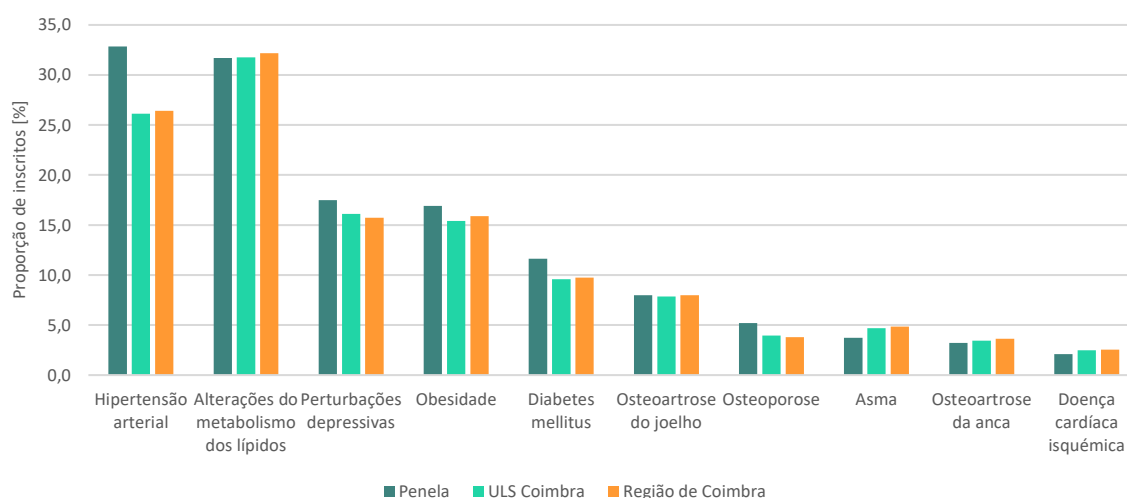
	Região de Coimbra		ULS Coimbra*		Penela	
	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]
Hipertensão arterial	128.661	26,4	98.735	26,1	2.047	32,8
Alterações do metabolismo dos lípidos	156.816	32,2	119.938	31,8	1.976	31,7
Perturbações depressivas	76.625	15,7	60.911	16,1	1.090	17,5
Obesidade	77.488	15,9	58.201	15,4	1.053	16,9
Diabetes <i>mellitus</i>	47.508	9,8	36.247	9,6	725	11,6

* 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 osteoporose, a asma, a osteoartrose da anca e a doença cardíaca isquémica. Estas patologias são idênticas às registadas nas unidades de comparação, embora se apresentem por ordem de importância relativa diversa.

Figura 17. Proporção de utentes nos Cuidados de Saúde Primários no município de Penela, 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 Penela nos períodos de 2010-2012 e 2021-2023 (**Quadro 7**), verifica-se que 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, à exceção das Doenças Respiratórias (que registaram um ligeiro decréscimo de -3,9%), uma tendência de aumento dos internamentos hospitalares entre 2010-2012 e 2021-2023. Nos Tumores Malignos o aumento foi na ordem dos 45% e na Doença Mental de 34,8%.

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

Causa de internamento	Região de Coimbra		Penela	
	2010-2012	2021-2023	2010-2012	2021-2023
Doenças do Aparelho Circulatório	4036,2	4042,2	5604,8	6023,3
Doenças Respiratórias	2655,6	2462,3	3632,5	3492,6
Doença Mental	1381,9	2155,6	2295,4	3094,4
Diabetes Mellitus	1452,2	1555,9	2189,5	2303,9
Tumores Malignos	1045,9	1239,1	1064,1	1544,1

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 Penela, 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**).

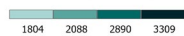
Os internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório referem-se aos evitáveis por intervenções profiláticas ou terapêuticas desenvolvidas nos Cuidados de Saúde Primários e de ambulatório. Cuidados de Saúde Primários adequados podem evitar o aparecimento de uma doença, potenciar o controlo 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 no município de Penela (superiores aos da Região de Coimbra), destacando-se a freguesia da Cumieira, quer por causas evitáveis pela prevenção primária (1 553 por 100 000 habitantes), quer por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (3 309 por 100 000 habitantes).

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.



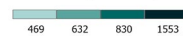
Internamento hospitalar por causas sensíveis a cuidados de ambulatório no Município de Penela (/100.000 hab.)



Concelho: 2357 | Região de Coimbra: 2200 | Continente: n/d



Internamento hospitalar por causas evitáveis por prevenção primária no Município de Penela (/100.000 hab.)



Concelho: 788 | Região de Coimbra: 760 | Continente: n/d

Mapa 11. Internamento hospitalar no município de Penela, 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 Penela, 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 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 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 Penela revela maiores dificuldades no desempenho autónomo de funções como o “andar e subir degraus” e “tomar banho e vestir-se

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

sozinho” de que as unidades estatísticas de comparação: **24% e 14% da população com 65 e mais anos reporta ter muita dificuldade ou não consegue mesmo desempenhar estas funções**⁵³, 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 Penela 29% das mulheres com 65 e mais anos declaram total incapacidade ou elevada dificuldade em “andar ou subir degraus” e 17% afirmam incapacidade total ou muita dificuldade em “tomar banho ou vestir-se sozinho”.

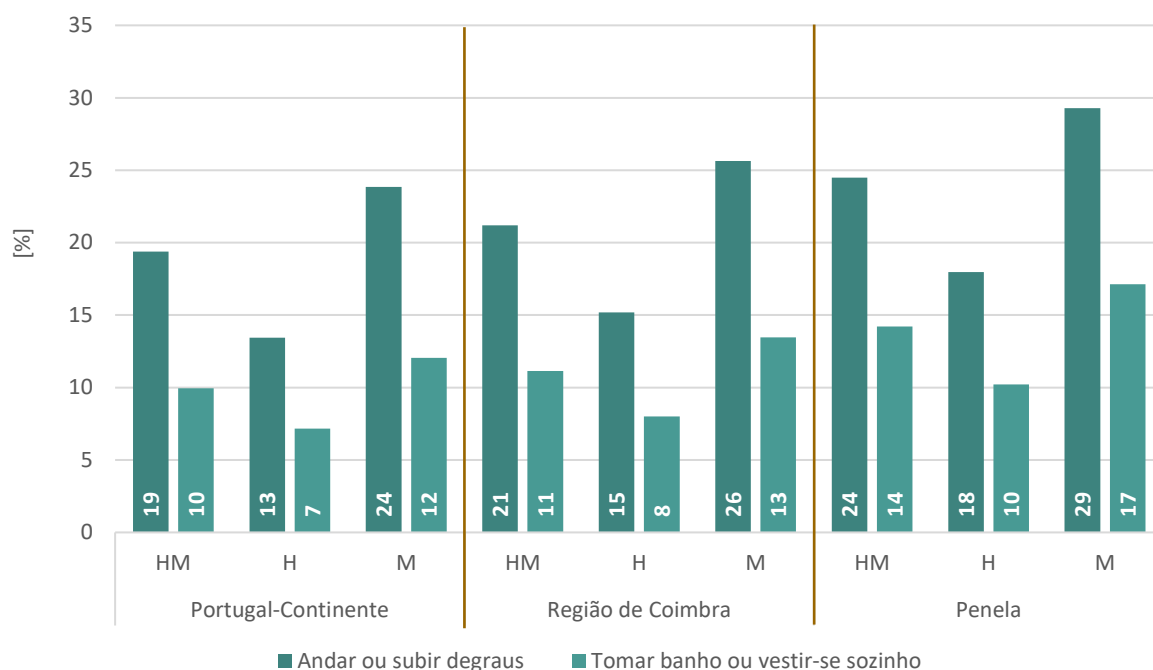


Figura 18. População residente com 65 ou mais anos que tem muita dificuldade ou não consegue realizar a ação, segundo o sexo, no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

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.

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>

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 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**.

O termo **drogas** refere-se comumente a **substâncias psicoativas ilícitas**, em particular a drogas que provocam alterações do estado de consciência do indivíduo (como a heroína, cocaína, haxixe, ecstasy e outras NSP – Novas Substâncias Psicoativas). As substâncias psicoativas podem provocar sensação de prazer, de relaxamento e sedação, com a diminuição da atividade cerebral, e, por isso, dependência. O consumo frequente de drogas 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 elevado(a)s.

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 Penela contabilizavam, em 2023, **10,8%** de utentes com 15 anos ou mais que são

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>

fumadores, **3,9%** de utentes s com 15 anos ou mais **com diagnóstico de abuso agudo ou crónico de álcool** e **0,7%** de utentes s com 15 anos ou mais **com diagnóstico de abuso de drogas** (**Quadro 8**).

A proporção de inscritos/as com hábitos tabágicos é inferior no município relativamente às unidades de comparação (10,8%, que compara com 12,6% na Região de Coimbra e 12,8% na ULS de Coimbra), enquanto no que se refere ao abuso de álcool e ao abuso de drogas é superior - 3,9% no primeiro caso, que compara com 2,3% na Região e 2,4% na ULS, e 0,7%, que compara com 0,6% nas outras unidades de CSP, no segundo caso.

Quadro 8. Utentes nos Cuidados de Saúde Primários no município de Penela, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra segundo o comportamento aditivo, total (N.º) e proporção (%), 2023.

	Região de Coimbra		ULS Coimbra*		Penela	
	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]
Nº de utentes fumadores/as com 15 ou mais anos	54.559	12,6	42.966	12,8	603	10,8
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	218	3,9
Nº de utentes inos com 15 ou mais anos com diagnóstico de abuso de drogas	2.714	0,6	2.065	0,6	37	0,7

* 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 **utentes em tratamento no ambulatório da rede pública do SICAD** – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (atualmente designado ICAD), é significativamente inferior ao número de inscritos/as nas unidades de CSP com diagnósticos de abuso destas substâncias em todas as unidades estatísticas analisadas (**Quadro 9**).

No que se refere ao álcool, no município de Penela, no ano de 2002, dos/as **15 utentes** em tratamento de ambulatório na rede pública 4 eram novos utentes. Os/as utentes eram maioritariamente do **sexo masculino**, correspondendo a 80% do total de utentes em tratamento nesta rede.

Ainda no que se refere ao álcool, analisando a evolução do número de utentes 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 números pré-pandemia, com exceção dos/as utentes residentes no município de Penela, que passaram de 13 em 2019 para 15 em 2022 (**Quadro 10**).

Já relativamente ao **consumo de drogas** no ano de 2022, no município, registavam-se **2 utentes em tratamento de ambulatório** na rede pública do ICAD, sendo 1 do sexo masculino e outro do sexo feminino (**Quadro 11**).

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 Penela, 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
Penela	3	1	4	0	0	0	12	3	15
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 inscritos/as com problemas relacionados com o uso de álcool que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

*** Utentes inscritos/as 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 Penela, 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
Penela	1	2	4	4	0	0	1	0	13	11	13	15
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 inscritos/as com problemas relacionados com o uso de álcool que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

*** Utentes inscritos/as 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 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 Penela, 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
Penela	0	0	0	0	0	0	1	1	2
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 inscritos/as com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreram pela primeira vez às unidades de consulta na rede pública (primeiros pedidos de tratamento).

*** Utentes inscritos/as com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreram 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.

No caso dos consumos associados às drogas verifica-se que, de forma geral, a evolução do número de utentes em tratamento em ambulatório na rede pública do ICAD, nas unidades em apreciação, manteve o seu nível de atividade sem alterações significativas no período pandémico (**Quadro 12**). Em 2022, o número de utentes em tratamento ultrapassou ligeiramente os números pré-pandemia na ULS de Coimbra (0,6%), tendo ficado aquém de 2019 na Região de Coimbra (-3%) mantendo-se nos 2 utentes no que se refere aos residentes no município de Penela.

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 Penela, 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
Penela	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	3	2
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 inscritos/as com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreram pela primeira vez às unidades de consulta na rede pública (primeiros pedidos de tratamento).

*** Utentes inscritos/as com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreram 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 adulta mais velha). 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 Penela é abrangido pela **Unidade Local de Saúde de Coimbra (ULS Coimbra)**, integrando a unidade territorial denominada de Comunidade de Saúde 5 – Condeixa-a-Nova, Lousã, Miranda do Corvo, Penela e Vila Nova de Poiares.

6.1 Cuidados de Saúde Primários

O município de Penela possui **duas unidades funcionais de CSP** – uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que funcionam no Centro de Saúde de Penela (**Quadro 8**).

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

Unidades funcionais	Localização
USF Penela	Centro de Saúde de Penela*, Av. dos Bombeiros Voluntários, 3230-274 Penela
UCC Castelo de Penela	

(*) Neste edifício também funcionam o Centro de Atendimento Clínico (CAC) e Atendimento a Utentes sem Médico e os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS de Coimbra – Polo de Penela.

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 Penela é boa: considerando a utilização de automóvel: cerca de **87% da população reside a uma distância igual 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 9**).

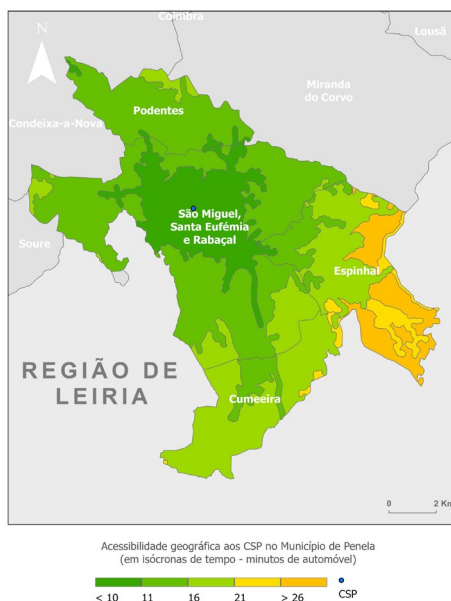
⁶³ Guagliardo, F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*. 3(1):3. < <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3> >

A UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal apresenta os menores tempos médios ponderados, inferiores ou iguais a 10 minutos, dado que é nesta freguesia, que é também a sede do município, onde se localiza o centro de saúde (**Mapa 13**). O setor Sudeste, correspondente à freguesia de Espinhal (território da Serra do Espinhal), caracteriza-se pela pior acessibilidade, com tempos que podem ultrapassar os 25 minutos de automóvel, por corresponder a uma área mais periférica e com constrangimentos físicos.

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 Penela (Nº e %), 2021.

Acessibilidade Geográfica à unidade de CSP mais próxima		
Minutos de automóvel	População residente (2021)	
	Nº	%
≤10	4734	87,02
11-15	696	12,79
≥ 16	10	0,18

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 Penela (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 USF e a UCC totalizavam, em 2023, 4 médicos/as, 4 médicos/as internos/as, 7 enfermeiros/as, 6 assistentes técnicos e 6 assistentes operacionais (**Quadro 15**).

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

Unidade funcional	Médicos/as [N.º]	Médicos/as Internos [N.º]	Enfermeiros/as [N.º]	Assistentes Técnicos [N.º]	Assistentes Operacionais [N.º]
USF Penela	4	4	4	4	6
UCC Castelo Penela	-	-	3	-	-
Total	4	4	7	4	6

* 1 Contratado.

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 **6.232 utentes** dos quais **apenas 0,9% não tinham médico/a de família atribuído**, o que coloca o município numa posição favorável relativamente tanto à ULS de Coimbra como à Região de Coimbra, que registavam, em ambos os casos, 10,8% de utentes inscritos/as sem médico de família atribuído (**Quadro 16**). Refira-se, ainda, o facto de 52,1% dos/as utentes inscritos/as nas unidades de CSP do município serem mulheres (proporção idêntica às unidades de comparação) e 4,1% dos/as utentes 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 16. Inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários sem médico de família no município de Penela, 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]	[%]
Penela	6.232		56	0,9
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.

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

	Região de Coimbra		ULS Coimbra*		Penela	
	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]	[N.º]	[%]
Utentes inscritos/as	487.250	100,0	377.685	100,0	6.232	100,0
Homens	231.178	47,4	178.522	47,3	2.988	47,9
Mulheres	256.072	52,6	199.163	52,7	3.244	52,1
Crianças até aos 6 anos	22.299	4,6	18.164	4,8	258	4,1

* 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 Penela e a respetiva comparação com as unidades de saúde da ULS de Coimbra, da Região de Coimbra e de Portugal Continental revela um posicionamento favorável do município. Assim, enquanto a taxa de utilização global das consultas médicas ⁶⁴ nas unidades de CSP do município atingia os 80,5%, nas unidades de saúde de comparação 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 97,2%, 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 4,2 em 2023, que compara com 3,6 na ULS de Coimbra (**Quadro 18**).

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

	Portugal-Continente	Região de Coimbra	ULS Coimbra	Penela
N.º consultas de MGF – Saúde de Adulto [n.º]	-	-	1.171.457	23.029
N.º médio anual de consultas de MGF por utente com 18 e mais anos [n.º/utente]	-	-	3,6*	4,2
Taxa de utilização global de consultas médicas [%]	66,0	70,9	71,0	80,5
Proporção RN com consulta médica de vigilância até 28 dias vida [%]	85,3	94,5	94,4	97,2

*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']*.

Os dados disponíveis relativos aos **rastreios oncológicos** das unidades de CSP do município de Penela indicam que, em 2023, o **rastreio do cancro da mama** abrangeu cerca de **74% das mulheres elegíveis**

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.

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 123 mulheres com idades entre os 25 e os 60 anos, o que corresponde a aproximadamente **73% das mulheres elegíveis**. Este resultado é superior à média nacional (53%), bem como aos 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, 435 utentes nas unidades de CSP do município com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos, representado **66% 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 Penela, na ULS de Coimbra, na Região de Coimbra e em Portugal-Continente, proporção (%), 2023.

	Portugal- Continente	Região de Coimbra	ULS Coimbra	Penela
	[%]	[%]	[%]	[%]
Proporção de utentes com mamografia*	58,95	68,09	66,60	73,71
Proporção de utentes com rastreio do cancro do colo do útero**	53,24	56,20	55,80	72,96
Proporção de utentes com rastreio do cancro do cólon e reto***	58,15	52,44	52,42	66,26

* 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 Penela é uma estrutura integrada na ULS de Coimbra, que funciona num edifício localizado na sede de município, onde funcionam a **USF Penela**, a **UCC Castelo de Penela**, CAC e Atendimento a utentes sem médico e os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS Coimbra - Polo Penela.

Com base nas respostas da Câmara Municipal de Penela 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

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

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).

- O **edifício sede do Centro de Saúde**, localizado em Penela, é um edifício autónomo, construído de raiz em 1999 e em funcionamento desde 2000, que é propriedade do município. A localização do edifício é avaliada como “boa”(4), em termos de acessibilidade à rede viária e como “razoável”(3) no que se diz respeito à ligação à rede de transportes. O estado geral de conservação do edifício é avaliado como “mau”(2), a mesma avaliação que é atribuída a todas as dimensões avaliadas, com exceção da estrutura que é avaliada como “boa”(4). Apesar de dispor de estacionamento, iluminação e sinalética adequados, o edifício não tem espaços verdes e o estado de conservação do espaço exterior é considerado “mau”(2) e a adaptabilidade a pessoas com mobilidade condicionada é avaliada como sendo “razoável”(3). As diferentes dimensões aplicáveis relativas à organização espacial e à funcionalidade das instalações são avaliadas maioritariamente como “más”(2). O sistema de climatização e o conforto térmico são avaliados como “maus”(2), dispondo o edifício de certificação energética com Classificação C. No que se refere às dimensões aplicáveis relativas aos equipamentos e segurança, as respetivas avaliações incidem maioritariamente na classificação de “razoáveis”(3), destacando-se a avaliação negativa atribuída ao sistema de deteção e alarme de incêndio, classificado como “mau”(2). Para este edifício está previsto um projeto de requalificação, em fase de contratualização (grau de maturidade 4), com um investimento previsto de perto de 2 milhões de euros, financiado no âmbito do PRR (RE-C01-i01, nº 16/C01-i01/2023).

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 Penela 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 boa**, dada a proximidade geográfica a que se encontra dos principais hospitais da região. **Cerca de 99% da população reside a menos de 40 minutos de automóvel do hospital público mais próximo** com serviço de urgência bem como ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO de Coimbra) (**Quadro 20, Mapa 14 e Mapa 15**).

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>>

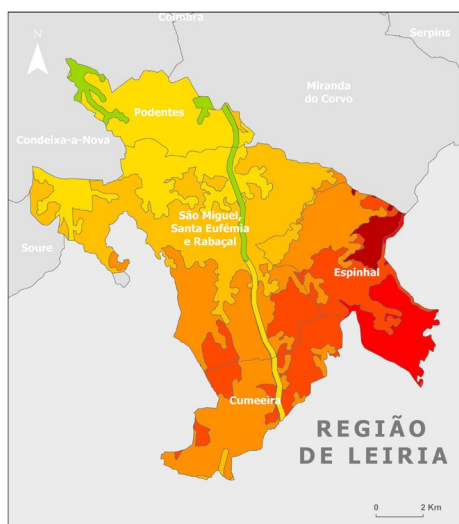
⁶⁷ As isócronas na Região de Coimbra foram estimadas tendo em conta os seguintes Hospitais: Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), Hospital Geral dos Covões e Hospital Distrital da Figueira da Foz.

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

Quadro 20. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) ao hospital público mais próximo com serviço de urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente) e IPO de Coimbra, no município de Penela (Nº e %), 2024.

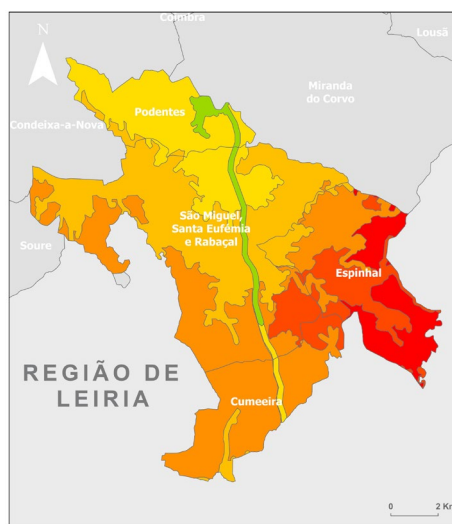
Acessibilidade geográfica da população residente por intervalos de tempo				
Minutos de automóvel	Hospital Público com Serviço de Urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente)		Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO)	
	Nº	%	Nº	%
≤ 15	0	0,00	0	0,00
16-20	77	1,42	72	1,32
21-25	1527	28,07	1450	26,65
26-30	2389	43,92	2649	48,69
31-35	1415	26,01	1258	23,13
36-40	27	0,50	6	0,11
≥ 41	5	0,09	4	0,07

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



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

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



Acessibilidade geográfica ao IPO no Município de Penela (em isócronas de tempo - minutos de automóvel)

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

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

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

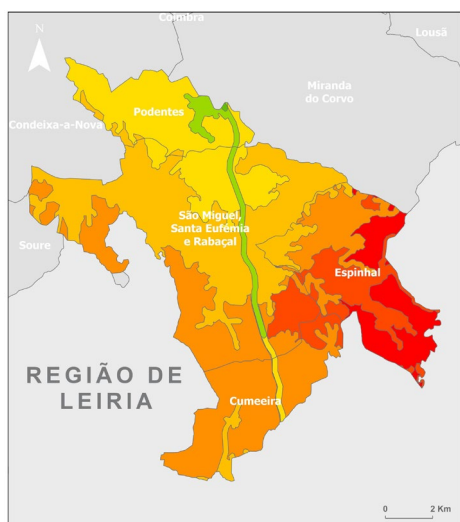
Fonte: Cálculos próprios com base na ESRI Portugal, Rede viária; INE, População residente e DGT, Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP2013).

Quando se analisa a acessibilidade geográfica aos cuidados hospitalares materno-infantis, observa-se que quase 100% da população reside a menos de 40 minutos, respetivamente da Maternidade (**Quadro 21** e **Mapa 16**) e do hospital público com serviço de Pediatria mais próximos (**Mapa 17**).

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 Penela (Nº e %), 2024.

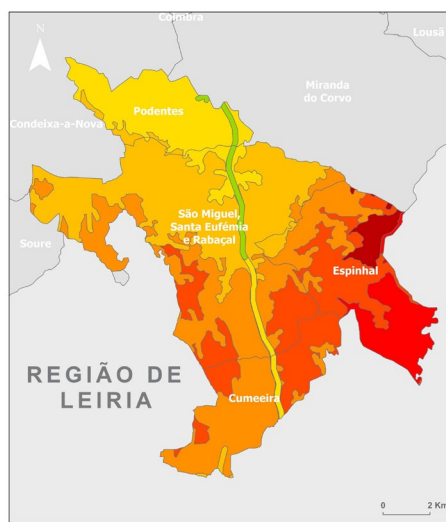
Acessibilidade geográfica da população residente por intervalos de tempo				
Minutos de automóvel	Maternidade pública		Hospital Público com serviço de pediatria	
	Nº	%	Nº	%
≤ 15	0	0,00	0	0,00
16-20	110	2,02	5	0,09
21-25	1529	28,11	543	9,98
26-30	2633	48,40	3098	56,95
31-35	1157	21,27	1739	31,97
36-40	6	0,11	48	0,88
≥ 41	4	0,07	8	0,15

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



Acessibilidade geográfica à Maternidade pública mais próxima no Município de Penela (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 Penela (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 Penela (minutos de automóvel), 2024.

Mapa 17. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Pediatria (consultas), no município de Penela (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 Penela foi de **1,45 consultas por habitante**. Relativamente à utilização dos serviços de urgência, a média registada foi cerca de **0,62 episódios de urgência geral por habitante**, no mesmo ano. Em ambos os indicadores o município apresenta rácios superiores comparativamente com a Região de Coimbra (1,24 e 0,45, respetivamente), destacando-se a freguesia do Espinhal com valor ainda mais alto de consultas externas (1,5), e a UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal com mais episódios de urgência geral por habitante (0,7) (**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 **2,5 consultas externas por cada episódio de urgência**. A freguesia de Podentes é aquela onde se verificou o maior rácio (**Mapa 20**).

Verificou-se, ainda, que **cerca de 2 em cada 100 utentes** residentes no município de Penela **recorreram ao serviço de urgência do CHUC mais de quatro vezes no ano de 2023**, sendo os residentes na freguesia do Espinhal os que apresentam maior frequência de utilização (3%) (**Mapa 21**).



Consultas externas segundo a residência dos utentes no Município de Penela (Nº por hab.)
1,26 1,33 1,49 1,53
Concelho: 1,45 | Região de Coimbra: 1,24 | Continente: n/d



Episódios de urgência geral segundo a residência dos utentes no Município de Penela (Nº por hab.)
0,42 0,49 0,65 0,68
Concelho: 0,62 | Região de Coimbra: 0,45 | Continente: n/d

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

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

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



Consultas externas por episódio de urgência segundo a residência dos utentes no Município de Penela (Nº por hab.)

2,29	2,58	3,03	3,04
------	------	------	------

Concelho: 2,46 | Região de Coimbra: 2,78 | Continente: n/d



Utentes que recorreram ao serviço de urgência mais de 4 vezes durante 1 ano no Município de Penela (%)

1,05	1,27	2,64	3
------	------	------	---

Concelho: 2,32 | Região de Coimbra: 1,50 | Continente: n/d

Mapa 20. Consultas externas por episódio de urgência segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Penela (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 Penela (%), 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 Penela existem **duas farmácias (Mapa 22)**, uma localizada na sede de concelho e outra na freguesia do Espinhal, correspondendo, globalmente, a uma média de 0,37 farmácias por 1.000 habitantes.



Farmácias no Município de Penela (/1000 hab.)

0 0,30 1,36 Farmácias

Concelho: 0,37 | Região de Coimbra: 0,37 | Continente: 0,28

Mapa 22. Farmácias no município de Penela, 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 das pessoas 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 Penela (**Figura 18**), em 2021, destacam-se as seguintes características:

- o **nível de escolaridade mais representativo** da população residente no município é o **ensino básico** (55%) (contra 48% na Região de Coimbra e no Continente);
- a proporção da população com o Ensino Secundário e Pós-Secundário completo atingia os 18% (contra 20% na Região de Coimbra e 22% no Continente);
- o segmento da população com o **Ensino Superior** completo representava **12%** 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 ligeiramente superior nos homens (58% que compara com 56% nas mulheres);
- no caso do Ensino Superior observa-se o predomínio da população feminina face à masculina (12% e 10% respetivamente), valores inferiores aos observados nas unidades estatísticas de comparação.

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

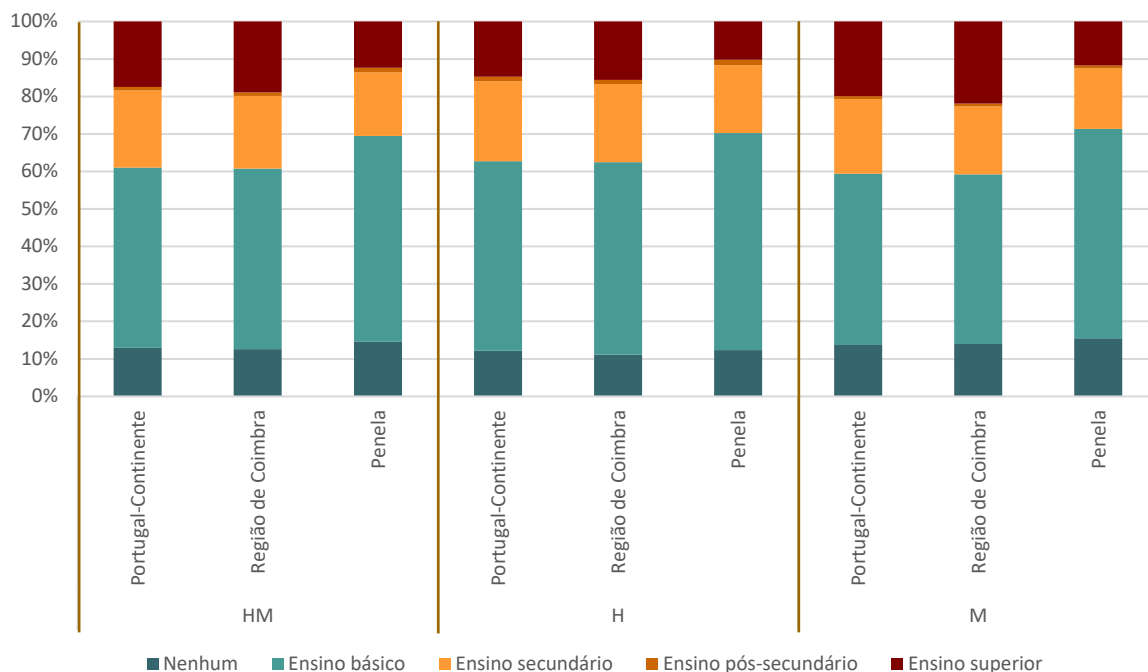


Figura 19. Nível de escolaridade da população residente no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo (%), 2021.

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 Penela, destaca-se:

- 72% 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 36% na população com 35-44 anos e 25% na população com 25-34 anos;
- 37% 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 16% na população com 55-64 anos e somente 4% na população com 65 e mais anos;
- 35% 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 11% na população com 55-64 anos e somente 4% na população com 65 e mais anos.

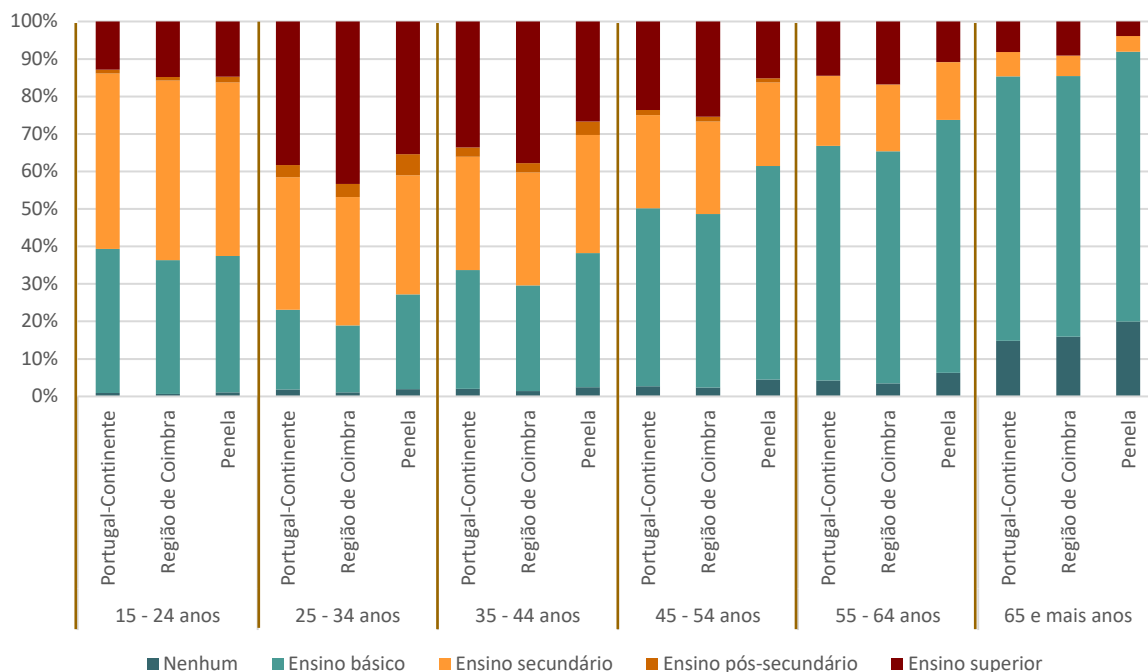


Figura 20. Nível de escolaridade da população residente no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o escalão etário (%), 2021.

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 Podentes (19%) e mínimos na freguesia de Cumeeira (12%).



Mapa 23. Proporção da população residente com 21 e mais anos com ensino superior completo, no município de Penela, 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 Penela (5% da população residente) é diferenciada segundo o sexo considerado (4% nos homens que compara com 6% nas mulheres), verificando-se também acentuadas **diferenças segundo a freguesia de residência** (na freguesia de Espinhal 10% das mulheres são analfabetas) (**Figura 20**).

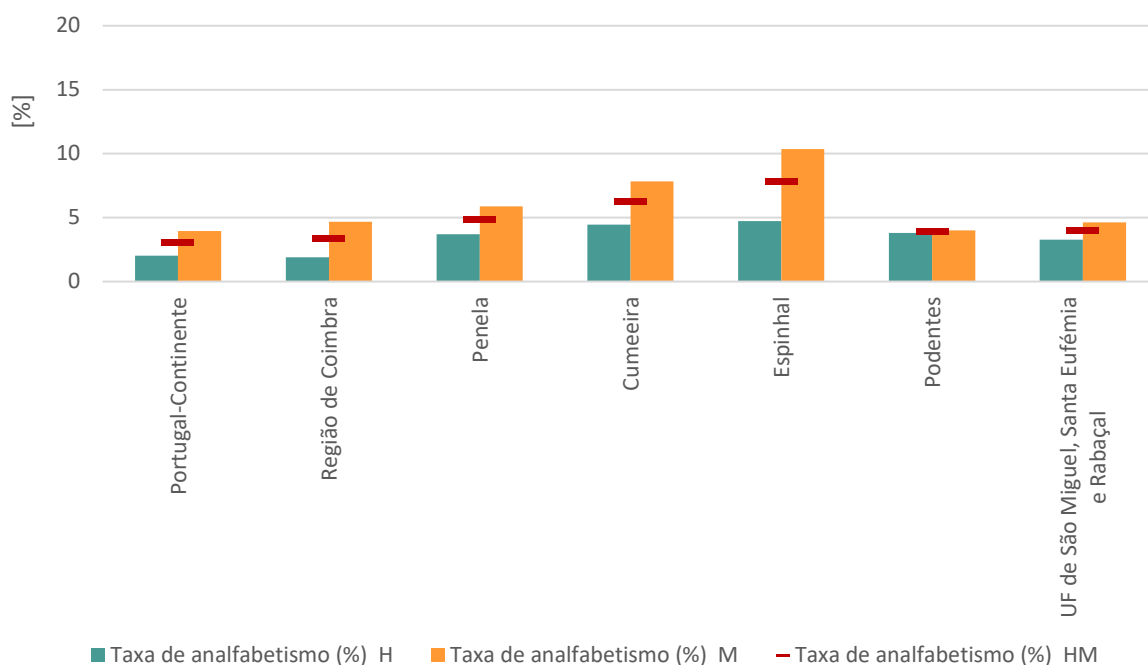


Figura 21. Taxa de analfabetismo da população residente (%) no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo, 2021.

Fonte: INE, Censos 2021

O posicionamento do município de Penela no que se refere ao **abandono precoce do sistema de educação/formação**⁷⁴ por parte dos/as seus jovens revela uma situação idêntica à verificada na Região de Coimbra e mais favorável do que a que se observa no Continente. Assim, os/as jovens residentes no município com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos com o máximo do 3º

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.

Ciclo do Ensino Básico e que não frequentavam o ensino em 2021 representavam 8,0% do total deste grupo etário, que compara com 11,2% no Continente e 8,1% na Região de Coimbra. Esta percentagem representa uma redução substancial relativamente a 2011, em que este valor era de 23%, ou seja, intermédio relativamente às unidades estatísticas de comparação (Portugal Continental com 25,8% e a Região de Coimbra com 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 e Mapa 24).

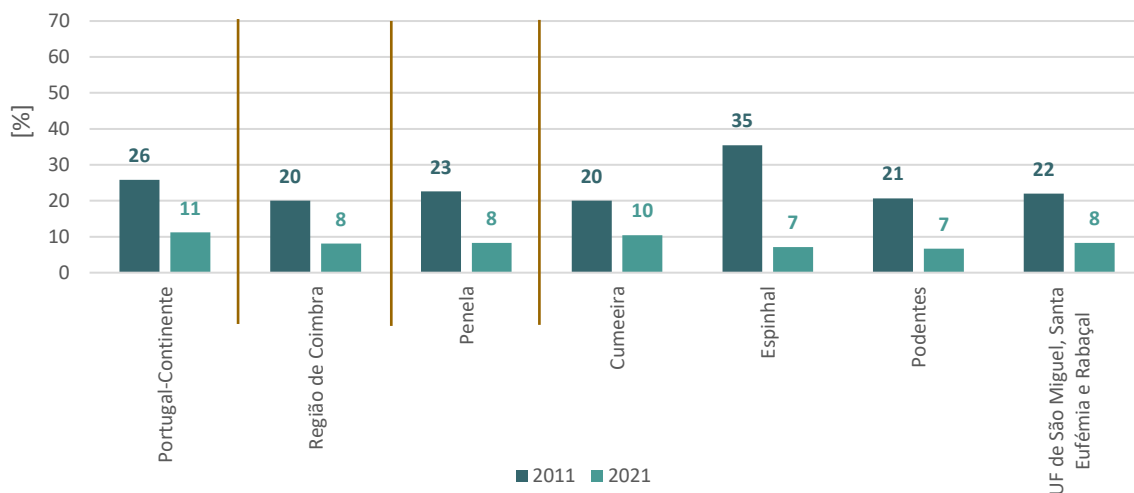


Figura 22. Taxa de abandono precoce de educação e formação, no município de Penela (%), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo a freguesia, 2011 e 2021.

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.



Mapa 24. Taxa de abandono precoce de educação e formação, no município de Penela, 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 os 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 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 Penela eram o **trabalho (43%)** e a **reforma/pensão (39%)** (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 Penela estava ainda a cargo da família, valor inferior às unidades estatísticas em análise (cerca de 13%).

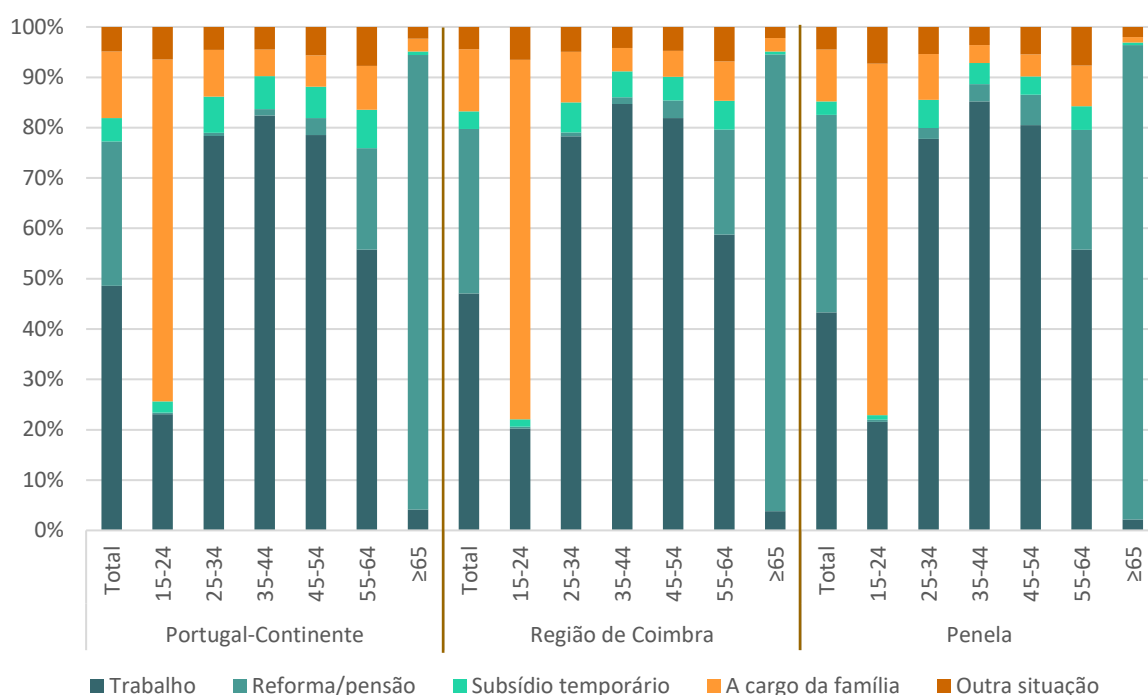


Figura 23. População residente com 15 e mais anos no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o grupo etário e a fonte de rendimento (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

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 **“Saúde e Apoio Social”**, que concentra cerca de 17% do total da população empregada residente no município, que compara com 16% na Região de Coimbra e 10% em Portugal Continental. No caso dos restantes setores mais representativos, regista-se um peso inferior do emprego no **“Comércio”** (14% no município, que compara com 15% a nível regional e 16% no Continente), assim

como no que se refere à “Indústria Transformadora” que regista 14% da população empregada residente no município (contra 15% a nível regional e 16% a nível do Continente) (**Quadro 22**).

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

[Secção - CAE Rev. 3]	Portugal- Continente		Região de Coimbra		Penela	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
[C] Indústrias transformadoras	682.498	16	27.645	15	301	14
[F] Construção	325.306	8	13.739	7	262	12
[G] Comércio por grosso e a retalho; reparação de veículos automóveis e motociclos	682.015	16	27.929	15	296	14
[O] Administração Pública e Defesa; Segurança Social Obrigatória	318.833	8	15.535	8	221	10
[Q] Atividades de saúde humana e apoio social	422.078	10	28.861	16	362	17
Outra	1.789.693	42	71.033	38	710	33

Fonte: INE, Censos 2021.

A análise dos dados relativos ao **perfil profissional da população empregada** residente no município de Penela, 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 da categoria de “**Dirigentes e trabalhadores qualificados**” na estrutura do emprego (38%), que acompanha de perto 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 de “Dirigentes e trabalhadores qualificados” na estrutura do emprego, que representando, como vimos, 38% do total do emprego, regista 47% do emprego masculino total;
- o predomínio do emprego feminino na mesma na categoria de “Dirigentes e trabalhadores qualificados”, conjuntamente com a categoria de “Trabalhadores dos serviços pessoais” (cada uma delas com 28% do total do emprego feminino no município). Regista-se ainda uma concentração elevada de mulheres na estrutura do emprego na categoria de “Trabalhadores não qualificados” (25%).

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.

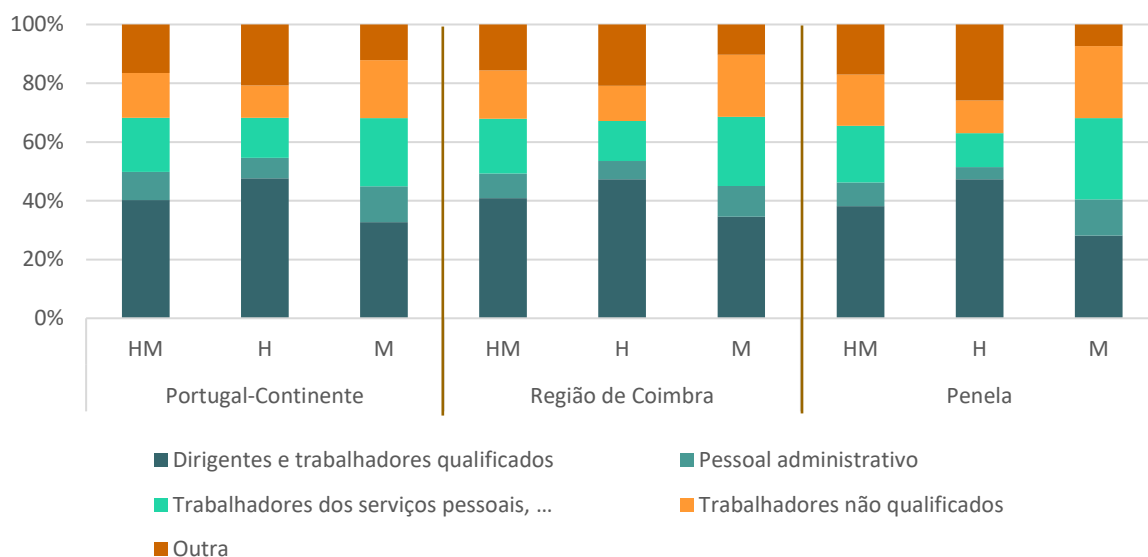


Figura 24. População empregada segundo a profissão e o sexo, de acordo com a CPP, no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.

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 dos indivíduos/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** dos/as trabalhadores/as residentes do município de Penela revela uma **evolução positiva entre 2013 e 2021**, que se cifrou em 28% (de 835€ para 1.067€), 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 (**1.067€** que compara com 1.168€ na Região de Coimbra e 1.294€ no Continente), a respetiva evolução tem sido no sentido de aproximar Penela das unidades estatísticas de comparação.

Neste contexto de análise do rendimento, é importante destacar o grupo de **trabalhadores/as 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/as trabalhadores/as não qualificados, o montante tem sido sempre inferior em Penela em comparação com as unidades estatísticas de referência, com exceção do último ano do período em análise em que este montante ultrapassou o das unidades estatísticas de comparação (**Figura 24**). Assim, este diferencial manteve-se entre 2013 e 2020, tendo-se registado uma subida acentuada entre 2020 e 2021, na ordem dos 30%, culminando, em 2021, num valor médio mensal de **1.033€** no município, que compara com 901€ na Região de Coimbra e 896€ no Continente.

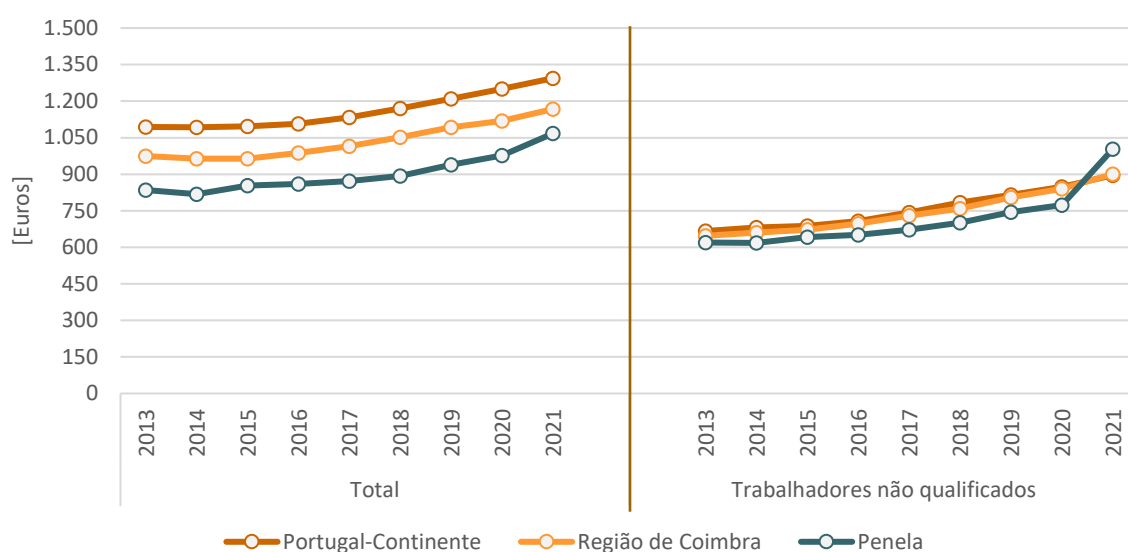


Figura 25. Evolução do ganho médio mensal, total e dos/as trabalhadores/as não qualificados (CPP9), no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Euros), entre 2013 e 2021.

Fonte: INE, MTSSS/GEP, Quadros de pessoal

No que concerne aos **rendimentos das pensões**, os/as 2.077 pensionistas⁸² residentes no município de Penela que, em 2022, eram titulares de pensões da Segurança Social, auferiam um **valor médio anual** na ordem dos **4.692€**, 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.

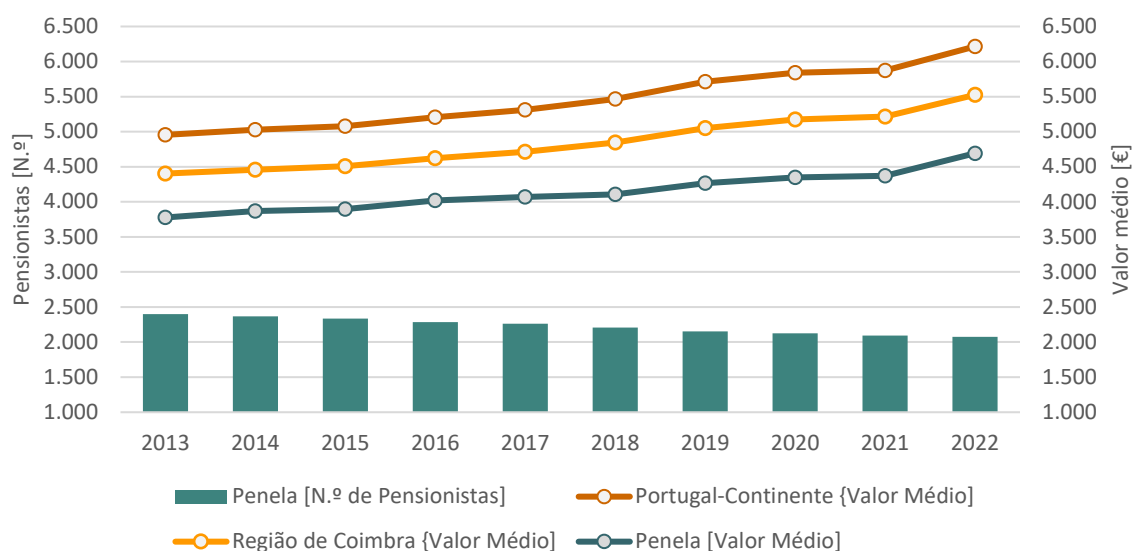


Figura 26. Pensionistas (N.º) e valor médio anual das pensões da Segurança Social (Euros) no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, entre 2013 e 2022.

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 desempregados/as registados/as no Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) em todas as unidades estatísticas em análise, tendo essa redução registado uma maior intensidade no município de Penela (-59%), 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 Penela **104 desempregados/as registados/as**, dos quais 56% eram do sexo feminino. Também o número de **desempregados/as de longa duração**, ou seja, desempregados/as inscritos/as há um ano ou mais, registou uma acentuada redução no período em análise, menos intensa no município de Penela onde atingiu uma **diminuição de 69%**, que compara com -62% e -60%, respetivamente na Região de Coimbra e no Continente, contabilizando-se 38 pessoas desempregadas nesta condição neste último ano (**Figura 27**).

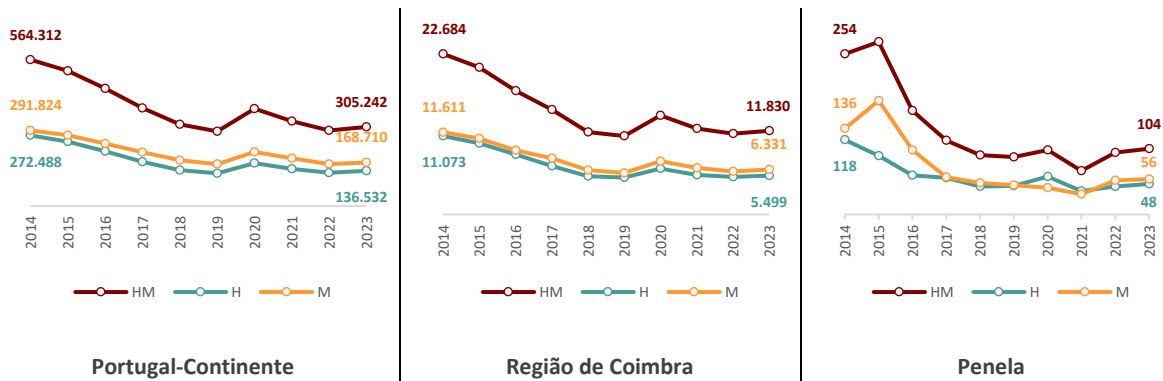


Figura 27. Evolução do desemprego registado no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2023.

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

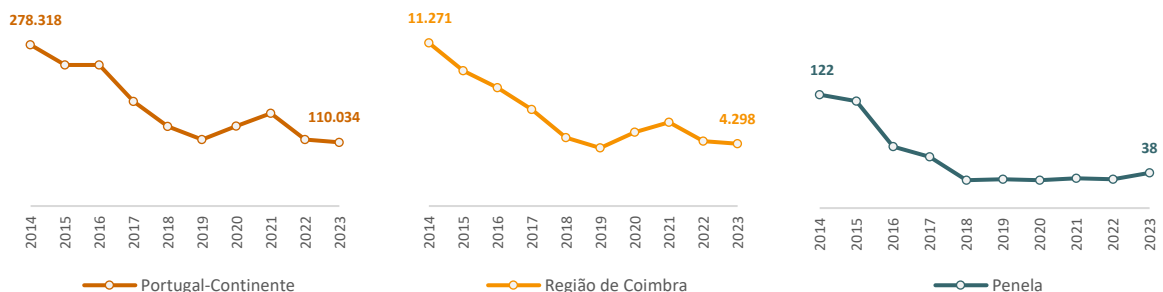


Figura 28. Evolução do desemprego registado com tempo de inscrição igual ou superior a 1 ano no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.

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

Em sentido oposto, a evolução dos números do **desemprego jovem** (o que atinge as pessoas com idade inferior aos 25 anos) no período em análise, demonstra uma **redução** menos acentuada no município (-47%) em comparação com a Região de Coimbra (-52%) e Portugal Continental (-51%), contabilizando-se 18 desempregados/as nesta situação em 2023 (Figura 28).

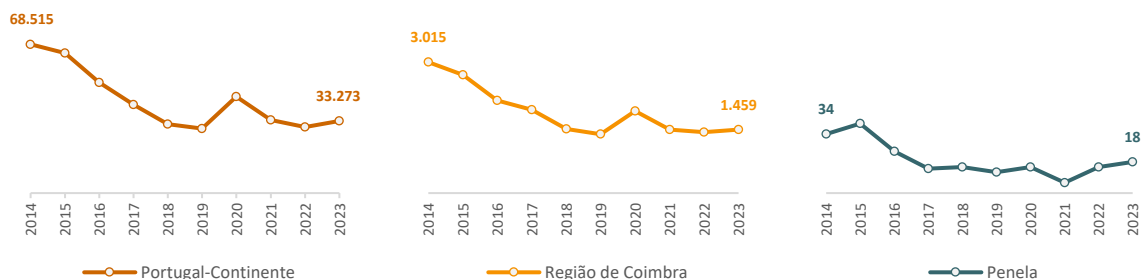


Figura 29. Evolução do desemprego registado no grupo etário com menos de 25 anos no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.

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 dos/as cidadãos/ãs, sendo conhecido o seu papel na prevenção e mitigação da pobreza num país com as características de Portugal.

7.2.2.1 Beneficiários/as de subsídio de desemprego

O número de **beneficiários/as do subsídio de desemprego da Segurança Social**⁸³ no município de Penela em 2022 atingia as 79 pessoas, representando um **decréscimo** de 66% relativamente a 2014, evolução superior à verificada tanto na Região de Coimbra (-48%) como no Continente (-43%) (**Figura 29**). A análise segundo o género dos/as beneficiários/as desta prestação releva uma crescente importância da **representatividade feminina** ao longo do período analisado, sobretudo no município de Penela, onde entre 2014 e 2022 a proporção de beneficiários/as do género feminino passou de 47% para 65% do total.

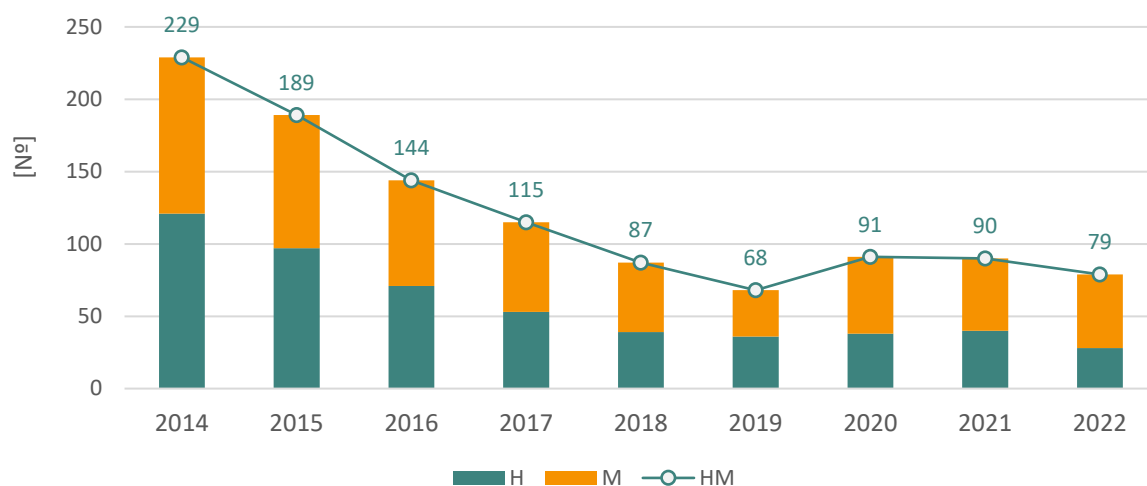


Figura 30. Beneficiários/as de subsídio de desemprego da Segurança Social no município de Penela, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2022.

Fonte: INE, Instituto de Informática.

⁸³ 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.

7.2.2.2 Beneficiários/as de Rendimento Social de Inserção

Em relação ao **Rendimento Social de Inserção (RSI)**⁸⁴, ao longo do período entre 2014 e 2022, o número de beneficiários/as no município de Penela seguiu uma **tendência aumento (+4%)**, em sentido contrário ao que se verificou nas unidades estatísticas de comparação que registaram descidas no número de beneficiários/as tanto a nível regional (-18%) como no Continente (-16%) (**Figura 30**).

Em 2022, em cada 1.000 habitantes, 10 recebiam o RSI. A maioria dos/as **58 beneficiários/as** situava-se no **escalão etário com idades inferiores aos 25 anos**, correspondendo a **41% do total dos/as beneficiários/as**, situação idêntica à que se verificava nas unidades estatísticas de comparação – 33% na Região de Coimbra e 41% no Continente, neste escalão etário (**Quadro 23**).

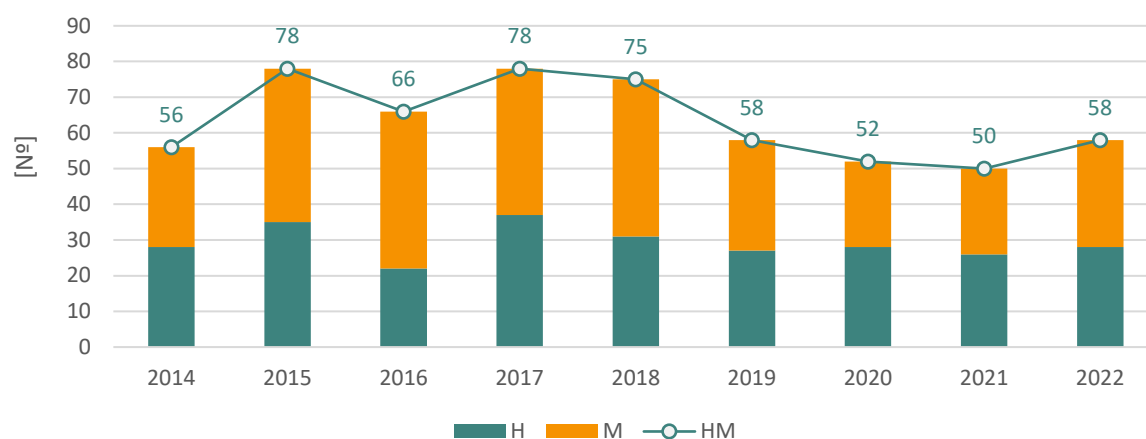


Figura 31. Beneficiários/as do RSI da Segurança Social no município de Penela, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2022.

Fonte: INE, Instituto de Informática.

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

Grupo Etário	Portugal-Continente		Região de Coimbra		Penela	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
< 25 anos	99.275	41	2.779	33	24	41
25 a 39 anos	39.540	16	1.445	17	8	14
40 a 54 anos	48.932	20	1.912	23	7	12
≥ 55 anos	53.696	22	2.346	28	19	33
Total	241.443	100	8.482	100	58	100

Fonte: INE, Instituto de Informática.

⁸⁴ 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.

No que diz respeito à distribuição dos/as beneficiários/as de RSI pelas diferentes freguesias verifica-se que **67% do total dos/as beneficiários/as** residem na **UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal**, que é também a freguesia mais populosa – 39 beneficiários/as em 2022. No entanto, observando o peso deste grupo sobre a população residente, sobressai a freguesia de Podentes, onde em cada em 1.000 habitantes, 15 recebem este apoio (**Mapa 25**).



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

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

7.2.2.3 Beneficiários/as de Complemento Solidário para Idosos

No que se refere ao **Complemento Solidário para Idosos (CSI)**⁸⁵ 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 -37% no município de Penela (**Figura 31**). Entre 2022 e 2023 registou-se, no entanto, uma ligeira recuperação no número de pessoas apoiadas em todas as unidades estatísticas consideradas, que se cifrou em 4% em Portugal Continental, em 2% na Região de Coimbra e em 3% no município de Penela, sendo que, neste último ano, Penela contabilizava **154 beneficiários/as** deste apoio.

⁸⁵ 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.

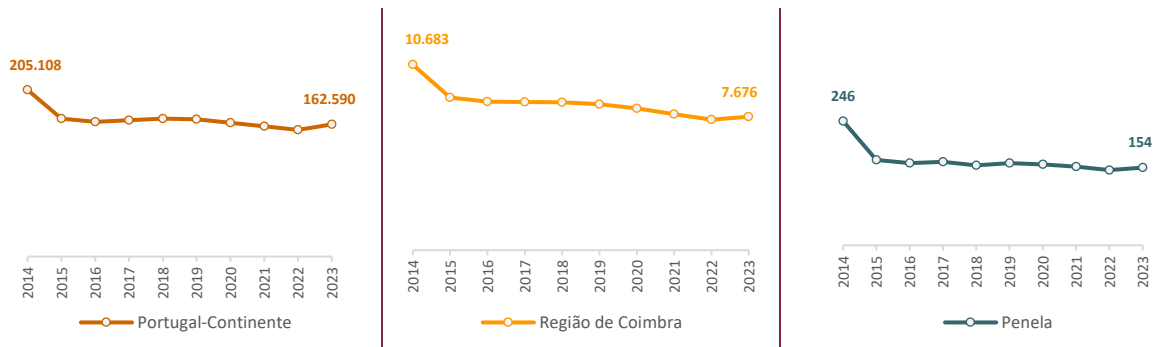


Figura 32. Evolução do número de beneficiários/as com prestações de CSI processadas no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.

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

Em média, no município, **9% da população com 66 e mais anos recebe o CSI**. A análise da distribuição dos/as beneficiários/as segundo as diferentes freguesias revela uma ligeira variação: entre os 8% registados/as na freguesia de Podentes e os **10% na freguesia de Cumeira (Mapa 26)**.



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

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

7.2.2.4 Beneficiários/as 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)**⁸⁶. No município de Penela 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 -23% (de 145 para 112 alunos/as), num contexto em que o número de alunos/as registou uma redução na ordem dos -15% (de 513 para 435 inscritos/as). Estes números significam que no ano letivo de 2023/2024 a proporção de alunos/as beneficiários/as de ASE no município representava **26%** do total, enquanto em 2014/2015 essa percentagem atingia os 28% (**Figura 32**).

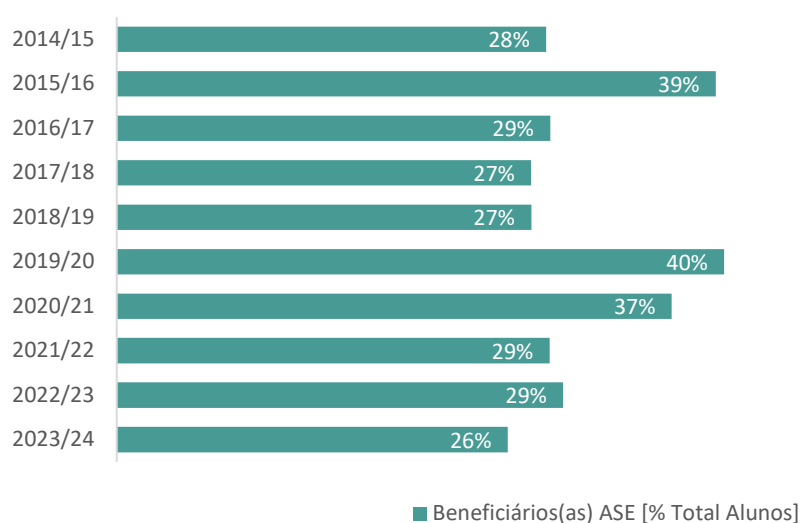


Figura 33. Beneficiários/as de Ação Social Escolar (Escalões A e B), no município de Penela (%), entre os anos letivos 2014/2015 e 2023/24.

Fonte: Município de Penela.

A análise da distribuição dos/as alunos/as beneficiários/as de ASE segundo a respetiva freguesia de residência revela uma distribuição diversificada, tributária tanto das condições económicas das famílias como da dimensão dos universos envolvidos. Neste contexto, no ano letivo de 2023/2024 destaca-se a **freguesia de Espinhal**, onde **33%** dos/as alunos/as recebem este apoio (**Mapa 27**).

⁸⁶ A ASE é um programa de apoios assegurado pelo Estado através do Ministério da Educação e Ciência e dos Municípios, destinado a alunos/as cujas famílias tenham baixos rendimentos. O seu objetivo é o de garantir que todos os/as alunos/as conseguem frequentar a escolaridade obrigatória. Estão abrangidos por este apoio os/as alunos/as 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/as provenientes de agregados familiares com rendimentos anuais entre 6.208,81€ e os 9.307,20€ (escalão C da ASE).



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

Fonte: Município de Penela.

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**⁸⁷, 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.

No caso específico do município de Penela, onde não se regista apoio ao fornecimento doméstico de gás natural, a **tarifa social de energia elétrica**, apoiava **227 beneficiários**, o que corresponde a cerca de **10% 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 dos cidadãos. 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 todos os residentes.

⁸⁷ 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.”

7.2.2.6 Beneficiários/as de programas municipais de apoio social

No sentido de mitigar as carências económicas e sociais identificadas e apoiar os **munícipes em situação de maior vulnerabilidade**, o município de Penela desenvolve um conjunto de **programas e projetos de iniciativa municipal**, que visam o auxílio em situações concretas e diversificadas. Destaca-se o Programa «Penela Solidária — Ajuda de Emergência», abreviadamente designado por «PSAE», consubstanciado na criação de mecanismos de apoio público capazes de garantir o acesso a habitação condigna e a bens de consumo na área da alimentação e saúde dos agregados familiares que, comprovadamente, se encontrem em situação de grave carência económica. A este programa junta-se o +Fundo de Emergência Social bem como os cerca de 351 munícipes que beneficiam de incentivo à natalidade e apoio à família e 170 destinatários/as de bolsas académicas. Este Programas abrangem um conjunto diversificados de munícipes residentes nas suas diversas freguesias (**Quadro 24**).

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

Freguesia	Penela (Nº beneficiários/as)		
	2021	2022	2023
Cumeeira	13	4	0
Espinhhal	15	14	10
Podentes	0	2	3
UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal	33	19	47
Total	61	39	60

Fonte: Município de Penela.

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 **peças com 65 ou mais anos e a viverem sós**⁸⁸ possui um forte impacto na adequação e dimensionamento das respostas sociais e dos cuidados de saúde necessários num determinado território.

O município de Penela regista uma percentagem de **adultos idosos que vivem sós** superior às unidades estatísticas de referência – **23% em 2021**, que compara com 21% tanto no Continente como na Região de Coimbra –, tendo essa percentagem subido 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 21% na freguesia de Podentes e um máximo de 26% na freguesia de Cumeeira) e, sobretudo, o género dos residentes, verificando-se uma **predominância de mulheres idosas que vivem sós** (28%, que compara com apenas 17% de homens) (**Quadro 25**). A análise segundo a freguesia de residência revela que **35% das mulheres com 65 e mais anos** que residem na **freguesia de Cumeeira vivem sós** (**Mapa 28**).

Quadro 25. População com 65 ou mais anos a viver só no município de Penela (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
Penela	22,4	14,7	28,0	23,3	17,4	27,6
Cumeeira	21,2	12,7	27,2	25,7	13,0	34,9
Espinhhal	25,5	20,4	29,1	22,9	19,8	24,8
Podentes	19,6	11,3	25,9	20,7	18,8	22,1
UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal	22,4	14,5	28,3	23,1	17,9	27,0

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.

⁸⁸ 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).



Mapa 28. População com 65 ou mais anos a viver só no município de Penela, 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** abrangendo diversos residentes distribuídos pelas diferentes freguesias do município (**Quadro 26**).

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 Penela (Nº), entre 2022 e 2024.

Freguesia	Penela (Nº beneficiários/as)		
	2021	2022	2023
Cumeieira	7	6	7
Espinhal	7	5	4
Podentes	1	1	1
UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal	13	13	11
Total	28	25	23

Fonte: Município de Penela.

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 morbilidade. 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.^{89,90,91,92}

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 4.364 alojamentos que constituíam o parque habitacional existente em 2021 no município de Penela destinavam-se, maioritariamente, a residência habitual (52%), sendo que 23% eram utilizados como residências secundárias e 26% se encontravam vagos. Ainda relativamente ao parque edificado, **30% 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 (89 edifícios), acompanhando a tendência geral de estagnação que caracterizou a dinâmica do imobiliário ao longo da última década.

Atendendo a que 84% dos edifícios têm mais de 20 anos, importa analisar o **estado de conservação** do parque edificado. No município de Penela, a parcela do edificado que, em 2021, se apresentava **em situação muito degradada ou com necessidade de intervenções** com algum significado, representava cerca de **39% do total dos edifícios** existentes no município (valor superior à média regional e à média do Continente, 18% e 14%, respetivamente) (**Figura 33**).

⁸⁹ 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.

⁹⁰ 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.

⁹¹ EUROFOUND (2016). *Inadequate Housing in Europe: Costs and Consequences*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

⁹² 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 606 edifícios em situação muito degradada (i.e., 15% 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 Podentes** a posicionar-se mais desfavoravelmente, com 23% do seu *stock* a necessitar de reparações profundas e 44% a necessitar de reparações médias e profundas (**Mapa 29**).

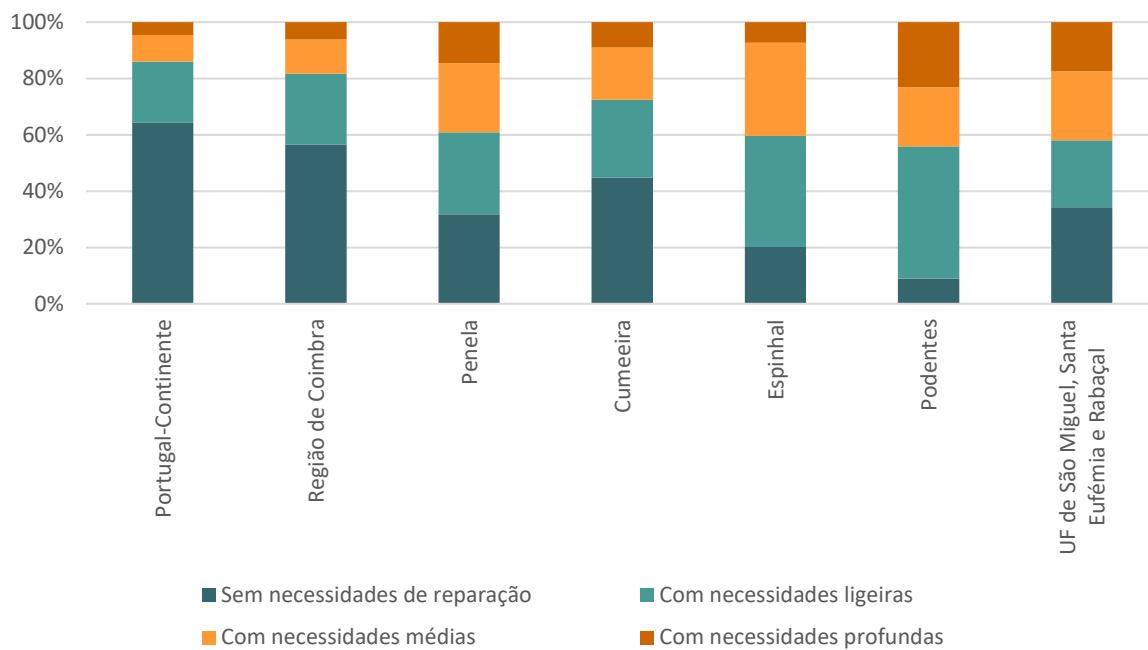


Figura 34. Edifícios segundo a dimensão da necessidade de reparação no município de Penela (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.



Mapa 29. Edifícios com necessidades de reparação médias e profundas no município de Penela, 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. Constatou-se que no município de Penela **a maioria dos alojamentos**, cerca de **60%**, **não é acessível a cadeiras de rodas**, que compara com a realidade tanto da Região de Coimbra (com 61%) como de Portugal Continental (com 66%). A análise por freguesia evidencia que o défice de acessibilidade a cadeiras de rodas é particularmente acentuado nos alojamentos localizados na **freguesia de Espinhal (70%)** (Figura 34).

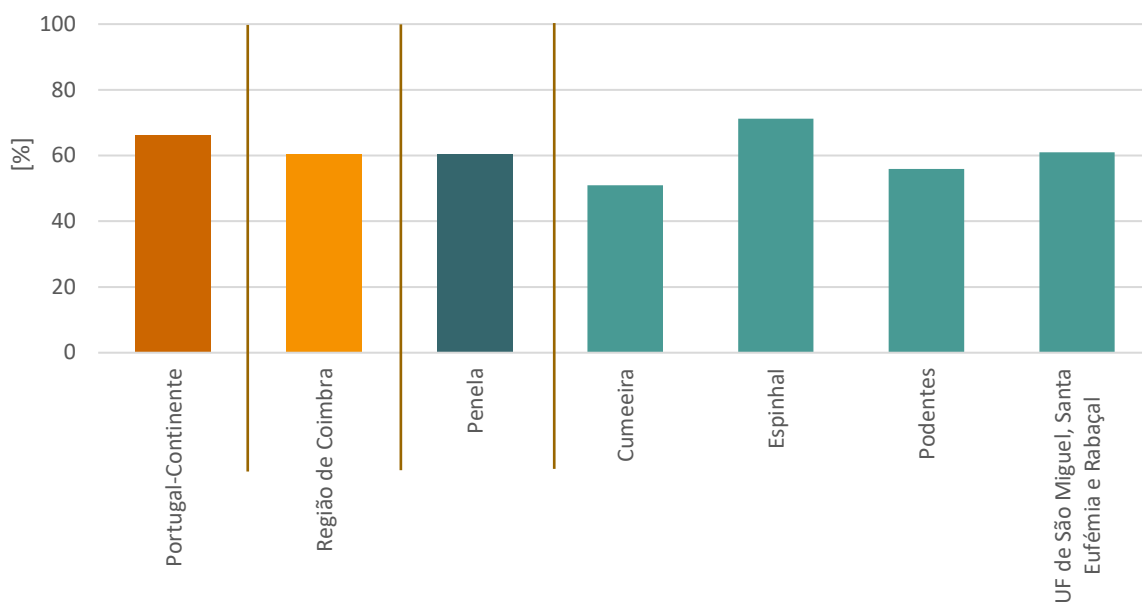


Figura 35. Alojamentos familiares clássicos de residência habitual com entrada não acessível a cadeira de rodas no município de Penela (freguesias), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021

Também relevante para a análise da acessibilidade às habitações é a questão a **(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 adulta mais velha 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 Penela verifica-se que **4%** 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 Cumeieira e de Podentes, e os **6%** na **UF de São, Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal (Mapa 30)**.



Mapa 30. População residente em edifícios com mais de 3 andares e sem elevador no município de Penela, 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 idosos 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)⁹³, **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%).

⁹³ European Union (2023). *European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)*. <<https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview>>

Um estudo recentemente publicado sobre a pobreza energética em Portugal (Carvalho et al., 2023)⁹⁴, posiciona o município de Penela numa posição intermédia em termos de pobreza energética a nível nacional, com um valor do **Índice de Vulnerabilidade Energética Municipal (IVEM)** ⁹⁵ de 0,201.

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 20% dos alojamentos familiares do município estão equipadas com este sistema (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 Penela, o sistema de aquecimento mais frequentemente utilizado é a lareira, com 36% do total (**Figura 35**). Acresce que **18% 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 Penela apenas **10% dos alojamentos têm ar condicionado**, valor inferior aos observados na Região de Coimbra e no Continente (12% e 17%, respetivamente).

⁹⁴ 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>

⁹⁵ 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>

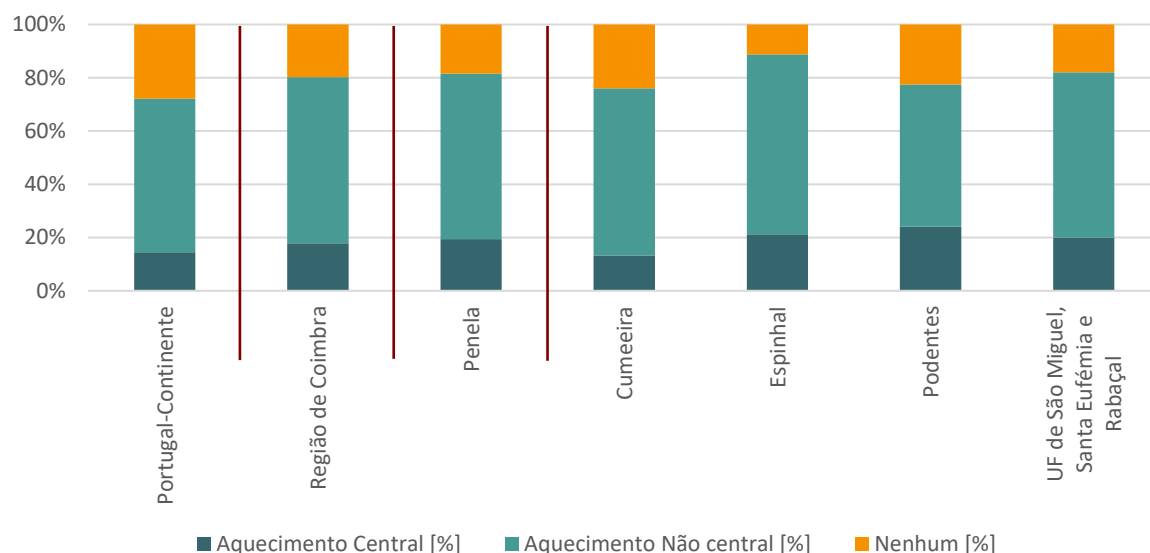


Figura 36. Alojamentos familiares clássicos de residência habitual segundo o tipo de aquecimento no município de Penela (segundo a freguesia), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.

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, de **18,4 minutos** nas suas deslocações diárias para trabalhar ou estudar, sendo ligeiramente inferior ao tempo médio registado na Região de Coimbra (18,6 minutos) e Continente (20 minutos). Analisando o território municipal, o tempo médio de deslocação varia ligeiramente: entre os 16 os 22 minutos (**Mapa 31**).



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

Fonte: INE, Censos 2021.

Tal como se observa a nível nacional, **a grande maioria dos habitantes no município de Penela desloca-se de automóvel** (veículo próprio), quer como condutor, quer como passageiro. Em 2021, são **77%**, proporção que aumentou em relação a 2011, acompanhando o contexto regional e nacional (**Figura 36**).

Considerando os modos suaves, observa-se que cerca de **12%** da população residente **desloca-se a pé ou de bicicleta para o trabalho ou para a escola**, uma proporção que se aproxima das registadas pela Região de Coimbra (12%) e Continente (14%). Na **deslocação em transporte público** (autocarro), verifica-se que apenas **7,4%** dos habitantes utiliza esse meio nas suas deslocações diárias.

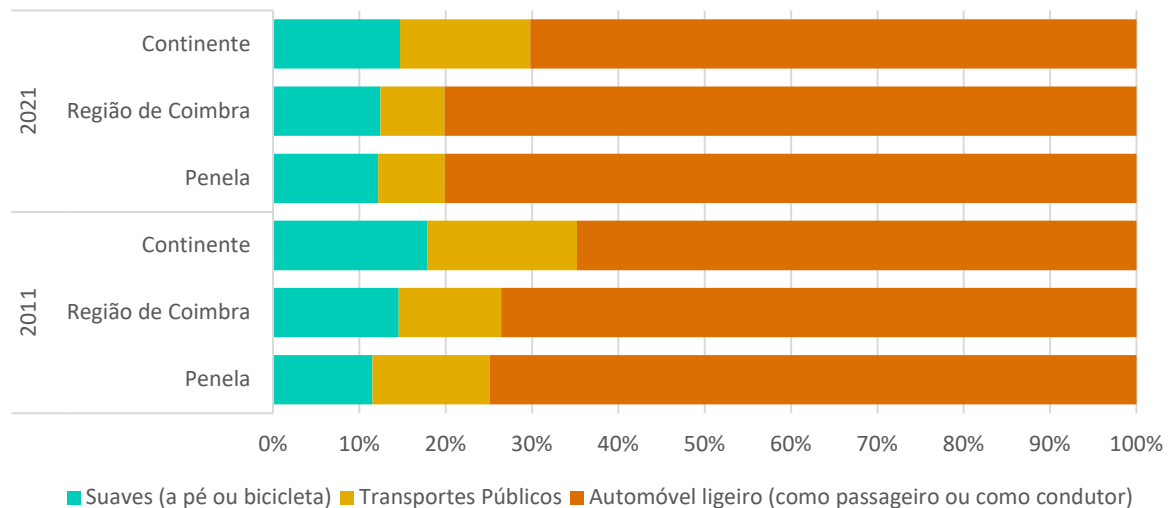


Figura 37. Meio de transporte principal utilizado nos movimentos pendulares no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%) 2011 e 2021.

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.

Territorialmente, observam-se algumas **variações geográficas** (Mapa 32 e Mapa 33). Por exemplo, a freguesia da Cumeeira apresenta a maior proporção no uso do automóvel (82%) e, em sentido oposto, a menor utilização do transporte público (5%). Por seu turno, a freguesia de Podentes, no setor Norte, apresenta a proporção mais elevada na utilização do transporte público (10%).



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 Penela, 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 Penela, 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** ⁹⁶.

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 Penela tem no seu território **nove espaços verdes** (parques e jardins), localizados na UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal (quatro), freguesia de Espinhal (quatro) e Cumeieira (um).

⁹⁶ Hunter, F., Nieuwenhuisen, 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)>

Em relação aos espaços azuis, existe **uma praia fluvial** – Praia Fluvial da Louçainha localizada na freguesia de Espinhal (**Mapa 34 e Quadro 27**).



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

Fonte: Município de Penela.

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

Freguesia	Espaços verdes	Espaços azuis
Cumeieira	Jardim do Centro de Dia da Cumeieira	-
Espinhal	Parque verde da Quinta da Cerca	-
	Jardim Parque Infantil Quinta da Cerca	-
	Jardim Praia Fluvial da Louçainha	Praia Fluvial da Louçainha
	Jardim das Gerações	-
UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal	Parque de águas romanas	-
	Jardim Dom Sesnando	
	Jardim Praça da República	
	Jardim exterior da Piscina Municipal	

Fonte: Município de Penela.

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 mundo⁹⁷.

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 OMS⁹⁸. 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 saúde⁹⁹. 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 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.¹⁰⁰

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.

⁹⁷ 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>.

⁹⁸ 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>

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 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.

Em termos temporais, o município de Penela diminuiu as **emissões** das **partículas inaláveis (PM₁₀ e PM_{2.5})** e aumentou ligeiramente o óxido de nitrogénio (NOx¹⁰¹) proveniente essencialmente do transporte rodoviário. O primeiro poluente continua a ser as PM₁₀ e a principal fonte de emissão o **uso de solventes (Figura 37)**¹⁰².

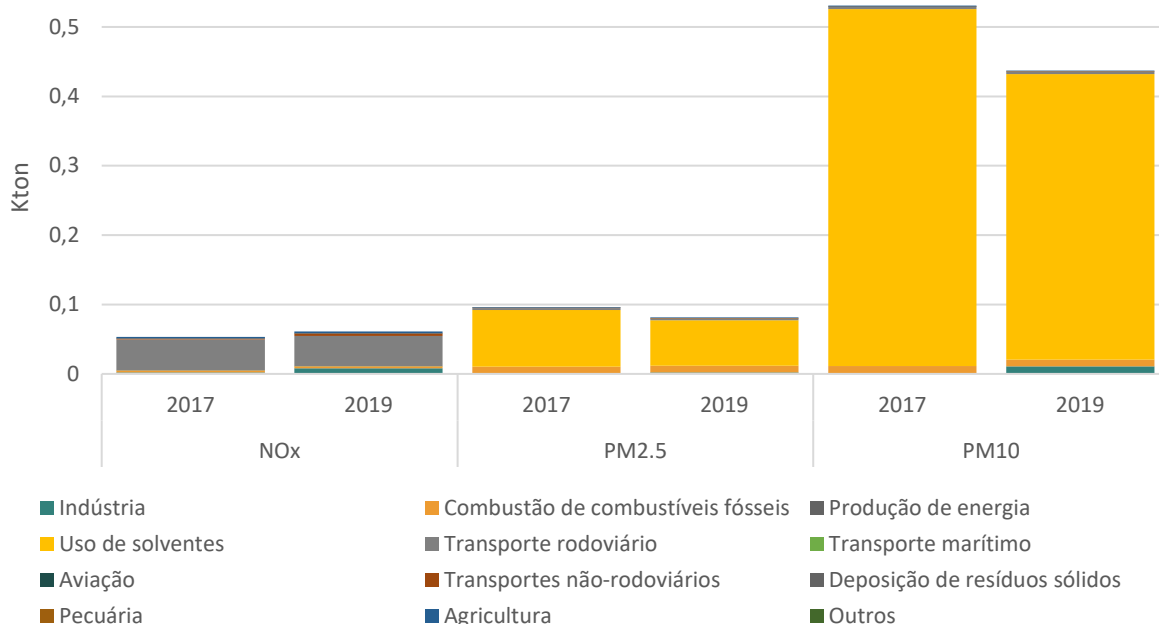


Figura 38. Emissão de gases para a atmosfera no município de Penela, segundo o tipo de poluente e fonte de emissão (kton – quilotoneladas), 2017 e 2019.

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

A utilização de solventes orgânicos em determinadas atividades e instalações origina emissões para a atmosfera de compostos orgânicos voláteis que contribuem para a formação local ou

¹⁰¹ 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.

¹⁰² 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).

transfronteiras de oxidantes fotoquímicos, que apresentam efeitos nocivos na saúde humana e são suscetíveis de danificar recursos naturais¹⁰³.

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”.

O município de Penela, em 2022, apresenta um sistema de gestão de resíduos assente na **valorização multimaterial**¹⁰⁶ (56,7%), seguida da **deposição em aterro** (25,8%), e **orgânica** (17,4%) (**Figura 38**).

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 bastante mais elevados). Relativamente à valorização energética¹⁰⁷ dos resíduos, é de salientar que ainda é inexistente tanto no município como na Região de Coimbra.

¹⁰³ A prevenção e controlo da poluição provocada pelas emissões de compostos orgânicos voláteis resultantes da utilização de solventes orgânicos em certas atividades e instalações encontra-se regulamentada pelo Regime de Emissões Industriais, concretamente no Capítulo V do Decreto-Lei nº 127/2013, de 30 de agosto (Regime COV) (APA).

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).

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.

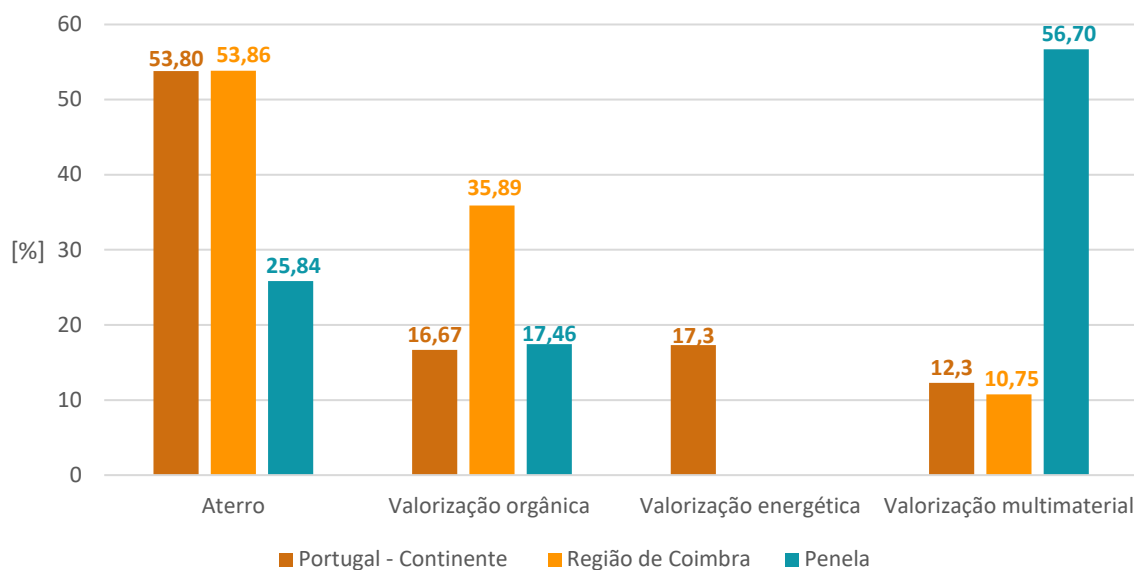


Figura 39. Resíduos urbanos geridos por tipo de destino no município de Penela em comparação com a Região de Coimbra e Portugal-Continental (%), 2022.

Fonte: INE, Estatísticas dos resíduos urbanos.

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.

Perceções 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.

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.

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 Penela, entre 2014 e 2022, foram registados 198 acidentes de viação, dos quais resultaram 273 vítimas, incluindo 6% de feridos graves e 4% de vítimas fatais (correspondendo a 11 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** (77% do total de acidentes com vítimas e 91% do total de acidentes com vítimas mortais) (Figura 39).

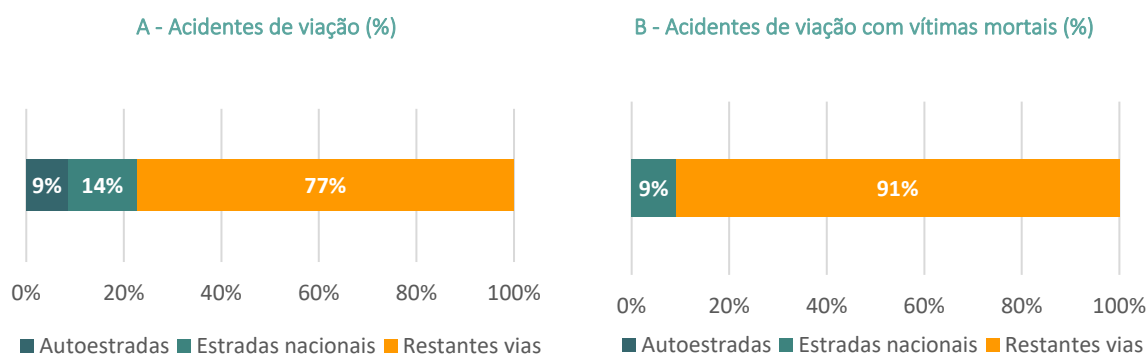


Figura 40 [A-B]. Acidentes de viação [A] e acidentes de viação com vítimas [B] no município de Penela segundo o tipo de via (%), valores acumulados entre 2014 e 2022.

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 Penela são geralmente superiores aos observados tanto na Região de Coimbra como ao nível do Continente. Em 2022, o valor registado no município de Penela situou-

se em 3,3%, que compara com 3,0% na Região de Coimbra e 2,5% em Portugal Continental (Figura 40).

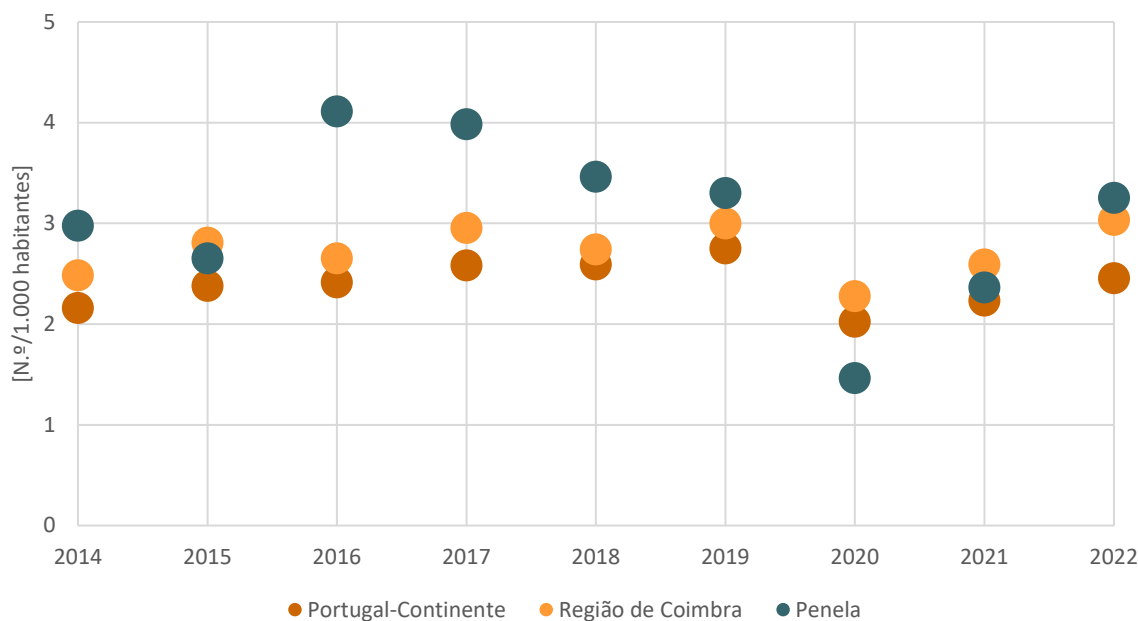


Figura 41. Acidentes de viação registados nas "Restantes vias" no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º por 1.000 habitantes), entre 2014 e 2022.

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

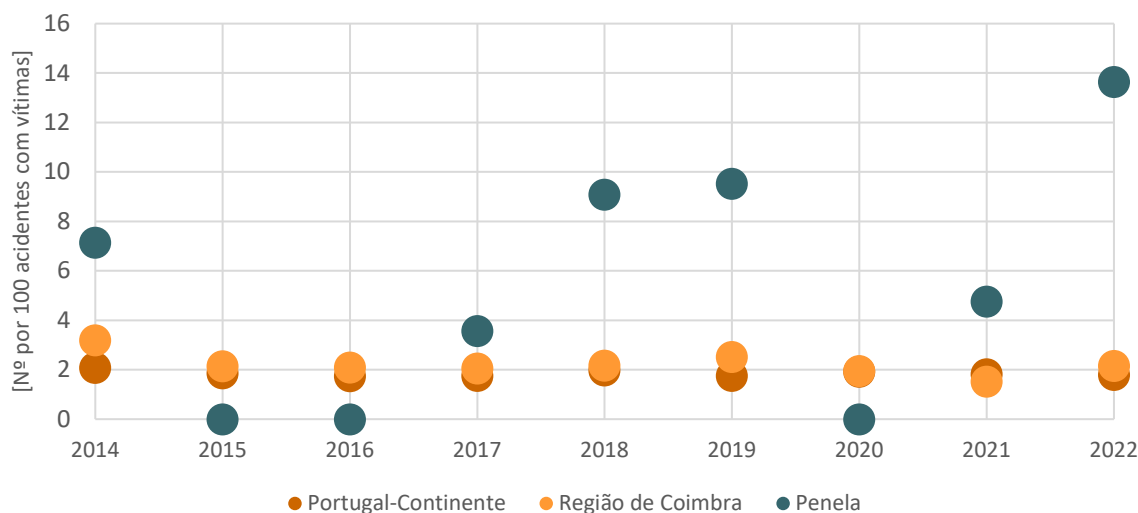


Figura 42. Índice de gravidade dos acidentes de viação com vítimas no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º de mortes por 100 acidentes com vítimas), entre 2014 e 2022.

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

A **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 (5,6), quando comparado com os referenciais regional (2,2) e do Continente (1,9), no intervalo temporal observado (Figura 41).

A **tipologia de acidentes com vítimas** mais comum no município entre 2021 e 2023 foi o “**despiste**” correspondendo a 52% do total deste tipo de acidentes, seguido pelas “**colisões**”, com 45% do total e os “**atropelamentos**” com 3%. As **ocorrências deste tipo de acidentes (atropelamentos)** registaram-se na **freguesia de Podentes e na UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal** no triénio 2021-2023 (uma ocorrência em cada uma delas) (Figura 42).

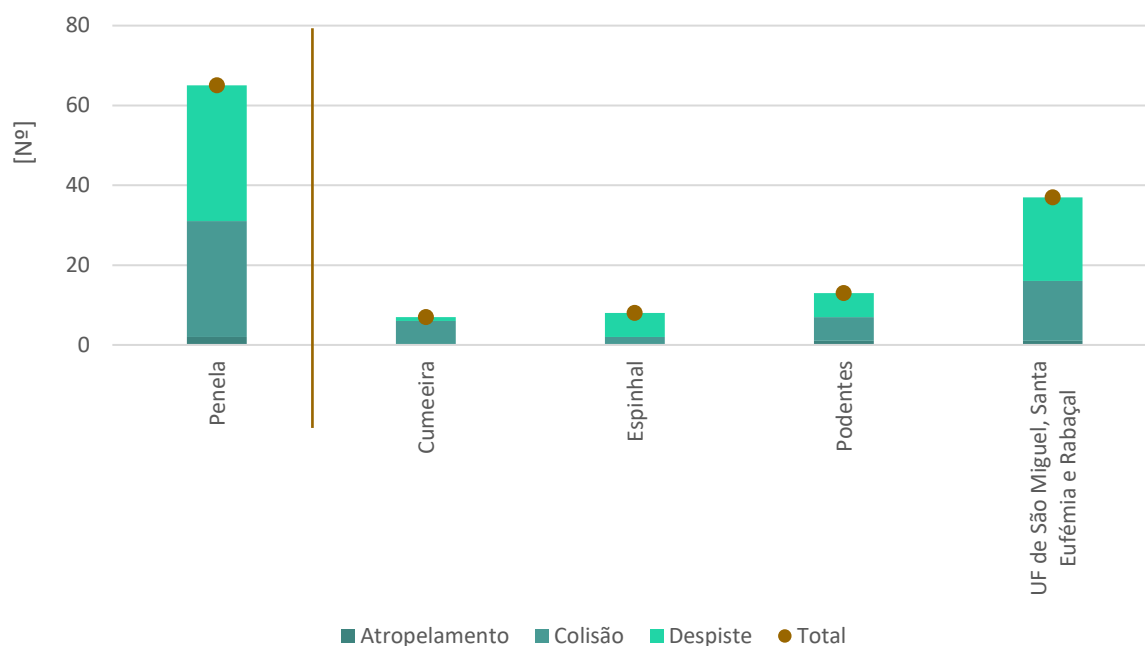


Figura 43. Acidentes de viação com vítimas no município de Penela, segundo a natureza e freguesia (Nº), valores acumulados entre 2021 e 2023.

Fonte: Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR).

7.7.2 Segurança pública

7.7.2.1 Criminalidade

No município de Penela foram registados, em 2023, pelas autoridades policiais, um total de 138 crimes¹⁰⁹, valor que traduz um **decréscimo** de 19% face a 2014 e de 12% face a 2022 (Figura 43). O registo histórico da taxa de criminalidade no território é marcado por valores geralmente inferiores à média do Continente e variáveis relativamente à média regional. Em 2023, a taxa de criminalidade

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.

no município foi de **24,6 crimes por 1.000 habitantes**, que compara com os 26,6 crimes por 1.000 habitantes registados na Região e os 33,1 crimes por 1.000 habitantes no Continente.

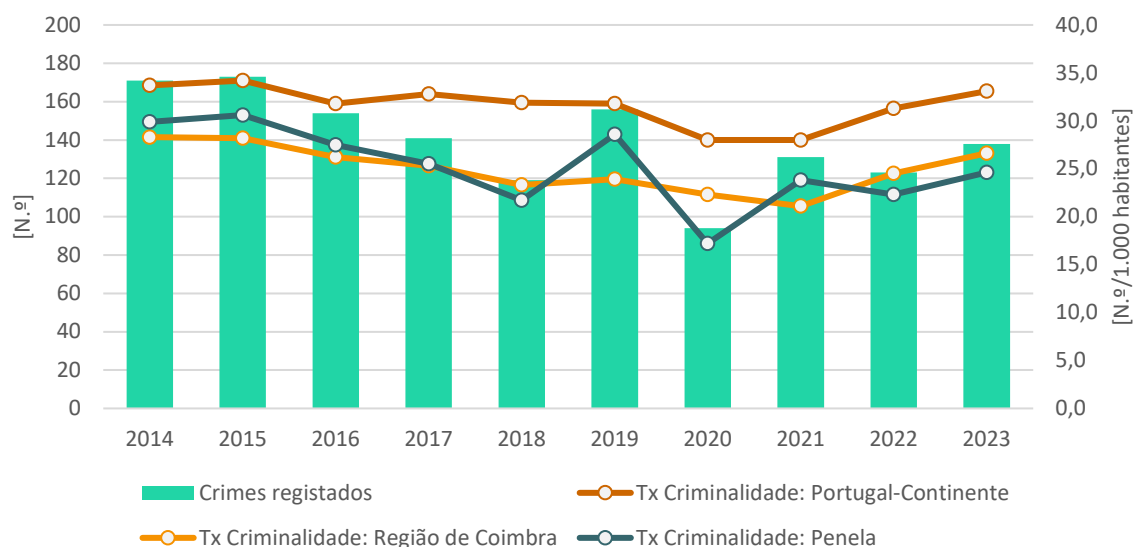


Figura 44. Evolução comparativa dos crimes registados (N.º) e da taxa de criminalidade (N.º por 1.000 habitantes) no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, entre 2014 e 2023.

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

Em termos da **tipologia da criminalidade** registada no município de Penela, verifica-se que, em 2023, os **crimes contra o património** e os **crimes contra pessoas** correspondem aos tipos de crimes com maior representatividade no total de crimes registados (54% e 24%, respetivamente), seguidos pelos crimes contra a vida em sociedade (14%). A análise da evolução da tipologia da criminalidade registada observada entre 2021 e 2023 permite constatar que:

- os **crimes contra o património estabilizaram** no município de Penela (0%), que compara com a evolução registada na Região de Coimbra (um acréscimo de 11%), como no Continente (aumento de 21%);
- os **crimes contra as pessoas** registaram um **decréscimo** no município (-8%), em sentido oposto ao verificado na Região de Coimbra (+9%) e no Continente (+18%);
- os **crimes contra a vida em sociedade** registados no município de Penela demonstram um **aumento** na ordem dos 19%, enquanto as unidades estatísticas de referência registaram subidas na ordem dos 33% na Região de Coimbra e dos 27% no Continente.

Ainda no que se refere à tipologia de crimes no município de Penela, importa destacar que os valores reportados, expressos por 1.000 habitantes, apresentam grande variabilidade relativamente aos verificados nos referenciais de comparação nos intervalos temporais analisado (**Quadro 28**).

No último triénio (2021-2023), registaram-se no município de Penela cerca de 16‰ crimes contra as pessoas, valor que compara com 20‰ na Região de Coimbra e 23‰ em Portugal Continental. Relativamente aos crimes contra o património, Penela reportou, no mesmo período, 41‰ crimes, face a 34‰ na Região de Coimbra e 46‰ em Portugal Continental, enquanto no que se refere aos crimes contra a vida em sociedade Penela registou uma taxa de 10‰, que compara com o mesmo valor na Região e 11‰ no Continente.

Quadro 28. Crimes reportados pelas autoridades policiais no município de Penela, 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			Penela		
	15-17	18-20	21-23	15-17	18-20	21-23	15-17	18-20	21-23
Contra as pessoas ⁽¹⁾	22,9	22,9	23,4	21,2	20,2	19,6	22,4	18,5	16,2
Contra o património ⁽²⁾	51,4	47,4	46,2	40,3	33,2	33,5	43,0	35,8	40,6
Contra identidade cultural/ integridade pessoal ⁽³⁾	0,0	0,0	0,1	-	-	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	12,5	8,8	9,9
Contra o Estado ⁽⁵⁾	1,7	1,6	1,9	1,6	1,6	1,6	-	-	-
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	3,4	-	2,0

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.

Considerando a desagregação por tipo de crime, verifica-se que, no mesmo período, o crime mais reportado foi o da “**Violência doméstica cônjuge/análogo**” (32 crimes), a par com a categoria “**Outras burlas**” (32 crimes), seguido pela categoria “**Furto de residência**” (30 crimes), “**Outro dano**” (25 crimes) e a “**Ofensa à integridade física**” (24 crimes) a par com o “**Furto de metais não preciosos**” (24 crimes) (Figura 44).

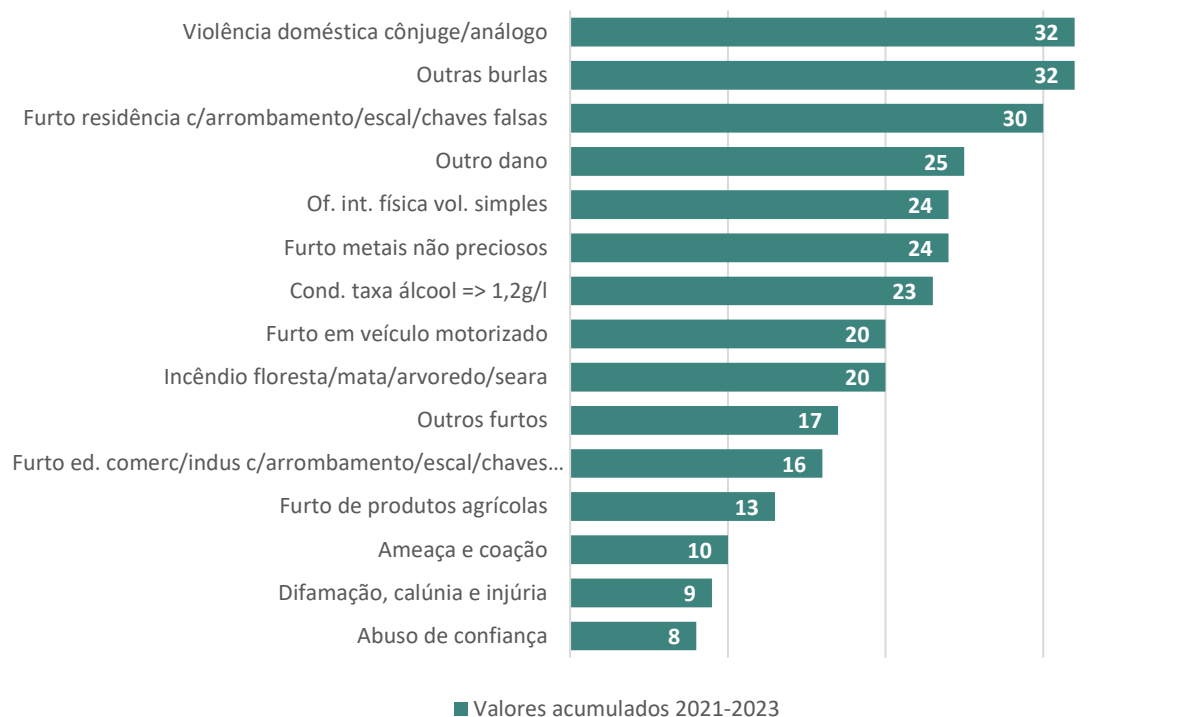


Figura 45. Crimes reportados pelas autoridades policiais no município de Penela (Top 15), segundo o tipo de crime (Nível 3) (Nº), valores acumulados 2021-2023.

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, 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

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>>

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 Penela, é possível observar que o movimento processual da CPCJ operado nos últimos anos tem apresentado valores tendencialmente crescentes entre 2019 e 2023 (**Quadro 29**).

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

	Penela (Nº de processos)				
	2019	2020	2021	2022	2023
N.º total de processos	20	17	21	25	23
N.º de processos ativos a 31.12	19	17	16	20	20
N.º de processos transitados do ano anterior	9	7	8	11	10
N.º de processos reabertos	1	1	6	1	1
N.º de processos arquivados	13	9	10	15	15

Fonte: Município de Penela.

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://atlasmusicipiosaudaveis.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.....	16
Figura 4. Dimensões da abordagem conceptual de avaliação da saúde da população.....	19
Figura 5. A Abordagem Integrada da Saúde da População.	21
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) (Figura 6).....	21
Figura 6. A Abordagem Multidimensional dos Determinantes da Saúde e Bem-Estar.	21
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 UF do município de Penela, segundo [A] a população residente e [B] o escalão etário, 2021 (%).	32
Figura 10. Evolução da população residente no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, 1991-2021.	35
Figura 11. Dinâmica evolutiva da população residente, no município de Penela, Portugal (Continente) e Região de Coimbra, 2011-2021.	35
Figura 12. Variação da população residente no município de Penela, segundo a freguesia (%), 2011-2021.	37
Figura 13. Estrutura etária da população residente no município de Penela, segundo o sexo, 2011-2021.....	38
Figura 14. Evolução Comparativa da Esperança de Vida à Nascimento no município de Condeixa e na Região de Coimbra, por sexo (anos), entre 1999 e 2023.....	42
Figura 15. Posicionamento relativo do município de Penela 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 Penela, 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 Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.	57
Figura 18. Nível de escolaridade da população residente no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o sexo (%), 2021.	78
Figura 19. Nível de escolaridade da população residente no município de Penela, 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 Penela, 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 Penela (%), 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 Penela, 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 Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.	85
Figura 24. Evolução do ganho médio mensal, total e dos/as trabalhadores/as não qualificados (CPP9), no município de Penela, 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 Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, entre 2013 e 2022.	87
Figura 26. Evolução do desemprego registado no município de Penela, 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 Penela, 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 Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º), entre 2014 e 2023.	88
Figura 29. Beneficiários/as de subsídio de desemprego da Segurança Social no município de Penela, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2022.	89
Figura 30. Beneficiários/as do RSI da Segurança Social no município de Penela, segundo o sexo (N.º), entre 2014 e 2022.	90
Figura 31. Evolução do número de beneficiários/as com prestações de CSI processadas no município de Penela, 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 Penela (%), entre os anos letivos 2014/2015 e 2023/24.	93
Figura 33. Edifícios segundo a dimensão da necessidade de reparação no município de Penela (%), 2021.	99
Figura 34. Alojamentos familiares clássicos de residência habitual com entrada não acessível a cadeira de rodas no município de Penela (freguesias), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.	100
Figura 35. Alojamentos familiares clássicos de residência habitual segundo o tipo de aquecimento no município de Penela (segundo a freguesia), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), 2021.	103
Figura 36. Meio de transporte principal utilizado nos movimentos pendulares no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%) 2011 e 2021.	105
Figura 37. Emissão de gases para a atmosfera no município de Penela, segundo o tipo de poluente e fonte de emissão (kton – quilotoneladas), 2017 e 2019.	109
Figura 38. Resíduos urbanos geridos por tipo de destino no município de Penela em comparação com a Região de Coimbra e Portugal-Continental (%), 2022.	111
Figura 39 [A-B]. Acidentes de viação [A] e acidentes de viação com vítimas [B] no município de Penela segundo o tipo de via (%), valores acumulados entre 2014 e 2022.	112
Figura 40. Acidentes de viação registados nas “Restantes vias” no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º por 1.000 habitantes), entre 2014 e 2022.	113
Figura 41. Índice de gravidade dos acidentes de viação com vítimas no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (N.º de mortes por 100 acidentes com vítimas), entre 2014 e 2022.	113
Figura 42. Acidentes de viação com vítimas no município de Penela, segundo a natureza e freguesia (N.º), valores acumulados entre 2021 e 2023.	114
Figura 43. Evolução comparativa dos crimes registados (N.º) e da taxa de criminalidade (N.º por 1.000 habitantes) no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, entre 2014 e 2023.	115

Figura 44. Crimes reportados pelas autoridades policiais no município de Penela (Top 15), segundo o tipo de crime (Nível 3) (Nº), valores acumulados 2021-2023..... 117

Índice de Mapas

Mapa 1. Enquadramento geográfico e administrativo do município de Penela na Região de Coimbra.....	29
Mapa 2. Freguesias e UF do município de Penela.....	29
Mapa 3. Mapa hipsométrico do município de Penela.....	30
Mapa 4. Tipologia de área de residência das freguesias e UF do município de Penela, segundo a localização geográfica, 2021.....	32
Mapa 5. População residente no município de Penela, segundo a freguesia (Nº), 2021.....	36
Mapa 6. Densidade populacional no município de Penela, segundo a freguesia (Nº hab./Km ²), 2021.....	36
Mapa 7. Índice de envelhecimento no município de Penela, segundo a freguesia, 2021.....	40
Mapa 8. Mortalidade prematura no município de Penela, 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 Penela, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2017-2021.....	51
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 Penela, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2017-2021.....	52
Mapa 11. Internamento hospitalar no município de Penela, por causas sensíveis a Cuidados de Ambulatório, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2021-2023.....	56
Mapa 12. Internamento hospitalar no município de Penela, por causas evitáveis por Prevenção Primária, segundo a freguesia (Nº por 100.000 habitantes), 2021-2023.....	56
Mapa 13. Acessibilidade geográfica (em isócronas de tempo) à unidade funcional de Cuidados de Saúde Primários mais próxima no município de Penela (minutos de automóvel), 2024.....	65
Mapa 14. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente), no município de Penela (minutos de automóvel), 2024.....	71
Mapa 15. Acessibilidade geográfica ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO), no município de Penela (minutos de automóvel), 2024.....	71
Mapa 16. Acessibilidade geográfica à Maternidade pública mais próxima, no município de Penela (minutos de automóvel), 2024.....	72
Mapa 17. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Pediatria (consultas), no município de Penela (minutos de automóvel), 2024.....	72
Mapa 18. Consultas externas segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Penela (Nº por habitante), 2023.....	73
Mapa 19. Episódios de urgência geral segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Penela (Nº por habitante), 2023.....	73
Mapa 20. Consultas externas por episódio de urgência segundo a freguesia de residência dos utentes no município de Penela (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 Penela (%), 2023.....	74
Mapa 22. Farmácias no município de Penela, 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 Penela, segundo a freguesia (%), 2021.	79
Mapa 24. Taxa de abandono precoce de educação e formação, no município de Penela, segundo a freguesia (%), 2021. .	81
Mapa 25. Beneficiários/as do RSI da Segurança Social no município de Penela, segundo a freguesia (Nº por 1.000 habitantes), 2022.	91
Mapa 26. Beneficiários/as do CSI da Segurança Social no município de Penela, segundo a freguesia (%), 2022.....	92
Mapa 27. Beneficiários/as de Ação Social Escolar no município de Penela, segundo a freguesia (%), ano letivo 2023/2024.	94
Mapa 28. População com 65 ou mais anos a viver só no município de Penela, segundo a freguesia (%), 2021.	97
Mapa 29. Edifícios com necessidades de reparação médias e profundas no município de Penela, segundo a freguesia (%), 2021.	99
Mapa 30. População residente em edifícios com mais de 3 andares e sem elevador no município de Penela, segundo a freguesia (%), 2021.	101
Mapa 31. Duração média dos movimentos pendulares da população empregada ou estudante residente no município de Penela, segundo a freguesia (minutos), 2021.	104
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 Penela, segundo a freguesia (%), 2021.....	105
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 Penela, segundo a freguesia (%), 2021.	106
Mapa 34. Localização dos espaços verdes e azuis de fruição no município de Penela, segundo a freguesia, 2024.	107

Índice de Quadros

Quadro 1. Índices demográficos da população residente no município de Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, em 2011 e 2021.	39
Quadro 2. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Infantil, Perinatal e Neonatal no município de Penela, 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 Penela, 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 Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.	48
Quadro 5. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, na população feminina residente no município de Penela, 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 Penela, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra segundo o diagnóstico, total (N.º) e proporção (%), 2023.	54
Quadro 7. Internamentos hospitalares por causa de internamento no município de Penela e na Região de Coimbra (Nº por 100.000 habitantes), 2010-2012 e 2021-2023.	55

Quadro 8. Utentes nos Cuidados de Saúde Primários no município de Penela, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra segundo o comportamento aditivo, total (N.º) e proporção (%), 2023.	60
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 Penela, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2022.	61
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 Penela, na ULS Coimbra e na Região de Coimbra, 2019-2022.	61
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 Penela, 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.....	62
Quadro 8. Unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários no município de Penela, 2024.....	64
Quadro 9. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) à unidade de Cuidados de Saúde Primários (CSP) mais próxima no município de Penela (Nº e %), 2021.....	65
Quadro 15. Recursos Humanos nos Cuidados de Saúde Primários do município de Penela segundo a Unidade Funcional, 2023.	66
Quadro 16. Inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários sem médico de família no município de Penela, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra, total (N.º) e proporção (%), 2023.....	66
Quadro 17. Caracterização dos/as utentes inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários no município de Penela, na ULS de Coimbra e na Região de Coimbra, total (N.º) e proporção (%), 2023.	67
Quadro 18. Acesso a Cuidados de Saúde Primários no município de Penela, na ULS de Coimbra, na Região de Coimbra e em Portugal-Continente total, 2023.	67
Quadro 19. Rastreamentos de doenças oncológicas nos Cuidados de Saúde Primários no município de Penela, na ULS de Coimbra, na Região de Coimbra e em Portugal-Continente, proporção (%), 2023.	68
Quadro 20. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) ao hospital público mais próximo com serviço de urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente) e IPO de Coimbra, no município de Penela (Nº e %), 2024.	71
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 Penela (Nº e %), 2024.....	72
Quadro 22. População empregada segundo a atividade económica no município de Penela, 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 Penela, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, segundo o grupo etário (Nº e %), 2022.	90
Quadro 24. Beneficiários/as dos programas municipais de apoio à população residente em situação de carência no município de Penela, segundo a freguesia (Nº), entre 2022 e 2024.....	95
Quadro 25. População com 65 ou mais anos a viver só no município de Penela (freguesias), em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (%), segundo o sexo, 2011 e 2021.....	96
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 Penela (Nº), entre 2022 e 2024.	97
Quadro 27. Espaços verdes e azuis de fruição no município de Penela, segundo a freguesia, 2024.....	107

Quadro 28. Crimes reportados pelas autoridades policiais no município de Penela, 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.....	116
Quadro 29. Caracterização processual da atividade da CPCJ do município de Penela (Nº), entre 2019 e 2023.	118
Quadro 30. Mortalidade evitável por causas preveníveis (0 aos 74 anos) - Causas de morte	130
Quadro 31. Mortalidade evitável por causas tratáveis (0 aos 74 anos) - Causas de morte	131
Quadro 32. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco e álcool – Causas de morte	133
Quadro 33. Frações de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, por grupo etário	134
Quadro 34. Frações de mortalidade atribuível ao consumo de álcool, por grupo etário	134

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 haemophilus influenzae	A40.3, A41.3	
Infeção por haemophilus influenzae	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 haemophilus influenzae	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 Penela, 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
Penela	1999-2003	254	0	0	2
	2004-2008	242	0	0	0
	2009-2013	193	0	0	0
	2014-2018	161	0	0	0
	2019-2023	159	0	0	1

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

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



Unidade Local de Saúde [ULS]	ULS Coimbra
Centro de Saúde [CS]	CS Penela
Unidades Funcionais e Serviços	USF Penela [2013] • CAC e Atendimento a utentes sem médico [2022] • Serviços Assistenciais Partilhados da ULS Coimbra - Polo Penela [2024]
Morada	Avenida dos Bombeiros Voluntários, 1 • 3230-274 Penela
Coordenadas GPS	40.028294, -8.390568 • N40° 1' 41.858", W8° 23' 26.045"

ACESSIBILIDADE À INSTALAÇÃO DE SAÚDE

Transporte Público	Instalação localizada em zona com rede de transportes públicos • Avaliação: 3
Eixos Viários	Instalação localizada em zona com ligações aos eixos viários existentes • Avaliação: 4

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA INSTALAÇÃO

Titularidade	Município de Penela [desde 2024-01-01]
Ano de Construção/ Remodelação	1999
Entrada em Funcionamento	2000
Tipo de Construção	Construção de raiz
Tipo de Implantação	Edifício autónomo
Número de pisoa	2

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA INSTALAÇÃO

Estado Geral de Conservação do Edifício	Avaliação: 2
• Estrutura do Edifício	Avaliação: 4
• Cobertura do Edifício	Avaliação: 2
• Fachada do Edifício	Avaliação: 2
• Interior do Edifício	Avaliação: 2

CARACTERIZAÇÃO GERAL DO ESPAÇO EXTERIOR

Sinalética Exterior	Instalação dispõe de sinalética informativa adequada
Lugares de estacionamento	Instalação dispõe de lugares de estacionamento
Iluminação	Instalação dispõe de iluminação exterior adequada
Espaços verdes	Instalação não dispõe de espaços verdes
Estado geral de conservação	Avaliação: 2

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 dispõe de elevadores destinados a pessoas com mobilidade condicionada
Instalações Sanitárias	Instalação dispõe de instalações sanitárias adaptadas
Meios para Acesso e Circulação	Avaliação: 3

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	2

• Área de receção administrativa de utentes	Sim	3	2
• Salas de espera	Sim	3	2
• Sala de espera infantil	Sim	3	2
• Instalações sanitárias para utentes	Sim	3	2
• Gabinetes de consulta médica	Sim	3	2
• Gabinetes de consulta de enfermagem	Sim	3	2
• Salas de tratamento	Sim	3	2
• Gabinete de medicina dentária	Não	—	—
• Sala de colheitas para exames laboratoriais	Sim	2	2
• 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	Sim	1	2
• Sala de pessoal	Sim	2	2
• Vestiários e instalações sanitárias	Sim	2	2
• Depósito de material clínico e farmacêutico	Sim	2	2
• Depósito de consumíveis clínicos	Sim	2	2
• Depósito de consumíveis não clínicos	Sim	2	2
• Central de garrafas de oxigénio	Não	—	—
• Depósito e triagem de resíduos	Sim	2	2
• Depósito de resíduos com risco biológico	Sim	2	2
• Zonas sujas (roupas sujas, material contaminado,...)	Sim	2	2
• Zonas limpas (tratamento de roupa limpa,...)	Sim	2	2

Sinalética Interior	Instalação não dispõe de sinalética informativa adequada para orientação de utentes e de profissionais
Higiene e Limpeza	Avaliação: 3

CONFORTO TÉRMICO E EFICIÊNCIA ENERGÉTICA

Sistema de Climatização	Instalação dispõe de sistema de climatização com manutenção periódica • Avaliação: 2
Conforto Térmico	Avaliação: 2
Eficiência Energética	Instalação dispõe de sistemas/ equipamentos para aumentar a eficiência energética: envidraçados de vidro duplo
Certificação Energética	Instalação dispõe de certificação energética • Classificação Energética: C

EQUIPAMENTO E SEGURANÇA

Equipamento:	Disponibilidade	Avaliação da adequação/ operacionalidade
• Equipamento para resposta a situações de emergência	Sim	3
• Equipamento para eletrocardiografia	Sim	3
• 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	3
• Sistema de vigilância e deteção de intrusão	Não	—
• Sistema de deteção e alarme de incêndio	Sim	2
• Meios de combate de incêndios	Sim	3
• Central de energia de emergência	Sim	3
• Viaturas afetas à prestação de cuidados de saúde	Sim	4
• 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
<ul style="list-style-type: none"> Requalificação do Centro de Saúde Penela <p>Maturidade: 4 • Valor: 1.972.000,00€ • Duração: 18 meses • Fonte de Financiamento: PRR [RE-C01-i01, nº 16/C01-i01/2023]</p>
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos meios de acesso e circulação dos utentes com mobilidade condicionada para garantir que o Centro de Saúde de Penela seja verdadeiramente acessível e inclusivo para toda a comunidade <p>Maturidade: 1 • Valor: — • Duração: — • Fonte de Financiamento: —</p>

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

