

PERFIL SUPRAMUNICIPAL DE SAÚDE

Região de Coimbra
2024

Volume I. Estratégia Supramunicipal de Saúde



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Perfil Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra 2024. Estratégia Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra, 2026-2030 – 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

PROMOTOR

Comunidade Intermunicipal da Região de Coimbra (CIM | RC)

Citação

Santana, P., Freitas, Â., Almendra, R., Padeiro, M. (Coord.) (2025). Perfil Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra 2024. Estratégia Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra 2026-2030 – Volume I. Coimbra: Universidade de Coimbra. 127p.

Coimbra | setembro 2025

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA	2
ÍNDICE.....	3
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	5
INTRODUÇÃO	6
SUMÁRIO EXECUTIVO	8
PARTE I. ENQUADRAMENTO	14
1 ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO, CONCEPTUAL E METODOLÓGICO	15
1.1 O PAPEL DO MUNICÍPIO NA SAÚDE.....	15
1.2 A ESTRATÉGIA SUPRAMUNICIPAL DE SAÚDE	17
1.2.1 <i>Enquadramento legal</i>	17
1.2.2 <i>Processo de desenvolvimento e ciclo de implementação</i>	18
1.2.3 <i>Princípios orientadores</i>	19
1.3 ABORDAGEM CONCEPTUAL	19
1.3.1 <i>Abordagem geográfica e integrada: o território na produção da saúde e da doença</i>	20
1.3.2 <i>Determinantes da saúde</i>	22
1.3.3 <i>Abordagem intersectorial: “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>	24
2 ENQUADRAMENTO TERRITORIAL DA REGIÃO	29
2.1 ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO E ADMINISTRATIVO	29
2.2 RELEVO E CLIMA.....	30
2.3 GRAU DE URBANIZAÇÃO	31
PARTE II. DIAGNÓSTICO.....	33
3 DEMOGRAFIA.....	34
4 RESULTADOS EM SAÚDE	37
4.1 ESPERANÇA DE VIDA	37
4.2 MORTALIDADE	39
4.2.1 <i>Mortalidade infantil e componentes</i>	39
4.2.2 <i>Mortalidade prematura</i>	41
4.2.3 <i>Principais causas de morte</i>	42
4.3 MORBILIDADE	50
4.3.1 <i>Principais diagnósticos de doença – Registo nos Cuidados de Saúde Primários</i>	50
4.3.2 <i>Morbilidade hospitalar</i>	53
5 COMPORTAMENTOS ADITIVOS	55
5.1 COMPORTAMENTOS ADITIVOS	55
6 CUIDADOS DE SAÚDE	58

6.1	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	59	7.6.1	<i>Poluição do ar</i>	101
6.1.1	<i>Caraterização geral das instalações de Cuidados de Saúde Primários</i> 63		7.6.2	<i>Resíduos</i>	103
6.1.2	<i>Acessibilidade geográfica aos Cuidados de Saúde Primários</i>	71	7.7	SEGURANÇA.....	105
6.1.3	<i>Caraterização da oferta e utilização dos CSP</i>	72	7.7.1	<i>Segurança rodoviária</i>	106
6.2	CUIDADOS HOSPITALARES	76	7.7.2	<i>Segurança pública: Criminalidade</i>	106
6.2.1	<i>Acessibilidade geográfica aos cuidados hospitalares</i>	77	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109	
6.2.2	<i>Utilização de cuidados hospitalares</i>	80	ÍNDICE DE FIGURAS, MAPAS E QUADROS	113	
6.3	FARMÁCIAS.....	82	ÍNDICE DE FIGURAS.....	113	
6.4	CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	83	ÍNDICE DE MAPAS	114	
7	DETERMINANTES DA SAÚDE.....	84	ÍNDICE DE QUADROS.....	116	
7.1	EDUCAÇÃO	84	ANEXOS	118	
7.1.1	<i>Nível de escolaridade da população residente</i>	84	ANEXO I – LISTA DE CAUSAS DE MORTE.....	119	
7.1.2	<i>Analfabetismo e abandono escolar precoce</i>	85	ANEXO II – FICHAS DAS INSTALAÇÕES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	126	
7.2	CONDIÇÕES ECONÓMICAS E SOCIAIS.....	86			
7.2.1	<i>Rendimento</i>	87			
7.2.2	<i>Proteção social</i>	89			
7.3	HABITAÇÃO	93			
7.3.1	<i>Condições do edificado e alojamentos</i>	94			
7.3.2	<i>Conforto térmico</i>	94			
7.4	MOBILIDADE.....	97			
7.5	ESPAÇOS VERDES E AZUIS DE FRUIÇÃO	100			
7.6	POLUIÇÃO DO AR E RESÍDUOS	100			

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

APA - Agência Portuguesa do Ambiente

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAOP - Carta Administrativa Oficial de Portugal

CEB - Ciclo de Ensino Básico

CEGOT - Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CID - Classificação Internacional de Doenças

COS - Carta de Ocupação do Solo

CPP - Classificação Portuguesa das Profissões

CSI - Complemento Solidário para Idosos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CS - Centro de Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

DGT - Direção Geral do Território

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EMS - Estratégia Municipal de Saúde

ES - Ensino Secundário

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogêneos

HTA - Hipertensão arterial

ICAD - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

IMC - Índice de Massa Corporal

IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPO - Instituto Português de Oncologia

ISS - Instituto de Segurança Social

NO₂ - Dióxido de Nitrogénio

NO_x - Óxidos de azoto

NUTS - Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PM₁₀ - Partículas inaláveis com diâmetro inferior a 10 µm

PM_{2.5} - Partículas inaláveis com diâmetro inferior a 2.5 µm

PNS - Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI - Rendimento Social de Inserção

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UC - Universidade de Coimbra

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - União de Freguesias

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

O presente documento, intitulado “**Perfil Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra, 2024**”, constitui o primeiro volume da Estratégia Supramunicipal de Saúde 2026-2030 e tem como objetivo fornecer um **diagnóstico da situação de saúde e dos seus determinantes** nos 19 municípios que integram a Região de Coimbra, 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 do município e freguesia, refletindo a necessidade de adequar as respostas às necessidades específicas de cada população e território.

O **Perfil Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra 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 Supramunicipal de Saúde

e a abordagem conceptual e metodológica subjacente ao modelo de avaliação da saúde da população aplicado no diagnóstico, seguido do enquadramento territorial da Região de Coimbra.

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 do município e 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, 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, farmácias e cuidados continuados (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), **Habituação** (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

O presente documento constitui o Volume I da Estratégia Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra 2026-2030, sendo o Perfil Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra 2024 o resultado de um processo extensivo de diagnóstico territorial e populacional, com o objetivo de fornecer uma base sólida de evidência para a definição de estratégias de promoção da saúde, redução das desigualdades e incremento da equidade em saúde no território. A sua elaboração envolveu uma abordagem interdisciplinar e colaborativa, coordenada pela Equipa de Investigação em Geografia da Saúde da Universidade de Coimbra (CEGOT), em articulação estreita com os municípios da Comunidade Intermunicipal da Região de Coimbra (CIM-RC) e outras entidades regionais e nacionais.

Este Perfil inscreve-se numa lógica de planeamento estratégico alicerçada na descentralização de competências no domínio da saúde, que veio reforçar o papel das autarquias e das entidades intermunicipais na formulação e implementação de políticas públicas integradas. Tal como preconizado pelos enquadramentos legais recentes (Decreto-Lei nº 23/2019 e Decreto-Lei nº 84-E/2022), a elaboração de perfis de saúde supramunicipais e municipais representa uma etapa fundamental para a construção de estratégias locais de saúde mais eficazes, territorialmente adequadas e socialmente justas.

A Região de Coimbra, enquanto sub-região NUTS III e Comunidade Intermunicipal, é composta por 19 municípios com características geográficas, demográficas, sociais e infraestruturais bastante diferenciadas. Esta diversidade territorial torna ainda mais necessária uma análise fina e multiescalar dos determinantes da saúde e dos seus resultados, com vista à identificação de prioridades e ao desenho de

respostas ajustadas à realidade específica de cada área geográfica. O Perfil Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra organiza-se em duas partes fundamentais: i) o Enquadramento conceptual, metodológico e territorial, e ii) o Diagnóstico da situação de saúde da população e das suas condições de vida.

No **enquadramento**, o documento reafirma o papel central dos municípios na promoção da saúde e no combate às desigualdades em saúde, sublinhando que a saúde é um bem coletivo e um direito humano fundamental. A abordagem adotada assenta numa perspetiva integrada e intersectorial, inspirada no princípio da “Saúde em Todas as Políticas” e numa leitura geográfica dos processos de produção da saúde e da doença. Neste quadro, o território não é entendido apenas como um suporte físico, mas como um espaço socialmente construído que influencia profundamente os estilos de vida, o acesso a recursos e as oportunidades de bem-estar.

A dimensão conceptual e metodológica do Perfil mobiliza referenciais teóricos reconhecidos internacionalmente, como o modelo dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991) e as contribuições posteriores de Barton & Grant (2006), numa profunda articulação com a experiência científica da equipa de investigação em projetos como o GeoHealthS e o EURO-HEALTHY. O processo de elaboração apoiou-se na recolha e sistematização de dados provenientes de múltiplas fontes – oficiais, restritas e primárias –, na construção de indicadores territoriais e populacionais e no recurso a ferramentas de análise estatística e espacial. A cartografia temática é utilizada de forma sistemática para ilustrar desigualdades intra e intermunicipais.

A dimensão **territorial** da análise contempla as especificidades da região em termos de relevo, clima, grau de urbanização e distribuição da

população. A Região de Coimbra é caracterizada por uma elevada diversidade morfológica que junta planícies costeiras, vales fluviais e áreas montanhosas numa área relativamente reduzida (4 336 km²). A Região inclui diversas áreas de temperaturas muito baixas no inverno e foi também afetada, desde 2019, por sete ondas de calor (com 29 dias de onda de calor em quatro eventos em 2021 e 2022). A sua configuração urbana e rural apresenta uma distribuição muito assimétrica, com mais de 60% das freguesias classificadas como Áreas Predominantemente Rurais, embora a maioria da população resida em contextos urbanos e periurbanos. Esta dualidade marca fortemente a distribuição dos recursos, dos serviços e das condições de vida da população.

No **Diagnóstico**, o Perfil procede a uma caracterização abrangente e integrada da saúde da população e dos seus determinantes. A análise desenvolve-se em cinco grandes domínios: demografia, resultados em saúde, comportamentos aditivos, cuidados de saúde e determinantes da saúde (educação, condições socioeconómicas, habitação, mobilidade, ambiente e segurança).

No domínio **demográfico**, destaca-se o acentuado processo de envelhecimento da população, com redução do número total de habitantes e aumento, apenas, da proporção de pessoas com 65 ou mais anos. A população residente na Região de Coimbra passou de 456 773 em 1991 para 436 862 em 2021, uma redução de 4,4%, com perdas particularmente acentuadas em municípios do interior como Pampilhosa da Serra (-29,6%) e Góis (-29,1%). Em contrapartida, alguns municípios com dinâmicas urbanas mais favoráveis, como Condeixa-a-Nova e Lousã, registaram um importante crescimento populacional (28,4% e 26,5%, respetivamente). Todavia, se verificarmos a evolução no último decénio (2011-2021), todos os municípios perderam população. Num contexto de dinâmica demográfica, segundo um cenário com migrações, projeta-se que a Região

de Coimbra terá em 2030, face a 2020, um aumento de 3,8%, não obstante a população em idade ativa ainda sofrer uma redução de 3,0%. Todavia, num cenário de saldos migratórios nulos, a hipótese será de uma redução de 7,4% do total de habitantes, e de 12,4% na população em idade ativa.

O índice de envelhecimento regional atingiu 244 pessoas com 65 e mais anos por 100 jovens em 2021, com alguns valores extremos (693 em Pampilhosa da Serra). Estes dados revelam pressões acrescidas sobre os sistemas de saúde e proteção social e exigem estratégias específicas para a coesão territorial e a inclusão dos mais velhos.

Os **resultados em saúde** apresentam progressos significativos em termos de esperança média de vida, mas evidenciam também disparidades importantes entre territórios. Entre 1999 e 2023, a esperança de vida à nascença aumentou 4,5 anos para os homens e 4 anos para as mulheres, situando-se atualmente nos 79,4 e 85,2 anos, respetivamente. Contudo, verifica-se uma diferença de 2,3 anos entre municípios no valor médio da esperança de vida, e de quase 5 anos entre homens, o que denuncia desigualdades persistentes associadas aos contextos locais.

A **mortalidade prematura** continua a ser um problema relevante, com uma taxa de 292 óbitos por 100 000 habitantes, superior à que se verifica para Portugal Continental (286), com especial destaque nos municípios (e freguesias) mais rurais, de que são exemplo Penela, Miranda do Corvo, Vila Nova de Poiares e Pampilhosa da Serra, com as taxas mais elevadas. Estes quatro municípios apresentam valores muito elevados de causas de morte preveníveis e tratáveis. Destaca-se o município de Pampilhosa da Serra com valores muito elevados por causas de morte atribuíveis aos consumos de álcool e de tabaco.

No período em análise (1999-2003 a 2019-2023) é observada a **diminuição consistente** da taxa de mortalidade infantil na Região de Coimbra,

acompanhando a tendência de Portugal Continental, tendo sido registados cerca de dois óbitos com idade inferior a um ano de idade por 1 000 nascimentos, em 2019-2023.

A análise das causas de morte evidencia o peso elevado das doenças crónicas não transmissíveis, com destaque para os tumores malignos, as doenças do aparelho circulatório e as doenças respiratórias. Estas três causas foram responsáveis por cerca de 63% das mortes na Região de Coimbra entre 2017-2021. A **morbilidade** registada nos cuidados de saúde primários e nos internamentos hospitalares aponta para uma elevada prevalência de doenças metabólicas (como a diabetes e a obesidade), perturbações mentais, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias. O padrão territorial destas doenças sugere diversas associações com a privação material, a idade, o isolamento e o acesso limitado a cuidados de saúde.

O capítulo relativo aos **comportamentos aditivos** mostra a persistência de fatores de risco comportamentais relevantes, nomeadamente o consumo de álcool e tabaco, respetivamente responsáveis, entre 2017 e 2021, por 30 e 45 óbitos por 100 000 habitantes, com padrões diferenciados por sexo e localização geográfica. Os comportamentos aditivos são tratados como determinantes intermediários da saúde, frequentemente associados a contextos de desvantagem social e a formas de vulnerabilidade mais abrangentes.

Relativamente aos **cuidados de saúde**, o diagnóstico contempla uma análise da oferta, acessibilidade e utilização de unidades de cuidados primários, hospitalares, farmácias e cuidados continuados. Considerando a

¹ Estas unidades correspondem a 96 instalações (edifícios), uma vez que uma ou mais unidades funcionais podem estar localizadas no mesmo edifício.

nova organização funcional dos cuidados de saúde em Portugal continental, o território da Região de Coimbra é abrangido por duas Unidades Locais de Saúde (ULS): a ULS de Coimbra (16 municípios) e ULS do Baixo Mondego (três municípios – Figueira da Foz, Montemor-o-Velho e Soure). A Região de Coimbra tem no seu território um total de **125 unidades de CSP¹: 73 unidades funcionais² e 52 extensões de saúde**. Apesar da presença de centros hospitalares de referência na região (nomeadamente o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC), persistem desigualdades relevantes no acesso a cuidados, sobretudo nos municípios mais rurais e distantes de Coimbra.

O inquérito aplicado às instalações de cuidados de saúde primários revelou carências infraestruturais significativas: edifícios com deficiente estado de conservação, dificuldades de acesso aos equipamentos de saúde (proximidade a transporte público e ou estacionamento para veículos motorizados de utentes e profissionais), ausência de equipamentos adequados e falta de adaptabilidade para pessoas com mobilidade condicionada. Por exemplo, no que se refere à caracterização geral dos edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários na Região de Coimbra, constata-se que a maioria foi construída há mais de 20 anos (56%), sendo que **32% têm mais de 30 anos**. Como fator de agravamento desta dimensão, **49% dos edifícios nunca foram sujeitos a qualquer remodelação**, sendo que a percentagem dos que sofreram remodelações nos últimos cinco anos atingiu apenas os 12%.

Esta situação constitui um desafio concreto à implementação eficaz da descentralização de competências e à equidade no acesso à saúde. As

² As unidades funcionais de CSP abrangem diferentes tipologias: Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

intenções de investimento indicadas pelos municípios para fazer face às necessidades identificadas ao nível das instalações e equipamentos que, embora em diferentes níveis de maturidade e concretização, já possuíam projetos de intervenção previstos, atingiam um **valor total superior a 50 milhões de euros na Região.**

Globalmente, na Região de Coimbra a acessibilidade geográfica aos CSP é boa: cerca de **96% da população reside a uma distância igual ou inferior a 10 minutos de uma unidade de CSP**, utilizando o automóvel, aproximando-se dos 100% quando se considera um limite de 15 minutos. Relativamente aos recursos humanos afetos ao funcionamento das unidades de CSP, a dotação de médicos/as e enfermeiros/as em 2024 era de **0,6 médicos/as e 0,8 enfermeiros/as por cada 1 000 utentes inscritos/as**. Os recursos humanos mencionados assistiam, em 2023, uma população de **487 250 utentes**, dos/as quais cerca de **11% não tinham médico de família atribuído, inferior** a Portugal Continental (15%). Existe, no entanto, uma **grande disparidade entre municípios**, variando entre os 0,31% registados nas unidades do município da Lousã e os 36,3%, 37,2%, 39,7% e 39,9% registados respetivamente nos municípios de Oliveira do Hospital, Mortágua, Mira e Tábua.

A Região de Coimbra conta com uma rede robusta de hospitais públicos que servem a população local e regional. O destaque vai para o **Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)** - um dos maiores do país, integrado na **ULS de Coimbra**, constituído por várias unidades hospitalares (Hospital da Universidade, Hospital Geral/Covões, Maternidades Bissaya Barreto e Daniel de Matos, Hospital Pediátrico, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra/Hospital Sobral Cid. Além do município de Coimbra, outros municípios dispõem de unidades hospitalares. O **Hospital Distrital da Figueira da Foz**, integrado na **ULS do Baixo Mondego**, é o principal hospital no setor litoral da região, servindo uma população

significativa na Figueira da Foz e municípios vizinhos. Em Cantanhede funciona o **Hospital Arcebispo João Crisóstomo**, uma unidade de âmbito local que presta cuidados médicos básicos e de convalescença, agora inserida na recentemente criada ULS de Coimbra. No município de Oliveira do Hospital, destaca-se também o **Hospital da Fundação Aurélio Amaro Diniz (FAAD)**, que assegura internamento e urgência básica (Centro de Atendimento Clínico) para a população da sua área de influência. Em Miranda do Corvo, o **Hospital Compaixão** oferece à população do município, e a de outros concelhos limítrofes, serviço de urgência básica (Centro de Atendimento Clínico) e outros cuidados de saúde, no âmbito de acordos recentes com o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes hospitais de menor dimensão, em conjunto com os CSP, contribuem para a proximidade dos cuidados, evitando deslocações desnecessárias aos grandes centros urbanos da região.

Na Região de Coimbra, cerca de dois terços da população (66%) residem a menos de 30 minutos de automóvel do serviço de urgência (hospital distrital e polivalente) mais próximo. Os municípios localizados nos **setores nordeste e leste da região**, são os que apresentam **pior acessibilidade geográfica** aos cuidados hospitalares (tempos médios de acesso de 45 minutos de carro, chegando a ser superior a 1 hora em muitas freguesias.

Em 2023, a média de consultas externas realizadas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e Hospital Distrital da Figueira da Foz pelos/as utentes residentes na Região de Coimbra foi de **1,24 consultas por habitante**.

Relativamente à utilização dos serviços de urgência, a média registada foi de **0,45 episódios de urgência geral por habitante**, no mesmo ano, embora com fortes variações entre os municípios: os maiores rácios registam-se nas freguesias do município de Coimbra e freguesias de municípios na sua área

de influência mais próxima, como são Condeixa-a-Nova, Miranda do Corvo, Lousã, Penela, Penacova e Vila Nova de Poiares.

Registaram-se **2,8 consultas externas por cada episódio de urgência**. Verificou-se, ainda, que cerca de **1,5 em cada 100 utentes** residentes na região **recorreram ao serviço de urgência mais de quatro vezes no ano de 2023**, sendo os/as residentes nas freguesias dos municípios de Coimbra, Condeixa-a-Nova, Miranda do Corvo, Lousã, Penela e Soure, os/as que apresentam maior frequência de utilização (entre 5 e 10).

A análise dos **determinantes da saúde** aprofunda a compreensão dos fatores estruturais que moldam a saúde da população.

No domínio da **educação**, as taxas de analfabetismo e abandono escolar precoce mantêm-se elevadas em várias áreas da região.

As **condições económicas e sociais** revelam fortes desigualdades de rendimento, com uma parte significativa da população a reportar dificuldades no pagamento de despesas básicas, especialmente nas zonas rurais. Registou-se uma evolução positiva entre 2013 e 2022, que se cifrou em 25,5% (de 975€ para 1 224€), evolução essa que foi ligeiramente superior à observada em Portugal Continental (25,1%). A atribuição de apoios sociais, como o Rendimento Social de Inserção (RSI) ou o Complemento Solidário para Idosos (CSI), caracteriza-se por uma tendência positiva ao longo do tempo, mas apresenta uma distribuição geograficamente assimétrica, que também traduz a concentração de grupos vulneráveis em determinadas freguesias: de 9 a 30,4 beneficiários/as por 1 000 habitantes no caso do RSI, de 48,8 a 112,5 beneficiários/as por 1 000 habitantes com 66 e mais anos no caso do CSI.

No que diz respeito à **habitação**, foram identificadas situações de desconforto térmico e más condições de habitabilidade, com implicações

diretas na saúde e no bem-estar. Regista-se uma elevada percentagem de alojamentos que não possuem qualquer tipo de aquecimento (19,8%) e uma elevadíssima percentagem de habitações que não dispõem de sistema de ar condicionado (88,3%), valor superior ao registado para o Continente (82,8%).

O **ambiente físico** apresenta níveis variáveis de poluição atmosférica, com os municípios mais urbanizados a registarem maiores concentrações de poluentes como NO₂. A relativa escassez de **espaços verdes e azuis** de proximidade e de equipamentos sociais para crianças e população mais velha limitam o potencial dos territórios para promover estilos de vida saudáveis. Em matéria de **mobilidade**, verifica-se uma baixa utilização de modos ativos de deslocação e uma forte dependência do automóvel, particularmente em áreas periurbanas e rurais, onde os transportes públicos são escassos ou ineficazes.

A **segurança**, medida tanto por indicadores objetivos como a partir da perceção dos residentes, apresenta resultados globalmente positivos em termos de sentimento de segurança, embora se registem taxas elevadas de sinistralidade rodoviária em alguns municípios (i.e., Condeixa-a-Nova), o que torna urgente a adoção de medidas preventivas mais assertivas.

O Perfil conclui com uma perspetiva estratégica: a análise detalhada dos problemas e desafios em saúde constitui o alicerce indispensável para a construção de políticas públicas eficazes e justas.

A evidência empírica reunida neste volume sustenta a definição de prioridades e orientações para o **Plano Supramunicipal de Saúde da Região de Coimbra**, a apresentar no Volume II. Esta estratégia, a desenvolver entre 2025 e 2030, deverá articular-se com os planos municipais de saúde, com as políticas setoriais relevantes e com os objetivos dos planos nacionais e

regionais, de forma a promover uma abordagem territorial, participativa e intersectorial.

A metodologia adotada ao longo deste processo – marcada pela articulação entre diagnóstico estatístico e análise espacial, participação das autarquias, análise dos equipamentos de saúde e leitura contextual dos determinantes – representa um contributo relevante para o reforço da governação local da saúde em Portugal. A equidade em saúde emerge como o princípio

orientador de toda a estratégia, numa lógica de “não deixar ninguém para trás nem nenhum lugar para trás”, traduzindo-se em intervenções que combatam desigualdades estruturais e promovam uma saúde territorialmente justa e universal.

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)³, 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 geográficas⁴.

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 geral⁵.

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).

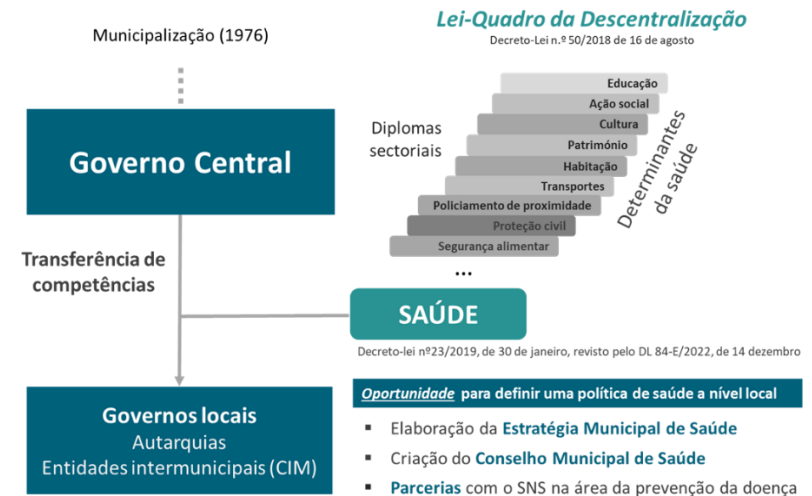


Figura 1. Quadro de transferência de competências para o município.

Fonte: Equipa de Investigação.

³ 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

⁴ 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>>

⁵ 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>>.

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, o Decreto-Lei nº23/2019, de 30 de janeiro, vem 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)⁶.

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.

⁶ 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)>

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 Supramunicipal de Saúde

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

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

⁷ 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.

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)**⁷ 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 Locais de Saúde (PLS)**, contribuindo para o cumprimento das suas metas e objetivos estratégicos⁸, bem como com outros instrumentos de

⁸ O alinhamento da Estratégia Municipal de Saúde com estes instrumentos e respetivo enquadramento estratégico considerando os contextos europeu, nacional e regional de

outros setores, nomeadamente do planeamento urbano, ambiente, 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 (2026-2030) sendo que, após este período, deve ser revista e avaliada, para readequação das estratégias e das prioridades a serem aplicadas.

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

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

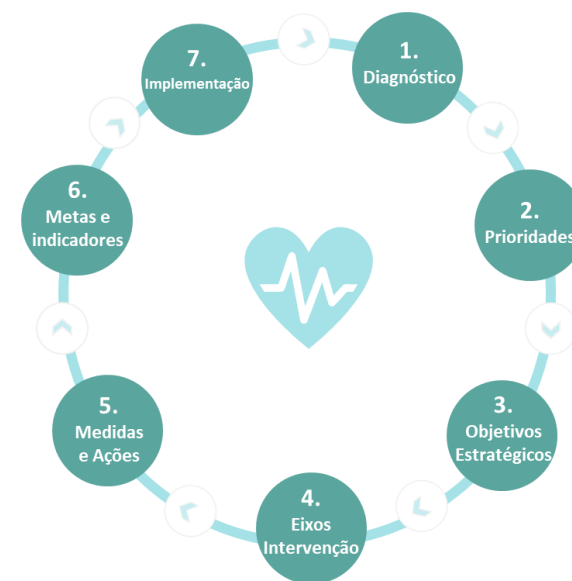


Figura 3. Processo de desenvolvimento da Estratégia Municipal de Saúde.

Fonte: Equipa de Investigação.

referência é apresentado com maior detalhe no segundo volume, correspondente ao Plano Municipal de Saúde.

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 intersetorial** (“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 coprodução 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)⁹, 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 e todas 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 e na cidadã, nas suas necessidades e expectativas.

⁹ World Health Organization (WHO) (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.

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 e pelas cidadãs nas respostas intersectoriais de base territorial.

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 Colaborativo¹⁰.

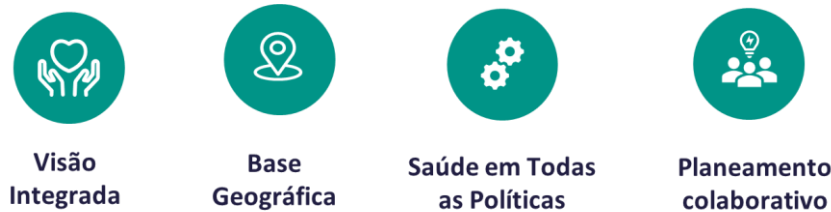


Figura 4. Dimensões da abordagem conceptual de avaliação da saúde da população.

Fonte: Equipa de Investigação.

¹⁰ 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>>.

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 saúde¹¹.

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.¹²

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 mortalidade por doenças crónicas, doenças infeccioas, obesidade, hipertensão arterial) e a uma maior prevalência de

¹¹ Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar*, 1ª Edição, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

¹² Santana, P. (Coordenação) (2007). *A Cidade e a Saúde*. Coimbra: Edições Almedina SA.

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^{13, 14}.

A **equidade em saúde** é um dos temas que, nas últimas décadas, mais tem preocupado a investigação científica e decisão política na área da saúde, sendo prioridade na agenda política internacional¹⁵. 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^{16,17}. 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 1986¹⁸, 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 efeitos¹⁹. Por este motivo, é fundamental incluir as políticas de outros setores e a diferentes níveis, para além dos cuidados de saúde, na prevenção e promoção da saúde da população (Figura 5).

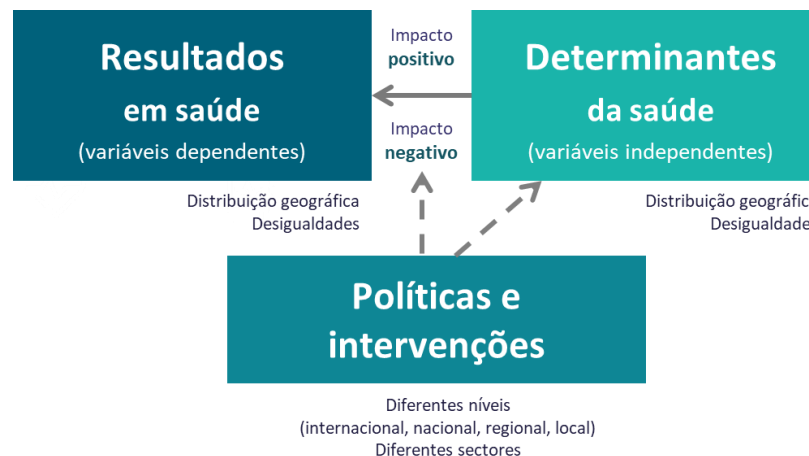


Figura 5. A Abordagem Integrada da Saúde da População.

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

¹³ 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.

¹⁴Marmot, 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)>.

¹⁵ 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>>

¹⁶ 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/10.1177/00333549141291S203>>

¹⁷ 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>>.

¹⁸ 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.

¹⁹ 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>>.

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)²⁰, que dispõe os determinantes da saúde em diferentes camadas segundo o seu nível de abrangência, desde a mais próxima ao indivíduo (contexto familiar) até à mais afastada, onde se identificam as determinantes ao nível da comunidade e ambiente (Figura 6).

No centro, são considerados os indivíduos, com as suas **características individuais** intrínsecas, genéticas e biológicas (sexo, idade) que são influenciados por fatores de contexto (a várias escalas). No nível mais próximo das pessoas, 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**

²⁰ 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.

(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)²¹ adicionaram ao modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) fatores globais como as **mudanças climáticas, o ecossistema e a biodiversidade**, evidenciando a sua relevância através da sua influência nos determinantes locais da saúde e bem-estar da população (Figura 6).

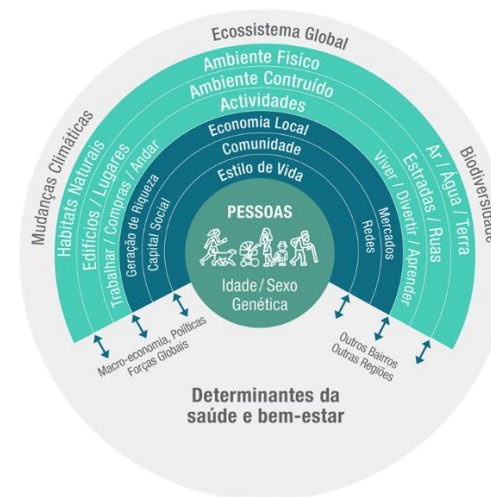


Figura 6. A Abordagem Multidimensional dos Determinantes da Saúde e Bem-Estar.

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

²¹ 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: “Saúde em Todas as Políticas”

A estratégia “Saúde em Todas 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 ^{22,23}.

Compete aos governos, nomeadamente os locais, a tarefa de promover a saúde dos seus cidadãos e cidadãs e de garantir o acesso equitativo a oportunidades e recursos. Os municípios podem atingir esses objetivos através da influência que exercem em vários domínios, tais como o planeamento urbano, o ambiente, a educação, a economia, a habitação, a segurança, os transportes e a mobilidade (Figura 7).

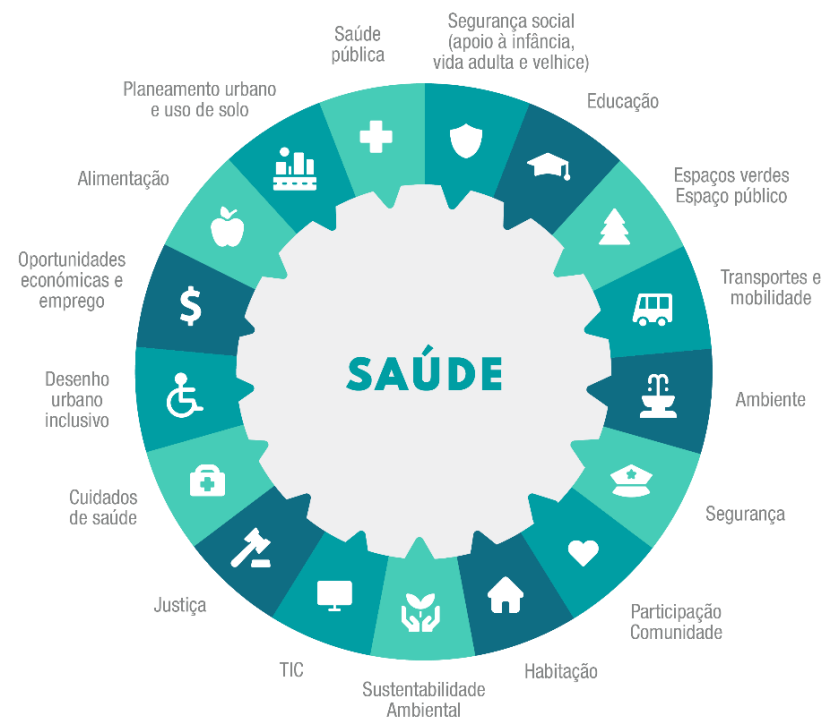


Figura 7. A Abordagem Intersectorial “Saúde em Todas as Políticas”.

Fonte: Universidade de Coimbra e Câmara Municipal de Coimbra (2021). Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra, Volume I - Perfil Municipal de Saúde de Coimbra. Adaptado e traduzido de Ehlinger (2016)²⁴.

²² 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.

²³ 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>>

²⁴ 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 Supramunicipal de Saúde fornece um **diagnóstico da saúde da população residente** na Região em diferentes dimensões de análise, integrando não só **resultados em saúde** mas também os múltiplos **determinantes individuais e ambientais** que influenciam a saúde e bem-estar (Figura 8).

O processo de elaboração do Perfil integrou diferentes fases e etapas. Foi construído em estreita articulação com a CIM Região de Coimbra e municípios que a integram 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 na região.

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.

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

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, com a colaboração das 19 Câmaras Municipais da Região de Coimbra).

No primeiro grupo destacam-se as estatísticas oficiais provenientes do Instituto Nacional de Estatística (INE) e de outras bases de dados, como são os casos da Pordata e da Agência Portuguesa do Ambiente (APA).

No segundo grupo, mediante um pedido de dados realizado através da CIM Região de Coimbra, destacam-se as seguintes fontes: Instituto de Segurança Social (ISS) (beneficiários de apoios sociais), Unidades Locais de Saúde (ULS) (indicadores de utilização hospitalar e cuidados primários à escala da unidade funcional), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (morbilidade hospitalar) e Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) (acidentes de viação).

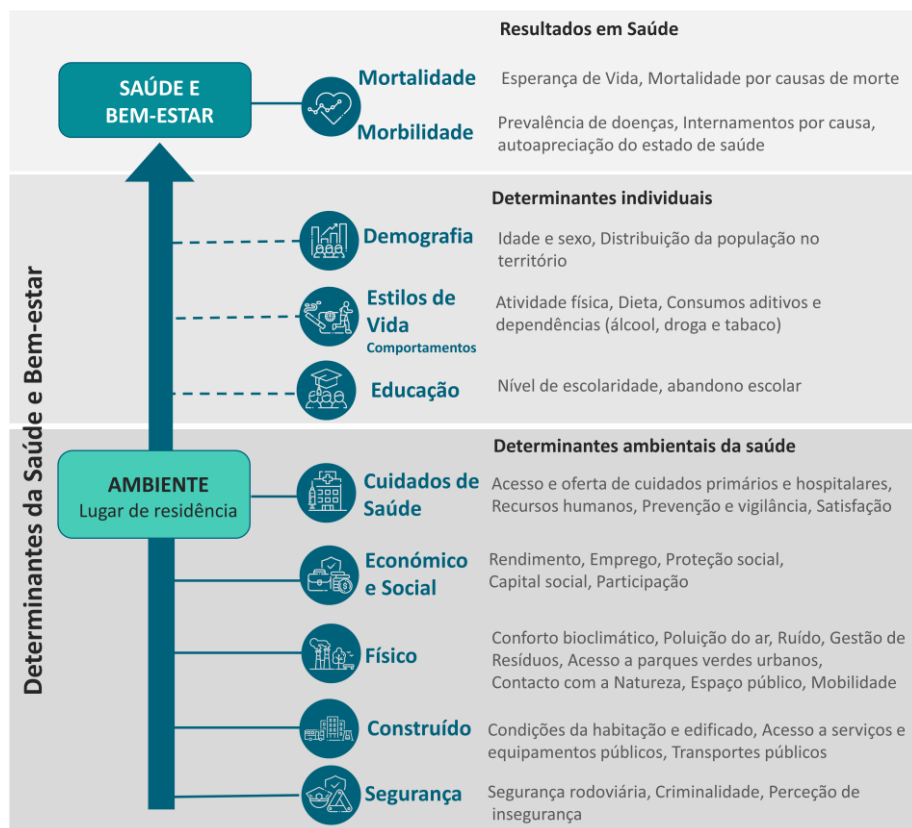


Figura 8. Modelo de avaliação da saúde no Perfil Municipal de Saúde.

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

Dentro deste grupo é ainda de referir a disponibilização de informação estatística pelas 19 Câmaras Municipais, nomeadamente para recolha de indicadores sociais (e.g., Ação Social Escolar, população em situação de

vulnerabilidade social e económica, população adulta mais velha em situação de isolamento). Por fim, recorreu-se a fontes produtoras de dados geográficos para a construção de indicadores de base espacial (e.g., acessibilidade a equipamentos de saúde, espaços verdes) das quais se destacam a Direção Geral do Território - DGT (COS 2018 - Carta de Ocupação do Solo) e a ESRI Portugal (rede viária).

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 do município e 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.

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).

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 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.

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 19 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 agosto 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., UCSP, USF, UCC).

Importa referir que a realidade retratada neste levantamento se reporta ao período temporal referido (abril e agosto de 2024). Assim, e num contexto em que se encontram previstos pelos municípios diversos investimentos em instalações e equipamentos de saúde, nomeadamente financiados pelo Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), muitas das carências identificadas encontram-se já ultrapassadas ou em processo de resolução. A respetiva atualização está prevista no âmbito do Plano Municipal de Saúde e será realizada através da **Plataforma Digital** que suporta a sua monitorização e atualização no futuro.

O inquérito continha **49 questões** organizadas segundo a seguinte estrutura²⁵:

- 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).

Os resultados da aplicação do Inquérito são apresentados, em detalhe, na:

1. Carta das Instalações dos Cuidados de Saúde Primários da Região de Coimbra – 2024, que integra as fichas de caraterização de todas as instalações dos CSP existentes na Região de Coimbra (Anexo II). Este anexo é um documento individualizado que complementa este Perfil.

²⁵ Link: <https://drive.google.com/file/d/1zBFFYCK35faj4OdlFJiAt-aoUk6xxt2f/view?usp=sharing>

2. Plataforma Digital Interativa de Indicadores de Saúde da Região de Coimbra, uma ferramenta digital acessível e de fácil utilização que permite (i) a análise de dados relativos aos equipamentos e instalações de CSP da CIM Região de Coimbra, (ii) servirá, no futuro, para avaliar e monitorizar necessidades futuras em termos de edificado, conservação, investimento e recursos. Em suma, a plataforma fornece informação relevante que contribuirá para apoiar a gestão dos equipamentos e instalações de saúde dos CSP, facilitando o planeamento estratégico e potenciando a eficiência na tomada de decisões de gestão de recursos físicos.

2 ENQUADRAMENTO TERRITORIAL DA REGIÃO

2.1 Enquadramento geográfico e administrativo

A Região de Coimbra é uma sub-região NUT III localizada na região central de Portugal Continental, integrando a Região do Centro (NUT II). Faz fronteira com outras sub-regiões, incluindo a Região de Aveiro a noroeste, Viseu Dão-Lafões a norte, Beiras e Serra da Estrela a nordeste, e Beira Baixa a sudeste.

Além disso, faz fronteira com a Região de Leiria a sudoeste, a oeste, com o Oceano Atlântico (**Mapa 1**).



A Comunidade Intermunicipal da Região de Coimbra na Região Centro

Mapa 1. Enquadramento geográfico e administrativo da Região de Coimbra.

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

Em termos administrativos corresponde à Comunidade Intermunicipal da Região de Coimbra (também designada por CIM RC) constituída ao abrigo da Lei nº 75/2013, de 12 de setembro, e é composta por 19 municípios: Arganil, Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Góis, Lousã, Mealhada, Mira, Miranda do Corvo, Montemor-o-Velho, Mortágua, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Penela, Soure, Tábua e Vila Nova de Poiares, numa área de 4 336 km² (**Mapa 2**).



Mapa 2. Municípios da Região de Coimbra.

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

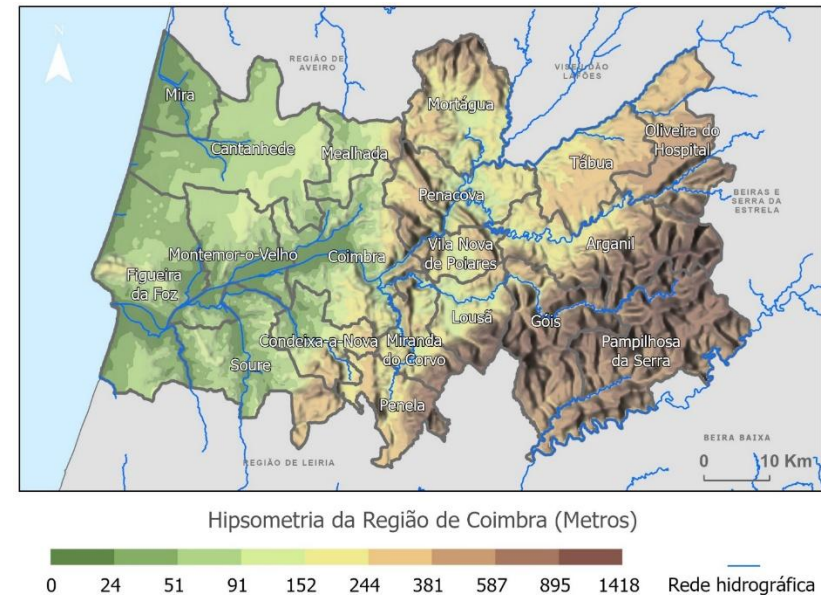
2.2 Relevo e clima

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** observa-se a hipsometria da Região de Coimbra, que se caracteriza por ser bastante diversificada: planícies costeiras, com altitudes ao nível do mar, a oeste, colinas e vales fluviais e áreas montanhosas com altitudes elevadas, que rondam os 1 200 e 1 400 metros, nas Serras da Lousã e do Açor (a leste).

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 asma²⁶, ii) a ocorrência de **precipitação e temperaturas** altas e doenças parasitárias²⁷, e iii) rápida variação da **pressão atmosférica** e o aumento da probabilidade de ataque cardíaco²⁸.

O clima da Região de Coimbra, à semelhança do que se verifica de forma predominante na Região Centro de Portugal Continental, apresenta características típicas do **Clima Mediterrâneo** (Csb, na classificação de



Mapa 3. Mapa hipsométrico da Região de Coimbra.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGT.

Köppen), isto é, um tipo climático com **invernos amenos e chuvosos e verões secos e quentes**.

De acordo com os valores da normal climatológica de 1971-2000 (estação meteorológica de Coimbra/Bencanta), os valores da temperatura média

²⁶ 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. <>

²⁷ 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)>

²⁸ 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.

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.

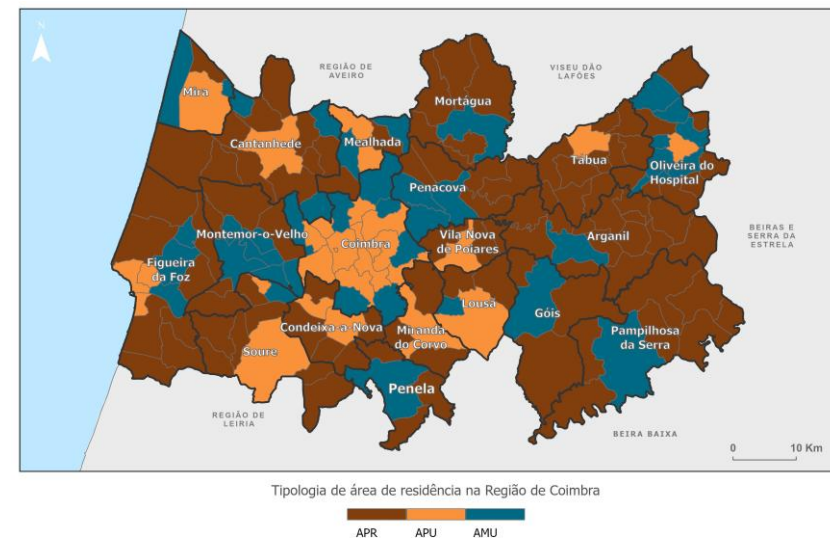
Apesar destas características serem transversais a todos os municípios que constituem a Região de Coimbra, verificam-se algumas **variações espaciais** em virtude, principalmente, da **proximidade ao Oceano Atlântico** e da **altitude**.

Os fenómenos de temperatura extrema são frequentemente associados ao aumento da mortalidade e morbilidade 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**²⁹ na estação meteorológica de Coimbra-Bencanta, sendo que em 2021 e 2022 foram categorizados 29 dias de onda de calor em quatro eventos.

²⁹ 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.

2.3 Grau de urbanização

Considerando o grau de urbanização e o tipo de área residencial³⁰, a Região de Coimbra apresenta grande parte do território como **Área Predominantemente Rural (APR)**: **60% das freguesias** têm esta classificação (**Mapa 4**).



Mapa 4. Tipologia de área de residência das freguesias e uniões de freguesias da Região de Coimbra, segundo a localização geográfica, 2021.

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

³⁰ A classificação da tipologia de área residencial adotada neste relatório foi baseada na Tipologia de Áreas Urbanas (TIPAU 2014) definida pelo INE.

Do total de 436 862 habitantes na região, cerca de **metade (53%)** reside em áreas classificadas como **Áreas Predominantemente Urbanas (APU)**, que correspondem apenas a 16% das freguesias (principalmente freguesias sede de concelho), e 20% em Áreas Mediamente Urbanas (AMU) (**Figura 9**).

Da análise do perfil etário da população residente por tipologia de área de residência, observa-se que embora o envelhecimento acentuado da população seja transversal a todas as tipologias, é nas APR que se reflete mais: um terço da população tem idade acima dos 65 anos (33,3%) e apenas 9,7% idade abaixo dos 15 anos (**Figura 10**). O inverso acontece no perfil etário das APU, que concentram população mais jovem e em idade ativa (12% crianças e jovens e 42% entre os 15 e os 49 anos).

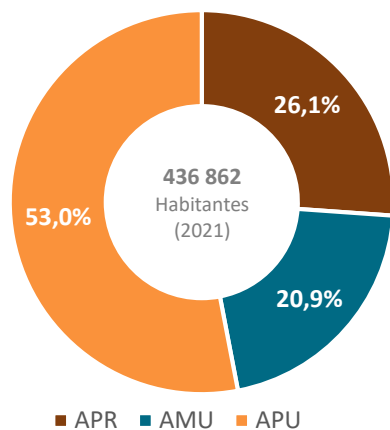


Figura 9. Tipologia de área de residência das freguesias e uniões de freguesia da Região de Coimbra, segundo a população residente, 2021 (%).

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

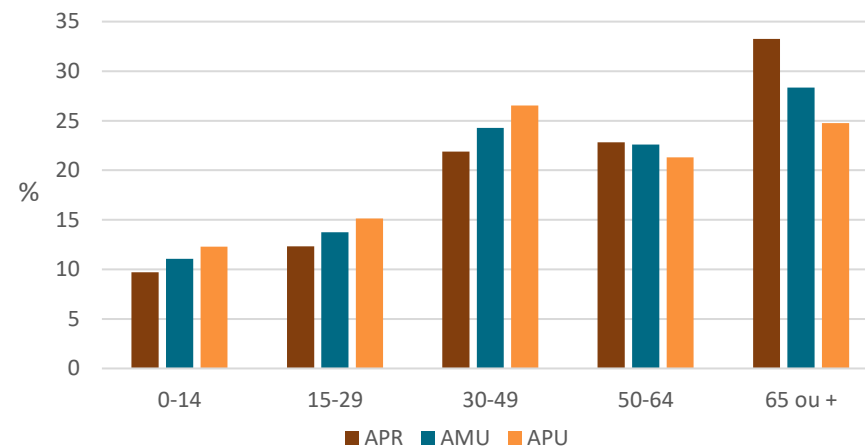


Figura 10. Tipologia de área de residência das freguesias e uniões de freguesia da Região de Coimbra, segundo o escalão etário, 2021 (%).

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

PARTE II. DIAGNÓSTICO

3 DEMOGRAFIA

As características demográficas do território constituem uma condicionante com relevância para o seu desenvolvimento social e económico, bem como para o estado de saúde da população residente. A dimensão populacional, a dinâmica de evolução e a estrutura demográfica, para além de influenciarem o estado global de saúde da população, 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, de forma a potenciar a melhoria de resultados em saúde.

De acordo com os Censos 2021, a Região de Coimbra contava, nessa data, com um efetivo populacional residente de **436 862 habitantes**, o que representa um **decréscimo de 4,4%** em relação a 1991. Este fenómeno de **retração populacional** verificou-se em **13 dos 19 municípios** da Região, com perdas particularmente acentuadas em municípios do interior, de que são exemplo Pampilhosa da Serra (-29,6%) e Góis (-29,1%). Em contrapartida, alguns municípios com dinâmicas urbanas mais favoráveis, como Condeixa-a-Nova e Lousã, registaram um importante crescimento populacional, em 20 anos. Todavia, se verificarmos a evolução no último decénio (2011-2021), todos os municípios perderam população (**Quadro 1**).

Do ponto de vista da **estrutura etária**, a população residente na Região de Coimbra evidencia, no último período intercensitário, um **processo de envelhecimento de duplo sentido**: o aumento da população nos escalões etários acima dos 55 anos e a diminuição da população nos escalões abaixo dos 54 anos, particularmente acentuada entre os 25 e os 39 anos (**Figura 11**).

O fenómeno de **envelhecimento da população** residente na Região de Coimbra registou um **acentuado crescimento** entre 2011 e 2021.

Quadro 1. População residente na Região de Coimbra (Municípios) e em Portugal (Continente), em 1991, 2001, 2011 e 2021.

	1991	2001	2011	2021	Δ 91-21
	HM [N.º]	HM [N.º]	HM [N.º]	HM [N.º]	HM [%]
Portugal-Continente	9 375 926	9 869 343	10 047 621	9 855 909	5,1
Condeixa-a-Nova	13 027	15 340	17 078	16 732	28,4
Lousã	13 447	15 753	17 604	17 006	26,5
Vila Nova de Poiares	6 161	7 061	7 281	6 803	10,4
Mealhada	18 272	20 751	20 428	19 348	5,9
Miranda do Corvo	11 674	13 069	13 098	12 002	2,8
Coimbra	139 052	148 443	143 396	140 816	1,3
Figueira da Foz	61 555	62 601	62 125	58 951	-4,2
Região de Coimbra	456 773	472 334	460 139	436 862	-4,4
Montemor-o-Velho	26 375	25 478	26 171	24 571	-6,8
Cantanhede	37 140	37 910	36 595	34 212	-7,9
Mira	13 257	12 872	12 465	12 113	-8,6
Oliveira do Hospital	22 584	22 112	20 855	19 413	-14
Tábua	13 101	12 602	12 071	11 160	-14,8
Mortágua	10 662	10 379	9 607	8 963	-15,9
Arganil	13 926	13 623	12 145	11 065	-20,5
Soure	21 704	20 940	19 245	17 261	-20,5
Penela	6 919	6 594	5 983	5 440	-21,4
Penacova	16 748	16 725	15 251	13 113	-21,7
Góis	5 372	4 861	4 260	3 811	-29,1
Pampilhosa da Serra	5 797	5 220	4 481	4 082	-29,6

Legenda: ■ – Desempenho acima da média regional e ■ – Desempenho abaixo da média regional
 Fonte: INE, Censos 1991, 2001, 2011 e 2021.

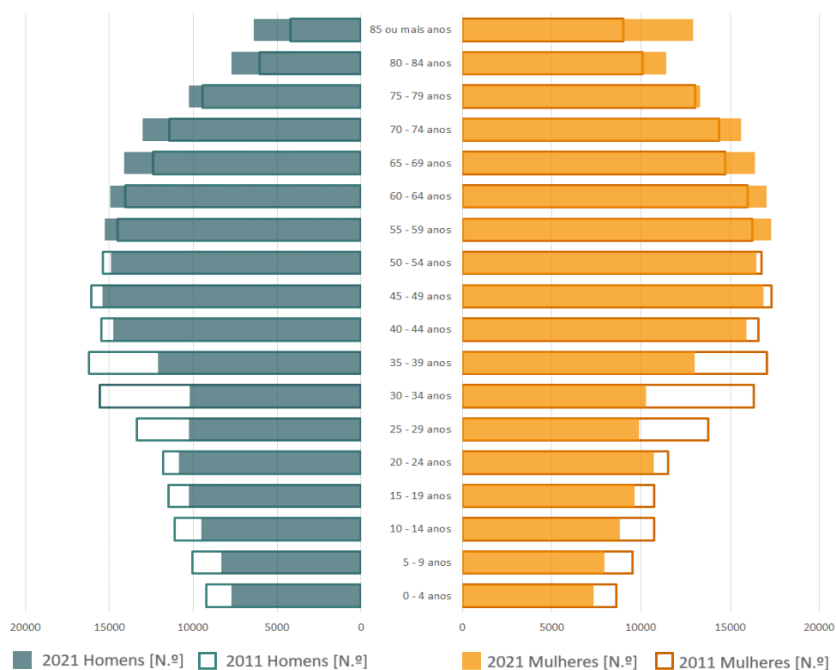


Figura 11. Estrutura etária da população residente na Região de Coimbra segundo o sexo, 2011-2021.

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.

O índice de envelhecimento é observável **em todos os municípios** que integram a Região de Coimbra, com intensidades diferenciadas, que oscilaram entre um valor máximo (693 no município de Pampilhosa da Serra) e um mínimo (167 no município de Condeixa-a-Nova) (**Quadro 2**).

Quadro 2. Índice de envelhecimento demográfico³¹ da população residente na Região de Coimbra (Municípios) segundo o sexo, e em Portugal (Continente), 2011 e2021.

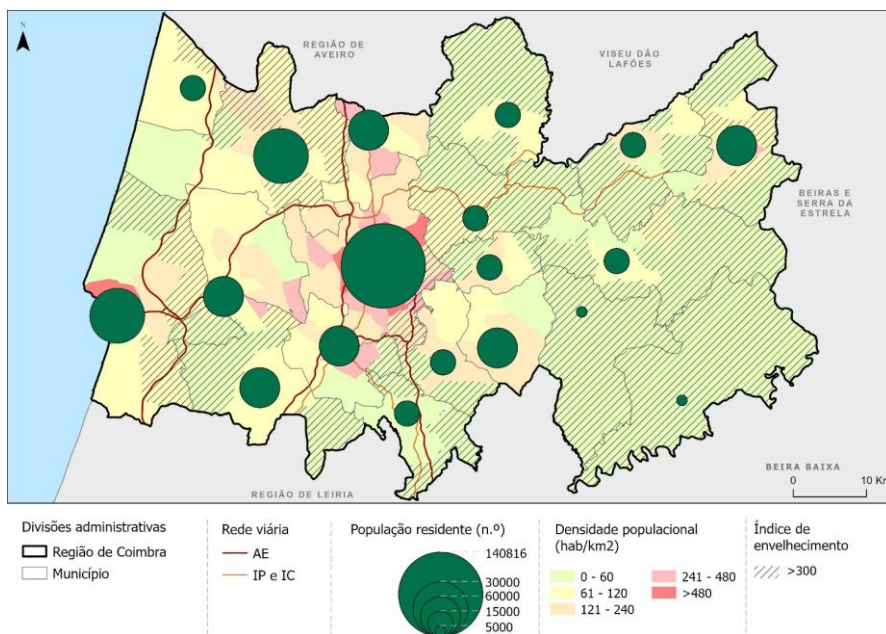
	2011			2021		
	HM	H	M	HM	H	M
Portugal-Continente	131	107	155	185	154	216
Condeixa-a-Nova	119	93	147	167	134	202
Lousã	114	94	135	172	144	203
Montemor-o-Velho	173	143	205	213	177	252
Coimbra	161	130	194	215	174	258
Mealhada	153	122	188	226	185	271
Vila Nova de Poiares	135	107	165	232	209	254
Região de Coimbra	177	143	212	244	202	289
Miranda do Corvo	154	120	191	251	213	290
Figueira da Foz	176	141	212	253	211	298
Oliveira do Hospital	182	150	216	261	215	311
Mira	202	159	250	267	219	318
Tábua	187	155	219	267	230	305
Cantanhede	193	159	227	268	221	319
Penela	240	204	274	306	265	345
Soure	239	193	288	328	267	395
Arganil	269	226	312	330	288	372
Penacova	199	170	228	346	282	412
Mortágua	264	222	310	370	331	407
Góis	310	236	394	455	419	485
Pampilhosa da Serra	590	463	721	693	569	822

Legenda: ■ – Valor acima da média regional e ■ – Valor abaixo da média regional, para a população total [HM] em 2021.

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

³¹ Índice de Envelhecimento Demográfico: [pop. ≥65 / pop. <15 x 100].

A dinâmica demográfica também se reflete na **distribuição da população residente pelo território** (área total de 4 336 km²) onde a **densidade populacional** varia entre os 10,3 habitantes por km² na Pampilhosa da Serra e os 440 no município de Coimbra (Mapa 5).



Mapa 5. Mapa síntese da situação demográfica na Região de Coimbra, 2021.

Fonte: Cálculos próprios com base nos Censos 2021.

Num contexto de **dinâmica demográfica regressiva** projeta-se que a Região de Coimbra terá em 2030, face a 2020, num cenário de saldos migratórios nulos, uma **redução de 7,4% do total de habitantes, e de 12,4% na população em idade ativa** (Figura 12).

Este cenário altera-se significativamente se se considerar as tendências recentes de imigração que, não só compensaram largamente a emigração, como invertem a dinâmica de decréscimo da população no seu todo e quase compensaram a redução da população em idade ativa. Assim, considerando o **cenário com migrações**, o refluxo demográfico projetado de -7,4% passa a um **aumento de 3,8%**, não obstante a população em idade ativa ainda sofrer uma redução de 3,0%.

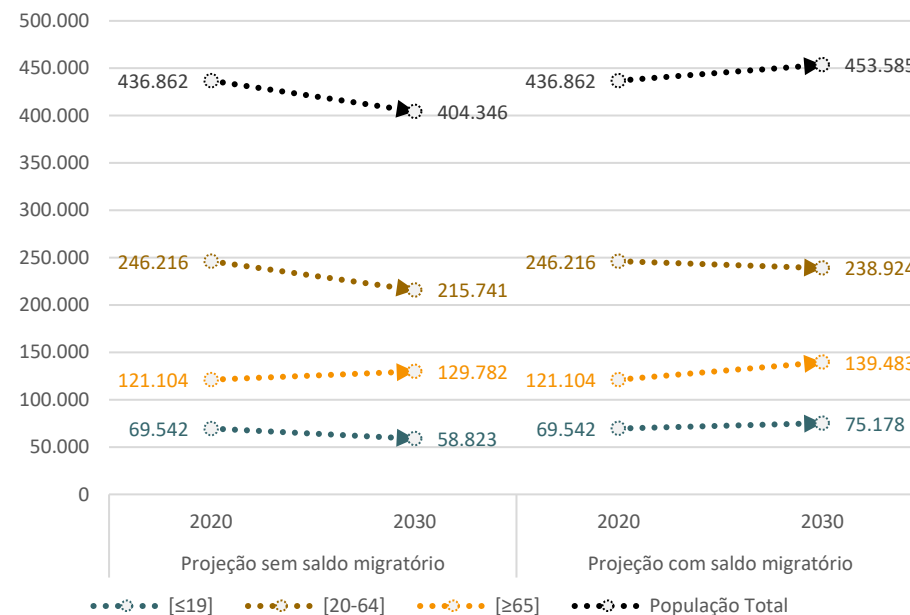


Figura 12. Projeção até 2030 da população residente na Região de Coimbra segundo o grupo etário.

Fonte: CCDRC, IP, Universidade de Aveiro, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

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 nascença³² 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 da população, possibilitando a comparação entre diferentes unidades territoriais, mas também entre diferentes momentos temporais.

A Região de Coimbra apresenta um importante **aumento da esperança média de vida à nascença** nos períodos em análise (1999-2003 a 2019-2023) tanto no que se refere ao sexo feminino (4 anos, passando de 81,2

anos para 85,2 anos) como ao sexo masculino (4,5 anos, passando de 74,9 anos para 79,4 anos) (**Figura 13**).

No período mais recente, a esperança média de vida da população residente é de **82,4 anos**, com as mulheres a viverem mais anos (85,2) comparativamente aos homens (79,4). Existem, no entanto, grandes disparidades geográficas no número médio de anos de vida que se pode esperar viver à nascença. Entre os municípios que integram a Região de Coimbra regista-se uma diferença de 2,3 anos (**Mapa 6**), sendo esta ainda maior nos homens (4,9 anos) comparativamente com as mulheres (2,8) (**Mapa 7 e Mapa 8**).

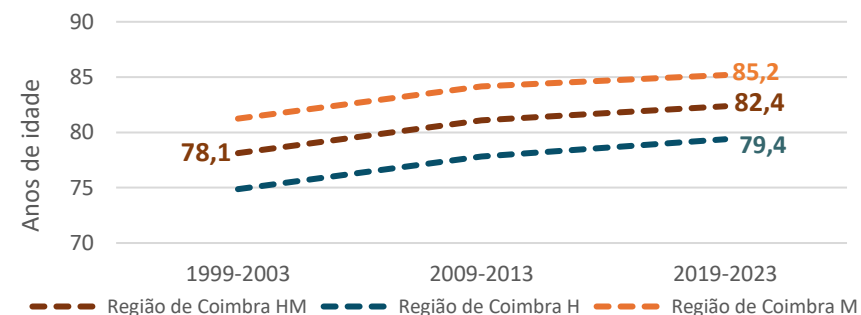
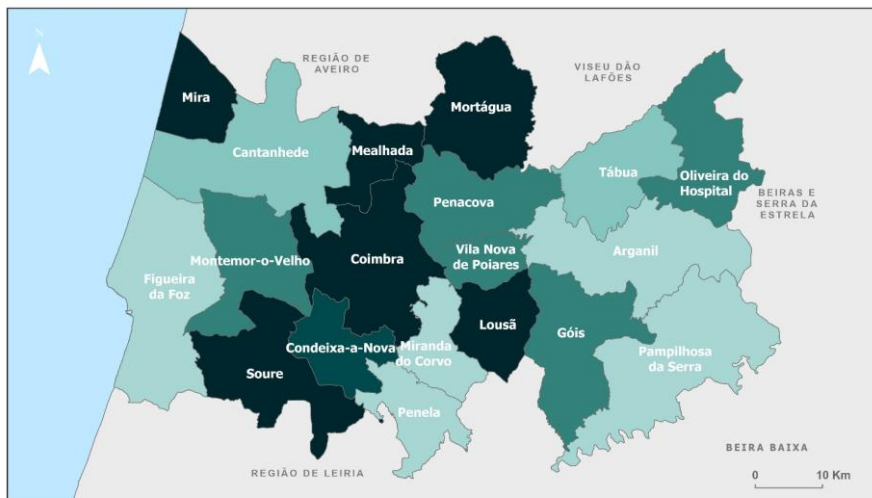


Figura 13. Evolução Comparativa da Esperança de Vida à Nascença na Região de Coimbra, por sexo (anos), entre 1999 e 2023.

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

³² Número médio de anos que cada pessoa, à nascença, pode esperar viver, se submetido, até ao final da sua vida, às taxas de mortalidade observadas no momento de referência.



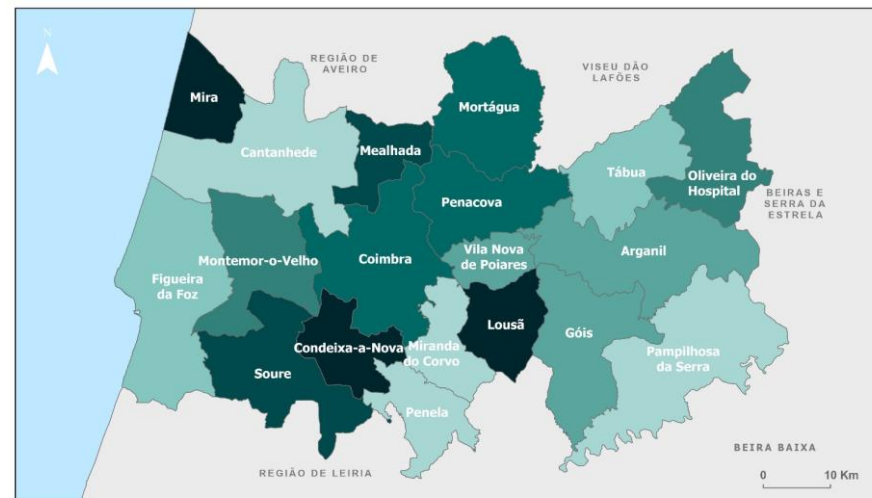
Esperança de vida à nascença na Região de Coimbra (Homens e Mulheres - Anos de vida)



Região de Coimbra: 82,4 | Continente: 81,2

Mapa 6. Esperança de Vida à Nascença na Região de Coimbra (anos), segundo o município, 2019-2023.

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



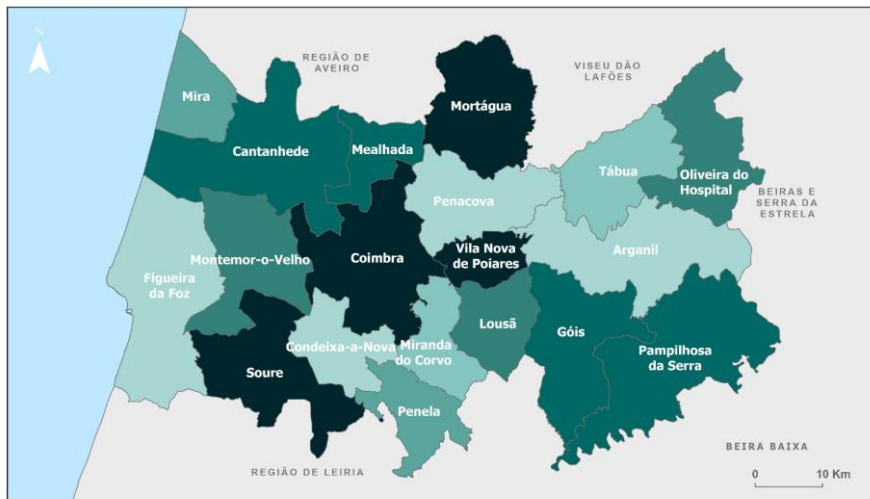
Esperança de vida à nascença na Região de Coimbra (Homens - Anos de vida)



Região de Coimbra: 79,4 | Continente: 78,4

Mapa 7. Esperança de Vida à Nascença dos homens, na Região de Coimbra (anos), segundo o município, 2019-2023.

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



Esperança de vida à nascença na Região de Coimbra (Mulheres - Anos de vida)

83,6 84,7 84,9 85,1 85,3 85,5 85,6 86,4

Região de Coimbra: 85,2 | Continente: 83,7

Mapa 8. Esperança de Vida à Nascença das mulheres, na Região de Coimbra (anos), segundo o município, 2019-2023.

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

³³ Santana, P. (2005). Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal. Coimbra: Edições Almedina SA.

³⁴ 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.

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 essas pessoas tivessem um acesso atempado aos cuidados de saúde) ³³.

4.2.1 Mortalidade infantil e componentes

A análise da **taxa de mortalidade infantil**³⁴ 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)³⁵.

³⁵ 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.

No período em análise (1999-2003 a 2019-2023) é observada a **diminuição consistente** da taxa de mortalidade infantil na Região de Coimbra acompanhando a tendência de Portugal Continental (**Figura 14**). No período 2019-2023, a taxa de mortalidade infantil foi de 2 óbitos com idade inferior a um ano de idade por 1 000 nascimentos.

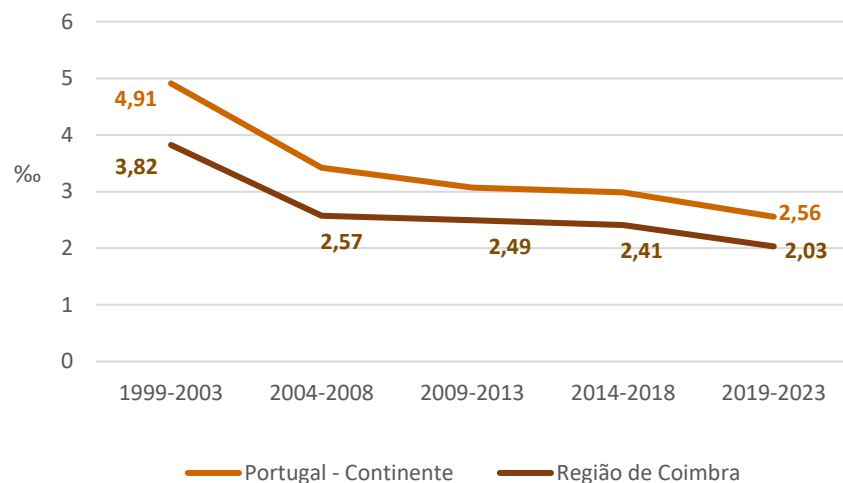
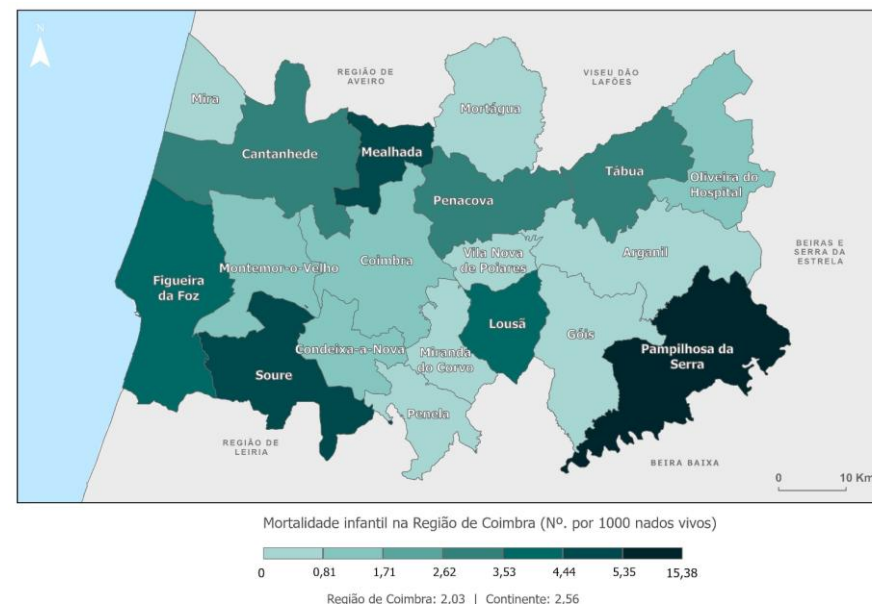


Figura 14. Evolução comparativa da Taxa de Mortalidade Infantil em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, (Nº por 1 000 nados vivos), entre 1999 e 2023.

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

A análise da distribuição geográfica da taxa de mortalidade infantil à escala do município, no último período, revela uma grande variabilidade de valores que vão dos 0 óbitos (Arganil, Góis, Mira, Miranda do Corvo, Mortágua, Penela, Vila Nova de Poiares) a valores acima dos 5 óbitos por 1 000 nados vivos (**Mapa 9**).

Apesar da evolução positiva do indicador poder estar associada a melhores condições de vida e de acesso aos cuidados de saúde durante o período de gravidez e o primeiro ano de vida, a grande variabilidade poderá estar, ainda, associada aos valores baixos de nados vivos registados.



Mapa 9. Taxa de Mortalidade Infantil na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 1 000 nados vivos), 2019-2023.

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

As **taxas de mortalidade perinatal³⁶ e neonatal³⁷** 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 parto³⁸.

A análise das taxas de mortalidade perinatal e neonatal revela uma descida consistente na Região de Coimbra, acompanhando a tendência nacional, apresentando valores mais baixos comparativamente à média de Portugal Continental (**Quadro 3**).

³⁶ 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.

³⁷ Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo.

Quadro 3. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Infantil, Perinatal e Neonatal, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, (Nº por 1 000 nados vivos), entre 1999 e 2023.

	Quinquénio	Taxa de Mortalidade Infantil (Nº por 1 000 nados vivos)	Taxa Mortalidade Perinatal (Nº por 1 000 nados vivos)	Taxa Mortalidade Neonatal (Nº por 1 000 nados vivos)
Portugal-Continente	1999-2003	4,91	5,81	3,11
	2004-2008	3,42	4,29	2,18
	2009-2013	3,07	3,88	2,10
	2014-2018	2,99	3,85	2,08
	2019-2023	2,56	3,40	1,69
Região de Coimbra	1999-2003	3,68	4,38	1,75
	2004-2008	2,57	4,04	1,11
	2009-2013	2,49	3,83	1,45
	2014-2018	2,41	3,68	1,84
	2019-2023	2,03	2,78	1,35

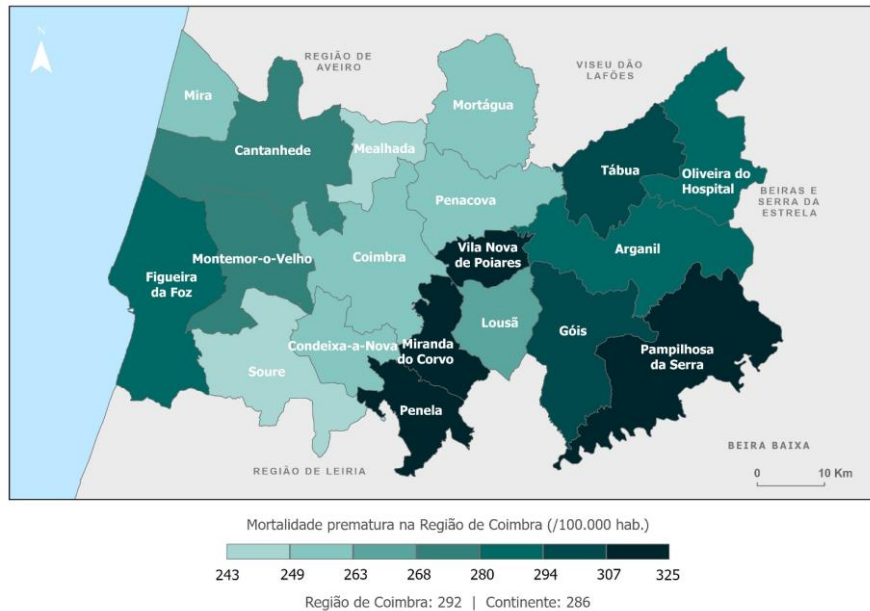
Fonte: Cálculos próprios com base no INE. Nados Vivos e Óbitos Gerais.

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

³⁸ 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.

para medir a eficácia dos sistemas de saúde, a qualidade de vida e o impacto de fatores de risco na população jovem e adulta³⁹.



Mapa 10. Mortalidade prematura na Região de Coimbra, segundo o município (TMP/100 000 hab.), 2018-2022.

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

A taxa de mortalidade prematura na Região de Coimbra (292 óbitos por 100 000 habitantes) é superior à de Portugal Continental (286) (**Mapa 10**).

³⁹ Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar*, 1ª Edição, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

A análise geográfica permite identificar uma grande variação entre municípios (entre 243 e 325 óbitos por 100 000 habitantes), destacando-se Penela, Miranda do Corvo, Vila Nova de Poiares e Pampilhosa da Serra com as taxas mais elevadas

4.2.3 Principais causas de morte

De modo a fornecer um quadro de referência da evolução recente da situação sanitária dos municípios que compõem a Região de Coimbra, apresentam-se as **principais causas de morte entre 1999-2003 e 2017-2021**. O conjunto de causas de morte⁴⁰ 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, verifica-se uma **redução generalizada**, à exceção de alguns tumores (tumor da laringe, traqueia, brônquios e pulmões e tumor do cólon, reto, ânus e canal anal), das doenças do aparelho digestivo e suicídio, onde foi registado um ligeiro aumento (**Quadro 4**).

Embora se verifique uma tendência crescente na diminuição das **taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias**, estas duas causas juntamente com as taxas de **mortalidade**

⁴⁰ 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.

por tumores malignos continuam a ser responsáveis pela maior parte dos óbitos nos municípios da Região de Coimbra, bem como no Continente.

Quadro 4. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100 000 habitantes), entre 1999-2003 e 2017-2021.

Causa de morte	Região de Coimbra		Portugal-Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Todas as causas	1 312,2	873,5	1 361,7	905,6
Tumores malignos	232,5	213,4	254,4	222,8
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões	22,0	28,2	32,2	35
Tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal	26,5	31,2	30,4	30,1
Doenças do aparelho circulatório	518,7	241,0	452,1	249,5
Doenças cerebrovasculares	278,8	78,4	277,2	82,8
Doença isquémica cardíaca	57,5	32,5	93,4	54,2
Doenças do aparelho respiratório	134,5	94,8	131,6	89,9
Doenças endócrinas	49,8	35,2	53,6	41
Diabetes <i>Mellitus</i>	43,4	25,4	46,9	30,3
Doenças do aparelho digestivo	22,2	36,4	21,9	39,3
Suicídio	7,3	8,4	8,8	8,5
Acidentes de transporte	8,8	8,0	9,6	6,9
Doenças crónicas do fígado	18,9	9,5	18,9	9,1

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

Em 2017-2021, cerca de **63%** das mortes ocorridas na Região de Coimbra deveu-se a estas causas, embora com diferenças entre sexos (**Quadro 5 e Quadro 6**).

Quadro 5. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, na população masculina residente em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100 000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.

Causa de morte	Região de Coimbra		Portugal-Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Todas as causas	1 634,4	1 114,6	1 710,9	1 154,5
Tumores malignos	325,1	293,5	360,8	312,8
Tumor maligno do laringe, traqueia, brônquios e pulmões	38,4	46	60,4	59,8
Tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal	37,1	43,9	40,6	42,2
Doenças do aparelho circulatório	583,8	284,8	634	294,1
Doenças cerebrovasculares	306,7	89,6	303	94,3
Doença isquémica cardíaca	77,9	49,2	194,2	76,9
Doenças do aparelho respiratório	197,6	128,5	192	127,3
Doenças endócrinas	48,2	37	55,4	43,8
Diabetes <i>Mellitus</i>	42,3	27,9	47,9	33,3
Doenças do aparelho digestivo	33,1	48,3	30,7	52,3
Suicídio	13,2	13,9	15,5	14
Acidentes de transporte	14,7	13,7	15,6	11,8
Doenças crónicas do fígado	32,2	17,7	30,8	15,8

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

Quadro 6. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, na população feminina residente em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100 000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.

Causa de morte	Região de Coimbra		Portugal-Continente	
	1999-2003	2017-2021	1999-2003	2017-2021
Todas as causas	1 081,5	696	1 108,8	721,2
Doenças do aparelho circulatório	469,4	207,3	496,1	214,7
Doenças cerebrovasculares	256,1	69,3	256,3	73,9
Doença isquémica cardíaca	44,4	19,9	70,6	36,6
Tumores malignos	169,9	154,5	181,3	156,4
Tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal	19,3	22,1	23,3	21,2
Tumor maligno do laringe, traqueia, brônquios e pulmões	9,7	13,8	10,8	15,3
Doenças do aparelho respiratório	98,6	73,8	95,3	66,7
Doenças endócrinas	49,8	32,9	51,8	38,4
Diabetes <i>Mellitus</i>	43,1	23,1	45,6	27,8
Doenças do aparelho digestivo	14,4	26,3	15,2	28,9
Suicídio	2,6	3,7	3,8	3,9
Acidentes de transporte	4	2,9	4,2	2,5
Doenças crónicas do fígado	8,4	2,5	9,2	3,4

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

A comparação das taxas de mortalidade padronizada por grandes causas, segundo os sexos, revela uma situação desfavorável para o sexo masculino, tanto na mortalidade por todas as causas, como na generalidade das outras grandes causas (**Quadro 5** e **Quadro 6**), verificando-se que a Região de Coimbra apresenta valores mais baixos, quando comparada com as taxas relativas à população residente no Continente, sendo exceção nos homens o tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal, os acidentes de transporte e as doenças crónicas do fígado, e nas mulheres o tumor maligno do cólon, reto, ânus e canal anal, as doenças do aparelho respiratório e os acidentes de transporte.

A análise da mortalidade na Região de Coimbra implica também a análise dos óbitos registados nos diferentes municípios que a constituem, classificados 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)⁴¹. 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 ⁴², 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 ⁴³.

⁴¹ Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina SA.

⁴² 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>

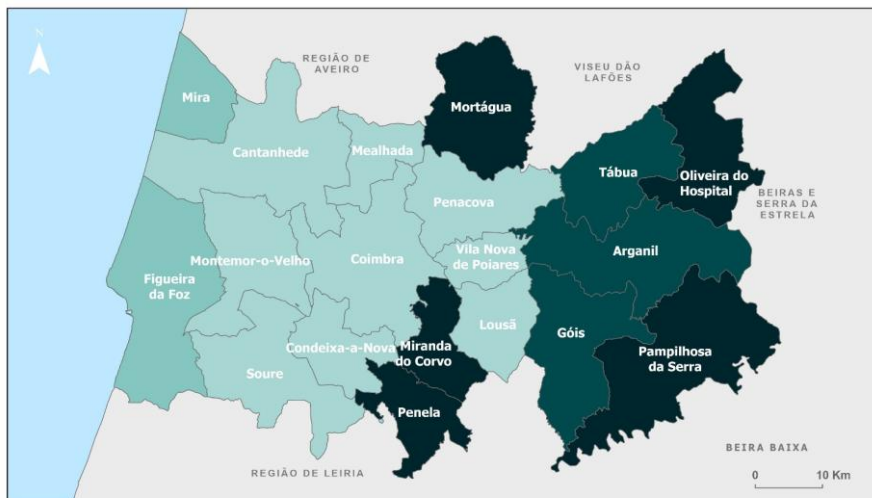
De modo semelhante, considera-se que o indicador de **mortalidade por causas preveníveis** transmite informação sobre as mortes que poderiam ter sido evitadas por intervenções de saúde pública que abordam determinantes mais amplos da saúde pública, nomeadamente fatores comportamentais e de estilo de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

Considerando o território da Região de Coimbra, evidenciam-se **variações geográficas** importantes não só **entre municípios** mas também **dentro dos municípios, à escala da freguesia**, em ambos os grupos de causas consideradas “evitáveis” (**Mapa 11, Mapa 12, Mapa 13 e Mapa 14**). Com valores de mortalidade bastante elevados destacam-se:

- por **causas preveníveis**, os municípios de **Miranda do Corvo, Mortágua, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra e Penela** (com valores superiores a 134 óbitos por 100 000 habitantes);
- por **causas tratáveis**, os municípios de **Mealhada, Miranda do Corvo, Montemor-o-Velho, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra e Penela** (com valores superiores a 69 óbitos por 100 000 habitantes).

De destacar que algumas freguesias apresentam taxas de mortalidade, por causas evitáveis, que excedem de forma importante a média da região (acima dos 300 óbitos por 100 000 habitantes).

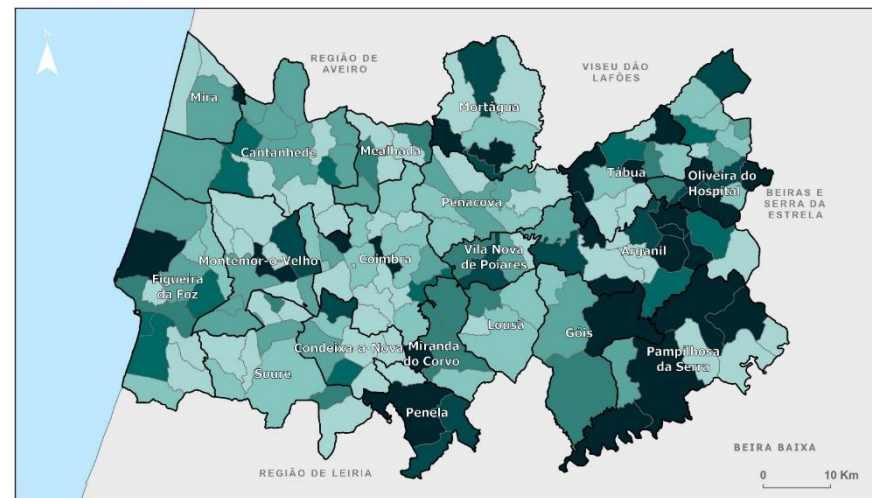
⁴³ Santana, P., Costa, C., Freitas, Â., Stefanik, I., Quintal, C., Bana e Costa, C., Borrell, C., et al. (2017). *Atlas of population health in European Union regions*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. <<https://doi.org/10.14195/978-989-26-1463-2>>



Mortalidade por causas preveníveis na Região de Coimbra (/100.000 hab.)

89	106	112	117	123	128	134	159
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Região de Coimbra: 116 | Continente: 128



Mortalidade por causas preveníveis na Região de Coimbra (/100.000 hab.)

17	90	104	119	133	147	161	361
----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

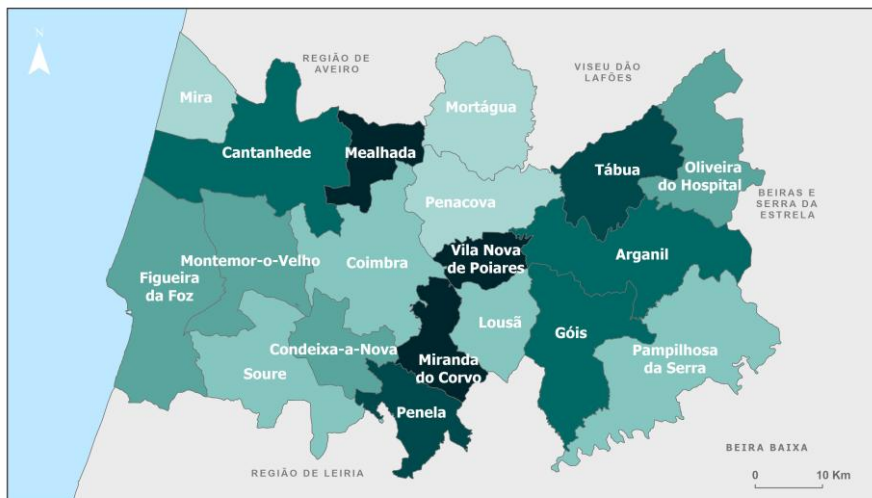
Região de Coimbra: 116 | Continente: 128

Mapa 11. Taxa de Mortalidade Padronizada por causas de morte preveníveis na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.

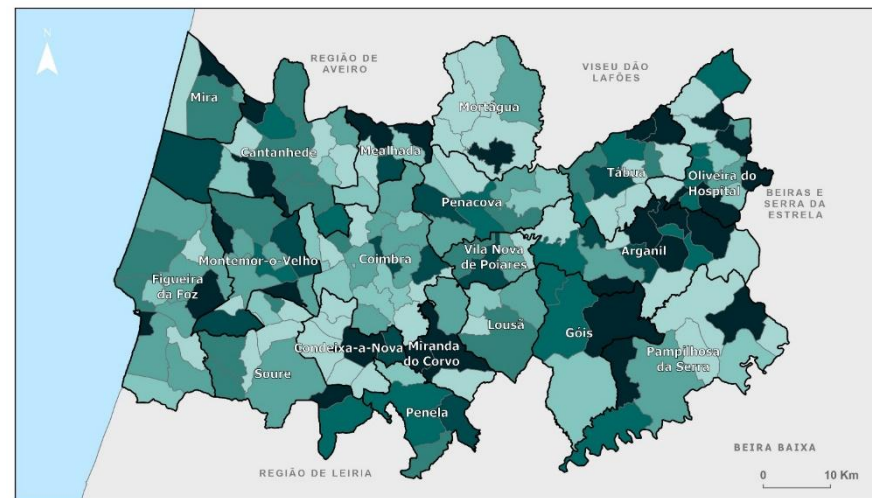
Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e População Residente.

Mapa 12. Taxas de Mortalidade Padronizada por causas de morte preveníveis na Região de Coimbra, 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.



Mapa 13. Taxa de Mortalidade Padronizada por causas de morte tratáveis na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.
 Fonte: Cálculos próprios com base no INE, Óbitos por Causa de Morte e População Residente.



Mapa 14. Taxas de Mortalidade Padronizada por causas de morte tratáveis na Região de Coimbra, 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 das pessoas 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 ocorre⁴⁴.

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)⁴⁵ (ver Anexo I para consultar a respetiva lista de causas de morte).

O **consumo de tabaco** é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade prematura. É um fator de risco para uma vasta lista de doenças que inclui o **cancro do pulmão**, entre outros tipos de **cancro**, **doenças cardíacas**, **doenças cerebrovasculares** e **doenças respiratórias crónicas**⁴⁶ (ver Anexo I para consultar a respetiva lista de causas de morte).

⁴⁴ World Health Organization (WHO) (2024). Alcohol. Fact Sheet. Link: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

⁴⁵ 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.

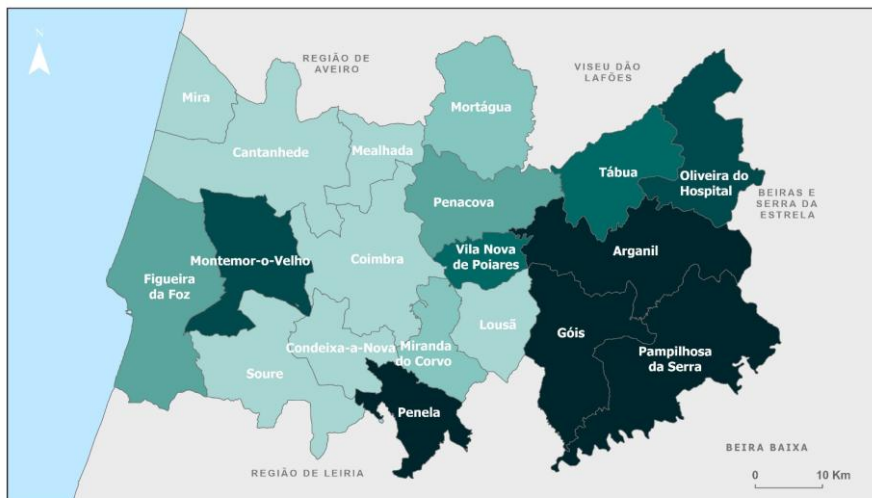
⁴⁶ World Health Organization (2021). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2021: Addressing New and Emerging Products*. Geneva: World Health Organization.

Em Portugal, apesar da tendência decrescente que se tem vindo a registar (primeiramente na população masculina e desde 2014 também na população feminina) a prevalência de consumo de tabaco é ainda considerada elevada, sendo marcada por importantes desigualdades socioeconómicas, culturais e geográficas⁴⁷.

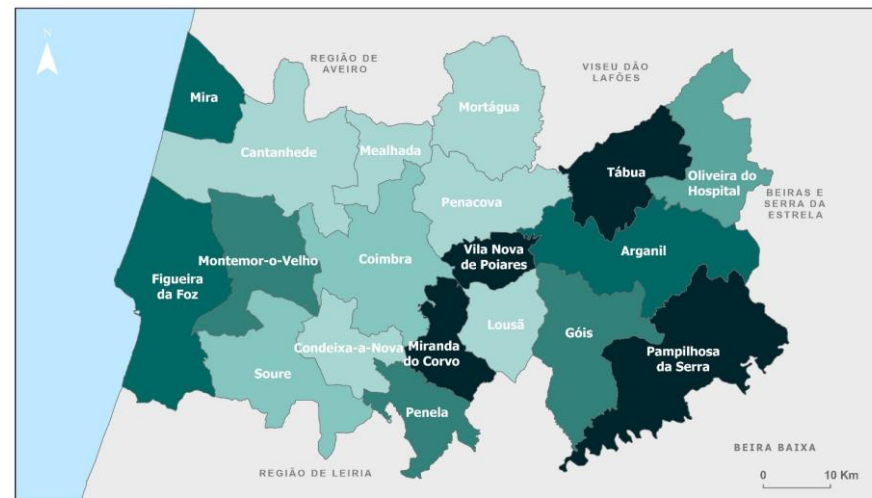
Na Região de Coimbra registaram-se, no período de 2017-2021, cerca de 30 e 45 óbitos por 100 000 habitantes, respetivamente por causas atribuíveis ao consumo de álcool e de tabaco. Quando se observa a distribuição geográfica dos óbitos por estas causas torna-se evidente um padrão este-oeste, com os valores mais elevados a registarem-se em municípios localizados no setor leste do território (**Mapa 15**):

- por causas atribuíveis ao **consumo de álcool**, destacam-se os municípios de **Arganil, Góis, Pampilhosa da Serra e Penela** (com valores superiores a 37 óbitos por 100 000 habitantes);
- por causas atribuíveis ao **consumo de tabaco**, destacam-se os municípios de **Miranda do Corvo, Pampilhosa da Serra, Tábua e Vila Nova de Poiares** (com valores superiores a 44,5 óbitos por 100 000 habitantes).

⁴⁷ 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>>



Mortalidade atribuível ao consumo de álcool na Região de Coimbra (/100.000 hab.)
 27,2 31 32,2 33,4 34,5 35,7 36,9 44,6
 Região de Coimbra: 31,3 | Continente: n/d



Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco na Região de Coimbra (/100.000 hab.)
 34,7 38,5 39,7 40,9 42,1 43,3 44,5 54,2
 Região de Coimbra: 44,9 | Continente: n/d

Mapa 15. Taxa de Mortalidade Padronizada por causas de morte atribuíveis ao Consumo de Álcool na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.

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

Mapa 16. Taxa de Mortalidade Padronizada por causas de morte atribuíveis ao Consumo de Tabaco na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.

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

4.3 Morbilidade

Na dimensão da morbilidade, a saúde da população é avaliada por critérios relacionados com a **incidência de doenças crónicas não transmissíveis**. A morbilidade, enquanto área de preocupação para a saúde da população, representa um importante preditor da qualidade de vida, encontrando-se associada à perda de anos de vida saudável e a condições limitadoras da independência e autonomia do indivíduo, principalmente em idades mais avançadas (incapacidade funcional)⁴⁸.

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 análise comparativa dos principais diagnósticos registados nas unidades de Cuidados de Saúde Primários na região releva a importância de **cinco patologias principais**, a saber: alterações do metabolismo dos lípidos, hipertensão arterial, obesidade, perturbações depressivas e diabetes *mellitus*. Estas patologias são predominantes em todas as unidades de CSP que integram a ULS de Coimbra, variando entre municípios (Figura 15).

⁴⁸ 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>>

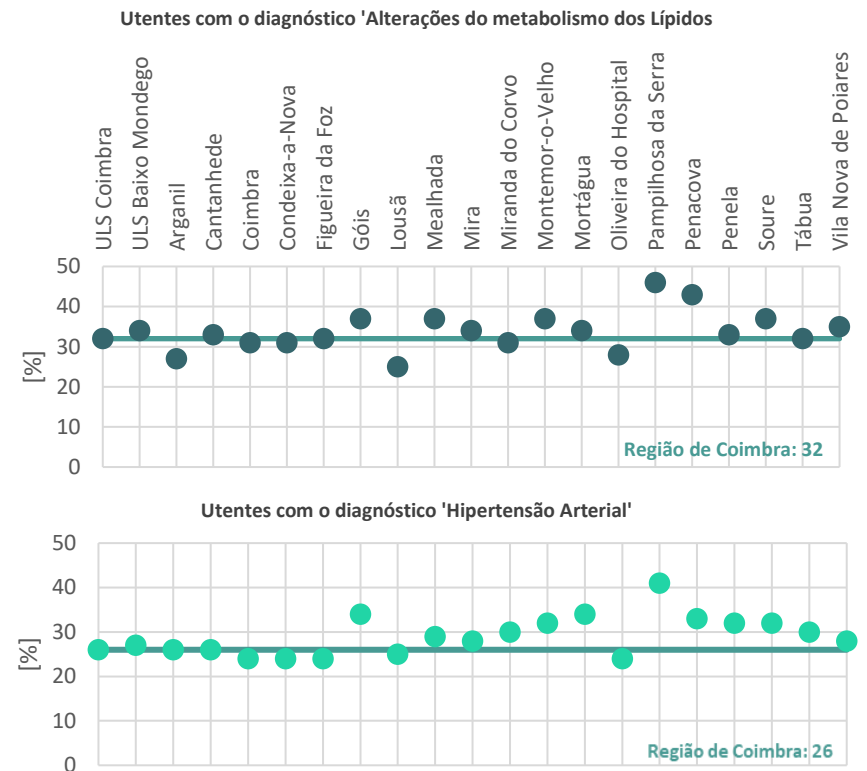


Figura 15. Proporção de inscritos nos CSP com os 5 principais diagnósticos (%) na Região de Coimbra (municípios), nas ULS de Coimbra e do Baixo Mondego, 2023.

Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego.

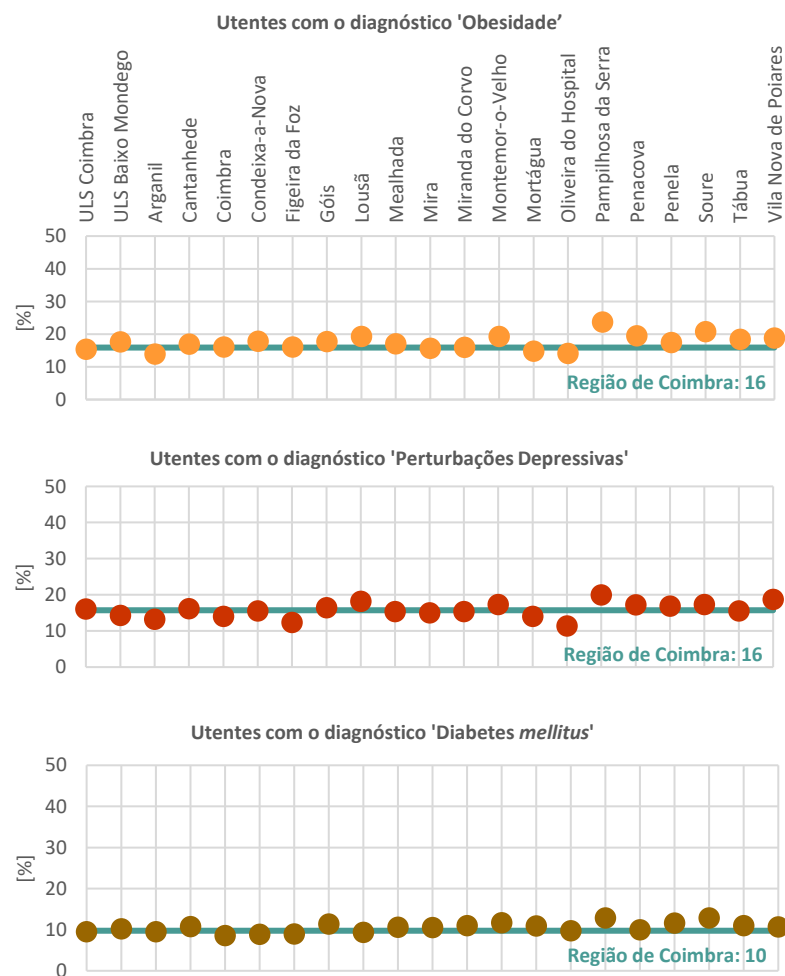


Figura 15 (continuação). Proporção de inscritos nos CSP com os 5 principais diagnósticos na Região de Coimbra (municípios), nas ULS de Coimbra e do Baixo Mondego (%), 2023. Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego.

No que se refere à prevalência de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, observam-se variações geográficas importantes. A prevalência do **excesso de peso e da obesidade infantil e juvenil** na Região de Coimbra corresponde a **4% dos/as utentes inscritos** nas unidades de Cuidados de Saúde Primários, apresentando pesos diferenciados conforme as ULS e as unidades de saúde dos municípios que a integram (**Figura 16**). Enquanto a **ULS de Coimbra** regista **3,6%** de crianças e jovens com idade inferior a 17 anos com excesso de peso e obesidade, essa proporção na ULS do **Baixo Mondego** é de **5,6%**. Os registos das unidades CSP dos diferentes municípios da Região oscilam entre um valor máximo de 6,2% nas unidades do município de Vila Nova de Poiares e um mínimo de 2,1% no município da Lousã.

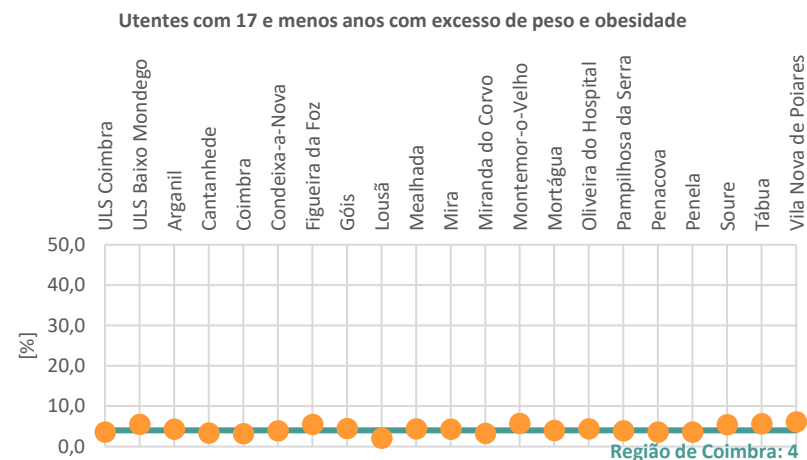
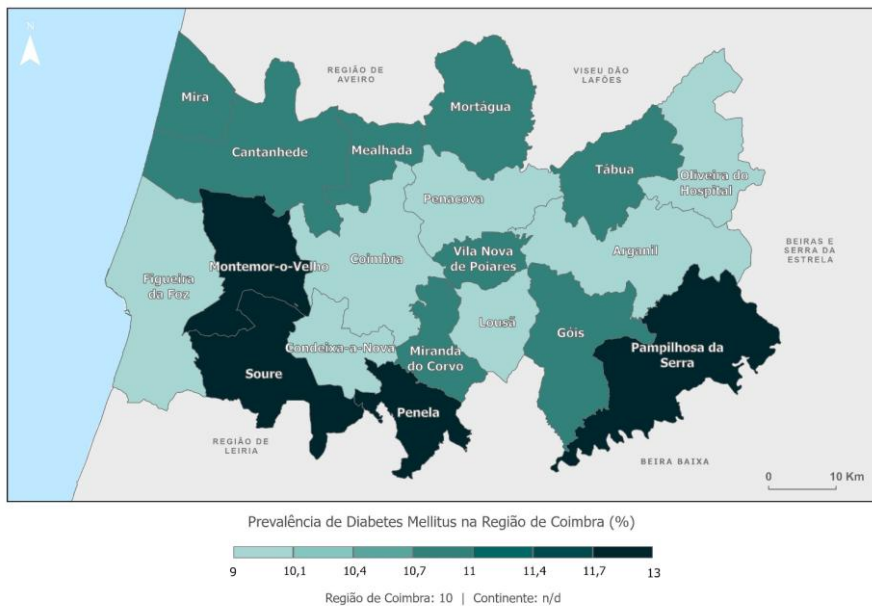


Figura 16. Proporção de inscritos nos CSP com 17 e menos anos com IMC igual ou superior a 25 kg/m² na Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego (%), 2023.

* Os dados da ULS do Baixo Mondego reportam-se a junho de 2023

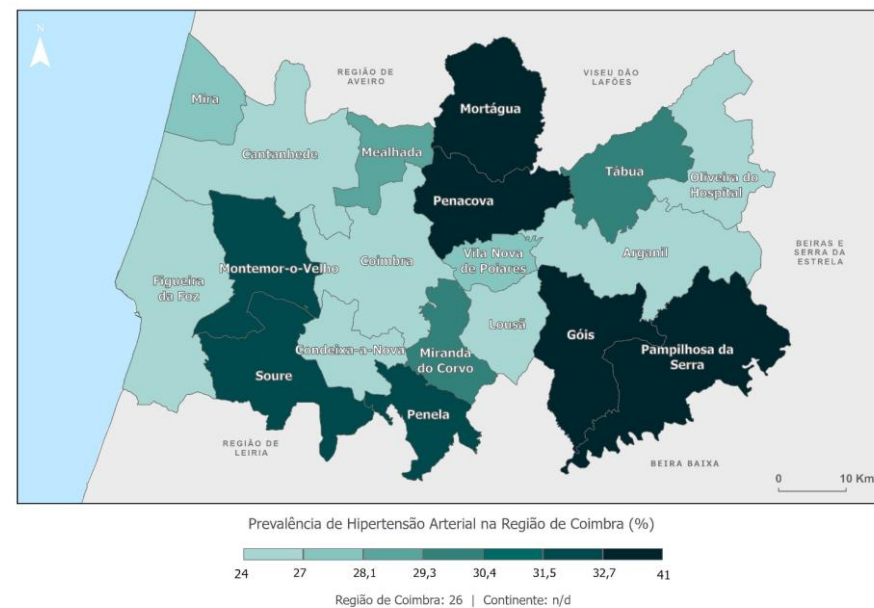
Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego.

Com valores elevados de utentes inscritos/as nos Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de **diabetes mellitus**, destacam-se os municípios de **Montemor-o-Velho, Pampilhosa da Serra, Penela e Soure** (Mapa 17). Já no caso da **hipertensão arterial**, são observados valores preocupantes em **Góis, Mortágua, Pampilhosa da Serra e Penacova** (Mapa 18).



Mapa 17. Proporção de inscritos nos CSP com Diabetes Mellitus (%) na Região de Coimbra, segundo o município, 2023.

Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego.



Mapa 18. Proporção de inscritos nos CSP com Hipertensão Arterial (%) na Região de Coimbra, segundo o município, 2023.

Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego.

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 nos períodos de 2010-2012 e 2021-2023, verifica-se que houve um **aumento dos internamentos** em todas as causas, à exceção das doenças respiratórias (**Quadro 7**).

Apesar das doenças do aparelho circulatório continuarem a ser a principal causa de internamento, destacam-se, fundamentalmente, os aumentos nos internamentos por **Doença Mental** e **Tumores Malignos**, com variações percentuais de 56% e 21%, respetivamente.

Quadro 7. Internamentos hospitalares por causa de internamento na Região de Coimbra (Nº por 100 000 habitantes), 2010-2012 e 2021-2023.

Causa de internamento	Região de Coimbra	
	2010-2012	2021-2023
Doenças do Aparelho Circulatório	4036,2	4042,2
Doenças Respiratórias	2655,6	2462,3
Doença Mental	1381,9	2155,6
Diabetes <i>Mellitus</i>	1452,2	1555,9
Tumores Malignos	1045,9	1239,1

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 nos municípios que integram a Região de Coimbra, foi analisado o número de episódios de internamento por 100 000 habitantes por **causas sensíveis a cuidados de ambulatório** e por **causas evitáveis por prevenção primária**, considerando a idade até aos 74 anos e o período mais recente com dados, referente a 2021-2023 (**Mapa 19** e **Mapa 20**). Destacam-se taxas de internamentos evitáveis elevadas nos municípios da **Figueira da Foz, Mira, Montemor-o-Velho, Pampilhosa da Serra, Soure e Tábua**.

Os internamentos hospitalares evitáveis representam um conjunto de situações que deveriam ser evitadas porque a doença ou condição foi impedida de ocorrer. Estes internamentos representam falhas no sistema de saúde, seja na prevenção ou no acompanhamento adequado nos cuidados de saúde primários.

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 hospitalar⁴⁹. De modo idêntico às causas de morte por prevenção primária⁵⁰, os **internamentos por causas evitáveis pela prevenção primária** poderiam ter sido evitados através de mudanças no estilo de vida e comportamentos, da eliminação, controlo ou redução de fatores de risco (e.g., hipertensão e diabetes), e de vacinação para prevenir doenças infecciosas.

⁴⁹ Direção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

⁵⁰ Nolte, E., McKee, M. (2008). *Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis*. Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.

5 COMPORTAMENTOS ADITIVOS

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**⁵¹, nomeadamente o consumo regular de tabaco, consumo problemático de álcool e abuso de drogas. Os diagnósticos registados nas unidades de Cuidados de Saúde Primários na Região de Coimbra relativos aos comportamentos aditivos dizem respeito aos consumos de tabaco, álcool e drogas, sendo que as diferentes unidades de saúde apresentam posicionamentos relativos com algumas diferenças entre si.

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**

⁵¹ 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

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 e as fumadoras têm, em média, menos 10 anos de vida do que os/as não fumam, 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**⁵².

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

comportamento, coexistindo com outros fatores de natureza neurobiológica, psicológica, genética e ambiental, poderá evoluir para o ciclo de adição (PNRCAD 2030).

⁵² 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>

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**⁵³.

Para além disso, o consumo excessivo de álcool está ainda relacionado com exclusão social, acidentes de trânsito e comportamentos agressivos. O álcool também é considerado pela OMS uma substância carcinogénica, estando associado a **tumores malignos no fígado, esófago, boca, garganta, mama e cólon**.

As **substâncias psicoativas ilícitas são comumente conhecidas pelo termo drogas**, em particular as que provocam alterações do estado de consciência do indivíduo (como a heroína, cocaína, haxixe, ecstasy e outras NSP – Novas Substâncias Psicoativas). Estas substâncias podem provocar sensação de prazer, de relaxamento e sedação, com a diminuição da atividade cerebral, podendo, por isso, causar 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**.

⁵³ ICAD - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. Link: <https://www.icad.pt/>

⁵⁴ Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. (2023). V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022. Nota de Imprensa. Link:

Para além disso, consumos elevados relacionam-se com índices de **criminalidade e taxas de infeção pelo VIH/SIDA e hepatite** igualmente elevados.

Em Portugal, segundo o último Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral de 2022⁵⁴, 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 da Região de Coimbra contabilizavam, em 2023, **12,6%** de utentes com 15 anos ou mais que são **fumadores/as**, **2,3%** de utentes com 15 anos ou mais **com diagnóstico de abuso agudo ou crónico de álcool** e **0,6%** de utentes com 15 anos ou mais **com diagnóstico de abuso de drogas**. Na

Figura 17 são colocadas em destaque diferenças entre municípios.

<https://www.fcsh.unl.pt/static/documentos/informacao/V%20Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20ao%20Consumo%20de%20Subst%C3%A2ncias%20Psicoativas.pdf>

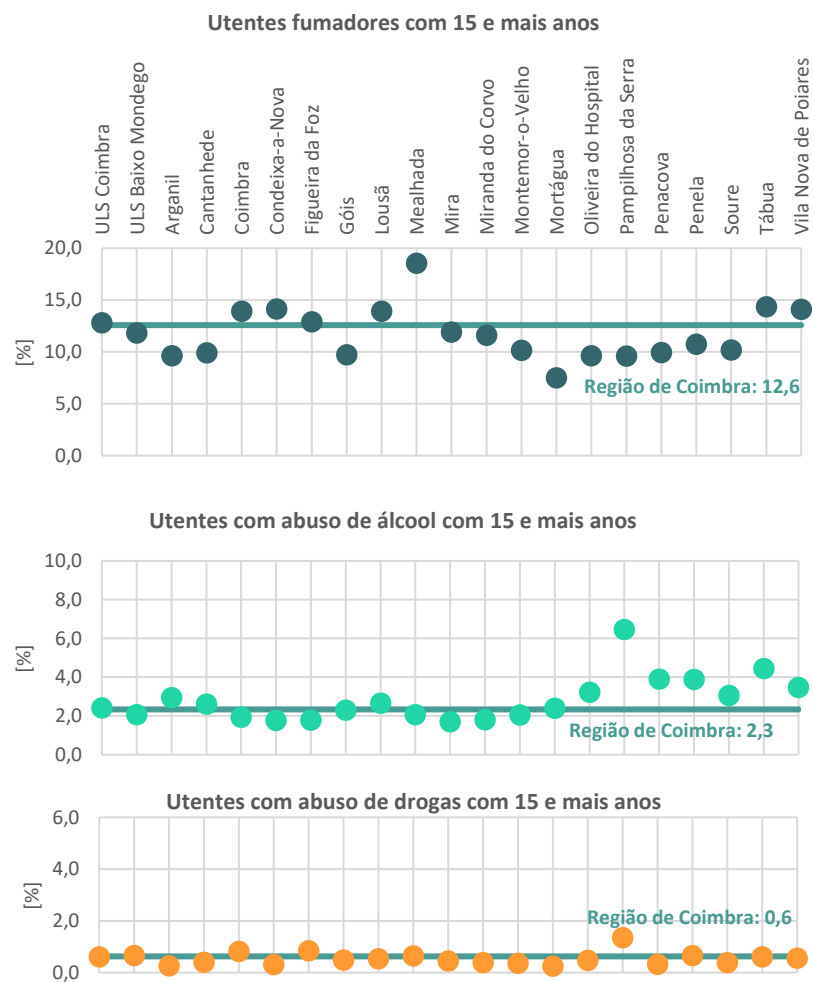


Figura 17. Proporção de inscritos nos CSP com comportamentos aditivos (%) na Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2023.

Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego.

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)^{55,56}.

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 maiores⁵⁷, 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^{58,59}. 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 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 **Cuidados Hospitalares** (ponto 6.2). Nesta dimensão é feita, ainda, uma análise à **oferta de farmácias** (ponto 6.3), pelo seu papel de proximidade às populações no âmbito da prevenção, e ainda a oferta de **Cuidados Continuados Integrados** (ponto 6.4).

⁵⁵ 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.

⁵⁶ 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>>

⁵⁷ 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>>

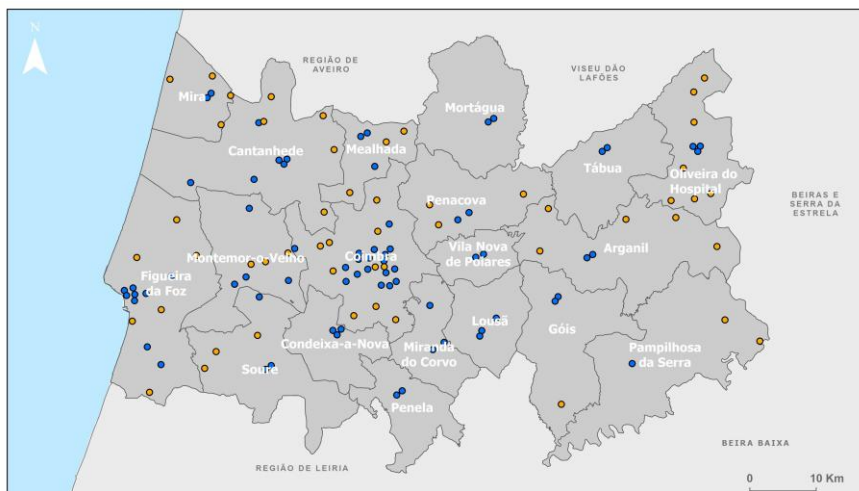
⁵⁸ Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina SA.

⁵⁹ 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>>

6.1 Cuidados de Saúde Primários

A Região de Coimbra tem no seu território **125 unidades de CSP⁶⁰**: **73 unidades funcionais⁶¹** e **52 extensões de saúde (Mapa 21 e**

Quadro 8).



Localização das unidades de CSP na Região de Coimbra

● Unidade Funcional ● Extensão

Mapa 21. Localização geográfica das Unidades de Cuidados de Saúde Primários na Região de Coimbra, segundo o município, 2024.

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.

⁶⁰ Localizadas em 96 instalações (edifícios).

Na análise do **Mapa 21** e

Quadro 8, deve-se considerar que uma ou mais unidades de CSP podem funcionar na mesma instalação ou edifício. Assim, os pontos representados no mapa correspondem à localização das instalações (N=

Considerando a nova organização funcional dos cuidados de saúde em Portugal continental, o território da Região de Coimbra é abrangido por duas Unidades Locais de Saúde (ULS): a **ULS de Coimbra** (que abrange 16 municípios) e a **ULS do Baixo Mondego** (que abrange três municípios – Figueira da Foz, Montemor-o-Velho e Soure).

Quadro 8. Unidades de Cuidados de Saúde Primários na Região de Coimbra, 2024.

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

⁶¹ As unidades funcionais de CSP abrangem diferentes tipologias: Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Município	Unidades	Localização
Cantanhede	Unidades funcionais	
	UCSP Cantanhede	Centro de Saúde de Cantanhede, Av. 25 de Abril, 44, 3060-123 Cantanhede
	UCC Cantanhede	
	USF Marquês de Marialva	
	USF As Gandras	
	USF Progresso e Saúde	Rua Eng. Manuel Queiró, 3060-716 Tocha
	USF SalusVida	Rua Aires Costa, 3060-094 Cadima
	Extensões de Saúde	
	UCSP Cantanhede - Polo Ançã	Rua do Outeiro do Paço, 3060-011 Ançã
	UCSP Cantanhede - Polo Bolho	Rua Principal de Porto de Covões 357, 3060-284
	UCSP Cantanhede - Polo Covões	Rua da Palmeira, 3060-081 Bolho
	UCSP Cantanhede - Polo Murtede	Rua da Fonte, 3060-408, Murtede
	UCSP Cantanhede - Polo Sepins	Rua da Junta de Freguesia / Rua da Farmácia, 3060-557 Sepins
	Coimbra	Unidades funcionais
USF Coimbra Sul		Rua Capitão Salgueiro Maia- Topo Norte, 3040-006 Coimbra
USF Rainha Santa Isabel		
USF Manuel Cunha		Estrada Espírito Santo das Touregas, 3045-059 Coimbra
USF Mondego		
UCC S. Martinho do Bispo		
UCSP Fernão Magalhães		Avenida Fernão de Magalhães, 520, 3000-174 Coimbra
USF Coimbra Centro		
UCC Coimbra Saúde		
USF São Marcos do Mondego		Rua do Lagar, 9, 3025-347 Lamarosa
USF Pulsar		
USF Briosa		Avenida Mendes Silva, 3030-193 Coimbra
USF Norton de Matos		
UCC Norton de Matos		
USF CelaSaúde	Alameda Dr. Armando Gonçalves, 40, 3000-059 Coimbra	

Município	Unidades	Localização
Coimbra	USF Cruz de Celas	Rua Augusto Rocha, 6-8 [Av. Dom Afonso Henriques, 141], 3000-063 Coimbra
	USF Coimbra Celas	
	UCC Celas	
	USF Topázio	Rua Dr. João Pinheiro, 3020-171 Coimbra
	USF Coimbra Norte	Coimbra
	Extensões de Saúde	
	USF Coimbra Sul – Pólo Marco dos Pereiros	Rua da Paula. Castelo Viegas, 3040-716 Marco dos Pereiros
	USF Rainha Santa Isabel – Pólo Almalaguês	Rua Principal, 50, Fração F, 3040-450 Almalaguês
	USF Rainha Santa Isabel – Pólo Cernache	Regibós [Rua Moinho das Lapas 3040 810 Cernache], 3040-765 Cernache
	USF Manuel Cunha – Pólo Taveiro	Rua Júlio Araújo Vieira, 3045-469 Taveiro
	USF Coimbra Centro – Pólo Antuzede	Rua da Fonte, 3025-019 Antuzede
	USF São Marcos do Mondego – Pólo S. João do Campo	Rua Dr. Jaime Cortesão, 3025-438 São João do Campo
	USF São Marcos do Mondego – S. Silvestre	Rua A – Bairro Varela, 3025-539 São Silvestre
	UCC Norton de Matos - Pólo Ceira	Rua Doutor Manuel Chaves e Castro [Ed. Junta de Freguesia], 3030-853 Coimbra
	USF Coimbra Norte – Pólo Souselas	Rua Vale de São Pedro, 3020-888 Souselas
	UCC Coimbra Saúde – Polo Eiras	Rua Dr. João Pinheiro, 3020-171 Coimbra
	Condeixa-a-Nova	Unidades funcionais
USF Condeixa		Centro de Saúde de Condeixa-a-Nova, Urbanização Quinta Nova, 17, 3150-195 Condeixa-a-Nova
USF Fernando Namora		
UCC Condeixa		
Figueira da Foz	Unidades funcionais	
	USF Nautilus	Centro de Saúde da Figueira da Foz, Av. Dr. Mário Soares, Rodovia Urbana, Buarcos, 3080-254 Figueira da Foz
	USF Claridade	
UCC Farol do Mondego		

Município	Unidades	Localização	
	USF Dólmén	Rua Escola Primária, Alhadas de Baixo, 3090-401 Figueira da Foz	
	USF Figueira Sul	Rua Dr. Teixeira Dias, 44, 3090-495 Paião	
	USF Salis	Estrada Santa Luzia, 3090-461 Lavos	
	USF São Julião da Figueira	Rua de Moçambique, 10, 3080-134 Figueira da Foz	
	USP Baixo Mondego – Figueira da Foz		
	URAP - Centro de Diagnóstico Pneumológico	Rua Vasco da Gama n.º 124, 3080-643	
	Extensões de Saúde		
	USF Nautilus - Polo Vila Verde	Rua 27 de Outubro, 3090-654 Vila Verde	
	USF Claridade - Polo Quiaios	Rua Filarmónica Quiaense, 3080-550 Quiaios	
	USF Figueira Sul - Polo Marinha das Ondas	Rua dos Lagoeiros, 3090-485 Marinha das Ondas	
	USF Dólmén - Polo Bom Sucesso	Rua da Junta, nº 10, 3080-751 Bom Sucesso	
	USF Dólmén - Polo Santana	Rua 1º Fevereiro, 3090-775 Santana	
	USF Salis - Polo Cova Gala	Av. Remigio Falcão Barreto, 3090-698 Cova Gala	

Góis	Unidades funcionais	
	UCSP Góis	Centro de Saúde de Góis, Av. Comendador Augusto Luís Rodrigues 3330-301 Góis
	UCC Góis Vive	
	Extensões de Saúde	
UCSP Góis - Polo Alvares	Rua Aires Barata Dinis, 3330-140 Alvares	

Lousã	Unidades funcionais	
	UCSP Lousã	Centro de Saúde da Lousã, Alameda Juiz Conselheiro Neves Ribeiro, 3200-420 Lousã
	USF Serra da Lousã	
	UCC Arouce	Av. Coelho da Gama, nº 34, 3200-200 Lousã

Município	Unidades	Localização	
Mealhada	Unidades funcionais		
	USF Mealhada	Centro de Saúde da Mealhada, Rua da Misericórdia - Loteamento Quinta dos Coutos, 3050-387 Mealhada	
	UCC Bairradina		
	USF Caminhos do Cértoma	Rua da República, s/n, 3050-428 Pampilhosa	
	Extensões de Saúde		
	USF Mealhada - Polo Barcouço	Rua Central, nº 54, 3050-089 Barcouço	
	USF Caminhos do Cértoma - Polo Luso	Rua Dr. António Granjo, 3050-225 Luso	
	USF Caminhos do Cértoma - Polo Vacariça	Rua Visconde Valdoeiro, 3050-511 Vacariça	

Mira	Unidades funcionais		
	USF Moinhos de Mira	Centro de Saúde de Mira, Rua dos Bombeiros Voluntários, 3070-331 Mira	
	UCC Mira		
	Extensões da Saúde		
	USF Moinhos de Mira - Polo Carapelhos	Rua 31 de Dezembro, 3070-601 Carapelhos	
	USF Moinhos de Mira - Polo Lentisqueira	Largo do Cruzeiro, 3070-232 Lentisqueira	
	USF Moinhos de Mira - Polo Seixo	Rua dos Libórios, 3070-536 Seixo	
	Moinhos de Mira - Polo Praia de Mira	Av. Cidade Coimbra, 3070-761 Praia de Mira	

Miranda do Corvo	Unidades funcionais	
	USF Trilhos Dueça	Centro de Saúde de Miranda do Corvo, Rua 25 de Abril, 31, 3220-185 Miranda do Corvo
	UCC Torre de Sinos	
UCSP Miranda do Corvo	Rua do Rei, EN 17-1, 3220-423, Semide	

Montemor-o-Velho	Unidades funcionais	
	USF MonteMayor	

Município	Unidades	Localização
	UCC Montemor-o-Velho	Centro de Saúde de Montemor-o-Velho, Av. dos Bombeiros Voluntários, 3140-250 Montemor-o-Velho
	USF Araceti	Rua Prof. Dr. Fernando Albuquerque Grilo, 60, 3140-022 Arazede
	UCSP Margens do Mondego	Rua da Torre, 1, 3140-315 Pereira
	Extensões de Saúde	
	USF MonteMayor - Polo Carapinheira	Largo do Alhastro, 3140-071 Carapinheira
	UCSP Margens do Mondego - Polo Meãs do Campo	Rua Lacerda Pires, Lugar do Pinheiro, 3140-166 Meãs do Campo
	UCSP Margens do Mondego - Polo Tentúgal	Rua Dr. Armando Gonçalves, 11, 3140-574 Tentúgal

Município	Unidades funcionais	Localização
Mortágua	UCSP Juiz de Fora	Centro de Saúde de Mortágua, Rua Dr. António José Branquinho da Fonseca, 2, 3450-133 Mortágua
	UCC Mortágua	

Município	Unidades funcionais	Localização
Oliveira do Hospital	UCSP Oliveira do Hospital	Centro de Saúde de Oliveira do Hospital, Av. Dr. Francisco Sá Carneiro, 3400-059 Oliveira do Hospital
	UCC Pinheiro dos Abraços	
	USF Terras D'Ulvária	
	Extensões de Saúde	
	UCSP Oliveira do Hospital - Polo Nogueira do Cravo	Rua Dra. Rosa Pimenta, nº 14, 3400-461 Nogueira do Cravo
	UCSP Oliveira do Hospital - Polo Avô	Praceta Combatentes da Grande Guerra, 1º drt. 3400-093 Avô
	UCSP Oliveira do Hospital - Polo Aldeia das Dez	Rua dos Tecelões, nº 2 3400-237 Aldeia das Dez
	UCSP Oliveira do Hospital - Polo Alvôco das Várzeas	Rua do Edifício Social, 3400-319 Alvôco das Várzeas
	USF Terras d'Ulvária - Polo Seixo da Beira	Rua Hígino da Costa Borges, nº 5 3405-440 Seixo da Beira
	USF Terras d'Ulvária - Polo Lagares da Beira	Rua dos Bombeiros, nº 12 3405-189 Lagares da Beira

Município	Unidades	Localização
	USF Terras d'Ulvária - Polo Ervedal da Beira	Rua da Escola Primária 3405-045 Ervedal

Município	Unidades funcionais	Localização
Pampilhosa da Serra	UCSP Pampilhosa da Serra	Centro de Saúde de Pampilhosa da Serra, Rua José Augusto Veiga Nunes de Almeida, Lt. 3 Dto, 3320-248 Pampilhosa da Serra
	Extensões de Saúde	
	UCSP Pampilhosa da Serra – Dornelas do Zêzere	Av. Eng. Horácio Moura, nº 20, 3320-053 Dornelas do Zêzere
	UCSP Pampilhosa da Serra – Unhais-o-Velho	Rua Casa do Povo, nº 16, 3320-368 Unhais-o-Velho

Município	Unidades funcionais	Localização
Penacova	USF Penacova	Centro de Saúde de Penacova, Av. João António Gomes, 2, 3360-343 Penacova
	UCC Penacova	
	Extensões de Saúde	
	USF Penacova - Figueira do Lorvão	Rua da Igreja, nº 51, 3360-053 Figueira de Lorvão
	USF Penacova - Lorvão	Largo do Mosteiro, s/n, 3360-106 Lorvão
USF Penacova – São Pedro d'Alva	Av. Dr. Viegas Pimentel, nº 16, 3360-258 São Pedro d'Alva	

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

Município	Unidades funcionais	Localização
Soure	USF VitaSaurium	Av. Dr. João Esteves Simões, 12, 3130-211 Soure
	UCC Soure	Rua Senhor das Almas, 13, 3130-545 Soure

Município	Unidades	Localização
	USF Campos do Mondego	Rua das Escolas, 3130-080 Granja do Ulmeiro
	Extensões de Saúde	
	USF Campos do Mondego - Polo Samuel	Rua Duques de Aveiro, 23, 3130-120 Samuel
	USF Campos do Mondego - Polo Vinha da Rainha	Rua Principal, 3130-433 Vinha da Rainha
	USF Campos do Mondego - Polo Vila Nova de Anços	Travessa do Passal, 3130-400 Vila Nova de Anços

Tábua	Unidades funcionais	
	UCSP Tábua	Centro de Saúde de Tábua, Av. de Coimbra, nº 1, 3420-341 Tábua
	UCC Pedra da Sé	

Vila Nova de Poiares	Unidades funcionais	
	USF Santo André de Poiares	Centro de Saúde de Vila Nova de Poiares, Av. dos Bombeiros Voluntários, 3350-152 Vila Nova de Poiares
	UCC Vila Nova de Poiares	

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 Caracterização geral das instalações de Cuidados de Saúde Primários

A caracterização das todas as instalações dos CSP existentes na Região de Coimbra resulta do levantamento dessa informação (Inquérito às instalações de CSP, conforme descrito na nota metodológica) efetuado, entre abril e agosto de 2024, pelas 19 Câmaras Municipais. Essa caracterização é apresentada em detalhe no texto **Carta das Instalações dos Cuidados de Saúde Primários da Região de Coimbra – 2024** (Anexo II:

documento individualizado que complementa este Perfil). Aqui, apenas serão apresentados alguns resultados, de forma sintética.

Idade e estado de conservação

No que se refere à caracterização geral dos edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários na Região de Coimbra, constata-se que a maioria foi construída há mais de 20 anos (56%), sendo que **32% têm mais de 30 anos (Figura 18)**. Com menos de quatro anos existia apenas um edifício à data da realização do presente levantamento.

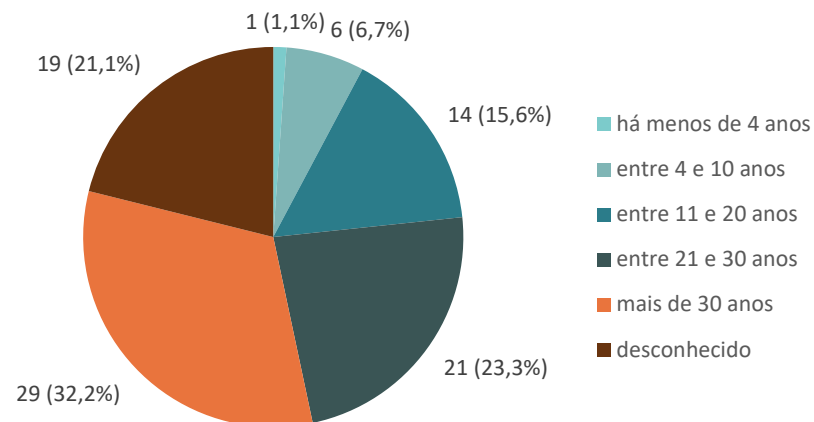


Figura 18. Idade das instalações de CSP, por ano de construção, na Região de Coimbra (%), em 2024.

Fonte: Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

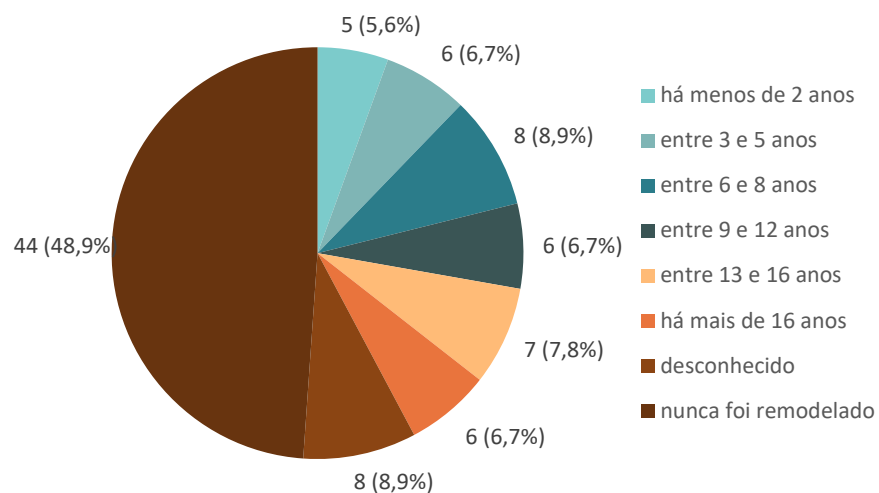


Figura 19. Instalações de CSP, por ano da última remodelação do edifício, na Região de Coimbra (%), em 2024.

Fonte: Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

Como fator de agravamento desta dimensão, **49% dos edifícios nunca foram sujeitos a qualquer remodelação (Figura 19)**, sendo que a percentagem dos que sofreram remodelações nos últimos cinco anos atingiu apenas os 12%.

Assim sendo, a **avaliação global** efetuada pelos municípios relativamente ao **estado de conservação geral dos edifícios é maioritariamente negativa (Figura 20)**, com 41% a classificar como “mau” (24%) ou “muito mau” (17%), e apenas 25% a avaliar como “bom” (18%) ou “muito bom” (7%).

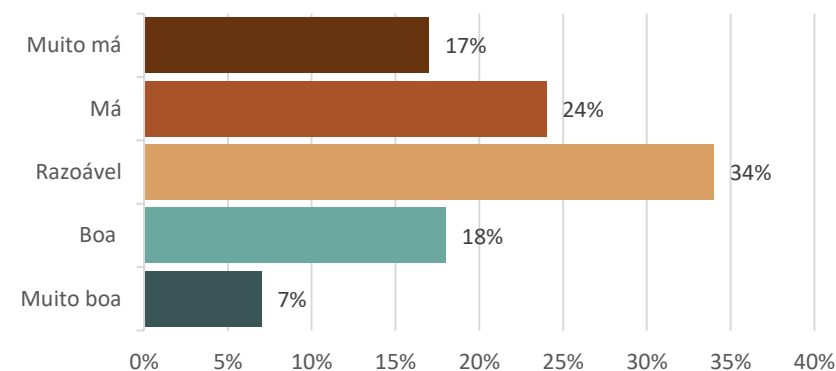


Figura 20. Avaliação do estado de conservação geral das instalações de CSP na Região de Coimbra (%), 2024.

Fonte: Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

Condições de acessibilidade e adaptabilidade

No que se refere à localização das instalações de CSP, e respetiva ligação entre o local de residência e a unidade de saúde através da utilização da **rede de transportes públicos**, a maioria tem acesso aos cuidados de saúde através da rede de transportes (87%), sendo esse acesso maioritariamente avaliado como razoável (41%). Apenas 13% dos municípios referiu a inexistência deste tipo acessibilidade (Figura 21 e Figura 22).

No que respeita à **adaptabilidade** das instalações a **pessoas com mobilidade condicionada**, apesar de a maioria dos edifícios dispor de algumas das condições básicas necessárias, verifica-se que **27% (correspondendo a 24 dos edifícios) não dispunham de rampas de acesso e**

41% (correspondendo a 37 edifícios) **careciam de instalações sanitárias adaptadas** a pessoas com mobilidade condicionada.

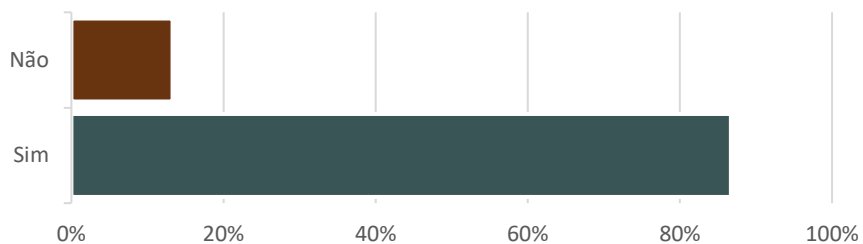


Figura 21. Instalações de CSP segundo o acesso à rede de transportes públicos, na Região de Coimbra (%), 2024.

Fonte: Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

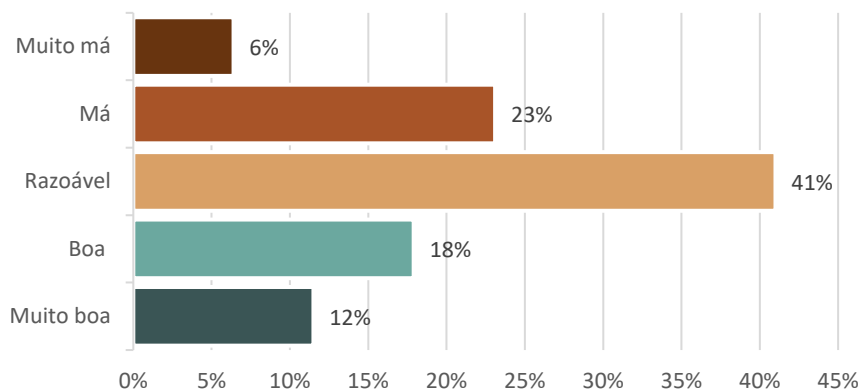


Figura 22. Instalações de CSP segundo a avaliação da adequação do acesso à rede de transportes públicos (%), 2024.

Fonte: Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

Caraterização geral do espaço exterior

No que se refere à **disponibilidade de estacionamento** no exterior dos edifícios afetos aos CSP verifica-se que 56% não estão dotados de espaços de estacionamento para utentes (**Figura 23**) e 47% de estacionamento destinado aos/às profissionais de saúde (**Figura 24**).

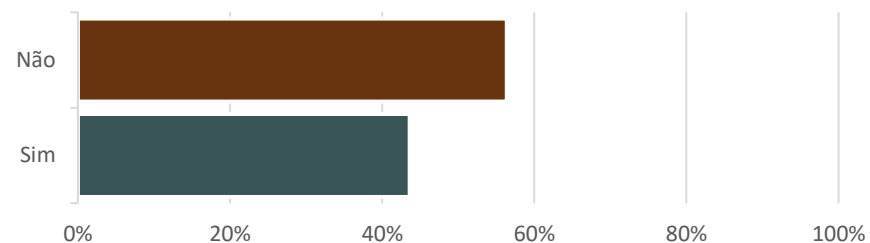


Figura 23. Instalações de CSP segundo a existência de estacionamento para utentes na Região de Coimbra (%), 2024.

Fonte: Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

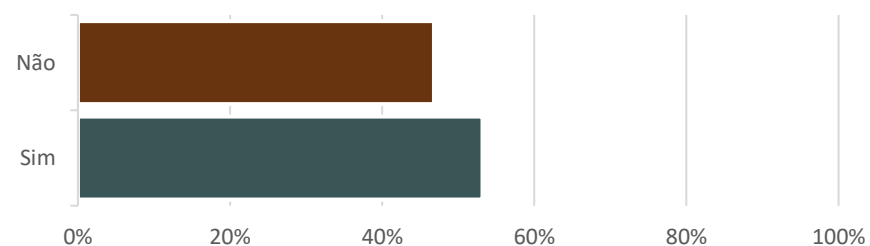


Figura 24. Instalações de CSP segundo a existência de estacionamento para profissionais de saúde na Região de Coimbra (%), 2024.

Fonte: Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

Conforto térmico e eficiência energética

As dimensões relativas ao conforto térmico e eficiência energética registam carências importantes. **Apenas 13% dos edifícios têm isolamento térmico das instalações** (coberturas, paredes e pavimentos); 26% dos edifícios têm janelas e envidraçados de vidro duplo, e **apenas 17% têm certificação energética (Quadro 9)**.

A dimensão respeitante ao conforto térmico e eficiência energética que regista maior número de respostas positivas é a relativa à **existência de instalações equipadas com sistemas de climatização (64%)**. No entanto, a maioria desses sistemas de climatização é **avaliada como “má” e “muito má”(43%)**, que compara com 37% que são avaliados como “bons” e “muito bons”.

Quadro 9. Instalações de CSP segundo a existência de condições de conforto térmico e eficiência energética na Região de Coimbra (%), 2024.

Dimensão	Sim	Não
Isolamento térmico	13%	87%
Janelas e envidraçados de vidro duplo	26%	74%
Sistema(s) de climatização	64%	36%
Certificação energética	17%	83%

Fonte: Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

Equipamentos e segurança

Também relevante para um adequado funcionamento das unidades de saúde é a existência e adequação dos equipamentos de que dispõem e de que se analisam aqui as unidades móveis de saúde e as viaturas afetas à prestação de cuidados de saúde.

No caso das **unidades móveis de saúde, apenas oito** das instalações da Região de Coimbra **estão dotadas destes equipamentos**, correspondendo a **9% do total**, sendo estas avaliadas maioritariamente como “boas” e “muito boas” (63%).

Já no caso das **viaturas afetas à prestação de cuidados, 63% das instalações não dispõem destes equipamentos** (correspondendo a 57 instalações). Das 33 instalações com estas viaturas, a maioria avalia a respetiva adequação como “boa” e “muito boa” (39%), embora percentagem quase idêntica – 35% - a avalie como “má e “muito má”.

No que diz respeito aos **dispositivos e equipamentos de segurança** destaca-se, pela positiva, a elevada percentagem de instalações que dispõe de **meios de combate a incêndios (81%)**, embora persistam uns preocupantes 19% de instalações que não dispõe. As restantes dimensões aqui referidas constituem áreas de carência de intervenção – **63% das instalações não tem sistemas de deteção e alarme de incêndio, 83% não tem planos de emergência, e 79% estão sem sistemas de vigilância e deteção de intrusão**.

Quadro 10. Instalações de CSP segundo a existência de equipamentos de segurança na Região de Coimbra (%), 2024.

Dimensão	Sim	Não
Meios de combate a incêndios	81%	19%
Sistemas de deteção e alarme de incêndios	37%	63%
Planos de emergência	17%	83%
Sistemas de vigilância e deteção de intrusão	21%	79%

Fonte: Inquérito às Instalações de Cuidados de Saúde Primários, Universidade de Coimbra, 2024.

Necessidades de investimento identificadas - Síntese

As **intenções de investimento indicadas pelos municípios** para fazer face às necessidades identificadas ao nível das instalações e equipamentos que, embora em diferentes níveis de maturidade e concretização (cf. Anexo II), já possuíam projetos de intervenção previstos, atingiam um **valor total superior a 50 milhões de euros na Região**.

De forma mais detalhada, a situação relativa às necessidades financeiras para o funcionamento das unidades de cuidados primários da Região no que se refere às instalações e equipamentos, por município, era a seguinte (entre abril e agosto de 2024):

O **município de Arganil** gere sete edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários, com diferentes funcionalidades e que se encontram em diferentes estados de conservação. Estes edifícios encontram-se disseminados pelo território, a saber: em Arganil, Côja, Pomares, Pombeiro da Beira, São Martinho da Cortiça e Piódão. As necessidades de financiamento no município centram-se, essencialmente, na construção e equipamento de uma nova sede do Centro de Saúde, em Arganil (em grau de maturidade 3, ou seja, em projeto), envolvendo um investimento superior a 4,3 milhões de euros e financiado pelo PRR.

O **município de Cantanhede** gere nove edifícios afetos a instalações de saúde, disseminados pelo seu território, a saber: Cantanhede, Febres, Tocha, Cadima, Ançã, Bolho, Covões, Murtede e Sepins. Estes edifícios albergam diferentes tipologias organizacionais (USF, UCSP, UCC, entre outros), com diferentes necessidades funcionais e que se encontram em diferentes estados de conservação. Face às deficientes condições de conservação do edificado e de funcionamento da maioria das instalações de saúde existentes no município, estão previstos diversos projetos de construção, de remodelação, de ampliação e de aquisição de

equipamentos, abrangendo todas as unidades de saúde, com graus de maturidade 3 e 4 (ou seja, em fase de projeto ou em fase de contratualização), que implicam um investimento global superior a 4,5 milhões de euros, a financiar no âmbito do PRR.

O **município de Coimbra** gere 19 edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários distribuídos pelo seu território, com diferentes funcionalidades, que se encontram em diferentes estados de conservação e possuem necessidades de intervenção de diferente natureza. Para o conjunto das necessidades de intervenção identificadas pelo município estima-se um investimento total de cerca de 14 milhões de euros, abrangendo apenas os projetos já orçamentados. A maioria das instalações tem identificados projetos de reabilitação e/ou de melhoria, de âmbito e profundidade diversas, a grande maioria classificados com grau de maturidade 1, ou seja, correspondendo a “necessidade de investimento identificada”. De entre as necessidades identificadas com grau 1, diversas apresentam estimativas de investimento associadas, que, no seu conjunto, rondam os 8 milhões de euros, de que se destacam os investimentos previstos para o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra (3 milhões de euros) e o Centro de Respostas Integradas de Coimbra (cerca de 1,8 milhões de euros). Existe, no entanto, um projeto de intervenção no CS Norton de Matos (afeto ao funcionamento das USF Biosa, Pulsar e Norton de Matos e a UCC Norton de Matos), classificado como grau de maturidade 4, ou seja, em fase de contratualização, com financiamento no âmbito do PRR e com um investimento de 3 milhões de euros. Para o CS de Celas (afeto ao funcionamento das USF Cruz de Celas e CoimbraCelas e da UCC Celas) está previsto um projeto de reabilitação em fase de maturidade 2 (investimento planeado), cujo investimento rondará os 2,6 milhões de euros.

O **município de Condeixa-a-Nova** gere apenas um edifício afeto à prestação de cuidados de saúde primários, localizado em Condeixa-a-Nova, e onde funcionam as diferentes estruturas organizacionais (nomeadamente duas USF, a UCC e o CAC). As instalações sofrem de algumas carências, pelo que existe um projeto de requalificação global do Centro de Saúde, que foi objeto de contrato já assinado em junho no âmbito do PRR (maturidade 3), envolvendo um financiamento superior a 2,2 milhões de euros e que deverá estar concluído no 1º semestre de 2026.

O **município da Figueira da Foz** gere um conjunto de 12 edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários, com diferentes estados de conservação e condições de funcionamento, que se encontram disseminados pelo território municipal (Figueira da Foz, Buarcos, Alhadas, Paião, Lavos, Quiaios, Bom Sucesso, Santana, Vila Verde e Cova Gala). No sentido de melhorar as condições de funcionamento destas unidades de saúde estão previstos diversos projetos de construção, remodelação e equipamento que implicam um investimento de cerca de 8,5 milhões de euros, financiados no âmbito do PRR, assim distribuídos: i) um projeto de remodelação do edifício sede do CS, localizado em Buarcos, afeto ao funcionamento da USF Claridade, da USF Nautilus e da UCC Farol do Mondego, com grau de maturidade 3, e um valor de 735 000 euros, financiado no âmbito do PRR, bem como um projeto para o seu apetrechamento, com grau de maturidade 2, que implica um investimento na ordem dos 48 780 euros ii) para as instalações da USF Figueira Sul, em Paião, está previsto, com grau de maturidade 3, um projeto de construção de uma nova unidade de saúde, implicando um valor de investimento na ordem dos 1,6 milhões de euros, financiados pelo PRR, assim como um projeto para o respetivo apetrechamento, igualmente financiado pelo PRR, no valor de mais de 325 mil euros; iii) para as instalações da USF São Julião da Figueira, localizada em Buarcos, está previsto, com grau de maturidade 3, um projeto de construção de novas unidades de Saúde Pública e de Saúde

Familiar, implicando um valor de investimento na ordem dos 2,6 milhões de euros, financiados pelo PRR, assim como um projeto para o respetivo apetrechamento, igualmente financiado pelo PRR, no valor de mais de 455 mil euros; iv) para as instalações da USF Dólmen, no Bom Sucesso, está previsto, com grau de maturidade 3, um projeto de construção de uma nova unidade de saúde, implicando um valor de investimento superior a 1,2 milhões de euros, financiado pelo PRR, assim como um projeto para o respetivo apetrechamento, igualmente financiado pelo PRR, no valor de mais de 243 mil euros ; ii) finalmente, para a USF Salis, em Cova Gala, com grau de maturidade 3, um projeto de construção da unidade de saúde de S. Pedro, implicando um valor de investimento superior a 939 mil euros, financiado pelo PRR, assim como um projeto para o respetivo apetrechamento, igualmente financiado pelo PRR, no valor de mais de 219 mil euros.

O **município de Góis** gere dois edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários, um localizado em Góis e onde funciona a sede da USCP, a UCC e o CAC, e um outro, localizado em Alvares, onde funciona o polo da USCP, e que se encontram em diferentes estados de conservação. As necessidades de financiamento identificadas referem-se à remodelação do edifício do Centro de Saúde (incluindo a aquisição de equipamento) com grau de maturidade 3, e um projeto de aquisição de equipamento para o polo da UCSP de Alvares, também com grau de maturidade 3, totalizando um investimento superior a 100 mil euros, ambos com financiamento do PRR.

O **município da Lousã** gere apenas um edifício afeto à prestação de cuidados de saúde primários, localizado na Lousã, e onde funcionam as diferentes estruturas organizacionais (nomeadamente uma USF, uma UCSP, a UCC e o CAC). As instalações padecem de algumas carências, pelo que está em estudo um projeto de investimento para a sua resolução bem como as

respetivas fontes de financiamento (grau de maturidade 1) que prevê um investimento em torno de 1 milhão de euros.

O **município da Mealhada** gere cinco edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários, um localizado na Mealhada, outro localizado em Pampilhosa do Botão e três edifícios afetos ao funcionamento de 3 polos, um deles localizado em Barcouço e outros dois localizados, respetivamente, no Luso e na Vacariça. No sentido de melhorar as condições de funcionamento destas unidades de saúde, estão previstos diversos projetos de construção e/ou remodelação que implicam um investimento de perto de 3,7 milhões euros, financiados no âmbito do PRR, afetos da seguinte forma: i) um projeto de requalificação do edifício sede do CS, localizado na Mealhada, afeto ao funcionamento da USF Mealhada, com grau de maturidade 3, e um valor de perto de 1,8 milhões euros, financiado no âmbito do PRR, bem como um projeto de climatização, com idêntico grau de maturidade, mas não quantificado; ii) para as instalações de Pampilhosa do Botão (USF Caminhos do Cértoma) está previsto um projeto de requalificação, com grau de maturidade 3, que implica um investimento de cerca de 808.mil euros, financiado no âmbito do PRR; iii) para as instalações do Luso, afetas ao polo da USF Caminhos do Cértoma, está previsto um projeto de remodelação com grau de maturidade 3, no valor de cerca de 377 mil euros, financiado pelo PRR; iv) finalmente, para o outro polo da USF Caminhos do Cértoma, localizado na Vacariça, está previsto um projeto de construção de uma nova unidade de saúde, com grau de maturidade 3, no valor de 702 mil euros e com financiamento do PRR.

O **município de Mira** gere um edifício afeto à prestação de cuidados de saúde primários, localizado em Mira, e onde funcionam diferentes estruturas organizacionais (nomeadamente a UCSP, a UCC e o CAC), bem como 4 polos da UCSP localizados em Praia de Mira, Seixo, Carapelhos e

Lentisqueira, relativamente aos quais não foi disponibilizada informação sobre as características das respetivas instalações. No sentido de melhorar as condições de funcionamento da sede do CS encontra-se já em fase de execução (grau de maturidade 5) um projeto de requalificação, no valor de 1,8 milhões de euros, financiado no âmbito do PRR. Encontram-se ainda previstos projetos para os 4 polos da UCSP, em fase de maturidade 3, com um investimento total previsto que ultrapassa os 800 mil euros.

O **município de Miranda do Corvo** gere dois edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários, um localizado em Mirando do Corvo (onde funcionam a USF, a UCC e o CAC), e outro localizado em Semide (onde funciona a UCSP). No sentido de melhorar as condições de funcionamento do edifício de Miranda do Corvo está previsto um projeto para a sua total remodelação, e fase de maturidade 4 e com financiamento no âmbito do PRR. Relativamente ao edifício de Semide, está em fase de execução (grau de maturidade 5) um projeto de remodelação requalificação, financiado no âmbito do PRR. Não foi disponibilizada informação relativamente aos investimentos envolvidos.

O **município de Montemor-o-Velho** gere seis edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários, um edifício (sede), localizado em Montemor-o-Velho (onde funcionam a USF MonteMayor, a UCC Montemor-o-Velho e a USP do Baixo Mondego – Polo Montemor-o-Velho), um edifício, localizado em Arazedo (onde funciona a USF Araceti), um edifício, situado em Pereira (afeto ao funcionamento da UCSP Margens do Mondego) e três edifícios afetos ao funcionamento de 3 polos, um deles localizado em Carapinha e outros dois localizados em Tentúgal e em Meãs do Campo. Para estas instalações estão previstos diversos projetos de construção e/ou remodelação e de intervenções diversas, com grau de maturidade 3 (em fase de projeto), e que importam num investimento de perto de 1,5 milhões de euros, financiados no âmbito do PRR. Existem ainda diversos projetos de

remodelação e intervenção cuja necessidade está identificada (grau de maturidade 1) ou cujo investimento está planeado (grau de maturidade 2), mas não têm ainda financiamento assegurado, e que implicam um investimento de perto de 900 mil euros. A afetação prevista é a seguinte: i) um projeto de requalificação do edifício sede do CS, localizado em Montemor-o-Velho, com grau de maturidade 3, e um valor aproximado de 1 milhão de euros, financiado no âmbito do PRR, assim como diversos projetos de intervenção, em grau de maturidade 2; ii) um projeto de requalificação do edifício localizado em Arazede, com grau de maturidade 3 e um valor aproximado de 470 mil euros, financiado no âmbito do PRR; iii) diversos projetos de intervenção e melhoria de menor dimensão, com grau de maturidade 2 e 1, em todas as instalações.

O **município de Mortágua** gere um edifício de prestação de cuidados de saúde primários, localizado em Mortágua (onde funcionam a UCSP Juiz de Fora, o SAP, a UCC e os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS de Coimbra – Polo Mortágua). Importa referir que, tendo o edifício sido remodelado em 2019, as condições estruturais e de funcionamento exigem apenas intervenções de melhoria, cuja necessidade está identificada mas não quantificada (grau de maturidade 1).

O **município de Oliveira do Hospital** gere oito edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários: i) um edifício (sede), localizado em Oliveira do Hospital onde funciona a UCSP Oliveira do Hospital, a USF Terras d’Ulvária, a UCC Pinheiro dos Abraços e os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS de Coimbra – Polo Oliveira do Hospital; ii) sete edifícios afetos ao funcionamento de outros tantos polos: quatro polos afetos à UCSP Oliveira do Hospital, localizados em Aldeia das Dez, Alvoco das Várzeas, Avô e Nogueira do Cravo e três polos afetos à USF Terras d’Ulvária, localizados em Ervedal da Beira, Lagares da Beira e Seixo da Beira. Para estas instalações estão previstos diversos projetos de intervenção, com diversos graus de

maturidade, nomeadamente um projeto de ampliação e reabilitação do edifício sede do CS (com grau de maturidade 4), implicando um investimento superior a 2,3 milhões de euros e financiado no âmbito do PRR, entre outros projetos de menor dimensão, com grau de maturidade 1.

O **município de Pampilhosa da Serra** gere três edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários: i) um edifício (sede), localizado em Pampilhosa da Serra (onde funciona a UCSP Pampilhosa da Serra, o SAP e os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS de Coimbra – Polo Pampilhosa da Serra); ii) e dois edifícios afetos ao funcionamento de 2 polos da UCSP Pampilhosa da Serra, um localizado em Dornelas do Zêzere e outro em Unhais-o-Velho. As instalações de prestação de cuidados de saúde primários sob a responsabilidade do Município de Pampilhosa da Serra encontram-se em bom estado de conservação, apenas se encontrando previstos alguns projetos de melhoria de eficiência energética e de aquisição de equipamento, com grau de maturidade 1, que implicam um investimento na ordem dos 430 mil euros, a financiar no âmbito do Portugal 2030.

O **município de Penacova** gere quatro edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários, um edifício (sede), localizado em Penacova (onde funciona a USF Penacova, a UCC, o CAC e Atendimento a utentes sem médico e os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS Coimbra - Polo Penacova), e três edifícios afetos ao funcionamento de 3 polos da USF Penacova, localizados em Figueira do Lorvão, Lorvão e em São Pedro d’Alva. Para as instalações de prestação de cuidados de saúde primários sob a responsabilidade do Município de Penacova estão previstos alguns projetos de melhoria, com grau de maturidade 1, que não indicam previsão de investimento nem fonte de financiamento.

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). 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.

O **município de Soure** gere seis edifícios afetos à prestação de cuidados de saúde primários, um edifício (sede), localizado em Soure (onde funciona a USF VitaSaurium), um outro edifício, localizado em Soure (onde funciona a UCC), um edifício, situado em Granja do Ulmeiro (afeto ao funcionamento da USF Campos do Mondego) e três edifícios afetos ao funcionamento de 3 polos da USF Campos do Mondego, localizados em Samuel, Vila Nova de Anços e Vinha da Rainha. Para as instalações de prestação de cuidados de saúde primários sob a responsabilidade do Município de Soure estão previstos diversos projetos de intervenção, com diversos graus de maturidade, que, naqueles que indicam uma previsão de investimento, implicam um montante de aproximadamente 1,4 milhões de euros.

O **município de Tábua** gere um edifício afeto à prestação de cuidados de saúde primários, localizado em Tábua (onde funcionam a UCSP Tábua, o SAP e os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS Coimbra - Polo Tábua). Encontra-se em fase de execução (grau de maturidade 5) um projeto que incide sobre a melhoria da eficiência energética e que corresponde a um investimento superior a 250 mil euros, bem como um projeto de ampliação, beneficiação e equipamento do edifício, em fase de maturidade 4 (em contratualização), cujo investimento ultrapassa os 620 mil euros, ambos financiados no âmbito do PRR.

O **município de Vila Nova de Poiares** gere um edifício afeto à prestação de cuidados de saúde primários, localizado em Vila Nova de Poiares (onde funcionam a USF Santo André de Poiares, a UCC, o CAC e Atendimento a utentes sem médico e os Serviços Assistenciais Partilhados da ULS Coimbra – Polo Vila Nova de Poiares). Tendo o edifício afeto ao funcionamento do CS sofrido obras de remodelação em 2022, encontra-se prevista a execução da 2ª fase das obras de beneficiação do edifício, em fase de maturidade 4 (em contratualização), bem como a aquisição de equipamentos (em fase de maturidade 3), não tendo o montante do investimento previsto sido indicado.

A caracterização detalhada de cada unidade de CSP é apresentada na **Carta das Instalações de Cuidados de Saúde Primários da Região de Coimbra – 2024**, documento que complementa este Perfil.

6.1.2 Acessibilidade geográfica aos Cuidados de Saúde Primários

A acessibilidade geográfica a uma unidade de saúde é uma das condições para a utilização dos serviços de saúde e um dos garantes da equidade em saúde. A sua localização, próxima da população, aumenta as possibilidades de utilização destes serviços, que têm como objetivo a promoção e vigilância da saúde⁶².

Globalmente, na Região de Coimbra a acessibilidade geográfica aos CSP é boa: cerca de **96% da população reside a uma distância igual ou inferior a 10 minutos de uma unidade de CSP**, utilizando o automóvel, aproximando-se dos 100% quando se considera um limite de 15 minutos (**Quadro 11**). Os

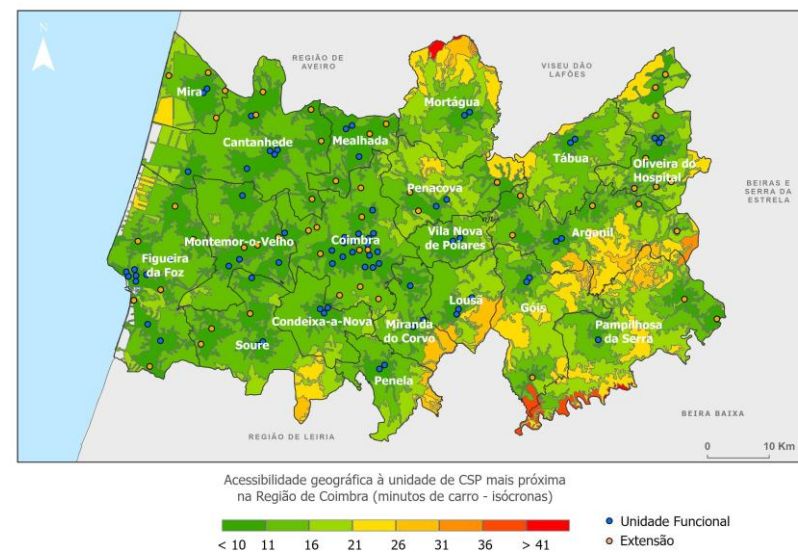
⁶² Guagliardo, F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*. 3(1):3. <<https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3>>

municípios da faixa litoral, ou mais urbanizados, apresentam menores distâncias médias de automóvel, inferiores ou iguais a 10 minutos. As áreas mais periféricas e afastadas dos centros urbanos, de relevo acentuado e de difícil acesso, são as que apresentam maiores constrangimentos de acesso, como é o caso de alguns setores nos municípios de Mortágua, Lousã e Miranda do Corvo, Góis, Arganil e Pampilhosa da Serra (**Mapa 22**).

Quadro 11. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) à unidade de Cuidados de Saúde Primários (CSP) mais próxima na Região de Coimbra (Nº e %), 2021.

Acessibilidade Geográfica à unidade de CSP mais próxima		
Minutos de automóvel	População residente (2021)	
	Nº	%
≤10	417 518	95,6
11-15	15 030	3,4
16-20	3 939	0,9
≥21	345	0,1

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 22. Acessibilidade geográfica (em isócronas de tempo) à unidade funcional de Cuidados de Saúde Primários mais próxima na Região de Coimbra (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).

6.1.3 Caraterização da oferta e utilização dos CSP

Nos recursos humanos afetos ao funcionamento das unidades de CSP, a dotação de médicos/as e enfermeiros/as em 2024 era de **0,6 médicos/as e 0,8 enfermeiros/as por cada 1 000 utentes inscritos/as** (**Quadro 12 e**

Quadro 13).

Quadro 12. N.º de médicos/as por 1 000 utentes inscritos/as nos CSP da Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2024 (ULS de Coimbra) e 2025 (ULS do Baixo Mondego).

	N.º de médicos/as	N.º de médico/as em formação	N.º de médicos/as por 1 000 utentes inscritos
Região de Coimbra	299	154	0,61
ULS Coimbra	221	109	0,59
ULS Baixo Mondego	78	45	0,71
Arganil	8	0	0,66
Cantanhede	21	8	0,53
Coimbra	98	48	0,59
Condeixa-a-Nova	12	12	0,63
Figueira da Foz	47	30	0,70
Góis	4	0	1,04
Lousã	11	10	0,63
Mealhada	12	6	0,59
Mira	6	2	0,44
Miranda do Corvo	7	8	0,57
Montemor-o-Velho	18	12	0,76
Mortágua	6	4	0,61
Oliveira do Hospital	9	1	0,42
Pampilhosa da Serra	3	0	0,87
Penacova	8	2	0,61
Penela	4	4	0,64
Soure	13	3	0,69
Tábua	7	2	0,57
Vila Nova de Poiares	5	2	0,66

Fonte: ULS de Coimbra, 2024 (Comunidades de Saúde – Unidade Local de Saúde de Coimbra, 2024) e Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP], 2025.

Quadro 13. N.º de enfermeiros/as por 1 000 utentes inscritos/as nos CSP da Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2024 (ULS de Coimbra) e 2025 (ULS do Baixo Mondego).

	N.º de enfermeiros/as	N.º de enfermeiros/as por 1 000 utentes inscritos/as
Região de Coimbra	393	0,81
ULS Coimbra	300	0,79
ULS Baixo Mondego	93	0,85
Arganil	11	0,90
Cantanhede	28	0,70
Coimbra	121	0,73
Condeixa-a-Nova	13	0,68
Figueira da Foz	55	0,82
Góis	11	2,86
Lousã	13	0,74
Mealhada	16	0,79
Mira	11	0,81
Miranda do Corvo	10	0,82
Montemor-o-Velho	21	0,89
Mortágua	8	0,81
Oliveira do Hospital	15	0,71
Pampilhosa da Serra	5	1,45
Penacova	10	0,77
Penela	7	1,12
Soure	17	0,90
Tábua	11	0,89
Vila Nova de Poiares	10	1,32

Fonte: ULS de Coimbra, 2024 (Comunidades de Saúde – Unidade Local de Saúde de Coimbra, 2024) e Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP], 2025.

Estes rácios variam bastante entre municípios: nos/as médicos/as, entre 1,04 nas unidades do município de Góis e 0,42 nas unidades do município de Oliveira do Hospital (**Quadro 12**); nos/as enfermeiros/as entre os 2,86 nas unidades do município de Góis e os 0,68 nas unidades do município de Condeixa-a-Nova (

Quadro 13).

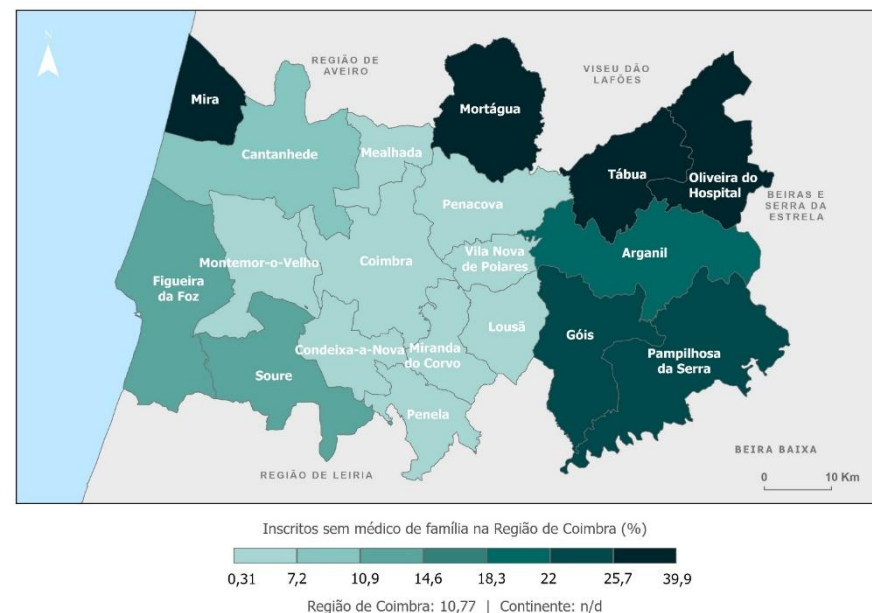
Os recursos humanos mencionados assistiam, em 2023, uma população de **487 250 utentes**, dos/as quais cerca de **11 % não tinham médico/a de família atribuído** (Quadro 14 e Mapa 23).

Quadro 14. Utentes inscritos/as nos CSP sem médico/a de família na Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, total (N.º) e proporção (%), 2023.

	Utentes inscritos		Utentes inscritos/as sem médico/a de família	
	Nº		Nº	%
Região de Coimbra	487 250		52 476	10,77
ULS Coimbra	377 685		40 695	10,77
ULS Baixo Mondego	109 565		11 781	10,75
Arganil	12 191		2 605	21,37
Cantanhede	39 905		4 301	10,78
Coimbra	165 300		9 299	5,63
Condeixa-a-Nova	19 073		62	0,33
Figueira da Foz	66 978		7 787	11,63
Góis	3 845		981	25,51
Lousã	17 529		55	0,31
Mealhada	20 312		406	2,00
Mira	13 561		5 376	39,64
Miranda do Corvo	12 232		67	0,55
Montemor-o-Velho	23 635		1 590	6,73
Mortágua	9 895		3 681	37,20
Oliveira do Hospital	21 275		7 732	36,34
Pampilhosa da Serra	3 440		780	22,67
Penacova	13 036		333	2,55
Penela	6 232		56	0,90
Soure	18 952		2 404	12,68
Tábua	12 298		4 907	39,90

	Utentes inscritos		Utentes inscritos/as sem médico/a de família	
	Nº		Nº	%
Vila Nova de Poiares	7 561		54	0,71

Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego, 2023.



Mapa 23. Proporção de utentes inscritos/as nos CSP sem médico/a de família (%) na Região de Coimbra, segundo o município, 2023.

Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego, 2023.

Este indicador coloca a região numa posição favorável relativamente a Portugal Continental, onde esta proporção ronda os 15% (dados de abril de 2025). Existe, no entanto, uma **grande disparidade entre municípios**, variando entre os 0,31%, registados nas unidades do município da Lousã, e os 36,3%, 37,2%, 39,6 e 39,9% registados respetivamente nos municípios de Oliveira do Hospital, Mortágua, Mira e Tábua (Mapa 23).

A análise de alguns indicadores de acesso dos/as utentes inscritos/as às unidades de CSP na Região de Coimbra revela situações diferenciadas.

Em 2023, a taxa de utilização global de consultas na região foi ligeiramente superior à taxa registada em Portugal continental – 70,9% relativamente a 66% (

Quadro 15).

Quadro 15. N.º médio de consultas de MGF por utente com 18 e mais anos inscrito/a nos CSP da Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2023.

	Taxa de utilização global de consultas médicas [%]	Proporção RN com consulta médica de vigilância até 28 dias vida [%]	N.º consultas de MGF – Saúde de Adulto [n.º]	N.º médio anual de consultas de MGF por utente com 18 e mais anos [n.º/utente]
Portugal-Continente	66,0	85,3	-	-
Região de Coimbra	70,9	94,5	-	-
ULS Coimbra	71,0	94,4	1 171 457	3,6
ULS Baixo Mondego	69,9	93,1	386 520	3,5
Arganil	65,4	94,2	27 412	2,6
Cantanhede	70,2	94,1	114 054	3,3
Coimbra	70,7	94,0	521 192	3,7
Condeixa-a-Nova	77,2	98,1	65 457	4,1
Figueira da Foz	67,4	93,4	221 338	3,3
Góis	77,2	82,6	16 708	4,9
Lousã	74,5	95,7	67 220	4,5
Mealhada	72,8	96,7	60 255	3,4
Mira	69,4	100,0	33 154	2,8
Miranda do Corvo	78,8	93,8	48 972	4,6
Montemor-o-Velho	74,4	91,9	91 597	3,9
Mortágua	74,2	100,0	31 196	3,6
Oliveira do Hospital	54,7	90,2	55 140	3,0
Pampilhosa da Serra	68,0	100,0	9 605	3,1
Penacova	80,1	98,6	40 729	3,5

	Taxa de utilização global de consultas médicas [%]	Proporção RN com consulta médica de vigilância até 28 dias vida [%]	N.º consultas de MGF – Saúde de Adulto [n.º]	N.º médio anual de consultas de MGF por utente com 18 e mais anos [n.º/utente]
Penela	80,5	97,2	23 029	4,2
Soure	73,9	90,7	73 585	3,9
Tábua	69,6	94,5	30 730	2,9
Vila Nova de Poiares	74,3	95,5	26 604	4,1

Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego, 2023.

No que se refere à proporção de recém-nascidos/as com consulta médica de vigilância até aos 28 dias de vida, as unidades de CSP da Região de Coimbra comparam de forma bastante favorável em relação à média do continente (94,4% contra 85,3%). Quanto ao número médio anual de consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF) por utente com 18 e mais anos inscrito/a nas diferentes unidades funcionais de CSP da região, destaca-se a variação geográfica: entre as 2,6 consultas por utente registadas nas unidades do município de Arganil e as 4,9 nas unidades do município de Góis (

Quadro 15).

Os dados disponíveis relativos aos rastreios oncológicos das unidades de CSP da Região de Coimbra indicam que, em 2023, o rastreio do cancro da mama abrangeu cerca de 68% das mulheres elegíveis entre os 50 e os 70 anos de idade. Este valor compara de forma favorável com o valor registado em Portugal Continental (59%).

No que respeita ao rastreio do cancro do colo do útero, foram abrangidas cerca de 56% das mulheres com idades entre os 25 e os 60 anos. Relativamente ao rastreio do cancro do cólon e reto, foram abrangidos/as, no mesmo ano, 52% dos/as utentes inscritos/as elegíveis nas unidades de

CSP da região com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos (Figura 25).



Figura 25. Proporção de utentes inscritos/as nos CSP com rastreios de doenças oncológicas efetuados (%) na Região de Coimbra (Municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2023.

⁶³ Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). CHUC implementa Suite Hospitalar: SONHO v2 – SCLínico – LIGHT. <<https://www.spms.min-saude.pt/2019/11/chuc-implementa-suite-hospitalar-sonho-v2-sclinico-light/>>

Fonte: ULS de Coimbra e ULS do Baixo Mondego.

6.2 Cuidados hospitalares

A Região de Coimbra conta com uma rede robusta de hospitais públicos que servem a população local e regional. O destaque vai para o **Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)** - um dos maiores do país, integrado na **ULS de Coimbra**, constituído por várias unidades hospitalares (Hospital da Universidade, Hospital Geral/Covões, Maternidades Bissaya Barreto e Daniel de Matos, Hospital Pediátrico, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra/Hospital Sobral Cid, que empregam cerca de 7.000 profissionais de saúde⁶³. Este centro hospitalar universitário, além de atender os concelhos da Região de Coimbra, é referência para toda a Região Centro em múltiplas especialidades avançadas.

Além do município de Coimbra, outros municípios dispõem de unidades hospitalares importantes. O **Hospital Distrital da Figueira da Foz**, integrado na **ULS do Baixo Mondego**, é o principal hospital no setor litoral da região, servindo uma população significativa na Figueira da Foz e municípios vizinhos. Em Cantanhede funciona o **Hospital Arcebispo João Crisóstomo**, uma unidade de âmbito local que presta cuidados médicos básicos e de convalescença, agora inserida na recentemente criada ULS de Coimbra.

No município de Oliveira do Hospital, destaca-se também o **Hospital da Fundação Aurélio Amaro Diniz (FAAD)** que assegura internamento e urgência básica para a população da sua área de influência.

Em Miranda do Corvo, o **Hospital Compaixão** oferece à população do município, e a de outros concelhos limítrofes, serviço de urgência básica (Centro de Atendimento Clínico) e outros cuidados de saúde, no âmbito de acordos recentes com o SNS.

Estes hospitais de menor dimensão, em conjunto com os CSP, contribuem para a proximidade dos cuidados, evitando deslocações desnecessárias aos grandes centros urbanos da região.

Outro pilar do SNS na região é o **Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO Coimbra)**, unidade pública especializada no diagnóstico e tratamento do cancro, que diariamente atende doentes oncológicos de várias partes do país.

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 prematura⁶⁴.

Para analisar a acessibilidade geográfica da população a residir na Região de Coimbra a cuidados hospitalares, calculou-se a **distância aos hospitais públicos, com serviço de urgência e especializados**, localizados no território da região, em isócronas de tempo (minutos de automóvel).

Foi considerada a seguinte tipologia de hospitais públicos: i) Hospitais públicos com Serviço de Urgência⁶⁵ - Médico-cirúrgica⁶⁶ ou Polivalente⁶⁷; ii) IPO Coimbra; iii) Maternidades Bissaya Barreto e Doutor Daniel de Matos (CHUC); e iv) Hospitais públicos com Serviço de Pediatria⁶⁸ (**Quadro 16**).

Na Região de Coimbra, cerca de dois terços da população residem a menos de 30 minutos de carro do serviço de urgência mais próximo (**Mapa 24**).

Os municípios localizados nos **setores nordeste e leste da região**, são os que apresentam **pior acessibilidade geográfica** aos cuidados hospitalares (tempos médios de acesso de 45 minutos de carro, chegando a ser superior a 1 hora em muitas freguesias) (**Mapa 24 a Mapa 27**).

⁶⁴ 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>>

⁶⁵ As isócronas na Região de Coimbra foram estimadas tendo em conta os seguintes Hospitais: Hospitais da Universidade de Coimbra e Hospital Geral dos Covões, designados por Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e Hospital Distrital da Figueira da Foz.

⁶⁶ O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviços de Urgência Básica e referenciando para Serviços de

Urgência Polivalente situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referênciação (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

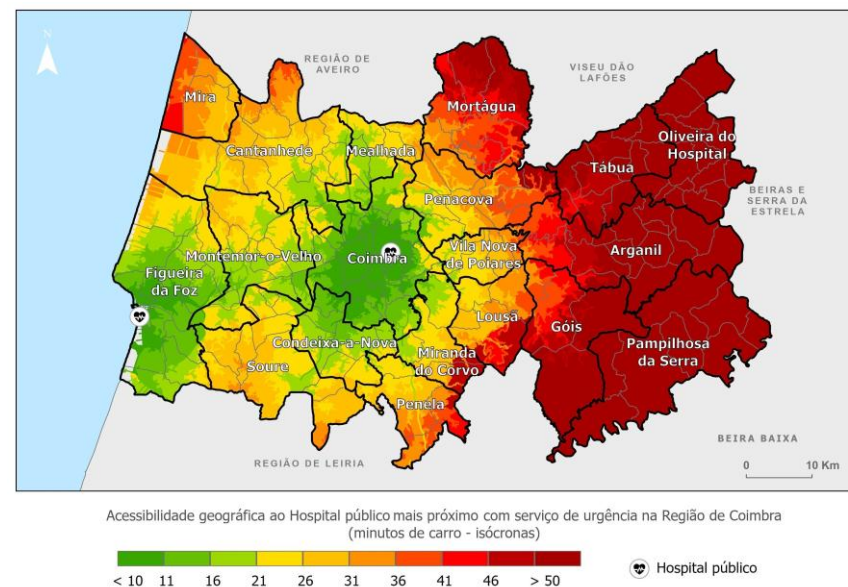
⁶⁷ O Serviço de Urgência Polivalente (SUP) é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área geográfica (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

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

Quadro 16. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) aos hospitais públicos na Região de Coimbra (%), 2024.

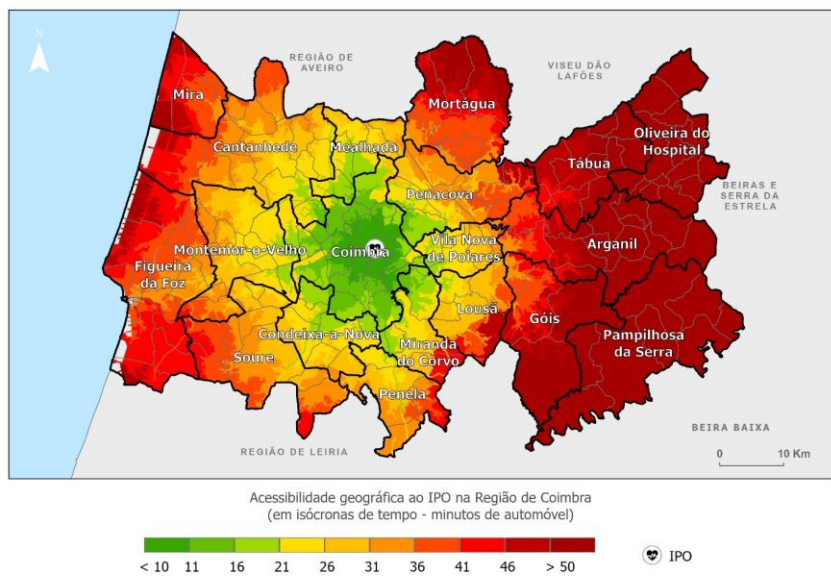
Minutos de automóvel	Acessibilidade geográfica da população residente por intervalos de tempo			
	Hospitais Públicos com Serviço de Urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente)	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO)	Maternidades	Hospitais Públicos com serviço de pediatria
≤10	28,0	24,1	20,4	21,4
10 - 15	11,9	7,8	9,7	13,1
15 - 20	12,8	9,1	13,4	13,8
20 - 25	9,9	13,2	9,4	11,3
25 - 30	2,9	9,5	11,1	3,5
30 - 35	2,6	9,7	9,2	2,8
35 - 40	0,9	11,2	4,5	0,9
40 - 45	1,7	5,1	2,5	1,7
45 - 50	20,6	2,5	12,2	23,0
≥50	8,6	7,8	7,7	8,7

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



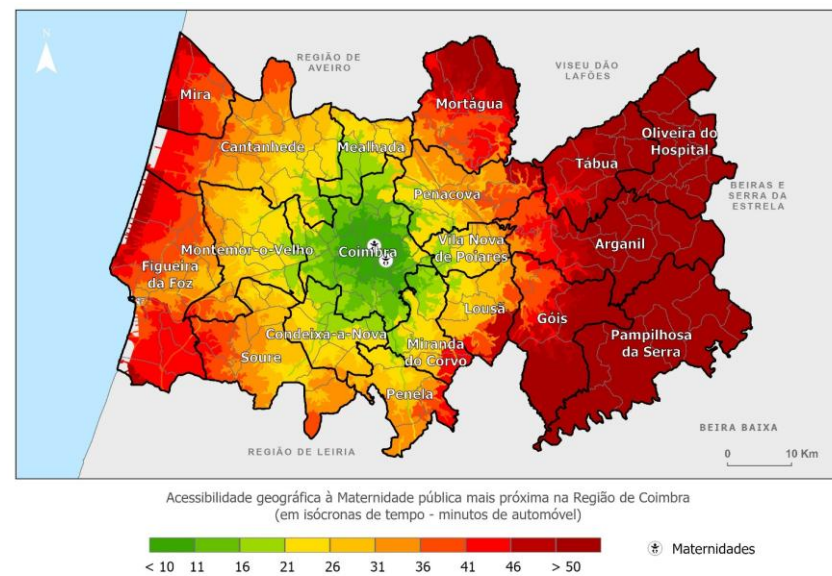
Mapa 24. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente), na Região de Coimbra (minutos de automóvel), 2024.

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



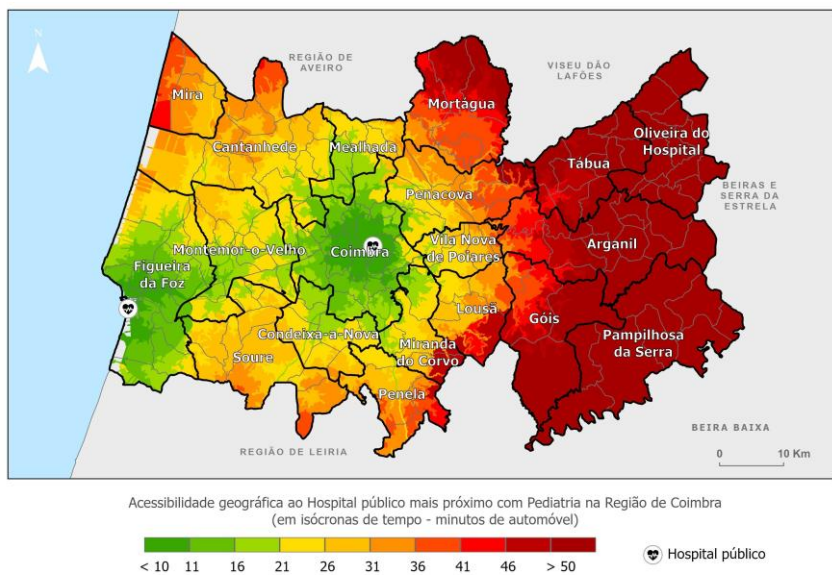
Mapa 25. Acessibilidade geográfica ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO), na Região de Coimbra (minutos de automóvel), 2024.

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



Mapa 26. Acessibilidade geográfica à Maternidade pública mais próxima, na Região de Coimbra (minutos de automóvel), 2024.

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



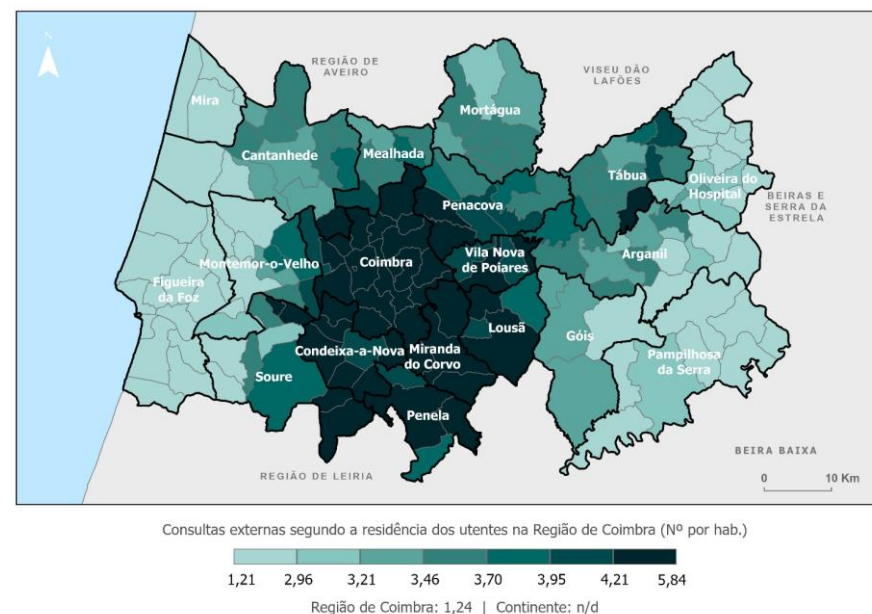
Mapa 27. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Pediatria (consultas), na Região de Coimbra (minutos de automóvel), 2024.

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

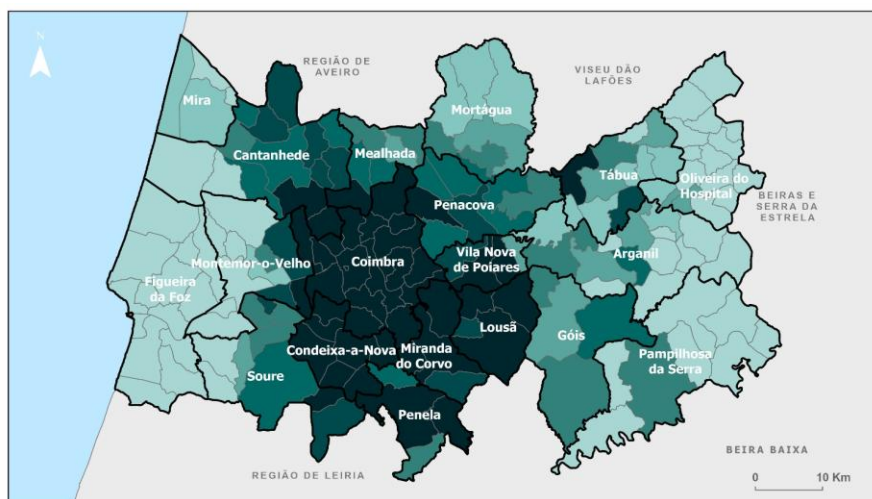
Em 2023, a média de consultas externas realizadas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e Hospital Distrital da Figueira da Foz pelos/as utentes residentes na Região de Coimbra foi de **1,24 consultas por habitante (Mapa 28)**. Relativamente à utilização dos serviços de urgência, a média registada foi de **0,45 episódios de urgência geral por habitante**, no mesmo ano (**Mapa 29**).

Em ambos os indicadores, observam-se desigualdades geográficas, variando entre 1,21 e 5,84 consultas por habitante e entre 0,17 e 2,23 episódios de urgência por habitante. Os maiores rácios registam-se nas freguesias do município de Coimbra e freguesias de municípios na sua área de influência mais próxima, como são Condeixa-a-Nova, Miranda do Corvo, Lousã, Penela, Penacova e Vila Nova de Poiares, indiciando uma associação entre a proximidade e a utilização dos cuidados de saúde prestados pelos hospitais de Coimbra (CHUC).

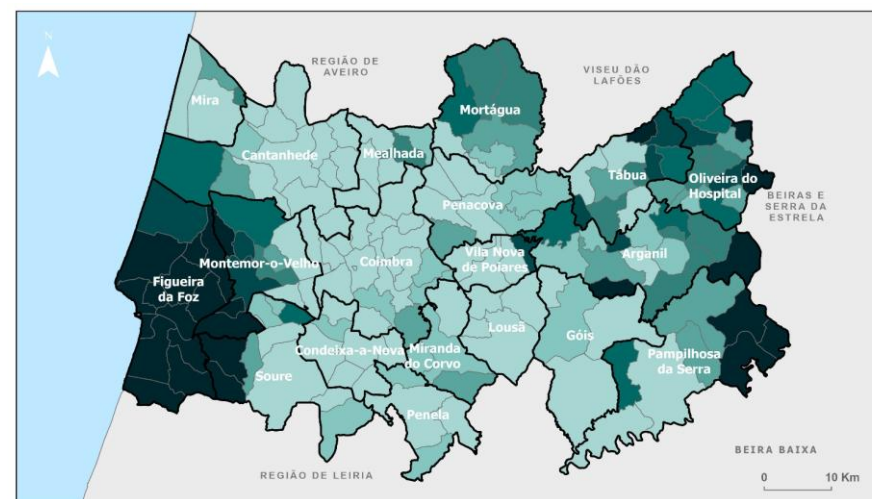


Mapa 28. Consultas externas segundo a freguesia de residência dos/as utentes na Região de Coimbra (Nº por habitante), 2023.

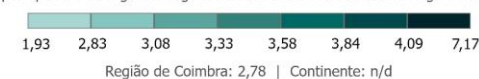
Fonte: Dados disponibilizados pela ULS Coimbra e ULS do Baixo Mondego, junho de 2024.



Episódios de urgência geral segundo a residência dos utentes na Região de Coimbra (Nº por hab.)



Consultas externas por episódio de urgência segundo a residência dos utentes na Região de Coimbra (Nº por hab.)



Mapa 29. Episódios de urgência geral segundo a freguesia de residência dos/as utentes na Região de Coimbra (Nº por habitante), 2023.

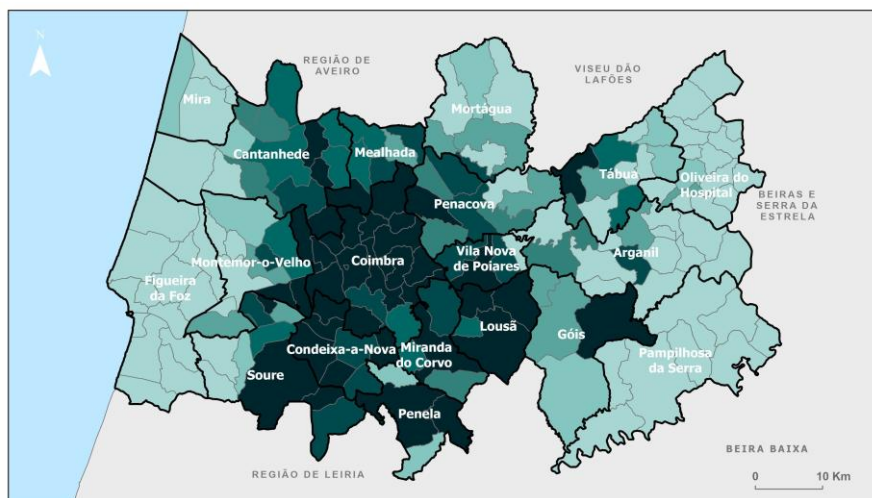
Fonte: Dados disponibilizados pela ULS Coimbra e ULS do Baixo Mondego, junho de 2024.

A razão entre o total de consultas externas e o número de urgências realizadas por utentes a residir nos municípios da Região de Coimbra revela que se registaram, em média, **2,8 consultas externas por cada episódio de urgência (Mapa 30).**

Verificou-se, ainda, que cerca de **1,5 em cada 100 utentes** residentes na região **recorreram ao serviço de urgência mais de quatro vezes no ano de 2023**, sendo os residentes nas freguesias do município de Coimbra, Condeixa-a-Nova, Miranda do Corvo, Lousã, Penela e Soure, os que apresentam maior frequência de utilização (entre 5 e 10) (**Mapa 31**).

Mapa 30. Consultas externas por episódio de urgência segundo a freguesia de residência dos/as utentes na Região de Coimbra (Nº), 2023.

Fonte: Dados disponibilizados pela ULS Coimbra e ULS do Baixo Mondego, junho de 2024.



Utentes que recorreram ao serviço de urgência mais de 4 vezes durante 1 ano na Região de Coimbra (%)



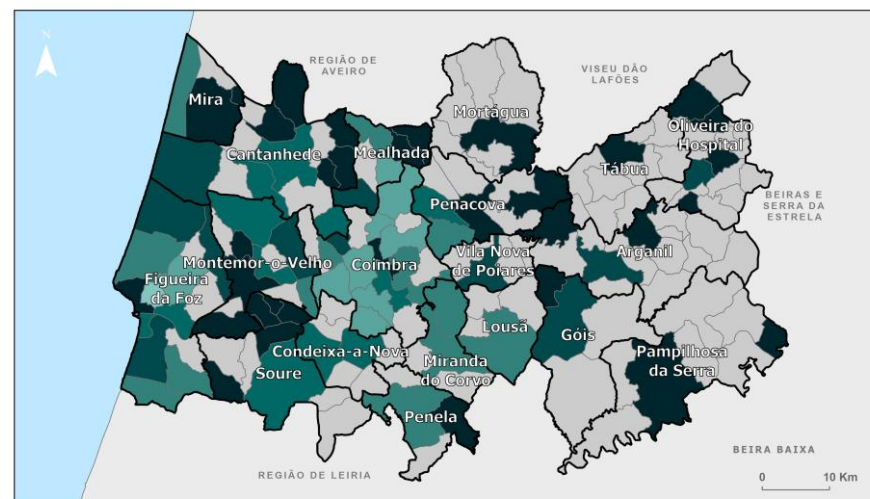
Região de Coimbra: 1,50 | Continente: n/d

Mapa 31. Utentes que recorreram ao serviço de urgência mais de 4 vezes durante 1 ano segundo a freguesia de residência dos/as utentes na Região de Coimbra (%), 2023.

Fonte: Dados disponibilizados pela ULS Coimbra e ULS do Baixo Mondego, junho de 2024.

6.3 Farmácias

As farmácias e os/as farmacêuticos/as têm um importante papel, quer através da distribuição de medicamentos, quer como agentes sanitários quer na prevenção da doença. As farmácias estabelecem, ainda, para muitas pessoas o primeiro nível de contacto com o sistema de saúde. No território da Região de Coimbra existem **162 farmácias**, correspondendo a **0,37 farmácias por 1 000 habitantes**, rácio bastante superior ao registado pelo Continente (0,28) (**Mapa 32**).



Farmácias na Região de Coimbra (Nº por 1000 habitantes)



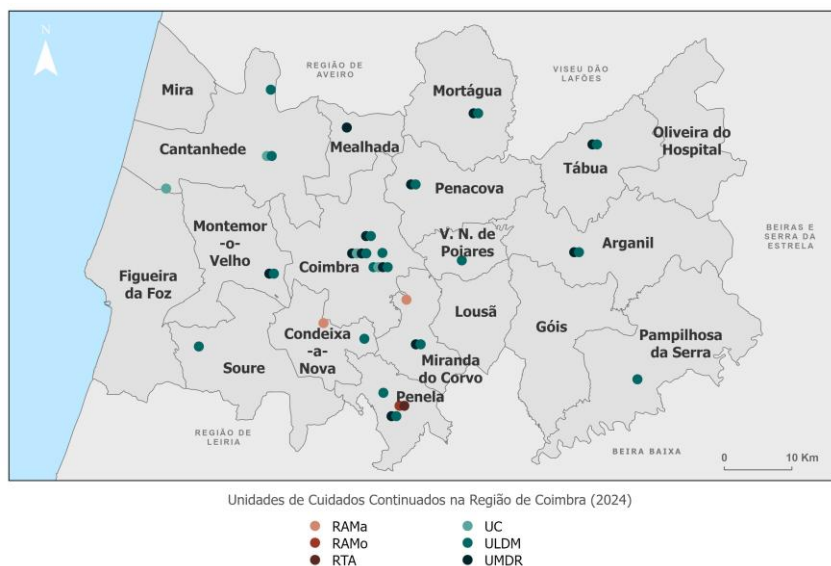
Região de Coimbra: 0,37 | Continente: 0,28

Mapa 32. Farmácias na Região de Coimbra, segundo a freguesia (Nº por 1 000 habitantes), 2024.

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

6.4 Cuidados Continuados Integrados

A oferta existente ao nível dos Cuidados Continuados Integrados na Região de Coimbra é muito variável em função da tipologia de cuidados (domicílio, ambulatório e internamento) e da resposta considerada. A única resposta existente **em todos os municípios da região** são as **Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**, uma tipologia de apoio domiciliário que totaliza 330 equipas (**Mapa 33 e Quadro 17**).



Mapa 33. Localização das respostas da RNCCI segundo a tipologia de cuidados continuados - unidades de internamento na Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego (N.º), 2024.

Legenda: RAMa – Residência de apoio máximo; RAMo – Residência de apoio moderado; RTA – Residência de treino de autonomia; UC – Unidade de Convalescência; ULDM – Unidade de longa duração e manutenção; UMDR – Unidade de média duração e reabilitação.

Fonte: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Região Centro, novembro 2024.

Quadro 17. Lugares em funcionamento/Camas na RNCCI na Região de Coimbra, segundo a tipologia e resposta (Nº), segundo o município, 2024.

Tipologia	Domicílio		Ambulatório	Internamento (Nº camas)						
	Resposta	EAD	ECCI	USO	RAMa	RAMo	RTA	UC	ULDM	UMDR
Região de Coimbra	8	330	30	24	8	12	152	593	305	
ULS Coimbra	8	295	30	24	8	12	152	549	299	
ULS Baixo Mondego		35						44	6	
Arganil		12						12	12	
Cantanhede		30					90	72		
Coimbra	8	107	30				62	139	140	
Condeixa-a-Nova		12		12				30		
Figueira da Foz		15								
Góis		6								
Lousã		16								
Mealhada		10								30
Mira		12								
Miranda do Corvo		10			12			56	30	
Montemor-o-Velho		10						24	6	
Mortágua		10						12	15	
Oliveira do Hospital		20								
Pampilhosa da Serra		6							35	
Penacova		10						25	19	
Penela		6				8	12	60	30	
Soure		10						20		
Tábua		20						53	23	
Vila Nova Poiares		8						55		

Legenda: EAD – Equipa de apoio domiciliário; ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados; USO – Unidade socio-ocupacional; RAMa – Residência de apoio máximo; RAMo – Residência de apoio moderado; RTA – Residência de treino de autonomia; UC – Unidade de Convalescência; ULDM – Unidade de longa duração e manutenção; UMDR – Unidade de média duração e reabilitação.

Fonte: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Região Centro, novembro 2024

O município de Coimbra concentra o maior número de respostas e de capacidade de internamento (341 camas), sendo o único que oferece uma unidade sócio ocupacional (USO) com 30 lugares em funcionamento.

7 DETERMINANTES DA SAÚDE

Os determinantes da saúde representam os **fatores individuais**, definidos como as características da população (e.g., educação, ocupação, rendimento) e as **condições do ambiente** que a 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 na Região de Coimbra 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 e azuis (ponto 7.5), poluição do ar 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.

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.

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

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.).

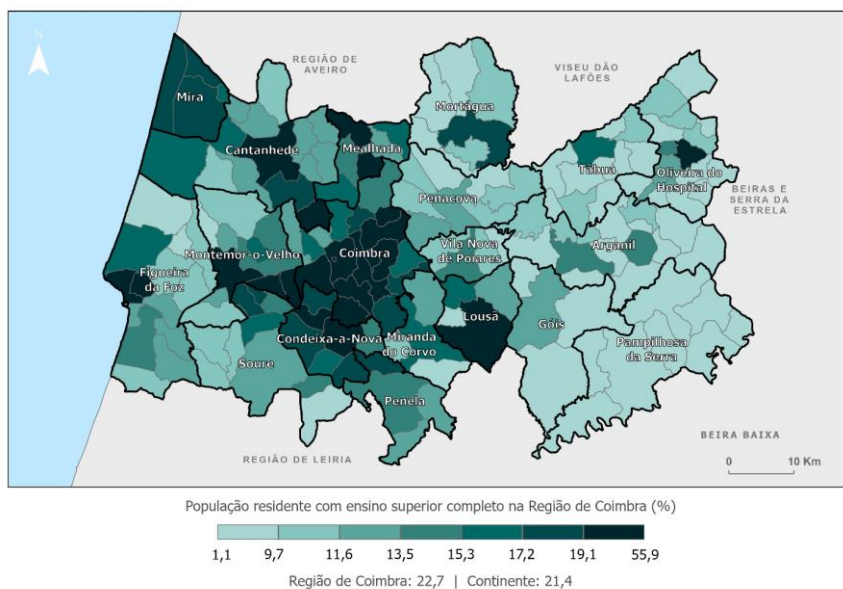
7.1.1 Nível de escolaridade da população residente

A proporção da **população residente com o ensino superior completo** na Região de Coimbra supera os valores de Portugal Continental e apresenta **acentuadas variações segundo os municípios**, registando valores máximos

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>>

no município de Coimbra (36,3%) e mínimos no município de Pampilhosa da Serra (6%) (**Mapa 34**).



Mapa 34. Proporção da população residente com 21 e mais anos com ensino superior completo na Região de Coimbra, 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. Ainda que com valores reduzidos (cerca de 3% em Portugal Continental), verificam-se ainda bolsas de elevada persistência deste fenómeno, que atinge sobretudo mulheres mais velhas, tendo um

importante impacto na prestação dos serviços nos territórios onde é mais elevado.

Na Região de Coimbra observam-se **diferenças acentuadas** entre os municípios. Os valores para o analfabetismo nos municípios da Região, para ambos os sexos, variam entre os 1,99% em Coimbra e os 9,24% em Pampilhosa da Serra, sendo que neste último município 13,4% das mulheres são analfabetas (**Mapa 35 e Figura 26**).

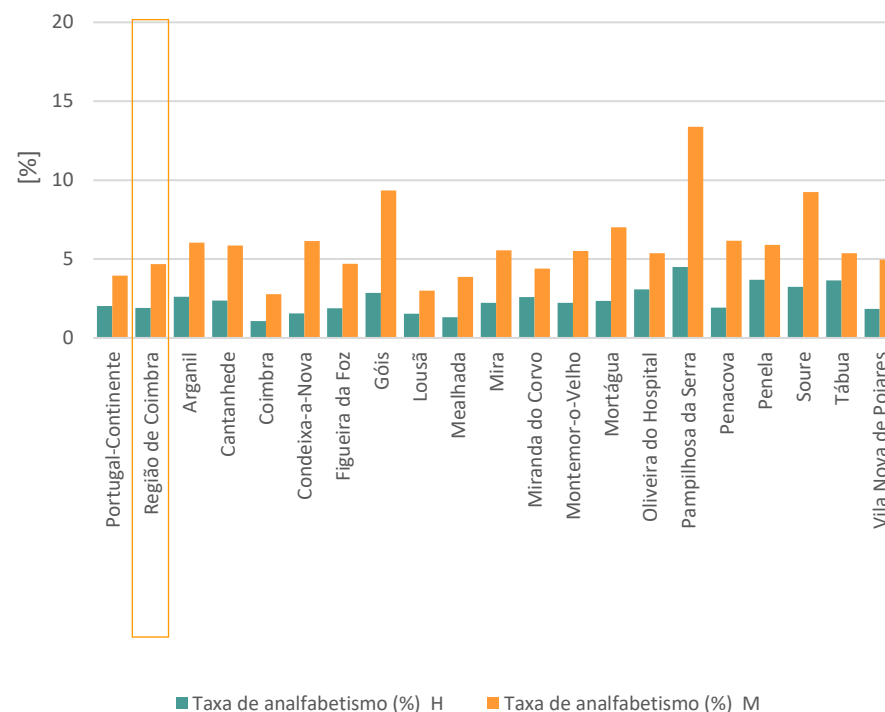
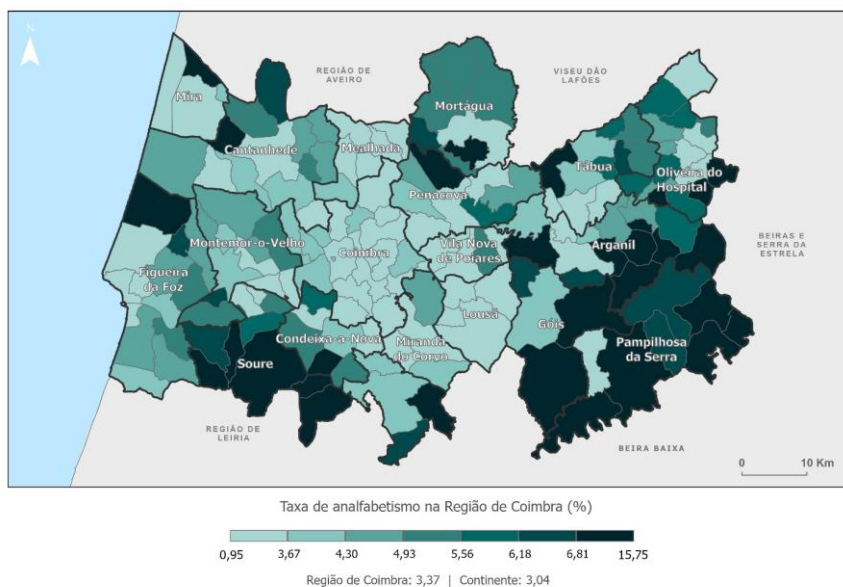


Figura 26. Taxa de analfabetismo da população residente segundo o sexo na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.



Mapa 35. Taxa de analfabetismo da população residente na Região de Coimbra, segundo a freguesia (%), 2021.

Fonte: INE, 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 sócio-material e os resultados em saúde. Genericamente, verifica-se uma degradação do estado de saúde ou um aumento da mortalidade com a diminuição do rendimento, sendo mais acentuado esse aumento na população desempregada e/ou na população com escolaridade mais baixa (incluindo a que não têm qualquer nível de escolaridade).^{73,74,75,76,77}

Outro aspeto importante da análise das condições económicas e sociais de um território é a equidade social que, de acordo com a literatura, é avaliada através de indicadores relativos à proteção social e apoios a grupos vulneráveis, economicamente e socialmente (e.g., beneficiários/as de

⁷³ 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.

⁷⁴ 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.

⁷⁵ WHO (2010). *Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO European Office for Investment for Health and Development.

⁷⁶ Pickett, K.E., Wilkinson, R.G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science and Medicine*; 128:316-326.

⁷⁷ 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.

subsídios, população mais velha em situação de isolamento não desejado). 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 o rendimento (ponto 7.2.1) e a população em situação de carência social e/ou económica (ponto 7.2.2.).

7.2.1 Rendimento

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

A análise da evolução do **ganho médio mensal da população empregada** residente na Região de Coimbra revela uma **evolução positiva** entre 2013 e 2022, que se cifrou em 25,5% (de 975€ para 1 224€), evolução essa que foi ligeiramente superior à observada em Portugal Continental (25,1%). Esta evolução positiva é observável em todos os municípios que integram a região, embora com intensidades diferentes (**Figura 27**).

Ainda assim, a Região de Coimbra regista um ganho médio mensal, da população residente, inferior ao do Continente, sendo que se verifica alguma diversidade relativamente a esse indicador, que varia entre um

máximo de **1 331€ no município de Coimbra** (superior à média regional) e um mínimo de **933€ no município de Góis** (**Mapa 36**).

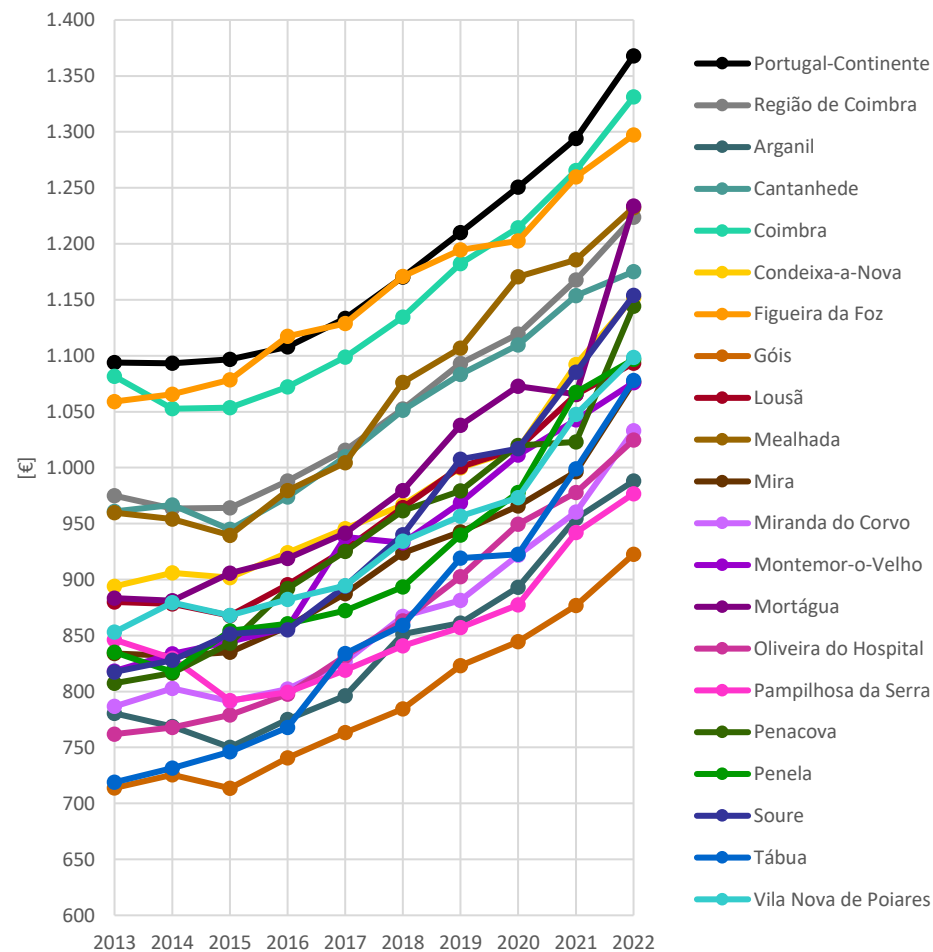
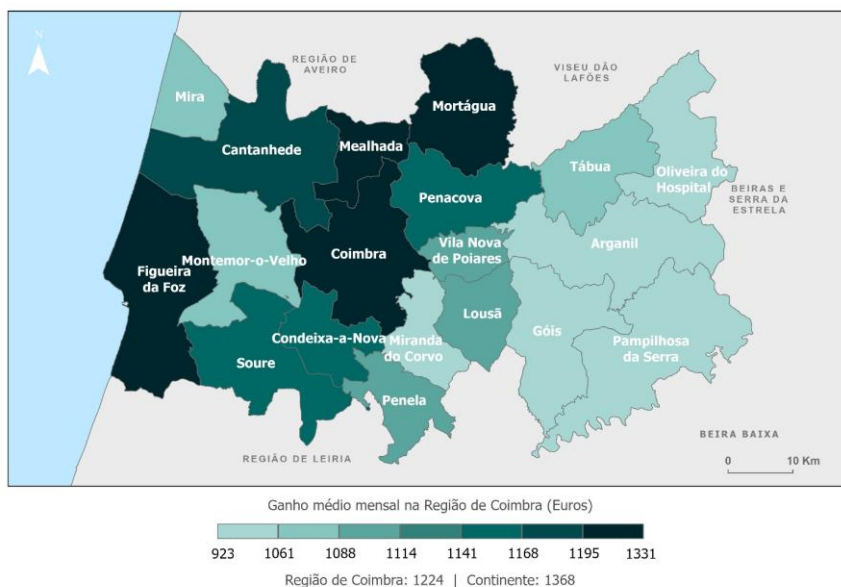


Figura 27. Evolução do ganho médio mensal total, na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Euros), entre 2013 e 2022.

Fonte: INE, MTSSS/GEP, Quadros de pessoal.



Mapa 36. Ganho médio mensal na Região de Coimbra, segundo o município (Euros), 2022.

Fonte: INE, MTSSS/GEP, Quadros de pessoal

No que concerne aos rendimentos das pensões, o **valor médio anual das pensões da Segurança Social auferido pelos/as pensionistas**⁷⁸ residentes na Região de Coimbra em 2022 era de 5 525€, valor esse que se encontrava abaixo do valor médio registado no Continente (6 215€). Este valor registou uma **evolução positiva** entre 2013 e 2022 (de 4 403€ para 5 525€), acompanhando a tendência nacional. Esta evolução positiva é observável em todos os municípios que integram a região, embora com intensidades diferentes (**Figura 28**).

⁷⁸ Titulares de uma prestação pecuniária nas eventualidades de invalidez, velhice, doença profissional ou morte.

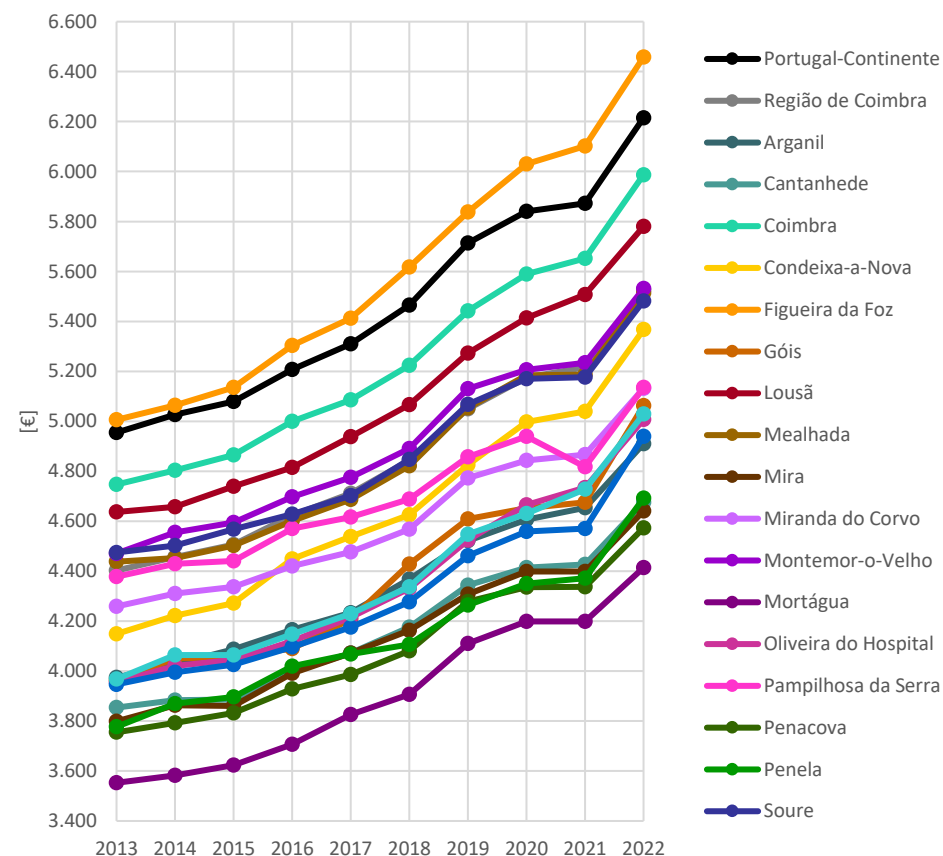
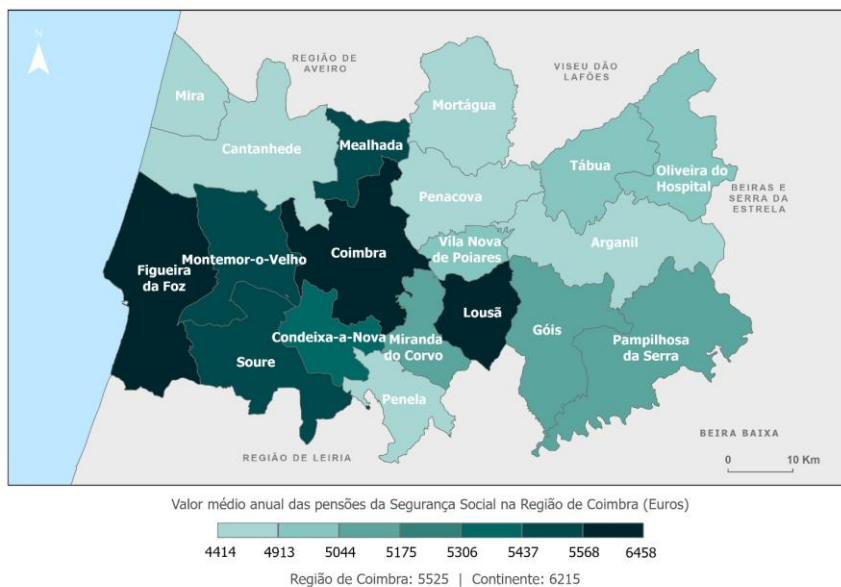


Figura 28. Evolução do valor médio anual das pensões da Segurança Social, na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Euros), entre 2013 e 2022.

Fonte: INE, MTSSS/GEP, Instituto de Informática.

Este mesmo indicador apresenta variação entre os municípios que integram a região, oscilando entre um máximo de 6 458€ no município da Figueira da Foz e um mínimo de 4 414€ no município de Mortágua (**Mapa 37**).



Mapa 37. Valor médio anual das pensões da Segurança Social na Região de Coimbra, segundo o município (Euros), 2022.

Fonte: INE, MTSSS/GEP, Instituto de Informática.

⁷⁹ Inclui beneficiários/as de subsídio de desemprego, subsídio social de desemprego inicial e subsequente, prolongamento de subsídio social de desemprego e medida extraordinária de

7.2.2 Proteção social

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

Beneficiários/as de subsídio de desemprego

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.

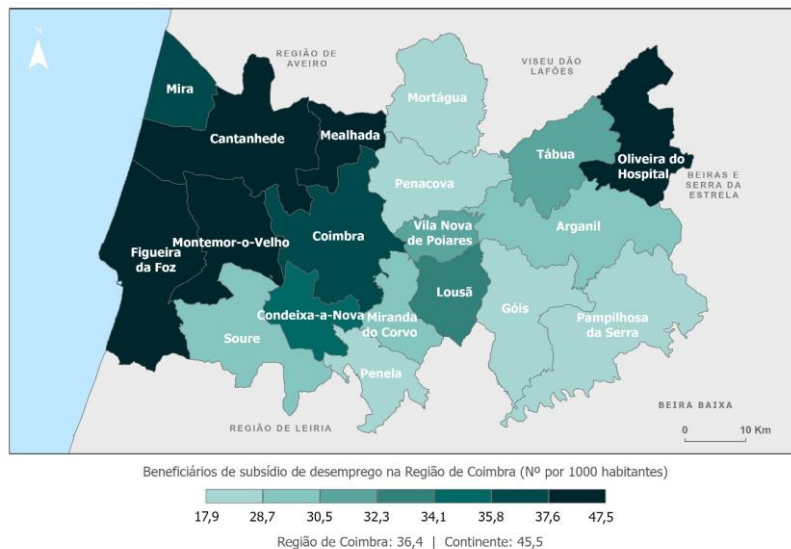
O **desemprego de longa duração** produz ainda alterações significativas na qualidade de vida, nomeadamente ao nível dos recursos emocionais, da satisfação com a vida e dos níveis de *stress* e ansiedade, podendo provocar mudanças no estilo de vida, alterações nas relações sociais e piores resultados em saúde, como o surgimento de doenças cardíacas e/ou perturbações mentais, como a depressão e o suicídio.

O número de **beneficiários/as do subsídio de desemprego da Segurança Social**⁷⁹, de acordo com os dados disponíveis para 2022, na Região de Coimbra atingia cerca de 11 000 pessoas, o que corresponde a **36,4 desempregados/as registados por cada 1 000 residentes**, rácio inferior ao registado no Continente (45,5 desempregados/as por 1 000 habitantes).

Este rácio apresenta variações nos municípios que integram a Região, oscilando entre um máximo de 47,5 beneficiários/as do subsídio de

apoio aos desempregados de longa duração. Os beneficiários/as são contados tantas vezes quantas os subsídios que recebem.

desemprego por 1 000 habitantes no município da Figueira da Foz e um mínimo de 17,9 beneficiários/as por 1 000 habitantes no município de Pampilhosa da Serra (**Mapa 38**).



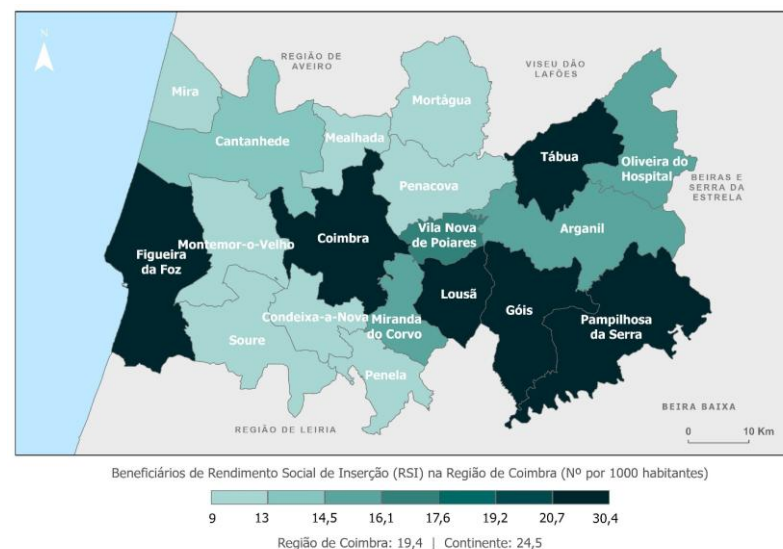
Mapa 38. Beneficiários/as de subsídios de desemprego da Segurança Social residente na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 1 000 de habitantes com idade compreendida entre 15 e 70 anos), 2022.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados do INE, MTSSS/GEP, Instituto de Informática, 2022.

⁸⁰ 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

Beneficiários/as de Rendimento Social de Inserção

Em relação ao **Rendimento Social de Inserção (RSI)**⁸⁰, em 2022, o número de beneficiários/as na região totalizava mais de 8 mil pessoas, correspondendo a **19,4 beneficiários/as por 1 000 habitantes**, valor inferior ao do Continente (24,5 por cada 1 000 habitantes). Este rácio varia geograficamente, entre os 30,4 beneficiários/as por 1 000 habitantes no município da Figueira da Foz e os 9 por 1 000 habitantes no município de Condeixa-a-Nova (**Mapa 39**).



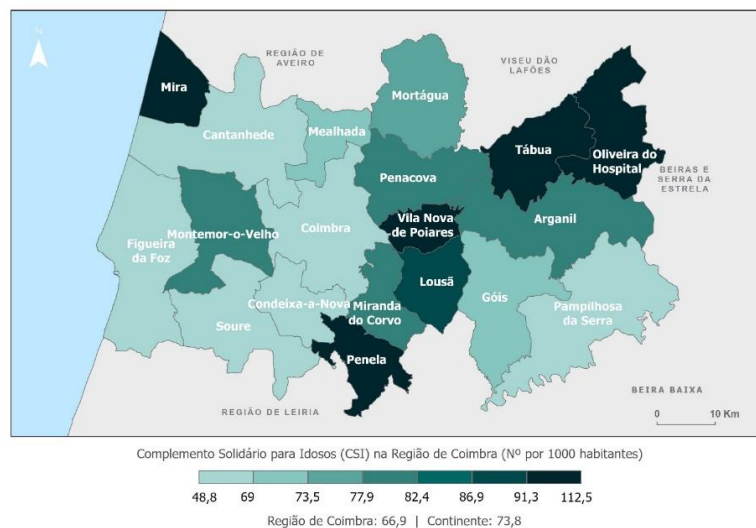
Mapa 39. Beneficiários/as do Rendimento Social de Inserção na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 1 000 habitantes), 2022.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados do INE, Instituto de Informática, 2022.

mercado de trabalho. O rendimento social de inserção foi criado em 2003, substituindo o Rendimento Mínimo Garantido.

Beneficiários/as de Complemento Solidário para Idosos

Em 2023, os/as beneficiários/as do Complemento Solidário para Idosos (CSI)⁸¹ na Região de Coimbra era próximo de 7 mil, correspondendo a um rácio de **66,9 beneficiários por 1 000 habitantes com 66 e mais anos (Mapa 40)**.



Mapa 40. Beneficiários/as do Complemento Solidário para Idosos na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 1 000 habitantes com 66 ou mais anos), 2023.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados do Instituto da Segurança Social, I.P. - Sistema de Estatísticas da Segurança Social (SESS/CSI), 2023.

⁸¹ O CSI é um apoio em dinheiro pago mensalmente à população mais velha 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.

O valor da região era inferior ao registado no Continente (73,8 beneficiários por cada 1 000 habitantes com 66 e mais anos).

A análise dos beneficiários/as considerando o município de residência revela desigualdades geográficas, variando entre os 112,5 beneficiários/as por 1 000 habitantes com 66 e mais anos no município de Vila Nova de Poiares e os 48,8 por 1 000 habitantes com 66 e mais anos no município de Coimbra (Mapa 40).

População com 65 e mais anos em situação de isolamento

A solidão não desejada 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 mais velha que vive sozinha, não o desejando, 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**⁸² possui um forte impacto na adequação e dimensionamento das respostas sociais e dos cuidados de saúde necessários num determinado território.

A Região de Coimbra registava, em 2021, **21,1% da sua população com 65 anos e mais anos a viver só**, percentagem idêntica à de Portugal Continental

⁸² 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).

(21,4%). Este valor global para a Região cobre uma relativa dispersão segundo os municípios considerados, variando entre um máximo de 26,2% no município de Pampilhosa da Serra e um mínimo de 17,5% no município de Mortágua (**Quadro 18** e **Mapa 41**).

Quadro 18. População com 65 ou mais anos a viver só na Região de Coimbra (municípios) e Portugal (Continente), segundo o sexo (%), 2021.

	HM [%]	H [%]	M [%]
Portugal - Continente	21,4	13	27
Região de Coimbra	21,1	13	27
Arganil	21,0	15	26
Cantanhede	19,7	12	25
Condeixa-a-Nova	22,2	13	29
Coimbra	19,0	12	24
Figueira da Foz	21,6	14	28
Góis	21,4	15	26
Lousã	21,7	13	28
Mealhada	18,6	11	24
Mira	21,3	13	28
Miranda do Corvo	21,0	13	27
Montemor-o-Velho	19,6	12	26
Mortágua	17,5	10	24
Oliveira do Hospital	20,3	13	26
Pampilhosa da Serra	26,2	18	32
Penacova	18,6	11	24
Penela	23,3	17	28
Soure	22,3	14	29
Tábua	20,5	14	25
Vila Nova de Poiares	19,7	14	24

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.

A análise por sexo revela uma **predominância de mulheres adultas mais velhas que vivem sós: 27%** da sua população com 65 e mais anos, que compara com apenas 13% de homens (**Figura 29**).

A análise segundo o município de residência mostra ainda a dispersão de valores neste indicador: entre um máximo de 32% das mulheres com 65 e mais anos a viverem sozinhas no município de Pampilhosa da Serra e um mínimo de 23,6% nos municípios de Coimbra e de Mortágua.

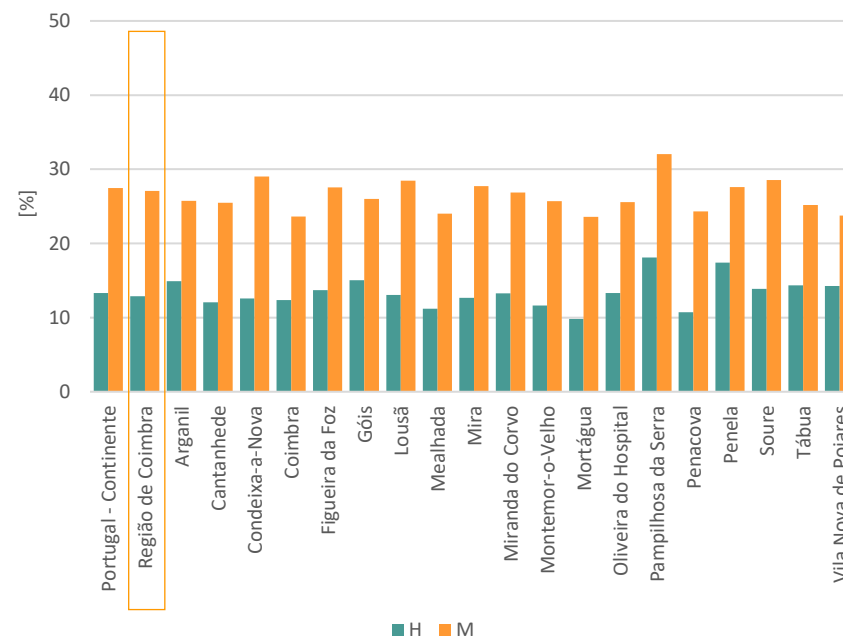
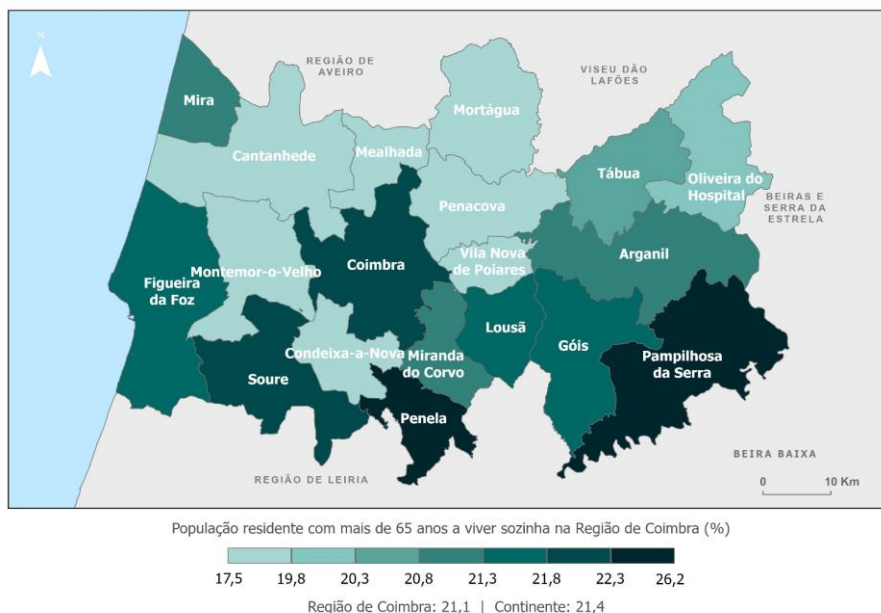


Figura 29. Proporção da população residente com 65 e mais anos a viver só segundo o sexo na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (%), 2021.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados do INE, Censos 2021.



Mapa 41. Proporção da população residente com 65 e mais anos a viver só na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2021.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados do INE, Censos 2021.

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.^{83,84,85,86}

Nesta dimensão são analisadas a **oferta, condições e o estado de conservação** do parque habitacional (ponto 7.3.1) e o **conforto térmico** (ponto 7.3.2).

⁸³ 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.

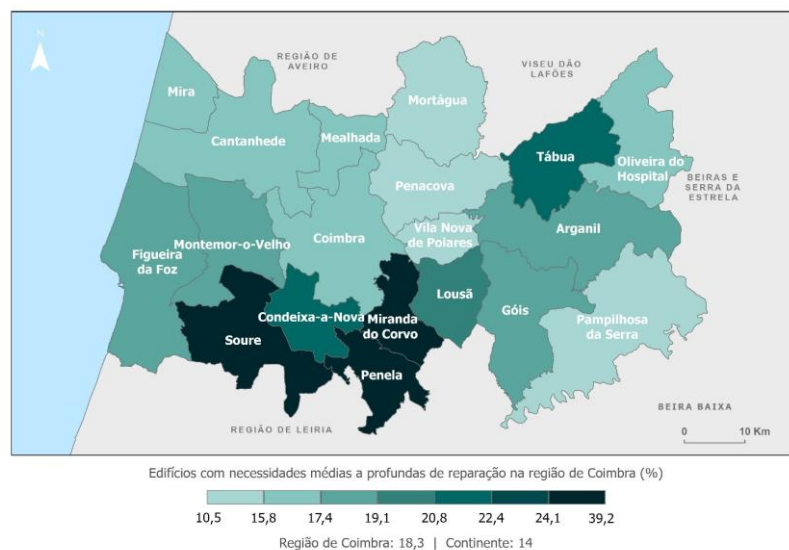
⁸⁴ Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 380:1011–29.

⁸⁵ EUROFOUND (2016). *Inadequate Housing in Europe: Costs and Consequences*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

⁸⁶ 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.

7.3.1 Condições do edificado e alojamentos

Na Região de Coimbra, cerca de **18,3% do total dos edifícios** existentes apresentava, em 2021, **condições muito degradadas, com necessidade de intervenções médias a profundas**. Os municípios de **Soure, Miranda do Corvo e Penela** apresentam os valores mais elevados, com 27%, 28% e 39% (**Mapa 42**).



Mapa 42. Edifícios com necessidades de reparação médias e profundas na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

⁸⁷ European Union (2023). *European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)*. <<https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview>>

⁸⁸ Carvalho, B., Fonseca, M., Peralta, S. (2023). Pobreza Energética em Portugal: Uma análise municipal. Relatório Anual “Portugal, Balanço Social. Fundação “la Caixa”, BPI e

7.3.2 Conforto térmico

É amplamente aceite que o desconforto térmico exerce um impacto significativo na incidência de doenças respiratórias e circulatórias, sobretudo em pessoas mais velhas 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)⁸⁷, **20,8% da população portuguesa declara não ter capacidade financeira para manter a casa adequadamente aquecida no inverno**, quase o dobro da média da UE (10,6%).

Um estudo recentemente publicado sobre a pobreza energética em Portugal (Carvalho et al., 2023)⁸⁸, coloca os municípios que integram a Região de Coimbra numa posição intermédia relativamente a outras regiões, sendo o melhor valor do **Índice de Vulnerabilidade Energética**

Nova SBE. <

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

Municipal (IVEM) ⁸⁹ registado no município de Coimbra (0,130) e o pior registado no município de Pampilhosa da Serra (0,225) (**Quadro 19**).

No entanto, os últimos dados censitários realçam a gravidade da situação relacionada com o conforto térmico das habitações na Região de Coimbra:

- A **elevada percentagem de alojamentos que não possuíam qualquer tipo de aquecimento (19,8%)**, numa região com áreas de temperaturas extremas no inverno (**Mapa 43**);
- A **esmagadora maioria das habitações que não dispunham de sistema de ar condicionado (88,3%)**, valor superior ao registado para o Continente (82,9%) (**Mapa 44**).

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.

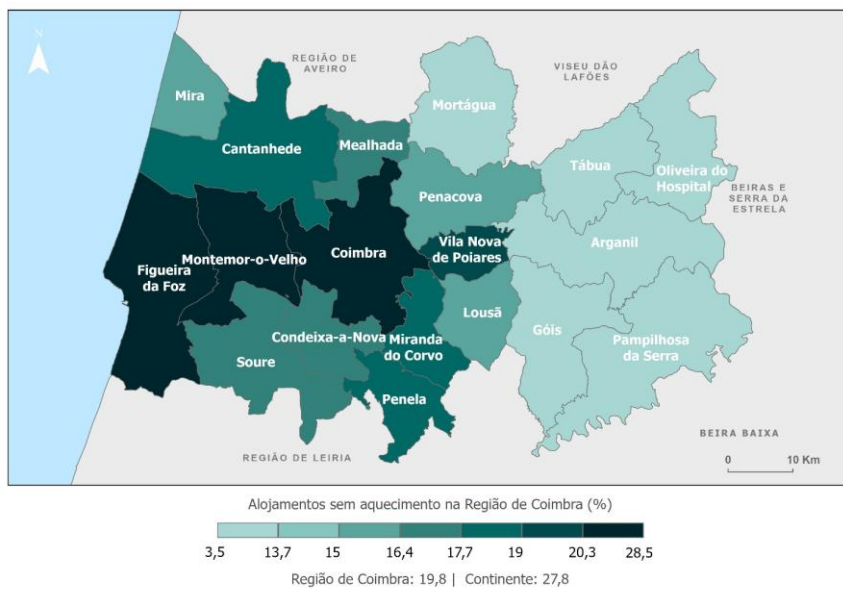
⁸⁹ O IVEM é um índice que permite aferir a vulnerabilidade energética ao nível municipal, através de um método estatístico de regressão, que combina os dados do ICOR, ao nível individual, com dados dos Censos do INE e da DGEG, ao nível municipal. Varia entre 0 - menor vulnerabilidade e 1 - maior vulnerabilidade. Os detalhes técnicos da construção do

Quadro 19. Índice de Vulnerabilidade Energética Municipal [IVEM] nos municípios da Região de Coimbra, 2021.

Município	IVEM
Arganil	0,213
Cantanhede	0,191
Coimbra	0,130
Condeixa-a-Nova	0,149
Figueira da Foz	0,171
Góis	0,222
Lousã	0,175
Mealhada	0,173
Mira	0,193
Miranda do Corvo	0,190
Montemor-o-Velho	0,173
Mortágua	0,204
Oliveira do Hospital	0,203
Pampilhosa da Serra	0,225
Penacova	0,203
Penela	0,201
Soure	0,185
Tábua	0,216
Vila Nova de Poiares	0,204

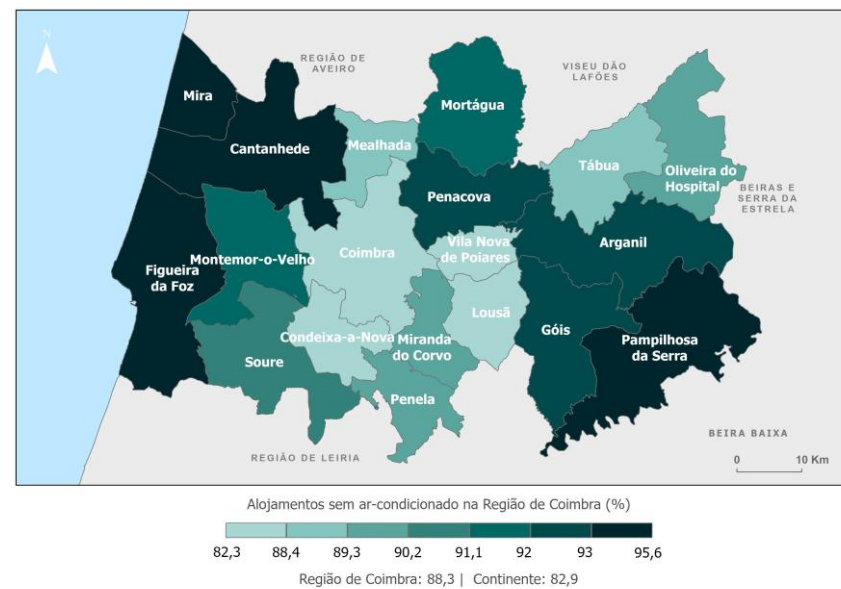
Fonte: Pobreza energética em Portugal: Uma análise municipal – Portugal, Balanço Social 2023.

IVEM estão disponíveis em Carvalho et al. (2023): <
https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/2023/Nota_BS_Energy_dez_2023.pdf
>



Mapa 43. Proporção de alojamentos familiares clássicos de residência habitual sem sistema de aquecimento na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2022.

Fonte: INE, Censos 2021.



Mapa 44. Proporção de alojamentos familiares clássicos de residência habitual sem ar condicionado na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2022.

Fonte: INE, Censos 2021.

7.4 Mobilidade

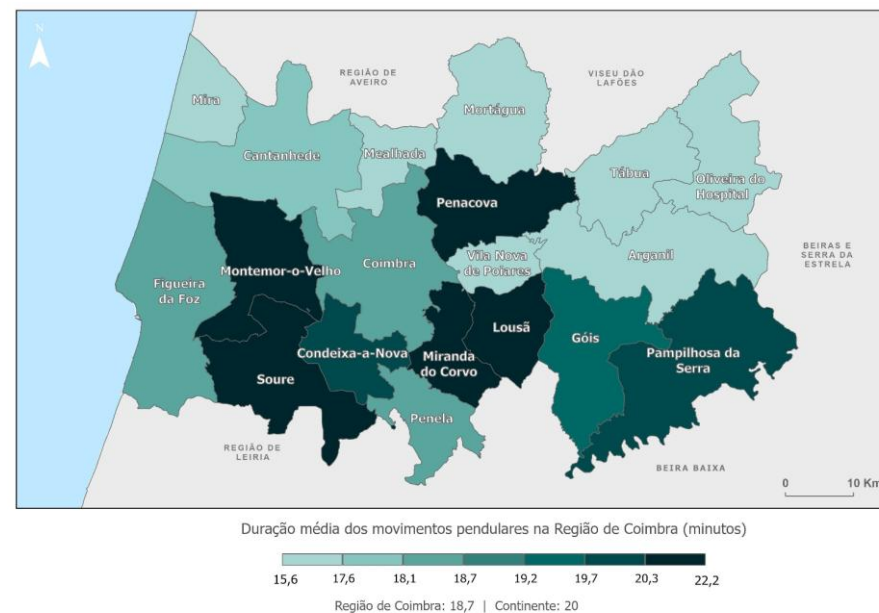
A mobilidade das populações é uma componente essencial das sociedades atuais, com impactos tanto ao nível ambiental como da saúde individual e coletiva. Os movimentos pendulares podem estar associados ao sedentarismo e a um estilo de vida menos saudável, sem atividade física regular, quando o automóvel 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 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 na Região de Coimbra demora, em média, cerca de **19 minutos** nas suas deslocações diárias para trabalhar ou estudar, sendo ligeiramente inferior ao tempo médio registado em Portugal Continental (20 minutos).

Este tempo varia entre municípios, com os valores mais elevados a serem registados nos municípios da área de influência de Coimbra, como Montemor-o-Velho, Soure, Miranda do Corvo, Lousã e Penacova (**Mapa 45**).



Mapa 45. Duração média dos movimentos pendulares da população empregada ou estudante residente na Região de Coimbra, segundo o município (minutos), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

Tal como se observa a nível nacional, **a grande maioria dos habitantes na região desloca-se de automóvel** (veículo próprio), quer como condutor/a, quer como passageiro/a. Em 2021, são **77%**, proporção que aumentou ligeiramente em relação a 2011, acompanhando o contexto nacional (**Figura 30**).

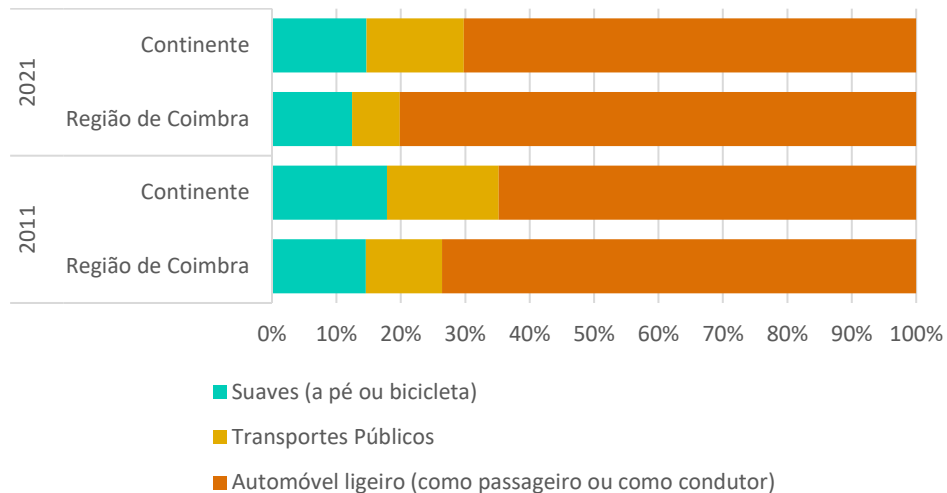


Figura 30. Meio de transporte principal utilizado nos movimentos pendulares na Região de Coimbra e Portugal (Continente) (%), 2011 e 2021.

Fonte: INE, Censos 2011 e 2021.

Os municípios de Montemor-o-Velho, Condeixa-a-Nova e Vila Nova de Poiares são os que apresentam maiores proporções: mais de 80% da população residente é dependente do automóvel para se deslocar diariamente para o local de trabalho ou estudo (**Mapa 46**).

Considerando os modos suaves, observa-se que apenas **12%** da população residente **desloca-se a pé ou de bicicleta para o trabalho ou para a escola**, uma proporção mais baixa comparativamente ao Continente (14%). Esta proporção varia entre os 7,7% e os 19,7%, quando se analisa a distribuição geográfica deste indicador pelos municípios que integram a região (**Mapa 47**).



População residente que utiliza o automóvel como meio de transporte principal na Região de Coimbra (%)



Região de Coimbra: 77 | Continente: 67,5

Mapa 46. População residente que utiliza o automóvel como meio de transporte principal nas deslocações casa-trabalho ou casa/local de estudo na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2021.

Fonte: INE, Censos 2021.

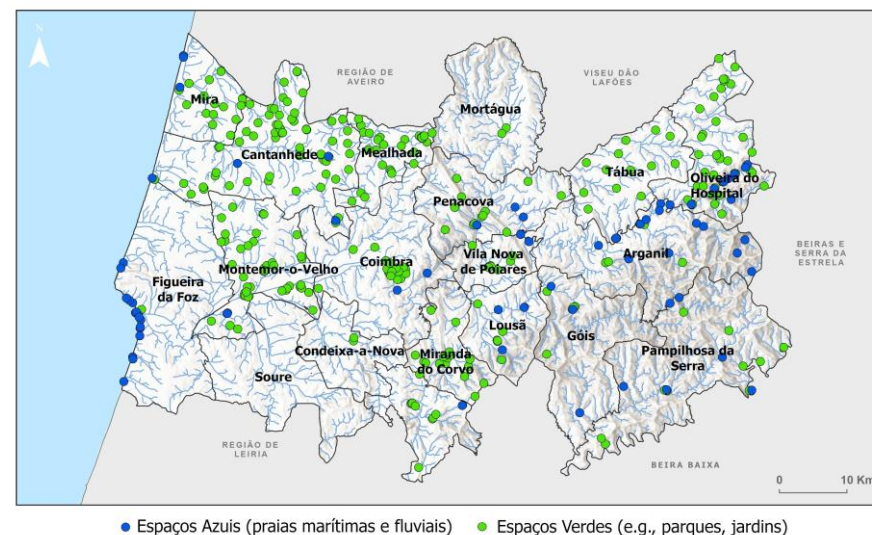
O mesmo se verifica na **deslocação em transporte público** (autocarro ou comboio), onde apenas **7%** da população residente utiliza esse meio de transporte, apresentando valores bastante inferiores ao Continente (14,5%). Os municípios de Coimbra, Miranda do Corvo, Penacova e Soure apresentam valores mais elevados; nestes municípios mais de 10% da população utiliza o transporte público diariamente (**Mapa 48**).

7.5 Espaços verdes e azuis de fruição

Os espaços verdes e azuis são elementos 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. Estes tipos de espaços foram identificados em toda a região.

A Região de Coimbra tem no seu território um total de **311 espaços verdes** (parques e jardins) e **69 espaços azuis** (distribuídos por 14 municípios), que integram por sua vez 49 **praias fluviais** e 20 **marítimas** (localizadas nos municípios de Figueira da Foz, Cantanhede e Mira) (**Mapa 49**).

A proximidade a estes espaços pode promover o **contacto com a Natureza**, proporcionando um ambiente físico com **efeitos benéficos na saúde mental, física e bem-estar geral**.⁹⁰



Mapa 49. Localização dos espaços verdes e azuis de fruição na Região de Coimbra, segundo o município, 2024.

Fonte: Levantamento efetuado junto dos municípios, em dezembro de 2024.

7.6 Poluição do ar 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

⁹⁰ 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)>

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 mundo⁹¹.

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 OMS⁹².

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

⁹¹ 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>.

⁹² 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>

⁹³ 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>

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 saúde⁹³. 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.⁹⁴

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

Em termos temporais, verifica-se que a Região de Coimbra **diminuiu ligeiramente as emissões** dos principais gases poluentes em análise (NO_x⁹⁵, PM_{2,5} e PM₁₀) (**Figura 31**).

⁹⁴ 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.

⁹⁵ 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

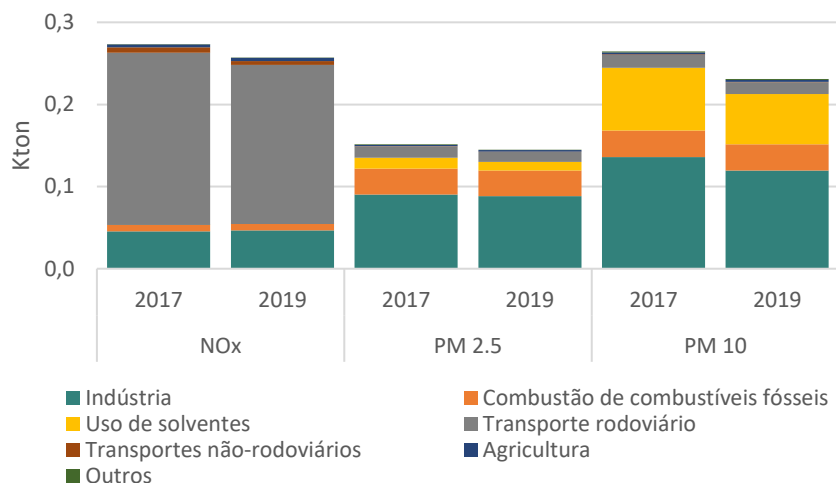


Figura 31. Emissão de gases para a atmosfera na Região de Coimbra, segundo o tipo de poluente (NO_x, PM_{2.5}, PM₁₀) e fonte de emissão (kton – quilotoneladas), 2017 e 2019.

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

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.

O primeiro poluente continua a ser o óxido de nitrogénio (NO_x), sendo a principal fonte de emissão o **transporte rodoviário**, seguida da atividade industrial e combustão de combustíveis fósseis⁹⁶. Em zonas urbanas com elevados níveis de tráfego, as concentrações de NO_x acompanham as variações do tráfego automóvel.

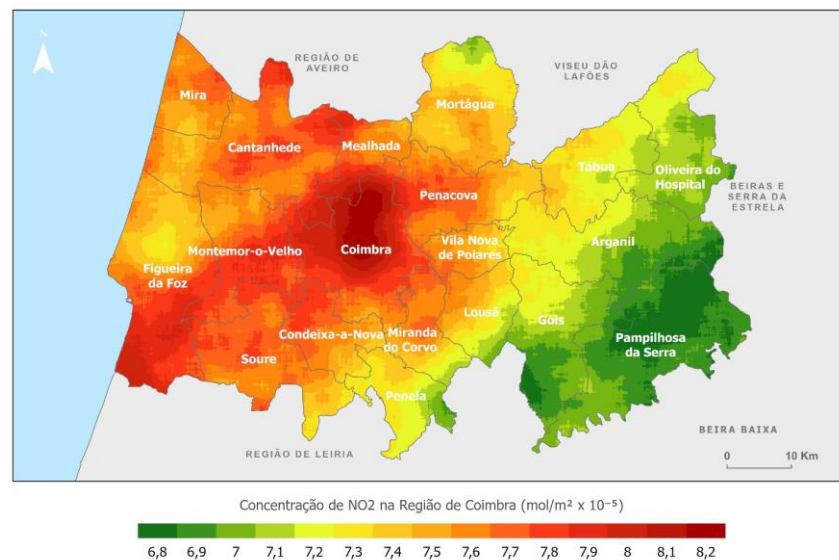
A principal **fonte de poluição por partículas** (PM₁₀ e PM_{2.5}) provém da **atividade industrial**, seguida da **combustão de combustíveis fósseis, uso de solventes e transporte rodoviário**. A **queima de combustíveis fósseis** (setores residencial, comercial e institucional) tem um peso importante nas emissões de partículas, nomeadamente das PM_{2.5}, estando relacionada com a queima de combustíveis sólidos para, por exemplo, o aquecimento dos edifícios. 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 transfronteiras de oxidantes fotoquímicos, que apresentam efeitos nocivos na saúde humana e são suscetíveis de danificar recursos naturais⁹⁷.

No **Mapa 50** apresenta-se a concentração média de dióxido de nitrogénio (NO₂) registada durante o ano de 2024 para o território da Região de

⁹⁶ 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).

⁹⁷ 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 n.º 127/2013, de 30 de agosto (Regime COV) (APA).

Coimbra. Maiores níveis de concentração de moléculas de NO₂ por centímetro quadrado de área indicam pior qualidade do ar, com impactos negativos na saúde humana.



Mapa 50. Concentração média anual de Dióxido de Nitrogénio (NO₂) na Região de Coimbra, segundo o município (mol/m² x 10⁻⁵), 2024.

Fonte: Cálculos próprios com base no Satélite Sentinel 5P da Agência Espacial Europeia (dados obtidos através do Google Earth Engine API).

O dióxido de azoto ou dióxido de nitrogénio é um composto químico constituído por dois átomos de oxigénio e um de azoto (NO₂). É um dos principais poluentes atmosféricos e resulta sobretudo da combustão de

combustíveis fósseis a temperaturas elevadas, nomeadamente nos motores dos veículos motorizados e em alguns processos industriais. Os seus efeitos na saúde podem traduzir-se em problemas do foro respiratório, principalmente nos grupos mais vulneráveis da população, especialmente em crianças, potenciando o risco de ataques de asma.

Estudos recentes associam as elevadas concentrações deste poluente com a maior suscetibilidade de desenvolver doença e de risco de morte por COVID-19. A análise do **Mapa 50** evidencia uma maior concentração deste poluente atmosférico nos municípios mais urbanizados do setor oeste, com destaque para a área entre Coimbra e Figueira da Foz. Este padrão sugere a influência do traçado da rede rodoviária e dos fluxos de tráfego e maior concentração de atividades industriais.

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”⁹⁸.

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)⁹⁹.

⁹⁸ BCSD Portugal (2022). Agenda 2030. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. <https://ods.pt/objectivos/12-producao-e-consumo-sustentaveis/>.

⁹⁹ 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

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”.

A Região de Coimbra, em 2022, apresenta um sistema de gestão de resíduos assente na **deposição em aterro** (53,9%), **valorização orgânica** (35,9%) e **multimaterial**¹⁰⁰ (10,7%) (**Figura 32**).

Comparando com o Continente, a região apresenta um desempenho semelhante (mas ligeiramente desfavorável) na deposição dos resíduos em aterro, e um desempenho mais favorável no que concerne à valorização orgânica (valores mais elevados). Relativamente à valorização energética¹⁰¹ dos resíduos, é de salientar que ainda é inexistente na Região de Coimbra.

Relativamente à deposição em aterro, existe uma grande variação entre os municípios que integram a região: entre os 22% e os 60,7%. Os municípios de **Coimbra, Figueira da Foz, Mortágua, Tábua e Oliveira do Hospital** são os que apresentam as maiores taxas: acima de 47% dos resíduos nestes territórios têm como destino o aterro (**Mapa 51**).

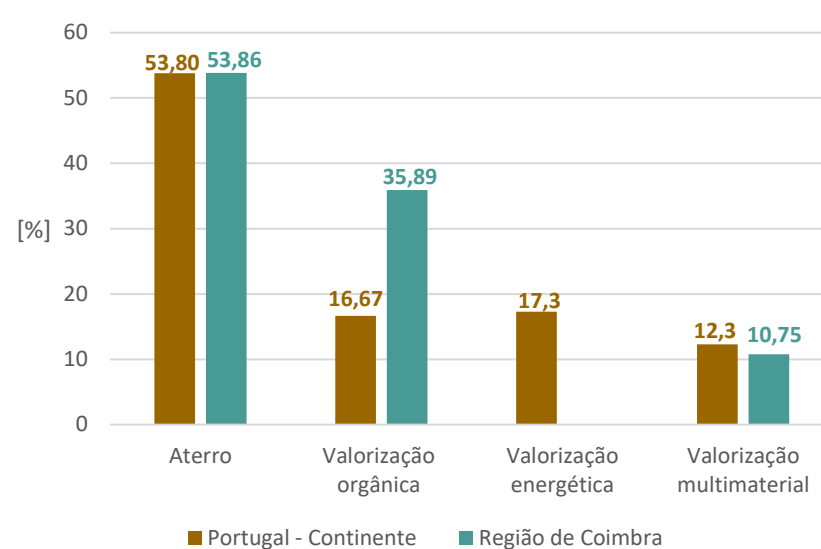


Figura 32. Resíduos urbanos geridos por tipo de destino na Região de Coimbra e Portugal (Continente) (%), 2022.

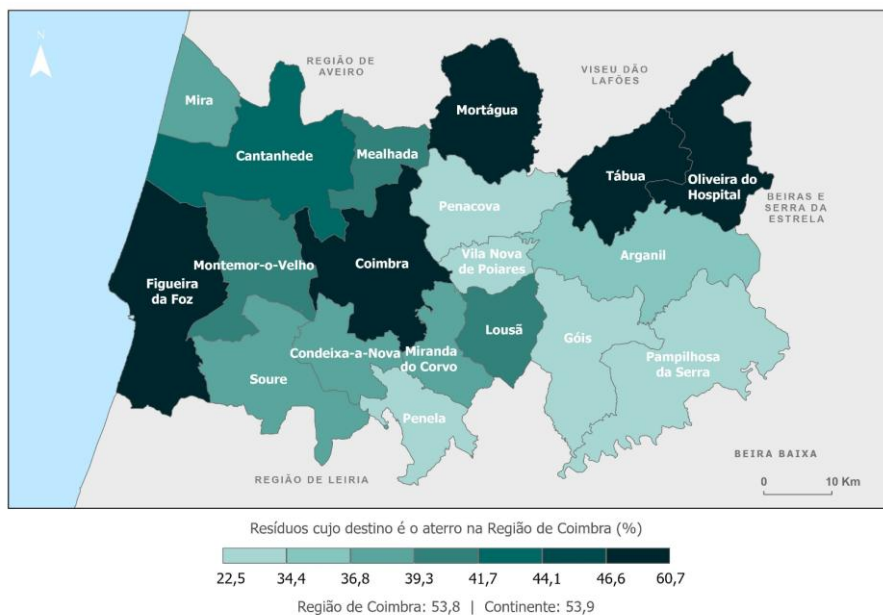
Fonte: INE, Estatísticas dos resíduos urbanos.

incinerators in populations living in surrounding areas: a systematic review. Int J Public Health. 58(5).

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ 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.



Mapa 51. Proporção de resíduos cujo destino é o aterro na região de Coimbra, segundo o município (%), 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 outras¹⁰².

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 aos peões o direito de transitar sem risco de atropelamento, tendo em conta as características e necessidades inerentes à circulação pedonal, em geral, especificamente aqueles/as com mobilidade condicionada em particular.

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

¹⁰² 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.

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 e peãs, 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 das peãs à tendência para favorecer o transporte privado nas últimas décadas, os mesmos 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.

Em 2023, na Região de Coimbra, foram registados **3,8 acidentes de viação com vítimas, por cada 1 000 habitantes**, que compara com 3,4 acidentes de viação com vítimas, por cada 1 000 habitantes, reportados em Portugal Continental.

Neste domínio, destaca-se o município de Góis com o valor mais elevado de sinistralidade, com 5,3 acidentes com vítimas por 1 000 habitantes e no extremo oposto, com o valor mais reduzido, o município de Condeixa-a-Nova, com 2,4 acidentes com vítimas por 1 000 habitantes (**Figura 33**).

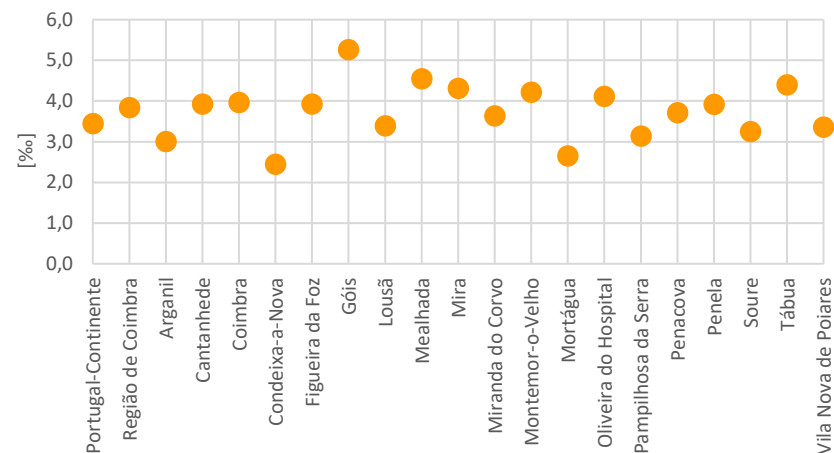


Figura 33. Acidentes de viação com vítimas na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2023.

Fonte: INE, Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

7.7.2 Segurança pública: Criminalidade

O registo histórico da taxa de criminalidade¹⁰³ na Região de Coimbra é marcado por valores inferiores aos registados no Continente, fixando-se, em 2023, nos **23,6 crimes por 1 000 habitantes** na Região, que compara com 33,1 crimes por 1 000 habitantes registados em Portugal Continental (**Figura 34**).

¹⁰³ 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.

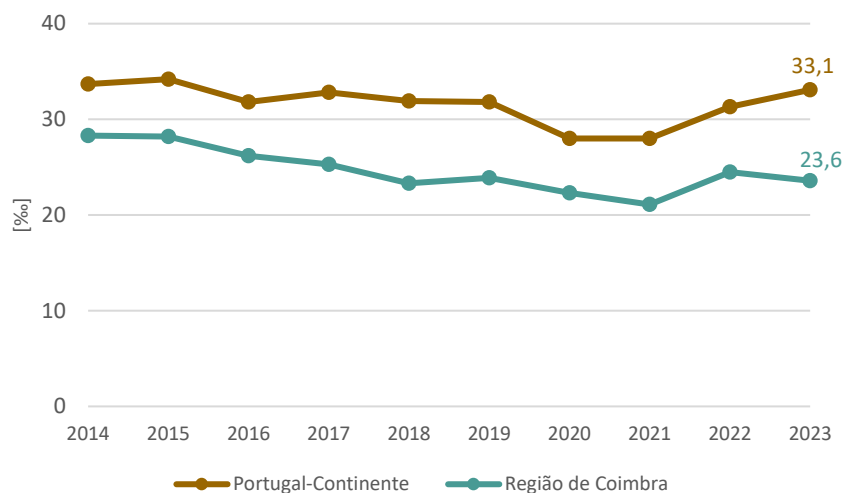


Figura 34. Evolução da Taxa de Criminalidade na Região de Coimbra e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2014-2023.

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

Embora a taxa de criminalidade registada nos diferentes municípios da Região de Coimbra apresente valores relativamente diversificados, em 2023 nenhum deles ultrapassa o valor observado no Continente.

O respetivo posicionamento na Região oscila entre um máximo de 32,2 crimes por 1 000 habitantes registados no município de Cantanhede e o mínimo de 12,7 crimes por 1 000 habitantes registados no município de Soure (Figura 35).

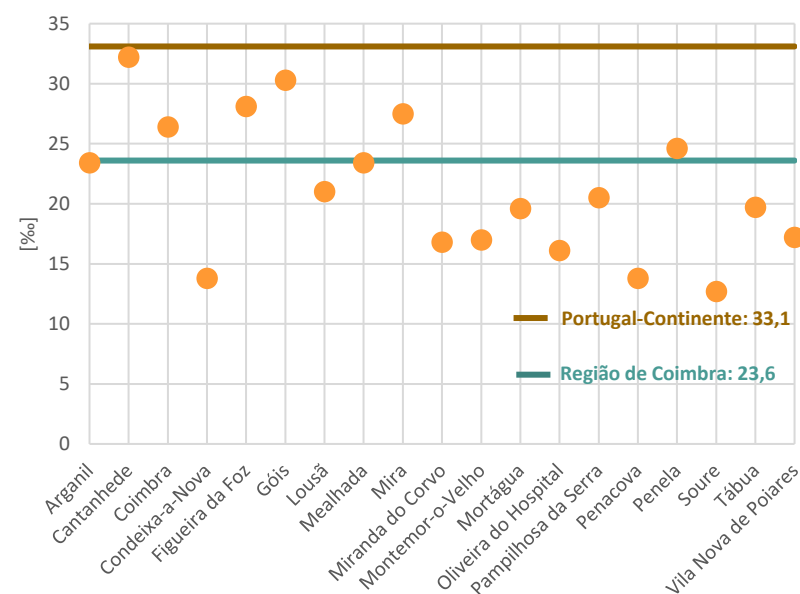


Figura 35. Taxa de Criminalidade na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2023.

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

O registo histórico da taxa de **criminalidade por violência doméstica**¹⁰⁴ na Região de Coimbra é marcado por valores idênticos aos registados no Continente, fixando-se, em 2023, nos 2,4 crimes por violência doméstica por 1 000 habitantes na Região, que compara com 2,7 crimes por violência doméstica por 1 000 habitantes registados em Portugal Continental (Figura 36).

¹⁰⁴ Inclui os crimes de ‘Violência doméstica contra cônjuge ou análogo’ e ‘Outros violência doméstica’.

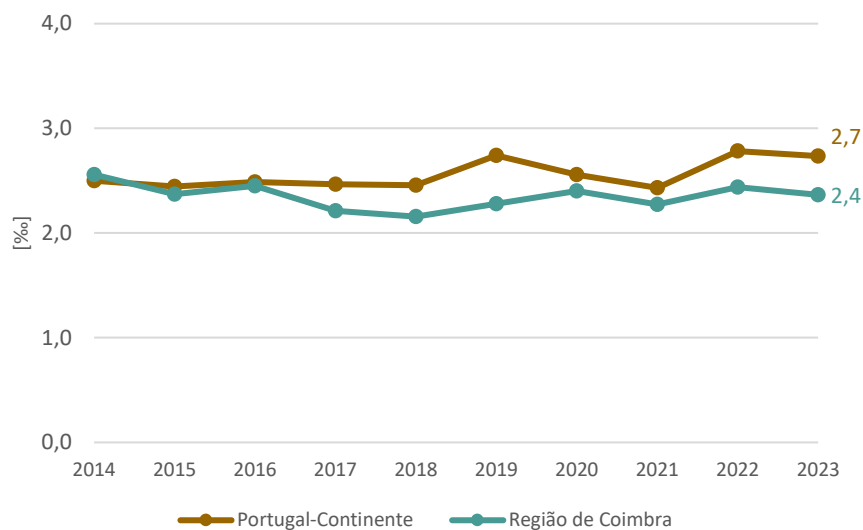


Figura 36. Evolução dos crimes de violência doméstica registados na Região de Coimbra e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2014-2023.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados do Sistema de Informação das Estatísticas da Justiça, 2014-2023 e INE, Estimativas da População, 2014-2023.

O posicionamento dos diferentes municípios que integram na Região no que se refere à taxa de criminalidade por violência doméstica é bastante diversificado, oscilando entre um máximo de 4,3 crimes por violência doméstica por 1 000 habitantes registados no município de Arganil e o mínimo de 1,2 crimes por violência doméstica por 1 000 habitantes registados no município de Condeixa-a-Nova (Figura 37).

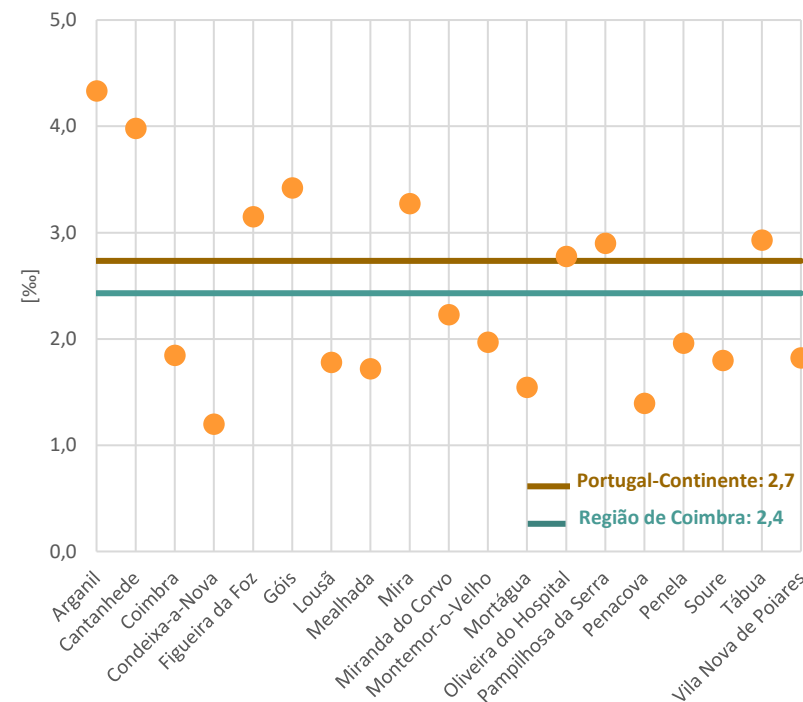


Figura 37. Crimes de violência doméstica registados pelas autoridades policiais na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2023.

Fonte: Cálculos próprios com base nos dados do Sistema de Informação das Estatísticas da Justiça, 2023 e INE, Estimativas da População, 2023.

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. BCSO 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://atlas.municipiossaudaveis.pt/>

ÍNDICE DE FIGURAS, MAPAS E QUADROS

Índice de Figuras

Figura 1. Quadro de transferência de competências para o município.....	15
Figura 2. Domínios de intervenção dos municípios com influência na saúde da população. 16	
Figura 3. Processo de desenvolvimento da Estratégia Municipal de Saúde.	18
Figura 4. Dimensões da abordagem conceptual de avaliação da saúde da população.	20
Figura 5. A Abordagem Integrada da Saúde da População.	21
Figura 6. A Abordagem Multidimensional dos Determinantes da Saúde e Bem-Estar.	22
Figura 7. A Abordagem Intersectorial “Saúde em Todas as Políticas”.....	23
Figura 8. Modelo de avaliação da saúde no Perfil Municipal de Saúde.	25
Figura 9. Tipologia de área de residência das freguesias e uniões de freguesia da Região de Coimbra, segundo a população residente, 2021 (%).	32
Figura 10. Tipologia de área de residência das freguesias e uniões de freguesia da Região de Coimbra, segundo o escalão etário, 2021 (%).	32
Figura 11. Estrutura etária da população residente na Região de Coimbra segundo o sexo, 2011-2021.	35
Figura 12. Projeção até 2030 da população residente na Região de Coimbra segundo o grupo etário.	36
Figura 13. Evolução Comparativa da Esperança de Vida à Nascimento na Região de Coimbra, por sexo (anos), entre 1999 e 2023.....	37
Figura 14. Evolução comparativa da Taxa de Mortalidade Infantil em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, (Nº por 1 000 nados vivos), entre 1999 e 2023.....	40
Figura 15. Proporção de inscritos nos CSP com os 5 principais diagnósticos (%) na Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2023.	50

Figura 16. Proporção de inscritos nos CSP com 17 e menos anos com IMC igual ou superior a 25 kg/m ² na Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego (%), 2023.	51
Figura 17. Proporção de inscritos nos CSP com comportamentos aditivos (%) na Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2023.....	57
Figura 18. Idade das instalações de CSP, por ano de construção, na Região de Coimbra (%), em 2024.....	63
Figura 19. Instalações de CSP, por ano da última remodelação do edifício, na Região de Coimbra (%), em 2024.	64
Figura 20. Avaliação do estado de conservação geral das instalações de CSP na Região de Coimbra (%), 2024.	64
Figura 21. Instalações de CSP segundo o acesso à rede de transportes públicos, na Região de Coimbra (%), 2024.	65
Figura 22. Instalações de CSP segundo a avaliação da adequação do acesso à rede de transportes públicos (%), 2024.	65
Figura 23. Instalações de CSP segundo a existência de estacionamento para utentes na Região de Coimbra (%), 2024.	65
Figura 24. Instalações de CSP segundo a existência de estacionamento para profissionais de saúde na Região de Coimbra (%), 2024.	65
Figura 25. Proporção de utentes inscritos/as nos CSP com rastreios de doenças oncológicas efetuados (%) na Região de Coimbra (Municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2023.	76
Figura 26. Taxa de analfabetismo da população residente segundo o sexo na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (%), 2021.	85
Figura 27. Evolução do ganho médio mensal total, na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Euros), entre 2013 e 2022.....	87

Figura 28. Evolução do valor médio anual das pensões da Segurança Social, na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Euros), entre 2013 e 2022.	88
Figura 29. Proporção da população residente com 65 e mais anos a viver só segundo o sexo na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (%), 2021.	92
Figura 30. Meio de transporte principal utilizado nos movimentos pendulares na Região de Coimbra e Portugal (Continente) (%), 2011 e 2021.....	98
Figura 31. Emissão de gases para a atmosfera na Região de Coimbra, segundo o tipo de poluente (NO _x , PM _{2.5} , PM ₁₀) e fonte de emissão (kton – quilotoneladas), 2017 e 2019....	102
Figura 32. Resíduos urbanos geridos por tipo de destino na Região de Coimbra e Portugal (Continente) (%), 2022.	104
Figura 33. Acidentes de viação com vítimas na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2023.....	106
Figura 34. Evolução da Taxa de Criminalidade na Região de Coimbra e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2014-2023.....	107
Figura 35. Taxa de Criminalidade na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2023.....	107
Figura 36. Evolução dos crimes de violência doméstica registados na Região de Coimbra e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2014-2023.	108
Figura 37. Crimes de violência doméstica registados pelas autoridades policiais na Região de Coimbra (municípios) e em Portugal (Continental) (Nº por 1 000 habitantes), 2023.	108

Índice de Mapas

Mapa 1. Enquadramento geográfico e administrativo da Região de Coimbra.....	29
Mapa 2. Municípios da Região de Coimbra.....	29
Mapa 3. Mapa hipsométrico da Região de Coimbra.	30

Mapa 4. Tipologia de área de residência das freguesias e uniões de freguesias da Região de Coimbra, segundo a localização geográfica, 2021.....	31
Mapa 5. Mapa síntese da situação demográfica na Região de Coimbra, 2021.	36
Mapa 6. Esperança de Vida à Nascimento na Região de Coimbra (anos), segundo o município, 2019-2023.	38
Mapa 7. Esperança de Vida à Nascimento dos homens, na Região de Coimbra (anos), segundo o município, 2019-2023.....	38
Mapa 8. Esperança de Vida à Nascimento das mulheres, na Região de Coimbra (anos), segundo o município, 2019-2023.....	39
Mapa 9. Taxa de Mortalidade Infantil na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 1 000 nados vivos), 2019-2023.....	40
Mapa 10. Mortalidade prematura na Região de Coimbra, segundo o município (TMP/100 000 hab.), 2018-2022.	42
Mapa 11. Taxa de Mortalidade Padronizada por causas de morte preveníveis na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.....	46
Mapa 12. Taxas de Mortalidade Padronizada por causas de morte preveníveis na Região de Coimbra, segundo a freguesia (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.	46
Mapa 13. Taxa de Mortalidade Padronizada por causas de morte tratáveis na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.	47
Mapa 14. Taxas de Mortalidade Padronizada por causas de morte tratáveis na Região de Coimbra, segundo a freguesia (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.	47
Mapa 15. Taxa de Mortalidade Padronizada por causas de morte atribuíveis ao Consumo de Álcool na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.	49
Mapa 16. Taxa de Mortalidade Padronizada por causas de morte atribuíveis ao Consumo de Tabaco na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2017-2021.	49

Mapa 17. Proporção de inscritos nos CSP com Diabetes <i>Mellitus</i> (%) na Região de Coimbra, segundo o município, 2023.	52	Mapa 29. Episódios de urgência geral segundo a freguesia de residência dos/as utentes na Região de Coimbra (Nº por habitante), 2023.	81
Mapa 18. Proporção de inscritos nos CSP com Hipertensão Arterial (%) na Região de Coimbra, segundo o município, 2023.	52	Mapa 30. Consultas externas por episódio de urgência segundo a freguesia de residência dos/as utentes na Região de Coimbra (Nº), 2023.	81
Mapa 19. Internamento hospitalar na Região de Coimbra, por causas sensíveis a Cuidados de Ambulatório, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2021-2023.	54	Mapa 31. Utes que recorreram ao serviço de urgência mais de 4 vezes durante 1 ano segundo a freguesia de residência dos/as utentes na Região de Coimbra (%), 2023.....	82
Mapa 20. Internamento hospitalar na Região de Coimbra, por causas evitáveis por Prevenção Primária, segundo o município (Nº por 100 000 habitantes), 2021-2023.	54	Mapa 32. Farmácias na Região de Coimbra, segundo a freguesia (Nº por 1 000 habitantes), 2024.....	82
Mapa 21. Localização geográfica das Unidades de Cuidados de Saúde Primários na Região de Coimbra, segundo o município, 2024.....	59	Mapa 33. Localização das respostas da RNCCI segundo a tipologia de cuidados continuados - unidades de internamento na Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego (N.º), 2024.	83
Mapa 22. Acessibilidade geográfica (em isócronas de tempo) à unidade funcional de Cuidados de Saúde Primários mais próxima na Região de Coimbra (minutos de automóvel), 2024.	72	Mapa 34. Proporção da população residente com 21 e mais anos com ensino superior completo na Região de Coimbra, segundo a freguesia (%), 2021.	85
Mapa 23. Proporção de utentes inscritos/as nos CSP sem médico/a de família (%) na Região de Coimbra, segundo o município, 2023.....	74	Mapa 35. Taxa de analfabetismo da população residente na Região de Coimbra, segundo a freguesia (%), 2021.....	86
Mapa 24. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Urgência (Médico-cirúrgica ou Polivalente), na Região de Coimbra (minutos de automóvel), 2024.	78	Mapa 36. Ganho médio mensal na Região de Coimbra, segundo o município (Euros), 2022.	88
Mapa 25. Acessibilidade geográfica ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO), na Região de Coimbra (minutos de automóvel), 2024.	79	Mapa 37. Valor médio anual das pensões da Segurança Social na Região de Coimbra, segundo o município (Euros), 2022.....	89
Mapa 26. Acessibilidade geográfica à Maternidade pública mais próxima, na Região de Coimbra (minutos de automóvel), 2024.	79	Mapa 38. Beneficiários/as de subsídios de desemprego da Segurança Social residente na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 1 000 de habitantes com idade compreendida entre 15 e 70 anos), 2022.	90
Mapa 27. Acessibilidade geográfica ao Hospital Público mais próximo com Serviço de Pediatria (consultas), na Região de Coimbra (minutos de automóvel), 2024.	80	Mapa 39. Beneficiários/as do Rendimento Social de Inserção na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 1 000 habitantes), 2022.	90
Mapa 28. Consultas externas segundo a freguesia de residência dos/as utentes na Região de Coimbra (Nº por habitante), 2023.....	80	Mapa 40. Beneficiários/as do Complemento Solidário para Idosos na Região de Coimbra, segundo o município (Nº por 1 000 habitantes com 66 ou mais anos), 2023.	91

Mapa 41. Proporção da população residente com 65 e mais anos a viver só na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2021.....	93
Mapa 42. Edifícios com necessidades de reparação médias e profundas na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2021.....	94
Mapa 43. Proporção de alojamentos familiares clássicos de residência habitual sem sistema de aquecimento na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2022.	96
Mapa 44. Proporção de alojamentos familiares clássicos de residência habitual sem ar condicionado na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2022.....	96
Mapa 45. Duração média dos movimentos pendulares da população empregada ou estudante residente na Região de Coimbra, segundo o município (minutos), 2021.....	97
Mapa 46. População residente que utiliza o automóvel como meio de transporte principal nas deslocações casa-trabalho ou casa/local de estudo na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2021.....	98
Mapa 47. População residente que utiliza modos suaves como meio de transporte principal nas deslocações casa-trabalho ou casa/local de estudo na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2021.....	99
Mapa 48. População residente que utiliza transportes públicos como meio de transporte principal nas deslocações casa-trabalho ou casa/local de estudo na Região de Coimbra, segundo o município (%), 2021.	99
Mapa 49. Localização dos espaços verdes e azuis de fruição na Região de Coimbra, segundo o município, 2024.....	100
Mapa 50. Concentração média anual de Dióxido de Nitrogénio (NO ₂) na Região de Coimbra, segundo o município (mol/m ² x 10 ⁻⁵), 2024.	103
Mapa 51. Proporção de resíduos cujo destino é o aterro na região de Coimbra, segundo o município (%), 2022.....	105

Índice de Quadros

Quadro 1. População residente na Região de Coimbra (Municípios) e em Portugal (Continente), em 1991, 2001, 2011 e 2021.	34
Quadro 2. Índice de envelhecimento demográfico da população residente na Região de Coimbra (Municípios) segundo o sexo, e em Portugal (Continente), 2011 e 2021.	35
Quadro 3. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Infantil, Perinatal e Neonatal, em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra, (Nº por 1 000 nados vivos), entre 1999 e 2023.	41
Quadro 4. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100 000 habitantes), entre 1999-2003 e 2017-2021.....	43
Quadro 5. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, na população masculina residente em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100 000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.	43
Quadro 6. Evolução comparativa das Taxas de Mortalidade Padronizada por grandes Causas de Morte, na população feminina residente em Portugal (Continente) e na Região de Coimbra (Nº por 100 000 habitantes), 1999-2003 e 2017-2021.....	44
Quadro 7. Internamentos hospitalares por causa de internamento na Região de Coimbra (Nº por 100 000 habitantes), 2010-2012 e 2021-2023.	53
Quadro 8. Unidades de Cuidados de Saúde Primários na Região de Coimbra, 2024.	59
Quadro 9. Instalações de CSP segundo a existência de condições de conforto térmico e eficiência energética na Região de Coimbra (%), 2024.....	66
Quadro 10. Instalações de CSP segundo a existência de equipamentos de segurança na Região de Coimbra (%), 2024.	66

Quadro 11. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) à unidade de Cuidados de Saúde Primários (CSP) mais próxima na Região de Coimbra (Nº e %), 2021.	72
Quadro 12. N.º de médicos/as por 1 000 utentes inscritos/as nos CSP da Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2024 (ULS de Coimbra) e 2025 (ULS do Baixo Mondego).	73
Quadro 13. N.º de enfermeiros/as por 1 000 utentes inscritos/as nos CSP da Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2024 (ULS de Coimbra) e 2025 (ULS do Baixo Mondego).	73
Quadro 14. Utentes inscritos/as nos CSP sem médico/a de família na Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, total (N.º) e proporção (%), 2023.	74
Quadro 15. N.º médio de consultas de MGF por utente com 18 e mais anos inscrito/a nos CSP da Região de Coimbra (municípios), na ULS de Coimbra e na ULS do Baixo Mondego, 2023.	75
Quadro 16. População residente por intervalos de distância (em minutos de automóvel) aos hospitais públicos na Região de Coimbra (%), 2024.	78
Quadro 17. Lugares em funcionamento/Camas na RNCCI na Região de Coimbra, segundo a tipologia e resposta (Nº), segundo o município, 2024.	83
Quadro 18. População com 65 ou mais anos a viver só na Região de Coimbra (municípios) e Portugal (Continente), segundo o sexo (%), 2021.	92
Quadro 19. Índice de Vulnerabilidade Energética Municipal [IVEM] nos municípios da Região de Coimbra, 2021.	95
Quadro 20. Mortalidade evitável por causas preveníveis (0 aos 74 anos) - Causas de morte	119
Quadro 21. Mortalidade evitável por causas tratáveis (0 aos 74 anos) - Causas de morte.	121
Quadro 22. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco e álcool – Causas de morte.....	123

Quadro 23. Frações de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, por grupo etário ..124

Quadro 24. Frações de mortalidade atribuível ao consumo de álcool, por grupo etário125

ANEXOS

ANEXO I – Lista de causas de morte

Quadro 20. Mortalidade evitável por causas preveníveis (0 aos 74 anos) - Causas de morte

Causas de morte	ICD-10	Peso ⁽¹⁾
Doenças intestinais	A00-A09	100%
Difteria, tétano, poliomielite	A35, A36, A80	
Tosse convulsa	A37	
Infeção por meningococos	A39	
Sépsis por estreptococo, pneumonia e por <i>haemophilus influenzae</i>	A40.3, A41.3	
Infeção por <i>haemophilus influenzae</i>	A49.2	
Doenças sexualmente transmissíveis, exceto HIV SIDA	A50-A60, A63, A64	
Varicela	B01	
Sarampo	B05	
Rubéola	B06	
Hepatite viral	B15-B19	
HIV e SIDA	B20-B24	
Malária	B50-B54	
Meningite	G00.0, G00.1	
Tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe	C00-C14	
Tumor maligno do esófago	C15	
Tumor maligno do estômago	C16	
Tumor maligno do fígado	C22	
Tumor maligno do pulmão	C33-C34	
Mesotelioma	C45	
Tumor maligno da pele	C43	
Tumor maligno da bexiga	C67	
Anemia por deficiência nutricional	D50-D53	
Gripe	J09-J11	
Pneumonia por estreptococo ou <i>haemophilus influenzae</i>	J13-J14	

Causas de morte	ICD-10	Peso ⁽¹⁾
Doença respiratória crónica	J40-J44	50%
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	
Envenenamento intencional por consumo de drogas	X60-X64	
COVID-19	U70.1-U07.2	
Tuberculose	A15-A19, B90, J65	
Tumor maligno cervical	C53	
Diabetes <i>Mellitus</i>	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 21. 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	
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	

Causas de morte	ICD-10	Peso ⁽¹⁾	
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 22. 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 23. 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/gbd-results/>).

Quadro 24. 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/gbd-results/>)

ANEXO II – Fichas das instalações dos Cuidados de Saúde Primários

Este Anexo corresponde ao documento “Carta das Instalações de Cuidados de Saúde Primários da Região de Coimbra – 2024”.

