

Plano Municipal de Saúde

Penela

mais anos de vida com saúde e qualidade
2026-2030

Volume II

Estratégia Municipal de Saúde



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Plano Municipal de Saúde de Penela 2026-2030. Estratégia Municipal de Saúde de Penela – Volume II

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, Universidade de Coimbra

Miguel Padeiro, Professor Associado e Investigador do CEGOT

Ricardo Almendra, Professor Auxiliar Convidado e Investigador do CEGOT

Bolseiro de Investigação

Caio Safi

Colaboração

Helena Peixoto e Cristina Nunes, ImproveConsult - Consultoria e Estudos, Lda.

PROMOTOR

Comunidade Intermunicipal da Região Metropolitana de Coimbra

Citação

Santana, P., Freitas, Â., Almendra, R.; Padeiro, M. (Coord.) (2026). Plano Municipal de Saúde de Penela 2026-2030. Estratégia Municipal de Saúde de Penela 2026-2030 – Volume II. Coimbra: Universidade de Coimbra. 144p

Coimbra | março 2026

AGRADECIMENTOS

Comunidade Intermunicipal da Região Metropolitana de Coimbra
Unidade Local de Saúde de Coimbra
Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego
Câmara Municipal de Arganil
Câmara Municipal de Cantanhede
Câmara Municipal de Coimbra
Câmara Municipal de Condeixa-a-Nova
Câmara Municipal de Figueira da Foz
Câmara Municipal de Góis
Câmara Municipal de Lousã
Câmara Municipal de Mealhada
Câmara Municipal de Mira
Câmara Municipal de Miranda do Corvo
Câmara Municipal de Montemor-o-Velho
Câmara Municipal de Mortágua
Câmara Municipal de Oliveira do Hospital
Câmara Municipal de Pampilhosa da Serra
Câmara Municipal de Penacova
Câmara Municipal de Penela
Câmara Municipal de Soure
Câmara Municipal de Tábua
Câmara Municipal de Vila Nova de Poiares

Um agradecimento especial a todos(as) os(as) participantes no **Workshop de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Municipal: Identificação de Necessidades e Soluções**, realizado no dia 3 de junho de 2025: Ana Luísa Sousa (Figueira da Foz), Ana Rodrigues (Câmara Municipal de Oliveira do Hospital), Ana Paula Bastos (Câmara Municipal de Cantanhede), Ana Paula Duarte (Câmara Municipal de Tábua), Alexandra Pimentel (Câmara Municipal de Góis), Anabela Ventura (Câmara Municipal de Penela), António Oliveira (Câmara Municipal de Tábua), Brigitte Capelo (Câmara Municipal de Mira), Carlos Batista (Câmara Municipal da Lousã), Catarina Guedes (Câmara Municipal de Penacova), Célia Nunes (Câmara Municipal de Pampilhosa da Serra), Célia Simões (Câmara Municipal de Cantanhede), Cláudia Rosa Pires (Câmara Municipal de Mealhada), Cristina Marta (Câmara Municipal de Soure), Edite Simões (Câmara Municipal de Penela), Gil Soares (Câmara Municipal de Soure), Henriqueta Oliveira (Câmara Municipal de Lousã), Liliana Temprilho (Câmara Municipal de Góis), Luísa Camilo (Câmara Municipal de Miranda do Corvo), Madalena Santos (Câmara Municipal de Mira), Maria da Luz Pedroso (Câmara Municipal de Vila Nova de Poiares), Paula Dinis (Câmara Municipal de Arganil), Pedro Machado (Câmara Municipal de Oliveira do Hospital), Rita Fernandes (Câmara Municipal de Mealhada), Sandra Lopes (Câmara Municipal de Figueira da Foz), Sónia Costa (Câmara Municipal de Vila Nova de Poiares), Susana Marcelino (Câmara Municipal de Coimbra), Vasco Cavaleiro (Câmara Municipal de Montemor-o-Velho).

SIGLAS E ACRÓNIMO

A – Ação

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

CIM - Comunidade Intermunicipal

CIM-RMC - Comunidade Intermunicipal da Região Metropolitana de Coimbra

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EMS - Estratégia Municipal de Saúde

ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ESS - Estratégia Supramunicipal de Saúde

EU4Health - Programa da União Europeia para a Saúde

LA - Linha de Ação Estratégica

PLS - Plano Local de Saúde

PNPOT - Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território

PNCT - Programa Nacional para a Coesão Territorial

PNS - Plano Nacional de Saúde

PROT - Programa Regional de Ordenamento do Território

PRR - Plano de Recuperação e Resiliência

PRS - Plano Regional de Saúde

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE - Objetivo Estratégico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RIS3 - Estratégia Regional de Especialização Inteligente

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RPMS - Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TICE - Tecnologias de Informação, Comunicação e Eletrónica

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

ULS - Unidade Local de Saúde

UE - União Europeia

MENSAGENS

Câmara Municipal de Penela

A saúde não começa no hospital. Começa onde as pessoas vivem. Começa na qualidade das nossas casas, na forma como nos deslocamos, no acesso aos serviços, na proximidade das respostas e na capacidade de cuidarmos uns dos outros.

É por isso que este Plano Municipal de Saúde não é apenas um documento técnico. É uma responsabilidade política e um compromisso com a vida das pessoas.

Penela é um território com forte identidade, que enfrenta um conjunto de desafios exigentes. Somos um concelho marcado pelo envelhecimento da população, pela elevada dispersão geográfica e por desigualdades que não podemos ignorar. Sabemos que há quem tenha mais dificuldade no acesso a cuidados, quem viva mais isolado, quem precise de respostas mais próximas e mais humanizadas.

Este plano nasce dessa consciência e da avaliação rigorosa efetuada. Assenta num trabalho técnico rigoroso, desenvolvido em articulação com entidades de referência, como a Universidade de Coimbra, mas parte, acima de tudo, da realidade concreta do nosso território. É um plano pensado para Penela, para as nossas freguesias, para os nossos munícipes.

Neste plano foram definidas prioridades claras: reforçar a prevenção, aproximar os cuidados de saúde das pessoas, investir na saúde comunitária, combater desigualdades e criar condições para um envelhecimento mais digno, mais ativo e com mais qualidade de vida. Mas garantir que estas prioridades se concretizam é o verdadeiro desafio. Este

plano é, por isso, um instrumento de ação. Um guia para decisões, investimentos e políticas públicas com impacto real na vida das pessoas. Um compromisso com respostas mais eficazes, mais justas e mais próximas de quem precisa.

Sabemos que a saúde não depende apenas do setor da saúde. Depende das políticas de habitação, mobilidade, ambiente, educação e coesão social. Depende da forma como olhamos para o território como um todo. É essa visão integrada que orienta este trabalho. E depende também de algo essencial, isto é, da capacidade de trabalharmos em conjunto. Este é um plano do Município, mas não é apenas do Município. Convoca todos: instituições, profissionais, associações e cidadãos. Porque só com essa mobilização coletiva conseguiremos responder aos desafios que temos pela frente.

Em Penela, queremos garantir maior longevidade, com mais saúde, dignidade e autonomia. E cuidar das pessoas, de todas as pessoas, é a forma mais séria e mais exigente de construir um território onde vale a pena viver.

Eduardo Nogueira dos Santos

Presidente da Câmara Municipal de Penela

Região Metropolitana de Coimbra

A Região Metropolitana de Coimbra assume, com a aprovação do Plano Supramunicipal de Saúde da Região Metropolitana de Coimbra 2026–2030, um compromisso claro com o futuro coletivo do nosso território. Este Plano representa muito mais do que um documento estratégico. É a expressão de uma visão partilhada entre os 19 Municípios da Região, as Unidades Locais de Saúde de Coimbra e do Baixo Mondego, a Universidade de Coimbra e múltiplos parceiros institucionais, sociais e comunitários. É o resultado de um processo rigoroso, participado e ancorado em evidência científica, que transforma o diagnóstico aprofundado da realidade regional numa estratégia concreta de ação para os próximos 5 anos.

Enquanto estrutura de coordenação intermunicipal, a Região Metropolitana de Coimbra reconhece que a saúde é um direito fundamental e um pilar essencial da coesão territorial. Num território marcado por contrastes demográficos, por elevados índices de envelhecimento, por desigualdades socioeconómicas persistentes e por riscos ambientais cada vez mais intensos, a resposta não pode ser fragmentada. Exige articulação, liderança partilhada e compromisso político ao mais alto nível.

Este Plano Supramunicipal afirma, de forma inequívoca, que a saúde se constrói em todas as políticas: no ordenamento do território, na habitação, na mobilidade, na ação social, na educação, no ambiente e na cultura. Os Municípios são atores determinantes na modelação dos contextos de vida das populações, influenciando diretamente os determinantes sociais da saúde. A Região Metropolitana de Coimbra, enquanto plataforma de convergência estratégica, assume a responsabilidade de reforçar essa articulação, promovendo respostas integradas que não deixem nenhum município, nenhuma comunidade e nenhuma pessoa para trás.

A Estratégia agora consolidada estrutura-se em torno de três eixos fundamentais – prevenção e promoção da saúde, cuidado e reabilitação, e governança e participação – que traduzem uma ambição clara: aumentar os anos de vida com saúde, reduzir desigualdades evitáveis e fortalecer a proximidade das respostas. A aposta na literacia em saúde, na integração de cuidados, na inovação digital, na mobilidade sustentável, na reabilitação habitacional e na adaptação às alterações climáticas demonstra que estamos perante um plano transversal, alinhado com os grandes referenciais nacionais e europeus, mas profundamente enraizado na realidade concreta da Região.

Enquanto Secretário Executivo Intermunicipal da Região Metropolitana de Coimbra, quero sublinhar que o verdadeiro desafio começa agora: a implementação. O sucesso deste Plano dependerá da capacidade de mobilizar recursos, de assegurar financiamento adequado, de consolidar parcerias e de manter uma monitorização exigente e transparente dos resultados.

A Região Metropolitana de Coimbra estará, como sempre, na linha da frente dessa coordenação, promovendo uma governação em rede, baseada na confiança institucional e na responsabilização partilhada. A Região Metropolitana de Coimbra tem tradição de conhecimento, inovação e solidariedade. Com este Plano Supramunicipal de Saúde, reforçamos essa identidade, afirmando-nos como um território que planeia, que coopera e que coloca a qualidade de vida das suas populações no centro das decisões públicas. A saúde é um investimento no futuro coletivo. Este Plano é o nosso compromisso com uma Região mais justa, mais coesa, mais resiliente e mais saudável.

Jorge Brito

Secretário Executivo Intermunicipal da Região Metropolitana de Coimbra

Unidade Local de Saúde de Coimbra

A Unidade Local de Saúde de Coimbra reconhece neste Plano Supramunicipal¹ um instrumento essencial para concretizar uma verdadeira integração de cuidados, centrada nas pessoas e na continuidade assistencial entre respostas primárias, hospitalares e comunitárias.

Em alinhamento com o seu compromisso institucional, este plano ajuda a apostar numa atuação em proximidade, preventiva e baseada em percursos claros, apoiada na inovação, na investigação e em soluções digitais que simplifiquem processos e melhorem o acesso. Através da cooperação com a Comunidade Intermunicipal da Região Metropolitana de Coimbra, a academia e os profissionais de saúde, este esforço conjunto reforça um SNS mais integrado, eficiente e humano, sempre orientado por um princípio maior: servir as pessoas e a comunidade.

Francisco Maio Matos

Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Coimbra

Universidade de Coimbra

A Estratégia Municipal de Saúde de Penela (EMS-Penela) foi desenvolvida ao longo dos anos de 2024 e 2025, assumindo como desígnio central a promoção da equidade em saúde. Nesse percurso, foram identificados territórios onde persistem desigualdades evitáveis e injustas no estado de saúde da população e nos seus determinantes. Promover a equidade em saúde significa intervir, de forma deliberada, na redução ou eliminação dessas desigualdades com o compromisso de *Não deixar ninguém nem nenhum lugar para trás*.

O Perfil Municipal de Saúde de Penela, concluído em 2025 e que corresponde à primeira etapa da EMS-Penela, permitiu caracterizar o estado de saúde da população residente – que saúde tem, de que doenças sofre, de que causas morre – bem como das condições dos territórios de residência que influenciam a saúde e o bem-estar, incluindo as condições de vida e o acesso aos recursos. A segunda etapa, materializada no Plano Municipal de Saúde de Penela 2026-2030, possibilitou identificar e priorizar problemas e necessidades em saúde, definir eixos estratégicos, linhas de ação e medidas concretas, assim como estruturar um plano de ação, de comunicação e de participação.

A identificação de situações críticas no município, e respetivas freguesias, baseou-se numa análise comparativa de desempenhos em diferentes dimensões e indicadores, tendo como referência enquadramentos regionais e nacionais. Essa análise evidencia disparidades intraconcelhias

¹ A mensagem do Presidente da ULS Coimbra é relativa à Estratégia Supramunicipal da CIM-RMC, com a qual Estratégia Municipal de Saúde de Penela se articula.

relevantes, algumas particularmente preocupantes em contextos demográficos fragilizados pelo envelhecimento e por baixos níveis de literacia.

O Plano Municipal de Saúde de Penela 2026-2030, que agora concluímos, tem como foco o Envelhecimento Saudável e estrutura-se em torno de três grandes eixos estratégicos: prevenção e promoção da saúde, cuidado e na reabilitação, e governança, liderança e participação.

A EMS-Penela abre, assim, um caminho de maior coerência entre políticas locais e regionais, incluindo a articulação com a Estratégia Supramunicipal de Saúde da Região Metropolitana de Coimbra, reforçando a capacidade de (re)construir Penela como um município mais saudável, inovador, inclusivo e resiliente.

Este Plano pretende igualmente afirmar-se como um instrumento de transparência e de diálogo com a comunidade. Tornar visíveis problemas, prioridades e opções de ação é parte de uma governação em saúde mais aberta, que convida à participação informada dos cidadãos e valoriza o conhecimento que emerge do território. A saúde do concelho constrói-se com as pessoas.

No momento em que escrevo estas linhas, o município de Penela continua a ser fustigado violentamente pelas sucessivas tempestades, com efeitos económicos significativos, mas sobretudo com consequências humanas, traduzidas em sofrimento acrescido, com potenciais repercussões presentes e futuras na saúde mental. Estes acontecimentos reforçam a importância da prevenção de riscos e desastres através do planeamento. Enquanto cientistas sociais, os autores da EMS-Penela reconhecem que a

saúde atravessa todas as políticas públicas – da segurança social à educação, da habitação ao ambiente e ao ordenamento do território – e que o planeamento estratégico constitui uma responsabilidade ética, que exige articulação entre entidades locais e regionais em prol do bem comum.

Planear é, por isso, mais do que uma opção, um dever coletivo.

Paula Santana

[Coordenadora científica da Estratégia Municipal de Saúde de Penela | Investigadora no Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Coimbra](#)

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA	3	7.1	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	101
AGRADECIMENTOS	5	8	PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	119
SIGLAS E ACRÓNIMO.....	7	8.1	METAS E INDICADORES	120
MENSAGENS	9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139	
SUMÁRIO EXECUTIVO	15	ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	143	
1 INTRODUÇÃO	19	ÍNDICE DE FIGURAS	143	
1.1 O PAPEL DOS MUNICÍPIOS NA SAÚDE	19	ÍNDICE DE QUADROS	143	
1.2 A ESTRATÉGIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PENELA.....	23	ANEXO.....	145	
2 ENQUADRAMENTO DE REFERÊNCIA.....	24	MATRIZ DE INDICADORES DO MUNICÍPIO DE PENELA.....	147	
2.1 TENDÊNCIAS GLOBAIS	24			
2.2 INSTRUMENTOS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA	26			
3 METODOLOGIA.....	45			
3.1 PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E CICLO DE IMPLEMENTAÇÃO	45			
4 ESTRATÉGIA.....	51			
4.1 MISSÃO	51			
4.2 VISÃO.....	52			
4.3 VALORES	55			
5 ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO	58			
5.1 SÍNTESE DOS PROBLEMAS E SITUAÇÕES CRÍTICAS POR ÁREA DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	61			
6 EIXOS, OBJETIVOS E LINHAS DE AÇÃO ESTRATÉGICA.....	69			
6.1 EIXO 1. PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	71			
6.2 EIXO 2. CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS	82			
6.3 EIXO 3. GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO	90			
6.4 ESTRATÉGIAS EM CURSO E SINERGIAS	94			
7 PLANO DE AÇÃO 2026-2030	101			

SUMÁRIO EXECUTIVO

O **Plano Municipal de Saúde de Penela 2026-2030** constitui o segundo volume da Estratégia Municipal de Saúde e representa o momento em que o trabalho de diagnóstico, desenvolvido no Perfil Municipal concluído em 2025, se transforma em estratégia de intervenção, orientando prioridades, objetivos e ações concretas a implementar no período de 2026 a 2030.

O documento resulta de um processo colaborativo, científico e técnico, coordenado pela Equipa de Investigação em Geografia da Saúde do CEGOT – Universidade de Coimbra, em articulação com a Comunidade Intermunicipal da Região Metropolitana de Coimbra, os municípios que a integram, as Unidades Locais de Saúde de Coimbra e do Baixo Mondego e outros atores regionais e nacionais com responsabilidades diretas ou indiretas na promoção da saúde. Este processo inscreve-se no quadro da descentralização de competências, reforçada pelos Decretos-Lei n.º 23/2019 e 84-E/2022, que atribuem às autarquias e às comunidades intermunicipais um papel central no planeamento estratégico em saúde. A elaboração da estratégia assenta na convicção de que a saúde é simultaneamente um direito humano fundamental e um bem coletivo, só realizável quando os diferentes níveis de governação e setores de política se articulam para reduzir desigualdades e criar condições favoráveis a mais anos de vida com saúde e qualidade.

O plano parte do reconhecimento de que os municípios têm uma influência decisiva na saúde da população, não apenas pela sua capacidade de oferecer serviços diretos, mas sobretudo porque moldam determinantes fundamentais como o acesso à habitação adequada, a qualidade do planeamento urbano, a existência de transportes públicos acessíveis, a presença de espaços verdes e de lazer, a oferta cultural, educativa e social,

ou as condições de envelhecimento e de trabalho. A ação municipal é determinante na criação de contextos que favorecem ou dificultam estilos de vida saudáveis, e constitui por isso uma dimensão essencial na construção de políticas de saúde. Esta centralidade do nível local foi reforçada pelo **processo de transferência de competências** iniciado após 1974 e, mais recentemente, pela legislação que atribui às autarquias responsabilidades acrescidas em domínios diretamente ligados à promoção da saúde e da equidade. Ao mesmo tempo, a evolução das políticas públicas de saúde em Portugal, que abandonaram progressivamente uma visão hospitalocêntrica e curativa para adotar um modelo integrador e centrado na promoção da saúde, confirma a importância das **autarquias como atores-chave** da governação territorial da saúde.

O **enquadramento global do plano** revela-se particularmente exigente. O **envelhecimento populacional**, com o aumento significativo da esperança média de vida e a **pressão acrescida das doenças crónicas** e da **dependência**, constitui um desafio transversal que afeta profundamente os municípios da Região Metropolitana de Coimbra, onde os índices de envelhecimento ultrapassam largamente a média nacional. A urbanização crescente contrasta com o **despovoamento de áreas de baixa densidade**, sobretudo no interior, e cria desigualdades territoriais que se traduzem em **acessos diferenciados a cuidados de saúde, equipamentos sociais e serviços de proximidade**. As **alterações climáticas**, com a ocorrência mais frequente de ondas de calor, inundações ou incêndios florestais, agravam riscos ambientais e repercutem-se diretamente na morbilidade e mortalidade. A poluição atmosférica e sonora, a degradação dos

ecossistemas e a perda de biodiversidade somam-se a estes fatores geradores de maior vulnerabilidade de populações já expostas a condições socioeconómicas desfavoráveis. Simultaneamente, as **crises económicas e energéticas**, a inflação e o aumento dos custos da habitação comprometem a capacidade das famílias para assegurar condições de vida dignas, amplificando desigualdades em saúde. A **transformação digital** e a **inovação biomédica**, embora representem oportunidades para ampliar o acesso e a qualidade dos cuidados, exigem investimentos consistentes e políticas de equidade que evitem novas formas de exclusão. A par destas tendências, o envelhecimento da classe média, a feminização crescente das profissões de saúde e a procura de equilíbrios diferentes entre vida pessoal e profissional por parte das gerações mais jovens de profissionais colocam pressão acrescida sobre os sistemas locais e nacionais de saúde.

Neste contexto, o plano articula-se com um vasto conjunto de **referenciais estratégicos de âmbito europeu, nacional e regional**. A nível europeu, destacam-se o programa EU4Health, o Espaço Europeu de Dados de Saúde, a Estratégia Global de Saúde da União Europeia e o Mecanismo de Recuperação e Resiliência. A nível nacional, sobressaem o **Plano Nacional de Saúde 2030**, que fixa como grandes desígnios a redução da mortalidade prematura, o aumento da esperança de vida saudável e a diminuição dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, e ainda programas específicos de prevenção e promoção da saúde, como os da alimentação saudável, atividade física, diabetes, saúde mental, doenças respiratórias e doenças oncológicas. A **Estratégia Portugal 2030**, o **Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território** e o **Plano de Recuperação e Resiliência** (PRR) constituem igualmente referenciais centrais, ao integrarem a saúde nas agendas da coesão territorial, da sustentabilidade e da transição climática e digital. A nível regional, o **Plano Local de Saúde da ULS de Coimbra** fornece o enquadramento imediato

para a integração de medidas supramunicipais, reforçando a articulação entre cuidados primários, hospitalares e comunitários.

A missão da Estratégia Municipal de Saúde de Penela é promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida da população, reduzindo desigualdades evitáveis e injustas através de uma abordagem territorial, integrada e participativa. A **visão para 2030** projeta um **território mais coeso, justo e sustentável, capaz de assegurar mais anos de vida com saúde a todos os cidadãos e cidadãs**. Estes princípios encontram expressão em valores estruturantes: a centralidade do território como determinante de saúde; a necessidade de respostas adaptadas a todas as etapas do ciclo de vida; a defesa de uma saúde para todos e todas, assente no princípio da equidade; a promoção da participação ativa das comunidades; a integração da saúde em todas as políticas; e a valorização da sustentabilidade social, económica e ambiental.

Com base no diagnóstico realizado, o plano identifica **sete áreas prioritárias** que sintetizam os **principais desafios do município**: as doenças crónicas e os comportamentos de risco que lhes estão associados; os défices na cobertura e qualidade dos cuidados de proximidade; as vulnerabilidades sociais e económicas que condicionam o acesso a bens e serviços essenciais; a baixa literacia em saúde; as carências habitacionais que afetam o conforto térmico e a qualidade de vida; os padrões de mobilidade fortemente dependentes do automóvel e com fraca utilização de modos ativos; e os riscos ambientais agravados pelas alterações climáticas e pela poluição. Estas áreas, estruturadas numa **leitura integrada dos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde**, orientam as prioridades de intervenção para o período de 2026 a 2030.

A Estratégia organiza-se em **três grandes eixos estratégicos**. O primeiro, dedicado à **prevenção e promoção**, visa reforçar políticas e programas que

incentivem estilos de vida saudáveis, combatam fatores de risco e previnam doenças crónicas. O segundo, centrado no **cuidado e na reabilitação**, propõe o reforço da rede de cuidados de proximidade, a integração dos cuidados primários, hospitalares e continuados, a melhoria dos percursos de saúde e a valorização da reabilitação e dos cuidados paliativos. O terceiro, dirigido à **governança, liderança e participação**, procura fortalecer a coordenação intra e intermunicipal, a articulação com a respetiva ULS e as instituições locais, e promover a participação cidadã como elemento fundamental da governação em saúde.

Estes eixos desdobram-se em **objetivos e linhas de ação concretas**, traduzidas em medidas operacionais a desenvolver entre 2026 e 2030. Entre as propostas mais relevantes encontram-se a criação de programas comunitários de prevenção em escolas e freguesias, o reforço das equipas de saúde comunitária e domiciliária, a implementação de soluções de telemedicina e monitorização remota de doentes crónicos, a expansão da hospitalização domiciliária e dos cuidados paliativos, a criação de unidades móveis de saúde para territórios isolados, a promoção de projetos de reabilitação habitacional com impacto direto na saúde, o desenvolvimento de planos intermunicipais de mobilidade sustentável e a implementação de medidas de adaptação climática com impacto positivo na saúde pública. O financiamento destas ações deverá mobilizar recursos municipais, nacionais e europeus, incluindo o PRR, os fundos estruturais e os programas específicos da União Europeia no domínio da saúde.

A **monitorização e avaliação assumem um papel estruturante**. O plano prevê a utilização de uma matriz de indicadores, organizada por eixo, objetivo e ação, permitindo **acompanhar a execução, medir resultados e avaliar impactos**. A definição de **metas de implementação e de impacto** assegura que a estratégia se mantém orientada para a obtenção de ganhos efetivos em saúde e para a redução das desigualdades territoriais. A

avaliação contínua, baseada em evidência científica e em participação alargada, garante a capacidade de ajustar medidas, de reforçar áreas críticas e de consolidar práticas bem-sucedidas.

O Plano Municipal de Saúde de Penela 2026-2030 representa, deste modo, um marco na **governança territorial da saúde** em Portugal. Num território marcado pelo envelhecimento demográfico, por desigualdades persistentes e por pressões ambientais significativas, o plano oferece uma resposta estruturada e integrada, orientada por **princípios de equidade, coesão territorial, sustentabilidade e participação**. O sucesso da sua implementação dependerá da **capacidade de mobilizar recursos**, alinhar políticas e garantir a **cooperação entre municípios, CIM-RMC, ULS, organizações sociais e a própria comunidade**. Ao afirmar a equidade em saúde como princípio orientador e ao assumir o objetivo de garantir mais anos de vida com saúde e qualidade, o município de Penela aposta na construção de uma saúde justa, sustentável e inclusiva, traduzindo em prática o desígnio de não deixar ninguém, nem nenhum lugar, para trás.

1 INTRODUÇÃO

O presente documento, intitulado “**Plano Municipal de Saúde de Penela, 2026-2030**”, constitui o segundo volume da Estratégia Municipal de Saúde de Penela e visa a definição do quadro estratégico da intervenção no domínio da saúde e da equidade em saúde no município, integrante da Comunidade Intermunicipal da Região Metropolitana de Coimbra (CIM Região Metropolitana de Coimbra).

A elaboração do Plano foi antecedida e informada pelo “Perfil Municipal de Saúde de Penela - 2024”, que corresponde ao primeiro volume da Estratégia (concluído em junho de 2025).

1.1 O papel dos municípios na saúde

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

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. São diversos os **domínios de intervenção municipal com influência na saúde** da comunidade (Figura 1).



Figura 1. Domínios de intervenção dos municípios com influência na saúde da população.

Fonte: Equipa de Investigação.

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.

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.

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS)² defendeu que 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 geográficas³.

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 geral⁴.

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 2).

² 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

³ 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.

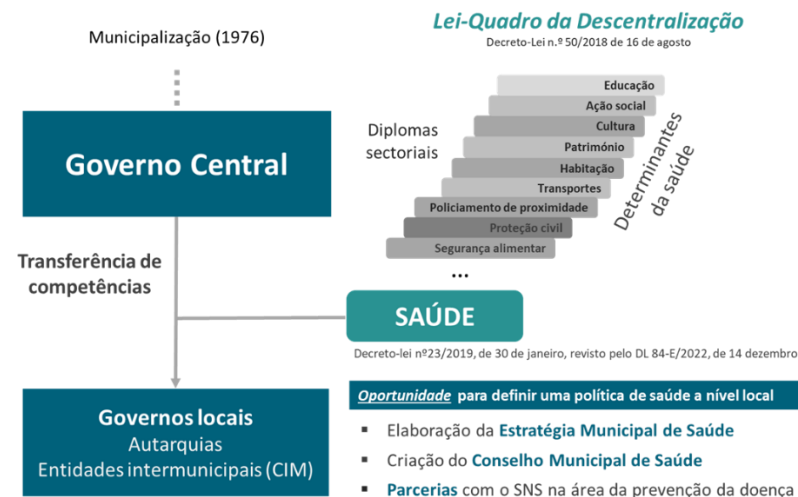


Figura 2. Quadro de transferência de competências para o município.

Fonte: Equipa de Investigação.

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/a cidadão/ã**, nas suas necessidades e expectativas. 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,**

<<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346430/WHO-EURO-2019-3644-43403-60942-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

⁴ 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>>.

trabalha e envelhece. 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.

O dever dos municípios de **promover contextos favoráveis à saúde** ganha particular expressão neste paradigma, através da criação de **condições que facilitem a adoção de estilos de vida mais saudáveis** e que incluam as necessidades sentidas pelos/as cidadãos/ãs.

Os contextos são formados 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 saúde⁵.

*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.*⁶

⁵ Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar*, 1ª Edição, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

⁶ Santana, P. (Coordenação) (2007). *A Cidade e a Saúde*. Coimbra: Edições Almedina SA.

⁷ 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>>.

Assumem-se como essenciais as seguintes abordagens: (i) Visão Integrada, (ii) Base Geográfica, (iii) Saúde em Todas as Políticas e (iv) Planeamento Colaborativo⁷ (**Figura 3**).

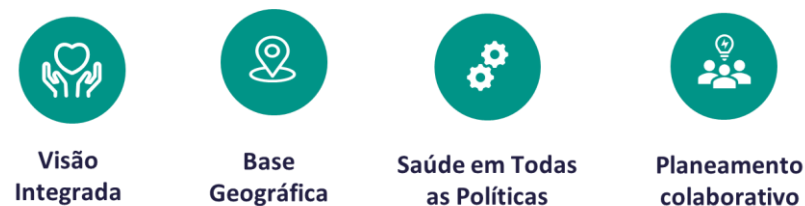


Figura 3. Abordagem de avaliação da saúde da população nas Estratégias Municipais de Saúde.

Fonte: Equipa de Investigação.

A **equidade em saúde** é um dos temas que, nas últimas décadas, mais tem preocupado os investigadores e decisores na área da saúde, sendo prioridade na agenda política internacional⁸.

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^{9,10}. Promover a equidade em saúde representa intervir na redução ou

⁸ 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>>

⁹ 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>>

¹⁰ 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>>.

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 1986¹¹, que a justiça social e a equidade são pré-requisitos para se obterem ganhos efetivos na saúde da população. A abordagem integrada dos determinantes da saúde é crucial em saúde pública (**Figura 4**).

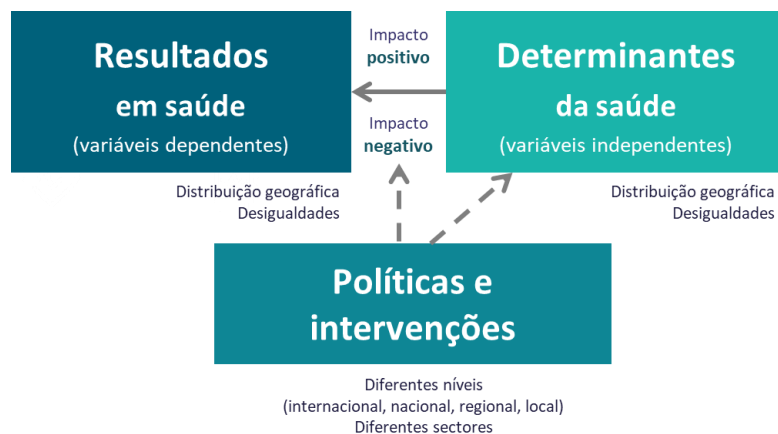


Figura 4. A Abordagem Integrada da Saúde da População.

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

¹¹ 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.

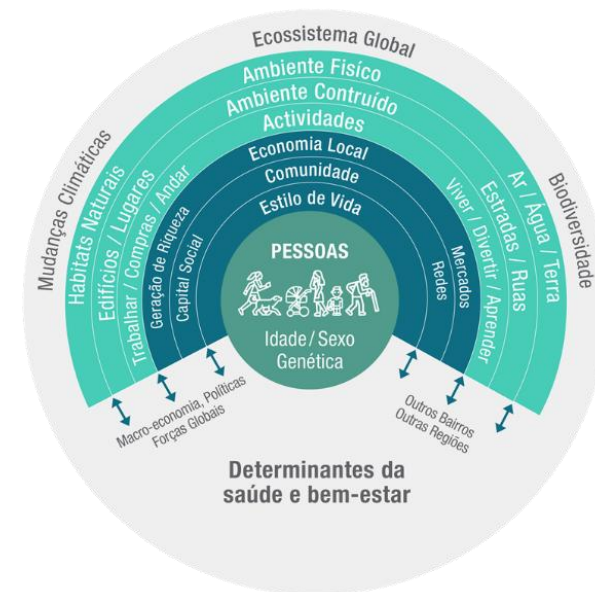


Figura 5. A Abordagem Multidimensional dos Determinantes da Saúde e Bem-Estar. Fonte: Adaptado e traduzido de Dahlgren & Whitehead (1991)¹², e Barton & Grant (2006)¹³.

De acordo com esta abordagem integrada e geográfica da saúde (**Figura 5**), a **análise dos determinantes da saúde** suporta e reforça a conceção de

¹² 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.

¹³ 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>>.

políticas e medidas que, ao incidirem sobre essas condições, atuam a montante da doença (resultados em saúde)¹⁴.

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.

1.2 A Estratégia Municipal de Saúde de Penela

A Estratégia Municipal de Saúde de Penela (EMS-Penela) 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. Este instrumento tem como objetivo geral **promover a saúde das populações 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).

A EMS-Penela, nos seus objetivos específicos, visa definir os **eixos estratégicos** e as respetivas **ações e medidas de intervenção**, tendo por base uma abordagem intersectorial e a otimização dos recursos existentes com impactos positivos na saúde.

1.2.1 Enquadramento legal

A elaboração da EMS-Penela 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 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>>.

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 os diplomas referidos, a EMS-Penela 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”.

A EMS-Penela foi desenvolvida em **articulação direta** com a **Câmara Municipal**, a **Comunidade Intermunicipal** (CIM) da Região Metropolitana de Coimbra (Secretariado Executivo e Conselho Intermunicipal), bem como com a **Unidade Local de Saúde de Coimbra**¹⁵.

Na elaboração da EMS-Penela foi, 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 estratégicos.

Foram, suplementarmente, considerados outros instrumentos de outros sectores, nomeadamente do planeamento urbano, ambiente, transportes, economia, desenvolvimento social e educação, pelos óbvios impactos que estes têm na promoção da saúde, quer ao nível regional (PROT Centro) quer ao nível municipal.

¹⁵ 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.

2 ENQUADRAMENTO DE REFERÊNCIA

2.1 Tendências globais

A EMS-Penela desenvolve-se num contexto caraterizado por inúmeros **desafios** associados à **demografia**, à **saúde pública**, ao **ambiente e clima**, à **tecnologia**, à **economia**, entre outros.

Estes desafios são globais e produzem impactos na saúde e bem-estar da população, gerando tendências, com horizontes temporais potencialmente alargados, que necessitam de respostas políticas intersectoriais e adaptadas às realidades locais. Esta **dimensão sistémica e global**, e a reflexão sobre a **complexidade e interligação de fatores** que influenciam a saúde a nível global e local, deve ser considerada e integrada no processo de planeamento em saúde.

O **Quadro 1** apresenta uma breve sistematização das **macrotendências a nível global** que têm implicações na saúde da população e na prestação de cuidados de saúde.

	Tendências	Implicações/Impactos na saúde
Demográficas	1. Aumento da esperança média de vida e envelhecimento da população (pelo topo) 2. Aumento da população a viver em áreas urbanas 3. Declínio demográfico nas áreas rurais de baixa densidade 4. Aumento do trabalho sedentário (e.g., teletrabalho) e outras práticas associadas ao sedentarismo 5. Crescimento dos movimentos migratórios	• Aumento da prevalência de doenças crónicas (e.g., obesidade, diabetes, cancro, hipertensão arterial, depressão) • Aumento da doença de Alzheimer e outras demências • Aumento da carga global de doença e incapacidade (DALYs) • Amplificação das desigualdades geográficas no acesso e prestação de cuidados de saúde (áreas urbanas vs. áreas rurais) • Aumento da despesa pública em saúde • Sobrecarga dos sistemas social e de saúde e consequente adaptação da prestação de cuidados ao envelhecimento da população • Novos modelos de prestação de cuidados (e.g., cuidados domiciliários, telemedicina)
Ambientais	6. Mudanças climáticas e aumento de eventos climáticos extremos (e.g., inundações, incêndios florestais, secas, ondas de frio e de calor) 7. Poluição atmosférica e sonora (apesar dos progressos alcançados na redução das emissões de gases com efeito estufa) 8. Degradação dos ecossistemas e perda da biodiversidade 9. Aumento de zoonoses e surtos alimentares	• Aumento da prevalência de doenças crónicas (e.g., obesidade, diabetes, cancro, doença isquémica, hipertensão arterial, asma, depressão e outras transtornos mentais e causas de morte) • Aumento da disseminação de doenças infecciosas, incluindo as transmitidas através a picada dos mosquitos infetados (e.g., dengue, febre do Zika e a chikungunya) • Surgimento de pandemias (e.g., COVID-19) com a consequente sobrecarga e pressão no sistema de saúde (e.g., mobilização de profissionais e cancelamento de rastreios, consultas e atividade assistencial nos cuidados preventivos e hospitalares)

Quadro 1. Tendências globais com impacto na saúde da população.

	Tendências	Implicações/Impactos na saúde
Socioeconómicas	10. Aumento das desigualdades socioeconómicas (e.g. o aumento contínuo dos preços da habitação e o consequente impacto no orçamento familiar; os processos de precarização de emprego; as deficiências ao nível das condições térmicas dos edifícios) 11. Crises económicas e financeiras e agravamento das condições de vida (e.g., aumento dos custos de energia, combustíveis, inflação)	• Amplificação das desigualdades socioeconómicas em saúde • Aumento da prevalência de depressão e transtornos mentais
	12. Instabilidade política e social em vários pontos do globo (e.g., conflitos no Médio Oriente, África e Ásia) e consequentes fluxos migratórios 13. Guerra na Ucrânia	• Aumento da prevalência de depressão e transtornos mentais • Risco de insegurança alimentar (crise alimentar devido à disrupção nas cadeias de abastecimento)
Culturais	14. Mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida (e.g., aumento do consumo de alimentos cuja produção ou processamento favorecem dietas não saudáveis) 15. Aumento da preocupação com o bem-estar mental e físico, numa dimensão mais holística 15.1 Cultura da beleza e do corpo perfeito (padrões amplificados pelas redes sociais)	• Aumento da prevalência de doenças crónicas (e.g., obesidade, diabetes, cancro, hipertensão arterial) • Maior foco na prevenção da doença, acompanhamento personalizado e monitorização individual da saúde • Aumento da prevalência de depressão e transtornos mentais

	Tendências	Implicações/Impactos na saúde
Tecnológicas	16. Disseminação de tecnologias para conectividade de todas as informações do indivíduo (e.g., aplicações móveis de saúde, bem-estar e atividade física como pulseiras de fitness, smartwatches) 17. Transformação digital no sector da saúde (e.g., inovações tecnológicas, Inteligência Artificial, Big Data, Robótica)	• Digitalização da medicina (e.g., telemedicina) • Aumento da eficácia na prestação de serviços de saúde • Aumento da equidade no acesso aos cuidados médicos (e.g., em áreas rurais e periféricas)
	18. Reforço dos processos de inovação e translação de conhecimento em saúde (e.g., articulação entre universidades, prestadores de cuidados de saúde, empresas) 19. Maior envolvimento e participação das autarquias na saúde da comunidade e das populações 20. Maior envolvimento dos cidadãos/utentes nos processos de decisão	• Melhoria dos processos médico-cirúrgicos • A saúde das populações passa a ser, também, da responsabilidade das autarquias • Mudança no sistema de cuidados de saúde centrando-o no cidadão e na cidadã

	Tendências	Implicações/Impactos na saúde
Demografia médica	21. Crescente envelhecimento da classe médica e potencial diminuição no número de profissionais de saúde (e.g., médicos/as de família, enfermeiros/as) 22. Aumento da taxa de feminização dos profissionais de saúde 23. Os profissionais mais novos dão preferência a horários mais reduzidos, que compatibilizem a profissão com a vida familiar	• Agravamento das condições de acesso aos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados • Aumento dos tempos de espera para marcação de consultas hospitalares e intervenções cirúrgicas • Falta de médicos para assegurar as equipas nos serviços de urgências

Fonte: Universidade de Coimbra (2022). *Diagnóstico Estratégico, Opções Estratégicas de Base Territorial e Contributo para o Modelo Territorial – Relatório Final Subárea Saúde* (Coordenação: Paula Santana). PROT Centro.

2.2 Instrumentos de orientação estratégica

A intervenção no domínio da saúde em Portugal, nomeadamente no que se refere às áreas de interface com a intervenção municipal em saúde, desenvolve-se, ainda, num contexto de articulação com diversos instrumentos e orientações estratégicas no domínio da saúde e dos seus determinantes, de âmbito nacional e internacional.

Existem **orientações de âmbito europeu, nacional e regional** (e.g., políticas, regulamentos, diretivas, outros documentos estratégicos) que **podem influenciar a saúde**, positiva ou negativamente - reforçando ou condicionando, as opções estratégicas propostas para a promoção da saúde no território da Região Metropolitana de Coimbra.

O **Quadro 2** apresenta uma listagem, não exaustiva, dos **principais referenciais de âmbito europeu, nacional e regional**, plasmados em programas, diretivas, planos e orientações estratégicas na área da saúde e áreas relacionadas com os seus determinantes.

Da análise dos documentos listados sobressaem os seguintes aspetos que se relacionam com as temáticas estratégicas definidas para a Região Centro (onde se insere o município de Penela), na área da saúde:

- A **redução das iniquidades em saúde** é reconhecida e apontada na maioria dos documentos analisados, direta ou indiretamente, como orientações estratégicas de ação **para a promoção da saúde e desenvolvimento dos territórios**. Reduzir desigualdades injustas, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde, a medicamentos e a tecnologias de saúde, é uma prioridade. Neste âmbito, destacam-se como domínios de ação estratégica e de investimento o **“Reforço dos Cuidados de Saúde Primários”** (e.g., PRR; PNPOT; Plano Nacional de Saúde), a **“Inovação em saúde”** (e.g., Estratégia Regional de Especialização Inteligente do Centro).
- O **envelhecimento ativo e saudável** é também destacado como **referência estratégica na área da promoção da saúde e prevenção da doença**. Neste âmbito, a criação de condições que contribuam para a **adoção de estilos de vida saudáveis** (e.g., atividade física, dieta alimentar), e, consequentemente, para a **diminuição das doenças crónicas** (e.g., diabetes), surgem como um desígnio orientador de investimentos, tanto a nível europeu como nacional (e.g., Programa EU4Health, PRR, Plano Nacional de Saúde).
- A **melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência**, através da prestação de **cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social**, constitui-se como outro domínio na orientação de investimento a nível nacional,

apostando no reforço da rede nacional de cuidados integrados continuados e do apoio informal.

- Finalmente, destacam-se as **áreas de intervenção prioritária** inscritas no **Plano Nacional de Saúde (PNS)** e nos **Planos Locais de Saúde (PLS)**, com potencial para orientar e informar a implementação de estratégias de base territorial na região, devendo as opções estratégicas no domínio da saúde estarem alinhadas com estes instrumentos (ver com maior detalhe o ponto 3.3.1.).

A breve análise dos referenciais estratégicos, que se enunciam seguidamente nos diferentes âmbitos e níveis de ação das entidades envolvidas, permite identificar áreas de convergência com os objetivos e ações definidos na EMS-Penela.

Quadro 2. Referenciais estratégicos de âmbito europeu, nacional e regional.

Âmbito	Referenciais estratégicos
Europeu	Programas de financiamento
	EU4Health (Programa UE pela Saúde) 2021-2027 O maior programa de saúde da UE até hoje, focado na saúde pública, resiliência e transformação digital. Tem quatro vertentes: preparação para as crises sanitárias, acesso a medicamentos inovadores, reforço dos sistemas de saúde e promoção da saúde e prevenção de doenças. Algumas iniciativas associadas incluem o Plano Europeu de Luta contra o Cancro e a Estratégia Farmacêutica para a Europa.

Âmbito	Referenciais estratégicos
	Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) Agência da Comissão Europeia, criada em 2021, para antecipar e coordenar a resposta a crises de saúde pública, incluindo a monitorização de ameaças, mobilização rápida de financiamento e reservas de equipamentos médicos.
	Programa Horizonte Europa - Ações Científicas (2021-2027) Embora não exclusivamente focado na saúde, financia investigação e inovação nesta área, incluindo projetos relacionados com desigualdades em saúde, envelhecimento e inovação em saúde.
	Diretrizes e Regulamentos Espaço Europeu de Dados de Saúde (EHDS) Regulamento (EU) 2025/327, em vigor desde 26 de março de 2025. Estabelece normas para o uso e troca de dados eletrónicos de saúde, conferindo aos/às cidadãos/ãs maior controlo sobre os seus dados e acessibilidade para investigadores, empresas e autoridades públicas. Prevê a criação de entidades nacionais (Health Data Access Bodies), de uma plataforma interoperável (MyHealth@EU), e o acesso faseado com funcionalidades iniciais até 2029 e dados mais sensíveis até 2031.
	Estratégias
	Estratégia Global de Saúde da UE (EU Global Health Strategy) Defende uma abordagem integrada (<i>One Health</i>) e cooperação global robusta. Visa reforçar a governação multilateral e a coordenação política e financeira da UE em saúde global. Destacam-se três prioridades: melhorar a saúde ao longo da vida; fortalecer os sistemas de saúde e a cobertura universal; prevenir e combater ameaças à saúde, incluindo pandemias.

Âmbito	Referenciais estratégicos
	Estratégia da UE para Saúde e Segurança no Trabalho (2021-2027) Define prioridades e ações integradas entre a Comissão, Estados-Membros e parceiros sociais para proteger a saúde dos trabalhadores, promovendo cooperação e fiscalização.
Nacional	Saúde
	Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2021-2030) Documento estratégico da Direção-Geral da Saúde (DGS) que orienta as políticas de saúde em Portugal até 2030. Eixos principais: • Reduzir desigualdades em saúde • Promover saúde ao longo do ciclo de vida • Reforçar a sustentabilidade do SNS • Melhorar literacia, participação e cidadania em saúde.
	No âmbito do PNS foram criados 12 programas de saúde prioritários (ver 2.2.2 deste documento)

Âmbito	Referenciais estratégicos
	Programa Nacional de Vacinação Tem como objetivo proteger os indivíduos, e a população em geral, contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação. Foi implementado em 1965 e, desde o início, mantém princípios básicos: • Universalidade, destinando-se a todas as pessoas que em Portugal tenham indicação para vacinação • Gratuitidade, para o utilizador • Acessibilidade • Equidade • Aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação
	Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS) Define orientações para promover longevidade com qualidade, autonomia e participação social.
	Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 Concretiza medidas da ENEAS. Eixos: • Promoção de uma cidadania sénior ativa • Acesso a cuidados de saúde integrados e próximos • Prevenção da solidão e isolamento

Âmbito	Referenciais estratégicos
	Plano Estratégico de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Criado após a Lei de Bases de 2006 e reforçado em vários planos estratégicos. Destacam-se os seguintes objetivos (2016-2020, prolongadas e integradas no PRR): • Expansão da rede (unidades de internamento, equipas domiciliárias, cuidados paliativos) com a criação mais de 5.500 novas camas de cuidados continuados e paliativos e requalificação de unidades existentes e abertura de novas respostas; • Articulação entre Saúde e Segurança Social; • Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Âmbito	Referenciais estratégicos
	Desenvolvimento Regional, Ordenamento do Território e Ambiente Estratégia Portugal 2030 Constitui o referencial estratégico para Portugal na atual década, estabelecendo prioridades e metas orientadas para o desenvolvimento sustentável. Oferece um quadro abrangente de oportunidades de financiamento para os municípios e entidades intermunicipais adaptados às diferentes realidades territoriais. Destacam-se quatro agendas temáticas fundamentais: • Agenda temática 1 “As pessoas primeiro: um melhor equilíbrio demográfico, maior inclusão, menos desigualdade”, domínios “Resiliência do Sistema de Saúde” e “Sustentabilidade demográfica” • Agenda temática 2, “Digitalização, inovação e qualificações como motores do desenvolvimento”, domínios “Promoção da sociedade do conhecimento”, “Digitalização e inovação empresarial”, “Qualificação dos recursos humanos” e “Qualificação das instituições” • Agenda temática 3 “Transição climática e Sustentabilidade dos Recursos” • Agenda temática 4 “Um País competitivo externamente e coeso internamente”, domínio “Competitividade e coesão na baixa densidade”. Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) Componente “Saúde”: reforço dos cuidados de saúde primários, rede nacional de cuidados continuados, digitalização (SNS digital, telemedicina, registos eletrónicos).

Âmbito	Referenciais estratégicos
	Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território (PNPOT) Instrumento de desenvolvimento territorial, de natureza estratégica, que estabelece as grandes opções com relevância para a organização do território nacional. Destacam-se as seguintes medidas: • Medida 2.1. “Fomentar uma abordagem territorial integrada de resposta à perda demográfica” • Medida 2.3. “Melhorar os cuidados de saúde e reduzir as desigualdades de acesso” • Medida 2.4. “Qualificar e capacitar os recursos humanos e ajustar às transformações socioeconómicas” • Medida 2.5. “Melhorar a qualidade de vida da população idosa e reforçar as relações interrelacionais” • Medida 2.9. “Potenciar a inovação social e fortalecer a coesão sociocultural” • Medida 2.10. “Promover a digitalização, a interoperabilidade e a acessibilidade aos serviços públicos e de interesse geral” • Medida 5.5. “Experimentar e prototipar soluções inovadoras” Programa Nacional para a Coesão Territorial (PNCT) Coordena políticas de ordenamento e desenvolvimento territorial para reduzir as desigualdades geográficas entre regiões. Constituída por oito iniciativas transversais que refletem os desafios e questões estruturantes que se colocam ao desenvolvimento dos territórios do interior: Envelhecimento com qualidade; Inovação da base económica; Capital territorial; Cooperação transfronteiriça; Relação rural-urbana; Acessibilidade digital; Atratividade territorial; Abordagens, redes e participação.

Âmbito	Referenciais estratégicos
	Estratégia Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas 2020 (prorrogado até 2025) Estabelece objetivos e o modelo para a implementação de soluções para a adaptação de diferentes sectores aos efeitos das alterações climáticas: agricultura, biodiversidade, economia, energia e segurança energética, florestas, saúde humana, segurança de pessoas e bens, transportes, comunicações e zonas costeiras. Plano Nacional Energia e Clima 2030 (PNEC 2030) Estabelece objetivos de descarbonização, energias renováveis e eficiência energética. O Roteiro para a Neutralidade Carbónica (RNC 2050) Este documento constitui a Estratégia de longo prazo para a neutralidade carbónica da economia portuguesa até 2050 submetida à Convenção Quadro das Nações Unidas para as Alterações Climáticas (CQNUAC) a 20 de setembro de 2019. O RNC2050 conclui que todos os setores irão contribuir para a redução de emissões, aumentando a eficiência e a inovação, promovendo melhorias, nomeadamente nos edifícios, na agricultura, na gestão dos resíduos e na indústria, sendo que caberá ao sistema energético o maior contributo, em particular no que respeita à produção de eletricidade e aos transportes.

Âmbito	Referenciais estratégicos
Regional	Saúde Planos Locais de Saúde Os Planos Locais de Saúde (PLS) são instrumentos de planeamento essenciais à gestão e organização dos cuidados de saúde a nível regional e local, devendo estar alinhados com o PNS e propondo estratégias locais orientadas para potenciais ganhos em saúde da comunidade em que se inserem. Plano Estratégico 2030 da Unidade Local de Saúde de Coimbra¹⁶ A ULS Coimbra responde às necessidades de saúde da população de 16 municípios da área da CIM-RMC, prestando cuidados de saúde integrados, de elevada qualidade e centrados nas pessoas, priorizando a saúde e o bem-estar da comunidade e promovendo uma abordagem integrada que combina cuidados primários e hospitalares, com inovação na prestação dos cuidados, excelência no atendimento e bem-estar dos seus profissionais.
	Desenvolvimento regional, Ordenamento do Território e Ambiente Plano Regional de Ordenamento do Território do Centro (PROT-C) - 2030 Constitui o quadro de referência estratégico para a elaboração dos programas intermunicipais e dos planos territoriais de âmbito intermunicipal e municipal, e desempenha um papel de charneira entre a administração central, nos seus diversos setores, e os municípios, cabendo-lhes a função de integrar os objetivos e as orientações estabelecidas a nível nacional e ponderar as estratégias estabelecidas a nível sub-regional e municipal no âmbito da definição dos grandes objetivos de desenvolvimento sustentável à escala regional, num todo coerente e integrado.

¹⁶ disponível no seguinte link: https://www.ulscoimbra.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/43/2025/11/planoestrategico-ulsc_compressed.pdf

Âmbito	Referenciais estratégicos
	Destaca-se como opção estratégica “Aumentar a equidade no acesso aos cuidados de saúde” e o seguinte objetivo: assegurar o acesso aos equipamentos e serviços de forma equitativa pelo território, salvaguardando as restrições de eficiência e escala na prestação dos cuidados; nos territórios de baixa densidade, com maiores dificuldades no acesso a cuidados de saúde, deve recorrer-se, quando adequado, às TICE e a serviços em regime ambulatorio. Estratégia Regional de Especialização Inteligente do Centro (RIS3 do Centro) (Revisão para o período 2021-2027) Destacam-se as seguintes plataformas de inovação com impacto na saúde: “Mobilizar tecnologias para a qualidade de vida”; “Promover inovação territorial” Plano Intermunicipal de Adaptação às Alterações Climáticas da CIM-Região Metropolitana de Coimbra Instrumento de planeamento estratégico regional/local que apoia os municípios na adaptação às alterações climáticas através da adoção e articulação de medidas transversais, setoriais e territoriais, que contribuam para a implementação da Estratégia Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas (ENAAAC) e que possam ter impactos positivos na redução dos riscos para a saúde.

Fonte: Equipa de investigação da Universidade de Coimbra, coordenada por Paula Santana.

2.2.1 Plano Nacional e Local de Saúde

Em termos hierárquicos, a EMS-Penela, deverá articular-se com os instrumentos de nível superior da área da saúde, que por sua vez se subordinam entre si.

Assim, de acordo com o Decreto-Lei nº23/2019, de 30 de janeiro (reforçado e consolidado pelo Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro), as estratégias municipais e supramunicipais de saúde devem estar alinhadas com o Plano Nacional de Saúde (PNS), os Planos Regionais de Saúde (PRS) e os Planos Locais de Saúde (PLS), contribuindo para o cumprimento das suas metas e objetivos estratégicos.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro¹⁷, que determinou a extinção das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a consequente transferência das respetivas atribuições para a ACSS, Direção Executiva do SNS e DGS, cessou igualmente a vigência dos PRS, enquanto instrumentos de planeamento e orientação estratégica de âmbito regional, anteriormente ancorados na estrutura das ARS.

Por este motivo, e no âmbito deste Plano, será considerado apenas o **alinhamento com o PNS e com o PLS da ULS de Coimbra**.

2.2.1.1 Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema Nacional de Saúde.

O PNS constitui o **instrumento orientador do planeamento em saúde**, (i) enquadrando os objetivos, os planos e as estratégias de todas as entidades que intervêm na saúde de indivíduos e populações em Portugal e (ii) propondo ações de caráter estratégico ao nível nacional, regional e local. Ou seja, o PNS fornece enquadramento aos PLS, que procuram refletir os

eixos estratégicos, prioridades, objetivos e orientações do PNS ao nível local, correspondente à área geográfica abrangida pelas ULS.

Assim, o PNS cumpre um papel agregador e orientador das medidas consideradas mais relevantes para obtenção de ganhos em saúde por parte da população residente em Portugal, constituindo-se como um referencial para as políticas e ações no setor da Saúde, bem como demais sectores com impacto nesta área, realçando a perspetiva da Saúde em Todas as Políticas.

O PNS apresenta como grandes desígnios (i) **reduzir a mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos)**, (ii) **aumentar a esperança de vida saudável** (aos 65 anos) e (iii) **diminuir os fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis**, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco.

Para alcançar estes desígnios, as intervenções em saúde estruturam-se em torno de quatro **Eixos Estratégicos** transversais: **Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis**.

De entre as principais **medidas** em cada eixo destacam-se, como de maior **relevância para o contexto de desenvolvimento da EMS-Penela** e do respetivo âmbito de intervenção, as que se seguem.

Cidadania em Saúde

- Promoção de uma cultura de cidadania e realização de ações de **promoção da literacia** que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença;

¹⁷ Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro. Diário da República n.º 174/2024, Série I. Link: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-2024-887091776>

- **Promoção da participação ativa** das organizações representativas dos interesses dos cidadãos e das cidadãs;
- Desenvolvimento de programas de **educação para a saúde e de autogestão da doença**;
- Desenvolvimento de programas de **utilização racional** e adequada dos serviços de saúde.

Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde

- Integração dos diferentes setores no desenvolvimento de medidas que promovam a **redução das desigualdades injustas e evitáveis** e a melhoria da condição da população em geral face aos determinantes ambientais da saúde (culturais, sociais, económicos e físicos);
- Reforço da governação dos CSP, hospitalares e continuados, de modo a que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada, permitindo que qualquer **cidadão/ã aceda de modo mais rápido aos cuidados** de que necessita;
- Promoção da **articulação entre o planeamento nacional e local** nas diferentes áreas de ação social;
- Reforço do **acesso equitativo aos programas nacionais** de vacinação, de rastreios e outros de prevenção de doenças relacionados com fatores de risco, especificamente tabaco e obesidade infantil;
- Reforço do **acesso das populações mais vulneráveis** aos serviços de saúde e aos medicamentos.

Políticas Saudáveis

- Promoção da **abordagem intersectorial** e de Saúde em Todas as Políticas nos diferentes níveis de atuação;

- Reforço de estratégias intersectoriais que promovam a saúde, através da **minimização de fatores de risco** (e.g., tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool, drogas);
- Reforço da implementação de estratégias e instrumentos no âmbito de políticas saudáveis, com base na **identificação de prioridades em saúde**, suportadas na revisão e atualização periódica;
- Utilização da metodologia de **avaliação de impacto na saúde**, como um elemento a considerar previamente ao desenvolvimento e implementação de políticas;
- Reforço de **sistemas de vigilância epidemiológica** em relação aos determinantes da saúde e aos fatores de risco com maiores ganhos na equidade em saúde;
- Reforço dos **sistemas de monitorização de alertas de saúde pública**, tendo como objetivo a deteção precoce e coordenação de resposta em caso de emergência;
- Reforço de **estratégias de comunicação e marketing social** que promovam a opção pela implementação de políticas saudáveis;
- Revisão das estratégias de financiamento no sentido de valorizar **projetos e ações intersectoriais**.

2.2.1.2 Planos Locais de Saúde

Os Planos Locais de Saúde (PLS) são instrumentos de planeamento essenciais à gestão e organização dos cuidados de saúde a nível regional e local, devendo estar alinhados com o PNS e propondo estratégias locais orientadas para potenciais ganhos em saúde da comunidade em que se inserem.

Os PLS, tradicionalmente coordenados pelas Unidades de Saúde Pública dos antigos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e orientados por

diretrizes da DGS, continuam a existir. Contudo, agora são enquadrados no âmbito das **Unidades Locais de Saúde (ULS)**. A sua elaboração e execução permanecem no âmbito das Unidades de Saúde Pública, mas dentro da nova estrutura organizacional, que une cuidados hospitalares e cuidados primários numa única entidade e gestão comum. A integração dos ACeS nas ULS representa uma oportunidade para a **governança local em saúde**. As ULS têm potencial para fortalecer a **coordenação intersectorial e reforçar atividades de promoção da saúde e prevenção** em prol das comunidades locais.

Os PLS são apontados como essenciais neste processo, capazes de envolver atores locais e produzir diagnósticos dinâmicos sobre a saúde da população, com a priorização de áreas de maior vulnerabilidade.

Ao alinhar-se com as orientações dos planos locais da ULS de Coimbra, a EMS-Penela procura implementar ações locais que garantam a **melhoria no acesso aos cuidados de saúde** e a redução das desigualdades injustas e evitáveis em saúde, aproveitando as **sinergias existentes entre os diferentes serviços no território da região**. A **integração** da EMS-Penela com as opções estratégicas da ULS de Coimbra é considerada, assim, fundamental na **otimização de recursos**, partilha de boas práticas e implementação **de intervenções baseadas na evidência**.

Por exemplo, a ULS de Coimbra desempenha um papel crucial no **reforço da resposta dos cuidados de saúde** (Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares) à população, especificamente na **gestão de doenças crónicas e na prevenção**. Ou seja, a integração dos cuidados de saúde permite melhorar a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados, assegurando a proximidade com as/os utentes (fortalecimento dos CSP), não colocando em risco (i) o equilíbrio entre os níveis de cuidados; (ii) a

forte liderança nos cuidados de saúde primários, (iii) afastando a lógica curativa e hospitalocêntrica.

Plano Estratégico da ULS de Coimbra 2030

A ULS Coimbra responde às necessidades de saúde da população de 16 municípios, prestando **cuidados de saúde integrados, de elevada qualidade e centrados nas pessoas**, priorizando a saúde e o bem-estar da comunidade e promovendo uma abordagem integrada que combina cuidados primários e hospitalares, com inovação na prestação dos cuidados, excelência no atendimento e bem-estar dos seus profissionais.

A ULS de Coimbra identifica valores que devem nortear as decisões e interações para atingir os seus objetivos estratégicos, destacando-se: (i) cuidados centrados na pessoa, (ii) dignidade humana, (iii) satisfação profissional, (iv) acessibilidade, (v) empatia e (vi) excelência dos cuidados e dos prestadores.

No Plano Estratégico da ULS de Coimbra sobressaem alguns aspetos que se tornam relevantes na **ligação à Estratégia Municipal de Saúde**, com destaque para dois eixos estratégicos: **Prevenção e Proximidade** e **Respostas Integradas e Centradas no cidadão e na cidadã**.

No **Eixo da Prevenção e Proximidade** a ULS de Coimbra visa garantir que: (i) os cuidados de saúde sejam ampliados para a comunidade, facilitando o acesso aos serviços de CSP, hospitalares e de cuidados continuados; (ii) haja uma aposta na deteção precoce de problemas de saúde, concretamente em programas de prevenção, rastreio e diagnóstico precoce; (iii) seja garantida a proximidade com a comunidade, considerando parcerias estratégicas com autarquias, organizações locais, instituições de solidariedade social e farmácias comunitárias; (iv) sejam desenvolvidas

ações que tenham um papel transformador na promoção da saúde e da qualidade de vida da população, concretamente de incentivo a comportamentos saudáveis, como alimentação equilibrada, prática de atividade física e prevenção de comportamentos de risco.

No contexto deste eixo (**Prevenção e Proximidade**) são apresentadas definidas 19 ações para responder aos quatro objetivos estratégicos, preconizando uma atuação mais preventiva e com maior proximidade dos cuidados de saúde.

- **Reduzir as desigualdades em saúde** através: (i) do reforço das estruturas de proximidade com as competências e número adequado de profissionais, (ii) da concretização a implementação de todas as comunidades de saúde, (iii) da Implementação de programas de acesso a cuidados de saúde para populações vulneráveis, com foco nos migrantes.
- **Promover estilos de vida saudáveis e aumentar a cobertura de programas de prevenção primária e secundária** através, nomeadamente: (i) da implementação de programas educacionais e outros de promoção da saúde e prevenção de doenças (e.g., de intervenção e de rastreio) e (ii) do desenvolvimento de políticas de saúde pública (observatório de saúde da população), concretamente de combate à obesidade e de prevenção e combate ao tabagismo.
- **Expandir a utilização de ferramentas digitais para monitorizar a saúde da população e prestar serviços de saúde mais próximos e personalizados**, destacando as que permitam uma gestão mais eficaz e preventiva das condições de saúde, de que são exemplo: (i) as que promovam a **melhoria na comunicação e partilha da informação**, com impactos positivos na coordenação e na articulação entre diferentes níveis de cuidado, evitando duplicações e melhorando a experiência do/da utente e o **acompanhamento contínuo e à distância de doentes crónicos ou em situação aguda** (e.g., Unidade de Diagnóstico Rápido,

Unidade Central de Monitorização Remota) e (ii) as **ferramentas de monitorização contínua da saúde da população**.

- **Prestar serviços de saúde mais próximos e personalizados**, através:
 - (i) do desenvolvimento de programas comunitários para **prestação de assistência em proximidade**, reforçando a participação ativa das comunidades no desenho e implementação de programas que promovam a prestação de cuidados de saúde mais próximos e acessíveis à população;
 - (ii) do reforço de **parcerias com organizações locais e comunitárias**;
 - (iii) do reforço das **unidades de cuidados na comunidade**, em articulação com os diferentes intervenientes;
 - (iv) do desenvolvimento de ações de **promoção do envelhecimento ativo e saudável** em cada comunidade, com uma **abordagem integrada** que envolva cuidados de saúde, sociais e comunitários;
 - (v) da criação de **unidades de avaliação de proximidade em oftalmologia** em cinco das seis Comunidades de Saúde da ULS de Coimbra, para prestar serviços oftalmológicos mais próximos e personalizados;
 - (vi) do desenvolvimento de ações que proporcionem diagnósticos integrados em proximidade, considerando a **criação de Centros de Diagnóstico Integrados** ou o desenvolvimento de soluções equivalentes em cada uma das seis Comunidades de Saúde da ULS de Coimbra, com o objetivo de qualificar e fortalecer a capacidade de diagnóstico nos cuidados de saúde primários;
 - (vii) de assegurar **respostas descentralizadas a feridas de difícil cicatrização**, pela criação de Unidades de Feridas de Difícil Cicatrização em cada uma das seis Comunidades de Saúde da ULS de Coimbra;
 - (viii) do **reforço das respostas comunitárias de saúde mental**, considerando o alargamento das **Equipas Comunitárias de Saúde Mental** em cada uma das seis Comunidades de Saúde da ULS de Coimbra, para expandir a oferta de cuidados de saúde mental próximos e acessíveis à população;

(ix) do desenvolvimento de **ações de promoção e proteção da saúde oral em proximidade** (Programa de Saúde Oral da ULS de Coimbra, desenvolvido em parceria com Faculdade de Medicina da Universidade);

(x) do reforço de ações que visem assegurar o **Acesso Universal a Cuidados Paliativos Domiciliários**, nomeadamente através do alargamento das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) em cada uma das 6 Comunidades de Saúde da ULS de Coimbra.

No contexto do eixo das **Respostas Integradas e Centradas no Cidadão/ã**, a ULS Coimbra pretende: (i) valorizar a acessibilidade e a continuidade dos cuidados, considerando ser seu dever assegurar o **acesso aos serviços de forma rápida e eficiente**, independentemente da localização ou condição social dos/das utilizadores, e (ii) reforçar a sua capacidade de prestar **serviços que acompanham o/a utente ao longo de todos os seus ciclos de vida**, proporcionando cuidados preventivos e intervenções precoces, minimizando o agravamento de condições de saúde.

2.2.2 Programas de Saúde Prioritários

Para reforçar a **resposta aos principais problemas de saúde da população portuguesa**, e no âmbito do Plano Nacional de Saúde, foram criados 12 programas de saúde prioritários¹⁸:

- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo;
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável;

- Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física;
- Programa Nacional para a Diabetes;
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares;
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas;
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias;
- Programa Nacional para as Hepatites Virais;
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção por VIH/SIDA;
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- Programa Nacional para a Saúde Mental;
- Programa Nacional para a Tuberculose.

As estratégias e linhas de atuação definidas para cada um destes programas são tidas em conta na definição das intervenções dos diferentes instrumentos de política de saúde já referidos, nomeadamente no PNS e PLS, bem como na implementação da EMS-Penela.

O conhecimento local, a proximidade às populações e a capacidade de resposta às necessidades locais, através da ação sobre os determinantes da saúde, são características da atuação dos municípios que devem ser capitalizadas na **prevenção da doença e nas respostas aos principais problemas de saúde**. Neste sentido, a **implementação municipal dos programas de saúde prioritários**, dos quais se destacam os da diabetes, da alimentação saudável, da saúde mental, da promoção da atividade física, das doenças respiratórias, é de extrema importância para atingir os

¹⁸ Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, alterado pelo Despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro.

objetivos da EMS-Penela e contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na comunidade.

2.2.3 Estratégia Portugal 2030 e Plano de Recuperação e Resiliência

A Estratégia de Portugal 2030 constitui o documento que orienta a (i) **visão estratégica do país** e a (ii) **definição de medidas de política** para os próximos anos. Está em consonância com as estratégias previstas nos principais documentos de orientação a nível europeu e nacional.

Embora praticamente todas as **áreas de intervenção estratégica** previstas na Estratégia Portugal 2030 tenham impacto no contexto de desenvolvimento da EMS-Penela, identificamos determinadas linhas de ação especialmente relevantes para enquadrar e concretizar a estratégia no âmbito da intervenção em saúde, concretamente as inseridas nas agendas temáticas (i) Pessoas Primeiro, (ii) Transição climática e sustentabilidade dos recursos e (iii) Um país competitivo externamente e coeso internamente.

A **Agenda Temática “Pessoas Primeiro”** coloca as pessoas no centro das preocupações e pretende promover uma sociedade mais inclusiva e menos desigual, respondendo ainda aos desafios da transição demográfica e do envelhecimento.

São assumidos como objetivos, para esta agenda, (i) mitigar a perda populacional atualmente projetada para 2030, prosseguindo a recuperação dos indicadores de natalidade e reforçando os saldos migratórios, (ii) reduzir a incidência de fenómenos de exclusão, incluindo o desemprego de longa duração e a pobreza, e (iii) reduzir os indicadores de

desigualdade e de precariedade laboral nos adultos, especialmente nos jovens, convergindo para os níveis médios da UE.

De entre todos os eixos de atuação previstos nesta área temática, destacamos os que possuem um maior número de áreas de interseção com as linhas de ação previstas na EMS-Penela:

- **Resiliência do sistema de saúde**, através da promoção da prevenção de doenças e de estilos de vida saudáveis, a garantia da universalidade do acesso e o aumento da resiliência e qualidade dos serviços de saúde;
- **Garantia de habitação condigna e acessível**, através da promoção de uma nova oferta de habitação pública (habitação social e habitação a custos acessíveis) e da reabilitação do parque público de habitação existente.

A **Agenda Temática “Transição climática e Sustentabilidade dos recursos”** está focada na transição climática e na sustentabilidade e no uso eficiente de recursos, promovendo a economia circular e respondendo ao desafio da transição energética e à resiliência do território. Esta agenda é assim estruturada, entre outros, nos seguintes domínios estratégicos com maior relevância para o contexto da EMS-Penela:

- **Descarbonizar a sociedade** e promover a transição energética (através da promoção da mobilidade sustentável);
- **Tornar a economia circular**;
- **Reduzir os riscos e valorizar os ativos ambientais**, através da melhoria da qualidade dos solos, do ar e do ambiente nas cidades, entre outros;
- **Conservar a natureza e a biodiversidade**.

Por último, a **Agenda Temática “Um país competitivo externamente e coeso internamente”**, está focada na coesão territorial, visando (i) promover um desenvolvimento harmonioso do conjunto do território nacional e (i) contribuir para **reduzir a disparidade entre os níveis de desenvolvimento das diversas regiões**, em particular das regiões mais desfavorecidas. Este desafio é particularmente relevante no contexto de promoção de transições ecológicas e digitais, com forte incidência territorial e de superação dos impactos da pandemia e da crise económica nos territórios mais afetados, nomeadamente nos mais desfavorecidos.

As estratégias passam, entre outras áreas de intervenção, pelas seguintes:

- **Competitividade das redes urbanas** através, nomeadamente (i) da promoção de redes de cidades de conhecimento, digitalização e inovação, (ii) da conectividade externa das cidades e das zonas urbanas, por exemplo ao nível da conectividade digital, (iii) da melhoria da atratividade e sustentabilidade das cidades e reforço do sistema urbano, (iv) da articulação urbano-rural e (v) do apoio à regeneração física, económica e social das zonas urbanas onde residem comunidades desfavorecidas.

O **Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)** é um programa de aplicação nacional, com um período de execução até 2026, que visa a implementação de um conjunto de reformas e investimentos estruturais assente em três dimensões: **resiliência, transição climática e transição digital**, com o objetivo de aumentar a competitividade da economia e a sua resiliência perante futuros choques externos.

Este Plano, aprovado em 2021, foi elaborado na sequência dos impactos da pandemia e enquadra-se a nível europeu no Mecanismo de Recuperação e Resiliência, criado pelo Conselho Europeu (**NextGenerationEU**).

O PRR assume-se assim como um dos instrumentos de financiamento de uma estratégia global mais vasta que cobre um horizonte temporal mais alargado - a Estratégia Portugal 2030, que define para a corrente década, uma visão do país em termos económicos, sociais e ambientais.

O PRR possui inúmeras **áreas de convergência** e pontos de contacto com as linhas estratégicas estabelecidas na Estratégia Portugal 2030, prevendo um envelope financeiro associado à concretização das ações nele previstas, nomeadamente, e no contexto da EMS-Penela, (i) na **reforma dos cuidados de saúde primários**, (ii) na **luta contra a pobreza e exclusão social**, (iii) na **promoção do direito à habitação**, (iv) no apoio a uma nova geração de **equipamentos e respostas sociais** e (v) no apoio a medidas no âmbito da **transição climática** bem como da **transição digital**.

2.2.4 Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável

Constituída por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, a Agenda 2030 define as prioridades e aspirações do desenvolvimento sustentável global para 2030. Aprovada em setembro de 2015 por 193 membros da Organização das Nações Unidas (ONU), resulta do trabalho conjunto de governos e cidadãos de todo o mundo para criar um **novo modelo global para acabar com a pobreza, promover o desenvolvimento económico e o bem-estar, proteger o ambiente e combater as alterações climáticas**.

No centro desta agenda está uma abordagem integrada e de âmbito territorial, sendo os seus objetivos paradigmáticos da importância da geração de **soluções de base local para os problemas globais**, refletida na premissa: *Pensar globalmente, Agir localmente*.

Todos os **ODS têm metas que estão, direta ou indiretamente, associadas a indicadores de saúde e a múltiplos determinantes da saúde**,

relacionados com o ambiente cultural, social, económico, físico e construído, em estreita ligação aos objetivos, indicadores e metas do Projeto Cidades Saudáveis da OMS, contribuindo para uma visão integrada da Saúde Urbana.

A EMS-Penela, através do seu quadro estratégico de intervenção sobre os principais determinantes da saúde, contribui para a abordagem dos ODS a nível local e para o alcance das suas metas.

2.2.5 Projeto Cidades Saudáveis

Na Região Metropolitana de Coimbra, oito municípios¹⁹ são membros da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS)²⁰, associação que tem como missão apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento local do Projeto Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O Projeto Cidades Saudáveis faz parte de um movimento global que tem vindo a ser desenvolvido nos últimos 40 anos no seio da OMS em torno da **visão alargada da saúde** e no reconhecimento dos seguintes aspetos:

- **Evolução da abordagem concetual da saúde**, enquanto valor e recurso coletivo e da comunidade e não apenas centrada no indivíduo;
- **Deslocação do foco do tratamento da doença para a prevenção e promoção da saúde**, sendo a saúde considerada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não, apenas, a oposição à doença;
- **Crescente importância das condições do lugar/comunidade onde se vive** na produção da saúde e da doença, nomeadamente a relevância de múltiplos fatores e determinantes da saúde e as relações entre eles.

Em consonância com estes aspetos, o Projeto Cidades Saudáveis sustenta-se na mudança da forma como os indivíduos, as comunidades, as

organizações e o poder local pensam, compreendem e tomam decisões sobre a saúde e a promoção da saúde das populações, destacando- se a **capacitação da comunidade e a maior participação dos/as cidadãos/ãs no processo de transformação do ambiente** que influencia quem se é e a saúde que potencialmente terá.

Uma cidade saudável é aquela que está continuamente a criar e a desenvolver os seus ambientes físico e social e a expandir os recursos comunitários que permitem às pessoas apoiarem-se mutuamente nas várias dimensões da sua vida e no desenvolvimento do seu potencial máximo.

Goldstein e Kickbusch (1996)²¹

Em termos operativos, a Cidade Saudável promove a mobilização política e o envolvimento dos agentes locais na preparação e implementação de projetos e planos municipais de saúde, de acordo com o proposto no guia

¹⁹ Coimbra (desde 1997), Figueira da Foz (desde 2010), Lousã (desde 2016), Miranda do Corvo (desde 2006), Pampilhosa da Serra (desde 2024), Soure e Tábua (desde 2017) e Vila Nova de Poiares (desde 2025).

²⁰ Constituída formalmente em 10 de outubro de 1997, a RPMS integra, atualmente, 70 municípios. A estrutura da associação integra dois órgãos: a Assembleia Intermunicipal e o

Conselho de Administração, apoiados por um Grupo Técnico constituído por representantes dos municípios associados. Mais informação: <https://www.atlasmunicipiossaudaveis.pt/>

²¹ Goldstein G, Kickbusch I (1996). A healthy city is a better city. World Health, 49 (1), 4-6. World Health Organization.

City Health Profiles da OMS²² e na Declaração de Atenas para as Cidades Saudáveis (1998), na qual se associa a promoção da saúde aos princípios da **equidade, sustentabilidade, solidariedade e cooperação intersetorial**. Neste âmbito, os municípios desempenham um papel fundamental na promoção e criação de espaços promotores da saúde da população ao longo do ciclo de vida. Em termos formais, e no que diz respeito à Europa, o Projeto Cidades Saudáveis materializa-se na Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS, da qual a RPMS faz parte desde 2001.

Desde o seu arranque (1988), foram implementadas seis fases quinquenais de desenvolvimento do projeto. Embora cada fase tenha sido norteadas por uma estratégia específica, todas têm em comum os seguintes **objetivos**: (i) **integração dos determinantes da saúde nos princípios da Saúde para Todos e do Desenvolvimento Sustentável**; (ii) alinhamento com as prioridades de saúde europeias e globais; (iii) **inclusão da saúde nas agendas políticas das cidades**; (iv) **promoção das boas práticas de governação local e estabelecimento de parcerias para o planeamento saudável das cidades**.

A fase atualmente em curso - **Fase VII: 2019-2025** - estabelece um quadro de referência para a governação local em saúde estruturado em torno de seis pilares fundamentais - **Lugar, Pessoas, Prosperidade, Planeta, Paz e Participação** -, alinhados com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (**Figura 6**Figura 6). No âmbito desta fase, os municípios portugueses, enquanto membros da RPMS, assumem um claro compromisso político com este **Quadro de Governação Local para a Saúde**,

²² WHO (1995). *City health profiles: how to report on health in your city*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

²³ Estratégias “Saúde para Todos” e “Saúde 2020”; Declaração de Belfast para as Cidades Saudáveis “Operacionalizando o Consenso de Copenhaga”, Conferência Internacional das

enquanto fator determinante para a obtenção de ganhos em saúde da população.

Nós, Autarcas de Municípios Saudáveis, comprometemo-nos a promover a saúde e o bem-estar através da governação, capacitação e participação, criando espaços urbanos para a equidade e prosperidade da comunidade, investindo nas pessoas e, desta forma, contribuindo para a construção da Paz nos nossos Territórios e, consequentemente, no Planeta.

Declaração de Lagoa, Açores “Governação Local para a Saúde” VII Fórum da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (2018)

Os municípios membros da RPMS, têm a responsabilidade de desenvolver ferramentas de monitorização e avaliação da saúde, designadamente o Perfil e o Plano Municipal de Saúde, e zelar pelo cumprimento das respetivos princípios, estratégias e declarações²³.

A EMS-Penela deverá estar alinhada com os princípios do Projeto Cidades Saudáveis e, potencialmente, contribuir para informar a implementação e o cumprimento do atual Quadro de Governação Local para a Saúde e, ainda potencialmente, para o cumprimento das metas consideradas fundamentais para a saúde urbana (**Figura 7**).

Cidades Saudáveis, Belfast, 1-4 outubro 2018; Consenso de Copenhaga - Consenso de Autarcas “Cidades mais saudáveis e felizes para todos”, Copenhaga, 13 de fevereiro de 2018.



Pilares “Cidade Saudável”

Pessoas

Prosperidade

Planeta

Paz

Participação

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Figura 6. Quadro de referência da Governação Local para a Saúde no âmbito do Projeto Cidades Saudáveis da OMS (Fase VII:2019-2025).

Fonte: Adaptado da Declaração de Lagoa-Açores, VII Fórum da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, 2018; Declaração de Copenhaga – Consenso de Autarcas “Cidades mais saudáveis e felizes para todos (2018); Implementation framework for Phase VII (2019–2024) of the WHO European Healthy Cities Network: goals, requirements and strategic approaches (2019).



Figura 7. Saúde Urbana e respetivas metas associadas aos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

Fonte: Adaptado e traduzido de Ramirez-Rubio et al. (2019). Urban health: An example of a “health in all policies” Approach in the context of SDGs implementation. Globalization and Health, 15:87-

3 METODOLOGIA

A EMS-Penela 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.

3.1 Processo de desenvolvimento e ciclo de implementação

O processo de desenvolvimento e ciclo de implementação da Estratégia integra sete etapas (Figura 8).

3.1.1 Etapa 1 – Diagnóstico (Perfil de Saúde)

A implementação da EMS-Penela teve início com o diagnóstico do estado de saúde da população residente (que saúde tem, de que doenças sofre, de que causas morre) e das condições dos lugares de residência que influenciam a sua saúde e o bem-estar (onde e como vive, a que recursos tem acesso). Nesta primeira etapa, foi apresentada a **caraterização do perfil de saúde da população**, e, sempre que possível, ao nível da freguesia, nas diferentes dimensões de análise, com recurso a indicadores recolhidos junto de fontes oficiais de informação estatística. O diagnóstico está materializado no **Volume I da Estratégia**, no Perfil Municipal de Saúde de Penela.

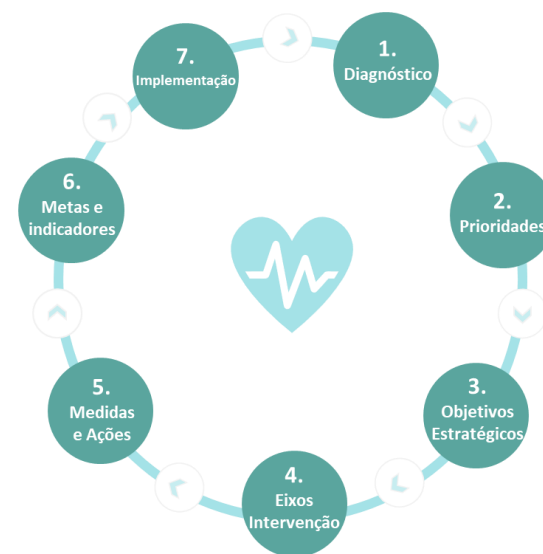


Figura 8. Processo de desenvolvimento da Estratégia Municipal de Saúde.

Fonte: Equipa de Investigação.

3.1.2 Etapa 2 - Problemas e Prioridades

A segunda etapa correspondeu à **identificação e priorização dos problemas e necessidades em saúde**, partindo da evidência produzida no Diagnóstico (Perfil Municipal de Saúde de Penela).

Para concretização da segunda etapa deste processo foi efetuada uma **análise comparativa dos desempenhos dos municípios** nas várias dimensões e indicadores, no sentido de identificar os piores desempenhos

(por se afastarem dos valores médios, verificados nos municípios e na região) e, conseqüentemente, as situações críticas em cada um deles.

De forma complementar, e após aprovação dos Perfis de Saúde dos municípios da CIM da Região Metropolitana de Coimbra, foi realizado um processo participativo - **Workshop de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Municipal: Identificação de Necessidades e Soluções** -, no dia 3 de junho de 2025, que contou com a participação de representantes dos 19 municípios que compõem a Região Metropolitana de Coimbra: 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 (**Figura 9**).

O principal objetivo desta sessão participativa foi envolver os municípios na **discussão dos problemas e necessidades em saúde na região** através da identificação:

- (i) de determinantes da saúde que potencialmente prejudicam ou inibem a equidade em saúde nos municípios da região,
- (ii) dos municípios e freguesias que apresentam situações críticas nos diferentes determinantes da saúde,
- (iii) das áreas de intervenção consideradas relevantes para informar a ação dos municípios na promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades em saúde.

Durante este workshop, foram apresentados os principais resultados do diagnóstico e constituídos grupos de trabalho (grupos focais) que analisaram um conjunto de matrizes de indicadores relativos aos respetivos municípios. Cada grupo foi formado por **representantes de municípios com base na proximidade geográfica**.

Ao longo do processo participativo, foram verificadas desigualdades geográficas (entre municípios e mesmo entre freguesias do mesmo município) na maior parte dos indicadores, quer nos resultados quer nos determinantes de saúde

Os grupos concluíram que as desigualdades territoriais são preocupantes. Foram destacadas as seguintes situações críticas: **o envelhecimento acentuado da população, o declínio demográfico e o acesso desigual a cuidados de saúde**.

Estas **condições de vulnerabilidade acentuam-se nas áreas periféricas e de baixa densidade populacional**. Estes territórios apresentam, cumulativamente, taxas mais elevadas de **mortalidade prematura e de mortalidade considerada evitável** – por causas preveníveis e por causas tratáveis.

A identificação destas situações críticas constituiu uma etapa fundamental no processo de definição de prioridades, permitindo informar o subsequente processo de estruturação dos objetivos estratégicos e eixos de intervenção no Plano.



Figura 9. Imagens ilustrativas do Workshop de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Municipal: Identificação de Necessidades e Soluções.

3.1.3 Etapa 3 - Objetivos estratégicos

Os objetivos estratégicos da EMS-Penela são expressos em **metas amplas e resultados a atingir para colmatar ou eliminar as desigualdades injustas e evitáveis na promoção da saúde**, identificados na etapa anterior.

A formulação dos objetivos partiu da **priorização dos problemas** (em diferentes dimensões de determinantes da saúde) e da viabilidade da sua concretização, tendo em conta não só as **áreas de competência dos municípios** bem como do potencial de estabelecimento de **parcerias com outros parceiros**, nomeadamente do setor da saúde e do setor social.

3.1.4 Etapa 4 - Eixos de intervenção

Os eixos de intervenção correspondem a domínios de atuação que **enquadram as linhas de ação estratégica** (as estratégias) a serem seguidas na **operacionalização dos objetivos estratégicos**, delimitando as prioridades da EMS-Penela. A sua estruturação resultou do compromisso entre as prioridades de atuação e objetivos estratégicos, definidos nas etapas anteriores, a transposição local das agendas globais e nacionais e as boas práticas e referenciais existentes no domínio da “Saúde em Todas as Políticas” e do planeamento municipal em saúde.

3.1.5 Etapa 5 - Medidas e ações

As medidas e ações caracterizam e **operacionalizam as linhas de ação estratégica, definidas em cada eixo de intervenção**, e contribuem para a concretização dos objetivos estratégicos e a execução geral da EMS-Penela. A sua sistematização e mapeamento resultou (i) do **levantamento de medidas, ações, projetos e iniciativas em curso ou planeadas** nos eixos de

intervenção definidos, e (ii) **da definição de novas ações**, decorrente das propostas realizadas pela equipa de investigação.

A estratégia de implementação das ações e medidas a desenvolver, em cada eixo de intervenção, é apresentada no **Plano de Ação**, que consta do presente documento. Cada ação é classificada de acordo com o objetivo estratégico, para o qual contribui, e caracterizada segundo a população-alvo, incidência territorial, promotor e potenciais parceiros intervenientes na sua implementação.

3.1.6 Etapa 6 - Metas e indicadores

A definição de metas e indicadores na EMS-Penela é uma componente fundamental na elaboração da mesma, dando suporte à respetiva monitorização e avaliação. As metas traduzem a **quantificação/qualificação dos objetivos estratégicos**, ou seja, são expressões quantitativas (por vezes qualitativas) dos objetivos a atingir, concretizando-os no tempo em que deverão ser atingidos (dentro de um período de tempo estabelecido - horizonte temporal).

Para cada objetivo estratégico foram definidas uma ou mais metas estratégicas, sendo a sua formulação orientada, sempre que possível, por referências conhecidas (e.g., Plano Nacional de Saúde e outros referenciais nacionais e/ou internacionais) e refletindo, sempre que possível, as prioridades de atuação definidas para a Estratégia e o potencial de medição através de indicadores.

A cada meta de implementação, está(ão) associado(s) um ou mais indicadores de execução. As metas e indicadores associados são apresentadas no Plano de Monitorização e Avaliação, que consta do presente documento.

3.1.7 Etapa 7 - Implementação e avaliação

A última etapa é relativa à **implementação do plano de ação e execução da EMS-Penela** no período temporal definido (2026-2030) e **ao seu acompanhamento**, conforme as metas e indicadores estabelecidos no Plano de Monitorização e Avaliação. A monitorização e avaliação das ações que integram o plano são essenciais para potenciar e garantir a sua implementação efetiva. Nesse sentido, para cada ação foi identificado um ou mais **indicadores para avaliar a respetiva execução e acompanhar o grau de cumprimento**, no sentido de reagir perante eventuais desvios e reajustar as ações em função dos recursos disponíveis.

Em síntese, as etapas de 1 a 7 integram dois documentos que, no seu conjunto, formam a EMS-Penela:

- 1) **Perfil de Saúde**, documento relativo ao diagnóstico da situação de saúde da população e seus determinantes (Volume I – Perfil Municipal de Saúde), sendo a base de evidência na identificação dos principais problemas e necessidades e na definição informada das estratégias plausíveis à sua resolução (etapa 1);
- 2) **Plano de Saúde**, correspondendo ao presente documento (Volume II – Plano Municipal de Saúde), que estabelece (i) o quadro de referência estratégico, com orientações amplas de atuação, (ii) os objetivos a serem alcançados e (iii) as estratégias a serem utilizadas para os atingir.



Figura 10. Componentes do Plano Municipal de Saúde.

Fonte: Equipa de Investigação.

A sua operacionalização concretiza-se na definição das prioridades, objetivos estratégicos, eixos de intervenção e respetivas linhas de ação estratégica para o período em análise (etapas 2, 3 e 4). Este documento - Plano de Saúde - integra as seguintes partes (**Figura 10**):

- (i) **Plano de Ação**, com a planificação da estratégia de implementação e identificação de medidas e ações que respondem aos problemas e necessidades identificadas no Perfil de Saúde, dirigidas sobretudo aos determinantes da saúde (etapa 5); complementado com um plano de **Comunicação e Recursos**, que define o alinhamento com os potenciais interlocutores em termos de implementação, e de recursos, nomeadamente os principais programas e instrumentos financeiros.
- (ii) **Plano de Monitorização e Avaliação**, que define metas e indicadores de acompanhamento e avaliação da implementação das ações que integram o plano de ação (etapas 6 e 7).

O ciclo de desenvolvimento da EMS-Penela fundamenta-se no conceito de **planeamento integrado e participado**, envolvendo a CIM da Região Metropolitana de Coimbra, respetivos municípios e os prestadores de cuidados de saúde na região, especificamente as duas ULS (Coimbra e Baixo Mondego). Neste âmbito, merecem ser detalhados três aspetos fundamentais:

- i) Em primeiro lugar, o **envolvimento ativo e colaboração da CIM Região Metropolitana de Coimbra e dos 19 municípios** na análise e identificação dos problemas e prioridades de atuação, bem como na apresentação de propostas de ações e medidas, possibilitando a existência de condições para a concretização de estratégias que possam responder, de forma mais adequada, às necessidades específicas de cada território;
- ii) Em segundo lugar, a **diversidade e abrangência de domínios de intervenção** potenciaram uma visão ampla e multifacetada das principais questões de saúde dos municípios, contribuindo para a seleção de estratégias de maior espectro;
- iii) Finalmente, a **participação ativa da ULS de Coimbra**, na disponibilização de dados estatísticos para o diagnóstico (etapa 1), no mapeamento de ações de inovação em saúde e das estratégias em curso em cada eixo de intervenção (etapa 5).

4 ESTRATÉGIA

4.1 Missão

A missão subjacente à EMS-Penela tem como um dos princípios basilares de que a saúde está no centro de todas as políticas municipais (**Figura 11**).

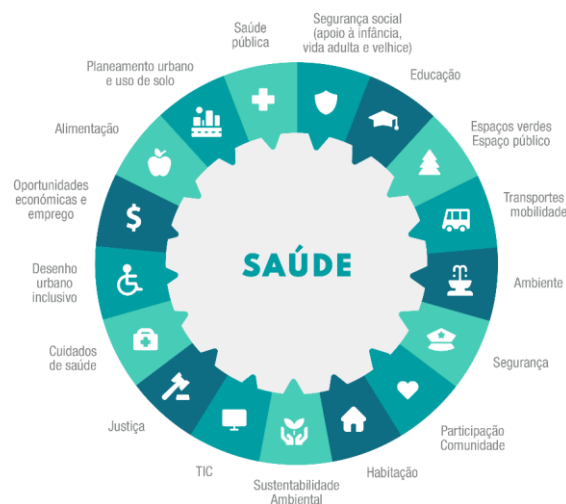


Figura 11. A Abordagem Intersectorial “Saúde em Todas as Políticas”.

Fonte: Universidade de Coimbra e Câmara Municipal de Coimbra (2021). Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra, Volume I - Perfil Municipal de Saúde de Coimbra²⁴.

Por outro lado, a missão da EMS-Penela tem como princípio orientador que as **políticas têm uma dimensão territorial**.

Desta forma, a **missão do município** é definir e executar medidas e ações que promovam o desenvolvimento integrado e sustentável em diferentes áreas de intervenção, constituindo-se como instrumentos de governança que auxilie a articulação com os outros instrumentos de planeamento municipal, regional e nacional.

Assim, EMS-Penela **pretende refletir**:

- Os **problemas e as necessidades de saúde da população**, identificados no respetivo perfil de saúde, bem como as **ações e medidas que respondem a essas prioridades** (Plano de Saúde);
- A **‘abordagem baseada no lugar’**, assente na análise das desigualdades geográficas 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 cultural, económico, social, físico e construído)
- A **abordagem intersectorial** (“Saúde em Todas as Políticas” e “Todas as Políticas na Saúde”), com o envolvimento dos diferentes setores e parceiros (*stakeholders*) que contribuem, direta ou indiretamente, para promover o bem-estar e a equidade em saúde (**Figura 11**);

²⁴ Traduzido e adaptado de Ehlinger, E. (2016). *Health equity and health in all policies approaches in public health policymaking*. 2016 ASTHO Annual Meeting.

- 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, através dos representantes dos 19 municípios**, na identificação dos problemas e necessidades de saúde e na co-produção de soluções;
- A **avaliação e monitorização do impacto das medidas e ações de política na saúde** e na equidade em saúde;
- Identificação dos potenciais **ganhos em saúde**, orientados não só pela **melhoria global da saúde** da população mas também pela **redução das desigualdades internas** (entre municípios, freguesias e grupos populacionais) nos resultados e nos determinantes da saúde.

Neste âmbito, **o município deve assumir o compromisso político** de concretizar todas as ações e medidas, possíveis e ajustadas às suas competências, no sentido de **melhorar a saúde e qualidade de vida** dos seus habitantes, criando condições, nos lugares e contextos, que promovam a equidade e a prosperidade da comunidade.

Assim, e no âmbito da Estratégia Municipal de Saúde, a **Missão** para o município de Penela é que todos os cidadãos e todas as cidadãs possam atingir o potencial máximo de saúde e bem-estar, independentemente da idade, sexo, situação social, económica e do lugar onde residam.

Promover a saúde ao longo da vida e a equidade em saúde, em conjunto com os agentes locais e os cidadãos, através da melhoria contínua das condições do ambiente cultural, social, económico, físico e construído e da criação de oportunidades e recursos para que todos/as, independentemente da situação e lugar onde residem, possam atingir o potencial máximo de saúde e bem-estar.

Desta formulação destaca-se a **melhoria contínua das condições do ambiente (determinantes da saúde) e de acesso aos cuidados de saúde**, na perspetiva da promoção da saúde e prevenção da doença, a que se associa intrinsecamente a necessidade de avaliação. Neste sentido, a monitorização dos indicadores de saúde, que incluem não só os resultados em saúde mas também dos determinantes da saúde, é fundamental para o cumprimento da missão.

4.2 Visão

A visão definida para a Estratégia Municipal de Saúde reflete, por um lado, o **conceito de saúde holístico da Organização Mundial de Saúde (OMS)** (1946)²⁵, - *estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença ou enfermidade* - e, por outro lado, a **visão alargada da promoção da saúde**, plasmada na **Carta de**

²⁵ World Health Organization (WHO) (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.

Ottawa (1986)²⁶, - processo de capacitação das pessoas e das comunidades para atingirem o seu potencial máximo de saúde e bem-estar.

Neste sentido, as populações devem ter acesso a condições, recursos e oportunidades para satisfazerem as suas necessidades, realizarem as suas aspirações, melhorarem os seus comportamentos e/ou adaptarem-se positivamente ao meio onde vivem. Em termos operativos, **a saúde é entendida como um recurso e não como uma finalidade**, dizendo respeito a todos/as e envolvendo diversos setores da sociedade na sua promoção, ultrapassando as barreiras do sector dos cuidados de saúde.

A **Visão** definida para o município de Penela, no âmbito deste Plano, é a seguinte:

Penela, um território inclusivo e inovador, que promove ambientes saudáveis e sustentáveis onde todas as pessoas, têm oportunidade de nascer, crescer e envelhecer com equidade, proximidade e acesso a cuidados de qualidade que asseguram bem-estar, autonomia e envelhecimento saudável (mais anos e com mais saúde).

No centro da visão - **Envelhecimento Saudável** - está o compromisso do município na promoção de condições para a obtenção de ganhos em saúde ao longo da vida sem perder de vista a equidade em saúde.

²⁶ World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*. Ottawa: World Health Organisation.

O município de Penela ambiciona ser um **território de saúde, alicerçado na inovação social e tecnológica, na inclusão e na sustentabilidade**, onde cada pessoa, ao longo de todas as fases da vida, encontra oportunidades para promover o seu bem-estar, prevenir a doença e viver mais anos com qualidade. Pretende-se **garantir um envelhecimento saudável**, sustentado em **políticas integradas de promoção da saúde, prevenção da doença e de proximidade**, ao mesmo tempo que se assegura inovação em **cuidados de saúde de excelência, de reabilitação e de apoio**, promovendo sempre a autonomia das pessoas.

Ou seja, o município de Penela quer ser reconhecido como um território que valoriza a **equidade, a inovação, a solidariedade e a sustentabilidade**, criando condições para que cada cidadão e cidadã viva mais tempo, com mais saúde, dignidade e felicidade.

A Estratégia Municipal de Saúde de Penela, através do presente Plano, contribuiu para este desígnio, baseando-se em **dois grandes domínios de orientação de políticas** – por um lado apostando na **Promoção da Saúde e Prevenção da Doença** e, por outro lado na requalificação dos **Cuidados de Saúde e na Reabilitação**.

Estes domínios são alicerçados em **quatro pilares fundamentais para alcançar a visão estratégica: Território saudável, Comunidade saudável, Comportamento saudável, Governança saudável** (Figura 12).

Esta visão é operacionalizada em **3 eixos estratégicos, 13 objetivos estratégicos, 38 linhas de ação estratégica e 104 ações e medidas**.

<https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf>; Acesso em: 05-08-2024.



Figura 12. Visão da Estratégia Municipal de Saúde de Penela.

Fonte: Equipa de Investigação.

Território saudável, um município que promove a **qualidade do ambiente físico e construído** garantindo que seja limpo, seguro, acessível e sem barreiras, com condições adequadas para a mobilidade pedonal e

ciclável, onde todas as pessoas têm acesso a transporte público, a espaços verdes, a espaços de lazer e de recreio, a habitação adequada, segura e a custos acessíveis e a cuidados de proximidade, de saúde e sociais, que assegurem não só **cuidados preventivos** mas também de **recuperação e reabilitação** em caso de doença ou incapacidade.

Comunidade saudável, um município com uma comunidade e **rede social coesa** onde existem respostas inovadoras (culturais, sociais e tecnológicas) de apoio à família e grupos vulneráveis, (i) onde as pessoas se apoiam mutuamente e participam nos processos de decisão e transformação dos lugares de residência, (ii) onde independentemente da sua idade, género, orientação sexual, etnia, capacidade funcional, nível educacional e estatuto social e económico têm acesso a condições que **protegem a sua saúde e promovem a qualidade de vida**, (iii) onde as pessoas em situação de pobreza e exclusão social são apoiadas e inseridas na comunidade, e (iv) onde redes comunitárias e de cuidadores facilitam o acesso a cuidados continuados e programas de reabilitação social, física e psicológica, assegurando integração e autonomia.

Comportamento saudável, um município que promove a **educação e a literacia para a saúde**, onde todas as pessoas têm acesso a recursos e oportunidades que facilitam e capacitam para a **adoção de comportamentos protetores da saúde**, nomeadamente a prática de atividade física e hábitos de alimentação saudável ao longo da vida, onde as escolas se apresentem como contextos primordiais da promoção da saúde física e mental e da prevenção dos comportamentos aditivos, onde todos os cidadãos e cidadãs têm **acesso a informação** que lhes permite tomar decisões informadas sobre a sua saúde e a gerir de forma adequada a sua doença, incluindo estratégias de autocuidado, adesão terapêutica e programas de reabilitação que **reforcem a autonomia**. A inovação cultural, social e tecnológica deve contribuir para este desiderato.

Governança saudável, um município comprometido em colocar a **saúde no centro de todas as políticas**, que reforça os princípios da liderança colaborativa em saúde, promovendo um modelo de **governança participado e intersetorial**, orientado para a articulação e desenvolvimento de parcerias com os agentes regionais e locais, bem como para o envolvimento dos/as cidadãos/ãs e, ainda, que **avalia e monitoriza os impactos das políticas na equidade em saúde**, incluindo a integração efetiva dos cuidados, continuidade assistencial e reabilitação nos planos e estratégias de saúde regionais e locais.

4.3 Valores

A visão estratégica para a promoção da equidade em saúde e do envelhecimento saudável no município de Penela é orientada por **seis princípios e valores** que enquadram o desenvolvimento das Estratégias:

4.3.1 Saúde no território

A promoção de contextos favoráveis à promoção da saúde da população e ao cuidado e reabilitação deve obedecer a uma abordagem de base territorial através da ação sobre os determinantes da saúde locais - ambiente cultural, social, económico, construído e físico.

A saúde da população está intrinsecamente ligada ao território e às condições dos lugares onde as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, devendo as ações e medidas responder de forma integrada e multidimensional aos problemas identificados no diagnóstico realizado no Perfil Municipal de Saúde de Penela.

4.3.2 Saúde ao longo do ciclo de vida

A promoção da saúde e a prevenção da doença devem ser fomentadas ao longo dos ciclos de vida e considerar os diferentes contextos promotores da saúde (e.g., família, comunidade, escola, trabalho, lazer).

A abordagem ao longo dos ciclos de vida visa otimizar a saúde em todas as etapas da vida (Infância e Juventude, Vida Adulta e Vida Madura), reconhecendo que o percurso individual de saúde não é constante e tem necessidades específicas, e que cada contexto possui fatores protetores que devem ser potenciados mas, também, fatores de risco que devem ser atenuados ou mitigados, de forma precoce, aproveitando as janelas de oportunidade e os avanços associados à inovação social e tecnológica.

A **Figura 13** apresenta a evolução da capacidade funcional e cognitiva e a perda de capital de saúde ao longo do percurso individual de envelhecimento: aumenta na infância, atinge o pico no início da idade adulta e, a partir daí, começa a diminuir. No entanto, a variação do nível cognitivo, da capacidade funcional e da qualidade de vida no processo de envelhecimento é amplamente condicionada por fatores relacionados com os comportamentos ao longo da vida (e.g., dieta alimentar, atividade física, comportamento aditivos) bem como dos fatores ambientais (exposição a condições culturais (incluindo a etnia, religião, entre outras) do ambiente físico, construído e social, desde a vida intrauterina) e, ainda, as oportunidades que resultam da inovação social e tecnológica associadas à melhoria das condições de saúde, individual e da comunidade, e da prestação de cuidados de saúde. O limiar de incapacidade, ou gradiente de declínio, é influenciado, em qualquer idade, por medidas de política pública. A prevenção da doença, através da intervenção sobre os fatores de risco, em cada etapa, é essencial para a promoção da saúde, adiando

(ou protegendo contra) o aparecimento da incapacidade e da doença crónica e degenerativa.

Neste sentido, os municípios e as ULS, através da ação sobre os determinantes da saúde, têm um papel fundamental na criação e transformação de ambientes que promovam um nascimento, crescimento e envelhecimento saudável, potenciando recursos, oportunidades e condições locais que promovam estilos de vida saudáveis.

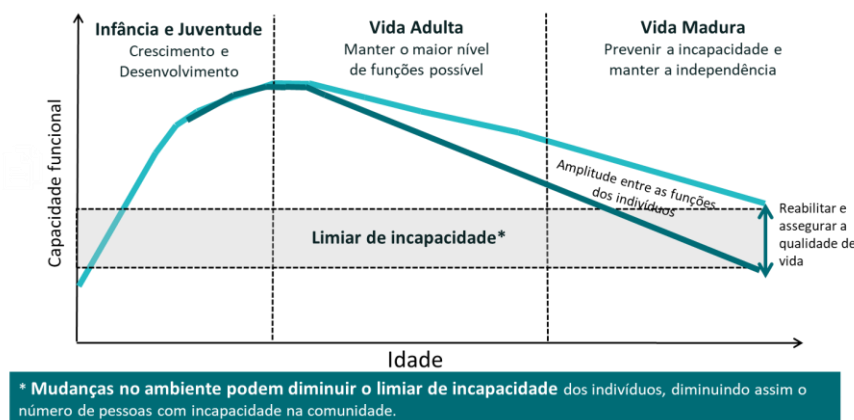


Figura 13. Curva da capacidade funcional ao longo do ciclo de vida.

Fonte: Adaptado e traduzido de WHO (2002)²⁷.

4.3.3 Saúde para todos e todas

As políticas municipais, e respetivas ações e medidas, devem promover o desenvolvimento integrado, sustentável e equitativo e não discriminatório, eliminando desigualdades injustas e evitáveis.

As políticas municipais (onde se incluem as de saúde) devem promover ganhos na equidade em saúde, não só através da melhoria global do estado de saúde das populações mas também da diminuição (eliminação) de barreiras que obstaculizam a equidade em saúde. Ou seja, a equidade em saúde só poderá ser atingida se as políticas públicas contribuírem para eliminar ou mitigar as desigualdades geográficas evitáveis entre municípios e freguesias e entre grupos populacionais, prevenindo potenciais iniquidades. É imperativo “Não deixar ninguém para trás” e “Nenhuma freguesia para trás”.

4.3.4 Saúde participada

A implementação das ações do plano deve traduzir-se num quadro de base local e de co-criação, tendo em conta problemas e necessidades específicas da população que reside em cada território (áreas urbanas, periurbanas e rurais).

A abordagem de base local tem como objetivo desenvolver e fornecer soluções locais para problemas locais, adequando as respostas às necessidades das populações, envolvendo e capacitando as próprias comunidades na construção das soluções, tendo em conta os recursos

²⁷ WHO (2002). Active Ageing: a policy framework. World Health Organization. <<https://iris.who.int/handle/10665/67215>>.

loais e o desenvolvimento e a utilização de ferramentas de inovação cultural, social e tecnológica.

4.3.5 Saúde em todas as políticas

A saúde deve ser colocada no centro de todas as políticas locais e abordada de forma integrada, reconhecendo o contributo e impacto que diferentes sectores e instrumentos de política podem ter na saúde da população e na equidade.

A abordagem intersectorial da “Saúde em Todas as Políticas” é alavancada por um modelo de governança local sustentado na liderança colaborativa e em articulação com os agentes regionais e locais, não só da área da saúde como, também, de outros setores que contribuem, direta ou indiretamente, para melhorar a saúde e a qualidade de vida das populações.

4.3.6 Saúde sustentável

Os municípios estão continuamente atentos aos seus próprios contextos territoriais e também às boas práticas e à inovação, sendo capazes de desenvolver conhecimento para adaptar ou reajustar as ações em implementação, em prol da promoção da saúde e da redução de potenciais desigualdades.

O acompanhamento e avaliação do plano de ação, bem como a monitorização das metas e indicadores associados, devem garantir uma abordagem integrada e sistematizada, que permita ajustar e planificar

novas intervenções de forma sustentável e com base em evidência, acrescentando valor ao que está a ser feito.

5 ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

O estabelecimento de prioridades é fundamental no processo de formulação de políticas e estratégias de atuação no âmbito da saúde. As questões subjacentes a qualquer processo de planeamento e tomada de decisão informada são essencialmente conhecer (i) **quais os problemas que exigem intervenção prioritária** e (ii) **em que territórios** os investimentos devem ser alocados.

Num contexto em que os recursos são frequentemente limitados, a definição de prioridades é muito importante para maximizar o impacto e utilidade das políticas públicas, orientando assim a otimização e a alocação de recursos e a captação de fontes de financiamento adequadas para resolver os problemas identificados. O estabelecimento de áreas prioritárias de intervenção também contribui para a maior sensibilização relativas aos problemas e principais desafios de saúde a nível local, facilitando, por sua vez, o planeamento de ações concretas e a mobilização e colaboração de diferentes atores na sua implementação. Além disso, a definição de **prioridades informa e permite a monitorização e avaliação das ações e intervenções propostas.**

A identificação de áreas prioritárias no âmbito da EMS-Penela seguiu um processo de **análise sistemática e comparativa dos desempenhos dos municípios** e, sempre que possível, à escala das freguesias, **nos indicadores de resultados em saúde e de determinantes da saúde** apresentados no Perfil Municipal de Saúde.

Esta sistematização, apoiada pela elaboração de matrizes de desempenho apoiou, posteriormente, o processo participativo realizado com os municípios - **Workshop de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Municipal: Identificação de Necessidades e Soluções** -, no dia 3 de junho de 2025. Neste workshop, os representantes dos municípios da Região Metropolitana de Coimbra tiveram oportunidade de analisar, refletir e discutir, com base na evidência de base territorial, os principais problemas e necessidades em saúde, como foi referido anteriormente.

A análise permitiu concluir a **heterogeneidade espacial dos problemas** no território, comprovando a **necessidade de adequar as ações e medidas às necessidades específicas dos municípios**. A lista de problemas, objeto de priorização, resulta da pré-seleção e agrupamento de áreas problemáticas ou áreas de preocupação (e respetivas situações críticas nos municípios). Cada problema corresponde a um ou mais indicadores onde foram identificadas situações críticas nos municípios da Região Metropolitana de Coimbra.

O **Quadro 3** apresenta os principais problemas e correspondentes áreas prioritárias de intervenção²⁸.

Como referido anteriormente, a definição das prioridades foi realizada com uma forte **base de evidência geográfica**, alicerçada na **análise das desigualdades existentes entre municípios** nas dimensões e indicadores de

²⁸ Informação mais detalhada pode ser verificada no Anexo e no Perfil Municipal de Saúde, que corresponde ao Volume I da Estratégia Municipal de Saúde de Penela.

resultados em saúde e determinantes da saúde analisados no Perfil Municipal de Saúde.

De seguida é apresentada uma análise de síntese dos problemas, tendo em conta o posicionamento do Município de Penela na Região Metropolitana de Coimbra e as freguesias identificadas como situações críticas nos respetivos indicadores (ponto 5.1).

Quadro 3. Problemas identificados na Região Metropolitana de Coimbra por área de intervenção prioritária.

Problemas	Áreas de intervenção prioritária
Doenças crónicas não transmissíveis (associadas a fatores de risco modificáveis): elevada prevalência de hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade e diabetes <i>mellitus</i> ; elevada taxa de mortalidade por doenças respiratórias e por tumores malignos	1. Doenças, causas de morte e comportamentos
Doença mental: elevada prevalência de perturbações depressivas	
Comportamentos aditivos: elevada prevalência de abuso de álcool; e elevada taxa de mortalidade atribuível ao consumo de álcool e de tabaco	
Cuidados hospitalares: elevada taxa de mortalidade evitável por causas tratáveis e preveníveis	2. Cuidados de saúde
Cuidados primários: infraestruturas e equipamentos a necessitar de modernização e requalificação; número baixo de recursos (médicos/as); elevada taxa de internamentos hospitalares por causas evitáveis por prevenção primária e sensíveis a cuidados de ambulatório	
Condições económicas e sociais: população em situação de vulnerabilidade social e económica, principalmente nas freguesias mais rurais e periféricas (elevado nº beneficiários/as de RSI, CSI, pensões baixas, baixos rendimentos)	3. Vulnerabilidades sociais e económicas
Isolamento social: elevada proporção de população adulta mais velha a viver sozinha	
Escolaridade: baixos níveis de escolaridade	4. Literacia
Habitação: condições deficientes de conforto térmico (elevada proporção de alojamentos sem sistema de aquecimento/ sem ar condicionado); elevada proporção de edifícios com necessidades de reparação	5. Condições habitacionais
Mobilidade: elevada dependência do automóvel privado e baixa utilização de transportes públicos	6. Padrões de mobilidade

5.1 Síntese dos problemas e situações críticas por área de intervenção prioritária²⁹

5.1.1 Doenças, causas de morte e comportamentos

Na dimensão **Resultados em Saúde**, é possível identificar padrões relevantes de desigualdades tanto à escala sub-regional, ou seja, entre municípios de uma mesma região, como à escala intramunicipal, considerando o desempenho das respetivas freguesias. Esta dimensão contempla indicadores de mortalidade e de prevalência de doenças crónicas.

No que respeita à **mortalidade prematura e evitável (prevenível e tratável)**, o município de Penela apresenta resultados menos favoráveis face à média da Região Metropolitana de Coimbra. Observam-se assimetrias significativas entre freguesias: Cumeieira e a UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal registam valores superiores à média do município, enquanto Espinhal e Podentes apresentam valores inferiores no que se refere à mortalidade prematura. Relativamente à mortalidade evitável, todas as freguesias, exceto Podentes, apresentam taxas acima dos valores médios do município. No caso particular de Podentes, os valores observados em todos os indicadores analisados situam-se abaixo da média regional, o que contrasta positivamente com o padrão global. Este cenário **evidencia fragilidades no acesso e na resposta atempada e eficaz dos serviços de saúde, sugerindo a necessidade de reforçar a cobertura e a equidade territorial na prestação de cuidados**.

Relativamente à **mortalidade atribuível ao consumo de álcool**, o município de Penela apresenta uma **taxa superior à média da Região Metropolitana**

de Coimbra, evidenciando um padrão desfavorável comum a três das quatro freguesias: Cumeieira (45,1), Espinhal (44,0) e UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal (36,9 óbitos por 100.000 habitantes). No que respeita à **mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de tabaco**, a situação é **igualmente menos favorável**, embora com uma distribuição territorial mais restrita: apenas a UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal (46,4) e Podentes (37,4 óbitos por 100.000 habitantes) registam valores superiores à média regional. Os dados sugerem que o consumo de substâncias com impacto negativo na saúde, nomeadamente álcool e tabaco, permanece um fator de risco no município, reforçando a necessidade de implementar estratégias locais de prevenção e de promoção de estilos de vida mais saudáveis.

A análise da **mortalidade por causas específicas** revela que, apesar da tendência de diminuição das taxas associadas a **tumores malignos, doenças do sistema circulatório e doenças respiratórias**, estes três grupos continuam a ser responsáveis pela maioria dos óbitos, tanto no município de Penela como na Região Metropolitana de Coimbra. No município, as taxas de mortalidade por doenças respiratórias e por tumores malignos são superiores às médias regionais, evidenciando fragilidades nestas áreas. À escala das freguesias, destacam-se negativamente a UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal, no caso das doenças respiratórias (149,8 óbitos

²⁹ A informação relativa aos indicadores (organizados por dimensões) pode ser verificada nos quadros constantes no Anexo I. Para mais detalhe, consultar o Perfil da Saúde, Volume I da Estratégia Municipal de Saúde.

por 100.000 habitantes), Cumeieira e Espinhal nas doenças do sistema circulatório (235,2 e 309,8 óbitos por 100.000 habitantes) e Cumeieira e Podentes nos tumores malignos (241,6 e 264,2 óbitos por 100.000 habitantes), todas com valores acima da média municipal. Estes resultados sublinham a necessidade de reforçar a prevenção e o acompanhamento clínico nestas áreas, em particular junto das populações mais envelhecidas e vulneráveis.

No que respeita à **prevalência de doenças crónicas e de fatores de risco**, a análise comparativa dos principais diagnósticos evidencia, no município de Penela, a relevância de cinco patologias principais: **hipertensão arterial** (32,8%), **alterações do metabolismo dos lípidos** (31,7%), **perturbações depressivas** (17,5%), **obesidade** (16,9%) e **diabetes mellitus** (11,6%). Estas cinco patologias são igualmente as mais prevalentes tanto nas unidades de cuidados de saúde primários que integram a ULS de Coimbra como no conjunto da Região Metropolitana de Coimbra, embora a respetiva ordem de importância apresente algumas diferenças. Em Penela, a patologia dominante é a hipertensão arterial, com uma prevalência superior à observada na ULS de Coimbra (26,1%) e na Região Metropolitana de Coimbra (26,4%). Em contraste, na maioria dos municípios da ULS de Coimbra e na Região Metropolitana de Coimbra, a patologia mais prevalente corresponde às alterações do metabolismo dos lípidos (31,8% e 32,2%, respetivamente), que em Penela surge em segundo lugar, ainda assim com um valor elevado e próximo dos territórios de referência.

Os **internamentos hospitalares por causas evitáveis** — tanto os **preveníveis por intervenções primárias** como os **sensíveis a cuidados de ambulatório** — mantêm-se elevados no município de Penela, situando-se acima da média da Região Metropolitana de Coimbra. Destacam-se negativamente as freguesias de Cumeieira e Espinhal, que apresentam taxas muito elevadas de internamentos, tanto por causas preveníveis através de intervenções

primárias (1.554,0 e 830,6 por 100.000 habitantes) como por causas sensíveis aos cuidados de ambulatório (3.309,4 e 2.890,4 por 100.000 habitantes).

Na dimensão **Comportamentos aditivos**, os dados mais recentes (2023) relativos ao diagnóstico de **abuso de álcool** e ao **consumo de tabaco** evidenciam um posicionamento diferenciado do município de Penela face à média da Região Metropolitana de Coimbra. Nesse ano, os registos das unidades de Cuidados de Saúde Primários do município contabilizavam 3,9% de utentes com 15 ou mais anos diagnosticados com abuso agudo ou crónico de álcool e 10,8% de utentes fumadores. A comparação com a Região Metropolitana de Coimbra revela um desempenho menos favorável no que respeita ao abuso de álcool (3,9% em Penela, face a 2,3% na Região Metropolitana de Coimbra) e, inversamente, um desempenho mais favorável no consumo de tabaco, cuja prevalência no município é inferior à observada no conjunto regional (12,6%). Importa, contudo, considerar que a prevalência reportada está condicionada pela inscrição nos cuidados de saúde primários e pela identificação formal dos comportamentos nos registos clínicos, podendo, portanto, subestimar a realidade em contextos onde a relação com os serviços de saúde é mais esporádica.

Em síntese, **no município de Penela persistem desigualdades territoriais e fragilidades na prevenção e no controlo das doenças crónicas**. As taxas elevadas de mortalidade evitável e de internamentos por causas preveníveis evidenciam a necessidade de reforçar os cuidados de saúde primários e a equidade territorial. Apesar de alguns progressos nos comportamentos aditivos, mantêm-se desafios estruturais que exigem uma resposta integrada e centrada na prevenção.

5.1.2 Cuidados de saúde

A análise da matriz de indicadores na dimensão dos **Cuidados de Saúde** no município de Penela permite evidenciar **desigualdades significativas** no seu território, quer ao nível das **instalações e equipamentos, disponibilidade de recursos humanos e infraestruturas**, quer em termos de **utilização efetiva dos serviços**.

Cuidados de Saúde Primários

No que respeita à infraestrutura física das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários, destacam-se as **condições do edifício** implícitas à época de **construção ou remodelação**. O município de Penela gere apenas um edifício afeto à prestação destes cuidados, localizado na sede deste, onde funcionam as diferentes estruturas organizacionais (nomeadamente uma USF, uma UCC e o CAC). Construído em 1999, este edifício posiciona o município no grupo dos que, na Região Metropolitana de Coimbra, apresentam **infraestruturas com 20 ou mais anos**.

Relativamente ao **estado de conservação das instalações** de CSP, a avaliação realizada pelo município classificou-o como globalmente **mau**, particularmente no que respeita à cobertura, fachada e revestimentos. Para melhorar as condições de funcionamento do edifício, encontra-se previsto um projeto de requalificação integral (à data do questionário em fase de contratualização), financiado pelo PRR.

A **acessibilidade às instalações de CSP por transporte público diário** foi considerada pelo município como **razoável**, em contraste com a **acessibilidade rodoviária**, classificada como **boa** devido à proximidade dos principais eixos viários da região.

A avaliação realizada pelo município concluiu que a **disponibilidade de estacionamento é adequada**, tanto para os utentes como para os profissionais.

A **acessibilidade geográfica** aos cuidados de saúde é globalmente **boa** no município de Penela. Considerando a utilização de automóvel: cerca de **87% da população reside a uma distância igual ou inferior a 10 minutos** do centro de saúde, e o valor aproxima-se dos 100% quando se considera um limite de 15 minutos. A UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal apresenta os menores tempos médios ponderados de deslocação, inferiores ou iguais a 10 minutos, uma vez que é nesta freguesia que se localiza o centro de saúde. Já o setor Sudeste, correspondente à freguesia de Espinhal (território da Serra do Espinhal), evidencia a pior acessibilidade, com tempos que podem ultrapassar os 25 minutos de viagem em automóvel, refletindo a sua localização periférica e os constrangimentos físicos do território.

A **disponibilidade de médicos/as e enfermeiros/as nos CSP** constitui um dos primeiros indicadores desta análise, sendo a percentagem da população sem médico/a de família atribuído/a um dos mais expressivos de desigualdade estrutural. No município de Penela, este indicador revela uma situação particularmente favorável, com praticamente cobertura total: apenas **0,9% dos/das utentes inscritos/as não dispõe de médico/a de família atribuído/a**.

O número de **médicos/as de Medicina Geral e Familiar** por mil utentes é geralmente reduzido em toda a Região Centro, não constituindo o município de Penela uma exceção. O rácio local é de **0,64 médicos/as por mil utentes**, valor ligeiramente superior à média regional (0,61). Já no caso dos/as **enfermeiros/as**, a situação é mais favorável, com **1,12 profissionais por mil utentes** face a 0,81 na região, embora este valor, ainda que superior, possa

não ser suficiente para assegurar uma resposta de proximidade e o acompanhamento contínuo de doentes crónicos.

Ao nível da utilização dos cuidados de saúde primários, o número médio de **consultas de Medicina Geral e Familiar** por utente é superior no município de Penela, ultrapassando as quatro consultas anuais, valor acima da média registada na ULS de Coimbra (3,6).

A análise evidencia que o município de Penela apresenta um desempenho globalmente favorável em vários indicadores de saúde, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde primários, com quase total cobertura por médico/a de família e uma frequência de consultas superior à média regional. Contudo, as infraestruturas afetas aos CSP revelam fragilidades no estado de conservação, exigindo investimentos já programados pelo município.

Cuidados hospitalares e continuados

Em relação às **consultas externas hospitalares e à utilização dos serviços de urgência**, o município de Penela apresenta **rácios superiores aos da Região Metropolitana de Coimbra**: 1,45 e 0,62, respetivamente, face a 1,24 e 0,45. Destaca-se freguesia de Espinhal com valores ligeiramente mais altos, quer de consultas externas (1,53 por habitante) quer de episódios de urgência geral (0,65 por habitante). Embora a maior frequência de consultas possa traduzir uma boa acessibilidade geográfica às unidades de saúde, poderá igualmente refletir perfis de maior necessidade assistencial, dado que a elevada taxa de cobertura por médico/a de família sugere já um bom acesso a cuidados de saúde primários.

Globalmente, a **acessibilidade do território municipal a cuidados hospitalares é boa**, dada a proximidade geográfica a que se encontra dos principais hospitais da região. **Cerca de 99% da população reside a menos de 40 minutos de automóvel do hospital público mais próximo** com serviço

de urgência, sendo que 43,9% reside em freguesias em que esta distância é igual ou inferior a 30 minutos.

No que respeita à **utilização dos serviços de urgência**, a razão entre o total de consultas externas e o número de episódios de urgência registados por utentes residentes no município é de **2,5 consultas externas por cada episódio de urgência**, valor inferior ao observado na Região Metropolitana de Coimbra (2,8). Apenas a UF São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal regista um rácio inferior à média local e regional. Quanto à frequência de utilização, cerca de **2,3 em cada 100 utentes** residentes no município de Penela recorreram ao serviço de urgência **mais de quatro vezes** durante um mesmo ano, com destaque para os residentes da freguesia de Espinhal, que apresentam a maior taxa de utilização. Estes valores, superiores à média regional (1,5), sugerem um padrão de utilização mais intensivo dos serviços de urgência.

A capacidade instalada da **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)** no município de Penela é assegurada por **6 Equipas de Cuidados Continuados Integrados, 8 camas em Residência de Apoio Moderado, 12 camas em Residência de Treino de Autonomia 60 camas em Unidade de Longa Duração e Manutenção e 30 camas em Unidade de Média Duração e Reabilitação**. Este nível de resposta coloca o município numa posição favorável face à maioria dos municípios da Região Metropolitana de Coimbra.

Do ponto de vista preventivo, **os indicadores de rastreio evidenciam uma cobertura desigual** dos diferentes grupos populacionais. No município de Penela, o rastreio do cancro da mama apresenta uma taxa superior a 73% e o rastreio do cancro do colo do útero abrange 73% das mulheres elegíveis, valores que colocam o município numa posição favorável face ao conjunto da Região Metropolitana de Coimbra. Já o rastreio do cancro do cólon e reto regista cerca de 66% de cobertura dos utentes elegíveis, revelando alguma

fragilidade na prevenção deste tipo de patologia. Estes resultados sublinham a necessidade de reforçar a adesão aos programas de rastreio populacional, enquanto ferramenta essencial de prevenção e deteção precoce da doença.

5.1.3 Vulnerabilidades sociais e económicas

A análise dos indicadores na dimensão **Demografia** permite traçar um **quadro territorial de assimetrias estruturais** em termos de composição populacional, envelhecimento, isolamento da população adulta mais velha e densidade demográfica.

A **população residente no município de Penela concentra-se maioritariamente na UF São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal**, que se destaca pela maior densidade demográfica, ainda que esta permaneça bastante abaixo da média regional dos centros urbanos. Nas restantes freguesias, o padrão de baixa densidade populacional é ainda mais acentuado, com valores significativamente inferiores à média regional e populações residentes inferiores a mil habitantes, aproximando-se dos perfis típicos dos concelhos rurais do interior da região. Esta realidade traduz uma situação de vulnerabilidade em termos de massa crítica para a prestação de serviços, sustentabilidade económica e renovação geracional.

O **índice de envelhecimento demográfico** — que expressa o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 jovens — é um dos indicadores mais reveladores das diferenças entre territórios centrais e periféricos, refletindo também contrastes internos no município de Penela. O **valor global do município (306) é superior ao registado na Região Metropolitana de Coimbra (244)** e revela intensidades distintas entre freguesias, variando entre um mínimo de 297 na UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal e

um máximo de 344 em Cumeieira. Estes resultados acentuam uma fragilidade acrescida em termos de sustentabilidade demográfica.

A **solidão e o isolamento no envelhecimento** constituem também um traço relevante na análise demográfica do município de Penela. A proporção de residentes com 65 e mais anos a viver sozinhos é de 23,3%, valor superior à média da Região Metropolitana de Coimbra (21,1%). A análise por freguesia revela alguma homogeneidade, ainda que a freguesia de Cumeieira apresente uma incidência ligeiramente superior (25,7%). Esta realidade traduz uma maior vulnerabilidade associada às áreas menos densamente povoadas, onde a prevalência de idosos a viver sozinhos é mais elevada, reforçando a importância de respostas de proximidade e de apoio social continuado.

Os dados relativos à dimensão **Condições económicas e sociais** permitem identificar, com clareza, um conjunto de **disparidades territoriais** que atravessam os domínios do **rendimento**, da **dependência das prestações sociais** e da **vulnerabilidade da população adulta mais velha**. Estes indicadores constituem uma base essencial para compreender os **determinantes sociais que moldam as condições de vida da população** e que, a médio prazo, **influenciam negativamente a saúde** e a coesão territorial.

O número de beneficiários/as do **Rendimento Social de Inserção (RSI)** por mil habitantes **no município de Penela é inferior à média regional** (10,1‰ face a 19,4‰, em 2023), evidenciando um nível de vulnerabilidade social mais reduzido do que o observado na Região Metropolitana de Coimbra. A análise por freguesia destaca Podentes, que apresenta a incidência mais elevada, com cerca de 15 beneficiários por cada mil habitantes. Nas restantes freguesias, os valores situam-se próximos da média municipal ou revelam-se significativamente inferiores. Estes resultados apontam para

uma situação globalmente mais favorável, mas com desigualdades internas que justificam atenção específica a territórios mais vulneráveis.

No que respeita aos beneficiários/as de **subsídio de desemprego**, o **município de Penela apresenta um rácio mais favorável** do que a média regional no grupo etário dos 15 aos 70 anos (21,9 por mil habitantes face a 36,4). Contudo, uma taxa de desemprego inferior não deve ser interpretada automaticamente como sinal de robustez económica. Pelo contrário, poderá estar associada ao despovoamento e ao peso crescente da população inativa, sobretudo reformada, mais do que a um verdadeiro dinamismo do mercado de trabalho local.

Os dados relativos aos/às beneficiários/as do **Complemento Solidário para Idosos (CSI)**, apoio destinado a pensionistas com rendimentos muito reduzidos, mostram que em 2023 o município de Penela registava cerca de 93 beneficiários/as por mil habitantes, valor superior à média observada na Região Metropolitana de Coimbra. A análise por freguesias evidencia, contudo, um **padrão de vulnerabilidade desigual**: Cumeeira destaca-se com mais de 100 beneficiários por mil habitantes, o que significa que mais de 10% da população com 66 ou mais anos depende desta prestação para garantir um nível mínimo de dignidade económica, refletindo uma situação particularmente grave de pobreza entre a população idosa. Nas restantes freguesias, o número de beneficiários é semelhante ou inferior à média municipal. Este cenário reforça a necessidade de políticas e intervenções socialmente direcionadas e territorialmente adaptadas, capazes de responder às fragilidades específicas do município.

A leitura do **ganho médio mensal** no município de Penela (1.097 euros, em 2022) evidencia um posicionamento abaixo dos principais polos urbanos da região, como Coimbra ou Figueira da Foz, aproximando-se de padrões mais característicos de municípios de menor dimensão e perfil rural. Este valor reflete a predominância de contextos laborais mais frágeis e uma maior

dependência de prestações sociais. No que respeita ao **valor médio das pensões da Segurança Social**, o município de Penela (4.692 euros anuais em 2022) apresenta-se abaixo da média da Região Metropolitana de Coimbra. Este montante permanece inferior ao limiar de pobreza definido para agregados unipessoais, o que significa que, na ausência de outras fontes de rendimento, **uma parte significativa da população reformada depende de apoios complementares ou de redes familiares informais para assegurar as suas necessidades básicas**.

Por fim, o **Índice de Vulnerabilidade Energética Municipal** apresenta uma singular homogeneidade estatística, com valores de 0,2 na quase totalidade dos municípios, situando-se o município de Penela ligeiramente acima (0,201). Esta uniformidade não permite, à partida, uma análise diferenciada com base nos dados disponíveis. Contudo, a aparente estabilidade pode ocultar **realidades contrastantes no acesso a sistemas de aquecimento**, eficiência energética das habitações e **custos energéticos** suportados pelas famílias mais pobres. No caso específico de Penela, este quadro torna-se mais evidente se se considerar que cerca de 10% dos agregados domésticos privados (227 consumidores em 2024) beneficiam da tarifa social de energia elétrica, revelando a expressão da pobreza energética no município.

5.1.4 Literacia

A análise dos indicadores da dimensão **Educação**, permite traçar um retrato das desigualdades com impacto direto na saúde dos residentes dos municípios da Região Metropolitana de Coimbra. Esta dimensão, que integra indicadores de escolaridade e taxa de analfabetismo, revela **diferenças marcadas entre territórios urbanos e periféricos**, entre centros de serviços e áreas de despovoamento, com consequências significativas na **capacidade de prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis**.

No que respeita ao **nível de escolaridade da população**, os dados de 2021 revelam assimetrias marcadas no interior do município de Penela. Globalmente, **14% da população residente concluiu o ensino superior**, um valor abaixo da média da Região Metropolitana de Coimbra (23%). No entanto, a análise por freguesias evidencia alguns contrastes: a freguesia de Podendes apresenta a taxa mais elevada (18%), seguida da UF de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal (15%), enquanto a freguesia de Cumeieira regista 12%, refletindo um perfil de qualificação mais baixo e maior vulnerabilidade social.

No segmento da **população com apenas o ensino básico completo**, o município apresenta um valor superior ao da Região Metropolitana de Coimbra (55% face a 48%). Observam-se, contudo, algumas disparidades internas, com valores que variam entre um máximo de 57% na freguesia de Cumeieira e um mínimo de 52% em Podentes. Estes resultados, todos acima da média regional, sugerem trajetórias de menor acesso a percursos educativos completos e a **perpetuação de desvantagens ao nível da literacia funcional e em saúde**.

A **taxa de analfabetismo** reforça esta leitura: o valor global do município (4,8%) situa-se mais de um ponto percentual acima da média da Região Metropolitana de Coimbra, evidenciando a persistência de desigualdades relevantes. Estas são particularmente acentuadas nas freguesias de Cumeieira e Espinhal, onde mais de 6% da população residente permanece analfabeta — um sinal de fragilidade estrutural que afeta sobretudo a população mais envelhecida.

Em síntese, o perfil educativo do município de Penela revela um **território globalmente menos qualificado** do que a média regional. Os níveis de escolaridade inferiores e as taxas ainda elevadas de analfabetismo, sobretudo nas freguesias mais envelhecidas e periféricas, traduzem fragilidades persistentes no acesso à educação e nas oportunidades de

aprendizagem ao longo da vida. Esta realidade compromete não apenas as oportunidades de emprego e rendimento, mas também a **capacidade de compreensão da informação em saúde e a adesão a comportamentos preventivos**, constituindo um desafio central para a coesão social e territorial do município.

5.1.5 Condições habitacionais

A leitura da matriz de indicadores da dimensão **Habitação** no município de Penela evidencia fragilidades relevantes no que respeita às **condições físicas do parque habitacional** e à sua **adequação às exigências de conforto e eficiência térmica**.

Os três indicadores disponíveis - **ausência de sistemas de aquecimento**, **ausência de ar condicionado** e **estado de conservação dos edifícios** - oferecem uma base empírica sólida para a análise da **precariedade habitacional**, especialmente relevante **num contexto de envelhecimento populacional, vulnerabilidade energética e alterações climáticas** (aumento da intensidade, frequência e severidade de vagas de frio e ondas de calor). O primeiro indicador — alojamentos sem aquecimento — evidencia, no município de Penela, uma proporção ainda elevada de habitações sem qualquer sistema adequado de aquecimento (18%), capaz de garantir conforto térmico durante o inverno. A situação é particularmente gravosa nas freguesias de Espinhal e Podentes, onde os valores ultrapassam a média registada na Região Metropolitana de Coimbra (20%). A **ausência de sistemas de ar condicionado**, embora não seja, por si só, um indicador de vulnerabilidade, pode adquirir relevo se conjugada com episódios de calor extremo e populações frágeis. À semelhança dos restantes municípios da Região Metropolitana de Coimbra, Penela apresenta valores muito elevados neste indicador, com **90% das habitações sem este tipo de equipamento**. Tal situação evidencia uma reduzida preparação para enfrentar ondas de

calor, cuja frequência e intensidade tenderão a aumentar no contexto das alterações climáticas. O **estado de conservação dos edifícios** completa o retrato de fragilidade nesta dimensão. Este indicador mede a percentagem de **edifícios com necessidades de reparação médias a profundas**, isto é, edifícios que, embora habitados, exigem intervenções significativas ao nível da cobertura, das fachadas ou das instalações básicas. No município de Penela, cerca de **39% do edificado** encontrava-se, em 2021, nesta situação de maior degradação, valor que supera a média regional (18%). Esta realidade não só compromete as condições de habitabilidade e segurança, como também pode ter **impactos negativos na saúde e no bem-estar das populações**, reforçando a necessidade de intervenções de reabilitação urbana que promovam condições habitacionais mais saudáveis e resilientes.

5.1.6 Padrões de mobilidade

No município de Penela, os padrões de deslocação revelam desafios comportamentais significativos, que apontam para a persistência de **padrões de mobilidade pouco sustentáveis**

Na dimensão **Mobilidade**, os dados relativos aos meios de transporte utilizados nos movimentos pendulares confirmam a **predominância do automóvel particular como principal meio de deslocação no município de Penela**. Tal como se verifica a nível regional, mais de três em cada quatro residentes (77%) utilizam o carro para as suas deslocações entre casa e o local de trabalho ou de estudo. Considerando a duração dos movimentos pendulares, a população residente demora, em média, de 18,4 minutos nas suas deslocações diárias para trabalhar ou estudar, sendo ligeiramente inferior ao tempo médio registado na Região Metropolitana de Coimbra (18,6 minutos). Analisando o território municipal, o tempo médio de deslocação varia ligeiramente: entre os 16 os 22 minutos. Em contrapartida, **os transportes públicos representam uma fração muito reduzida das**

escolhas modais, praticamente residual, sendo **utilizados por apenas 7% da população** residente no município. Territorialmente, observam-se algumas **variações geográficas**. Por exemplo, a freguesia da Cumeieira apresenta a maior proporção no uso do automóvel (82%) e, em sentido oposto, a menor utilização do transporte público (5%). Por seu turno, a freguesia de Podentes, no setor Norte, apresenta a proporção mais elevada na utilização do transporte público (10%). A **utilização de modos suaves — que inclui a deslocação a pé e em bicicleta** — é igualmente reduzida no município de Penela, abrangendo cerca de 12% da população residente, valor alinhado com a média regional.

5.1.7 Riscos ambientais

Na dimensão **Poluição do ar e resíduos**, as **emissões de poluentes atmosféricos** — nomeadamente partículas em suspensão (PM10 e PM2.5) e óxidos de azoto — evidenciam a **concentração dos principais impactos ambientais negativos**. No município de Penela, contudo, o cenário é mais favorável, posicionando-se entre os territórios com menores níveis de emissões da Região Metropolitana de Coimbra. As partículas inaláveis PM10 constituem o principal poluente, sendo o uso de solventes a principal fonte de emissão identificada.

No que se refere à **gestão de resíduos**, o município de Penela apresentava em 2022 um sistema assente sobretudo na **valorização multimaterial** (56,7%), na **deposição em aterro** (25,8%) e na **valorização orgânica** (17,4%). Em comparação com a Região Metropolitana de Coimbra, o desempenho do município é mais favorável no que respeita à deposição em aterro — com valores mais baixos — e à valorização multimaterial — com valores mais elevados. Já no que toca à valorização energética de resíduos, esta continua a ser inexistente, tanto no município como no conjunto da região.

6 EIXOS, OBJETIVOS E LINHAS DE AÇÃO ESTRATÉGICA

No contexto atual de profundas transformações demográficas, com destaque para o acentuado envelhecimento da população da Região Metropolitana de Coimbra e do município de Penela, bem como ao crescimento dos movimentos migratórios, torna-se fundamental adotar uma abordagem integrada que **articule a prevenção e a promoção da saúde com a prestação de cuidados de proximidade e a reabilitação funcional e cognitiva das populações**. Esta perspetiva, sistémica e de respostas integradoras, permitirá melhorar a qualidade de vida, autonomia e bem-estar das pessoas ao longo de todos os ciclos de vida (Infância e Juventude, Vida Adulta e Vida Madura) mas, ainda, contribuirá para responder aos desafios da crescente longevidade da população, potencialmente associados a uma maior carga de doença e de dependência de cuidadores e de instituições, públicas e privadas, que desenvolvam a sua atividade no sector da saúde e da segurança social, essencialmente.

A articulação **Estratégia Municipal de Saúde de Penela (EMS-Penela)** com Estratégia Supramunicipal revela-se essencial, uma vez que **muitos determinantes da saúde, e dos fatores de vulnerabilidade a eles associados, ultrapassam as fronteiras administrativas de cada município, exigindo respostas coordenadas**. Só através da **cooperação intermunicipal** é possível criar massa crítica e otimizar recursos que permitam encontrar caminhos (e soluções) para combater as desigualdades territoriais injustas e evitáveis, contribuindo para a promoção da equidade no acesso a recursos e oportunidades no domínio da saúde. Além disso, a escala supramunicipal permite **alinhar políticas públicas, serviços de saúde, respostas sociais e intervenções comunitárias**, assegurando maior eficiência, impacto e sustentabilidade.

A **CIM-RMC** posiciona-se, assim, como **articuladora, capacitadora e promotora** de uma resposta integrada da saúde, sem substituir os municípios ou os serviços de saúde, mas criando escala e coerência regional.

É neste enquadramento que a EMS-Penela encontra o seu lugar e valor acrescentado: ao mesmo tempo que responde às especificidades do território e da população local — nomeadamente às desigualdades entre freguesias, à pressão do envelhecimento e às carências em determinadas respostas de proximidade —, beneficia da articulação supramunicipal para reforçar a capacidade de intervenção, captar recursos adicionais, desenvolver soluções partilhadas e alinhar-se com objetivos regionais mais amplos.

A Estratégia Supramunicipal de Saúde da Região Metropolitana de Coimbra constitui uma oportunidade para **transformar os desafios em oportunidades de inovação, social e tecnológica, e de reforço da coesão territorial**, contribuindo para a afirmação de uma Região mais saudável, inclusiva e preparada para enfrentar as exigências futuras. Esta **visão é igualmente partilhada pela EMS-Penela**, que encontra na abordagem regional um enquadramento e uma orientação para as suas próprias prioridades locais.

A visão enunciada parte do princípio de que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo por isso fundamental agir em diferentes frentes: **prevenção, promoção, cuidados de proximidade e reabilitação funcional e cognitiva**. É nesse quadro que se estruturam os três eixos estratégicos da Estratégia Supramunicipal de Saúde da Região Metropolitana de Coimbra — **Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, Cuidar e Reabilitar Pessoas e**

Territórios e Governança, Liderança e Comunicação — que funcionam também como referência para alinhar e articular as respostas municipais.

No município de Penela, esta partilha de princípios traduz-se na adoção da mesma lógica integrada e sistémica, reforçando a coerência entre políticas locais e regionais e garantindo a complementaridade entre serviços de saúde, respostas sociais e iniciativas comunitárias. Os objetivos estratégicos e as linhas de ação definidos à escala supramunicipal orientam também a atuação municipal, permitindo transformar a visão em metas concretas, mensuráveis e ajustadas às necessidades da população local, ao mesmo tempo que asseguram a articulação com os parceiros institucionais e a participação ativa da comunidade.

Assim, a **EMS-Penela** estrutura-se nos mesmos **três Eixos Estratégicos** complementares, que refletem uma **visão sistémica e complexa da saúde**, com respostas integradas aos **desafios atuais e futuros da saúde pública** e comunitária:

- **Eixo 1 - Prevenção da Doença e Promoção da Saúde**
- **Eixo 2 - Cuidar e Reabilitar Pessoas e Territórios**
- **Eixo 3 - Governança, Liderança e Participação**

O primeiro eixo foca-se na prevenção da doença e na promoção da saúde ao longo de todas as fases da vida; o segundo incide na prestação de cuidados e na reabilitação em situações de doença aguda ou crónica, bem como de fragilidade física e cognitiva; e o terceiro reforça a importância da governança, liderança e comunicação, assegurando a coordenação municipal e a participação ativa de todos os atores relevantes no território.

Cada eixo é operacionalizado por objetivos estratégicos e linhas de ação que orientam a implementação da EMS-Penela. Os objetivos traduzem a visão em metas estratégicas, mensuráveis e ajustadas às necessidades da população, enquanto as linhas de ação definem os “caminhos práticos” para

a sua concretização. Desta forma, a EMS-Penela garante a coerência entre políticas locais e regionais, promove a articulação com os diferentes parceiros institucionais e assegura a participação ativa da comunidade, criando bases sólidas para um município mais saudável, inclusivo e resiliente.

No seu conjunto, esta convergência de valores e orientações entre a estratégia supramunicipal e a municipal promove maior eficiência, impacto e sustentabilidade, potenciando a construção de uma **Penela** — e de uma Região Metropolitana de Coimbra — **mais saudável, inovadora, inclusiva e resiliente.**

6.1 Eixo 1. Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

Reforçar a prevenção da doença e a promoção da saúde ao longo dos ciclos de vida, assegurando o acesso a oportunidades de bem-estar através da criação de ambientes resilientes, seguros, inclusivos e saudáveis

O **Eixo 1 – Prevenção da Doença e Promoção da Saúde** visa garantir que todas as pessoas, ao longo dos ciclos de vida, possam usufruir de oportunidades para viver mais tempo com saúde e qualidade de vida. Este eixo privilegia a equidade em saúde, contribuindo para reduzir desigualdades injustas e evitáveis, através da promoção de ambientes mais resilientes, seguros e inclusivos. Os objetivos estratégicos dirigem-se, essencialmente, ao reforço de programas de literacia em saúde e de adoção de comportamentos saudáveis. A complexidade inerente à execução das medidas e ações neste eixo, exige a articulação entre diversos atores, incluindo os que desenham e implementam políticas públicas intersectoriais, os prestadores de cuidados e, ainda, o envolvimento e a participação ativa da comunidade em geral. Em síntese, a visão sistémica da saúde ao longo da vida e a complexidade inerente à promoção do envelhecimento ativo, criativo e saudável consubstancia-se na melhoria das condições do ambiente social, físico e construído, numa análise multinível e multissetorial.

Este eixo pretende contribuir, de forma integrada, para metas estratégicas relacionadas com os atuais desafios da região em termos de resultados em saúde, como reduzir a mortalidade evitável por causas preveníveis e

tratáveis e reduzir os fatores de risco das doenças mais prevalentes, assegurando que ninguém fica excluído do acesso a oportunidades, recursos e cuidados de saúde, independentemente do local onde vive (**Quadro 4**).

A operacionalização deste eixo assenta num conjunto de **5 objetivos estratégicos** (OE), que estruturam as prioridades de ação e orientam **22 linhas de ação estratégica** (LA) e **56 ações** (A) que estruturam um quadro coerente de intervenção ao nível municipal (**Quadro 5**).

O **OE 1.1 - Reforçar a literacia em saúde e capacitar a população para escolhas informadas, comportamentos responsáveis e estilos de vida saudáveis** constitui a base de todas as políticas de promoção da saúde. A literacia em saúde é entendida como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade que cada pessoa tem para melhor compreender e usar a informação, com o objetivo de manter ou promover a saúde física e mental. Níveis inadequados de literacia em saúde resultam em menos hipóteses de escolhas saudáveis, maior prevalência de comportamentos de risco, piores resultados em saúde, maior carga de doença, menor autonomia e mais episódios de hospitalização, com as respetivas consequências sociais e económicas, tanto para as pessoas como para a sociedade.

A concretização deste objetivo desenvolve-se em três linhas de ação. A primeira, relativa à **educação em saúde ao longo da vida**, aposta na integração da literacia em saúde nos diferentes contextos educativos e formativos, desde as escolas até às academias séniores, complementando

com iniciativas dirigidas a famílias e locais de trabalho. A segunda, centrada na **capacitação comunitária e de proximidade**, promove a criação de agentes locais de saúde, oficinas comunitárias e programas de envolvimento direto com a população mais frágil e vulnerável (e.g., mais velha e imigrantes), adaptados às especificidades do território. A terceira linha de ação dedica-se à **comunicação**, assegurando o desenvolvimento de plataformas digitais inclusivas, campanhas regulares e conteúdos acessíveis e validados, capazes de mobilizar diferentes públicos-alvo e reduzir desigualdades de acesso à informação em saúde, com especial destaque para imigrantes recém-chegados ao País.

O **OE 1.2 - Reduzir os principais fatores de risco associados a doenças crónicas**, é um dos maiores desafios de saúde pública, pela associação estatística com a elevada prevalência de doenças crónicas, nomeadamente cardiovasculares, diabetes, obesidade e problemas de saúde mental.

Este objetivo concretiza-se através de cinco linhas de ação. A primeira, dedicada à **alimentação**, incide na melhoria da qualidade e segurança alimentar em escolas e equipamentos sociais, no incentivo a circuitos curtos de produção e consumo de alimentos e, ainda, ao combate ao consumo de alimentos processados. A segunda linha dá destaque à promoção da **atividade física**, através da expansão de programas comunitários gratuitos, da criação de percursos pedonais e cicláveis e da promoção de hábitos de mobilidade ativa em idade escolar. A terceira é relativa aos **comportamentos aditivos**, com ações de prevenção do consumo de tabaco, álcool, drogas e jogo, articuladas com campanhas e serviços de apoio. A quarta linha centra-se na saúde mental, ao promover a **redução do stress, da ansiedade e da depressão**, com programas em escolas e locais de trabalho e com apoios financeiros para acesso a consultas e terapias de bem-estar. Por fim, a quinta linha aposta na **monitorização da saúde**

deteção precoce da doença, através de programas de rastreio e da articulação com os cuidados de saúde, farmácias e instituições de ensino superior para ampliar a cobertura territorial.

O **OE 1.3 - Garantir equidade territorial no acesso a cuidados preventivos, de proximidade e qualidade**, respondendo às fragilidades mais marcantes do território: o envelhecimento populacional e as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Nos territórios rurais e periféricos, a distância aos hospitais, a escassez de profissionais de saúde e as dificuldades de acesso a cuidados de saúde (e outros) agravam o risco de doença e mortalidade por causas preveníveis e tratáveis. Este objetivo assume, por isso, um carácter estruturante, ao procurar assegurar que todas as pessoas, independentemente do local onde residem, têm acesso a cuidados de saúde adequados, de qualidade e com continuidade.

A concretização deste objetivo estratégico estrutura-se em três linhas de ação. A primeira, centrada na **(re)qualificação e modernização dos equipamentos de cuidados de saúde primários (CSP)**, procura assegurar a identificação das necessidades de investimento, a melhoria das infraestruturas e das condições de acessibilidade, reforçando a capacidade de resposta das unidades de cuidados primários. A segunda linha de ação foca-se na **proximidade e inovação na prestação de cuidados**, promovendo novas formas de resposta, como as unidades móveis de saúde, a teleconsulta e a telemonitorização, ao mesmo tempo que amplia a oferta de serviços através de consultas comunitárias em áreas como a saúde oral e visual, nutrição, psicologia e enfermagem. Por fim, a terceira linha de ação visa melhorar a **acessibilidade a cuidados diferenciados e hospitalares**, através do reforço do transporte flexível a pedido, do alargamento da cobertura territorial de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida e da implementação de protocolos de descentralização de consultas hospitalares

em especialidades prioritárias (e.g., saúde oral, saúde mental, oftalmologia), principalmente nos territórios mais periféricos.

O **OE 1.4 - Promover ambientes sociais, físicos e construídos que favoreçam a saúde, o bem-estar e a proteção contra riscos** nos contextos em que as pessoas vivem, trabalham e envelhecem. A melhoria das condições do espaço urbano (e.g., condições de mobilidade, habitação, qualidade ambiental, contacto com a natureza) são determinantes essenciais para prevenir doenças, reduzir desigualdades e promover comunidades mais coesas, seguras e inclusivas. Este objetivo enquadra-se, ainda, no princípio de *One Health (Uma Só Saúde)*, reconhecendo a interdependência entre a saúde humana, animal e ambiental e reforçando a necessidade de respostas integradas que aumentem a resiliência dos territórios e a qualidade de vida das populações.

A concretização deste objetivo estrutura-se em seis linhas de ação. A primeira, dedicada ao **urbanismo saudável e ao espaço público**, visa promover a integração de princípios de planeamento urbano saudável nos instrumentos de gestão territorial e apoiar projetos de requalificação inclusiva e multifuncional dos espaços públicos. A segunda linha de ação foca-se no **acesso e contacto com a natureza**, assegurando a criação e requalificação de espaços verdes e azuis, bem como a promoção de soluções baseadas na natureza em zonas residenciais e equipamentos públicos. A terceira linha incide na **qualidade ambiental e resiliência urbana**, através do reforço da valorização de resíduos e da monitorização e manutenção das ribeiras urbanas para reduzir riscos ambientais e de saúde pública, integrando-se na criação de um observatório supramunicipal. A quarta linha tem como orientação a **mobilidade ativa e sustentável**, apoiando a renovação de frotas para veículos de baixas emissões e a criação de programas escolares e campanhas de sensibilização para a mobilidade

suave e ativa. A quinta linha de ação centra-se na **habitação saudável e adequada**, incentivando a reabilitação de habitações em situação de vulnerabilidade e promovendo parcerias com instituições académicas para a avaliação das condições de conforto térmico e salubridade. Finalmente, a sexta linha aposta na **coesão social e participação comunitária**, com programas de apoio financeiro a famílias, formação em literacia financeira, descentralização cultural, promoção de voluntariado intergeracional e criação de plataformas digitais de participação cidadã.

Por fim, o **OE 1.5 – Reduzir e mitigar os impactos da exposição a eventos climáticos extremos e incêndios florestais, reforçando a resiliência das comunidades, com especial atenção às populações vulneráveis** assume especial relevância num contexto de alterações climáticas. Ondas de calor, vagas de frio e incêndios têm impacto direto e imediato na saúde da população, sobretudo entre as pessoas mais velhas, com doenças crónicas e isoladas. Este objetivo garante a criação de sistemas de alerta, planos de contingência, redes comunitárias de apoio e soluções de adaptação que aumentam a resiliência territorial e protegem vidas humanas.

Este objetivo concretiza-se através de cinco linhas de ação. A primeira, relativa ao **planeamento e coordenação supramunicipal**, assegura a elaboração de planos de contingência locais para ondas de calor e vagas de frio, articulados com os setores da saúde, proteção civil e ação social. A segunda linha centra-se no **alerta e comunicação**, promovendo a implementação de sistemas de alerta. A terceira linha dedica-se à **proteção e apoio das pessoas vulneráveis**, através da criação de registos municipais atualizados, da monitorização ativa de grupos de risco e da organização de redes comunitárias de resposta durante eventos climáticos extremos e incêndios. A quarta linha foca-se na **literacia em clima e saúde**, sensibilizando a população para medidas preventivas e de capacitação

individual e coletiva, como hidratação, ventilação ou uso adequado de medicação. Por fim, a quinta linha aposta na **adaptação de edifícios, habitações e espaço público**, através de programas de promoção do conforto térmico e da criação de refúgios climáticos em equipamentos comunitários e espaço público, assegurando proteção face às temperaturas extremas.

Quadro 4. Correspondência entre objetivos estratégicos, linhas de ação e metas estratégicas no Eixo 1 - Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

EIXO 1 – PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	
Objetivo estratégico (OE) e Linhas de Ação (LA)	Metas estratégicas ³⁰ associadas (2030)
OE 1.1 Reforçar a literacia em saúde e capacitar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis LA 1.1 Educação em saúde ao longo da vida LA 1.2 Capacitação comunitária e de proximidade LA 1.3 Comunicação	○ Reduzir em 20% a percentagem de utentes com diagnóstico de obesidade inscritos nos CSP (16,9 para 13,5%) ○ Reduzir em 20% a percentagem de utentes fumadores inscritos nos CSP (10,8 para 8,6%) ○ Reduzir em 20% a percentagem de utentes com diagnóstico de consumo excessivo de álcool inscritos nos CSP (3,9 para 3,1%) ○ Reduzir em 15% a percentagem de utentes com diagnóstico de perturbações depressivas inscritos nos CSP (17,5 para 14,9%) ○ Reduzir em 30% a percentagem de utentes com diagnóstico de abuso de drogas inscritos nos CSP (0,7 para 0,5%)
OE 1.2 Reduzir os principais fatores de risco associados a doenças crónicas LA 1.4 Alimentação LA 1.5 Atividade física LA 1.6 Comportamentos aditivos (tabaco, álcool, drogas e jogo) LA 1.7 Stress, ansiedade e depressão LA 1.8 Monitorização e deteção precoce	○ Reduzir em 15% a percentagem de utentes com diagnóstico de diabetes mellitus inscritos nos CSP (11,6 para 9,9%) ○ Reduzir em 10% a percentagem de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial inscritos nos CSP (32,8 para 29,6%) ○ Reduzir em 21% a percentagem de utentes com diagnóstico de obesidade inscritos nos CSP (16,9 para 13,5%) ○ Reduzir em 15% a percentagem de utentes com diagnóstico de perturbações depressivas inscritos nos CSP (17,5 para 14,9%) ○ Reduzir em 15% a taxa de mortalidade por causas preveníveis (135 para 114,8 óbitos por 100.000 habitantes) ○ Reduzir em 15% a taxa de internamentos evitáveis por prevenção primária (788,9 para 670,6 internamentos por 100.000 habitantes) ○ Reduzir em 15% a taxa de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de tabaco (41,5 para 35,3 óbitos por 100.000 habitantes) ○ Reduzir em 15% a taxa de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de álcool (38,1 para 32,4 óbitos por 100.000 habitantes)

³⁰ As Metas estratégicas associadas aos objetivos estratégicos do Eixo 1- Prevenção da doença e promoção da saúde -, a atingir até 2030, são relativas à redução percentual de indicadores que serviram para avaliar os resultados em saúde, comportamentos e cuidados de saúde, os quais podem ser verificados no Anexo I (Matrizes de indicadores). As variações (e.g., redução de 25%) correspondem a diminuições percentuais do desempenho dos respetivos indicadores. Por exemplo: Reduzir em 20% o número de utentes com diagnóstico de obesidade, significa passar de 16,9% para 13,5% a prevalência de obesidade nos utentes inscritos nos CSP da Região Metropolitana de Coimbra (ULS de Coimbra e do Baixo Mondego). As Metas poderão ser revistas durante a fase de implementação do Plano, justificadamente.

EIXO 1 – PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivo estratégico (OE) e Linhas de Ação (LA)	Metas estratégicas ³⁰ associadas (2030)
OE 1.3 Garantir equidade territorial no acesso a cuidados preventivos, de proximidade e de boa qualidade LA 1.9 (Re)qualificação e modernização dos equipamentos de cuidados de saúde primários (CSP) LA 1.10 Proximidade e inovação na prestação de cuidados de saúde LA 1.11 Acessibilidade a cuidados diferenciados e hospitalares	- Reduzir em 30% a percentagem de população sem médico de família (0,9 para 0,6%) - Reduzir em 15% a taxa de mortalidade prematura (324,8 para 276,1 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 15% a taxa de mortalidade por causas tratáveis (70 para 59,5 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 15% a taxa de internamentos evitáveis por prevenção primária (788,9 para 670,6 internamentos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 15% a percentagem de população a residir a mais de 10 minutos de uma unidade funcional de CSP (13 para 10%)
OE 1.4 Promover ambientes sociais, físicos e construídos que favoreçam a saúde, o bem-estar e a proteção contra riscos LA 1.12 Urbanismo saudável e espaço público LA 1.13 Acesso e contacto com a Natureza LA 1.14 Qualidade ambiental e resiliência urbana LA 1.15 Mobilidade ativa e sustentável LA 1.16 Habitação saudável e adequada LA 1.17 Coesão social e participação comunitária	- Reduzir em 16% a percentagem de utentes com diagnóstico de obesidade inscritos nos CSP (16,9 para 13,5%) - Reduzir em 15% a percentagem de utentes com diagnóstico de perturbações depressivas inscritos nos CSP (17,5 para 14,9%) - Reduzir em 15% a taxa de internamentos evitáveis por prevenção primária (788,9 para 670,6 internamentos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 25% a taxa de mortalidade por doenças respiratórias (116,8 para 87,6 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 10% a taxa de mortalidade por doenças circulatorias (221,4 para 199,3 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 15% a taxa de mortalidade por causas preveníveis (135 para 114,8 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 10% a taxa de mortalidade por suicídio (17,6 para 15,9 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 10% a taxa de mortalidade por diabetes (41,9 para 37,7 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por tumores malignos (219,6 para 208,6 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 30% a emissões de PM10 (0,44 para 0,31 K ton)
OE 1.5 Reduzir e mitigar os impactos da exposição a eventos climáticos extremos e incêndios florestais LA 1.18 Planeamento e coordenação supramunicipal LA 1.19 Alerta e comunicação LA 1.20 Proteção e apoio às pessoas vulneráveis LA 1.21 Literacia em clima e saúde LA 1.22 Adaptação de edifícios, habitações e espaço público	- Reduzir em 25% a taxa de mortalidade por doenças respiratórias (116,8 para 87,6 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 15% a utentes com diagnóstico de perturbações depressivas inscritos nos CSP (17,5 para 14,9 óbitos por %) - Reduzir em 15% a taxa de mortalidade por causas preveníveis (135 para 114,8 óbitos por 100.000 habitantes) - Reduzir em 15% a taxa de internamentos evitáveis por prevenção primária (788,9 para 670,6 óbitos por 100.000 habitantes)
OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica	

Quadro 5. Matriz de objetivos, linhas de ação e ações no Eixo 1 - Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
OE 1.1 Reforçar a literacia em saúde e capacitar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis	LA 1.1 Educação em saúde ao longo da vida	A1.1. Implementação local do programa intermunicipal de educação para a saúde nas escolas (Ensino Básico e Ensino Secundário), abrangendo nutrição, saúde mental, sexualidade e prevenção de consumos aditivos)
		A1.2. Realização de oficinas de literacia em saúde para pais e encarregados/as de educação dos/as alunos/as inscritos nas escolas de Penela (associada à A1.1.)
		A1.3. Realização de campanhas de sensibilização para práticas de promoção da saúde no trabalho, dirigidas a entidades empregadoras e trabalhadores, com foco na alimentação, atividade física, gestão do <i>stress</i> , prevenção de consumos aditivos, promoção de saúde mental (prevenindo o <i>burnout</i>) gestão de ambientes de trabalho saudáveis e seguros (fornecimento de informação sobre saúde no trabalho, utilização de Equipamento de Proteção Individual – EPI - e vestuário adequado na construção civil, agricultura, pesca, entre outras)
		A1.4. Adesão ao programa intermunicipal de literacia digital na população adulta, focada na capacitação para a utilização de recursos tecnológicos que permitam o acesso e compreensão da informação em saúde e acesso a cuidados de saúde, dirigido especialmente a grupos mais vulneráveis, incluindo imigrantes recém-chegados ao País
	LA 1.2 Capacitação comunitária e de proximidade	A1.5. Implementação de programas comunitários de literacia em saúde adaptados à população mais velha, combinando ciclos de oficinas, campanhas de sensibilização e atividades físicas, culturais e sociais, com foco na saúde mental, alimentação saudável e prevenção dos fatores de risco de doenças crónicas
		A1.6. Desenvolvimento de programa de formação de “Agentes Comunitários de Saúde / Guardiões Locais da Saúde”, para dinamizar as atividades de proximidade definidas na A1.4 e A1.5, em parceria com clubes e associações locais
	LA 1.3 Comunicação	A1.7. Integração da plataforma digital de saúde e bem-estar (app) criada pela CIM-RMC, com materiais de comunicação em formatos inclusivos, informação validada, acessível e adaptada a vários públicos-alvo (jovens, adultos, população mais velha) com elementos de gamificação
		A1.8. Realização de campanha anual de sensibilização para doenças crónicas, prevenção dos fatores de risco e promoção de comportamentos saudáveis, no mês de abril, que integre a organização de semanas temáticas (semana da alimentação saudável, semana da atividade física, semana da saúde mental)
OE 1.2 Reduzir os principais fatores de risco associados a doenças crónicas	LA 1.4 Alimentação	A1.9. Implementação local do programa intermunicipal de alimentação saudável nas escolas e outros equipamentos sociais (centros de dia, residências seniores, cuidados continuados, com revisão dos menus das cantinas e sessões de educação alimentar
		A1.10. Adesão à rede regional de feiras de produtos locais e biológicos e apoio a circuitos curtos de produção e consumo de hortícolas e frutas
		A1.11. Contribuição para a criação de normas orientadoras (que possam ser integradas e adaptadas nos planos urbanísticos municipais) que condicionem a instalação de estabelecimentos de <i>fast-food</i> e venda de alimentos ultra-processados nas imediações de escolas

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
OE 1.3 Garantir equidade territorial no acesso a cuidados preventivos, de proximidade e de boa qualidade	LA 1.5 Atividade física	A1.12. Reforço e alargamento dos programas comunitários gratuitos de atividade física (ex.: caminhadas, hidroginástica, atividades ao ar livre), através de parcerias com clubes desportivos, associações locais, escolas e ginásios
		A1.13. Adesão à rede intermunicipal de percursos pedonais e cicláveis sinalizados e seguros, ligando os principais núcleos urbanos
	LA 1.6 Comportamentos aditivos (tabaco, álcool, drogas e jogo)	A1.14. Criação de uma linha de apoio e aconselhamento para jovens e famílias em situação de risco associado a comportamentos aditivos (telefónica e/ou online), em parceria com as associações locais e cuidados de saúde, para encaminhamento e tratamento
		A1.15. Adesão à campanha regional de prevenção do consumo de tabaco, álcool e de outras substâncias ilícitas, nas escolas, nas instituições de solidariedade social, nos cuidados de saúde e nos locais de trabalho
		A1.16. Implementação local do programa regional de prevenção do jogo problemático, com foco em raspadinhas, apostas online e outros jogos sociais, em parceria com juntas de freguesia, IPSSs e cuidados de saúde
	LA 1.7 Stress, ansiedade e depressão	A1.17. Implementação de programa de gestão do stress e promoção do bem-estar psicológico em escolas e locais de trabalho
		A1.18. Implementação local do programa supramunicipal de apoio financeiro para consultas de saúde mental e terapias de bem-estar, em articulação com os serviços de saúde
	LA 1.8 Monitorização e deteção precoce	A1.19. Promoção de programa de rastreio (cancro, diabetes, hipertensão, saúde oral, saúde visual infantil), com o estabelecimento de parcerias com as ULS, Instituições de Ensino Superior e Farmácias, alargando a cobertura territorial
	LA 1.9 (Re)qualificação e modernização dos equipamentos de cuidados de saúde primários (CSP)	A1.20. Contribuição para o levantamento contínuo das necessidades supramunicipal, plano plurianual de investimento e mobilização de financiamento nacional e europeu para a sua execução
	LA 1.10 Proximidade e inovação na prestação de cuidados de saúde	A1.21. Implementação de unidades móveis de saúde nas áreas rurais e periféricas sem oferta de unidade de CSP, através da aquisição e adaptação de veículos
A1.22. Apoio ao desenvolvimento de um programa intermunicipal de teleconsulta e telemonitorização, com a instalação de Balcões de Apoio Digital em juntas de freguesia, nas ERPI, centros de dia e centros comunitários		
A1.23. Articulação do município de Penela com a CIM-RMC para o estabelecimento de parcerias com universidades e politécnicos para estágios e atividades na comunidade (psicologia, nutrição, enfermagem, meios complementares de diagnóstico, fisioterapia, optometria e saúde oral)		

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
		A1.24. Contribuição do município de Penela para o fundo intermunicipal de saúde oral para compartilhar consultas de saúde oral, auditiva e oftalmológica, e respetivos tratamentos (e.g., próteses), destinado a populações em situação de vulnerabilidade económica
		A1.25. Contribuição para o programa supramunicipal de atração e fixação de médicos /as de família nas áreas rurais e periféricas , através da criação de incentivos (apoios à habitação, mobilidade, condições de trabalho e integração comunitária) que garantam cobertura universal na Região Metropolitana de Coimbra
	LA 1.11 Acessibilidade a cuidados diferenciados e hospitalares	A1.26. Adesão ao serviço de transporte flexível a pedido (SIT FLEX) para populações em situação de vulnerabilidade ou a viver em áreas rurais e periféricas, para realizar consultas de especialidade e tratamentos hospitalares
		A1.27. Garantir, em articulação com o INEM e a CIM-RMC, a cobertura territorial de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida.
		A1.28. Apoiar as ações a desenvolver pela CIM-RMC que terão como objetivo a implementação de protocolos com os hospitais da Região Metropolitana de Coimbra para consultas descentralizadas regulares no município de Penela (e.g., saúde mental, oftalmologia e outras especialidades com maior procura)
OE 1.4 Promover ambientes sociais, físicos e construídos que favoreçam a saúde, o bem-estar e a proteção contra riscos	LA 1.12 Urbanismo saudável e espaço público	A1.29. Contribuição para a elaboração de um manual de orientações supramunicipais de planeamento urbano saudável e avaliação de impacto em saúde , para integração no plano diretor municipal, projetos de regeneração urbana e políticas de mobilidade sustentável adaptadas ao contexto de Penela
		A1.30. Contribuição para o reforço da participação da CIM-RMC em redes europeias de inovação urbana (e.g., URBACT, EUI), através da preparação de candidaturas às Parcerias Temáticas da Agenda Urbana da UE, promovendo a cooperação internacional e a captação de recursos para projetos regionais na área do urbanismo saudável e sustentabilidade urbana
		A1.31. Implementação da requalificação urbana e melhoria das condições de acessibilidade, segurança, conforto, multifuncionalidade e inter-geracionalidade dos espaços públicos (e.g., eliminação de barreiras, desenho e mobiliário inclusivo), tendo o apoio técnico e financeiro da CIM-RMC
		A1.32. Adesão aos concursos de boas práticas de urbanismo saudável promovidos pela CIM-RMC (prémios atribuídos pela CIM-RMC para soluções inovadoras que integrem mobilidade ativa, uso misto, comércio local, habitação e serviços acessíveis a pé ou de bicicleta, espaço público inclusivo, em colaboração com sectores e empresas ligados ao turismo, desporto, comércio e outros)
	LA 1.13 Acesso e contacto com a Natureza	A1.33. Requalificação de parques urbanos, espaços verdes e azuis com critérios de acessibilidade universal, em articulação com a CCDD-Centro e com apoio técnico e financeiro da CIM-RMC
		A1.34. Implementação local do programa intermunicipal “Verde à Porta” , para promover a criação de pequenos espaços verdes (jardins de bolso - <i>pocket park</i>) em zonas residenciais, escolas, centros de saúde e equipamentos sociais

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
	LA 1.14 Qualidade ambiental e resiliência urbana	A1.35. Contribuição para o observatório supramunicipal de qualidade ambiental, com monitorização em tempo real do ar, ruído, qualidade da água e do solo.
		A1.36. Adesão ao programa regional de redução de resíduos em aterro e aumento da valorização (orgânica, energética e multimaterial)
		A1.37. Implementação local do programa supramunicipal de monitorização, vigilância, limpeza e manutenção regular das ribeiras e lagoas, em articulação com municípios, universidades, autoridades de saúde pública e associações ambientais, para avaliar riscos de zoonoses (e.g., mosquitos) e prevenir problemas ambientais e de saúde pública
	LA 1.15 Mobilidade ativa e sustentável	A1.38. Renovação da frota de autocarros de transporte público de passageiros, aquisição de veículos elétricos para transporte flexível “porta a porta” ou “carreiras de bairro” através do apoio técnico e financeiro da CIM-RMC
		A1.39. Implementação local do programa supramunicipal de promoção da mobilidade ativa na idade escolar, que tem como objetivo promover deslocações a pé ou de bicicleta em segurança nos percursos casa-escola, em articulação com as juntas de freguesia, escolas, associações de pais
		A1.40. Realização de campanhas de sensibilização sobre mobilidade ativa e sustentável
	LA 1.16 Habitação saudável e adequada	A1.41. Realização de ações de reabilitação de edifícios e habitação, focado no conforto térmico, salubridade e segurança (isolamento, substituição de janelas, ventilação, eliminação de humidade, acessibilidade), com a constituição de gabinete municipal de apoio para facilitar o acesso de famílias e população em situação de vulnerabilidade a apoios financeiros
		A1.42. Articulação com a CIM-RMC para o estabelecimento de protocolos com universidades/politécnicos para avaliação do conforto térmico e salubridade das habitações em áreas piloto (humidade, ventilação, eficiência energética)
	LA 1.17 Coesão social e participação comunitária	A1.43. Implementação local do programa supramunicipal de apoios financeiros diretos a famílias em situação de vulnerabilidade económica, focado na redução da pobreza energética, pagamento de rendas e obras de reabilitação na habitação.
		A1.44. Desenvolvimento de ações de formação em literacia financeira, para capacitação da população com competências de gestão de orçamento familiar e finanças pessoais, consumos informados, etc., dirigido a jovens, população mais velha e famílias carenciadas
		A1.45. Implementação local do programa regional de descentralização da arte e cultura, promovendo o acesso a espetáculos, exposições, oficinas e atividades culturais regulares oferecidas pelo município de Penela aos ou por outros municípios da CIM-RMC, com especial enfoque em territórios rurais e periféricos e população mais velha isolada (e.g., unidades móveis culturais e recreativas que circulam pelas freguesias rurais, oferecendo oficinas de artes, música, jogos tradicionais, cinema e convívios)
		A1.46. Adesão ao cartão intermunicipal “CIM 60+” que oferece descontos e acesso facilitado a atividades culturais, desportivas e sociais, incentivando a participação em eventos comunitários

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
OE 1.5 Reduzir e mitigar os impactos da exposição a eventos climáticos extremos e incêndios florestais		A1.47. Integração da plataforma intermunicipal de sinalização de pessoas a viver em situação de isolamento , garantindo a articulação local com as juntas de freguesia, associações, cuidadores, para identificar população mais velha em risco e ativar respostas comunitárias
		A1.48. Implementação local do programa regional de voluntariado intergeracional , através do estabelecimento de protocolos com escolas e universidades, em que estudantes visitam a população mais velha em situação de solidão não desejada, e apoiam nas compras, partilham aprendizagens digitais e organizam atividades conjuntas (sinergia com a A1.47)
		A1.49. Criação de uma plataforma digital de participação pública , para que cidadãos e cidadãs possam identificar necessidades de intervenção no espaço público (segurança, acessibilidade, iluminação, zonas verdes).
	LA 1.18 Planeamento e coordenação com o nível supramunicipal	A1.50 Implementação local do plano de contingência supramunicipal para ondas de calor e vagas de frio , articulado com o setor da saúde, proteção civil e ação social
	LA 1.19 Alerta e comunicação	A1.51 Contribuição para a implementação de um sistema regional de alerta precoce e comunicação , com informação dirigida à população em risco (e.g., SMS, rádios locais, juntas de freguesia)
	LA 1.20 Proteção e apoio às pessoas vulneráveis	A1.52 Identificação e monitorização de grupos vulneráveis (e.g., população mais velha a viver sozinha, pessoas com incapacidade, doentes crónicos)
	LA 1.21 Literacia em clima e saúde	A1.53 Adesão à rede regional de apoio comunitário, envolvendo o município de Penela, ULS, IPSS, associações locais e voluntariado, para identificar situações de risco e de vulnerabilidade e atuar em contexto de eventos climáticos extremos e incêndios florestais
	LA 1.22 Adaptação de edifícios, habitações e espaço público	A1.54 Implementação de campanhas de literacia em clima e saúde , sensibilizando para medidas preventivas e de capacitação individual e coletiva (e.g., hidratação, ventilação, isolamento térmico, uso adequado de medicação)
		A1.55 Implementação local do programa regional de promoção do conforto térmico em espaços públicos, escolas, equipamentos sociais e habitação (e.g., isolamento, ventilação, sombreamento, arborização, eficiência energética, substituição de janelas, reabilitação)
		A1.56 Criação de uma rede formal de refúgios climáticos para proteger a população das temperaturas elevadas no Verão e das temperaturas frias no Inverno (refúgios frescos no verão, locais aquecidos no inverno) em equipamentos públicos e comunitários (e.g., zonas verdes, espaços públicos sombreados e edifícios climatizados como museus ou igrejas).

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação

6.2 Eixo 2. Cuidar e Reabilitar Pessoas e Territórios

Garantir condições de qualidade de vida, promover a autonomia na gestão da doença e reduzir os impactos físicos, sociais e emocionais associados, assegurando cuidados contínuos e integrados

O **Eixo 2 - Cuidar e Reabilitar Pessoas e Territórios** tem como objetivo assegurar que cada cidadão e cidadã tenha condições para viver com dignidade (acesso a cuidados de saúde, e outros, de qualidade), independentemente das condições de vulnerabilidade em saúde (e.g., genética, idade, condição socioeconómica) e do lugar onde reside. Os objetivos estratégicos deste eixo sintetizam a necessidade de melhorar as condições associadas ao percurso de vida das populações e, consequentemente, dos territórios, centrando-se no (i) incremento da oferta e da qualidade e continuidade dos cuidados prestados, (ii) na integração e articulação entre diferentes níveis de serviços (e.g., sociais e médicos), (iii) na humanização da resposta e (iv) na valorização da reabilitação funcional e cognitiva. Em síntese, este eixo centra-se nas respostas às necessidades das pessoas com doença aguda ou condição crónica, contribuindo para que possam **manter a autonomia, gerir melhor a situação de saúde e mitigar os impactos da doença no quotidiano**.

Este eixo pretende contribuir, de forma integrada, para metas estratégicas relacionadas com a garantia da **continuidade de cuidados** pós-alta hospitalar, do acesso a recursos e oportunidades de **reabilitação física e cognitiva** na comunidade e do apoio aos doentes crónicos, com doenças degenerativas e seus cuidadores (**Quadro 6**).

A operacionalização deste eixo assenta num conjunto de **5 objetivos estratégicos** (OE), que estruturam as prioridades de ação e orientam **11 linhas de ação estratégica** (LA) e **34 ações** (A) que estruturam um quadro coerente de intervenção ao nível regional (**Quadro 7**).

O **OE 2.1 – Promover a continuidade de cuidados e a integração dos cuidados de saúde e sociais** reflete a necessidade de responder de forma articulada às situações de doença aguda, crónica ou incapacitante, garantindo que a transição entre hospital, cuidados primários, serviços sociais e comunidade é contínua e integrada. A articulação entre saúde e apoio social é crucial para reduzir internamentos evitáveis e readmissões hospitalares, promovendo a recuperação em casa e assegurando condições de vida dignas. No quadro da Estratégia Municipal de Saúde, este OE traduz o compromisso de colocar a pessoa no centro, promovendo **equidade e justiça territorial no acesso aos cuidados de saúde e sociais**.

A sua concretização desenvolve-se em duas linhas de ação. A primeira foca-se no apoio aos **cuidados domiciliários integrados e hospitalização em casa**, apostando em programas de acompanhamento multidisciplinar, gabinetes de articulação entre os setores da saúde e social e a criação de bancos intermunicipais de ajudas técnicas. A segunda linha de ação promove o acesso a **inovação digital e telemonitorização**, através da criação do programa “Cuidado+”, o apoio à aquisição de dispositivos digitais e a instalação de gabinetes digitais de proximidade, nas áreas rurais e periféricas, para garantir apoio à população com baixos níveis de literacia digital e em situação de vulnerabilidade social e económica.

O **OE 2.2 – Fomentar a autonomia e a capacidade de autogestão da doença** assenta na **promoção da autonomia** como pilar da qualidade de vida das pessoas com doença crónica ou incapacidade. Este objetivo reconhece que a **capacitação dos doentes e seus cuidadores**, aliada a soluções digitais e programas de literacia em saúde, é essencial para prevenir complicações, melhorar a adesão terapêutica e reforçar a **autoconfiança na gestão da doença**.

Concretiza-se em duas linhas de ação. A primeira **é operacionalizada por ações de capacitação individual e familiar**, com o desenvolvimento de oficinas de formação para doentes crónicos, cuidadores e familiares, bem como a criação de uma rede de mentoria entre pares para partilha de experiências. A segunda linha de ação **é dedicada ao suporte digital e educação para a autogestão**, com a produção de materiais informativos, apoio à aquisição de soluções digitais e programas de literacia digital em saúde.

O **OE 2.3 – Promover ambientes comunitários inclusivos que potenciem a reabilitação funcional, cognitiva e a reintegração social** é relevante por colocar a reabilitação e a inclusão social como dimensões centrais da saúde e bem-estar. Mais do que tratar a doença, importa preparar comunidades que favoreçam a **recuperação, a reintegração** e a participação social ativa. A reabilitação física e cognitiva, a adaptação das habitações e espaços exteriores e a criação de respostas específicas para doenças degenerativas, como a demência e o Alzheimer, são pilares desta abordagem.

Concretiza-se em três linhas de ação. A primeira **foca-se na reabilitação física e estimulação cognitiva**, e prevê a criação de centros comunitários de reabilitação, fisioterapia de proximidade e programas de atividade física adaptada. A segunda linha de ação orienta as ações para **a adaptação da**

habitação e dos espaços exteriores, para remoção de barreiras arquitetónicas e criação de espaços comunitários acessíveis. A **terceira linha de ação promove o apoio integrado a pessoas com doenças degenerativas (Demência, Alzheimer) e suas famílias**, através de terapias complementares, circuitos culturais adaptados e campanhas de sensibilização.

O **OE 2.4 – Reforçar o apoio aos cuidadores informais** é essencial não só porque reconhece o papel insubstituível que os cuidadores informais desempenham no apoio diário a pessoas com doenças crónicas, incapacidade ou dependência, mas também a sobrecarga que sofrem, sem apoios financeiros, sociais ou emocionais adequados. Este objetivo reconhece a necessidade de apoiar os cuidadores informais, propondo medidas de formação, compensações financeiras e serviços de apoio ao bem-estar social e psicológico. No quadro da estratégia municipal, representa um compromisso ético e social - *cuidar de quem cuida*. Concretiza-se em duas linhas de ação, uma focada no **apoio financeiro, capacitação e formação em cuidados informais**, através da criação de programas de apoio direto, formação certificada e reforço de gabinetes municipais de apoio ao cuidador, e no **descanso e bem-estar dos cuidadores**, promovendo protocolos com IPSS e constituição de bolsas de voluntariado.

O **OE 2.5 – Valorizar e promover as paisagens terapêuticas como recursos de saúde, bem-estar e reabilitação** reconhece o património e o valor das paisagens terapêuticas, incluindo termas e outros espaços (e.g., montanha, espaços verdes e espaços azuis) como recursos valiosos para a prevenção, reabilitação e promoção do bem-estar físico e mental. Este objetivo procura

reforçar a **ligação entre saúde e território**, valorizando as águas minerais, os espaços verdes, o contacto com a Natureza e as práticas de termalismo, das caminhadas e outras atividades ao ar livre como complemento aos cuidados de saúde tradicionais.

Concretiza-se em duas linhas de ação, por um lado apostando na **saúde preventiva**, através da criação de programas comunitários, em contextos termais e outros, e a criação de uma plataforma digital regional, e por outro lado, na **reabilitação física e mental**, através da criação de protocolos entre ULS e os espaços terapêuticos (estâncias termais e outros) para a prescrição de terapias e a criação de uma rede de paisagens terapêuticas associadas às termas e a outras paisagens terapêuticas.

Quadro 6. Correspondência entre objetivos estratégicos, linhas de ação e metas estratégicas no Eixo 2 - Cuidar e Reabilitar Pessoas e Territórios.

EIXO 2 – CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS	
Objetivo estratégico (OE) e Linhas de Ação (LA)	Metas estratégicas ³¹ associadas (2030)
OE 2.1 Promover a continuidade de cuidados e a integração dos cuidados de saúde e sociais LA 2.1 Cuidados domiciliários integrados e hospitalização em casa LA 2.2 Inovação digital e telemonitorização	○ Reduzir em 15% a taxa de internamentos evitáveis por prevenção primária (788,9 para 670,6 internamentos por 100.000 habitantes) ○ Aumentar a % de doentes crónicos com acompanhamento articulado entre saúde e ação social³² ○ Aumentar a cobertura territorial com resposta integrada de proximidade
OE 2.2 Fomentar a autonomia e a capacidade de autogestão da doença LA 2.3 Capacitação individual e familiar LA 2.4 Suporte digital e educação para a autogestão	○ Aumentar a % de doentes crónicos com acesso a informação e ferramentas de apoio à autogestão da doença³³
OE 2.3 Promover ambientes comunitários inclusivos que potenciem a reabilitação funcional, cognitiva e a reintegração social LA 2.5 Reabilitação física e estimulação cognitiva LA 2.6 Adaptação da habitação e dos espaços exteriores LA 2.7 Apoio integrado a pessoas com doenças degenerativas (Demência, Alzheimer) e suas famílias	○ Aumentar a % de pessoas em programas de reabilitação física e cognitiva³⁴ ○ Aumentar a % de pessoas com acesso a fisioterapia³⁵ ○ Aumentar a oferta de respostas comunitárias específicas para pessoas com demência e Alzheimer
OE 2.4 Reforçar o apoio aos cuidadores informais LA 2.8 Apoio financeiro, capacitação e formação em cuidados informais LA 2.9 Descanso e bem-estar dos cuidadores	○ Aumentar a % de cuidadores informais com acesso a pelo menos uma forma de apoio (financeiro, formação, descanso, apoio psicológico)³⁶

³¹ Para atingir as Metas estratégicas do Eixo 2 - Cuidar e reabilitar pessoas e territórios -, deve ser feito o levantamento, em 2026, do desempenho dos indicadores que foram selecionados para avaliar o cumprimento das ações identificadas neste Eixo.

³² Para cumprir esta meta é necessário dar início a um processo de recolha sistemática de dados neste indicador, uma vez que, à data da realização deste trabalho, não existem dados disponíveis.

³³ Idem.

³⁴ Idem.

³⁵ Idem.

³⁶ Idem.

EIXO 2 – CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS	
Objetivo estratégico (OE) e Linhas de Ação (LA)	Metas estratégicas ³¹ associadas (2030)
OE 2.5 Valorizar e promover os territórios termais como recursos de saúde, bem-estar e reabilitação LA 2.10 Termalismo e saúde preventiva LA 2.11 Termalismo e reabilitação física e mental	○ Aumentar a % de utentes referenciados pelo SNS para terapias termais³⁷ ○ Aumentar o conhecimento e valorização das paisagens terapêuticas como recurso de saúde e bem-estar

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica

Quadro 7. Matriz de objetivos, linhas de ação, ações no Eixo 2 - Cuidar e Reabilitar Pessoas e Territórios.

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
OE 2.1. Promover a continuidade de cuidados e a integração dos cuidados de saúde e sociais	LA 2.1 Cuidados domiciliários integrados e hospitalização em casa	A2.1 Implementação local do programa intermunicipal de apoio à gestão integrada e acompanhamento de doentes e pessoas em situação de incapacidade (temporária ou permanente) , com a constituição de equipas multidisciplinares de proximidade, nomeadamente em áreas rurais e periféricas, e em articulação com a ULS e IPSS
		A2.2 Co-criação (com a CIM-RMC e ULS) do gabinete municipal de ligação saúde-social , para garantir a continuidade de cuidados após alta hospitalar (e.g., apoio alimentar, higiene, transporte), com o apoio da CIM-RMC
		A2.3 Adesão ao banco intermunicipal de ajudas técnicas de apoio à hospitalização domiciliária (e.g., camas articuladas, cadeiras de rodas, andarrilhos, etc.)
	LA 2.2 Inovação digital e telemonitorização	A2.4 Implementação local do programa intermunicipal “Cuidado+”, de promoção da telemonitorização e teleconsulta para pessoas com doenças crónicas ou mobilidade reduzida, assegurando a continuidade dos cuidados e a comunicação permanente entre doentes, cuidadores e profissionais de saúde, integrando a constituição de gabinetes digitais de apoio em juntas de freguesia e nas ERPI
		A2.5 Adesão ao programa de apoio à aquisição de soluções digitais de telemonitorização e teleconsulta (e.g., tablets) nos CSP, juntas de freguesia e nas ERPI, em articulação com as ULS (sinergia com a A2.4)

³⁷ Idem.

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
OE 2.2 Fomentar a autonomia e a capacidade de autogestão da doença	LA 2.3 Capacitação individual e familiar	A2.6 Implementação local do programa intermunicipal de capacitação para doentes crónicos (e.g., diabetes, hipertensão, DPOC, insuficiência cardíaca), cuidadores e familiares , com ciclos de oficinas sobre cuidados básicos, gestão da medicação, nutrição, mobilidade quotidiana e sinais de alerta de agravamento da doença, dinamizadas por profissionais de saúde, assistentes sociais e associações de doentes
		A2.7 Adesão ao programa de mentoria entre pares (“Rede Partilhar Saúde”) , ligando pessoas com experiência na gestão da doença a novos doentes ou famílias em fase inicial de diagnóstico (sinergia com a A2.6)
	LA 2.4 Suporte digital e educação para a autogestão	A2.8 Desenvolvimento de materiais informativos de autogestão da doença (e.g., guias práticos em linguagem simples, vídeos tutoriais, infografias), em colaboração com a CIM-RMC, as ULS, associações de médicos/as e DGS, distribuídos através das unidades de saúde e plataformas digitais da CIM (sinergia com a A2.6)
		A2.9 Adesão ao programa de apoio à aquisição de soluções digitais de apoio à autogestão da doença , da responsabilidade da CIM-RMC, com lembretes de medicação, registo de sintomas, ligação direta a profissionais de saúde e partilha de informação validada (sinergia com a A2.5)
OE 2.3 Promover ambientes comunitários inclusivos que potenciem a reabilitação funcional, cognitiva e a reintegração social	LA 2.5 Reabilitação física e estimulação cognitiva	A2.10 Implementação local do programa intermunicipal de literacia digital em saúde (CIM-RMC e ULS) , com a criação de gabinetes digitais de proximidade em juntas de freguesia, nas ERPI e centros comunitários, para apoiar as pessoas mais velhas ou com baixa literacia digital a usar as ferramentas de telemonitorização e teleconsulta (sinergia com a A2.4) e ações de formação em parceria com as academias/universidades sénior, escolas e associações locais (sinergia com a A1.4)
		A2.11 Co-criação (com a CIM-RMC e ULS) de centros comunitários de reabilitação cognitiva e funcional (ou integração nas respostas sociais existentes), com programas de treino de memória, terapia ocupacional, atividades de estimulação cognitiva e atividade física adaptada (hidroginástica, marcha adaptada, yoga terapêutico, pilates), com apoio de universidades e IPSS
	LA 2.6 Adaptação da habitação e dos espaços exteriores	A2.12 Implementação local do programa intermunicipal de fisioterapia de proximidade , com equipas móveis que apoiam pessoas em convalescença ou com doenças crónicas incapacitantes, nomeadamente a residir em áreas rurais e periféricas ou em situação de vulnerabilidade social e económica, com apoio da CIM-RMC e ULS
		A2.13 Implementação local do programa supramunicipal de adaptação de habitações para remoção de barreiras arquitetónicas, instalação de rampas, elevadores de escada, casas de banho adaptadas (sinergia com a A1.41)
	LA 2.7 Apoio integrado a pessoas	A2.14 Co-criação (em articulação com a CIM-RMC) de orientações para a requalificação e adaptação de espaços exteriores comunitários considerando critérios de acessibilidade universal , junto às ERPI, centros de dia e de convívio (passeios, parques, jardins) para torná-los acessíveis, seguros e terapêuticos (e.g., zonas de sombra, bancos, pisos antiderrapantes, percursos pedonais adaptados) (sinergia com A1.31 e A1.34)
		A2.15 Implementação de terapias complementares e inovadoras para pessoas com demências (e.g., arte, música, jardinagem, contacto com animais) em centros comunitários, nas ERPI e em unidades de cuidados continuados, com apoio da CIM-RMC

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
	com doenças degenerativas (Demência, Alzheimer) e suas famílias	A2.16 Participação no estabelecimento de protocolo com a Rede MID – Museus para a Inclusão na Demência para alargar a oferta de museus na Região Metropolitana de Coimbra concebidos para pessoas com demência e seus cuidadores, integrando ações de capacitação das equipas das instituições culturais e apoio na criação de circuitos culturais adaptados (bibliotecas, espetáculos) A2.17 Realização de campanhas e eventos de sensibilização para o tema das demências, em articulação com a Associação Alzheimer Portugal, ULS e IPSS e outros parceiros locais e regionais A2.18 Implementação local do programa supramunicipal de diagnóstico precoce de demências, com rastreios cognitivos regulares em unidades de saúde, farmácias e centros comunitários, permitindo identificar casos em fases iniciais e encaminhar para acompanhamento médico, terapias específicas e apoio familiar adequados, com apoio da ULS. A2.19 Adesão à rede intermunicipal de centros “Memória+”, integrados em ERPI, centros de dia e bibliotecas, para treino cognitivo regular, atividades de estimulação e oficinas de memória, dirigidas a pessoas com défice cognitivo ligeiro e às suas famílias cuidadoras. A2.20 Co-criação (com a CIM-RMC e ULS) de um programa de capacitação digital adaptado a pessoas mais velhas com declínio cognitivo leve, incluindo formação básica em tecnologias, apoio individualizado em juntas de freguesia e academias sénior e acesso a plataformas digitais seguras e inclusivas, com envolvimento de cuidadores e familiares. A2.21 Contribuição para a formação de uma rede intergeracional de voluntariado “Companhia e Memória”, envolvendo escolas, universidades e associações juvenis, para visitas regulares a pessoas mais velhas em situação de isolamento, com vista ao acompanhamento social, estimulação cognitiva e apoio em pequenas tarefas quotidianas em casa e na comunidade. A2.22 Co-criação (com a CIM-RMC) de um programa de estimulação sensorial e artística para pessoas com demência, através de sessões regulares de música, artes visuais, teatro e jardinagem terapêutica, em ERPI, centros de dia e unidades de cuidados continuados, favorecendo a expressão emocional, a interação social e o bem-estar. A2.23 Co-criação (com a CIM-RMC) de uma rede de residências adaptadas “Habitar+”, projetadas para responder às necessidades de pessoas mais velhas com perda de autonomia, incluindo espaços acessíveis, tecnologia assistiva e apoio comunitário integrado, priorizando-se os territórios com elevada pressão demográfica e menor oferta de habitação adequada. A2.24 Participação na criação do Observatório Regional da Demência, em articulação com universidades e serviços de saúde, para recolha sistemática de dados sobre prevalência, incidência, necessidades não satisfeitas e impacto social e económico, e consequente produção de relatórios regulares e orientações estratégicas supramunicipais. A2.25 Implementação, em conjunto com a CIM-RMC, de unidades móveis de apoio a pessoas mais velhas com demência em áreas rurais, para assegurar visitas domiciliárias de equipas multidisciplinares, apoio na gestão terapêutica, estimulação cognitiva, acompanhamento social e encaminhamento para serviços de saúde e apoio comunitário.

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
OE 2.4 Reforçar o apoio aos cuidadores informais	LA 2.8 Apoio financeiro, capacitação e formação em cuidados informais	A2.26 Implementação local do programa supramunicipal de apoio financeiro e social aos cuidadores informais (e.g., comparticipação de despesas, apoio psicológico, jurídico), alargando a oferta de gabinetes municipais de apoio ao cuidador informal
		A2.27 Contribuição para a parceria com a Associação Alzheimer para formações certificadas em cuidados informais em contexto domiciliário (e.g., alimentação, mobilização, higiene, prevenção de úlceras e feridas), em articulação com o programa de mentoria entre pares (Rede Partilhar Saúde) (sinergia com a A2.6 e A2.7)
	LA 2.9 Descanso e bem-estar dos cuidadores	A2.28 Criação e reforço dos serviços de apoio ao cuidador, com a criação e/ou alargamento do gabinete municipal de apoio ao cuidador informal, em articulação com as equipas de apoio domiciliário, IPSS e voluntários
		A2.29 Implementação local do programa intermunicipal de apoio psicológico e social para cuidadores de pessoas com demência, através de consultas, grupos de partilha, apoio jurídico e serviços de descanso, reduzindo a sobrecarga e promovendo maior equilíbrio emocional e qualidade de vida
OE 2.5 Valorizar e promover territórios de paisagens terapêuticas, incluindo as termas, bem-estar e reabilitação	LA 2.10 Territórios de paisagens terapêuticas, incluindo as termas, e saúde preventiva	A2.30 Contribuição para o estabelecimento do protocolo com as estâncias termais e outros espaços terapêuticos para a criação de programas dirigidos à população mais velha (criado pela CIM-RMC), focados na prevenção de doenças músculo-esqueléticas, cardiovasculares e respiratórias, e na manutenção funcional, integrando hidroterapia, <i>mindfulness</i> , terapias de relaxamento e contacto com a natureza
	LA 2.11 Territórios de paisagens terapêuticas, incluindo as termas, reabilitação física e mental	A2.31 Contribuição para criação de uma plataforma digital intermunicipal sobre os territórios de paisagens terapêuticas, quer sejam associados às termas da Região Metropolitana de Coimbra, com informação sobre as propriedades das águas, benefícios para a saúde (e.g., doenças respiratórias, reumáticas, dermatológicas, <i>stress</i> , etc.), quer associados a outros programas disponíveis na montanha (espaços verdes e azuis), por exemplo (e.g., ciclovias, trilhos, caminhadas) (sinergia com a A2.34)
		A2.32 Contribuição para a promoção e reforço da criação de protocolos entre as ULS e as estâncias termais da Região Metropolitana de Coimbra (ação conjunta com a CIM-RMC), para referenciação de doentes em programas de reabilitação física (doenças músculo-esqueléticas, pós-operatório) e respiratória (DPOC, asma, alergias) e de reabilitação cognitiva, integrando atividades de estimulação mental, contacto com a natureza e terapias ocupacionais
		A2.33 Promoção junto dos médicos/as de família para o alargamento da prescrição de terapias termais, como complemento de tratamentos clínicos, e suplementando a comparticipação do Estado (35%) no caso de utentes em situação de vulnerabilidade social e económica
		A2.34 Co-criação (em conjunto com a CIM-RMC) de uma rede de paisagens terapêuticas associadas às estâncias termais e outras áreas de paisagem terapêuticas, promovendo os espaços verdes e azuis, trilhos de caminhada, jardins sensoriais e áreas de contacto com a natureza como parte integrante da reabilitação (sinergia com a A2.31)

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação

6.3 Eixo 3. Governança, Liderança e Participação

Reforçar a coordenação e a articulação municipal e supramunicipal, promover a liderança partilhada, ambiciosa e inovadora, para uma governação colaborativa e participativa em saúde

O **Eixo 3 – Governança, Liderança e Participação** constitui o pilar transversal da Estratégia, assegurando a articulação entre atores, a mobilização dos municípios e a **participação ativa da comunidade na definição e acompanhamento das políticas de saúde a nível local**. Tem, por isso, um papel estruturante, garantindo que os dois eixos anteriores têm condições para serem implementados e monitorizados. Num contexto em que os desafios em saúde exigem respostas coordenadas e integradas, este eixo contribui para transformar a visão estratégica em resultados concretos e sustentáveis.

Este eixo pretende contribuir, de forma integrada, para metas estratégicas relacionadas com o **reforço da articulação entre o município e os setores da saúde e social**, a **participação ativa dos/as cidadãos/ãs** nos processos de decisão e a valorização da **liderança colaborativa**. Procura ainda criar mecanismos de monitorização e avaliação em saúde, garantindo transparência, acesso à informação e uma **governação baseada em evidência** (**Quadro 8**).

A operacionalização deste eixo assenta num conjunto de **3 objetivos estratégicos** (OE), que estruturam as prioridades de ação e orientam **5**

linhas de ação estratégica (LA) e **14 ações** (A), consubstanciando-se num quadro coerente de intervenção ao nível regional (**Quadro 9**).

O **OE 3.1 – Consolidar mecanismos de governança** centra-se na **criação de estruturas formais e canais de articulação** entre o município e a CIM Região Metropolitana de Coimbra, a respetiva ULS e o terceiro setor. A sua concretização desenvolve-se através da realização de reuniões periódicas, da participação no **Conselho Supramunicipal de Saúde** e da implementação de uma estratégia de comunicação em saúde. De forma complementar, a aposta na comunicação institucional por parte do município (em articulação com a CIM-RMC) traduz-se na criação de uma página web dedicada à saúde e na participação da dinamização de um Fórum Intermunicipal de Saúde, destinado à divulgação de boas práticas e partilha de conhecimento entre municípios.

O **OE 3.2 – Promover a liderança colaborativa e participativa** traduz a visão de que a governação em saúde se constrói em proximidade e em diálogo com a população. Para tal, propõe-se (i) a criação do Gabinete Municipal de Saúde, concebidos como espaços integrados de informação, prevenção e apoio em saúde e ação social, (ii) a co-criação e o desenvolvimento de um Guião Municipal de Avaliação de Impactos em Saúde (em articulação com a CIM-RMC), que apoie os processos de planeamento urbano e territorial, (iii) a adesão à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e (iv) a realização de ações de auscultação pública. Este conjunto de ações reforçam a **liderança partilhada** e a **participação cidadã** como instrumentos de **melhoria das políticas de saúde**.

o **OE 3.3 – Reforçar a capacidade de avaliação e monitorização em saúde**

assegura que a implementação da Estratégia Municipal de Saúde de Penela é acompanhada por evidência, transparência e mecanismos de prestação de contas, em articulação com a Estratégia Supramunicipal de Saúde da CIM-RMC. Para tal, será criado pela CIM-RMC (com apoio do município de Penela) o **Observatório Intermunicipal de Saúde**, em articulação com instituições de ensino superior (como a Universidade de Coimbra) e com as ULS, com a missão de recolher, tratar e analisar dados sobre resultados em saúde e determinantes de saúde da região.

A participação do município de **Penela** neste Observatório permitirá integrar a realidade local no processo de monitorização regional, garantindo que as especificidades do concelho — e as desigualdades internas entre freguesias — sejam devidamente consideradas. Entre os instrumentos previstos contam-se a manutenção da plataforma web *Perfil Interativo de Saúde da Região Metropolitana de Coimbra*, a realização periódica de inquéritos à população e a produção de relatórios quinquenais, práticas que reforçarão a monitorização e avaliação contínua da saúde da população.

Assim, Penela, ao alinhar-se com esta estrutura supramunicipal de acompanhamento, não só beneficia de um quadro regional de evidência partilhada, como contribui ativamente para consolidar um sistema de informação territorializado e mais próximo das necessidades reais das suas comunidades.

Quadro 8. Correspondência entre objetivos estratégicos, linhas de ação e metas estratégicas no Eixo 3 – Governança, Liderança e Participação.

EIXO 3 – GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO	
Objetivo estratégico (OE) e Linhas de Ação (LA)	Metas estratégicas ³⁸ associadas (2030)
OE 3.1 Consolidar mecanismos de governança a nível supramunicipal LA 3.1 Articulação Território-Saúde-Social LA 3.2 Comunicação	- Melhorar a articulação e comunicação no município, entre municípios, ULS, setor social e comunidade - Garantir a participação ativa do município nos mecanismos supramunicipais de governança em saúde (Conselho Supramunicipal de Saúde, Fóruns, Gabinetes Municipais de Saúde)
OE 3.2 Promover a liderança colaborativa e participativa LA 3.3 Liderança LA 3.4 Participação	- Aderir à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis - Aumentar a participação dos cidadãos nos processos de decisão ligados à saúde
OE 3.3 Reforçar a capacidade de avaliação e monitorização em saúde LA 3.5 Monitorização e avaliação	Assegurar a participação do município no sistema consolidado de monitorização e avaliação, com dados atualizados e públicos sobre os principais determinantes e indicadores de saúde, acessível a cidadãos e cidadãs, profissionais e decisores.
OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica	

Quadro 9. Matriz de objetivos, linhas de ação, ações no Eixo 3 - Governança, Liderança e Participação.

EIXO 3 – GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
OE 3.1. Consolidar mecanismos de governança em articulação com o nível supramunicipal	LA 3.1 Articulação Território-Saúde-Social	A3.1 Realização de reuniões periódicas com a CIM-RMC, ULS e terceiro setor
		A3.2 Adesão ao Conselho Supramunicipal de Saúde , como órgão consultivo e de coordenação estratégica em saúde
		A3.3 Co-criação (com a CIM-RMC e a ULS) de uma estratégia de comunicação e partilha de informação em saúde , integrando outras entidades do terceiro setor

³⁸ Para atingir as Metas estratégicas do Eixo 3 – Governança, liderança e participação -, deve ser feito o levantamento, em 2026, do desempenho dos indicadores que foram selecionados para avaliar o cumprimento das ações identificadas neste Eixo.

EIXO 3 – GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO		
Objetivo estratégico (OE)	Linha de Ação Estratégica (LA)	Ação (A)
	LA 3.2 Comunicação	A3.4 Criação de página web dedicada à Saúde dentro do website do município, com ligação ao website da CIM-RMC, para divulgação da Estratégia Municipal de Saúde, notícias, eventos, projetos e iniciativas de saúde
		A3.5 Co-criação do “Fórum Intermunicipal de Saúde” (com a CIM-RMC e a ULS), evento de divulgação de boas práticas de promoção da saúde na Região Metropolitana de Coimbra
OE 3.2 Promover a liderança colaborativa e participativa	LA 3.3 Liderança	A3.6 Promoção e apoio à criação do Gabinete Municipal de Saúde, seguindo um modelo “One-Stop-Shop”, um espaço físico que agrega os projetos, atividades e programas que o município desenvolve na área da prevenção da doença e promoção da saúde bem como serviços municipais de cuidados de saúde e de apoio social (e.g., saúde oral, apoio psicológico, fisioterapia, etc.)
		A3.7 Desenvolvimento de “Guião Municipal de Avaliação de Impactos em Saúde”, para informar o desenvolvimento de planos, projetos e intervenções urbanas, em articulação com a CCDD Centro.
	LA 3.4 Participação	A3.8 Promover a integração do município na Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis
OE 3.3 Reforçar a capacidade de avaliação e monitorização em saúde	LA 3.5 Monitorização e avaliação	A3.9 Desenvolvimento de ações de auscultação da população do município sobre os problemas e necessidades em saúde, em articulação com a CIM-RMC e a ULS.
		A3.10 Co-criação do “Observatório Intermunicipal de Saúde”, em articulação com a Instituições de Ensino Superior (e.g., Universidade de Coimbra) e a ULS, para recolher dados e avaliar impactos na saúde da população
		A3.11 Contribuição para a manutenção da plataforma “Perfil Interativo de Saúde da Região Metropolitana de Coimbra”, em articulação com a Universidade de Coimbra e a ULS
		A3.12 Realização de inquérito à população residente sobre estado de saúde, comportamentos e condições de vida
		A3.13 Produção de relatório quinquenal de diagnóstico e monitorização do perfil de saúde da população residente com indicadores-chave (atualização do perfil municipal de saúde)
		A3.14 Realização de ações de formação e de capacitação (com a CIM-RMC e a ULS) para a avaliação e monitorização do Plano Municipal de Saúde

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação

6.4 Estratégias em curso e sinergias

No âmbito das estratégias em curso no município de Penela, que se enquadram e contribuem para atingir objetivos estratégicos dos três eixos da Estratégia Municipal de Saúde, são de destacar as ações, medidas, programas que integram o **Quadro 10**.

Quadro 10. Estratégias em curso no Município de Penela, por eixo e objetivo estratégico.

Ação, medida, atividade ou projeto	Estado de implementação	EIXO 1					EIXO 2					EIXO 3		
		OE 1.1	OE 1.2	OE 1.3	OE 1.4	OE 1.5	OE 2.1	OE 2.2	OE 2.3	OE 2.4	OE 2.5	OE 3.1	OE 3.2	OE 3.3
Município de Penela														
Universidade Sénior – Programa de aprendizagem ao longo da vida que promove o desenvolvimento pessoal, a estimulação cognitiva e o convívio social entre pessoas seniores, através de atividades educativas, culturais e recreativas.	Em implementação	●												
Rastreios sistemáticos – Ações regulares de deteção precoce das doenças mais prevalentes no município.	Em implementação		●											
Serviço Municipal de Psicologia – Resposta de apoio social e psicológico que promove a saúde mental, o bem-estar biopsicossocial e a sensibilização da comunidade para a adoção de estilos de vida saudáveis.	Proposta	●	●											
Programa ABEM – Programa que assegura o acesso a medicamentos comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde a pessoas em situação de carência económica, garantindo equidade no acesso aos cuidados de saúde.	Em implementação					●								
Penela + Bebés – Apoio financeiro a crianças residentes no município de Penela.	Em implementação													
A Cultura vai à Rua – Programa de dinamização cultural que leva atividades artísticas e eventos às diferentes localidades do concelho, promovendo a participação comunitária e o acesso descentralizado à cultura. Inclui projetos como “Contos do Arco da Velha”, “Conto com Todos”, “Penela Qualidade” e “Dentro de Casa à Beira da Aldeia”.	Em implementação				●									
Campanhas de Sensibilização – Iniciativas promovidas pelo município que visam informar e envolver a comunidade em temas relacionados com as adições, os autocuidados, os estilos de vida saudáveis, a sexualidade e os afetos, promovendo a saúde física, mental e emocional da população.	Em implementação	●	●											
SIT Flexi – Serviço de transporte flexível, promovido pelo município em parceria com a CIM, que funciona a pedido dos utilizadores e permite assegurar deslocações entre as várias localidades do concelho, facilitando o acesso a serviços, comércio e equipamentos públicos.	Em implementação			●										
Reforço da Ação Social – Conjunto de iniciativas municipais que fortalecem a rede de apoio social no concelho de Penela, através do CLDS 5G – Penela + Próxima, do apoio psicológico e do Radar Social, promovendo a inclusão, o acompanhamento de proximidade e a melhoria da qualidade de vida da população em situação de vulnerabilidade.	Em implementação			●										

Ação, medida, atividade ou projeto	Estado de implementação	EIXO 1					EIXO 2					EIXO 3		
		OE 1.1	OE 1.2	OE 1.3	OE 1.4	OE 1.5	OE 2.1	OE 2.2	OE 2.3	OE 2.4	OE 2.5	OE 3.1	OE 3.2	OE 3.3
Município de Penela														
Requalificação da Unidade Local de Saúde – Intervenção destinada a melhorar as condições físicas e funcionais das instalações de saúde, assegurando maior eficiência, acessibilidade e conforto para utentes e profissionais.	Planeada			●										
Gabinete de Inserção Profissional (GIP) – Estrutura de apoio municipal que visa promover a integração de pessoas em situação de desemprego no mercado de trabalho, através do acompanhamento personalizado e da cooperação com os serviços de emprego.	Em implementação				●									
Penela Amiga do Ambiente – Iniciativa municipal que promove a sustentabilidade ambiental através da implementação de projetos e ações que combinam proteção do meio ambiente, participação cívica e melhoria da qualidade de vida, tornando o concelho mais verde, saudável e coeso. Desenvolvida em parceria com a AHBV de Penela, Exper Tree e FLOPEN – Associação de Produtores e Proprietários Florestais do Concelho de Penela.	Em implementação					●								
Penela a Mexer – Programa municipal de promoção da atividade física e do desporto para todas as idades, que oferece diversas modalidades — como motricidade sénior, ciclismo, futebol, natação, hidroginástica, ginástica, fitness, jiu-jitsu, caminhadas, atletismo e dança — incentivando estilos de vida ativos e saudáveis.	Em implementação		●											
Sistema Funcional de Gestão de Resíduos e Monos – Sistema integrado de recolha, transporte, tratamento e valorização ou eliminação de resíduos urbanos, incluindo os volumosos, que visa uma gestão eficiente, a promoção da reciclagem e a minimização do impacto ambiental. Desenvolvido em parceria com a AHBV de Penela e com a CIM.	Em implementação					●								
Exposições e Feiras – Conjunto de eventos culturais, gastronómicos e temáticos que promovem a identidade e a economia local, destacando-se a Feira do Mel do Espinhal, a Feira Anual de S. Miguel, o Penela Presépio, a Vinália, o Mercado do Queijo e dos Romanos e a Feira Medieval.	Em implementação		●											
Escola Segura e Aldeias Seguras – Programas de sensibilização e prevenção que visam reforçar a segurança da comunidade escolar e das populações rurais, protegendo-as contra incêndios florestais e outros riscos, através da educação, planeamento e resposta coordenada. Desenvolvidos em parceria com AHBV de Penela, GNR, Proteção Civil, FLOPEN e CLDS.	Em implementação					●								
Requalificação das instalações do Agrupamento de Escolas Infante D. Pedro – Intervenção destinada a modernizar as infraestruturas escolares, melhorando as condições de ensino, conforto e acessibilidade para alunos, docentes e comunidade educativa.	Planeada	●												
Oferta Educativa – O município de Penela dispõe de uma oferta educativa completa, que abrange todos os níveis de ensino, desde o pré-escolar até ao ensino secundário, assegurando o acesso local à educação e a continuidade do percurso formativo dos alunos. Integra o Agrupamento de Escolas Infante D. Pedro – Penela, a Comunidade de Aprendizagem das Cerejeiras e a ETP Sicó.	Em implementação	●												

Ação, medida, atividade ou projeto	Estado de implementação	EIXO 1					EIXO 2					EIXO 3		
		OE 1.1	OE 1.2	OE 1.3	OE 1.4	OE 1.5	OE 2.1	OE 2.2	OE 2.3	OE 2.4	OE 2.5	OE 3.1	OE 3.2	OE 3.3
Município de Penela														
Formação e Qualificação Profissional – Área de intervenção que envolve a colaboração entre o município, a ETP Sicó e a CERCÍ Penela, promovendo programas de formação e qualificação que reforçam as competências pessoais e profissionais, melhoram a empregabilidade e contribuem para a inclusão social e o desenvolvimento local.	Em implementação				●									
Cartão Penela + Saudável – Programa municipal que permite aos munícipes aceder a um conjunto de serviços de saúde e bem-estar, incluindo consultas médicas, aconselhamento médico telefónico gratuito, e benefícios em laboratórios, farmácias e óticas, promovendo a literacia e a equidade no acesso à saúde.	Em implementação			●										
Prémios de Mérito Escolar – Reconhecimento atribuído pelo município, em parceria com a Caixa de Crédito Agrícola, que valoriza o esforço, a dedicação e o desempenho académico dos estudantes do concelho.	Em implementação				●									
Apoio à CPCJ – Apoio logístico e administrativo ao funcionamento da CPCJ de Penela, em colaboração com a Comissão Nacional e a Equipa Técnica Regional do Centro (ETRC).	Em implementação					●								
Férias Desportivas e Jovens ao Serviço da Autarquia – Programas municipais direcionados à ocupação saudável dos jovens durante as pausas letivas, promovendo a prática desportiva, o voluntariado e o envolvimento cívico em atividades desenvolvidas pela autarquia.	Em implementação	●	●											
Conservação e Manutenção de Equipamentos – Ação desenvolvida em parceria com a Proteção Civil, os Serviços do Ambiente e a FLOPEN, que visa garantir o bom estado e a segurança dos equipamentos municipais.	Em implementação				●									
Literacia Financeira e Gestão da Vida Pessoal – Programa de capacitação promovido em parceria com a DECO e a CERCÍ Penela, que visa dotar os participantes de competências para uma gestão financeira responsável, permitindo planear o futuro, evitar o endividamento excessivo e alcançar maior estabilidade económica e pessoal.	Em implementação		●											
Penela Sem Violência – Programa municipal de prevenção e combate a todas as formas de violência, que promove a articulação entre entidades locais e nacionais — Equipa de Prevenção de Violência Doméstica, GNR, Projeto 6 em Rede e Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) — assegurando uma resposta integrada de proteção, sensibilização e apoio às vítimas.	Em implementação					●								
Banco Alimentar – Programa de apoio social desenvolvido em parceria com a CERCÍ Penela, que visa a distribuição de bens alimentares e de primeira necessidade a famílias e agregados em situação de vulnerabilidade ou risco de pobreza.	Em implementação					●								
Cantina Social – Resposta social desenvolvida em parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Penela e a Segurança Social, que assegura refeições a indivíduos e famílias sem recursos suficientes para garantir uma alimentação adequada e digna.	Em implementação		●			●								

Ação, medida, atividade ou projeto	Estado de implementação	EIXO 1					EIXO 2					EIXO 3		
		OE 1.1	OE 1.2	OE 1.3	OE 1.4	OE 1.5	OE 2.1	OE 2.2	OE 2.3	OE 2.4	OE 2.5	OE 3.1	OE 3.2	OE 3.3
Município de Penela														
Programa de Privação Material – Iniciativa de apoio social promovida em parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Penela e a Segurança Social, que assegura a distribuição de bens alimentares e de primeira necessidade, através de cabazes ou cartões sociais eletrónicos, a famílias e agregados em situação de pobreza ou vulnerabilidade económica.	Em implementação					●								
Loja Social – Espaço solidário que atua como banco de bens, disponibilizando roupas, mobiliário, eletrodomésticos, material didático e outros artigos a pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social. É dinamizada em parceria com o SASI, com o apoio de voluntários, e integrada nas ações do CLDS-5G e da Rede Social de Penela.	Em implementação					●								
Penela Solidária – Ajuda de Emergência – Programa de apoio público que assegura o acesso a habitação condigna e a bens essenciais, como alimentação e cuidados de saúde, a agregados familiares em situação de grave carência económica. É desenvolvido em parceria com o SASI, o Núcleo Executivo e o CLASP.	Em implementação				●									
Reabilitação Psicossocial e Saúde Mental – Intervenção centrada na recuperação e inclusão social de pessoas com doença mental, promovendo o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e ocupacionais que favoreçam uma vida autónoma e equilibrada. É dinamizada pela Associação da Quinta das Pontes e pela CERCI Penela.	Em implementação							●						
Agir na Doença – Programa de intervenção que promove uma resposta integrada às doenças físicas e mentais, abrangendo desde os primeiros cuidados e reabilitação até ao acompanhamento continuado e apoio socio emocional. Envolve uma rede de parceiros locais, incluindo a ULS, Unidade de Cuidados Continuados, Serviços de Fisioterapia, Santa Casa da Misericórdia, Casa de Beneficência Oliveira Guimarães, Naturidade, Lares Domésticos e Serviço Domiciliário, Associação da Quinta das Pontes e CERCI Penela.	Em implementação							●						
Estruturas Facilitadoras da Acessibilidade e Mobilidade – Conjunto de medidas e infraestruturas que asseguram a acessibilidade universal a pessoas com deficiência ou incapacidade, promovendo a mobilidade, a autonomia e a participação plena em todos os contextos sociais, culturais e urbanos.	Em implementação								●					
As Férias Quando Nascem São para Todos – Projeto inclusivo que promove atividades desportivas, culturais e de lazer durante o período de verão, garantindo a participação de crianças e jovens com necessidades especiais ou em situação de vulnerabilidade. É dinamizado em parceria com a CERCI Penela, com foco na igualdade de oportunidades e na inclusão social.	Em implementação								●					
Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) – Serviço especializado que apoia as escolas na promoção da inclusão e do sucesso educativo de todos os alunos, facilitando o acesso à educação, formação, emprego, lazer e participação social. É desenvolvido em parceria com a CERCI Penela e com os Municípios de Ansião e Alvaiázere.	Em implementação							●	●					

Ação, medida, atividade ou projeto	Estado de implementação	EIXO 1					EIXO 2					EIXO 3		
		OE 1.1	OE 1.2	OE 1.3	OE 1.4	OE 1.5	OE 2.1	OE 2.2	OE 2.3	OE 2.4	OE 2.5	OE 3.1	OE 3.2	OE 3.3
Município de Penela														
Centro de Atividades para a Capacitação e Inclusão – Estrutura dedicada ao planeamento, organização e dinamização de atividades nas áreas da educação, cultura e artes, promovendo a participação ativa e a inclusão social de pessoas com deficiência ou em situação de vulnerabilidade. É desenvolvido em parceria com a CERCI Penela e com a Associação da Quinta das Pontes.	Em implementação							●	●					
Qualificação e Formação Profissional – Programa orientado para o desenvolvimento de competências e conhecimentos técnicos, preparando os participantes para o exercício de atividades profissionais e para a integração no mercado de trabalho. Inclui processos de avaliação, certificação e reconhecimento de qualificações formais, sendo desenvolvido em parceria com a CERCI Penela.	Em implementação				●									
Centro de Emprego Protegido de Sicó – Estrutura que promove a integração profissional de pessoas com deficiência ou capacidade de trabalho reduzida, proporcionando oportunidades de emprego adaptado e o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais. É dinamizado em parceria com a CERCI Penela e com os municípios da CIM Região de Leiria.	Em implementação							●						
Residências de Autonomização e Inclusão – Respostas sociais destinadas a pessoas com deficiência ou incapacidade, com 18 ou mais anos, que evidenciem capacidade para viver de forma autónoma. Proporcionam alojamento temporário ou permanente, promovendo a autonomia, a inclusão social e a qualidade de vida. São dinamizadas em parceria com a CERCI Penela e com os municípios da CIM Região de Leiria.	Em implementação							●						

OE Objetivo Estratégico

Quadro 11. Enquadramento da Estratégia nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e respetivas metas.

#	Objetivo estratégico (OE)	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL																
																		
EIXO 1 – PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE																		
OE1.1	Reforçar a literacia em saúde e capacitar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis	1.4	2.1 2.2		4.2 4.a					9.5 9.c	10.2		12.8					
OE1.2	Reduzir os principais fatores de risco associados a doenças crónicas		2.2	3.5 3.a	4.2							11.6	12.8					
OE1.3	Garantir equidade territorial no acesso a cuidados preventivos, de proximidade e de boa qualidade			3.4 3.8 3.c							10.2 10.3	11.a						
OE1.4	Promover ambientes sociais, físicos e construídos que favoreçam a saúde, o bem-estar e a proteção contra riscos	1.4 1.5		3.9				7.1 7.2 7.3				11.3 11.6 11.7 11.b		13.1 13.3				
OE1.5	Reduzir e mitigar os impactos da exposição a eventos climáticos extremos e incêndios florestais, reforçando a resiliência das comunidades	1.5		3.9 3.d								11.5 11.b		13.1 13.2 13.3				
EIXO 2 – CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS																		

#	Objetivo estratégico (OE)	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL																
		1 ERADICAÇÃO DA POBREZA	2 FOME ZERO	3 SAÚDE E BEM-ESTAR	4 EDUCAÇÃO DE QUALIDADE	5 IGUALDADE DE GÊNERO	6 ENERGIA LIMPA E ACESSÍVEL	7 OCEANOS, BIOSFERA E ECOSISTEMAS	8 INDÚSTRIA, INOVAÇÃO E INFRAESTRUTURA	9 INDÚSTRIA, INOVAÇÃO E INFRAESTRUTURA	10 REDUÇÃO DAS DESIGDADES	11 Cidades e comunidades sustentáveis	12 Consumo responsável	13 Combate às alterações climáticas	14 Vida aquática	15 Vida terrestre	16 Paz, justiça e instituições eficazes	17 Parcerias para o desenvolvimento
OE2.1	Promover a continuidade de cuidados e a integração dos cuidados de saúde e sociais			3.8 3.c							10.2 10.3	11.3 11.a						
OE2.2	Fomentar a autonomia e a capacidade de autogestão da doença			3.8	4.7						10.2 10.3							
OE2.3	Promover ambientes comunitários inclusivos que potenciem a reabilitação funcional, cognitiva e a reintegração social	1.4		3.5 3.8	4.5 4.7						10.2 10.3	11.3 11.7						
OE2.4	Reforçar o apoio aos cuidadores informais			3.8 3.c		5.4			8.5		10.2	11.3						
OE2.5	Valorizar e promover os territórios locais como recursos de saúde, bem-estar e reabilitação			3.8								11.3 11.4 11.a	12.8			15.1		
EIXO 3 – GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO																		
OE3.1	Consolidar mecanismos de governança a nível supramunicipal			3.d							10.2 10.3	11.3 11.a 11.b					16.6 16.7 16.10	
OE3.2	Promover a liderança colaborativa e participativa			3.d							10.2 10.3	11.3 11.a					16.6 16.7 16.10	
OE3.3	Reforçar a capacidade de avaliação e monitorização em saúde			3.d 3.8													16.6 16.7	17.18 17.19

OE Objetivo Estratégico

7 PLANO DE AÇÃO 2026-2030

7.1 Descrição das ações

Quadro 12. Descrição das ações por objetivo e linha de ação estratégica no Eixo 1 – Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ³⁹				
					2026	2027	2028	2029	2030
OE 1.1 Reforçar a literacia em saúde e capacitar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis									
LA 1.1 Educação em saúde ao longo da vida									
A1.1	Implementação local do programa intermunicipal de educação para a saúde nas escolas (Ensino Básico e Ensino Secundário), abrangendo nutrição, saúde mental, sexualidade e prevenção de consumos aditivos).	População do Ensino Básico e Ensino Secundário	Município	CIM-RMC, Escolas, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior			●		●
A1.2	Realização de oficinas de literacia em saúde para pais e encarregados/as de educação dos/as alunos/as inscritos nas escolas do município de Penela (associada à A1.1.).	Pais e encarregados/as de educação dos/as alunos/as inscritos nas escolas do município	Município	CIM-RMC, Escolas, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior, ULS			●		
A1.3	Realização de campanhas de sensibilização para práticas de promoção da saúde no trabalho , dirigidas a entidades empregadoras e trabalhadores, com foco na alimentação, atividade física, gestão do <i>stress</i> (prevenindo <i>burnout</i>), prevenção de consumos aditivos, gestão de ambientes de trabalho saudáveis e seguros (fornecimento de informação relativa a saúde no trabalho e utilização de Equipamento de Proteção Individual – EPI - e vestuário adequado na construção civil, agricultura, pesca, entre outras).	Entidades empregadoras e trabalhadores	Município	CIM-RMC, Empresas, Câmara Municipal, ULS, Instituições de ensino superior			●		
A1.4	Adesão ao programa intermunicipal de literacia digital na população adulta , focada na capacitação para a utilização de recursos tecnológicos que permitam o acesso e compreensão da informação em saúde e acesso a cuidados de saúde.	População adulta	Município	CIM-RMC, Empresas, Câmara Municipal, ULS, Instituições de ensino superior			●		

³⁹ O cronograma pode ser alterado, desde que justificadamente.

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ³⁹				
					2026	2027	2028	2029	2030
A1.5	Implementação de programas comunitários de literacia em saúde adaptados à população mais velha, combinando ciclos de oficinas, campanhas de sensibilização e atividades físicas, culturais e sociais , com foco na saúde mental, alimentação saudável e prevenção dos fatores de risco de doenças crónicas.	População mais velha	Município	CIM-RMC, Empresas, Câmara Municipal, ULS, Instituições de ensino superior			●		
LA 1.2 Capacitação comunitária e de proximidade									
A1.6	Desenvolvimento de programa de formação de “Agentes Comunitários de Saúde / Guardiões Locais da Saúde” , para dinamizar as atividades de proximidade definidas na A1.4 e A1.5, em parceria com clubes e associações locais.	População adulta	Município	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, Associações locais			●		
LA 1.3 Comunicação									
A1.7	Integração da plataforma digital de saúde e bem-estar (app) , com materiais de comunicação em formatos inclusivos, informação validada, acessível e adaptada a vários públicos-alvo (jovens, adultos, população mais velha) com elementos de gamificação.	População em geral	Município	CIM-RMC, ULS, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior			●		
A1.8	Realização de campanha anual de sensibilização para doenças crónicas, prevenção dos fatores de risco e promoção de comportamentos saudáveis , no mês de abril, que integre a organização de semanas temáticas (semana da alimentação saudável, semana da atividade física, semana da saúde mental).	População em geral	Município	CIM-RMC, ULS, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior					●
OE 1.2 Reduzir os principais fatores de risco associados a doenças crónicas									
LA 1.4 Alimentação									
A1.9	Implementação local do programa intermunicipal de alimentação saudável nas escolas e outros equipamentos sociais (centros de dia, residências seniores, cuidados continuados) , com revisão dos menus das cantinas e sessões de educação alimentar.	Crianças e população mais velha	Município	CIM-RMC, ULS, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior			●		
A1.10	Adesão à rede regional de feiras de produtos locais e biológicos e apoio a circuitos curtos de produção e consumo de hortícolas e frutas .	População em geral	Município	CIM-RMC, Empresas do setor agrícola e pequenos produtores locais, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior			●		

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ³⁹				
					2026	2027	2028	2029	2030
A1.11	Contribuição para a criação de normas orientadoras (que possam ser integradas e adaptadas nos planos urbanísticos municipais) que condicionem a instalação de estabelecimentos de <i>fast-food</i> e venda de alimentos ultra-processados nas imediações de escolas.	População escolar	Município	CIM-RMC, Empresas do setor, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior					●
LA 1.5 Atividade física									
A1.12	Reforço e alargamento dos programas comunitários gratuitos de atividade física (ex.: caminhadas, hidroginástica, atividades ao ar livre), através de parcerias com clubes desportivos, associações locais, escolas e ginásios.	População em geral	Município	CIM-RMC, Empresas do setor desportivo, Associações locais, Escolas e Instituições de ensino superior, Câmara Municipal					●
A1.13	Adesão à rede intermunicipal de percursos pedonais e cicláveis sinalizados e seguros, ligando os principais núcleos urbanos.	População em geral	Município	Empresas do setor desportivo, Associações locais, Câmara Municipal			●		
LA 1.6 Comportamentos aditivos (tabaco, álcool, drogas e jogo)									
A1.14	Criação de uma linha de apoio e aconselhamento para jovens e famílias em situação de risco associado a comportamentos aditivos (telefónica e/ou online), em parceria com as associações locais e cuidados de saúde, para encaminhamento e tratamento.	População com comportamentos aditivos	Município	CIM-RMC, Associações locais, Escolas e Instituições de ensino superior, Câmara Municipal			●		
A1.15	Adesão à campanha regional de prevenção do consumo de tabaco, álcool e de outras substâncias ilícitas, nas escolas, nas instituições de solidariedade social, nos cuidados de saúde e nos locais de trabalho	População em geral	Município	CIM-RMC, Empresas, ULS, Escolas e Instituições de ensino superior, Associações locais, Juntas de Freguesia, IPSS, Câmara Municipal					●
A1.16	Implementação local do programa regional de prevenção do jogo problemático, com foco em raspadinhas, apostas online e outros jogos sociais, em parceria com juntas de freguesia, IPSSs e cuidados de saúde.	População em geral	Município	CIM-RMC, Escolas e Instituições de ensino superior, Associações locais, Juntas de Freguesia, IPSS, SCM		●			
LA 1.7 Stress, ansiedade e depressão									
A1.17	Implementação local do programa de gestão do stress e promoção do bem-estar psicológico em escolas e locais de trabalho.	População em idade escolar e em idade ativa	Município	CIM-RMC, Empresas, Escolas e Instituições de ensino superior, ULS, IPSS					●

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ³⁹				
					2026	2027	2028	2029	2030
A1.18	Implementação local do programa supramunicipal de apoio financeiro para consultas de saúde mental e terapias de bem-estar , em articulação com os serviços de saúde.	População em geral	Município	CIM-RMC, Empresas, Escolas e Instituições de ensino superior, ULS, IPSS					●
LA 1.8 Monitorização e deteção precoce									
A1.19	Promoção de programa de rastreio (cancro, diabetes, hipertensão, saúde oral, saúde visual infantil), com o estabelecimento de parcerias com as ULS, Instituições de Ensino Superior e Farmácias, alargando a cobertura territorial.	População em geral	Município	CIM-RMC, Escolas e Instituições de ensino superior, ULS, IPSS, Farmácias		●			
OE 1.3 Garantir equidade territorial no acesso a cuidados preventivos, de proximidade e de boa qualidade									
LA 1.9 (Re)qualificação e modernização dos equipamentos de cuidados de saúde primários (CSP)									
A1.20	Contribuição para o levantamento contínuo das necessidades, plano plurianual de investimento e mobilização de financiamento nacional e europeu para a execução de intervenções de requalificação e modernização as instalações de CSP	População em geral	Município	CIM-RMC, Escolas e Instituições de ensino superior, ULS					●
LA 1.10 Proximidade e inovação na prestação de cuidados de saúde									
A1.21	Implementação de unidades móveis de saúde nas áreas rurais e periféricas sem oferta de unidade de CSP, através da aquisição e adaptação de veículos	População em geral nas áreas rurais	Município (áreas rurais) do município	CIM-RMC, ULS, Câmara Municipal		●			
A1.22	Apoio ao desenvolvimento de um programa intermunicipal de apoio à teleconsulta e telemonitorização , com a instalação de Balcões de Apoio Digital em juntas de freguesia, em ERPI, em centros de dia e centros comunitários	População em geral	Município	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, ERPI, Centros comunitários, ULS Câmara Municipal					●
A1.23	Articulação do município de Penela com a CIM-RMC para o estabelecimento de parcerias com universidades e politécnicos para estágios e atividades na comunidade (psicologia, nutrição, enfermagem, meios complementares de diagnóstico, fisioterapia, optometria e saúde oral)	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, ERPI, Centros comunitários, ULS, Farmácias, Câmara Municipal		●			
A1.24	Contribuição do município de Penela para um fundo intermunicipal de saúde oral para compartilhar consultas de medicina dentária e tratamentos (e.g., próteses), destinado a populações em situação de vulnerabilidade económica	População em situação de vulnerabilidade económica	Município	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, ERPI, Centros comunitários, ULS, Câmara Municipal					●

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ³⁹				
					2026	2027	2028	2029	2030
A1.25	Contribuição para o programa supramunicipal de atração e fixação de médicos/as de família nas áreas rurais e periféricas (Com a CIM-RMC e a ULS) , através da criação de incentivos (apoios à habitação, mobilidade, condições de trabalho e integração comunitária) que garantam cobertura universal na Região Metropolitana de Coimbra	População em geral	Município	CIM-RMC, ULS, Câmara Municipal					●
LA 1.11 Acessibilidade a cuidados diferenciados e hospitalares									
A1.26	Adesão ao serviço de transporte flexível a pedido (SIT FLEX) para populações em situação de vulnerabilidade ou a viver em áreas rurais e periféricas, para realizar consultas de especialidade e tratamentos hospitalares.	População em situação de vulnerabilidade	Município	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
A1.27	Garantir , em articulação com o INEM e a CIM-RMC, a cobertura territorial de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida , assegurando a equidade no acesso na Região Metropolitana de Coimbra	População em geral	Município	CIM-RMC, INEM, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
A1.28	Apoiar as ações a desenvolver pelas CIM-RMC e a ULS que terão como objetivo a implementação de protocolos com os hospitais da Região Metropolitana de Coimbra para consultas descentralizadas regulares em municípios periféricos (e.g., saúde mental, oftalmologia e outras especialidades com maior procura)	População em geral	Município (áreas rurais)	ULS, CIM-RMC, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●
OE 1.4 Promover ambientes sociais, físicos e construídos que favoreçam a saúde, o bem-estar e a proteção contra riscos									
LA 1.12 Urbanismo saudável e espaço público									
A1.29	Contribuição para a elaboração de um manual de orientações supramunicipais de planeamento urbano saudável e avaliação de impacto em saúde , para integração nos planos diretores municipais, projetos de regeneração urbana e políticas de mobilidade sustentável adaptadas ao contexto urbano e rural da Região Metropolitana de Coimbra	População em geral	Município	CIM-RMC, ULS, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●
A1.30	Contribuição para o reforço da participação da CIM Região Metropolitana de Coimbra em redes europeias de inovação urbana (e.g., URBACT, EUI), através da preparação de candidaturas às Parcerias Temáticas da Agenda Urbana da UE, promovendo a cooperação internacional e a captação de recursos para projetos regionais na área do urbanismo saudável e sustentabilidade urbana.	População em geral	Município	CIM-RMC, ULS, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
A1.31	Implementação da requalificação urbana e melhoria das condições de acessibilidade, segurança, conforto, multifuncionalidade e intergeracionalidade dos espaços públicos (e.g., eliminação de barreiras, desenho e mobiliário inclusivo)	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ³⁹				
					2026	2027	2028	2029	2030
A1.32	Adesão aos concursos de boas práticas de urbanismo saudável, premiando os municípios que implementem projetos piloto e soluções inovadoras que integrem mobilidade ativa, uso misto, comércio local, habitação e serviços acessíveis a pé ou de bicicleta, espaço público inclusivo, em colaboração com sectores e empresas ligados ao turismo, desporto, comércio e outros	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Empresas do turismo e do comércio e serviços, Câmara Municipal					●
LA 1.13 Acesso e contacto com a Natureza									
A1.33	Requalificação de parques urbanos, espaços verdes e azuis com critérios de acessibilidade universal, em articulação com a CCDR-Centro	População em geral	Município	CIM-RMC, CCDR-Centro, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●
A1.34	Implementação local do programa intermunicipal “Verde à Porta”, para promover a criação de pequenos espaços verdes (jardins de bolso - <i>pocket park</i>) em zonas residenciais, escolas, centros de saúde e equipamentos sociais	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
LA 1.14 Qualidade ambiental e resiliência urbana									
A1.35	Contribuição para o observatório supramunicipal de qualidade ambiental, com monitorização em tempo real do ar, ruído, qualidade da água e do solo	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●
A1.36	Adesão ao programa regional de redução de resíduos em aterro e aumento da valorização (orgânica, energética e multimaterial)	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●
A1.37	Implementação local do programa supramunicipal de monitorização, vigilância, limpeza e manutenção regular das ribeiras e lagoas, em articulação com a CIM-RMC, universidades, autoridades de saúde pública e associações ambientais, para avaliar riscos de zoonoses (e.g., mosquitos) e prevenir problemas ambientais e de saúde pública	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, ULS (saúde pública), Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●
LA 1.15 Mobilidade ativa e sustentável									
A1.38	Renovação da frota de autocarros de transporte público de passageiros, aquisição de veículos elétricos para transporte flexível “porta a porta” ou “carreiras de bairro” através do apoio técnico e financeiro da CIM-RMC	População em geral	Município	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ³⁹				
					2026	2027	2028	2029	2030
A1.39	Implementação local do programa supramunicipal de promoção da mobilidade ativa na idade escolar , para promover deslocações a pé ou de bicicleta em segurança nos percursos casa-escola, em articulação com a CIM-RMC, juntas de freguesia, escolas, associações de pais	População em idade escolar	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Associações de pais, Câmara Municipal		●			
A1.40	Realização de campanhas de sensibilização sobre mobilidade ativa e sustentável	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
LA 1.16 Habitação saudável e adequada									
A1.41	Realização de ações de reabilitação da habitação , focado no conforto térmico, salubridade e segurança (isolamento, substituição de janelas, ventilação, eliminação de humidade, acessibilidade), com a constituição de gabinetes municipais de apoio para facilitar o acesso de famílias e população em situação de vulnerabilidade a apoios financeiros	População em situação de vulnerabilidade económica e social	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior (arquitetura e urbanismo), Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
A1.42	Articulação com a CIM-RMC para o estabelecimento de protocolos com universidades/politécnicos para avaliação do conforto térmico e salubridade das habitações em áreas piloto (humidade, ventilação, eficiência energética)	População em situação de vulnerabilidade económica e social	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior (geografia, arquitetura e urbanismo), Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
LA 1.17 Coesão social e participação comunitária									
A1.43	Desenvolvimento de um programa supramunicipal de apoios financeiros diretos a famílias em situação de vulnerabilidade económica , focado na redução da pobreza energética, pagamento de rendas e obras de reabilitação na habitação.	População em situação de vulnerabilidade económica e social	Município	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
A1.44	Desenvolvimento de ações de formação em literacia financeira , para capacitação da população com competências de gestão de orçamento familiar e finanças pessoais, consumos informados, etc., dirigido a jovens, população mais velha e famílias carenciadas	População em situação de vulnerabilidade económica e social (jovens e população mais velha)	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior (contabilidade, economia), Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
A1.45	Implementação local do programa regional de descentralização da arte e cultura , promovendo o acesso a espetáculos, exposições, oficinas e atividades culturais regulares, com especial enfoque em territórios rurais e periféricos e população mais velha isolada (e.g., unidades móveis culturais e recreativas que circulam pelas freguesias rurais, oferecendo oficinas de artes, música, jogos tradicionais, cinema e convívios)	População em situação de vulnerabilidade: geográfica e de idade	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior (estudos artísticos, cinema, multimédia), Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ³⁹				
					2026	2027	2028	2029	2030
A1.46	Adesão ao cartão intermunicipal “CIM 60+” que oferece descontos e acesso facilitado a atividades culturais, desportivas e sociais, incentivando a participação em eventos comunitários	População mais velha	Município	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
A1.47	Integração da plataforma intermunicipal de sinalização de pessoas a viver em situação de isolamento, alimentada pelo município, juntas de freguesia, associações, cuidadores, para identificar população mais velha em risco e ativar respostas comunitárias	População que vive sozinha	Município	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, Associações de cuidadores, Câmara Municipal		●			
A1.48	Implementação local do programa regional de voluntariado intergeracional , através do estabelecimento de protocolos com escolas e universidades, em que estudantes visitam a população mais velha em situação de solidão não desejada, e apoiam nas compras, partilham aprendizagens digitais e organizam atividades conjuntas (sinergia com a A1.47)	População mais velha que vive em solidão não desejada	Município	CIM-RMC, Escolas e Instituições de ensino superior (apoio), Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
A1.49	Criação de uma plataforma digital de participação pública , para que cidadãos e cidadãs possam identificar necessidades de intervenção no espaço público (segurança, acessibilidade, iluminação, zonas verdes).	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior (multimédia e engenharia informática), Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
OE 1.5 Reduzir e mitigar os impactos da exposição a eventos climáticos extremos e incêndios florestais, reforçando a resiliência das comunidades, com especial atenção às populações vulneráveis									
LA 1.18 Planeamento e coordenação com o nível supramunicipal									
A1.50	Implementação local do plano de contingência supramunicipal para ondas de calor e vagas de frio , articulado com o setor da saúde, proteção civil e ação social	População em geral	Município	CIM-RMC, ULS, Instituições de ensino superior (Geografia e Engenharia), Proteção Civil, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
LA 1.19 Alerta e comunicação									
A1.51	Contribuição para a implementação de um sistema regional de alerta precoce e comunicação , com informação dirigida à população em risco (e.g., SMS, rádios locais, juntas de freguesia)	População em geral	Município	CIM-RMC, Rádios locais, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●
LA 1.20 Proteção e apoio às pessoas vulneráveis									
A1.52	Identificação e monitorização de grupos vulneráveis (e.g., população mais velha a viver sozinha, pessoas com incapacidade, doentes crónicos)	População Vulneráveis (doentes crónicos e pessoas a viverem sozinhas)	Município	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ³⁹				
					2026	2027	2028	2029	2030
A1.53	Adesão à rede regional de apoio comunitário, envolvendo CIM-RMC, ULS, IPSS, associações locais e voluntariado, para identificar situações de risco e de vulnerabilidade e atuar em contexto de eventos climáticos extremos e incêndios florestais	População em geral	Município	CIM-RMC, ULS, IPSS, Associações locais, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●
LA 1.21 Literacia em clima e saúde									
A1.54	Implementação de campanhas de literacia em clima e saúde, sensibilizando para medidas preventivas e de capacitação individual e coletiva (e.g., hidratação, ventilação, isolamento térmico, uso adequado de medicação)	População em geral	Município	CIM-RMC, ULS, Instituições de ensino superior (Saúde Pública), Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			
LA 1.22 Adaptação de edifícios, habitações e espaço público									
A1.55	Implementação local do programa regional de promoção do conforto térmico em espaços públicos, escolas, equipamentos sociais e habitação (e.g., isolamento, ventilação, sombreamento, arborização, eficiência energética, substituição de janelas, reabilitação)	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior (Engenharia civil, urbanismo e arquitetura), Juntas de Freguesia, Câmara Municipal					●
A1.56	Criação de uma rede formal de refúgios climáticos para proteger a população das temperaturas elevadas no Verão e das temperaturas frias no Inverno (refúgios frescos no verão, locais aquecidos no inverno) e de outros eventos climáticos extremos (e.g., cheias e inundações, incêndios florestais) em equipamentos públicos e comunitários (e.g., zonas verdes, espaços públicos sombreados e edifícios climatizados como escolas, museus ou igrejas).	População em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior (Engenharia civil, urbanismo e arquitetura), CCDR Centro, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal		●			

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação

Quadro 13. Descrição das ações por objetivo e linha de ação estratégica no Eixo 2 – Cuidar e Reabilitar Pessoas e Território

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIO									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ⁴⁰				
					2026	2027	2028	2029	2030
OE 2.1 Promover a continuidade de cuidados e a integração dos cuidados de saúde e sociais									
LA 2.1 Cuidados domiciliários integrados e hospitalização em casa									
A2.1	Implementação local do programa intermunicipal de apoio à gestão integrada e acompanhamento de doentes e pessoas em situação de incapacidade (temporária ou permanente) , com a constituição de equipas multidisciplinares de proximidade, nomeadamente em áreas rurais e periféricas, e em articulação com as ULS e IPSS	Pessoas com doença crónica/incapacidade e famílias cuidadoras	Município (áreas rurais)	CIM-RMC, ULS, IPSS, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, Associações de doentes, Escolas de Enfermagem					
A2.2	Co-criação (com a CIM-RMC e ULS) de gabinetes municipais de ligação saúde-social , para garantir a continuidade de cuidados após alta hospitalar (e.g., apoio alimentar, higiene, transporte)	Pessoas em pós-alta hospitalar e famílias vulneráveis	Município	CIM-RMC, Câmaras Municipais, ULS, IPSS					
A2.3	Adesão ao banco intermunicipal de ajudas técnicas de apoio à hospitalização domiciliária (e.g., camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos, etc.)	Pessoas em hospitalização domiciliária, pessoas mais velhas e pessoas com incapacidade	Município	CIM-RMC, ULS, IPSS, Associações locais, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia					
LA 2.2 Inovação digital e telemonitorização									
A2.4	Implementação do programa intermunicipal “Cuidado+”, de promoção da telemonitorização e teleconsulta para pessoas com doenças crónicas ou mobilidade reduzida, assegurando a continuidade dos cuidados e a comunicação permanente entre doentes, cuidadores e profissionais de saúde, integrando a constituição de gabinetes digitais de apoio em juntas de freguesia e as ERPI	Doentes crónicos, pessoas com mobilidade reduzida, cuidadores informais	Município (prioridade freguesias rurais)	CIM-RMC, ULS, Juntas de Freguesia, ERPI, IPSS, Instituições de ensino superior, IPN					
A2.5	Adesão ao programa de apoio à aquisição de soluções digitais de telemonitorização e teleconsulta (e.g., tablets) nos CSP, juntas de freguesia e ERPI, em articulação com as ULS (sinergia com a A2.4)	População vulnerável e instituições sem recursos tecnológicos	Município	CIM-RMC, ULS, IPSS, Instituições de ensino superior, IPN					

⁴⁰ O cronograma pode ser alterado, desde que justificadamente.

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIO									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ⁴⁰				
					2026	2027	2028	2029	2030
OE 2.2 Fomentar a autonomia e a capacidade de autogestão da doença									
LA 2.3 Capacitação individual e familiar									
A2.6	Implementação local do programa intermunicipal de capacitação para doentes crónicos (e.g., diabetes, hipertensão, DPOC, insuficiência cardíaca), cuidadores e familiares , com ciclos de oficinas sobre cuidados básicos, gestão da medicação, nutrição, mobilidade quotidiana e sinais de alerta de agravamento da doença, dinamizadas por profissionais de saúde, assistentes sociais e associações de doentes	Pessoas com diabetes, hipertensão, DPOC, insuficiência cardíaca; cuidadores	Município	CIM-RMC, ULS, IPSS, Associações de doentes, Associações de cuidadores, Instituições de ensino superior (enfermagem, psicologia, fisioterapia, gerontologia)		●			
A2.7	Adesão ao programa de mentoria entre pares (“Rede Partilhar Saúde”), ligando pessoas com experiência na gestão da doença a novos doentes ou famílias em fase inicial de diagnóstico (sinergia com a A2.6)	Doentes crónicos recém-diagnosticados e famílias	Município	CIM-RMC, ULS, Associações de doentes, Associações de cuidadores		●			
LA 2.4 Suporte digital e educação para a autogestão									
A2.8	Desenvolvimento de materiais informativos de autogestão da doença (e.g., guias práticos em linguagem simples, vídeos tutoriais, infografias), em colaboração com a CIM-RMC, a ULS, associações de médicos/as e DGS, distribuídos através das unidades de saúde e plataformas digitais da CIM (sinergia com a A2.6)	Doentes crónicos e cuidadores	Município	CIM-RMC, ULS, DGS, Associações de doentes, Instituições de ensino superior		●			
A2.9	Adesão ao programa de apoio à aquisição de soluções digitais de apoio à autogestão da doença , com lembretes de medicação, registo de sintomas, ligação direta a profissionais de saúde e partilha de informação validada (sinergia com a A2.5)	Pessoas com baixa literacia digital em saúde	Município	CIM-RMC, ULS, IPSS, Instituições de ensino superior, IPN			●		
A2.10	Implementação local do programa intermunicipal de literacia digital em saúde , com a criação de gabinetes digitais de proximidade em juntas de freguesia, as ERPI e centros comunitários, para apoiar as pessoas mais velhas ou com baixa literacia digital a usar as ferramentas de telemonitorização e teleconsulta (sinergia com a A2.4) e ações de formação em parceria com a CIM-RMC, as academias/universidades sénior, escolas e associações locais (sinergia com a A1.4)	População mais velha e população em vulnerabilidade	Município (foco em freguesias com menor cobertura digital)	CIM-RMC, Juntas de Freguesia, ERPI, Academias Sénior, Escolas, Instituições de ensino superior, PMEs		●			

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIO									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ⁴⁰				
					2026	2027	2028	2029	2030
OE 2.3 Promover ambientes comunitários inclusivos que potenciem a reabilitação funcional, cognitiva e a reintegração social									
LA 2.5 Reabilitação física e estimulação cognitiva									
A2.11	Co-criação (com a CIM-RMC e a ULS) de centros comunitários de reabilitação cognitiva e funcional (ou integração nas respostas sociais existentes), com programas de treino de memória, terapia ocupacional, atividades de estimulação cognitiva e atividade física adaptada (hidroginástica, marcha adaptada, yoga terapêutico, pilates) em parceria com os municípios, as ULS, universidades e IPSS	Pessoas em convalescença, doentes crónicos e pessoas mais velhas e frágeis	Município (com prioridade a territórios sem oferta especializada)	CIM-RMC, ULS, IPSS, Instituições de ensino superior (enfermagem, fisioterapia)			●		
A2.12	Co-criação (com a CIM-RMC e ULS) de programa intermunicipal de fisioterapia de proximidade , com equipas móveis que apoiam pessoas em convalescença ou com doenças crónicas incapacitantes, nomeadamente a residir em áreas rurais e periféricas ou em situação de vulnerabilidade social e económica	Pessoas em convalescença ou com incapacidade	Áreas rurais e periféricas	CIM-RMC, ULS, IPSS, Instituições de ensino superior (enfermagem, fisioterapia)		●			
LA 2.6 Adaptação da habitação e dos espaços exteriores									
A2.13	Implementação local do programa supramunicipal de adaptação de habitações para remoção de barreiras arquitetónicas, instalação de rampas, elevadores de escada, casas de banho adaptadas (sinergia com a A1.41)	Pessoas com incapacidade e pessoas mais velhas em vulnerabilidade	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior (arquitetura)		●			
A2.14	Co-criação (com a CIM-RMC e ULS) de orientações para a requalificação e adaptação de espaços exteriores comunitários considerando critérios de acessibilidade universal , junto às ERPI e aos centros de dia e de convívio (passeios, parques, jardins) para torná-los acessíveis, seguros e terapêuticos (e.g., zonas de sombra, bancos, pisos antiderrapantes, percursos pedonais adaptados) (sinergia com A1.31 e A1.34)	População em ERPI, centros de dia, comunidades locais	Município	ULS, IPSS, Instituições de ensino superior (arquitetura, engenharia civil)		●			
LA 2.7 Apoio integrado a pessoas com doenças degenerativas (Demência, Alzheimer) e suas famílias									
A2.15	Implementação de terapias complementares e inovadoras para pessoas com demências (e.g., arte, música, jardinagem, contacto com animais) em centros comunitários, nas ERPI e em unidades de cuidados continuados	Pessoas com demência e Alzheimer	ERPI, Centros de Dia, Comunidades locais	IPSS, Associação Alzheimer, ULS, PMEs		●			
A2.16	Participação no estabelecimento de protocolo com a Rede MID – Museus para a Inclusão na Demência para alargar a oferta de museus na Região Metropolitana de Coimbra concebidos para pessoas com demência e seus cuidadores, integrando ações de capacitação das equipas das instituições culturais e apoio na criação de circuitos culturais adaptados (bibliotecas, espetáculos)	Pessoas com demência e cuidadores	Município com museus e bibliotecas	Rede MID, Museus, Bibliotecas		●			

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIO

#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ⁴⁰				
					2026	2027	2028	2029	2030
A2.17	Realização de campanhas e eventos de sensibilização para o tema das demências , em articulação com a Associação Alzheimer Portugal, a ULS e IPSS e outros parceiros locais e regionais	População em geral	Município	CIM-RMC, Associação Alzheimer, ULS, IPSS, Instituições de ensino superior		●			
A2.18	Implementação local de um programa supramunicipal de diagnóstico precoce de demências , com rastreios cognitivos regulares em unidades de saúde, farmácias e centros comunitários, permitindo identificar casos em fases iniciais e encaminhar para acompanhamento médico, terapias específicas e apoio familiar adequados.	Pessoas com mais de 60 anos em risco de défice cognitivo	Município (com prioridade a áreas rurais)	CIM-RMC, ULS, Centros de Saúde, Instituições de ensino superior, Farmácias		●			
A2.19	Adesão à rede intermunicipal de centros “Memória+” , integrados em ERPI, centros de dia e bibliotecas, para treino cognitivo regular , atividades de estimulação e oficinas de memória , dirigidas a pessoas com défice cognitivo ligeiro e às suas famílias cuidadoras.	Pessoas com défice cognitivo ligeiro e cuidadores	Município	CIM-RMC, ULS, IPSS, ERPI, Associações Alzheimer e Parkinson, Universidades Sénior			●		
A2.20	Co-criação (com a CIM-RMC e ULS) de um programa de capacitação digital adaptado a pessoas mais velhas com declínio cognitivo leve, incluindo formação básica em tecnologias , apoio individualizado em juntas de freguesia e academias sénior e acesso a plataformas digitais seguras e inclusivas , com envolvimento de cuidadores e familiares.	Pessoas em fase inicial de demência, cuidadores	Município	Universidades Sénior, Juntas de Freguesia, Associações locais, ULS		●			
A2.21	Contribuição para a formação de uma rede intergeracional de voluntariado “Companhia e Memória” , envolvendo escolas, universidades e associações juvenis, para visitas regulares a pessoas mais velhas em situação de isolamento, com vista ao acompanhamento social, estimulação cognitiva e apoio em pequenas tarefas quotidianas em casa e na comunidade.	Pessoas mais velhas isoladas, com ou sem demência	Município (com prioridade a freguesias envelhecidas)	Escolas, Instituições de ensino superior, IPSS, Associações juvenis		●			
A2.22	Co-criação (com a CIM-RMC e ULS) de um programa de estimulação sensorial e artística para pessoas com demência, através de sessões regulares de música, artes visuais, teatro e jardinagem terapêutica , em ERPI, centros de dia e unidades de cuidados continuados, favorecendo a expressão emocional, a interação social e o bem-estar .	Pessoas com Alzheimer e outras demências	Município	ULS, ERPI, Museus, Conservatórios de Música, Associações culturais, IPSS			●		
A2.23	Co-criação (com a CIM-RMC e CCDR Centro) no desenvolvimento de uma rede de residências adaptadas “Habitar+” , projetadas para responder às necessidades de pessoas mais velhas com perda de autonomia, incluindo espaços acessíveis, tecnologia assistiva e apoio comunitário integrado , priorizando-se os territórios com elevada pressão demográfica e menor oferta de habitação adequada.	Pessoas mais velhas com perda de autonomia	Município (áreas rurais)	CIM-RMC, Câmara Municipal, CCDR Centro, Instituições de ensino superior, IPSS, Empresas de construção				●	

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIO									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ⁴⁰				
					2026	2027	2028	2029	2030
A2.24	Participação na criação do Observatório Regional da Demência , em articulação com universidades e serviços de saúde, para recolha sistemática de dados sobre prevalência, incidência, necessidades não satisfeitas e impacto social e económico, e consequente produção de relatórios regulares e orientações estratégicas supramunicipais .	População mais velha em geral	Município	CIM-RMC, Instituições de ensino superior, ULS, IPSS, Associações Alzheimer, DGS		●			
A2.25	Implementação, em conjunto com a CIM-RMC, ULS e CCDR Centro de unidades móveis de apoio a pessoas mais velhas com demência em áreas rurais, para assegurar visitas domiciliárias de equipas multidisciplinares , apoio na gestão terapêutica, estimulação cognitiva, acompanhamento social e encaminhamento para serviços de saúde e apoio comunitário .	Pessoas mais velhas com demência em territórios de baixa densidade	Município (áreas rurais)	ULS, Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, CCDR Centro, IPSS, Associações locais			●		
OE 2.4 Reforçar o apoio aos cuidadores informais									
LA 2.8 Apoio financeiro, capacitação e formação em cuidados informais									
A2.26	Implementação local do programa supramunicipal de apoio financeiro e social aos cuidadores informais (e.g., comparticipação de despesas, apoio psicológico, jurídico), alargando a oferta de gabinetes municipais de apoio ao cuidador informal	Cuidadores informais em situação de vulnerabilidade económica/social	Município	CIM-RMC, ULS, Câmara Municipal, IPSS, Associações de cuidadores, Associação Alzheimer		●			
A2.27	Contribuição para a parceria com a Associação Alzheimer para formações certificadas em cuidados informais em contexto domiciliário (e.g., alimentação, mobilização, higiene, prevenção de úlceras e feridas), em articulação com o programa de mentoria entre pares (Rede Partilhar Saúde) (sinergia com a A2.6 e A2.7)	Cuidadores informais e famílias cuidadoras	Município	Associações de cuidadores, Associação Alzheimer, ULS, Instituições de ensino superior (enfermagem, fisioterapia, gerontologia) Humanitude		●			
A2.28	Criação e reforço de de serviços de apoio ao cuidador , em todos os municípios, com a criação e alargamento dos gabinetes municipais de apoio ao cuidador informal, em articulação com as equipas de apoio domiciliário, IPSS e voluntários	Cuidadores informais	Município	IPSS, Associações de cuidadores, bancos de voluntários, ULS			●		
A2.29	Implementação local do programa intermunicipal de apoio psicológico e social para cuidadores de pessoas com demência, através de consultas, grupos de partilha, apoio jurídico e serviços de descanso , reduzindo a sobrecarga e promovendo maior equilíbrio emocional e qualidade de vida .	Cuidadores formais e informais	Município	CIM-RMC, ULS, Associação Alzheimer, IPSS, Instituições de ensino superior		●			

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIO									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ⁴⁰				
					2026	2027	2028	2029	2030
OE 2.5 Valorizar e promover os territórios de paisagens terapêuticas, incluindo os termais, como recursos de saúde, bem-estar e reabilitação									
LA 2.10 Territórios de paisagens terapêuticas, incluindo os termais, e saúde preventiva									
A2.30	Contribuição para o estabelecimento do protocolo , quer com as estâncias termais quer com outros territórios de paisagens terapêuticas, para a criação de programas dirigidos à população mais velha (criado pela CIM-RMC), focados na prevenção de doenças músculo-esqueléticas, cardiovasculares e respiratórias, e na manutenção funcional, integrando hidroterapia, <i>mindfulness</i> , terapias de relaxamento e contacto com a natureza	População mais velha e pessoas com doenças músculo-esqueléticas, cardiovasculares e respiratórias	Municípios com estâncias termais	CIM-RMC, Estâncias Termais, ULS		●			
A2.31	Contribuição para criação de uma plataforma digital intermunicipal sobre os territórios de paisagens terapêuticas , quer sejam associados às termas da Região Metropolitana de Coimbra, com informação sobre as propriedades das águas, benefícios para a saúde (e.g., doenças respiratórias, reumáticas, dermatológicas, <i>stress</i> , etc.), quer associados a outros programas disponíveis na montanha e no litoral , por exemplo (e.g., ciclovias, trilhos, caminhadas) (sinergia com a A2.34)	População em geral, turistas de saúde e bem-estar	Município	CIM-RMC, ULS, Territórios de paisagens terapêuticas, incluindo os termais, Turismo do Centro, Instituições de ensino superior		●			
A2.32	Contribuição para a promoção e reforço da criação de protocolos entre a ULS e as estâncias termais da Região Metropolitana de Coimbra (ação conjunta com a CIM-RMC), para referenciação de doentes em programas de reabilitação física (doenças músculo-esqueléticas, pós-operatório) e respiratória (DPOC, asma, alergias) e de reabilitação cognitiva, integrando atividades de estimulação mental, contacto com a natureza e terapias ocupacionais								
LA 2.11 Territórios de paisagens terapêuticas, incluindo as Termos, e reabilitação física e mental									
A2.33	Promoção junto dos médicos/as de família para o alargamento da prescrição de terapias termais , como complemento de tratamentos clínicos, e suplementando a comparticipação do Estado (35%) no caso de utentes em situação de vulnerabilidade social e económica	Utentes em situação de vulnerabilidade económica e social	Município	Médicos/as de Família, ULS, Estâncias Termais			●		
A2.34	Co-criação (em conjunto com a CIM-RMC e CCDR Centro) de uma rede de paisagens terapêuticas associadas às estâncias termais e a outros territórios , promovendo os espaços verdes e azuis, trilhos de caminhada, jardins sensoriais e áreas de contacto com a natureza como parte integrante da reabilitação (sinergia com a A2.31)	População em programas de reabilitação física/cognitiva	Município	CIM-RMC, CCDR Centro, Estâncias Termais, Turismo Centro, Associações locais, Instituições de ensino superior					●

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação

Quadro 14. Descrição das ações por objetivo e linha de ação estratégica no Eixo 3 – Governança, Liderança e Participação.

EIXO 3 – GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ⁴¹				
					2026	2027	2028	2029	2030
OE 3.1 Consolidar mecanismos de governança com articulação a nível supramunicipal									
LA 3.1 Articulação Território-Saúde-Social									
A3.1	Participação em reuniões periódicas entre a Comunidade Intermunicipal da Região Metropolitana de Coimbra (CIM-RMC), ULS e terceiro setor	Decisores políticos e técnicos locais	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, ULS, Instituições de ensino superior, IPSS, Associações locais	●	●	●	●	●
A3.2	Integração do Conselho Supramunicipal de Saúde como órgão consultivo e de coordenação estratégica em saúde	Representantes municipais e de ULS	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, ULS	●				
A3.3	Co-criação (com a CIM-RMC) de uma estratégia de comunicação e partilha de informação em saúde entre a CIM-RMC, ULS e entidades do terceiro setor	População em geral	Município	CIM-RMC, ULS, Associações, Instituições de ensino superior		●			
LA 3.2 Comunicação									
A3.4	Co-criação (com a CIM-RMC) de página web dedicada à Saúde dentro do website do Município e da CIM-RMC, para divulgação da Estratégia Municipal de Saúde, notícias, eventos, projetos e iniciativas de saúde	População em geral	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior	●				
A3.5	Participação na criação de evento “Fórum Intermunicipal de Saúde”, evento de divulgação de boas práticas de promoção da saúde na Região Metropolitana de Coimbra	Profissionais de saúde, IPSS, população interessada	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, ULS, Associações, Instituições de ensino superior			●		
OE 3.2 Promover a liderança colaborativa e participativa									
LA 3.3 Liderança									
A3.6	Criação do Gabinete Municipal de Saúde, seguindo um modelo “One-Stop-Shop”, um espaço físico que agrega os projetos, atividades e programas que o município desenvolve na área da prevenção da doença e promoção da saúde bem como serviços municipais de cuidados de saúde e de apoio social (e.g., saúde oral, apoio psicológico, fisioterapia, etc.)	População residente em cada município	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, ULS					●
A3.7	Desenvolvimento de “Guião Municipal de Avaliação de Impactos em Saúde”, para informar o desenvolvimento de planos, projetos e intervenções urbanas, em articulação com a CCDD Centro	Técnicos municipais, decisores locais	Município	CIM-RMC, CCDD-Centro, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior			●		

⁴¹ O cronograma pode ser alterado, justificadamente.

EIXO 3 – GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO									
#	Ação (A)	População-alvo	Incidência territorial	Parceiros	Cronograma de implementação ⁴¹				
					2026	2027	2028	2029	2030
A3.8	Promover a adesão do município à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis	Município	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis					●
LA 3.4 Participação									
A3.9	Desenvolvimento de ações de auscultação da população sobre os problemas e necessidades em saúde, em articulação com os municípios e a ULS	População em geral	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, ULS, Associações			●		
OE 3.3 Reforçar a capacidade de avaliação e monitorização em saúde									
LA 3.5 Monitorização e avaliação									
A3.10	Participação no “Observatório Intermunicipal de Saúde”, em articulação com a Instituições de Ensino Superior (e.g., Universidade de Coimbra) e a ULS, para recolher dados e avaliar impactos na saúde da população	Investigadores, técnicos de saúde pública, técnicos municipais	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior, ULS			●		
A3.11	Participação na manutenção da plataforma “Perfil Interativo de Saúde da Região Metropolitana de Coimbra”, em articulação com a Universidade de Coimbra e a ULS	Decisores políticos e técnicos municipais	Município	CIM-RMC, Câmara Municipal, Instituições de ensino superior ULS, Critical Catalyst			●		
A3.12	Realização de inquérito à população residente sobre estado de saúde, comportamentos e condições de vida	População em geral	Amostra municipal representativa	CIM-RMC, Câmara municipal, Instituições de ensino superior, ULS				●	
A3.13	Produção de relatório quinquenal de diagnóstico e monitorização do perfil de saúde da população residente com indicadores-chave (atualização do perfil supramunicipal de saúde)	Decisores políticos, comunidade científica	Município	CIM-RMC, Câmara municipal, Instituições de ensino superior, ULS					●
A3.14	Realização de ações de formação e de capacitação (com a CIM-RMC e a ULS) para a avaliação e monitorização do Plano Municipal de Saúde	Investigadores, técnicos de saúde pública, técnicos municipais	Município	CIM-RMC, Câmara municipal, Instituições de ensino superior, ULS					●

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação

8 PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A última etapa do ciclo de desenvolvimento da Estratégia é relativa à implementação e avaliação da execução das ações que integram o plano de ação 2026-2030. Para cada ação foram definidas metas de implementação e indicadores de realização (**Quadro 15**, **Quadro 16** e **Quadro 17**), que permitem o acompanhamento do grau de cumprimento do Plano Supramunicipal de Saúde no período temporal definido.

Equipa de Acompanhamento e Avaliação

A implementação da Estratégia Municipal de Saúde deve ser acompanhada da constituição de uma **equipa técnica de acompanhamento, monitorização e avaliação**, tendo em conta as metas e indicadores definidos no presente plano. Esta equipa, a ser criada pelo município, tem como missão **promover a colaboração no âmbito da implementação da Estratégia e operacionalizar o acompanhamento e avaliação regular do seu plano de ação**.

As metas propostas devem ser consideradas como uma tarefa e um **compromisso partilhado entre o município e a CIM**, dentro dos seus domínios de atuação e competências, assumindo o caráter integrador e orientador da Estratégia, e no contexto da missão dos municípios em colocar a saúde no centro de todas as políticas municipais.

Adicionalmente, o **Conselho Municipal de Saúde de Penela** (Eixo 3, Ação 3.2), em articulação com o **Conselho Supramunicipal de Saúde**, tem um papel fundamental como **órgão consultivo e de acompanhamento**,

devendo emitir pareceres sobre os relatórios de avaliação intermédia e final.

Sistema de monitorização e avaliação

O processo de acompanhamento do nível de cumprimento dos objetivos e metas propostas e sua avaliação no final do ciclo temporal (2030), assentam num sistema de monitorização e avaliação (Eixo 3, Linha de Ação 3.5), que será implementado com: (i) a co-criação do **Observatório Intermunicipal de Saúde**, com o objetivo de recolher, atualizar e analisar os indicadores do Perfil de Saúde e todos os que se considerem relevantes para acompanhar a execução da Estratégia, e (ii) a **manutenção da plataforma “Perfil Interativo de Saúde da Região Metropolitana de Coimbra”**.

Avaliação intermédia e final

A avaliação contínua do plano de ação permite reagir de forma atempada a eventuais desvios e responder à alteração das metas de implementação e indicadores de realização⁴² que sustentaram a sua definição. Neste sentido, esta avaliação deve ser feita pela **Equipa de Acompanhamento e Avaliação** a meio (2028) e no final (2030) do ciclo de implementação da Estratégia.

Este processo deve culminar na **realização de dois relatórios**: (i) Relatório de Avaliação Intermédia, permitindo fazer o ponto de situação na avaliação da execução das ações (dezembro 2028) e (ii) Relatório de Avaliação Final (dezembro 2030).

⁴² Os objetivos, os indicadores e metas poderão ser revistos, desde que justificadamente.

8.1 Metas e indicadores

Quadro 15. Metas de implementação e indicadores de realização de cada ação⁴³ no Eixo 1 – Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE			
#	Ação (A)	Meta de implementação (M)	Indicadores de execução
OE 1.1 Reforçar a literacia em saúde e capacitar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis			
LA 1.1 Educação em saúde ao longo da vida			
A1.1	Implementação local do programa intermunicipal de educação para a saúde nas escolas (Ensino Básico e Ensino Secundário), abrangendo nutrição, saúde mental, sexualidade e prevenção de consumos aditivos).	M1.1 Até 2030, integrar 100% das escolas do município no programa de educação para a saúde	Nº de escolas aderentes / total de escolas (%) Nº de alunos envolvidos por ciclo de ensino Nº de sessões ou módulos desenvolvidos anualmente
A1.2	Realização de oficinas de literacia em saúde para pais e encarregados/as de educação dos/as alunos/as inscritos nas escolas do município (associada à A1.1.).	M1.2 Até 2028, envolver pelo menos 50% dos pais/encarregados de educação em oficinas de literacia em saúde.	Nº de oficinas realizadas no município Nº de participantes / total da população-alvo (%)
A1.3	Realização de campanhas de sensibilização para práticas de promoção da saúde no trabalho , dirigidas a entidades empregadoras e trabalhadores, com foco na alimentação, atividade física, gestão do <i>stress</i> (prevenindo o <i>burnout</i>), prevenção de consumos aditivos, gestão de ambientes de trabalho saudáveis e seguros (fornecimento de informação e utilização de Equipamento de Proteção Individual – EPI - e vestuário adequado na construção civil, agricultura, pesca, entre outras).	M1.3 Até 2028, desenvolver campanhas anuais em pelo menos 50% das entidades empregadoras do município.	Nº de campanhas realizadas Nº de entidades empregadoras abrangidas Nº de trabalhadores participantes / total (%)
A1.4	Adesão ao programa intermunicipal de literacia digital na população adulta , focada na capacitação para a utilização de recursos tecnológicos que permitam o acesso e compreensão da informação em saúde e acesso a cuidados de saúde.	M1.4 Até 2030, alcançar 70% da população adulta com competências básicas de literacia digital em saúde	Nº de sessões/formações realizadas Nº de participantes em formações
A1.5	Implementação de programas comunitários de literacia em saúde adaptados à população mais velha, combinando ciclos de oficinas, campanhas de sensibilização e atividades físicas, culturais e sociais , com foco na saúde mental, alimentação saudável e prevenção dos fatores de risco de doenças crónicas.	M1.5 Até 2028, garantir que pelo menos 50% das freguesias do município têm atividades regulares	Nº de oficinas/campanhas realizadas por ano Nº de participantes Taxa de adesão (%) em relação à população adulta mais velha residente

⁴³ As metas de implementação e os indicadores de realização (correspondentes às Ações) poderão ser revistos e alterados se se justificar.

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE			
#	Ação (A)	Meta de implementação (M)	Indicadores de execução
LA 1.2 Capacitação comunitária e de proximidade			
A1.6	Desenvolvimento de programa de formação de “Agentes Comunitários de Saúde / Guardiões Locais da Saúde” , para dinamizar as atividades de proximidade definidas na A1.4 e A1.5, em parceria com clubes e associações locais.	M1.6 Até 2028, formar pelo menos dois agentes comunitários	Nº de agentes formados Nº de ações dinamizadas
LA 1.3 Comunicação			
A1.7	Integração local da plataforma digital de saúde e bem-estar (app) criada pela CIM-RMC , com materiais de comunicação em formatos inclusivos, informação validada, acessível e adaptada a vários públicos-alvo (jovens, adultos, população mais velha) com elementos de gamificação.	M1.7 Até 2028, integrar a plataforma/app	Nº de acessos/utilizadores
A1.8	Realização de campanha anual de sensibilização para doenças crónicas, prevenção dos fatores de risco e promoção de comportamentos saudáveis , no mês de abril, que integre a organização de semanas temáticas (semana da alimentação saudável, semana da atividade física, semana da saúde mental).	M1.8 Até 2030, realizar anualmente uma campanha com pelo menos 3 semanas temáticas	Nº de campanhas realizadas por ano Nº de eventos/atividades por semana temática Nº de participantes
OE 1.2 Reduzir os principais fatores de risco associados a doenças crónicas			
LA 1.4 Alimentação			
A1.9	Implementação local do programa intermunicipal de alimentação saudável nas escolas e outros equipamentos sociais (centros de dia, residências seniores, cuidados continuados , com revisão dos menus das cantinas e sessões de educação alimentar.	M1.9 Até 2028, assegurar que 70% das escolas e 60% dos equipamentos sociais do município implementam menus saudáveis e sessões de educação alimentar.	Nº de escolas e equipamentos sociais integrados no programa / total (%) Nº de sessões de educação alimentar realizadas
A1.10	Adesão à rede regional de feiras de produtos locais e biológicos e apoio a circuitos curtos de produção e consumo de hortícolas e frutas .	M1.10 Até 2028, garantir pelo menos uma feira de produtos locais/biológicos, com a adesão de produtores locais.	Nº de feiras realizadas / ano Nº de produtores locais participantes
A1.11	Contribuição para a Criação de normas orientadoras (que possam ser integradas e adaptadas nos planos urbanísticos municipais) que condicionem a instalação de estabelecimentos de fast-food e venda de alimentos ultra-processados nas imediações de escolas .	M1.11 Até 2030, integrar normas urbanísticas que condicionam <i>fast-food</i> junto a escolas	Município integra as orientações (Sim/Não)
LA 1.5 Atividade física			
A1.12	Reforço e alargamento dos programas comunitários gratuitos de atividade física (ex.: caminhadas, hidroginástica, atividades ao ar livre), através de parcerias com clubes desportivos, associações locais, escolas e ginásios.	M1.12 Até 2030, disponibilizar programas regulares de atividade física, abrangendo pelo menos 30% da população residente	Nº de programas ativos no município Nº de participantes por ano

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE			
#	Ação (A)	Meta de implementação (M)	Indicadores de execução
A1.13	Adesão à rede intermunicipal de percursos pedonais e cicláveis sinalizados e seguros, ligando os principais núcleos urbanos.	M1.13 Até 2030, criar pelo menos 15 km de percursos interligados entre municípios da Região Metropolitana de Coimbra	Nº de km de percursos pedonais/cicláveis implementados Nº de núcleos urbanos ligados por rede intermunicipal
LA 1.6 Comportamentos aditivos (tabaco, álcool, drogas e jogo)			
A1.14	Criação de uma linha de apoio e aconselhamento para jovens e famílias em situação de risco associado a comportamentos aditivos (telefónica e/ou online), em parceria com as associações locais e cuidados de saúde, para encaminhamento e tratamento.	M1.14 Até 2028, criar linha de apoio	Nº de chamadas/solicitações recebidas Nº de encaminhamentos para serviços especializados
A1.15	Adesão à campanha regional de prevenção do consumo de tabaco, álcool e de outras substâncias ilícitas , nas escolas, nas instituições de solidariedade social, nos cuidados de saúde e nos locais de trabalho	M1.15 Até 2030, realizar campanhas anuais com alcance mínimo de 40% da população residente	Nº de campanhas realizadas / ano Nº de pessoas alcançadas (%)
A1.16	Implementação local programa regional de prevenção do jogo problemático , com foco em raspadinhas, apostas online e outros jogos sociais, em parceria com juntas de freguesia, IPSSs e cuidados de saúde.	M1.16 Até 2027, implementar o programa no município, envolvendo escolas secundárias e academias/universidades sénior.	Nº ações de prevenção de jogo no município Nº de sessões realizadas / público-alvo
LA 1.7 Stress, ansiedade e depressão			
A1.17	Implementação local de programa de gestão do stress e promoção do bem-estar psicológico em escolas e locais de trabalho.	M1.17 Até 2030, assegurar que 70% das escolas e 50% das grandes entidades empregadoras do município participam no programa.	Nº de escolas/empresas abrangidas Nº de sessões/programas implementados
A1.18	Implementação local do programa supramunicipal de apoio financeiro para consultas de saúde mental e terapias de bem-estar , em articulação com os serviços de saúde.	M1.18 Até 2030, garantir apoio a pelo menos 30% dos pedidos	Nº de beneficiários apoiados Nº de consultas/terapias comparticipadas
LA 1.8 Monitorização e deteção precoce			
A1.19	Promoção de programa de rastreio (cancro, diabetes, hipertensão, saúde oral, saúde visual infantil), com o estabelecimento de parcerias com a ULS, Instituições de Ensino Superior e Farmácias, alargando a cobertura territorial.	M1.19 Até 2028, garantir que 60% da população adulta realiza um rastreio anual de diabetes, hipertensão Até 2030, garantir que 80% da população jovem e adulta realiza um rastreio de saúde oral Até 2030, garantir que 80% da população infantil (início aos dois anos) realiza um rastreio de saúde visual	Nº de rastreios realizados / ano % de cobertura da população adulta Nº de parcerias estabelecidas com ULS, farmácias e ensino superior

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE			
#	Ação (A)	Meta de implementação (M)	Indicadores de execução
OE 1.3 Garantir equidade territorial no acesso a cuidados preventivos, de proximidade e de boa qualidade			
LA 1.9 (Re)qualificação e modernização dos equipamentos de cuidados de saúde primários (CSP)			
A1.20	Contribuição para o levantamento contínuo das necessidades supramunicipais, plano plurianual de investimento e mobilização de financiamento nacional e europeu para a sua execução	M1.20 Até 2030, garantir que as necessidades de investimento identificadas têm financiamento alocado	Montante de financiamento mobilizado (€)
LA 1.10 Proximidade e inovação na prestação de cuidados de saúde			
A1.21	Implementação de unidades móveis de saúde nas áreas rurais e periféricas sem oferta de unidade de CSP, através da aquisição e adaptação de veículos	M1.21 Até 2030, garantir pelo menos uma unidade móvel de saúde em todos os municípios	Nº de unidades móveis adquiridas/adaptadas Município servido (Sim/Não) Nº de consultas e rastreios realizados/ano
A1.22	Apoio ao desenvolvimento de um programa intermunicipal de apoio à teleconsulta e telemonitorização , com a instalação de Balcões de Apoio Digital em juntas de freguesia, ERPI, centros de dia e centros comunitários	M1.22 Até 2030, instalar Balcões de Apoio Digital em 50% das freguesias e 60% das residências séniores / centros comunitários	Nº de balcões instalados Nº de utilizadores atendidos/ano Nº de teleconsultas realizadas
A1.23	Articulação do município com a CIM-RMC para o estabelecimento de parcerias com universidades e politécnicos para estágios e atividades na comunidade (psicologia, nutrição, enfermagem, meios complementares de diagnóstico, fisioterapia, optometria e saúde oral)	M1.23 Até 2028, pelo menos 5 protocolos ativos para atividades comunitárias	Nº protocolos estabelecidos Nº atividades comunitárias realizadas/ano Nº de estudantes/profissionais envolvidos
A1.24	Contribuição do município para o fundo intermunicipal de saúde oral para participar consultas de medicina dentária e tratamentos (e.g., próteses), destinado a populações em situação de vulnerabilidade económica	M1.24 Até 2030, garantir apoio a pelo menos 30% dos pedidos para consultas/tratamentos de saúde oral.	Nº de beneficiários apoiados/ano Nº de consultas/tratamentos participados Montante anual do fundo (€)
A1.25	Contribuição (em articulação com a ULS) para um programa supramunicipal de atração e fixação de médicos/as de família nas áreas rurais e periféricas , através da criação de incentivos (apoios à habitação, mobilidade, condições de trabalho e integração comunitária) que garantam cobertura universal na Região Metropolitana de Coimbra	M1.25 Até 2030, 95% da população da Região Metropolitana de Coimbra com médico de família atribuído	% de população com médico de família Nº de médicos/as fixados através do programa Nº de incentivos atribuídos
LA 1.11 Acessibilidade a cuidados diferenciados e hospitalares			
A1.26	Adesão ao serviço de transporte flexível a pedido (SIT FLEX) para populações em situação de vulnerabilidade ou a viver em áreas rurais e periféricas, para realizar consultas de especialidade e tratamentos hospitalares.	M1.26 Até 2028, SIT FLEX em todos os municípios	Município abrangido pelo SIT FLEX (Sim/Não) Nº de viagens realizadas/ano
A1.27	Garantir , em articulação com o INEM e os municípios, a cobertura territorial de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida	M1.27 Até 2028, todos os municípios com cobertura SIV	Município coberto (Sim/Não) Tempo médio de resposta (minutos)

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE			
#	Ação (A)	Meta de implementação (M)	Indicadores de execução
A1.28	Apoiar as ações a desenvolver pela CIM-RMC que terão como objetivo a implementação de protocolos com a ULS (respetivos hospitais) para consultas descentralizadas regulares no município (e.g., saúde mental, oftalmologia e outras especialidades com maior procura)	M1.28 Até 2030, pelo menos 80% dos municípios periféricos com consultas descentralizadas em especialidades prioritárias	Nº de protocolos estabelecidos com hospitais Município com consultas descentralizadas (Sim/Não) Nº de consultas realizadas/ano (por especialidade)
OE 1.4 Promover ambientes sociais, físicos e construídos que favoreçam a saúde, o bem-estar e a proteção contra riscos			
LA 1.12 Urbanismo saudável e espaço público			
A1.29	Contribuição para a elaboração de um manual de orientações supramunicipais de planeamento urbano saudável e avaliação de impacto em saúde , para integração nos planos diretores municipais, projetos de regeneração urbana e políticas de mobilidade sustentável adaptadas ao contexto urbano e rural da Região Metropolitana de Coimbra	M1.29 Até 2030, elaborar um manual de orientações supramunicipais de planeamento urbano saudável e avaliação de impacto em saúde	Nº orientações Município integra orientações nos planos urbanísticos (Sim/Não)
A1.30	Contribuição para a reforço da participação da CIM Região Metropolitana de Coimbra em redes europeias de inovação urbana (e.g., URBACT, EUI), através da preparação de candidaturas às Parcerias Temáticas da Agenda Urbana da UE, promovendo a cooperação internacional e a captação de recursos para projetos regionais na área do urbanismo saudável e sustentabilidade urbana.	M1.30 Até 2028, pelo menos a CIM participar em mais uma rede europeia de inovação urbana	Nº candidaturas Nº redes em que a CIM RMC participa
A1.31	Implementação da requalificação urbana e melhoria das condições de acessibilidade, segurança, conforto, multifuncionalidade e inter-geracionalidade dos espaços públicos (e.g., eliminação de barreiras, desenho e mobiliário inclusivo)	M1.31 Até 2030, criar uma estrutura, em articulação com a CCDD-Centro, que permita o apoio à requalificação do espaço urbano	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº ações/medidas de requalificação do espaço público Município apoiado (técnica e/ou financeiramente) (Sim/Não)
A1.32	Adesão aos concursos de boas práticas de urbanismo saudável promovidos pela CIM-RMC (prémios atribuídos a projetos piloto e soluções inovadoras que integrem mobilidade ativa, uso misto, comércio local, habitação e serviços acessíveis a pé ou de bicicleta, espaço público inclusivo, em colaboração com sectores e empresas ligados ao turismo, desporto, comércio e outros)	M1.32 Até 2030, pelo menos lançar quatro concursos de boas práticas de urbanismo saudável (um por ano)	Município aderente (Sim/Não) Nº candidaturas Nº projetos premiados
LA 1.13 Acesso e contacto com a Natureza			
A1.33	Requalificação de parques urbanos, espaços verdes e azuis com critérios de acessibilidade universal, em articulação com a CCDD Centro e CIM-RMC	M1.33 Até 2030, criar uma estrutura que permita o apoio na requalificação de parques verdes e azuis	Montante de financiamento mobilizado (€) Município apoiado (Sim/Não) Nº espaços verdes e azuis requalificados

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE			
#	Ação (A)	Meta de implementação (M)	Indicadores de execução
A1.34	Implementação local do programa intermunicipal “Verde à Porta” , para promover a criação de pequenos espaços verdes (jardins de bolso - <i>pocket park</i>) em zonas residenciais, escolas, centros de saúde e equipamentos sociais.	M1.34 Até 2028, criar o programa “Verde à Porta”	Município aderente (Sim/Não) Nº espaços verdes criados
LA 1.14 Qualidade ambiental e resiliência urbana			
A1.35	Contribuição para o observatório supramunicipal de qualidade ambiental , com monitorização em tempo real do ar, ruído, qualidade da água e do solo	M1.35 Até 2030, criar o observatório supramunicipal de qualidade ambiental	Município contribui para o Observatório supramunicipal de qualidade ambiental (Sim/Não)
A1.36	Adesão ao programa regional de redução de resíduos em aterro e aumento da valorização (orgânica, energética e multimaterial)	M1.36 Até 2030, reduzir em 20% os resíduos que vão para aterro e aumentar em 30% os resíduos que vão para valorização	% resíduos cujo destino é a valorização % resíduos cujo destino é o aterro
A1.37	Implementação local do programa supramunicipal de monitorização, vigilância, limpeza e manutenção regular das ribeiras e lagoas , em articulação com a CIM-RMC, universidades, autoridades de saúde pública e associações ambientais, para avaliar riscos de zoonoses (e.g., mosquitos) e prevenir problemas ambientais e de saúde pública	M 1.37 Até 2030, implementar programa supramunicipal de monitorização, vigilância, limpeza e manutenção regular das ribeiras e lagoas	Município aderente (Sim/Não) Nº ribeiras intervencionadas
LA 1.15 Mobilidade ativa e sustentável			
A1.38	Renovação da frota de autocarros de transporte público de passageiros, aquisição de veículos elétricos para transporte flexível “porta a porta” ou “carreiras de bairro” , com apoio técnico e financeiro da CIM-RMC	M1.38 Até 2028, criar as condições para o apoio técnico e financeiro aos municípios, com vista a aumentar a mobilidade sustentável	Montante de financiamento mobilizado (€) Município apoiado (Sim/Não) Nº veículos renovados Nº veículos adquiridos
A1.39	Implementação local do programa supramunicipal de promoção da mobilidade ativa na idade escolar , para promover deslocações a pé ou de bicicleta em segurança nos percursos casa-escola, em articulação com os municípios, juntas de freguesia, escolas, associações de pais	M1.39 Até 2028, criar o programa supramunicipal de promoção da mobilidade ativa na idade escolar	Município aderente (Sim/Não) Nº crianças que vão a pé ou de bicicleta para a escola
A1.40	Realização de campanhas de sensibilização sobre mobilidade ativa e sustentável	M1.40 Até 2028, pelo menos realizar duas campanhas de sensibilização sobre mobilidade ativa e sustentável	Nº campanhas nas escolas Nº campanhas nas instituições de saúde e juntas de freguesia
LA 1.16 Habitação saudável e adequada			

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

#	Ação (A)	Meta de implementação (M)	Indicadores de execução
A1.41	Realização de ações de reabilitação da habitação (através do programa regional da CIM-RMC) , focado no conforto térmico, salubridade e segurança (isolamento, substituição de janelas, ventilação, eliminação de humidade, acessibilidade), com a constituição de gabinetes municipais de apoio para facilitar o acesso de famílias e população em situação de vulnerabilidade a apoios financeiros	M1.41 Até 2028, criar o programa regional de incentivo à reabilitação da habitação	Montante de financiamento mobilizado (€) Município aderente (Sim/Não) Nº pedidos de apoio Nº famílias apoiadas
A1.42	Articulação com a CIM-RMC para o estabelecimento de protocolos com universidades/politécnicos para avaliação do conforto térmico e salubridade das habitações em áreas piloto (humidade, ventilação, eficiência energética)	M1.42 Até 2028, estabelecer pelo menos dois protocolos para avaliação do conforto térmico e salubridade das habitações em áreas piloto	Nº protocolos Município aderente (Sim/Não)
LA 1.17 Coesão social e participação comunitária			
A1.43	Implementação local do programa supramunicipal de apoios financeiros diretos a famílias em situação de vulnerabilidade económica , focado na redução da pobreza energética, pagamento de rendas e obras de reabilitação na habitação.	M1.43 Até 2028, criar um programa supramunicipal de apoios financeiros diretos a famílias em situação de vulnerabilidade económica	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº candidaturas Nº famílias apoiadas
A1.44	Desenvolvimento de ações de formação em literacia financeira , para capacitação da população com competências de gestão de orçamento familiar e finanças pessoais, consumos informados, etc., dirigido a jovens, população mais velha e famílias carenciadas	M1.44 Até 2028, pelo menos implementar duas ações de formação em literacia financeira, dirigidas a jovens, população mais velha e famílias carenciadas	Nº ações de formação em literacia financeira
A1.45	Implementação local do programa regional de descentralização da arte e cultura , promovendo o acesso a espetáculos, exposições, oficinas e atividades culturais regulares, em todos os municípios da Região Metropolitana de Coimbra, com especial enfoque em territórios rurais e periféricos e população mais velha isolada (e.g., unidades móveis culturais e recreativas que circulam pelas freguesias rurais, oferecendo oficinas de artes, música, jogos tradicionais, cinema e convívios)	M1.45 Até 2028, criar o programa regional de descentralização da arte e cultura, que chegue a territórios rurais e periféricos e população mais velha isolada	Município aderente (Sim/Não) Nº atividades realizadas
A1.46	Adesão ao cartão intermunicipal “CIM 60+” que oferece descontos e acesso facilitado a atividades culturais, desportivas e sociais, incentivando a participação em eventos comunitários	M1.46 Até 2028, criar o cartão intermunicipal “CIM 60+”	Nº cartões Nº atividades/eventos abrangidos
A1.47	Integração da plataforma intermunicipal de sinalização de pessoas a viver em situação de isolamento , alimentada por municípios, juntas de freguesia, associações, cuidadores, para identificar população mais velha em risco e ativar respostas comunitárias	M1.47 Até 2028, criar uma plataforma intermunicipal de sinalização de pessoas a viver em situação de isolamento	Município aderente (Sim/Não) Nº pessoas sinalizadas

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE			
#	Ação (A)	Meta de implementação (M)	Indicadores de execução
A1.48	Implementação local do do programa regional de voluntariado intergeracional , através do estabelecimento de protocolos com escolas e universidades, em que estudantes visitam a população mais velha em situação de solidão não desejada, e apoiam nas compras, partilham aprendizagens digitais e organizam atividades conjuntas (sinergia com a A1.47)	M1.48 Até 2028, criar o programa regional de voluntariado intergeracional	Nº voluntários Nº população mais velha apoiada
A1.49	Criação de uma plataforma digital de participação pública , para que cidadãos e cidadãs possam identificar necessidades de intervenção no espaço público (segurança, acessibilidade, iluminação, zonas verdes).	M1.49 Até 2028, criar uma plataforma digital de participação pública	Plataforma digital de participação pública Nº de cidadãos e cidadãs envolvidas
OE 1.5 Reduzir e mitigar os impactos da exposição a eventos climáticos extremos e incêndios florestais, reforçando a resiliência das comunidades, com especial atenção às populações vulneráveis			
LA 1.18 Planeamento e coordenação com o nível supramunicipal			
A1.50	Implementação local do plano de contingência supramunicipal para ondas de calor e vagas de frio , articulado com o setor da saúde, proteção civil e ação social	M1.50 Até 2028, todos os municípios da Região Metropolitana de Coimbra dispõem de um plano de contingência alinhado com o plano supramunicipal	Município com plano de contingência (Sim/Não)
LA 1.19 Alerta e comunicação			
A1.51	Contribuição para a implementação de um sistema regional de alerta precoce e comunicação , com informação dirigida à população em risco (e.g., SMS, rádios locais, juntas de freguesia)	M1.51 Até 2030, 100% da população recebe informação operacional em tempo útil durante eventos extremos	Nº de mensagens/alertas emitidos por ano
LA 1.20 Proteção e apoio às pessoas vulneráveis			
A1.52	Identificação e monitorização de grupos vulneráveis (e.g., população mais velha a viver sozinha, pessoas com incapacidade, doentes crónicos)	M1.52 Até 2028, todos os municípios dispõem de um registo atualizado de pessoas vulneráveis (população mais velha isolada, doentes crónicos)	Município com registos atualizados (Sim/Não) Nº de pessoas identificadas como vulneráveis
A1.53	Adesão à rede regional de apoio comunitário, envolvendo CIM-RMC, as ULS, as IPSS e associações locais e voluntariado, para identificar situações de risco e de vulnerabilidade e atuar em contexto de eventos climáticos extremos e incêndios florestais	M1.53 Até 2030, estabelecer uma rede formal em todos os municípios	Nº de entidades parceiras integradas na rede Município com rede de apoio ativa (Sim/Não)
LA 1.21 Literacia em clima e saúde			
A1.54	Implementação de campanhas de literacia em clima e saúde , sensibilizando para medidas preventivas e de capacitação individual e coletiva (e.g., hidratação, ventilação, isolamento térmico, uso adequado de medicação)	M1.54 Até 2030, realizar três campanhas, abrangendo todos os municípios	Nº de campanhas realizadas por ano Nº de participantes

EIXO 1 - PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE			
#	Ação (A)	Meta de implementação (M)	Indicadores de execução
LA 1.22 Adaptação de edifícios, habitações e espaço público			
A1.55	Implementação local do programa regional de promoção do conforto térmico em espaços públicos, escolas, equipamentos sociais e habitação (e.g., isolamento, ventilação, sombreamento, arborização, eficiência energética, substituição de janelas, reabilitação)	M1.55 Até 2030, diminuir para 10% os alojamentos sem sistema de aquecimento e para 50% os alojamentos sem ar condicionado	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº de habitações intervencionadas por ano % de alojamentos com sistemas de climatização adequados Nº de equipamentos públicos adaptados (escolas, lares, etc.)
A1.56	Criação de uma rede formal de refúgios climáticos para proteger a população das temperaturas elevadas no Verão e das temperaturas frias no Inverno (refúgios frescos no verão, locais aquecidos no inverno) e de outras consequências de eventos climáticos extremos (e.g., cheias e inundações, incêndios florestais) em equipamentos públicos e comunitários (e.g., zonas verdes, espaços públicos sombreados e edifícios climatizados como escolas, museus ou igrejas).	M1.56 Até 2028, instalar pelo menos 1 refúgio climático por município, em equipamentos públicos ou comunitários.	Nº de refúgios climáticos criados Nº de municípios abrangidos (%)

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação M Meta de implementação

Quadro 16. Metas de implementação e indicadores de realização de cada ação⁴⁴ no Eixo 2 - Cuidar e Reabilitar Pessoas e Territórios.

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS			
#	Ação (A)	Metas de implementação (M)	Indicadores de execução
OE 2.1 Promover a continuidade de cuidados e a integração dos cuidados de saúde e sociais			
LA 2.1 Cuidados domiciliários integrados e hospitalização em casa			
A2.1	Implementação local do programa intermunicipal de apoio à gestão integrada e acompanhamento de doentes e pessoas em situação de incapacidade (temporária ou permanente) , com a constituição de equipas multidisciplinares de proximidade, nomeadamente em áreas rurais e periféricas, em articulação com as ULS e IPSS	M2.1 Até 2028, implementação do programa e constituição da equipa multidisciplinar	Nº equipas criadas Nº doentes acompanhados
A2.2	Criação de gabinetes municipais de ligação saúde-social , para garantir a continuidade de cuidados após alta hospitalar (e.g., apoio alimentar, higiene, transporte), com o apoio da CIM-RMC	M2.2 Até 2028, gabinete criado	Nº gabinetes criados e em funcionamento Nº doentes/famílias acompanhadas Município aderente (Sim/Não)
A2.3	Adesão ao banco intermunicipal de ajudas técnicas de apoio à hospitalização domiciliária (e.g., camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos, etc.)	M2.3 Até 2028, adesão ao banco	Nº equipamentos disponíveis Nº pedidos satisfeitos/ano Município aderente (Sim/Não)
LA 2.2 Inovação digital e telemonitorização			
A2.4	Implementação local do programa intermunicipal “Cuidado+”, de promoção da telemonitorização e teleconsulta para pessoas com doenças crónicas ou mobilidade reduzida, assegurando a continuidade dos cuidados e a comunicação permanente entre doentes, cuidadores e profissionais de saúde, integrando a constituição de gabinetes digitais de apoio em juntas de freguesia e nas ERPI	M2.4 Até 2028, gabinete digital de apoio criado	Gabinete digital criado (Sim/Não) Nº teleconsultas realizadas/ano Nº utentes apoiados
A2.5	Adesão ao programa de apoio à aquisição de soluções digitais de telemonitorização e teleconsulta (e.g., tablets) nos CSP, nas juntas de freguesia e nas ERPI, em articulação com a ULS (sinergia com a A2.4)	M2.5 Até 2028, adesão à criação do programa	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº equipamentos adquiridos % beneficiários em zonas rurais

⁴⁴ As metas de implementação e os indicadores de realização (correspondentes às Ações) poderão ser revistos e alterados se se justificar.

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS			
#	Ação (A)	Metas de implementação (M)	Indicadores de execução
OE 2.2 Fomentar a autonomia e a capacidade de autogestão da doença			
LA 2.3 Capacitação individual e familiar			
A2.6	Implementação local do programa intermunicipal de capacitação para doentes crónicos (e.g., diabetes, hipertensão, DPOC, insuficiência cardíaca), cuidadores e familiares , com ciclos de oficinas sobre cuidados básicos, gestão da medicação, nutrição, mobilidade quotidiana e sinais de alerta de agravamento da doença, dinamizadas por profissionais de saúde, assistentes sociais e associações de doentes	M2.6 Até 2030, realização de pelo menos uma oficina anual sobre cuidados destinada a doentes, cuidadores e familiares em todos os municípios	Nº oficinas realizadas Nº de participantes
A2.7	Adesão ao programa de mentoria entre pares (“Rede Partilhar Saúde”) , ligando pessoas com experiência na gestão da doença a novos doentes ou famílias em fase inicial de diagnóstico (sinergia com a A2.6)	M2.7 Até 2028, adesão à rede	Adesão (Sim/Não) Nº reuniões realizadas
LA 2.4 Suporte digital e educação para a autogestão			
A2.8	Desenvolvimento de materiais informativos de autogestão da doença (e.g., guias práticos em linguagem simples, vídeos tutoriais, infografias), em colaboração com as ULS, associações de médicos/as e DGS, distribuídos através das unidades de saúde e plataformas digitais da CIM (sinergia com a A2.6)	M2.8 Até 2027, criação de protocolo para a criação dos materiais	Nº materiais produzidos Nº downloads
A2.9	Adesão ao programa de apoio à aquisição de soluções digitais de apoio à autogestão da doença , com lembretes de medicação, registo de sintomas, ligação direta a profissionais de saúde e partilha de informação validada (sinergia com a A2.5)	M2.9 Até 2027, criação do programa	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº beneficiários apoiados
A2.10	Implementação local do programa intermunicipal de literacia digital em saúde , com a criação de gabinetes digitais de proximidade em juntas de freguesia, ERPI e centros comunitários, para apoiar as pessoas mais velhas ou com baixa literacia digital a usar as ferramentas de telemonitorização e teleconsulta (sinergia com a A2.4) e ações de formação, em parceria com as academias/universidades sénior, escolas e associações locais (sinergia com a A1.4)	M2.10 Até 2028, o município tem gabinete digital de apoio criado	Nº gabinete criado (Sim/Não) Nº sessões de formação realizadas Nº participantes
OE 2.3 Promover ambientes comunitários inclusivos que potenciem a reabilitação funcional, cognitiva e a reintegração social			
LA 2.5 Reabilitação física e estimulação cognitiva			

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS			
#	Ação (A)	Metas de implementação (M)	Indicadores de execução
A2.11	Co-criação de centros comunitários de reabilitação cognitiva e funcional (ou integração nas respostas sociais existentes), com programas de treino de memória, terapia ocupacional, atividades de estimulação cognitiva e atividade física adaptada (hidroginástica, marcha adaptada, yoga terapêutico, pilates) com o apoio da CIM-RMC, ULS, universidades e IPSS	M2.11 Até 2030, pelo menos um centro ou resposta de reabilitação ativos	Nº centros/respostas criadas Nº de utentes acompanhados/ano Nº programas ativos (memória, terapia ocupacional, etc.)
A2.12	Implementação local do programa intermunicipal de fisioterapia de proximidade , com equipas móveis que apoiam pessoas em convalescença ou com doenças crónicas incapacitantes, nomeadamente a residir em áreas rurais e periféricas ou em situação de vulnerabilidade social e económica	M2.12 Até 2030, equipas móveis a operar em toda a área rural do município	Nº equipas Nº sessões realizadas/ano % de utentes em áreas rurais abrangidos
LA 2.6 Adaptação da habitação e dos espaços exteriores			
A2.13	Implementação local do programa supramunicipal de adaptação de habitações para remoção de barreiras arquitetónicas, instalação de rampas, elevadores de escada, casas de banho adaptadas (sinergia com a A1.41)	M2.13 Até 2030, participar localmente na reabilitação/adaptação de habitações de pelo menos 20% dos pedidos de pessoas em situação de incapacidade	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº habitações intervencionadas Nº beneficiários Tipologia das adaptações (rampas, casas de banho adaptadas, etc.).
A2.14	Co-criação (com a CIM-RMC) de orientações para a requalificação e adaptação de espaços exteriores comunitários considerando critérios de acessibilidade universal , junto às ERPI, centros de dia e de convívio (passeios, parques, jardins) para torná-los acessíveis, seguros e terapêuticos (e.g., zonas de sombra, bancos, pisos antiderrapantes, percursos pedonais adaptados) (sinergia com A1.31 e A1.34)	M2.14 Até 2030, garantir que 100% das novas obras e requalificações cumprem as orientações	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº espaços requalificados
LA 2.7 Apoio integrado a pessoas com doenças degenerativas (Demência, Alzheimer) e suas famílias			
A2.15	Implementação de terapias complementares e inovadoras para pessoas com demências (e.g., arte, música, jardinagem, contacto com animais) em centros comunitários, ERPI e unidades de cuidados continuados, com apoio da CIM-RMC	M2.15 Até 2027, criação de protocolo com as instituições para a implementação de terapias	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº instituições abrangidas Nº utentes abrangidos
A2.16	Participação no estabelecimento de protocolo com a Rede MID – Museus para a Inclusão na Demência para alargar a oferta de museus na Região Metropolitana de Coimbra concebidos para pessoas com demência e seus cuidadores, integrando ações de capacitação das equipas das instituições culturais e apoio na criação de circuitos culturais adaptados (bibliotecas, espetáculos)	M2.16 Até 2027, participação na criação de protocolo	Nº instituições culturais adaptadas Nº equipas formadas

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS

#	Ação (A)	Metas de implementação (M)	Indicadores de execução
A2.17	Realização de campanhas e eventos de sensibilização para o tema das demências , em articulação com a Associação Alzheimer Portugal, ULS e IPSS e outros parceiros locais e regionais	M2.17 Até 2030, realização anual de pelo menos uma campanha ou evento	Nº campanhas realizadas Nº participantes ou pessoas alcançadas
A2.18	Implementação local do programa supramunicipal de diagnóstico precoce de demências , com rastreios cognitivos regulares em unidades de saúde, farmácias e centros comunitários, permitindo identificar casos em fases iniciais e encaminhar para acompanhamento médico, terapias específicas e apoio familiar adequados.	M2.18 Até 2029, realizar rastreios cognitivos a pelo menos 15% da população ≥60 anos da CIM-RMC, assegurando cobertura mínima em todos os municípios.	Nº de rastreios cognitivos realizados/ano % da população ≥60 anos abrangida Nº de encaminhamentos para consulta especializada
A2.19	Adesão à rede intermunicipal de centros “Memória+” , integrados em ERPI, centros de dia e bibliotecas, para treino cognitivo regular , atividades de estimulação e oficinas de memória , dirigidas a pessoas com défice cognitivo ligeiro e às suas famílias cuidadoras.	M2.19 Até 2028, criar um centro “Memória+” distribuídos de forma equilibrada entre zonas urbanas e rurais da Região Metropolitana de Coimbra.	Nº de centros em funcionamento Nº de participantes ativos Frequência média mensal das sessões
A2.20	Co-criação (com a CIM-RMC) do programa de capacitação digital adaptado a pessoas mais velhas com declínio cognitivo leve, incluindo formação básica em tecnologias , apoio individualizado em juntas de freguesia e academias sénior e acesso a plataformas digitais seguras e inclusivas , com envolvimento de cuidadores e familiares.	M2.20 Até 2030, capacitar 65 pessoas com 65 e mais anos com défice cognitivo ligeiro em competências digitais básicas.	Nº de formações realizadas Nº de pessoas com 65 e mais anos certificados % de participantes que relatam maior autonomia digital
A2.21	Contribuição para a formação da rede intergeracional de voluntariado “Companhia e Memória” (em articulação com a CIM-RMC), envolvendo escolas, universidades e associações juvenis, para visitas regulares a pessoas mais velhas em situação de isolamento, com vista ao acompanhamento social, estimulação cognitiva e apoio em pequenas tarefas quotidianas em casa e na comunidade.	M2.21 Até 2029, envolver 30 voluntários jovens e realizar pelo menos 100 visitas anuais a pessoas com 65 e mais anos em isolamento involuntário.	Nº de voluntários inscritos Nº de visitas realizadas % de pessoas com 65 e mais anos que reportam diminuição do isolamento
A2.22	Co-criação (com a CIM-RMC) de um programa de estimulação sensorial e artística para pessoas com demência, através de sessões regulares de música, artes visuais, teatro e jardinagem terapêutica , em ERPI, centros de dia e unidades de cuidados continuados, favorecendo a expressão emocional, a interação social e o bem-estar .	M2.22 Até 2028, integrar pelo menos uma ERPI e centros de dia em programas regulares de estimulação artística e sensorial.	Nº de instituições participantes Nº de sessões realizadas/ano % de cuidadores que referem melhorias no bem-estar dos utentes
A2.23	Co-criação (com a CIM-RMC) de uma rede de residências adaptadas “Habitar+” , projetadas para responder às necessidades de pessoas mais velhas com perda de autonomia, incluindo espaços acessíveis, tecnologia assistiva e apoio comunitário integrado , priorizando-se os territórios com elevada pressão demográfica e menor oferta de habitação adequada.	M2.23 Até 2029, construir ou adaptar pelo menos uma residência piloto totalmente acessíveis e integradas em serviços comunitários.	Residências criadas/adaptadas (S/N) Nº de pessoas com 65 e mais anos residentes % de espaços com tecnologia assistiva

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS			
#	Ação (A)	Metas de implementação (M)	Indicadores de execução
A2.24	Participação no Observatório Regional da Demência , em articulação com universidades e serviços de saúde, para recolha sistemática de dados sobre prevalência, incidência, necessidades não satisfeitas e impacto social e económico, e consequente produção de relatórios regulares e orientações estratégicas supramunicipais .	M2.24 Até 2027, produzir relatórios anuais com dados sobre prevalência, incidência e necessidades não satisfeitas em demência.	Nº de relatórios publicados Existência de plataforma online atualizada Nº de acessos/utilizadores da plataforma
A2.25	Implementação, em conjunto com a CIM-RMC, de unidades móveis de apoio a pessoas mais velhas com demência em áreas rurais, para assegurar visitas domiciliárias de equipas multidisciplinares , apoio na gestão terapêutica, estimulação cognitiva, acompanhamento social e encaminhamento para serviços de saúde e apoio comunitário .	M2.25 Até 2030, criar uma unidade móvel (podendo ser intermunicipal) assegurando visitas regulares aos municípios das áreas rurais	Unidade móvel (Sim/Não)
OE 2.4 Reforçar o apoio aos cuidadores informais			
LA 2.8 Apoio financeiro, capacitação e formação em cuidados informais			
A2.26	Implementação local do programa supramunicipal de apoio financeiro e social aos cuidadores informais (e.g., comparticipação de despesas, apoio psicológico, jurídico), alargando a oferta de gabinetes municipais de apoio ao cuidador informal	M2.26 Até 2029, apoiar pelo menos 20% dos pedidos de apoio	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº cuidadores apoiados/ano
A2.27	Contribuição para a parceria com a Associação Alzheimer para formações certificadas em cuidados informais em contexto domiciliário (e.g., alimentação, mobilização, higiene, prevenção de úlceras e feridas), em articulação com o programa de mentoria entre pares (Rede Partilhar Saúde) (sinergia com a A2.6 e A2.7)	M2.27 Até 2030, realizar pelo menos uma formação anual	Nº cursos realizados Nº cuidadores certificados
LA 2.9 Descanso e bem-estar dos cuidadores			
A2.28	Criação e reforço dos serviços de apoio ao cuidador , com a criação e alargamento do gabinete municipal de apoio ao cuidador informal, em articulação com as equipas de apoio domiciliário, IPSS e voluntários	M2.28 Até 2028, garantir que o município tem um gabinete ou serviços de apoio ao cuidador informal	Gabinete municipal de apoio ao cuidador (Sim/Não) Nº cuidadores beneficiados
A2.29	Implementação local do programa intermunicipal de apoio psicológico e social para cuidadores de pessoas com demência, através de consultas, grupos de partilha, apoio jurídico e serviços de descanso , reduzindo a sobrecarga e promovendo maior equilíbrio emocional e qualidade de vida .	M2.29 Até 2030, prestar apoio a cuidadores informais através de consultas, grupos de partilha e serviços de descanso	Nº de cuidadores atendidos Nº de sessões realizadas % de cuidadores que reportam redução da sobrecarga

EIXO 2 - CUIDAR E REABILITAR PESSOAS E TERRITÓRIOS			
#	Ação (A)	Metas de implementação (M)	Indicadores de execução
OE 2.5 Valorizar e promover os territórios de paisagens terapêuticas, incluindo as termas, como recursos de saúde, bem-estar e reabilitação			
LA 2.10 Territórios de paisagens terapêuticas, incluindo as termas, e saúde preventiva			
A2.30	Contribuição para o estabelecimento do protocolo com as estâncias termais e outros territórios de paisagens terapêuticas, para a criação de programas dirigidos à população mais velha (criado pela CIM-RMC), focados na prevenção de doenças músculo-esqueléticas, cardiovasculares e respiratórias, e na manutenção funcional, integrando hidroterapia, <i>mindfulness</i> , terapias de relaxamento e contacto com a natureza	M2.30 Até 2030, co-criação de pelo menos dois protocolos com estâncias termais	Nº estâncias termais aderentes Nº participantes
A2.31	Contribuição para criação de uma plataforma digital intermunicipal sobre os territórios de paisagens terapêuticas , quer sejam associados às termas da Região Metropolitana de Coimbra, com informação sobre as propriedades das águas, benefícios para a saúde (e.g., doenças respiratórias, reumáticas, dermatológicas, <i>stress</i> , etc.), quer associados a outros programas disponíveis na montanha (espaços verdes e azuis), por exemplo (e.g., ciclovias, trilhos, caminhadas) (sinergia com a A2.34)	M2.31 Até 2028, criação da plataforma	Plataforma em funcionamento (sim/não) Nº acessos/utilizadores
LA 2.11 Territórios de paisagens terapêuticas, incluindo as termas, e reabilitação física e mental			
A2.32	Promoção e reforço da criação de protocolos entre espaços terapêuticos, incluindo as termas, as ULS e Região Metropolitana de Coimbra, para referenciação de doentes em programas de reabilitação física (doenças músculo-esqueléticas, pós-operatório) e respiratória (DPOC, asma, alergias) e de reabilitação cognitiva, integrando atividades de estimulação mental, contacto com a natureza e terapias ocupacionais	M2.32 Até 2027, co-criação de pelo menos um protocolo entre a ULS e estâncias termais	Nº protocolos estabelecidos Nº doentes referenciados
A2.33	Promoção junto dos médicos/as de família (ULS) para o alargamento da prescrição de terapias termais , como complemento de tratamentos clínicos, e suplementando a comparticipação do Estado (35%) no caso de utentes em situação de vulnerabilidade social e económica (sinergia com a A2.23)	M2.33 Até 2030, pelo menos 30% dos pedidos de comparticipação satisfeitos	Montante de financiamento mobilizado (€) Nº prescrições anuais % de utentes com comparticipação extra
A2.34	Criação de uma rede de paisagens terapêuticas associadas a outros territórios, para além das estâncias termais , promovendo os espaços verdes, trilhos de caminhada, jardins sensoriais e áreas de contacto com a natureza como parte integrante da reabilitação (sinergia com a A2.31)	M2.34 Até 2030, promoção de pelo menos 1 paisagem terapêutica (trilhos, jardins sensoriais, percursos verdes)	Criação da rede (Sim/Não) Nº projetos implementados

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação M Meta de implementação

Quadro 17. Metas de implementação e indicadores de realização de cada ação⁴⁵ no Eixo 3 – Governança, Liderança e Participação.

EIXO 3 – GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO			
#	Ação (A)	Metas de implementação (M)	Indicadores de execução
OE 3.1. Consolidar mecanismos de governança e articulação com o nível supramunicipal			
LA 3.1 Articulação Território-Saúde-Social			
A3.1	Participação nas reuniões periódicas entre a CIM Região Metropolitana de Coimbra, ULS e terceiro sector	M3.1 Até final de 2026, instituir um calendário regular de reuniões, garantindo pelo menos uma reunião anual	Nº reuniões realizadas Nº entidades participantes
A3.2	Integração do Conselho Supramunicipal de Saúde , como órgão consultivo e de coordenação estratégica em saúde	M3.2 Até final de 2026, constituir formalmente o Conselho Municipal de Saúde	Criação do Conselho (Sim/Não) Nº entidades com assento no Conselho Nº reuniões realizadas/ano Nº pareceres ou recomendações emitidas
A3.3	Co-criação de uma estratégia de comunicação e partilha de informação em saúde entre o município e a CIM Região Metropolitana de Coimbra, ULS e entidades do terceiro setor	M3.3 Até final de 2026, disponibilizar uma página web dedicada à saúde, com ligação ao website da CIM Região Metropolitana de Coimbra, assegurando atualização regular com conteúdos sobre a Estratégia Municipal de Saúde, notícias, eventos, projetos e iniciativas regionais	Página criada e operacional (sim/não) Nº utilizadores únicos anuais Nº conteúdos publicados/ano (notícias, eventos, projetos)
LA 3.2 Comunicação			
A3.4	Co-criação (com a CIM-RMC) da página web dedicada à Saúde dentro do website do município com ligação ao da CIM Região Metropolitana de Coimbra , para divulgação da Estratégia Municipal de Saúde, notícias, eventos, projetos e iniciativas de saúde	M3.4 Até 2027, adotar e operacionalizar a estratégia municipal de comunicação em saúde, com canais digitais e presenciais ativos	Estratégia (Sim/Não) Nº entidades parceiras envolvidas Nº ações de comunicação realizadas/ano
A3.5	Participação na criação do “ Fórum Intermunicipal de Saúde ”, evento de divulgação de boas práticas de promoção da saúde na Região Metropolitana de Coimbra	M3.5 Até 2028, contribuir para a realização do primeiro Fórum Intermunicipal de Saúde	Nº edições realizadas Nº participantes Nº boas práticas apresentadas/divulgadas
OE 3.2 Promover a liderança colaborativa e participativa			
LA 3.3 Liderança			

⁴⁵ As metas de implementação e os indicadores de realização (correspondentes às Ações) poderão ser revistos e alterados se se justificar.

EIXO 3 – GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO			
#	Ação (A)	Metas de implementação (M)	Indicadores de execução
A3.6	Criação de Gabinete Municipal de Saúde, seguindo um modelo “ <i>One-Stop-Shop</i> ”, um espaço físico que agrega os projetos, atividades e programas que o município desenvolve na área da prevenção da doença e promoção da saúde bem como serviços municipais de cuidados de saúde e de apoio social (e.g., saúde oral, apoio psicológico, fisioterapia, etc.)	M3.6 Até 2030, criação do Gabinete Municipal de Saúde	Nº serviços no gabinete Nº cidadãos atendidos/ano
A3.7	Desenvolvimento de “ <i>Guião Municipal de Avaliação de Impactos em Saúde</i> ”, para informar o desenvolvimento de planos, projetos e intervenções urbanas, em articulação com a CCDR Centro e a CIM-RMC.	M3.7 Até 2028, disponibilizar guião e garantir a sua aplicação em todos os municípios	Guião elaborado e publicado (Sim/Não) Nº projetos urbanísticos avaliados com o guião
A3.8	Promoção da adesão do município à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis	M3.8 Até 2030, o município integra a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis.	Adesão à Rede (Sim/Não)
LA 3.4 Participação			
A3.9	Desenvolvimento de ações de auscultação da população sobre os problemas e necessidades em saúde, em articulação com a ULS.	M3.9 Até 2028, realizar pelo menos um ciclo de auscultação pública	Nº ações de auscultação realizadas Nº cidadãos participantes
OE 3.3 Reforçar a capacidade de avaliação e monitorização em saúde			
LA 3.5 Monitorização e avaliação			
A3.10	Criação do “ <i>Observatório Intermunicipal de Saúde</i> ”, em articulação com a Instituições de Ensino Superior (e.g., Universidade de Coimbra) e as ULS, para recolher dados e avaliar impactos na saúde da população	M3.10 Até 2028, contribuir para o Observatório Intermunicipal de Saúde com dados públicos e acessíveis	Observatório operacional (sim/não) Nº indicadores disponíveis
A3.11	Manutenção da plataforma “ <i>Perfil Interativo de Saúde da Região Metropolitana de Coimbra</i> ”, em articulação com a Universidade de Coimbra e a ULS	M3.11 Até 2028, garantir a atualização contínua da plataforma com dados anuais	Nº indicadores atualizados
A3.12	Realização de inquérito à população residente sobre estado de saúde, comportamentos e condições de vida	M3.12 Até 2029, aplicar um inquérito representativo à população residente nos municípios da CIM sobre estado de saúde, estilos de vida e condições socioeconómicas.	Nº inquéritos realizados
A3.13	Produção de relatório quinquenal de diagnóstico e monitorização do perfil de saúde da população residente com indicadores-chave (atualização do perfil supramunicipal de saúde)	M3.13 Até final de 2030, preparar o diagnóstico municipal de saúde, com recurso aos indicadores atualizados do Observatório Intermunicipal de Saúde e Perfil Interativo	Relatório produzido (sim/não)

EIXO 3 – GOVERNANÇA, LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO			
#	Ação (A)	Metas de implementação (M)	Indicadores de execução
A3.14	Realização de ações de formação e de capacitação para a avaliação e monitorização do Plano Municipal de Saúde	M3.14 Até final de 2028, realizar ações de formação e de capacitação, envolvendo técnicos do município, que permitam a avaliação e monitorização do Plano Municipal de Saúde	Nº ações de formação realizadas Nº de técnicos envolvidos

OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação M Meta de implementação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barton, H., Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Public Health*, 126 (6):252-3. <https://doi.org/10.1177/1466424006070466>
2. BCSD Portugal (2022). Agenda 2030. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Link: <https://ods.pt/objectivos/12-producao-e-consumo-sustentaveis/>.
3. Braveman, P. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4):254-8. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
4. Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports*, 129(1_suppl2):5-8. <<https://doi.org/10.1177/003335491412915203>>
5. Carvalho, B., Fonseca, M., Peralta, S. (2023). Pobreza Energética em Portugal: Uma análise municipal. Relatório Anual “Portugal, Balanço Social. Fundação “la Caixa”, BPI e Nova SBE. <https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/2023/Nota_BS_Energy_dez_2023.pdf>
6. Costa, C., Tenedório, J., Santana, P. (2020). Disparities in Geographical Access to Hospitals in Portugal. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(10) 567 <<https://doi.org/10.3390/ijgi9100567>>
7. Daalen, K. et al. (2024). The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: Unprecedented warming demands unprecedented action. *The Lancet Public Health*, 9(7), e495–e522. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00055-0)
8. Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
9. Direção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
10. Ehlinger, E. (2016). *Health equity and health in all policies approaches in public health policymaking*. 2016 ASTHO Annual Meeting.
11. EUROFOUND (2016). *Inadequate Housing in Europe: Costs and Consequences*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
12. European Environment Agency (EEA) (2022). Air quality in Europe 2022. Copenhagen: European Environment Agency. Link: <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2022/air-quality-in-europe-2022>
13. European Union (2023). *European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU- SILC)*. <<https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview>>
14. Freitas, Â., Santana, P. (2022). Putting Health at the Heart of Local Planning Through an Integrated Municipal Health Strategy, *Urban Planning*, Special Issue "Healthy Cities: Effective Urban Planning Approaches to a Changing World", 7(4): 42-60.< <https://doi.org/10.17645/up.v7i4.5829>>.
15. Freitas, Â., Santana, P., Oliveira, M.D. et al. (2018). Indicators for evaluating European population health: a Delphi selection process. *BMC Public Health* 18, 557. <<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5463-0>>
16. Guagliardo, F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*. 3(1):3. <<https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3>>
17. Hunter, F., Nieuwenhuijsen, M., Fabian, C., Murphy, N., O'Hara, K., Rappe, E., Sallis, J. F., Lambert, E. V., Duenas, O. L. S., Sugiyama, T., & Kahlmeier, S. (2023). Advancing urban green and blue space contributions to public health. *The Lancet Public Health*, 8(9), e735–e742. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00156-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00156-1)
18. Jackson, J., Stafford, M. (2009). Public health and fear of crime: A prospective cohort study. *Br J Criminol*;49(6):832-847. doi:10.1093/bjc/azp033.

19. Jia, P., Wang, F., Xierali, I.M. (2019). Differential effects of distance decay on hospital inpatient visits among subpopulations in Florida, USA. *Environ Monit Assess.* 28;191(Suppl 2):381 < <https://doi.org/10.1007%2Fs10661-019-7468-2>>
20. Kindig, D., Stoddart, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3):380-3. <<https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.93.3.380>>.
21. Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 380:1011–29.
22. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464):1099-104. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)>.
23. Mattiello, A., Chiodini, P., Bianco, E., Forgione, N., Flammia, I., Gallo, C., Pizzuti, R., Panico, S. (2013). Health effects associated with the disposal of solid waste in landfills and incinerators in populations living in surrounding areas: a systematic review. *Int J Public Health.* 58(5).
24. McGowan, V., Bambra, C. (2022). COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *Lancet Public Health*, 7: e966–75. < [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00223-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00223-7)>
25. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Resumo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
26. Mseke, E.P., Jessup, B., Barnett, T. (2024). Impact of distance and/or travel time on healthcare service access in rural and remote areas: A scoping review. *Journal of Transport & Health*, 101819 < <https://doi.org/10.1016/j.jth.2024.101819>>
27. Nolte, E., McKee, M. (2008). *Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis*. Project HOPE—The People-to-People Health Foundation, Inc.
28. OECD/Eurostat (2022). OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version). Link: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-](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)
[health-statistics/avoidable-mortality-2019-joint-oecd-eurostat-list-preventable-treatable-causes-of-death.pdf](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 Woort, 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://atlasmundiciossaudaveis.pt/>

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Índice de Figuras

Figura 1. Domínios de intervenção dos municípios com influência na saúde da população.	19
Figura 2. Quadro de transferência de competências para o município.	20
Figura 3. Abordagem de avaliação da saúde da população nas Estratégias Municipais de Saúde.	21
Figura 4. A Abordagem Integrada da Saúde da População.	22
Figura 5. A Abordagem Multidimensional dos Determinantes da Saúde e Bem-Estar.	22
Figura 6. Quadro de referência da Governação Local para a Saúde no âmbito do Projeto Cidades Saudáveis da OMS (Fase VII:2019-2025).	42
Figura 7. Saúde Urbana e respetivas metas associadas aos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).	43
Figura 8. Processo de desenvolvimento da Estratégia Municipal de Saúde.	45
Figura 9. Imagens ilustrativas do Workshop de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Municipal: Identificação de Necessidades e Soluções.	47
Figura 10. Componentes do Plano Municipal de Saúde.	49
Figura 11. A Abordagem Intersectorial “Saúde em Todas as Políticas”.	51
Figura 12. Visão da Estratégia Municipal de Saúde de Penela.	54
Figura 13. Curva da capacidade funcional ao longo do ciclo de vida.	56

Índice de Quadros

Quadro 1. Tendências globais com impacto na saúde da população.	24
Quadro 2. Referenciais estratégicos de âmbito europeu, nacional e regional.	27
Quadro 3. Problemas identificados na Região Metropolitana de Coimbra por área de intervenção prioritária.	60
Quadro 4. Correspondência entre objetivos estratégicos, linhas de ação e metas estratégicas no Eixo 1 - Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.	75
Quadro 5. Matriz de objetivos, linhas de ação e ações no Eixo 1 - Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.	77
Quadro 6. Correspondência entre objetivos estratégicos, linhas de ação e metas estratégicas no Eixo 2 - Cuidar e Reabilitar Pessoas e Territórios.	85
Quadro 7. Matriz de objetivos, linhas de ação, ações no Eixo 2 - Cuidar e Reabilitar Pessoas e Territórios.	86
Quadro 8. Correspondência entre objetivos estratégicos, linhas de ação e metas estratégicas no Eixo 3 – Governança, Liderança e Participação.	92
Quadro 9. Matriz de objetivos, linhas de ação, ações no Eixo 3 - Governança, Liderança e Participação.	92
Quadro 10. Estratégias em curso no Município de Penela, por eixo e objetivo estratégico.	94
Quadro 11. Enquadramento da Estratégia nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e respetivas metas.	99
Quadro 12. Descrição das ações por objetivo e linha de ação estratégica no Eixo 1 – Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.	101
Quadro 13. Descrição das ações por objetivo e linha de ação estratégica no Eixo 2 – Cuidar e Reabilitar Pessoas e Território.	110
OE Objetivo Estratégico LA Linha de Ação Estratégica A Ação	
Quadro 16. Descrição das ações por objetivo e linha de ação estratégica no Eixo 3 – Governança, Liderança e Participação.	115

Quadro 15. Metas de implementação e indicadores de realização de cada ação no Eixo 1 – Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.	120
Quadro 16. Metas de implementação e indicadores de realização de cada ação no Eixo 2 - Cuidar e Reabilitar Pessoas e Territórios.	129
Quadro 17. Metas de implementação e indicadores de realização de cada ação no Eixo 3 – Governança, Liderança e Participação.	135

ANEXO

Matriz de indicadores do Município de Penela

Demografia

Indicador	Região Metropolitana de Coimbra	Concelho	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Matriz de desempenhos			
						Freguesias			
						Cumeieira	Espinhel	Podentes	UF São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal
População residente (nº), 2021	436862	5440	1354,2	3377	473	857	733	473	3377
Densidade populacional (hab p./km2),2021	100,7	40,4	11,9	50,5	25	40,3	25	27,4	50,5
Índice de envelhecimento demográfico (nº idosos p/ 100 jovens), 2021	244	306	20,7	343,5	297,2	343,5	302,6	312,5	297,2

 Piores desempenhos / Situações críticas

Resultados em Saúde

Mortalidade

Indicador	Região Metropolitana de Coimbra	Concelho	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Matriz de desempenhos			
						Freguesias			
						Cumeeira	Espinhal	Podentes	UF São Miguel, Santa Eufémia e
Taxa de mortalidade prematura (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	292	324,8	76,4	346,8	182,6	346,8	305,9	182,6	340,7
Taxa de mortalidade por diabetes (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	25,4	41,9	5,7	45,1	32,6	32,6	43,8	38,5	45,1
Taxa de mortalidade por doenças do sistema respiratório (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	94,8	116,8	51	149,8	35,4	91,7	51,2	35,4	149,8
Taxa de mortalidade por doenças do sistema circulatório (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	241	221,4	52,3	309,8	189,6	235,2	309,8	189,6	211,1
Taxa de mortalidade por tumores malignos (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	213,4	219,6	22,2	264,2	217,2	241,6	218,7	264,2	217,2
Taxa de mortalidade por suicídio (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	8,4	17,6	13,7	25,0	0	25	0	0	22,3
Taxa de mortalidade prevenível (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	116	135	50,2	168	60	153	158	60	168
Taxa de mortalidade tratável (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	52	70	13,9	83	52	68	83	52	79
Taxa de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo tabaco (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	39,9	41,5	6,5	46,4	30,7	30,7	35,8	37,4	46,4
Taxa de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de álcool (TMP/100.000 hab.), 2018-2022	31	38,1	10,5	45,1	22,3	45,1	44	22,3	36,9

 Piores desempenhos / Situações críticas

Morbilidade

Indicador	Região Metropolitana de Coimbra	Concelho	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Matriz de desempenhos			
						Freguesias			
						Cumeeira	Espinhel	Podentes	UF São Miguel, Santa Eufémia e
Internamentos hospitalares por causas evitáveis por prevenção primária, (Nº/100.000 hab.), 2021-2023	760	788,9	478,1	1554,0	470,0	1554	830,6	470	632,6
Internamentos hospitalares por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (Nº/100.000 hab.), 2021-2023	2200	2357,7	697,2	3309,4	1804,5	3309,4	2890,4	2088,8	1804,5

 Piores desempenhos / Situações críticas

Determinantes da Saúde

Educação

Indicador	Região Metropolitana de Coimbra	Concelho	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Matriz de desempenhos			
						Freguesias			
						Cumeeira	Espinhhal	Podentes	UF São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal
População residente com o ensino superior completo (%), 2021	22,7	14,4	3	18,7	11,7	11,7	13,1	18,7	14,8
Taxa de analfabetismo (%), 2021	3,4	4,8	1,9	7,8	3,9	6,2	7,8	3,9	4

 Piores desempenhos / Situações críticas

Condições económicas e sociais

Indicador	Região Metropolitana de Coimbra	Concelho	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Matriz de desempenhos			
						Freguesias			
						Cumeeira	Espinhhal	Podentes	UF São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal
Beneficiários de Rendimento Social de Inserção (RSI) (Nº p./ 1000 hab.), 2023	19,4	10,1	4,8	14,8	4,1	7	4,1	14,8	11,6
Beneficiários de Complemento Solidário para Idosos (CSI) (Nº p./ 1000 hab.), 2023	66,9	92,5	10,8	102,5	78,0	102,5	83,7	78	93,7
População residente com mais de 65 anos a viver sozinha (%), 2021	21,1	23,3	2,1	25,7	20,7	25,7	22,9	20,7	23,1

 Piores desempenhos / Situações críticas

Habitação

Indicador	Região Metropolitana de Coimbra	Concelho	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Matriz de desempenhos			
						Freguesias			
						Cumeieira	Espinhel	Podentes	UF São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal
Edifícios com necessidades médias a profundas de reparação (%), 2021	18,3	39,2	7,5	44,1	27,5	27,5	40,4	44,1	42
Alojamentos sem aquecimento (%), 2021	19,8	18,4	5,7	24	11,3	24	11,3	22,6	18
Alojamentos sem ar condicionado (%), 2021	88,3	89,9	5,4	93,9	81,5	93,9	91,7	81,5	89,7

 Piores desempenhos / Situações críticas

Mobilidade

Indicador	Região Metropolitana de Coimbra	Concelho	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Matriz de desempenhos			
						Freguesias			
						Cumeeira	Espínhal	Podentes	UF São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal
População que utiliza o automóvel ligeiro como meio de transporte principal nos movimentos pendulares (%), 2021	77	76,9	5,6	81,7	69,7	81,7	69,7	81,1	76,4
População que utiliza transportes públicos como meio de transporte principal nos movimentos pendulares (%), 2021	7,1	7,4	2	10,2	5,2	5,2	7,3	10,2	7,5
População que utiliza transportes suaves como meio de transporte principal nos movimentos pendulares (%), 2021	12	11,7	5	16,7	4,6	10,5	16,7	4,6	12,1

 Piores desempenhos / Situações críticas

Cuidados de Saúde

Cuidados hospitalares

Indicador	Região Metropolitana de Coimbra	Concelho	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Matriz de desempenhos			
						Freguesias			
						Cumeeira	Espínhal	Podentes	UF São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal
Consultas externas (Nº por habitante), 2023	1,20	1,45	0,13	1,53	1,26	1,26	1,53	1,33	1,49
Episódio de urgência geral (Nº por habitante), 2023	0,45	0,62	0,13	0,68	0,42	0,42	0,65	0,49	0,68
Consultas externas por episódio de urgência (Nº)	2,80	2,46	0,36	3,04	2,29	3,03	2,58	3,04	2,29
Utentes que recorreram ao serviço de urgência mais de 4 vezes durante 1 ano (%), 2023	1,50	2,32	0,97	3,00	1,05	1,05	3,00	1,27	2,64

 **Piores desempenhos / Situações críticas**

