



PERFIL MUNICIPAL DE SAÚDE

PENAFIEL

2024



**ESTRATÉGIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE
PENAFIEL**

2024 / 2027

FICHA TÉCNICA

Promotor
Câmara Municipal de Penafiel

Direção Executiva
Daniela Oliveira

Coordenação Institucional
CESPU Home Care

Coordenação Técnica
Emanuel Valpaços

Equipa Técnica
Beatriz Martinho
Liliana Teles
Paula Melo

Revisão
Emanuel Valpaços
Sílvia Coelho

Edição
Emanuel Valpaços

Data
Julho 2024



Citação
Valpaços, E., Martinho, B., Teles, L., Coelho, S., & Melo, P. (2024).
Perfil Municipal de Saúde de Penafiel. Câmara Municipal de Penafiel.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACES Vale do Sousa Sul	Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul
ANSR/MAI	Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária/Ministério da Administração Interna
APA	Agência Portuguesa do Ambiente
ARS Norte	Administração Regional de Saúde do Norte
ASE	Ação Social Escolar
BI-CSP	Base Integrada de Cuidados de Saúde Primários
CESPU	Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário
CIM-TS	Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa
CO2	Dióxido de carbono
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
CP	Crime contra o património
CSES	Conta Satélite da Economia Social
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGEEC/ME-MCTES	Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência/Ministério da Educação - Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
DGPJ	Direção-Geral da Política de justiça
ERSAR	Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos
ET-EMSP	Equipa Técnica - Estratégia Municipal de Saúde de Penafiel
ICOR	Inquérito às Condições de Vida e Rendimento
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSEF	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
ISF	Índice sintético de fecundidade
MTSSS/GEP	Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social/Gabinete de Estratégia e Planeamento
NEET	Jovens “Not in Employment Education or Training”

Lista de Siglas e Abreviaturas

NOx	Óxidos de azoto
NUTS	Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PM2.5	Partículas inaláveis com diâmetro inferior a 2.5 µm
PM10	Partículas inaláveis com diâmetro inferior a 10 µm
PSOF	Pesquisa de sangue oculto nas fezes
RSI	Rendimento Social de Inserção
SGMAI	Secretaria Geral, Ministério da Administração Interna
SIARS	Sistema de Informação das ARS
SNS/SIMSNS	Serviço Nacional de Saúde/Sistema de Informação de Monitorização do SNS
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
URAP	Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiares

ÍNDICE

01	Introdução		
---	1.1	Perfil de Saúde	
---	1.1.1	Enquadramento Geral	11
---	1.2	Metodologia e Fontes de Informação	
---	1.2.1	Abordagem Metodológica	11
---	1.3	Estrutura e Organização do Perfil	
---	1.3.1	Componentes do Perfil	11
---	1.4	Enquadramento Territorial	
---	1.4.1	Geográfico e Administrativo	13
02	População		
---	2.1	População	
---	2.1.1	Densidade Populacional	15
---	2.1.2	Evolução da População Residente	16
---	2.1.3	Estrutura Etária da População Residente	20
---	2.2	Natalidade	

---	2.2.1	Mulheres em idade fértil	28
---	2.2.2	Taxa bruta de natalidade	30
---	2.2.3	Índice Sintético de Fecundidade	30
---	2.2.4	Nados-vivos de mães residentes	31
---	2.2.5	Nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos	32
---	2.2.6	Nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos	32
---	2.2.7	Nados-vivos com baixo peso à nascença	35
---	2.2.8	Nados-vivos pré-termo	37
---	2.3	Esperança de vida	37
---	2.4	Imigração	38
03	Problemas de Saúde		
---	3.1	Mortalidade Infantil	40
---	3.2	Mortalidade Geral	
---	3.2.1	Taxa bruta de mortalidade	40

ÍNDICE

---	3.2.2	Taxa de mortalidade padronizada	42
---	3.3	Principais Causas de Morte	
---	3.3.1	Tumores Malignos	46
---	3.3.2	Doenças do Aparelho Circulatório	68
---	3.3.3	Doenças do Aparelho Respiratório	76
---	3.3.4	Doenças Endócrinas, Nutricionais, e Metabólicas	88
---	3.3.5	Doenças do Aparelho Digestivo	97
---	3.3.6	Doenças Osteoarticulares	99
---	3.3.7	Doenças Mentais	104
	3.4	Autoapreciação do Estado de Saúde Oral	111
04		Determinantes de Saúde	
---	4.1	Estilos de vida e Comportamentos	
---	4.1.1	Segurança Rodoviária	113
---	4.1.2	Segurança Pública	118
---	4.2	Ambiente Físico e Construído	

---	4.2.1	Movimentos Pendulares	124
---	4.2.2	Resíduos Urbanos	129
---	4.2.3	Emissão de Poluentes	130
---	4.2.4	Água para consume humano	132
---	4.2.5	Habitação	133
---	4.3	Sociedade e Economia	
---	4.3.1	Literacia	134
---	4.3.2	Beneficiários de apoio social	151
---	4.3.3	Emprego	153
---	4.4	Serviços de Saúde	
---	4.4.1	Oferta e Acesso a Serviços de Saúde	154
---	4.4.2	Rastreio	159
---	4.5	Saúde mental	159
---	4.6	Consumo de Substâncias	160
---	4.7	Excesso de Peso/Obesidade	161
---	4.8	Indicadores de atividade física	161

ÍNDICE

---	4.9	Indicadores nutricionais e alimentares	162
---	4.10	Participação da População	
---	3.3.1	<i>Taxa de Abstenção</i>	163
---	3.3.2	<i>Voluntariado</i>	164
---	3.3.3	<i>Entidades da Economia Social</i>	164
	4.11	Rendimento médio anual	165
	4.12	Desemprego	166
	4.13	Abandono Escolar	169
05		Recursos da Comunidade	
---	5.1	Inquérito à População	
---	5.1.1	<i>Principais Áreas de Intervenção</i>	171
---	5.1.2	<i>Frequência da Execução dos Projetos/Atividades</i>	171
---	5.1.3	<i>Grupos - Alvo</i>	172
---	5.1.4	<i>Âmbito Geográfico do Projeto/Atividade</i>	172

---	5.1.5	<i>População Residente Abrangida pelo Projeto/Atividade, Número e Duração das Sessões do Projeto/Atividade</i>	173
---	5.1.6	<i>Sessões/Momentos de Contacto Online/Digital ou Presencial</i>	174
---	5.1.7	<i>Estratégias de Divulgação do Projeto/Atividade</i>	174
---	5.1.8	<i>Recursos Humanos Envolvidos na Gestão e Operacionalização do Projeto/Atividade</i>	175
---	5.1.9	<i>Parcerias com Instituições/Organizações e Financiamento</i>	175
---	5.1.10	<i>Avaliação do Projeto/Atividade</i>	177
06		Indicadores	178
07		Lista de Figuras	196
08		Referências	211

SUMÁRIO EXECUTIVO

O município de Penafiel, localizado no distrito do Porto, na região Norte de Portugal, apresenta-se como um território com características únicas que moldam significativamente o seu perfil de saúde. O município caracteriza-se por uma interessante dualidade entre zonas urbanas e rurais, fator que influencia de forma determinante não só o acesso aos cuidados de saúde, mas também os próprios padrões de saúde e doença da sua população. A sua localização privilegiada no Vale do Sousa confere-lhe um papel central na prestação de cuidados de saúde para toda a região envolvente.

No domínio das infraestruturas de saúde, Penafiel distingue-se pela presença do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, uma unidade hospitalar de referência que tem vindo a expandir-se e modernizar-se continuamente ao longo das últimas décadas. Este centro hospitalar, disponibiliza um serviço de urgência médico-cirúrgica em funcionamento permanente, constituindo um pilar fundamental na resposta às necessidades de saúde não só do município, mas de toda a região. O hospital oferece uma vasta gama de especialidades médicas e cirúrgicas, incluindo serviços diferenciados como cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia, pediatria e obstetrícia, entre outros. A unidade hospitalar tem demonstrado uma capacidade crescente de resposta às necessidades da

população, embora enfrente desafios significativos relacionados com a pressão assistencial e a gestão de recursos.

A rede de cuidados de saúde primários do município tem sido objeto de uma reorganização significativa nos últimos anos, com a implementação do modelo das Unidades de Saúde Familiar (USF) e o reforço das equipas multidisciplinares. O Centro de Saúde de Penafiel, em conjunto com as várias USF distribuídas pelo território, tem procurado adoptar uma abordagem mais próxima e personalizada no acompanhamento dos utentes. As unidades funcionais incluem equipas dedicadas à saúde familiar, saúde pública, saúde oral e saúde mental, procurando oferecer uma resposta integrada às necessidades da população. A Unidade de Cuidados na Comunidade tem desempenhado um papel fundamental no desenvolvimento de programas de intervenção comunitária, com especial enfoque nos grupos mais vulneráveis.

A análise demográfica do município revela tendências que merecem particular atenção do ponto de vista da saúde pública. O progressivo envelhecimento populacional, evidenciado por um índice de envelhecimento em crescimento constante, coloca desafios específicos ao

sistema de saúde local. Embora a maioria da população se encontre ainda em idade ativa, a diminuição consistente da natalidade e o aumento da esperança média de vida têm vindo a alterar a estrutura etária da população. Esta realidade demográfica tem implicações profundas nos padrões de morbilidade e mortalidade observados no município, bem como nas necessidades de cuidados de saúde da população.

No que concerne aos principais problemas de saúde, as doenças cardiovasculares mantêm-se como a principal causa de morte no município, seguindo uma tendência nacional. A elevada prevalência de fatores de risco como a hipertensão arterial, a diabetes tipo 2 e a obesidade tem justificado uma atenção particular por parte das autoridades de saúde locais.

As doenças respiratórias, incluindo a pneumonia, doenças crónicas das vias aéreas inferiores, e a asma, apresentam uma incidência significativa, possivelmente relacionada com fatores ambientais e ocupacionais característicos da região. Os problemas de saúde mental têm registado um aumento preocupante, com especial incidência de perturbações depressivas e de ansiedade, situação que se agravou significativamente no contexto da recente pandemia de COVID-19.

Os determinantes de saúde e fatores de risco presentes na população penafidense revelam padrões que requerem intervenção prioritária. Os hábitos alimentares da população necessitam de melhoria significativa, com um consumo insuficiente de frutas e vegetais e uma ingestão excessiva de carne, sal e açúcares refinados. O sedentarismo tem vindo a aumentar de forma preocupante, especialmente entre a população jovem, influenciado por estilos de vida cada vez mais urbanizados e dependentes de tecnologia. O consumo de álcool mantém-se acima da média nacional, um problema histórico na região que tem resistido às várias iniciativas de prevenção implementadas. O tabagismo, embora com tendência decrescente entre os mais jovens, mantém uma prevalência significativa na população adulta.

Em resposta a estes desafios, o município tem desenvolvido um conjunto alargado de programas e iniciativas de saúde. Os programas de rastreio oncológico têm sido reforçados, com particular ênfase nos rastreios do cancro da mama, do colo do útero e do cólon e reto. As iniciativas de promoção de estilos de vida saudáveis têm-se multiplicado, incluindo programas de atividade física regular, workshops de alimentação saudável e iniciativas de combate ao tabagismo. A saúde escolar tem merecido particular atenção, com o desenvolvimento de programas específicos que abordam questões como a educação sexual, a prevenção de comportamentos de risco e a promoção da saúde mental.

Os cuidados continuados representam uma dimensão fundamental do sistema de saúde local, especialmente considerando o perfil demográfico do município. A rede de apoio domiciliário tem sido progressivamente reforçada, procurando dar resposta às necessidades crescentes da população idosa e dependente. As unidades de cuidados continuados integrados oferecem respostas diferenciadas de internamento, permitindo a recuperação e reabilitação de doentes após eventos agudos ou em situações de dependência. A articulação com as Instituições Particulares de Solidariedade Social tem-se revelado fundamental, permitindo uma resposta mais abrangente e integrada às necessidades da população.

No campo da saúde mental, têm sido desenvolvidos esforços significativos para melhorar a acessibilidade e qualidade dos cuidados. A criação de consultas específicas nos cuidados de saúde primários, em articulação com os serviços de psiquiatria do hospital, tem permitido uma melhor resposta às necessidades da população. As ações de sensibilização e prevenção têm sido intensificadas, procurando combater o estigma associado à doença mental e promover a procura precoce de ajuda.

Os recursos humanos na área da saúde constituem um dos principais desafios do município. Apesar dos esforços de recrutamento, mantém-se uma carência significativa de profissionais em várias áreas, com particular destaque para médicos de família, enfermeiros e técnicos especializados. Esta situação tem impacto directo na acessibilidade aos cuidados de saúde e na qualidade dos serviços prestados.

A gestão das listas de espera para consultas de especialidade e cirurgias programadas representa outro desafio significativo. Embora tenham sido implementadas várias medidas para reduzir os tempos de espera, incluindo o aumento da atividade programada e a realização de consultas e cirurgias adicionais, a procura continua a exceder a capacidade de resposta em várias especialidades.

O desenvolvimento tecnológico tem sido identificado como uma área estratégica para a melhoria dos cuidados de saúde. A implementação de sistemas de informação mais eficientes, a telemedicina e a modernização dos equipamentos médicos são prioridades identificadas para os próximos anos. A pandemia de COVID-19 acelerou alguns destes processos, demonstrando o potencial das soluções digitais na prestação de cuidados de saúde.

Para o futuro próximo, foram definidas várias prioridades estratégicas. A curto prazo, destaca-se a necessidade de reforçar as equipas de saúde familiar, implementar programas de prevenção mais abrangentes e melhorar os sistemas de informação em saúde. A médio e longo prazo, prevê-se a necessidade de expandir as infraestruturas existentes, desenvolver novos programas de saúde comunitária e investir na modernização tecnológica dos serviços.

A literacia em saúde da população tem sido identificada como uma área essencial de intervenção. Programas específicos de educação para a saúde, dirigidos a diferentes grupos etários e sociais, têm sido desenvolvidos com o objetivo de capacitar a população para uma gestão mais eficaz da sua saúde e uma utilização mais adequada dos serviços disponíveis.

Em conclusão, o perfil de saúde do município de Penafiel revela um território em transformação, confrontado com desafios significativos mas também com oportunidades de desenvolvimento. A existência de infraestruturas hospitalares de referência e uma rede de cuidados primários em expansão constituem bases importantes para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

O envelhecimento populacional, as doenças crónicas e a saúde mental emergem como áreas prioritárias de intervenção, requerendo uma resposta integrada e sustentada. O investimento na prevenção e promoção da saúde, aliado ao reforço dos recursos disponíveis e à modernização tecnológica, será fundamental para responder às necessidades crescentes da população e assegurar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. O envolvimento continuado de todos os atores do sistema de saúde local, incluindo profissionais, utentes e instituições da comunidade, será crucial para o sucesso das estratégias definidas e para a construção de um município mais saudável.



01 INTRODUÇÃO

01 INTRODUÇÃO

1.1 Perfil de Saúde

1.1.1 Enquadramento Geral

O desenvolvimento de um Perfil Municipal de Saúde constitui um passo decisivo para a melhoria das condições de saúde em Penafiel. Este instrumento estratégico nasce da necessidade de conhecer profundamente a realidade local, permitindo assim desenvolver respostas mais eficazes e direcionadas às necessidades específicas da população.

Ao nível local, representa uma ferramenta indispensável para a definição de políticas públicas de saúde baseadas na evidência, contribuindo para a redução das desigualdades e a promoção de uma sociedade mais saudável e equitativa.

O Perfil Municipal de Saúde de Penafiel constitui uma ferramenta essencial para o planeamento estratégico e para a tomada de decisões informadas no domínio da saúde pública. Ao fornecer uma análise detalhada das condições de saúde e dos seus determinantes, este documento estabelece as bases para a implementação de uma Estratégia Municipal de Saúde que promova a equidade, o bem-estar, e a qualidade de vida de toda a população de Penafiel.

Com este perfil, o município reforça o seu compromisso com a promoção da saúde e o desenvolvimento sustentável, respondendo de forma eficaz aos desafios.

1.2. Metodologia e Fontes de Informação

1.2.1 Abordagem Metodológica

A elaboração deste perfil de saúde assenta numa metodologia que privilegia tanto o rigor científico como a participação comunitária. O processo de desenvolvimento, que decorreu entre 2023 e 2024, integrou múltiplas perspetivas e fontes de informação, garantindo uma visão abrangente e atualizada da situação de saúde no município.

O envolvimento ativo da comunidade constituiu um pilar fundamental desta metodologia. Através da realização de workshops/reuniões, foram recolhidas as perspetivas de diversos atores locais, desde profissionais de saúde e instituições até aos próprios cidadãos. Esta abordagem participativa enriqueceu significativamente a análise, incorporando o conhecimento e a experiência da comunidade na identificação de desafios e oportunidades.

Para a construção deste perfil de saúde, foi utilizada uma ampla variedade de fontes de informação, garantindo uma base sólida e

abrangente de dados. Entre as principais fontes destacam-se:

- Instituto Nacional de Estatística (INE), fornecendo indicadores demográficos e socioeconómicos fundamentais.
- Serviço Nacional de Saúde – Portal da Transparência, para informações sobre a oferta e acesso aos serviços de saúde.
- Base Integrada de Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), com dados gerais sobre os registos de utentes
- Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte) - Observatório Regional de Saúde, para informações sobre morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários.

1.3 Estrutura e Organização do Perfil

1.3.1 Componentes do Perfil

A metodologia adoptada assenta numa estrutura analítica que organiza a informação em torno de diferentes áreas temáticas, com o objetivo de proporcionar uma visão integrada da saúde da população e dos fatores que a condicionam. Estes temas incluem a análise demográfica, os principais problemas de saúde, os determinantes

de saúde e os recursos disponíveis na comunidade. A análise foi realizada ao nível das freguesias, sempre que possível, permitindo uma compreensão detalhada das disparidades e vulnerabilidades específicas que afetam a população de Penafiel.

O perfil está organizado em componentes fundamentais que incluem:

População

Neste capítulo, é apresentado uma caracterização detalhada da população de Penafiel, com destaque para a sua estrutura etária, distribuição geográfica, e evolução demográfica. São analisadas também as implicações destas dinâmicas populacionais para a saúde, nomeadamente a natalidade e o envelhecimento da população.

A análise da demografia fornece uma visão essencial sobre a estrutura e evolução da população de Penafiel. Este tipo de informação é importante para a planificação de serviços e políticas de saúde adequadas às características da população local, sobretudo numa altura em que o aumento da esperança de vida coloca desafios à gestão de doenças crónicas e à oferta de cuidados de saúde especializados.

Problemas de Saúde

Este capítulo foca-se na apresentação dos principais problemas de saúde identificados na população que incluem indicadores de mortalidade e morbidade, que servem como barômetros da qualidade de vida da população. A análise da mortalidade incluiu dados sobre a mortalidade infantil e geral, bem como as causas específicas de morte, permitindo identificar padrões como a mortalidade padronizada por doenças (como as cardiovasculares e tumores malignos) e mortalidade prematura. Estes dados permitem avaliar o impacto das doenças no município e identificar áreas prioritárias para intervenção.

Relativamente à morbidade, foi analisada a prevalência de doenças a partir de registos de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários. Esta informação forneceu uma visão sobre a carga de doença na população.

Determinantes da Saúde

Este capítulo demonstra uma análise dos fatores que influenciam diretamente o bem-estar da população. Os determinantes de saúde refletem os fatores que influenciam diretamente o bem-estar da população e vão além dos aspetos meramente clínicos. Estes incluem desde as condições de vida até ao comportamento individual. No âmbito do perfil, foram abordados

vários temas como os acidentes e atropelamentos, que destacam os riscos à segurança rodoviária no município, a criminalidade, que afeta o sentido de segurança da população, e a mobilidade, examinando o uso de meios de transporte e acessibilidade dentro do município, o que influencia a capacidade de acesso a serviços essenciais, incluindo os de saúde. A análise inclui a avaliação das condições habitacionais, a qualidade do ar e da água.

Na dimensão Sociedade e Economia, foi examinada a literacia e escolaridade, fundamentais para a capacitação em saúde, assim como o apoio social, abordando temas como famílias monoparentais e beneficiários, que indicam a vulnerabilidade social da população.

O emprego e rendimento foram também abordados, considerando o impacto da taxa de desemprego e do rendimento familiar na qualidade de vida. Também foram analisados os comportamentos de saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool, a prática de exercício físico e hábitos alimentares. A saúde mental foi também abordada como uma área relevante, devido ao crescente reconhecimento da sua importância para o bem-estar geral.

No que diz respeito à oferta de serviços de saúde, foi analisada a distribuição dos recursos de saúde nos centros de saúde, farmácias, e hospitais. O rastreio foi também abordado, com ênfase na

importância dos programas de rastreio para a deteção precoce de doenças, como o cancro da mama, do colo do útero e do cólon. A implementação e cobertura desses programas têm um impacto significativo na redução da mortalidade e na melhoria dos resultados de saúde ao permitir a deteção e tratamento precoces.

Recursos da Comunidade

Neste capítulo realizou-se a identificação e avaliação dos projetos/atividades em curso que visam melhorar a saúde e o bem-estar da comunidade. A análise baseada no inquérito à população teve como propósito identificar e avaliar os projetos/atividades em curso que visam melhorar a saúde e o bem-estar da comunidade de Penafiel. Este inquérito focou na recolha de informações sobre iniciativas promovidas por instituições e organizações de diversos setores, e permitiu mapear as intervenções existentes que impactam diretamente os determinantes de saúde. Através deste levantamento, foi possível obter uma visão clara sobre a eficácia dessas ações e identificar áreas adicionais que necessitam de atenção, assegurando uma abordagem integrada e alinhada com as necessidades da população local.

A articulação entre estes capítulos permite uma compreensão holística da situação de saúde em Penafiel, fornecendo uma base sólida para o

desenvolvimento de políticas e intervenções que promovam efetivamente a saúde e o bem-estar da população. Esta estrutura abrangente reflete o compromisso do município em desenvolver uma estratégia de saúde baseada em evidências, que responda às necessidades específicas identificadas e promova a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Com base nestes dados, o Perfil de Saúde de Penafiel oferece uma compreensão detalhada da realidade da saúde no município, permitindo identificar as vulnerabilidades e desenvolver ações focadas nas necessidades de cada freguesia. Este diagnóstico é fundamental para a construção de uma estratégia de saúde que promova o bem-estar e a equidade no acesso aos cuidados de saúde para todos os cidadãos de Penafiel.

1.4 Enquadramento Territorial

1.4.1 Geográfico e Administrativo

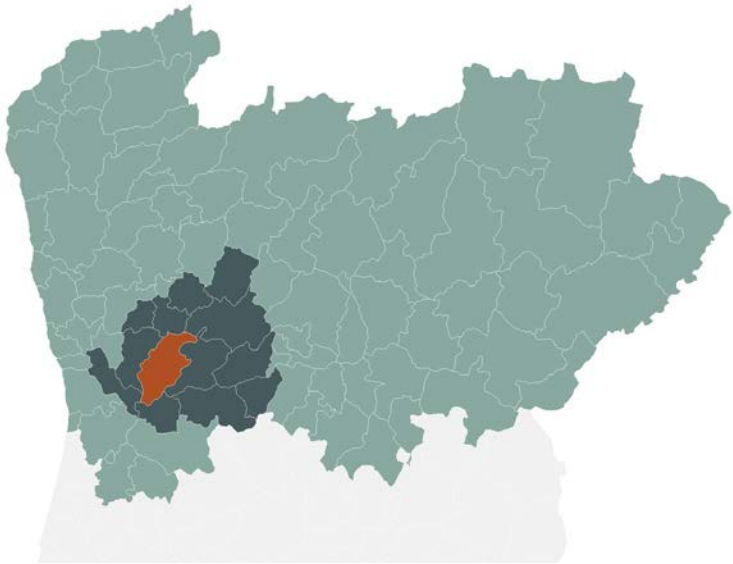
O município de Penafiel localiza-se no distrito do Porto, na Região Norte de Portugal Continental, ocupando uma área total de 212,24 km². Considerando a Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), o município pertence à NUTS I – Continente, NUTS II – Região Norte e NUTS III – Tâmega e Sousa.

Na sequência da reorganização administrativa do território implementada em 2013^[1], atualmente o município de Penafiel está dividido em 28 unidades territoriais (freguesias), identificadas geograficamente na Figura 1.3.

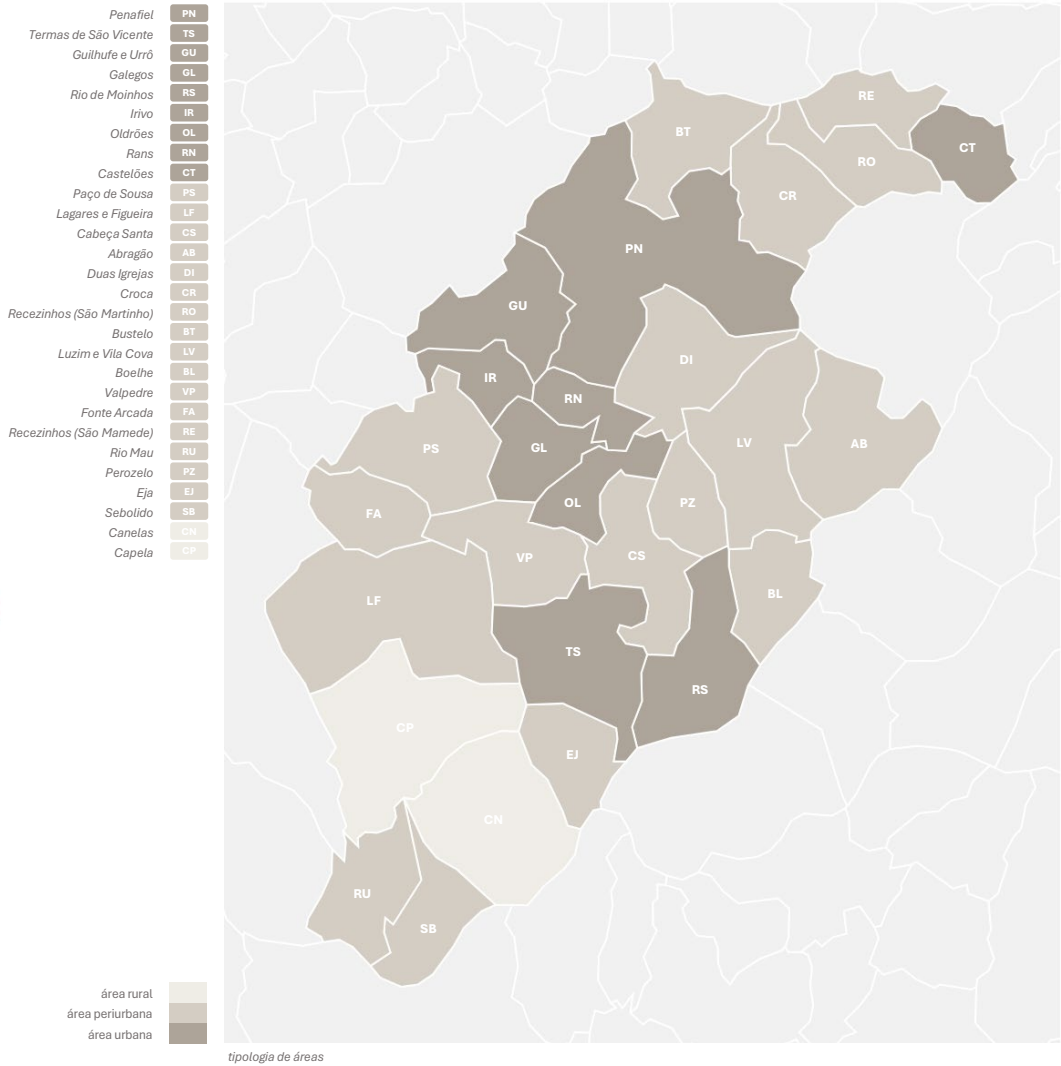
Considerando a classificação da Tipologia de Áreas Urbanas definida pelo INE, o município de Penafiel é composto por 9 unidades territoriais (freguesias) classificadas como exclusivamente urbanas e 17 unidades territoriais classificadas como periurbanas, onde em 2021 residia aproximadamente **52,6%** e **43,8%** da população do município, respectivamente.

A cidade de Penafiel está situada no topo e encostas da colina da Arrifana, entre o rio Sousa e o rio Cavalum, afluentes do rio Douro. É a segunda cidade mais antiga da Região Norte do país, sendo um dos principais eixos urbanos da

região de Vale do Sousa e Tâmega. É na cidade de Penafiel que se concentram as principais atividades económicas, equipamentos e serviços do município.



Município de Penafiel
Região Norte de Portugal Continental
Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa / Município de Paredes / Município de Gondomar



Enquadramento geográfico e tipologia das unidades territoriais do município de Penafiel, 2013

Figura 1.1

[1] Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro, sobre a reorganização administrativa do território das freguesias.

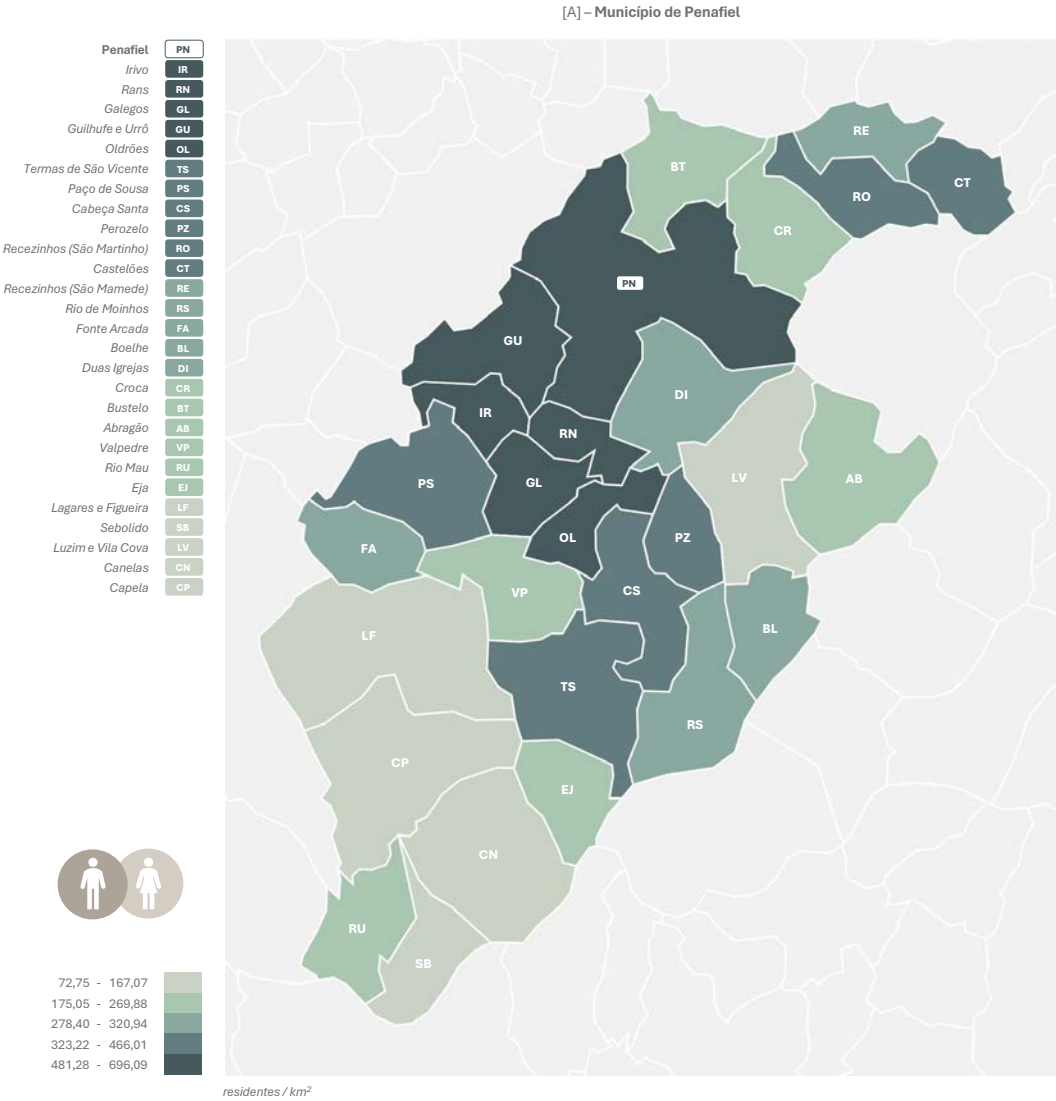
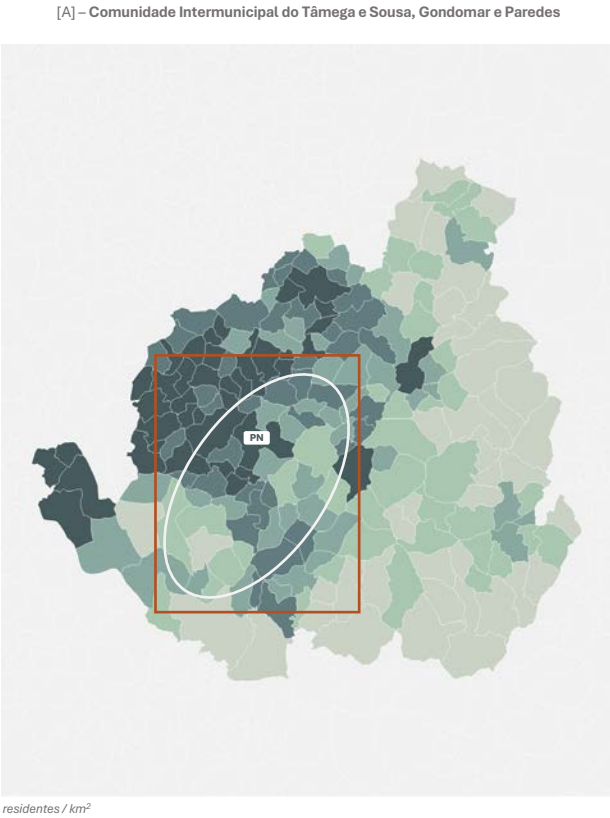
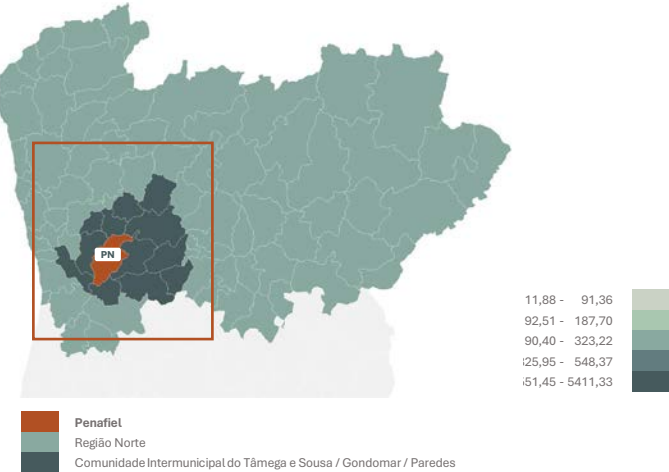
A photograph of a family walking away from the camera on a grassy field. A man in a grey t-shirt and dark jeans is on the left, holding the hand of a small child. A woman in a white dress is on the right, also holding the child's hand. The child is shirtless and wearing dark pants. The background is a blurred natural setting.

02 POPULAÇÃO

2.1 População

2.1.1 Densidade Populacional

O município é limitado a norte pelo município de Lousada, a nordeste pelo município de Amarante, a leste pelo município de Marco de Canaveses, a sul pelo município de Castelo de Paiva e a oeste pelos municípios de Gondomar e Paredes.



Densidade populacional da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes [A] e do município de Penafiel [B], por freguesia, ambos os sexos, 2021

Figura 2.1

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Ao longo das últimas décadas, observou-se um declínio populacional a nível nacional, verificando-se na população de Penafiel também esse decréscimo populacional, entre os anos 2001 e 2021, com uma diminuição de 3,0%.

A variação da população residente do município pelas freguesias apresenta variações relevantes, observando uma tendência diferente em relação a algumas freguesias.

O município de Penafiel, tal como várias regiões da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, registou uma diminuição populacional nas últimas duas décadas, com algumas freguesias a contrariar essa tendência. Apesar das variações específicas em cada freguesia, o panorama geral reflete uma redução significativa da população residente.

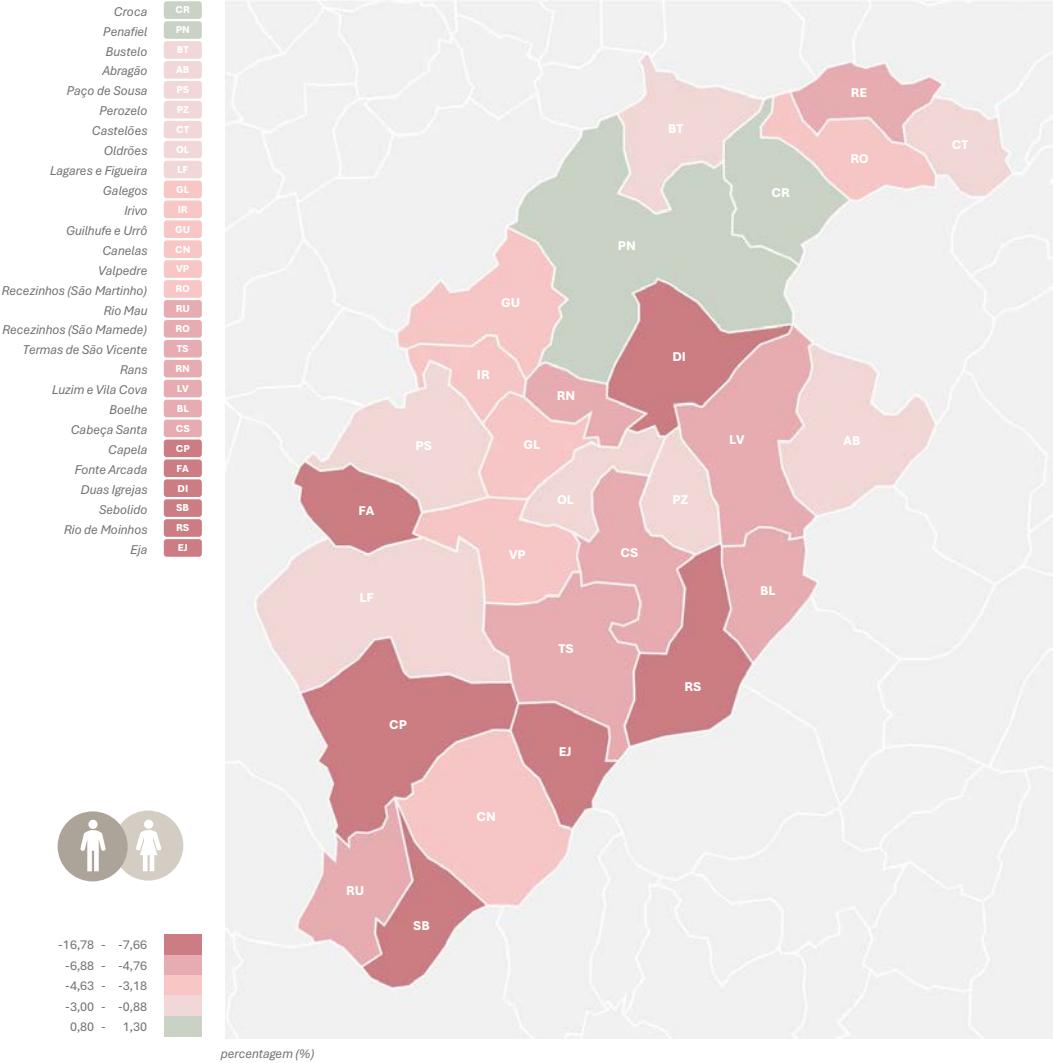
Entre 2011 e 2021, nas freguesias de Croca e Penafiel, registou-se um acréscimo populacional de 1,3% e 0,8%, correspondente a um aumento absoluto de 124 e 23 residentes, respetivamente. Em 2021, os residentes nestas duas freguesias correspondiam a 25,1% da população do município de Penafiel (Figura 2.3).

Nas restantes freguesias registou-se uma diminuição da população residente entre 0,8% (freguesia de Bustelo) e 16,8% (freguesia de Eja). Apesar da freguesia de Eja ter registado

uma maior diminuição da população residente em termos percentuais, a freguesia Rio de Moinhos foi a que registou uma maior diminuição em termos absolutos, registando uma redução de 350 residentes entre 2011 e 2021.

No mesmo período, a população do município da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, no município de Gondomar e município de Paredes, diminuiu 4,4%, e a população de Portugal Continental diminuiu 1,9%. Relativamente ao município de Penafiel, observou-se um decréscimo de 3,7%.

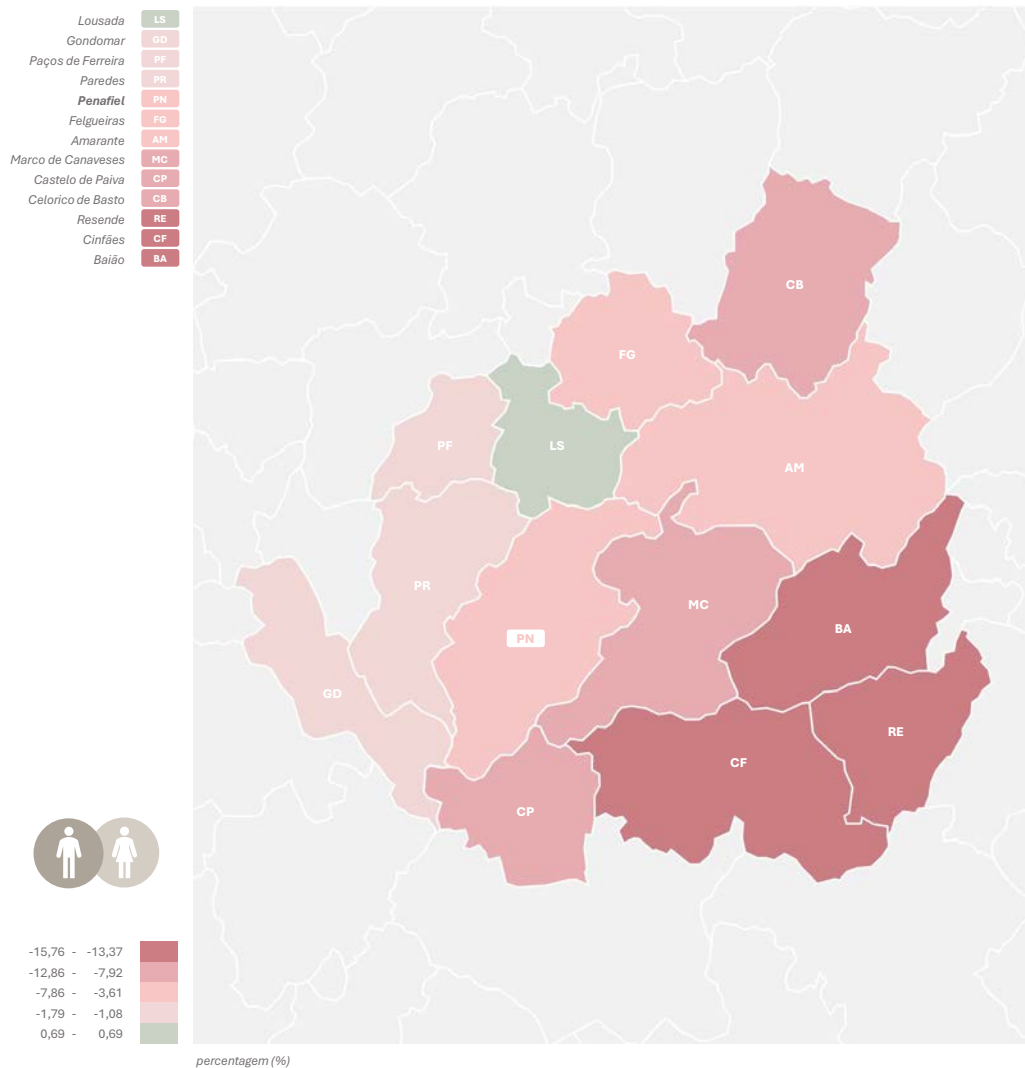
A variação entre 2011 e 2022, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, todos apresentavam variações negativas à exceção do município de Lousada que aumentou 0,7% (Figura 2.4). Os municípios com a variação negativa mais acentuada foram: Baião (-15,8%), Cinfães (-14,1%), Resende (-13,4%) e Celorico de Basto (-12,9%). Penafiel teve uma variação negativa de -3,6%.



Variação da população residente no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2011-2021

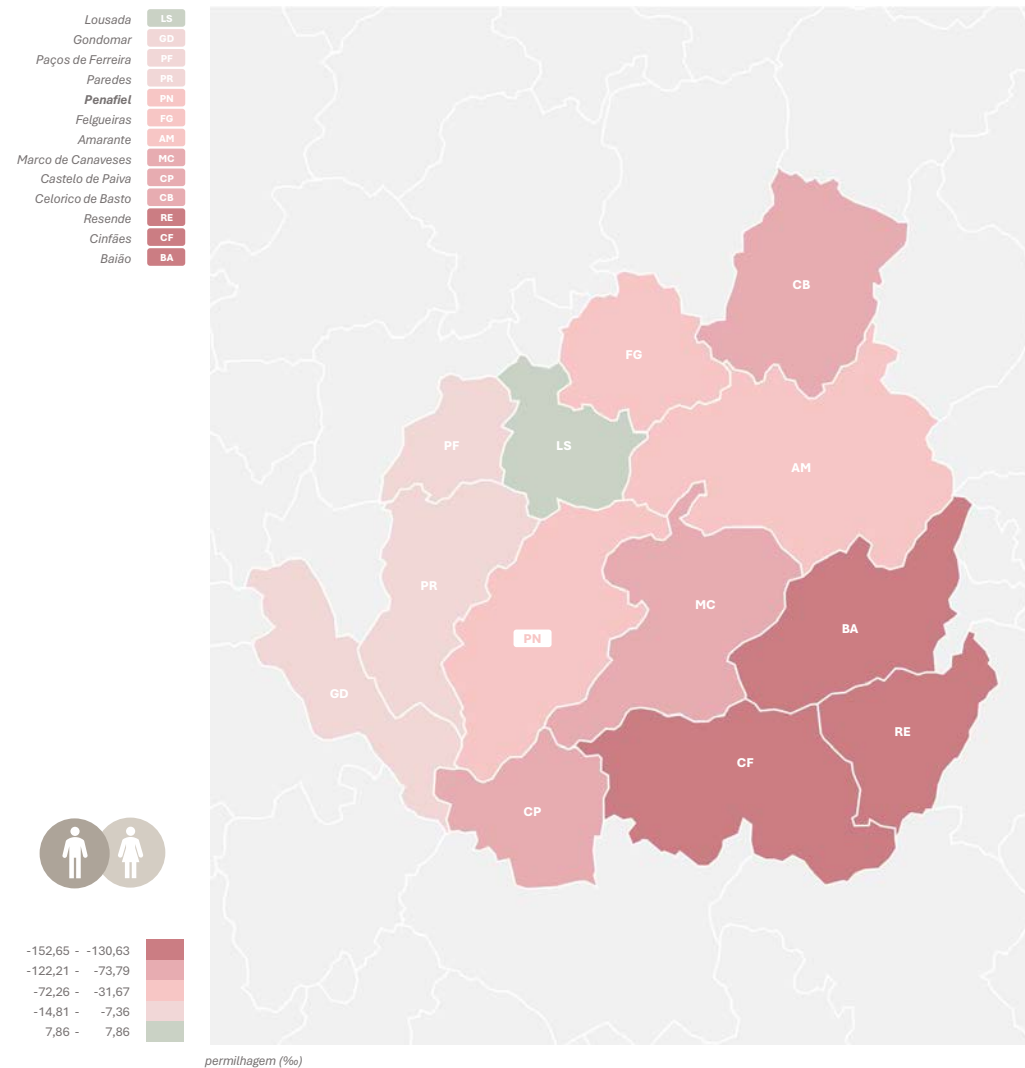
Figura 2.3

Instituto Nacional de Estatística, 2023



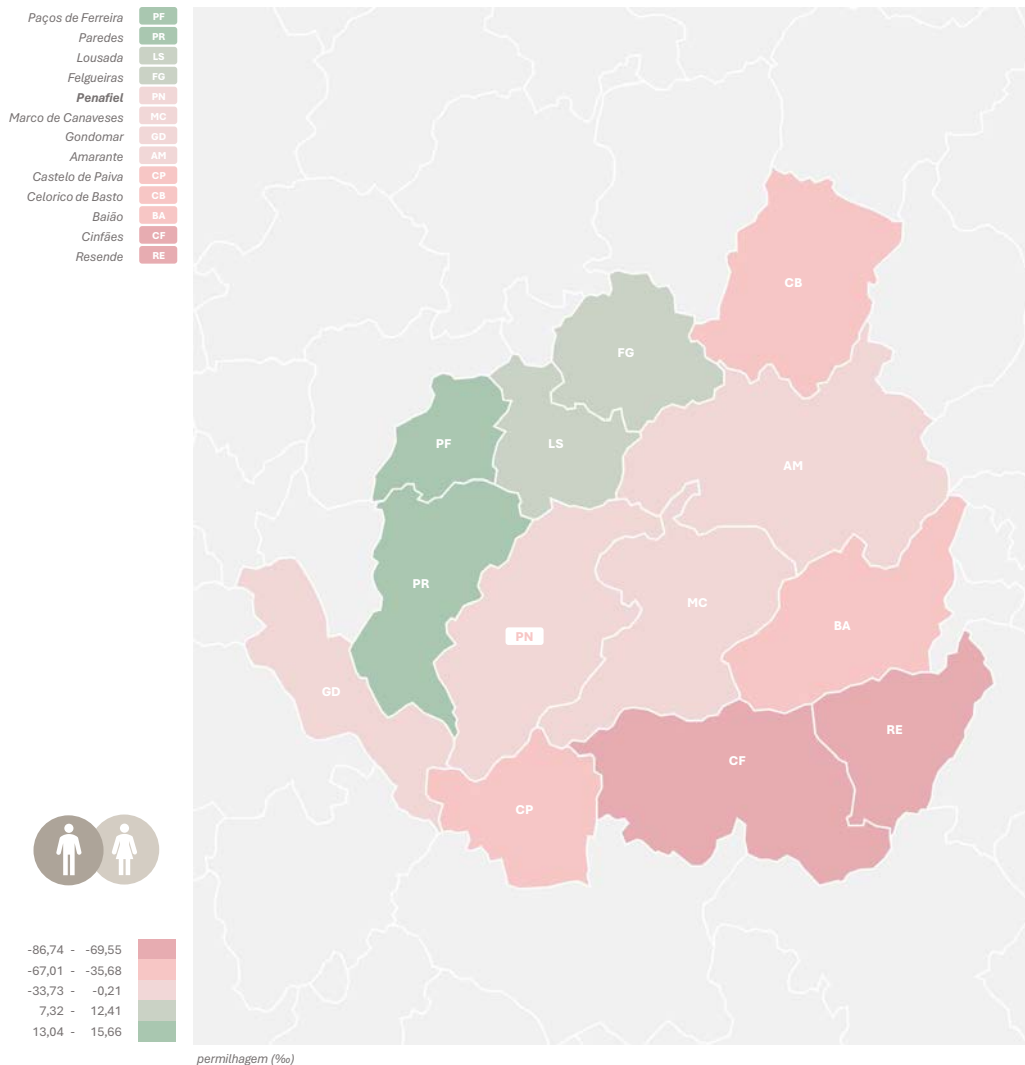
Variação da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022

Figura 2.4



Taxa de crescimento efetivo da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022

Figura 2.5



Taxa de crescimento natural da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022

Figura 2.6

Os movimentos populacionais, a imigração e emigração, têm um grande impacto na estrutura demográfica da população. A nível da Europa, a imigração é considerada um dos fatores que tem contribuído para um equilíbrio demográfico em países cada vez mais envelhecidos. Entre os anos 2000 e 2010, em Portugal, a imigração contribuiu para o saldo natural que tem vindo a diminuir ao longo dos anos. No entanto, a partir do ano de 2010, em Portugal, observou-se uma tendência negativa do saldo natural e do saldo migratório, tendo um impacto significativo na renovação demográfica da população, observando um aumento da emigração que levou a saldos migratórios negativos. Em 2021, aproximadamente 60.000 portugueses emigraram, aumentando o número de emigrantes relativamente ao ano anterior (mais 15.000 emigrantes do que em 2020) (Pires et al., 2022).

Segundo as estimativas das Nações Unidas no ano de 2019, Portugal mantém-se como o país com o maior número de emigrantes em proporção da população residente, comparativamente aos países da União Europeia (considerando apenas países com mais de 1 milhão de habitantes) (Pires et al., 2022).

No município de Penafiel, a taxa de crescimento efetivo, no ano de 2022, apresentou valores positivos, com uma taxa de 1,1‰, indicando que o número de nascimentos (e imigração) foi

superior ao número de mortes e outras perdas como emigração. O mesmo se verifica para Portugal Continental e Região Norte (4,5‰ e 5,9‰) à exceção da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa com uma taxa de crescimento efetiva negativa de -1,3‰.

Relativamente à taxa de crescimento efetivo entre 2011 e 2022 foi negativa em todos os municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, exceto em Lousada com uma taxa positiva de 7,9‰. O município de Penafiel teve uma taxa de -31,7‰, havendo uma diminuição de -3,2% da população entre 2011 e 2022. O município que mais perdeu população foi Baião, reduzindo -15% da sua população em 11 anos (Figura 2.5).

Em Penafiel, as taxas de crescimento natural e migratório, que retratam a evolução de uma população possuíram valores negativos, entre 2011 e 2022, com uma taxa de -0,2‰ e -36,5‰, respetivamente, evidenciando um decréscimo populacional. Na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes, os municípios de Felgueiras, Lousada, Paredes e Paços de Ferreira foram os que tiveram uma taxa de crescimento natural positiva (Figura 2.6).

Em 2022, Penafiel apresentou uma taxa de crescimento natural negativa de 1,2‰, verificando a mesma tendência nas outras regiões de comparação, como na Comunidade Intermunicipal de Tâmega e Sousa (-2,5‰), Região Norte (-3,5‰) e Portugal Continental (-3,9‰).

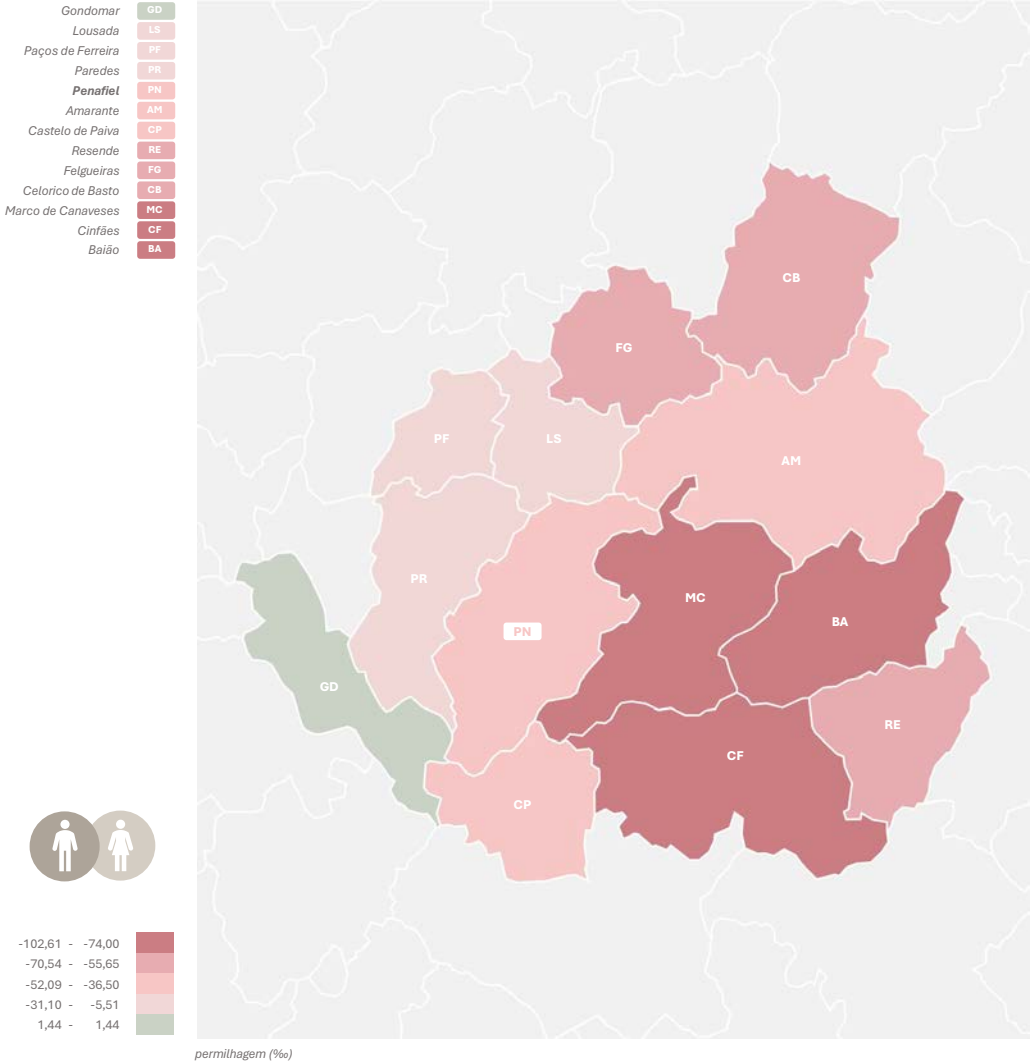
Relativamente à taxa de crescimento migratório entre 2011 e 2022, todos os municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes, apresentaram valores negativos, à exceção do município de Gondomar com uma taxa de 1,4‰ (Figura 2.7). No ano de 2022, Penafiel apresentou uma taxa de crescimento migratório positiva de 2,2‰, observando a mesma tendência nas outras regiões de comparação, como a Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa (1,1‰), Região Norte (9,4‰) e Portugal Continental (8,4‰), evidenciando um aumento de saldo migratório nos últimos anos, pelo aumento de imigração.

2.1.3 Estrutura Etária da População Residente

Na análise da demografia de uma população, é importante olhar para a sua estrutura etária. A nível nacional, observa-se uma população envelhecida, com uma perda da população jovem, sendo Portugal considerado um dos países mais envelhecidos da União Europeia. Ao compararmos as pirâmides etárias da

população de Penafiel entre 2001 e 2021, evidenciamos uma redução da população jovem (entre os zero e vinte e nove anos de idade) e aumento da população idosa, por um estreitamento da base da pirâmide etária e alargamento da zona central e topo, o que indica a tendência de envelhecimento da população devido ao aumento da esperança de vida, como também a diminuição da taxa de natalidade, fecundidade e mortalidade, e emigração da população jovem (Figura 2.8). A mesma tendência se observa nas outras regiões de comparação, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Região Norte e Portugal Continental.

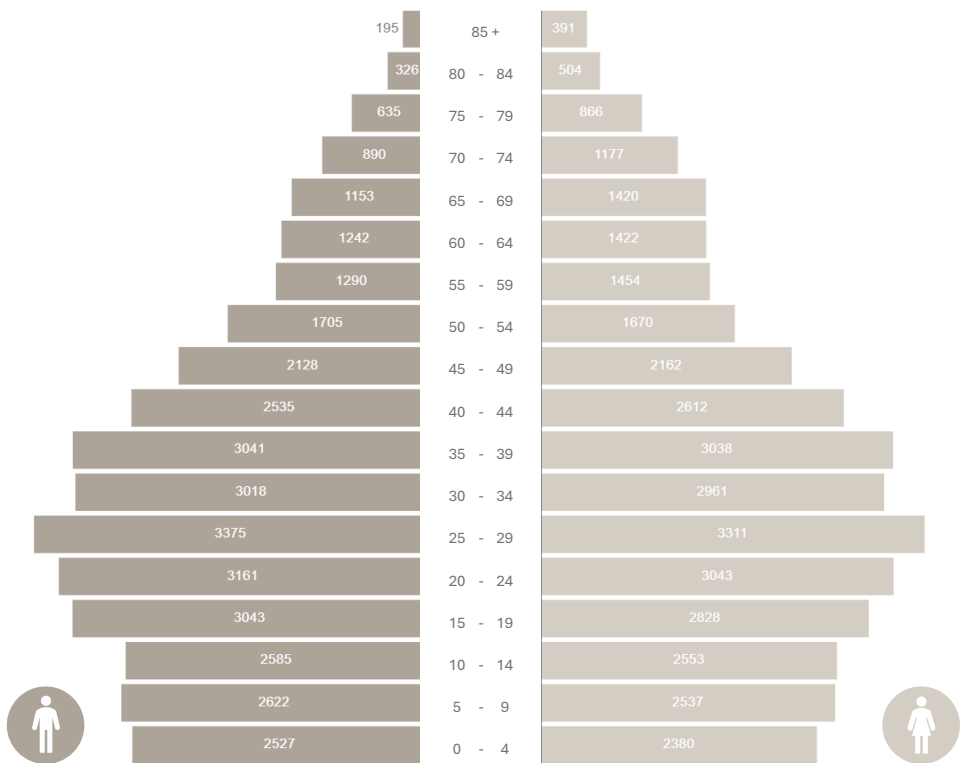
Entre 2011 e 2021, no município de Penafiel, observou-se um aumento da população com 65 e mais anos (34,6%) e dos 40 aos 64 anos (10,9%), enquanto os grupos etários jovens reduziram (-26,6% no grupo etário dos 0 aos 14 anos e -19,4% no grupo etário dos 15 aos 39 anos). No entanto, não se observou o mesmo para algumas das freguesias do município de Penafiel. A população do grupo etário com 65 e mais anos aumentou em todas as freguesias, atingindo valores máximos nas freguesias de Guilhufe e Urrô (59,6%), Castelhães (49,7%) e Paço de Sousa (47,0%), e valores mínimos nas freguesias de Luzim e Vila Cova (4,3%), Eja (8,0%) e Bustelo (15,2%).



Taxa de crescimento migratório da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022

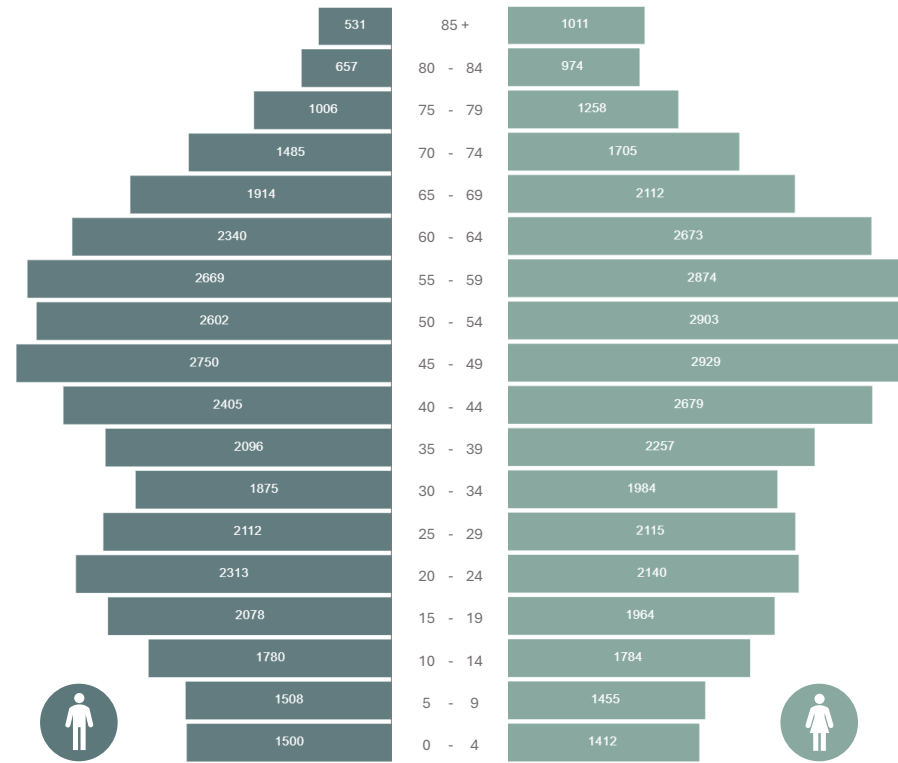
Figura 2.7

Instituto Nacional de Estatística, 2023



2001

número (n)

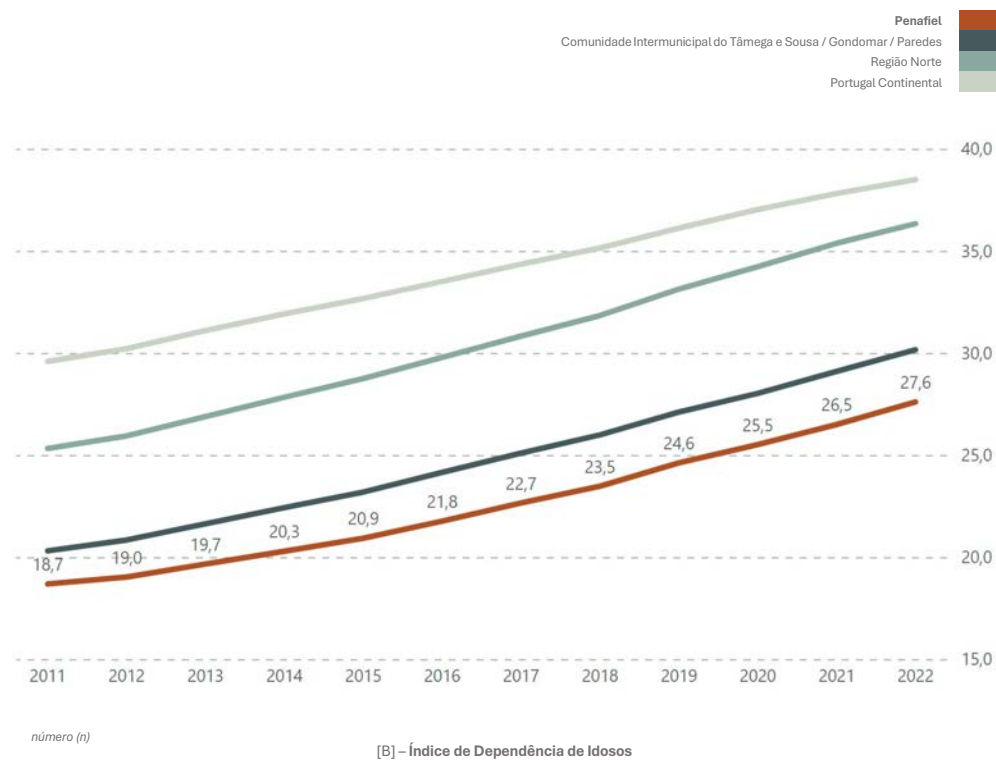
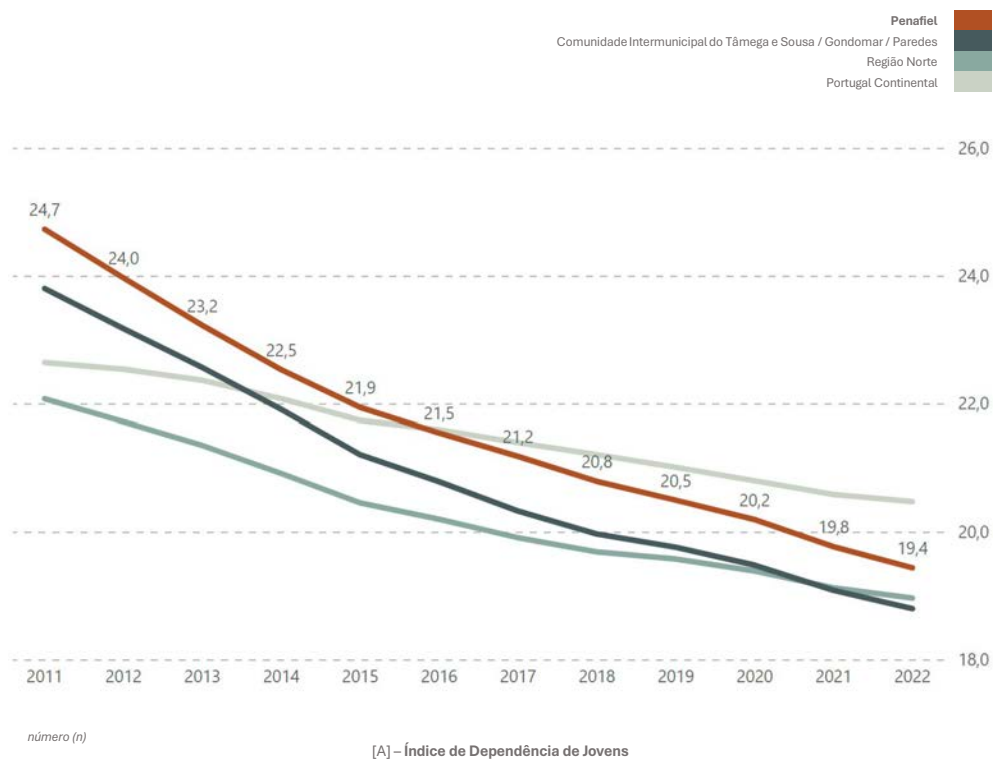


2021

Pirâmide etária da população residente no município de Penafiel, por sexos, 2001-2021

Figura 2.8

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Índice de dependência de jovens [A] e índice de dependência de idosos [B] da população residente no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, na Região Norte e em Portugal Continental, ambos os sexos, 2011-2022

Figura 2.9

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Em todas as freguesias, no grupo etário dos 0 aos 14 anos, observou-se uma perda da população, com máximos nas freguesias de Fonte Arcada (-42,2%), de Rio de Moinhos (-39,6%) e de Eja (-37,5%). Dos 15 aos 39 anos, também se evidenciou uma diminuição em todas as freguesias, com máximos nas freguesias de Rio de Moinhos (-29,2%), Sebolido (-28,6%) e Capela (-27,9%). Em contraste, observou-se um aumento da população entre os 40 e 64 anos, população ativa, com um máximo de 28,3% na freguesia de Croca e um mínimo de 0,6% em Rio Mau.

Relativamente ao índice de dependência de jovens, a relação entre a população jovem (entre os 0 e 14 anos) e a população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos), no município de Penafiel, entre 2011 e 2022, diminuiu de 24,7 para 19,4, valor inferior registado ao nível de Portugal Continental em 2022 (20,5).

No mesmo período, o índice de dependência de idosos, relação entre a população idosa (com 65 e mais anos) e a população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos) aumentou de 18,7 para 27,6. A figura 2.9 faz a comparação entre os diferentes níveis de comparação, do índice de dependência de jovens e de idosos, evidenciando a mesma tendência.

Relativamente às suas freguesias, no índice de dependência de idosos, em 2021, as com índices com melhores valores incluem as freguesias de

Rans (17,3), Valpedre (17,5), Croca (20,8) e Perozelo (21,2). As freguesias com uma maior proporção de idosos em relação à população ativa incluem as freguesias de Eja (32,9), Castelões (31,7), Rio Mau (31,4) e de Penafiel (28,6).

Outro índice que aborda o envelhecimento numa população é o índice de envelhecimento, a relação entre a população idosa (com 65 e mais anos) e a população jovem (entre os 0 e 14 anos). No ano de 2022, Penafiel tinha um índice de 142,0 idosos por cada 100 jovens, valor inferior a Portugal Continental (188,0 idosos por 100 jovens) e Região Norte (191,6) para a Região Norte, evidenciando uma menor proporção de idosos relativamente a Portugal Continental e Região Norte.

Relativamente às freguesias de Penafiel, no ano de 2021, as freguesias de Eja (189,0), Rio Mau (180,5), Castelões (162,5) e Fonte Arcada (153,4) são as com valores mais elevados com uma maior proporção de idosos em relação à população jovem. Com os melhores valores, com menor proporção de idosos relativamente à população jovem incluem-se as freguesias de Valpedre (81,2), Rans (85,7), Perozelo (90,6) e Galegos (102,0). O mapa da figura 2.10 apresenta o índice de envelhecimento nas freguesias do município de Penafiel.

A figura 2.11 apresenta a variação do índice de envelhecimento entre 2011 e 2021, no município

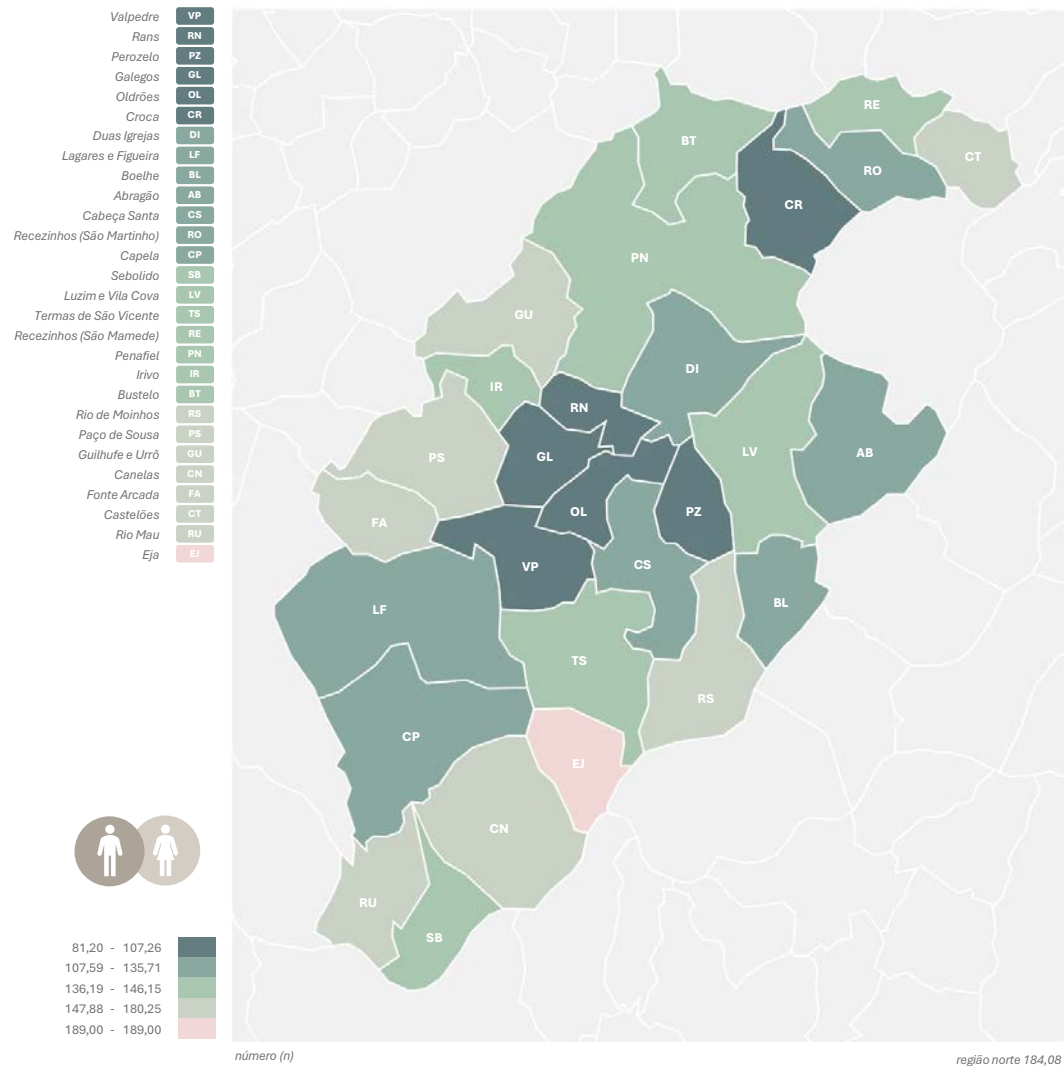
de Penafiel, por freguesia. Observou-se um aumento do índice em todas as freguesias, com destaque nas freguesias de Guilhufe e Urrô (134,2), Termas de São Vicente (127,1), Fonte Arcada (119,6), Cabeça Santa (114,1), Canelas (109,6) e Duas igrejas (106,9), que evidenciaram um maior envelhecimento da população. As freguesias com melhores valores, que tiveram um menor envelhecimento da população, foram as freguesias de Bustelo (34,5), Perozelo (56,0), Penafiel (61,5) e Lagares e Figueira (61,6).

A análise da estrutura etária do município de Penafiel revela uma tendência clara de envelhecimento populacional, evidenciada pelo aumento significativo da população idosa e pela diminuição dos grupos etários mais jovens. Esta realidade demográfica é consistente com a observada a nível nacional e regional, representando um desafio crescente em termos sociais e económicos.

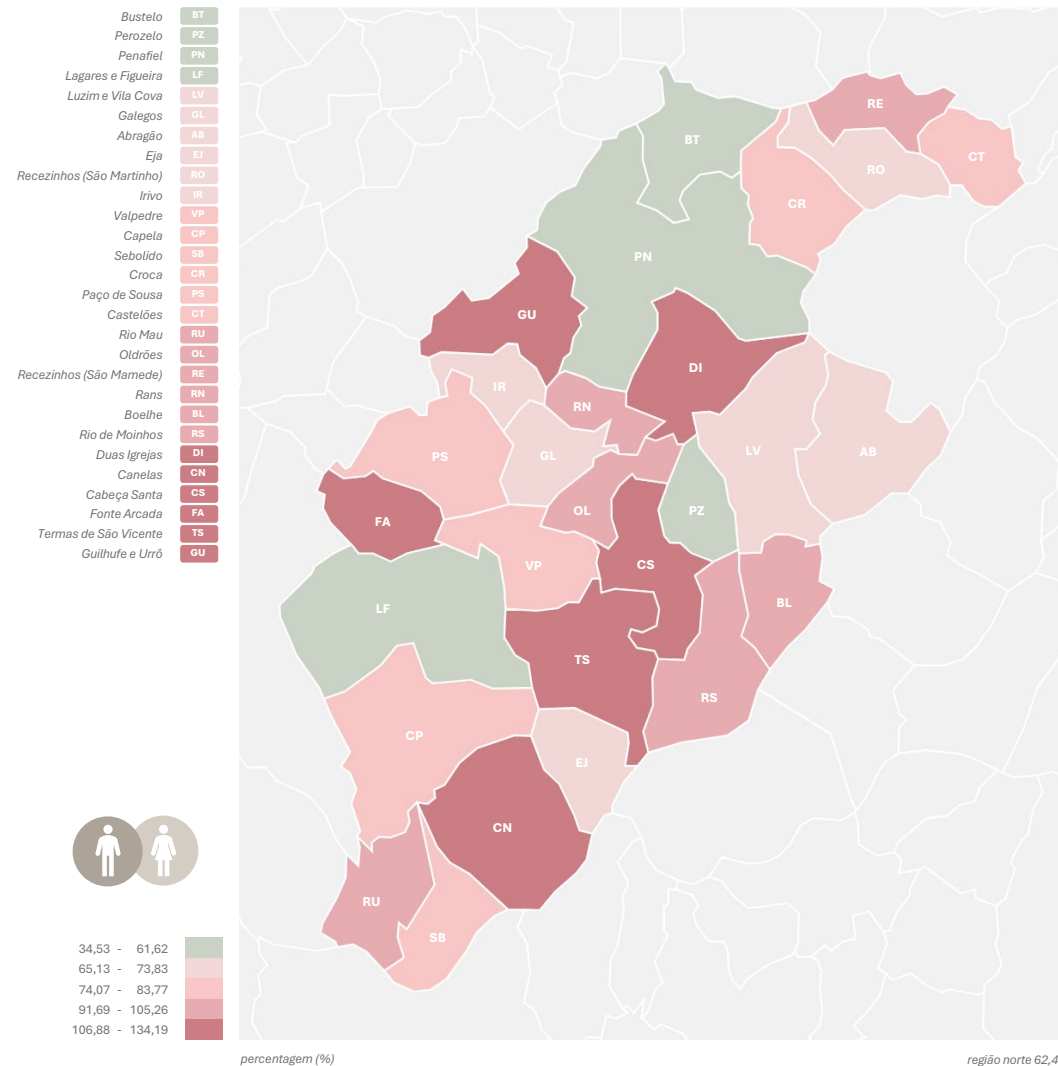
Os indicadores de envelhecimento e de dependência de idosos e jovens são essenciais para avaliar o equilíbrio demográfico e prever a pressão sobre a população em idade ativa. Estes dados permitem identificar a capacidade de uma sociedade para sustentar as gerações mais novas e mais velhas, sendo fundamentais para planear políticas sociais e económicas, nomeadamente em áreas como a segurança social, cuidados de saúde e educação.

O envelhecimento acentuado da população em várias freguesias de Penafiel exige uma abordagem abrangente e multifacetada. É necessário, por um lado, implementar políticas públicas eficazes que promovam o equilíbrio demográfico e incentivem a natalidade, através de medidas que possam apoiar as famílias, melhorar as condições para a criação de filhos e atrair a fixação de jovens no território. Estas políticas devem também considerar a criação de oportunidades de emprego e a melhoria da qualidade de vida para os jovens, de forma a evitar a emigração e a deslocalização.

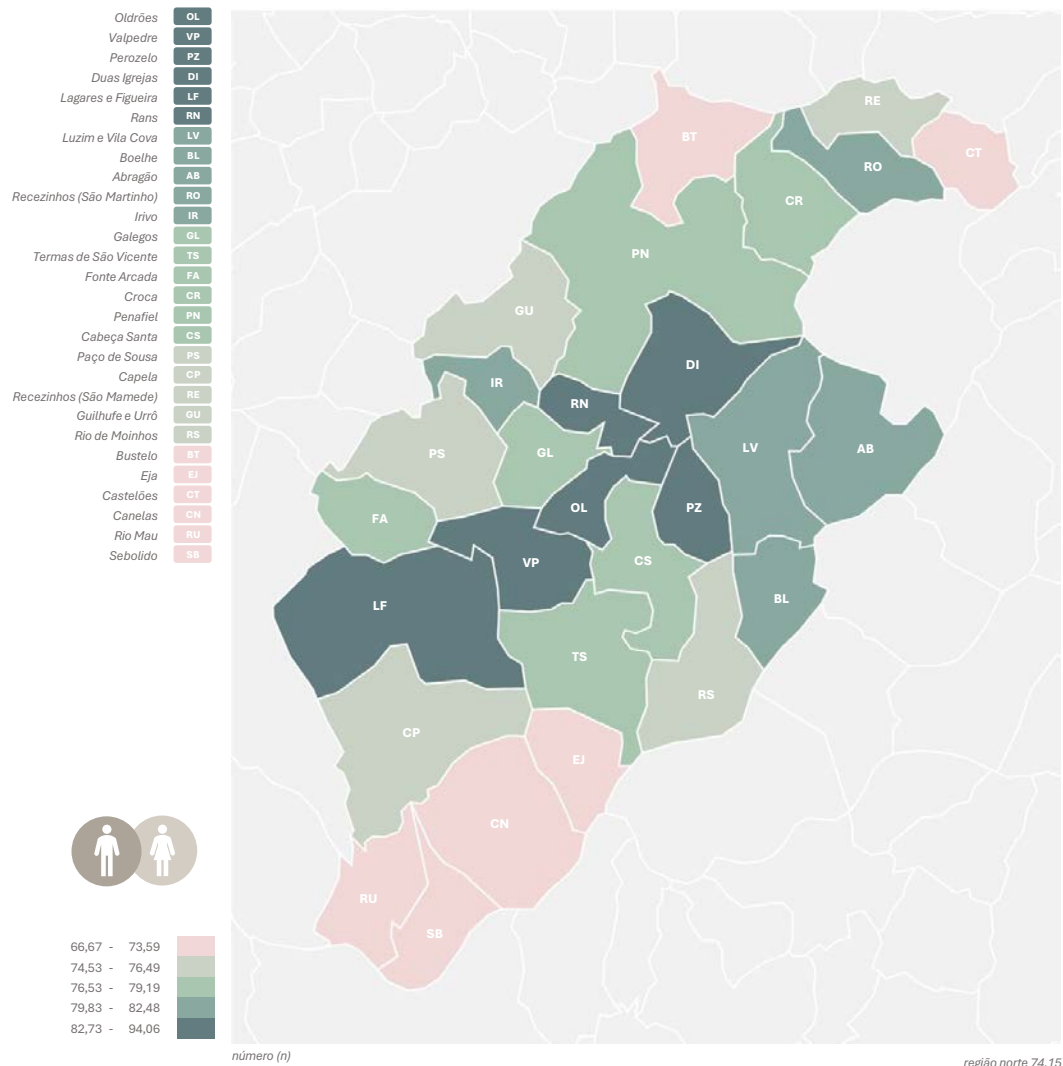
Também se deve considerar a implementação de programas de prevenção e gestão das doenças crónicas, que são mais prevalentes entre os idosos, bem como garantir o acesso facilitado a cuidados de saúde adequados e especializados para esta faixa etária. É crucial também promover a criação de redes de apoio social e cuidados continuados que possam oferecer suporte à população idosa, melhorando a sua qualidade de vida e assegurando uma integração social efetiva.



região norte 184,08



região norte 62,45



Índice de juventude da população em idade ativa residente no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021

Figura 2.12

O mapa da figura 2.12 evidencia o índice de juventude no município de Penafiel, distribuído por freguesias, entre os anos 2011 e 2021, sendo a relação entre a população jovem (dos 15 aos 39 anos) e a população mais idosa da população em idade ativa (entre os 40 e os 64 anos).

No ano de 2021, as freguesias de Penafiel com melhores resultados foram: Oldrões (94,1), Valpedre (90,5), Perozelo (89,4), Duas Igrejas (87,9), Lagares e Figueira (82,8), e Rans (82,7) e com piores valores foram Sebolido (66,7), Rio Mau (67,9), Canelas (70,6), Castelões (71,8), Eja (72,9) e Bustelo (73,6).

No município de Penafiel, o índice de juventude em 2011, foi 108,1, reduzindo para 78,5 em 2021, valor superior a Portugal Continental, Região Norte e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes. Esta tendência também se observou para Portugal Continental (de 94,2 para 75,5), Região Norte (de 94,7 para 74,1) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes (de 102,2 para 76,5).

Nas freguesias do município de Penafiel, o índice de juventude da população ativa, entre 2011 e 2011 diminuiu. As freguesias com os melhores resultados foram: Oldrões (94,1), Valpedre (90,5), Perozelo (89,4), Duas Igrejas

(87,9) e Lagares e Figueira (82,8), e piores valores nas freguesias de Sebolido (66,7), Rio Mau (67,9), Canelas (70,6), Castelões (71,8) e Eja (72,9).

A variação do índice entre 2011 e 2021, nas freguesias de Penafiel também indica uma diminuição da juventude, com valores máximos em: Abragão (-38,2), Capela (-35,4), Rio de Moinhos (-34,4), Croca (-34,3), Rans (-34,1) e Galegos (-33,8) e com os melhores resultados as freguesias de Eja (-19,2), Oldrões (-19,6) e Rio Mau (-19,7) (Figura 2.13).

Relativamente ao índice de longevidade, a relação entre a população mais idosa (com 75 ou mais anos) e a população idosa (com 65 ou mais anos), observa-se uma tendência decrescente mais acentuada em Penafiel e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes, com 42,5 e 43,8, respetivamente, inferior aos valores registados no Continente (48,9) e Região Norte (46,4), para o ano 2022 (Figura 2.14).

Relativamente às freguesias de Penafiel, entre 2011 e 2021 verificou-se um aumento da longevidade em algumas freguesias: Lagares e Figueira, Recezinhos (São Mamede), Abragão, Croca, Duas Igrejas, Boelhe e Paço de Sousa, e uma redução nas restantes freguesias.

As freguesias com os melhores valores, em 2021 foram: Recezinhos (São Mamede) (53,3), Abragão (51,2), Croca (50,4), Lagares e Figueira (49,9), e Luzim e Vila Cova (49,8). As freguesias com piores resultados foram: Rans (37,4), Galegos (38,1), Capela (38,6), Eja (38,6), e Castelões (39,5).

O índice de potencialidade consiste na relação entre mulheres entre os 20 e 34 anos e mulheres entre os 35 e 49 anos. Comparando entre os diferentes níveis de desagregação, observa-se a mesma tendência, havendo uma diminuição até ao ano 2017, voltando a aumentar a potencialidade. Penafiel, em 2022, apresentou uma potencialidade de 80,4, valor superior ao observado em Portugal Continental (74,2), Região Norte (76,2) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (79,7) (Figura 2.14).

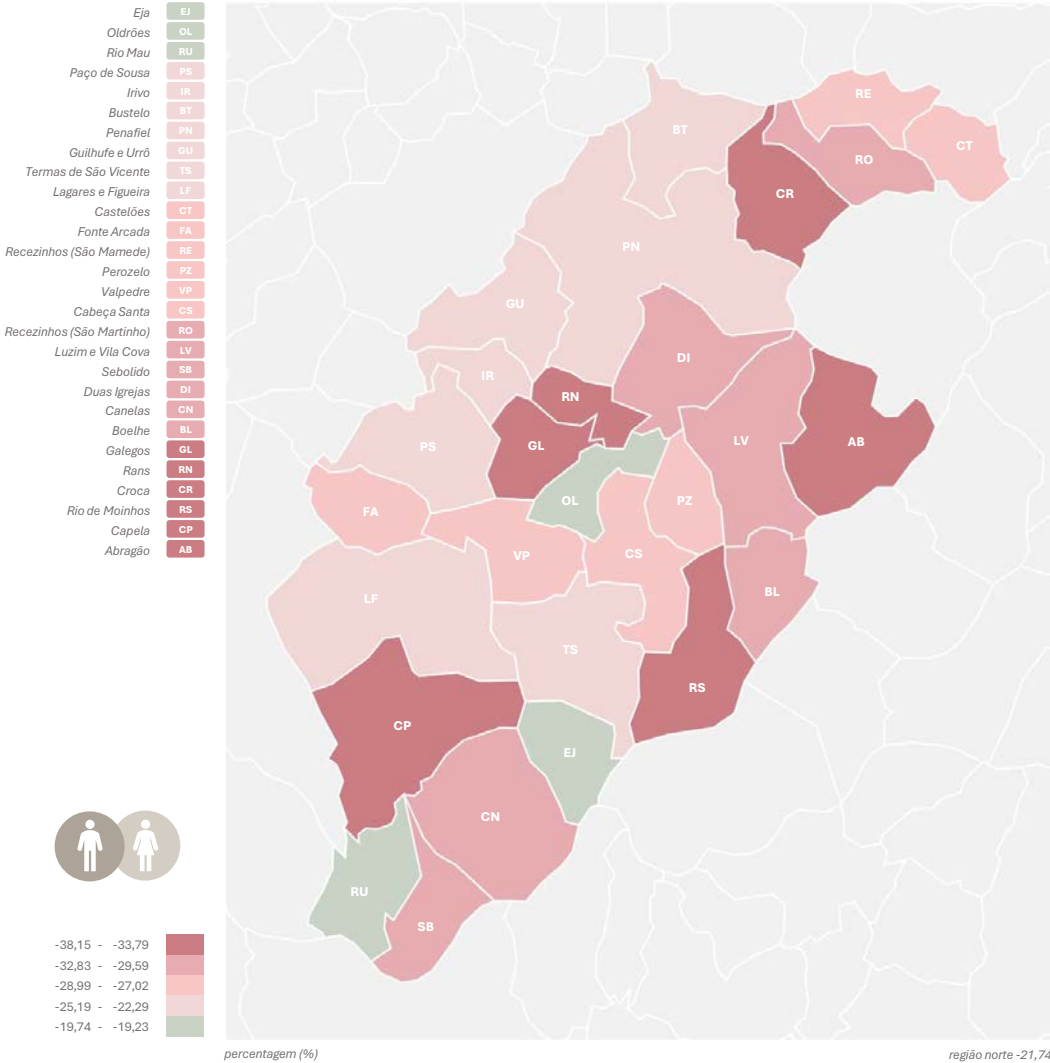
Nas freguesias de Penafiel, em 2021, as com melhores valores foram: Irivo (102,9), Perozelo (100,0), Duas Igrejas (98,8), Oldrões (96,9), e Eja (94,1) e os piores valores foram: Rio Mau (55,3), Canelas (68,9), Galegos (69,9), Penafiel (70,6) e Abragão (71,2).

O índice de renovação da população em idade ativa é a relação entre a população que está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho, ou seja, o número de pessoas entre os

20 e os 29 anos e o número de pessoas entre os 55 e os 64 anos. Observa-se uma tendência decrescente do índice, tendo atingido um valor de 80.8 em Penafiel, valor superior ao registado em Portugal Continental (75,1), Região Norte (73,4) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (77,4) (Figura 2.14).

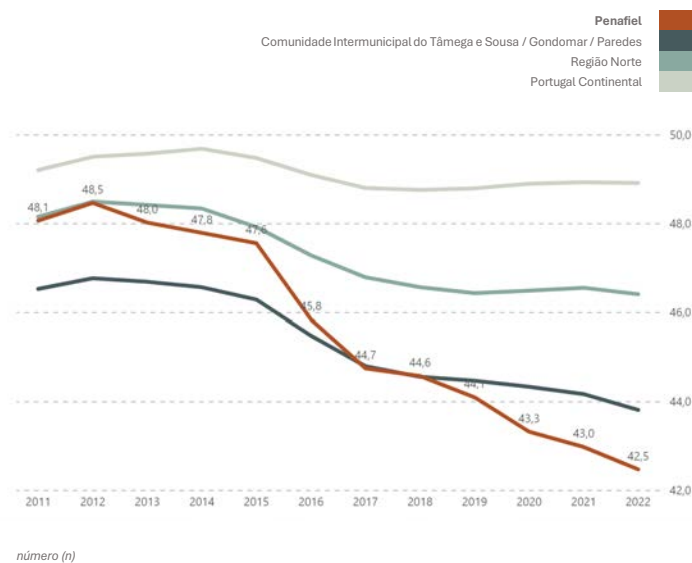
Em síntese, apesar de algumas freguesias terem apresentado valores mais elevados de juventude, a maioria das freguesias viu o seu índice de juventude decrescer, refletindo a redução da população jovem ativa. Paralelamente, o índice de longevidade aumentou em algumas freguesias evidenciando um envelhecimento mais acentuado da população.

Estes dados indicam um panorama demográfico em mudança, com desafios tanto na renovação da população ativa como na gestão de um território cada vez mais envelhecido. São fundamentais para compreender a dinâmica populacional e planear políticas públicas que respondam ao envelhecimento e à renovação geracional. A análise dos índices de juventude, longevidade e renovação da população ativa permite antecipar necessidades da população, garantindo uma melhor qualidade de vida para todas as gerações.

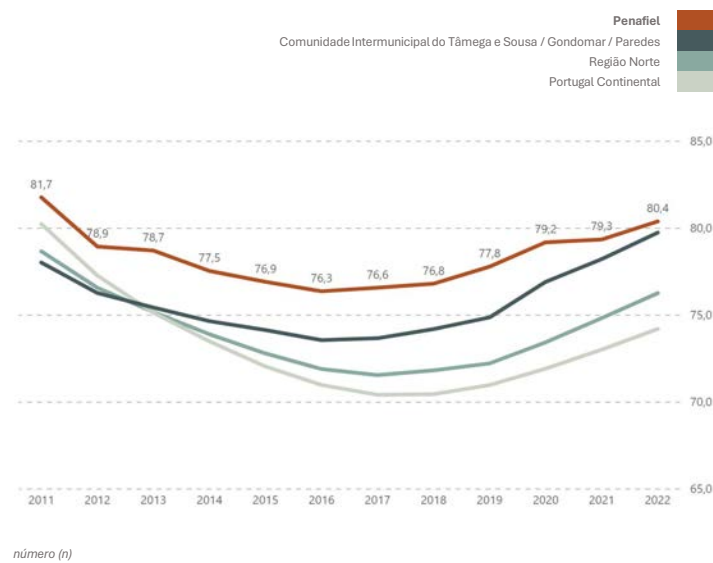


Variação do índice de juventude da população em idade ativa residente no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2011-2021

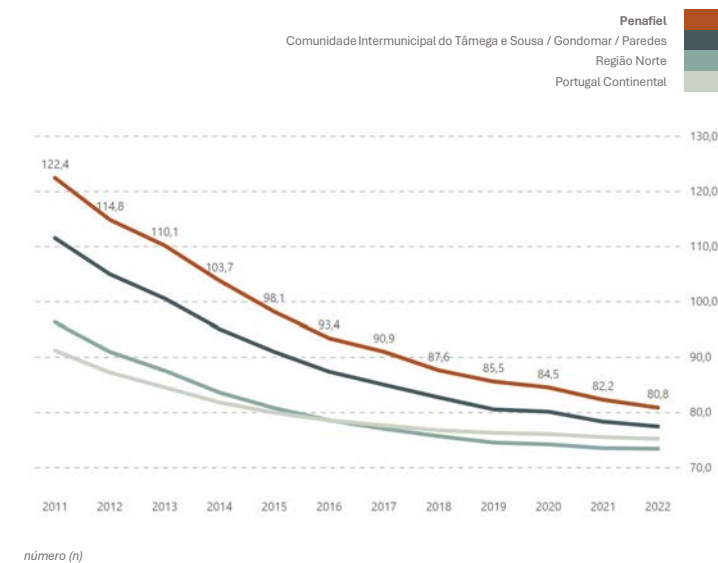
Figura 2.13



[A] – Índice de Longevidade



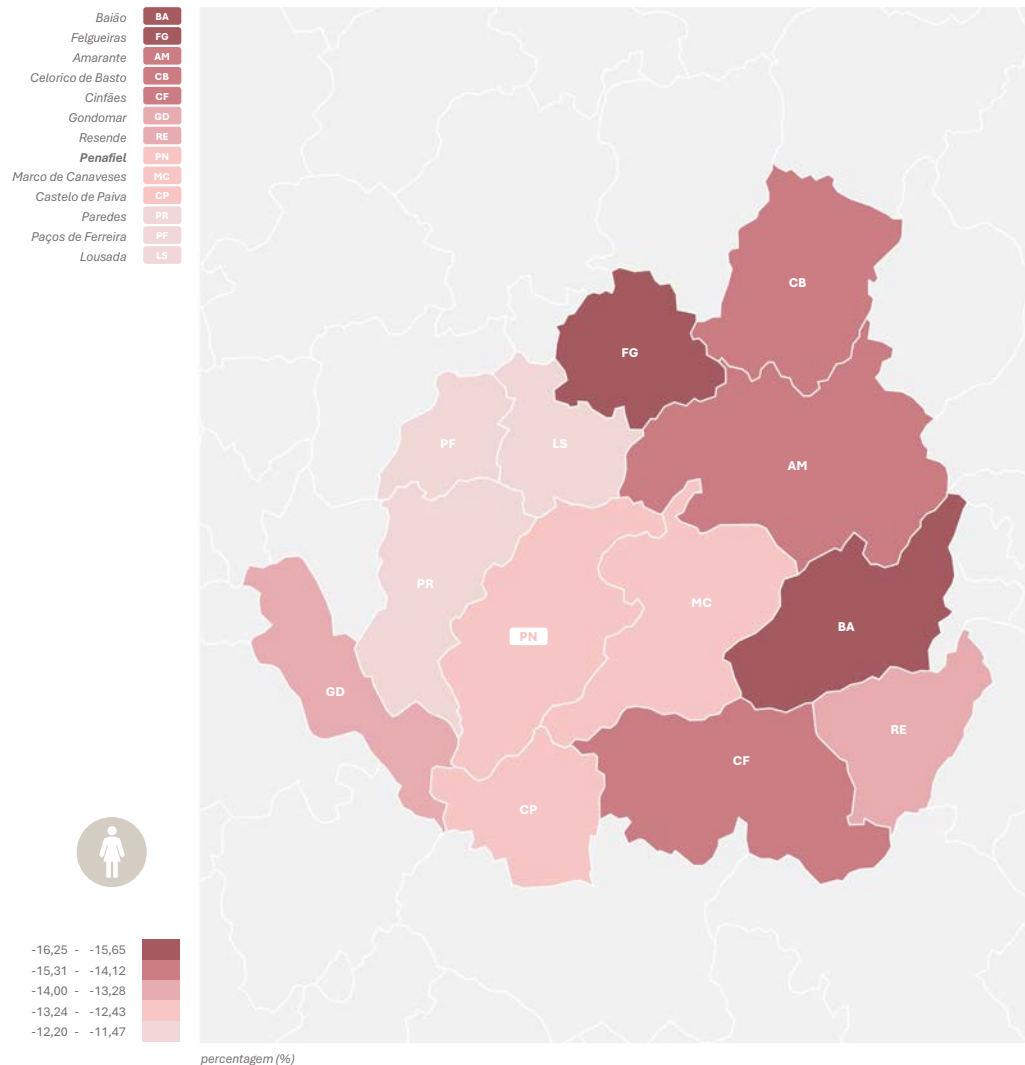
[A] – Índice de Potencialidade



[A] – Índice de Renovação

Índice de longevidade [A], índice de potencialidade [B] e índice de renovação de gerações [C] no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, na Região Norte e em Portugal Continental, ambos os sexos, 2011-2022

Figura 2.14



Variação da proporção de mulheres em idade fértil na população nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, 2011-2021

Figura 2.15

2.2 Natalidade

A natalidade é um dos principais indicadores demográficos, referindo-se ao número de nascimentos numa população ao longo de um período. É importante para entender a dinâmica populacional, pois influencia diretamente o crescimento e a estrutura etária de uma população. A natalidade afeta a proporção de jovens em relação à população ativa e idosa, sendo um indicador determinante para a renovação das gerações e para a sustentabilidade demográfica. A análise da natalidade permite identificar tendências de crescimento ou declínio populacional. Ao analisar a natalidade pode-se avaliar o potencial de crescimento de uma população e planear medidas para garantir a sua sustentabilidade a longo prazo.

2.2.1 Mulheres em idade fértil

A proporção de mulheres em idade fértil refere-se à população feminina dos 15 aos 49 anos, no total da população residente feminina, avaliando o potencial reprodutivo de uma população. Uma proporção elevada de mulheres em idade fértil indica-nos um potencial para crescimento demográfico.

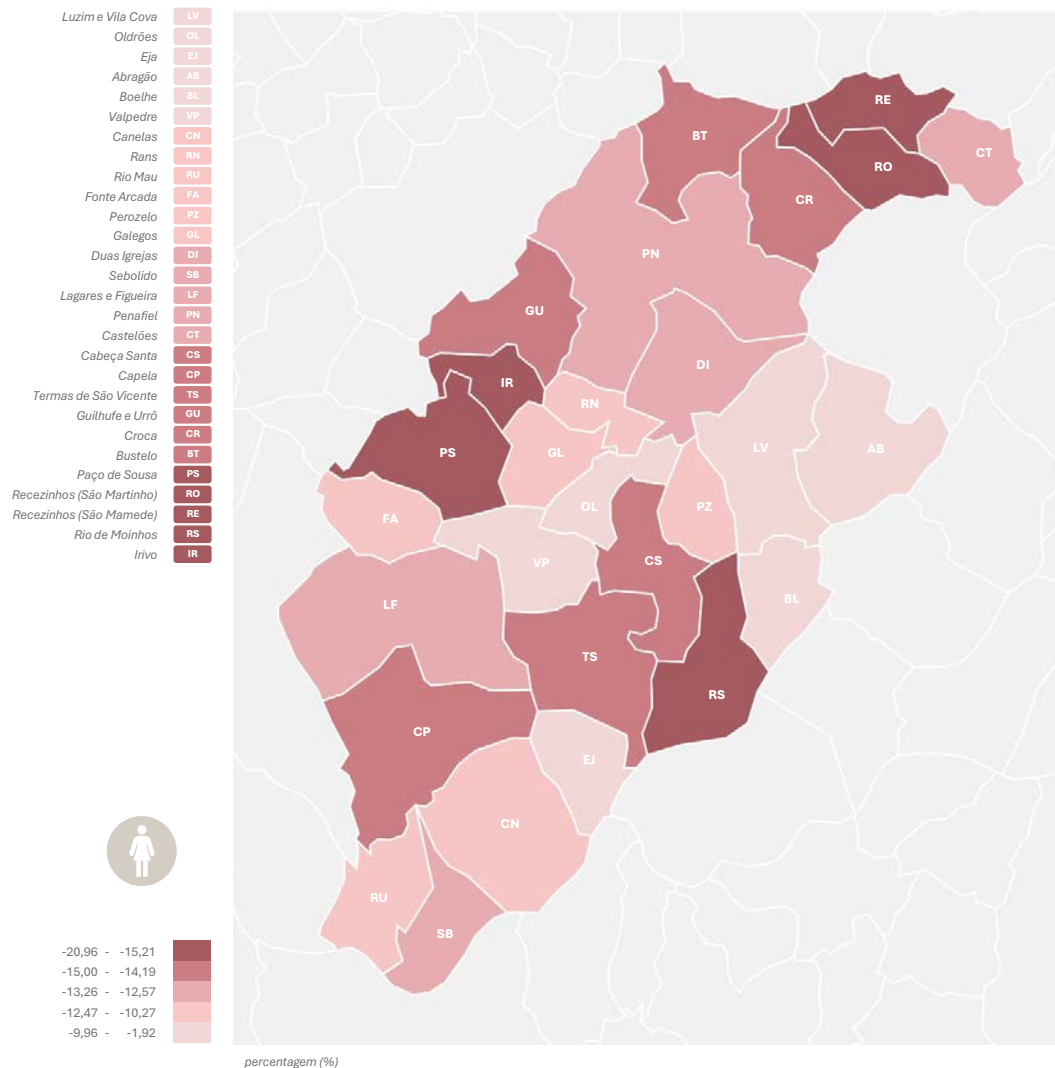
Na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, a proporção de mulheres em idade

fértil reduziu em todos os municípios, com destaque nos municípios de Baião (-16,2%) e Felgueiras (-15,7%). Os municípios que variaram menos entre 2011 e 2021, foram: Lousada (-11,5%), Paços de Ferreira (-11,9%) e Paredes (-12,2%). Penafiel teve uma variação de -13,2% (Figura 2.15).

Os municípios com maior proporção de mulheres fértil em 2021 foram: Lousada (47,1% das mulheres estão em idade fértil), Paredes (46,0%), Paços de Ferreira (45,6%), Penafiel (44,4%) e Marco de Canaveses (44,1%).

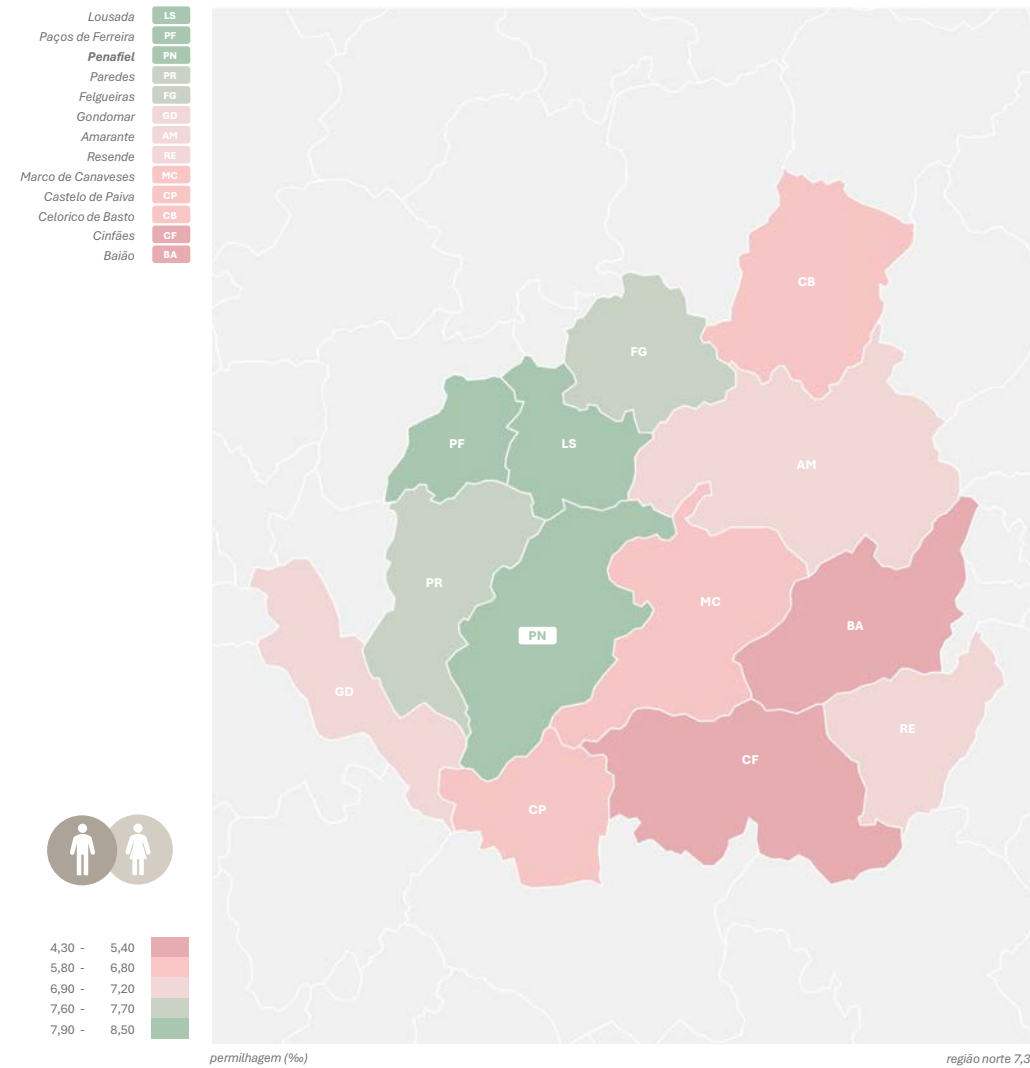
A proporção de mulheres em idade fértil, de 2011 para 2021, reduziu em todas as freguesias, com máximos em Irivo (-21,0%), Rio de Moinhos (-16,2%), Rezezinhos (São Mamede) (-15,6%), Rezezinhos (São Martinho) (-15,6%), e Paço de Sousa (-15,2%), e com mínimos em Luzim e Vila Cova (-1,9%), Oldrões (-4,2%), Eja (-9,0%), Abragão (-9,1%), e Boelhe (-9,7%) (Figura 2.16).

Em 2021, as freguesias com maior proporção de mulheres em idade fértil foram: Rans (49,2%), Oldrões (48,7%), Valpedre (48,7%), Luzim e Vila Cova (48,3%), Duas Igrejas (47,5%), e as freguesias com piores valores foram: Eja (41,3%), Rio Mau (41,8%), Irivo (42,7%), Paço de Sousa (42,7%), e Rezezinhos (São Martinho) (42,8%).



Variação da proporção de mulheres em idade fértil na população residente no município de Penafiel, por freguesia, 2011-2021

Figura 2.16



Taxa bruta de natalidade da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2022

Figura 2.17

Instituto Nacional de Estatística, 2023

2.2.2 Taxa bruta de natalidade

A taxa bruta de natalidade reflete o número de nascimentos por cada 1.000 habitantes, sendo um importante indicador para avaliar o crescimento populacional de uma região.

A taxa bruta de natalidade da população residente em Penafiel diminuiu progressivamente entre 2011 e 2022, invertendo a tendência entre 2014 e 2016. A mesma tendência se observa em Portugal Continental, Região Norte e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes.

Estima-se que, no ano de 2022, a taxa bruta de natalidade em Penafiel foi de 7,9 nascimentos por cada 1.000 habitantes. A Figura 2.17 apresenta as diferenças relativas verificadas entre os diferentes municípios da área da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa ao nível da taxa bruta de natalidade.

Comparando os municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, os municípios com melhores valores incluem: Lousada (8,5/1.000), Paços de Ferreira (8,0/1.000) e Penafiel (7,9/1.000). Os municípios com as piores taxas de natalidade foram Baião (4,3/1.000) e Cinfães (5,4/1.000).

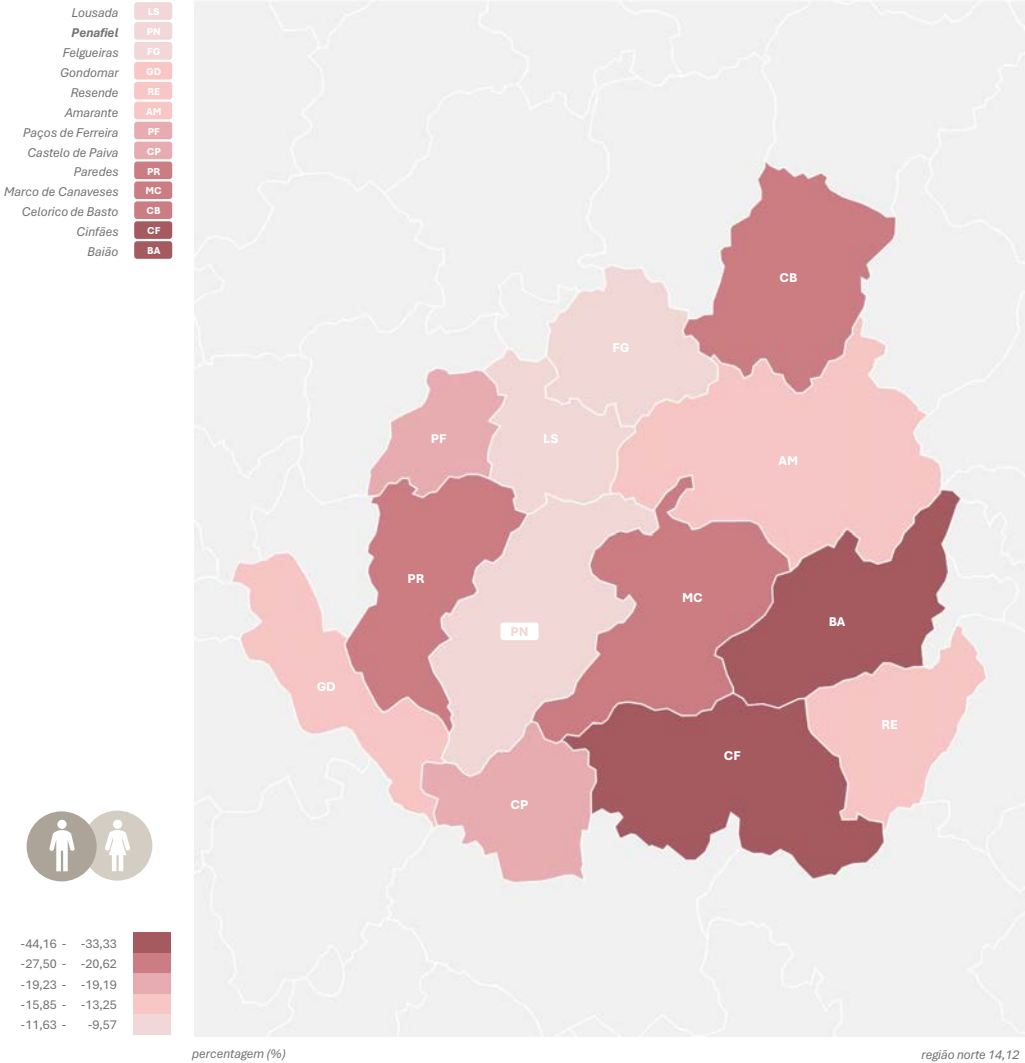
Relativamente à variação da taxa de natalidade,

entre 2011 e 2022, diminuiu em todos os municípios. Os municípios com uma menor redução foram Lousada (-9,6%), Penafiel (-11,2%) e Felgueiras (-11,6%), e os que diminuíram mais foram Baião (-44,2%) e Cinfães (-33,3%), que foram os municípios com as taxas mais baixas (Figura 2.18). Penafiel diminuiu de 8,9/1.000 em 2011 para 7,9/1.000 em 2022, valor inferior ao registado em Portugal Continental (8,0/1.000) e superior ao registado na Região Norte (7,3/1.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa (7,2/1.000) (Figura 2.19).

2.2.3 Índice Sintético de Fecundidade

O índice sintético de fecundidade (ISF) mede o número médio de nascimentos por mulher em idade fértil dos 15 aos 49 anos, sendo fundamental para avaliar o potencial reprodutivo e a capacidade de renovação das gerações numa população.

A evolução do índice sintético de fecundidade (ISF) na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa foi decrescente até 2013, invertendo em 2014, voltando a diminuir em 2020, e novamente aumentando em 2021. Em 2022, o ISF da população residente na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa foi de 1,24 nascimentos por mulher em idade fértil, valor inferior ao registado em Portugal Continental (1,44) e Região Norte (1,28) (Figura 2.20).



Variação da taxa bruta de natalidade da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022

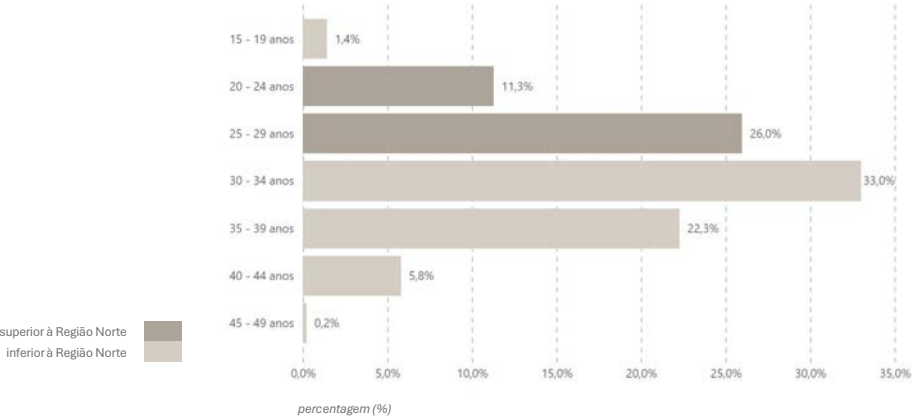
Figura 2.18

2.2.4 Nados-vivos de mães residentes

Em 2011 e 2022 observou-se uma diminuição gradual do número de nascimentos em Penafiel, e também nos outros níveis de comparação, em Portugal Continental, Região Norte e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes. Em Penafiel, 2014 foi o ano que teve o menor número de nados-vivos, entre 2011 e 2022, com 642 nascimentos em 2011 e 547 nascimentos em 2022. Entre 2011 e 2022, houve mais nascimentos do género masculino do que do género feminino, em todos os níveis de

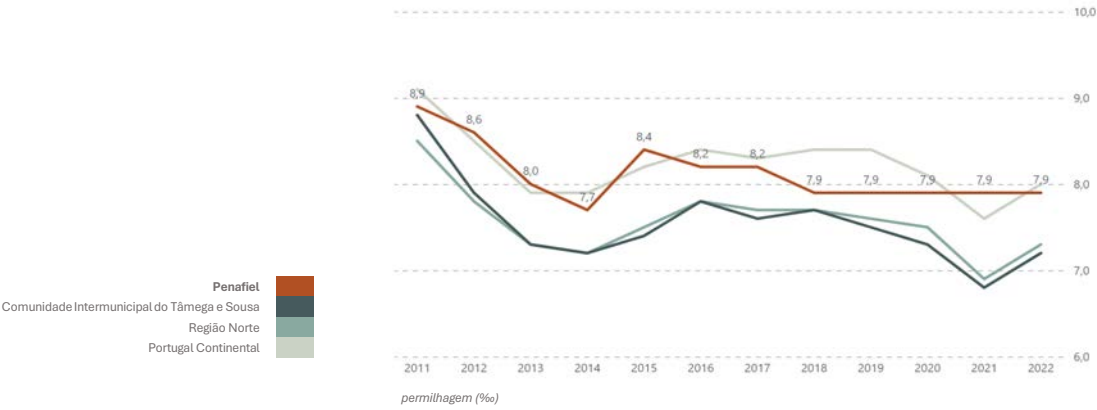
comparação. Entre os anos 2011 e 2022, o número de nascimentos, em Penafiel, diminuiu 14,8%, valor superior ao registado em Portugal Continental (-14,2%) e inferior na Região Norte (-16,9%) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (-20,7%).

No quinquénio de 2018-2022, em Penafiel, as mulheres do grupo etário dos 30 aos 34 anos são as que tem mais nascimentos. Observou-se que os nascimentos de mulheres entre os 20 e 24 anos e 25 a 29 anos são superiores aos registados na Região Norte (Figura 2.21).



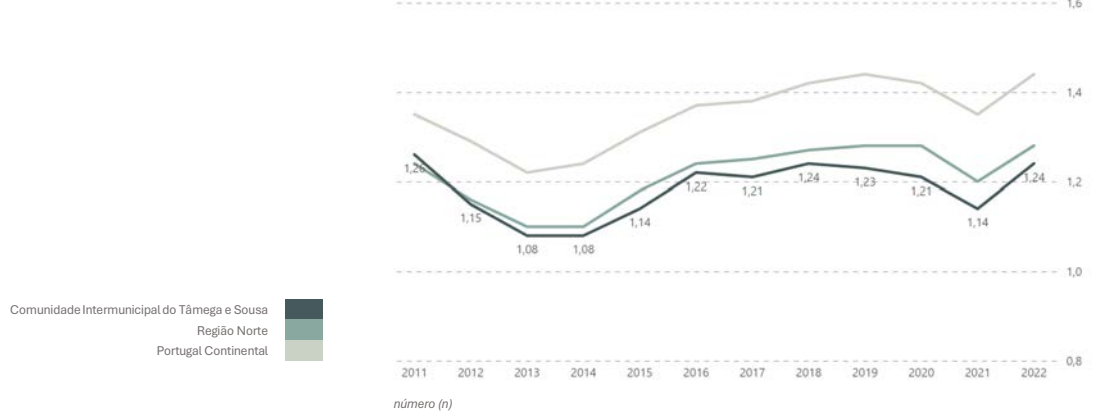
Proporção quinquenal de nados-vivos de mães residentes no município de Penafiel, por idade da mãe no momento do nascimento, 2018-2022

Figura 2.21



Evolução da taxa bruta de natalidade da população residente no município de Penafiel, ambos os sexos, 2011-2022

Figura 2.19



Evolução do índice sintético de fecundidade da população residente na Comunidade Intermunicipal Tâmega e Sousa (NUTS III), 2011-2022

Figura 2.20

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

2.2.5 Nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos

Nascimentos em mulheres em idade de risco, com idade inferior a 20 anos, está associado a comportamentos de risco, frequentemente em contextos socioeconómicos e familiares desfavorecidos, como um baixo nível de educação e rendimento. É um risco social e de saúde para a adolescente, como também para a criança, associado a nascimentos de nados-vivos com baixo peso à nascença (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).

Em Penafiel tem-se observado uma diminuição gradual de nascimentos, em mães adolescentes, entre 2011 e 2022, e em todos os níveis de comparação. A partir do gráfico 2.22, podemos observar que existe uma maior proporção de nascimentos em mães adolescentes em áreas rurais. No entanto, a partir do quinquénio de 2015-2019, tem aumentado o número de nascimentos em mães adolescentes em áreas urbanas. (Para o quinquénio 2018-2022, não ocorreram nascimentos em mães adolescentes nas áreas rurais).

Na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes, os municípios com maior proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos foram Castelo de Paiva (0,9%) e Marco de Canaveses (1,1%) e os com piores valores

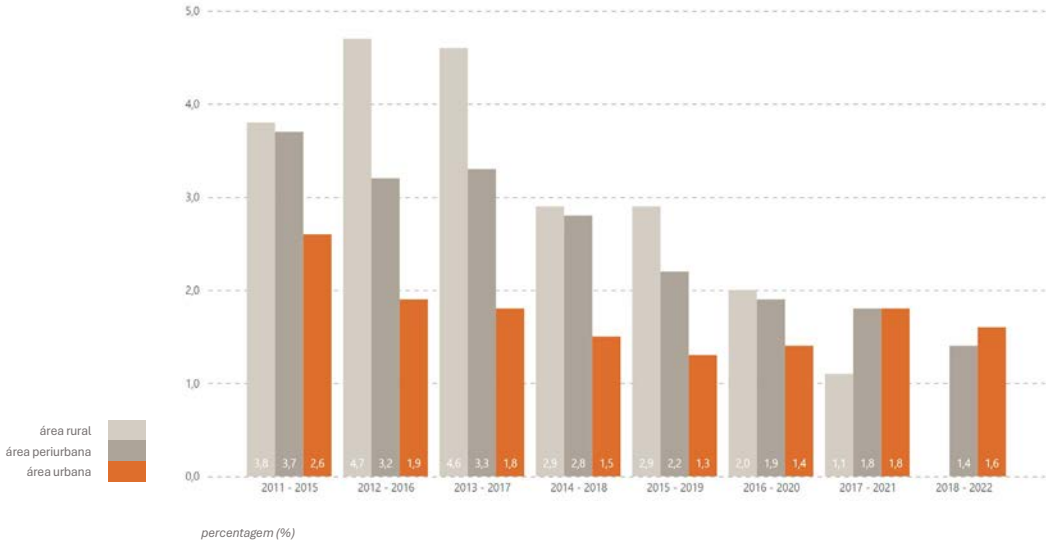
foram Cinfães (3,4%), Resende (3,4%) e Paços de Ferreira (2,2%). Penafiel tem uma proporção de 1,5 nascimentos em mulheres adolescentes no total de nascimentos (Figura 2.23). A evolução da proporção de nascimentos em mulheres com menos de 20 anos em Penafiel tem decrescido desde o triénio 2011-2013 (3,4%) a 2020-2022 (1,3%), valor inferior ao registado em Portugal Continental (1,9%), Região Norte (1,4%) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (1,5%) (Figura 2.25).

2.2.6 Nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos

Nascimentos em mulheres em idade de risco, com idade a 35 e mais anos, está associado a comportamentos de risco. Gravidez em mulheres com mais de 35 anos é considerado de risco, pois existe uma maior probabilidade de aborto espontâneo, mortalidade perinatal, baixo peso à nascença, pré-termo e problemas de saúde na mulher e criança (van Katwijk & Peeters, 1998). A proporção de nascimentos em mulheres com 35 e mais anos, tem aumentado desde 2011 a 2022, e o mesmo se verifica para Portugal Continental, Região Norte e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e Paredes.

Na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes, para o quinquénio de 2018-2022, os municípios com a menor proporção de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos foram Resende (21,1%) e Cinfães (23,5%) e os com os piores valores foram Gondomar (32,0%), Celorico de Basto (31,9%) e Amarante (30,2%). Penafiel teve uma proporção de 28,3 nascimentos em mulheres com 35 e mais anos, no total de nascimentos (Figura 2.24).

A evolução de nascimentos de mães com idade igual ou superior a 35 anos no município de Penafiel tem aumentando, em todos os níveis de desagregação geográfica. Entre 2011 e 2022, Penafiel aumentou de 17,6% no triénio de 2011-2013 para 28,6% em 2020-2022, valor inferior ao registado em Portugal Continental (33,6%), Região Norte (33,7%) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (28,9%) (Figura 2.26).



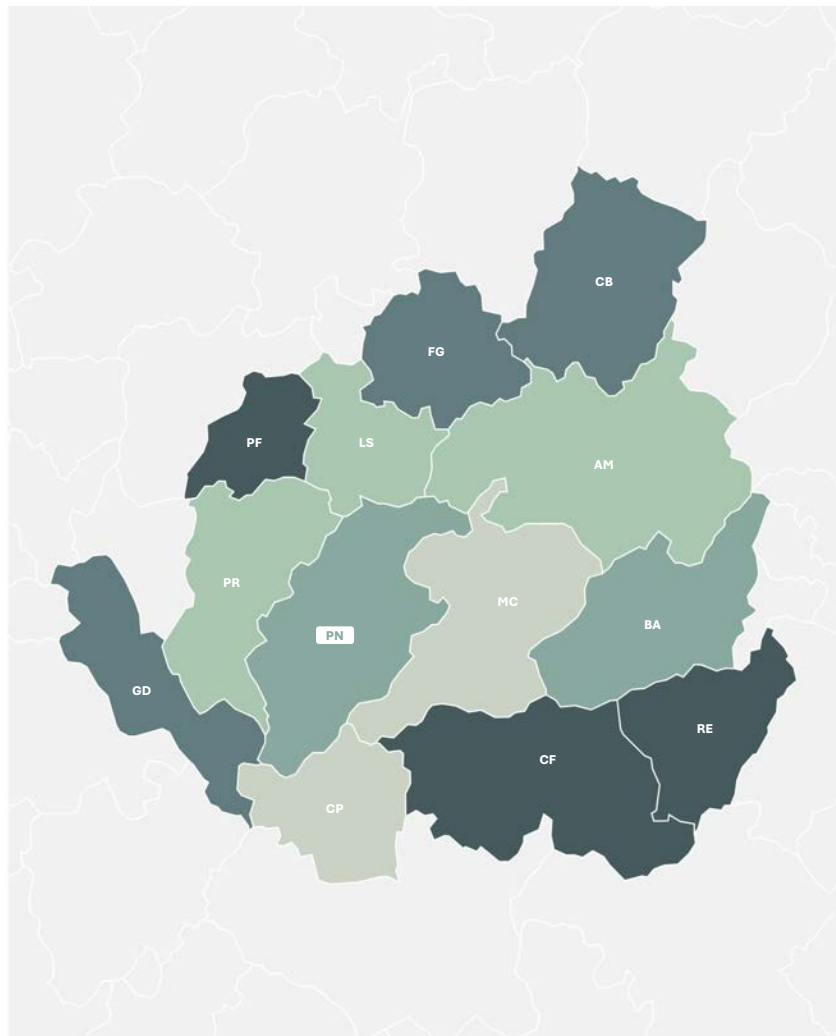
Proporção quinquenal de nascimentos de mães adolescentes residentes no município de Penafiel, por tipologia de áreas urbanas, 2011-2022

Figura 2.22

Castelo de Paiva CP
 Marco de Canaveses MC
 Lousada LS
 Amarante AM
 Paredes PR
 Baião BA
 Penafiel PN
 Felgueiras FG
 Gondomar GD
 Celorico de Basto CB
 Paços de Ferreira PF
 Resende RE
 Cinfães CF



0,86 - 1,11
 1,33 - 1,37
 1,39 - 1,46
 1,51 - 1,87
 2,18 - 3,41



percentagem (%)

região norte 1,57

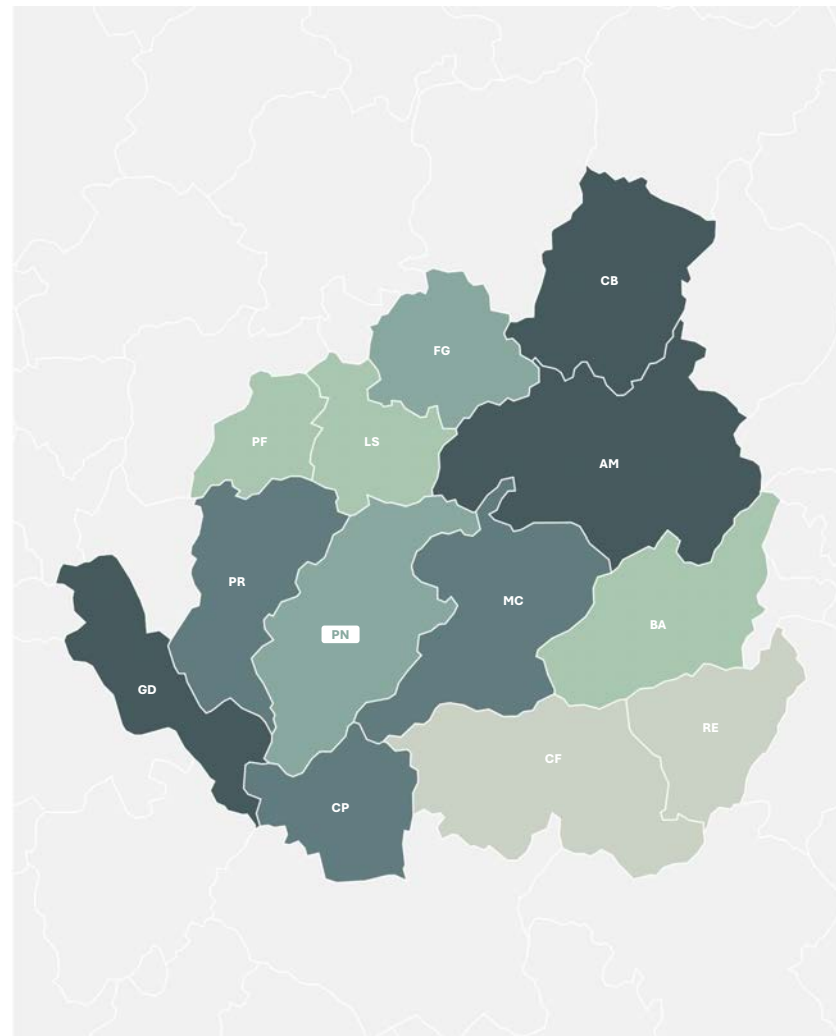
Proporção quinquenal de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos na população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, 2018-2022

Figura 2.23

Resende RE
 Cinfães CF
 Baião BA
 Paços de Ferreira PF
 Lousada LS
 Felgueiras FG
 Penafiel PN
 Paredes PR
 Marco de Canaveses MC
 Castelo de Paiva CP
 Amarante AM
 Celorico de Basto CB
 Gondomar GD



21,14 - 23,51
 24,10 - 25,72
 25,74 - 28,32
 28,61 - 29,89
 30,22 - 32,03



percentagem (%)

região norte 33,53

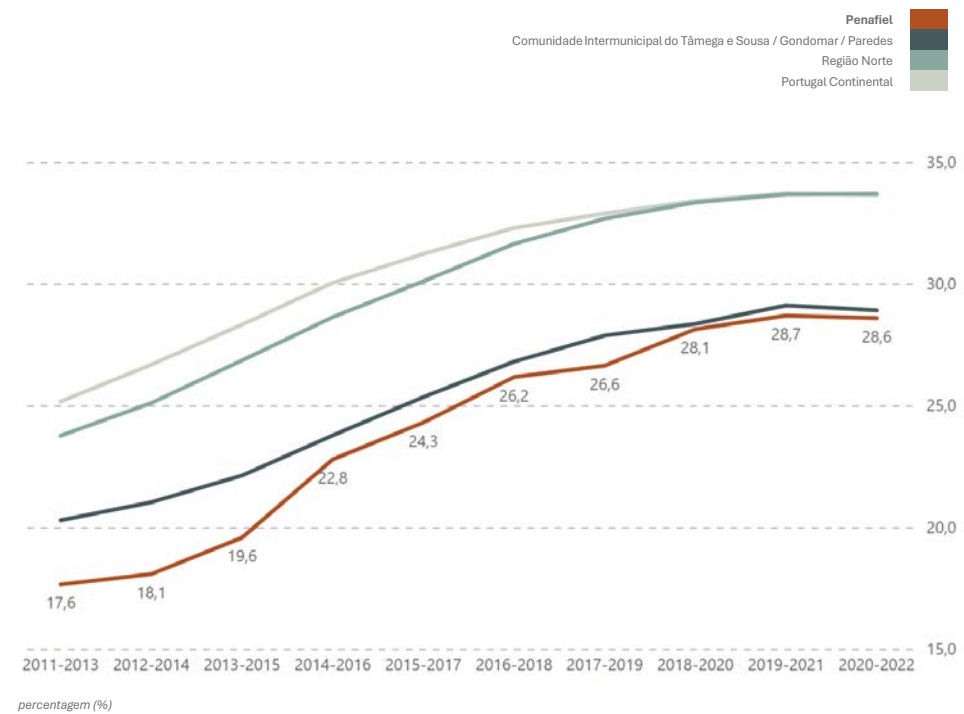
Proporção quinquenal de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos na população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, 2018-2022

Figura 2.24



Evolução da proporção quinquenal de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos na população residente no município de Penafiel, 2011-2022

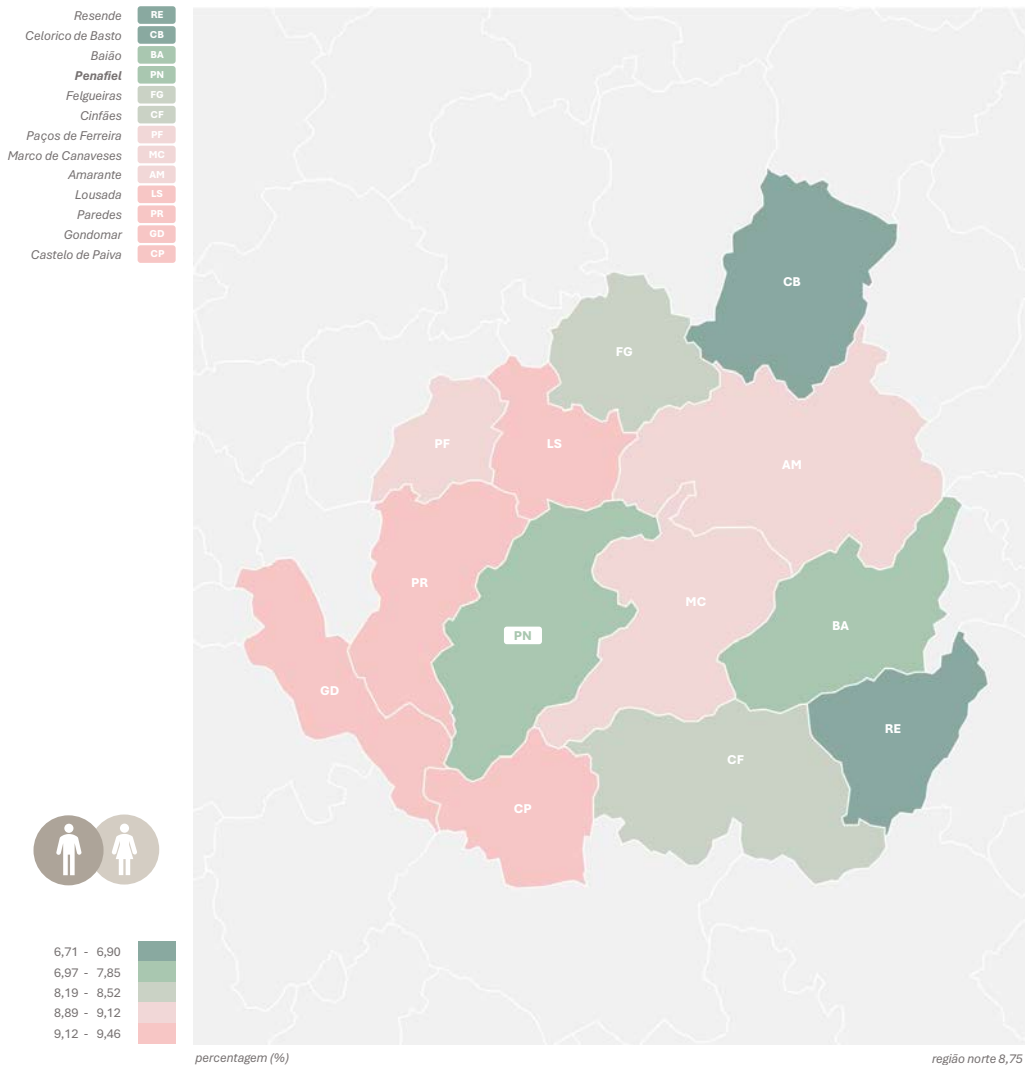
Figura 2.25



Evolução da proporção quinquenal de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos na população residente no município de Penafiel, 2011-2022

Figura 2.26

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Proporção quinquenal de nados-vivos com baixo peso à nascença na população residente na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2018-2022

Figura 2.27

Instituto Nacional de Estatística, 2023

2.2.7 Nados-vivos com baixo peso à nascença

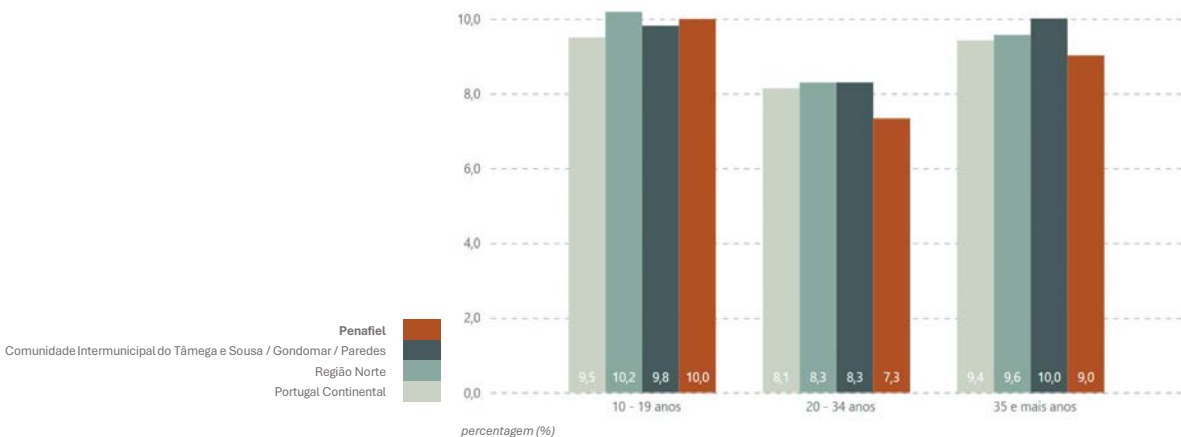
Baixo peso à nascença, ou seja, com menos de 2.500g, segundo a Organização Mundial da Saúde, é uma preocupação global de saúde pública, está associado a taxas de mortalidade e de morbilidade infantis elevadas, pois apresentam um maior risco de desenvolver problemas de saúde, como doenças crónicas, como a hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes. Em 2020, havia uma prevalência de 8,9% de nados vivos com baixo peso, em Portugal, valor superior em comparação com a média dos países da Europa (7,6%) (World Health Organization).

Na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes, no quinquénio de 2018-2022, os municípios com uma proporção mais elevada de nascimentos com baixo peso à nascença foram: Castelo de Paiva (9,5%), Gondomar (9,3%), Paredes (9,3%) e Lousada (9,1%). Os municípios com os melhores valores foram: Resende (6,7%), Celorico de Basto (6,9%), Baião (7,0%) e Penafiel (7,8%) (Figura 2.27).

A proporção de nascimentos com baixo peso à nascença, com menos de 2.500g, em Penafiel, entre 2013-2015 e 2016-2018, diminuiu, mas a partir desse triénio voltou a aumentar, atingindo

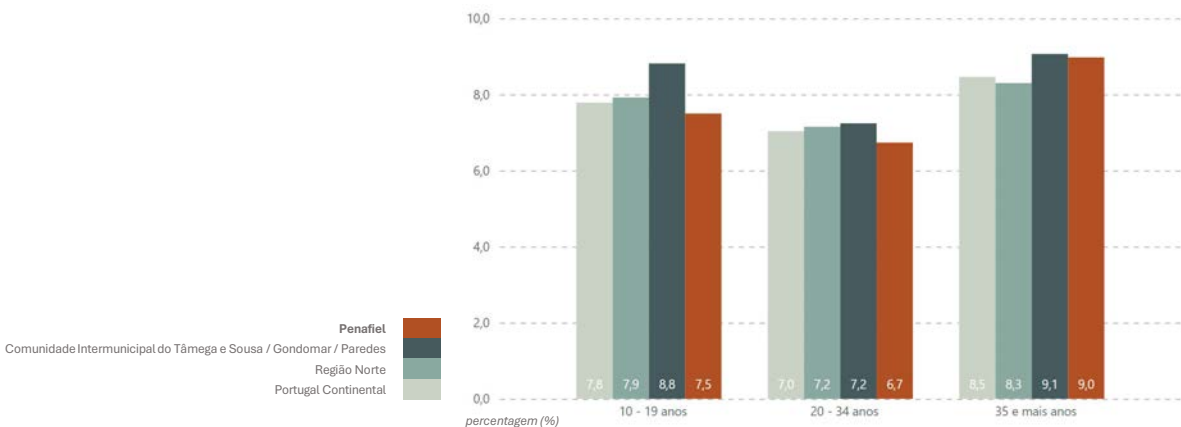
um máximo de 8,1% no triénio de 2020-2022, valor inferior ao registado em Portugal Continental (8,4%), Região Norte (8,6%) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e município de Paredes (8,8%). Nas unidades de comparação, os valores mantiveram-se relativamente constantes de 2011 a 2022 (Figura 2.29).

A proporção quinquenal de nados vivos com baixo peso à nascença, por grupo etário da mãe, indica-nos que os nascimentos de nados vivos com baixo peso à nascença acontecem mais frequentemente em mães adolescentes e mães com 35 e mais anos. Em Penafiel, no grupo etário dos 10 aos 19 anos, 10,0% dos nados vivos com baixo peso à nascença são de mães adolescentes e 9,0% de mães com 35 e mais anos. O mesmo se observa para as outras unidades de comparação, em Portugal Continental, 9,5% dos nados vivos foram de mães adolescentes e 9,4% de mães com 35 e mais anos. No grupo etário dos 10 aos 19 anos, a região Norte é o que tem uma proporção mais elevada de nascimentos com baixo peso de mães adolescentes, enquanto a Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo os municípios Gondomar e Paredes possui uma maior proporção de nados vivos com baixo peso à nascença de mães com 35 e mais anos de idade (Figura 2.28) .



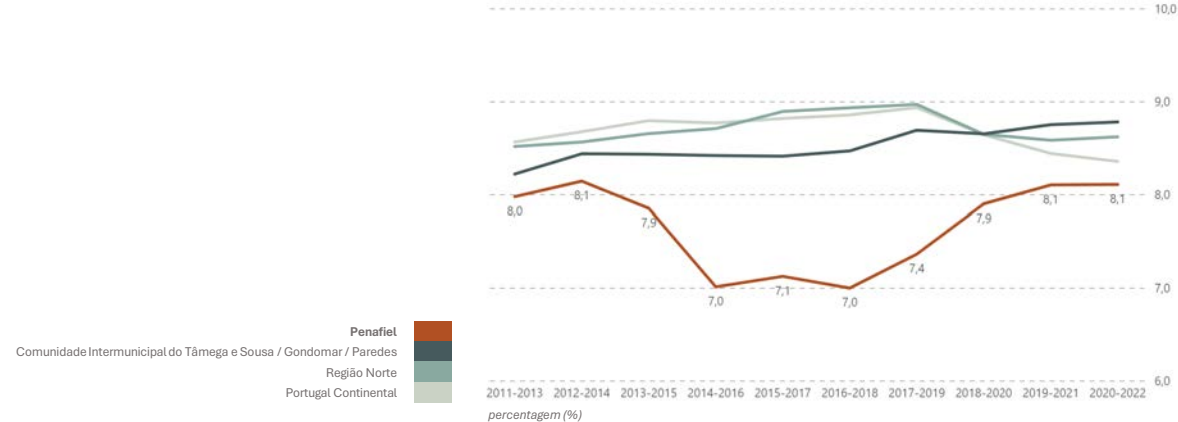
Proporção quinquenal de nados-vivos com baixo peso à nascença na população residente no município de Penafiel, por grupo etário da mãe, 2018-2022

Figura 2.28



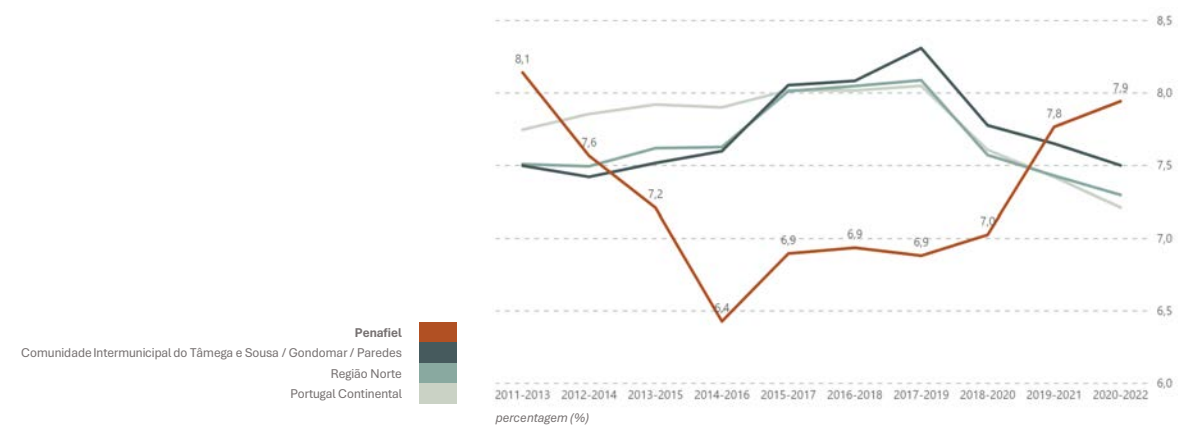
Proporção quinquenal de nascimentos pré-termo na população residente no município de Penafiel, por grupo etário da mãe, 2018-2022

Figura 2.30



Evolução da proporção de nados-vivos com baixo peso à nascença na população residente no município de Penafiel, 2016-2022

Figura 2.29



Evolução da proporção de nascimentos pré-termo na população residente no município de Penafiel, 2016-2022

Figura 2.31

2.2.8 Nados-vivos pré-termo

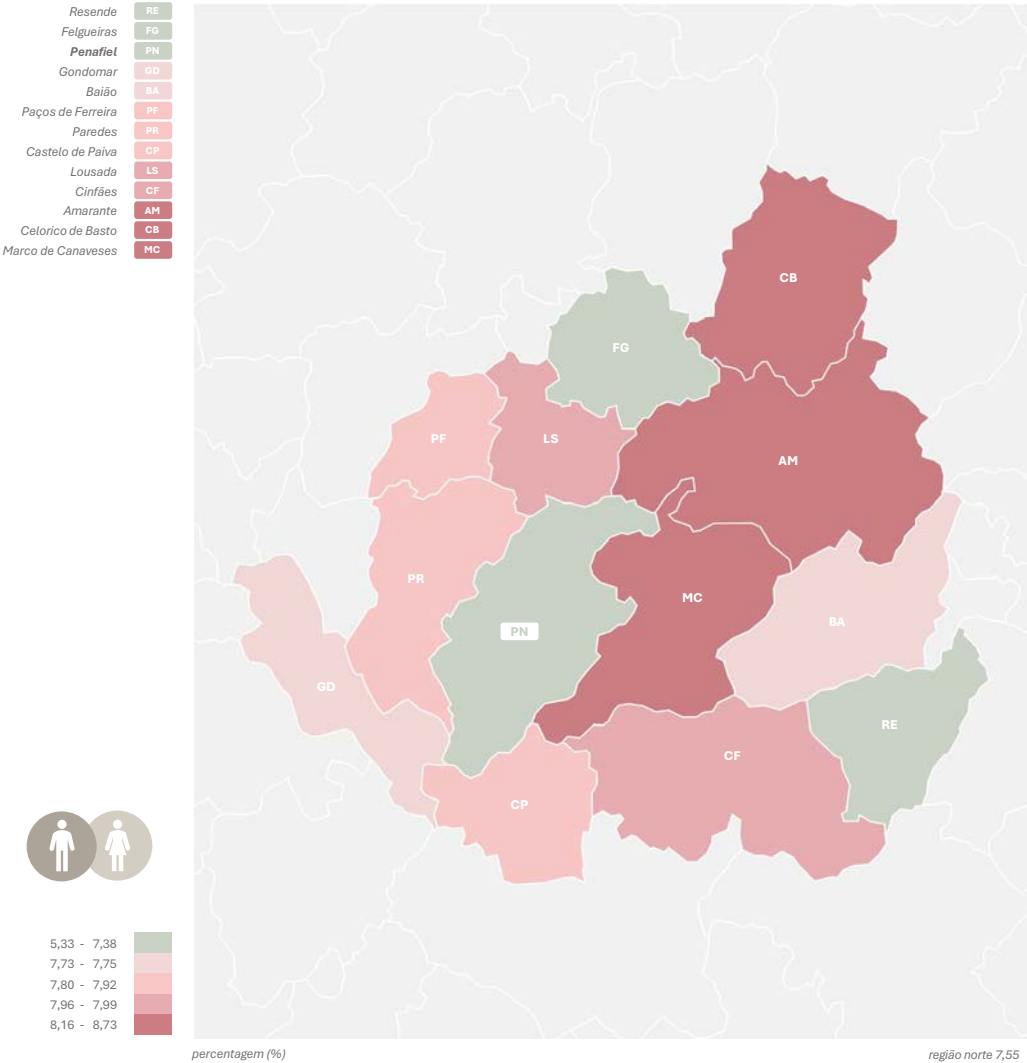
Na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar, e o município de Paredes, no quinquénio de 2018-2022, os municípios com uma proporção mais elevada de nascimentos pré-termo foram: Marco de Canaveses (8,7%), Celorico de Basto (8,4%) e Amarante (8,2%). Os municípios com melhores valores foram: Resende (5,3%), Felgueiras (7,3%) e Penafiel (7,4%) (Figura 2.32). A proporção de nascimentos pré-termo tem aumentado progressivamente a partir do triénio 2014-2016. No triénio de 2011-2013 atingiu o valor máximo, em que 8,1% de todos os nascimentos ocorreram antes do termo. No triénio de 2020-2022, 7,9% dos nascimentos foram pré-termo, valor superior ao registado em Portugal Continental (7,2%), Região Norte (7,3%) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (7,5%) (Figura 2.31).

A infografia 2.30 aponta para que a proporção quinquenal de nascimentos pré-termo seja mais frequente em mães com 35 e mais anos de idade, sendo que 9,0% dos nascimentos pré-termo são de mães com 35 e mais anos. O mesmo se observa para as unidades de comparação, com destaque para a Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluídos os municípios Gondomar e Paredes, com 9,1% dos nascimentos pré-termo serem de mães

com 35 e mais anos, valor superior a Penafiel (9,0%), Portugal Continental (8,5%) e Região Norte (8,3%), e com 8,8% dos nascimentos pré-termo serem de mães adolescentes, valor superior ao registado em Penafiel (7,5%), Portugal Continental (7,8%) e Região Norte (7,9%).

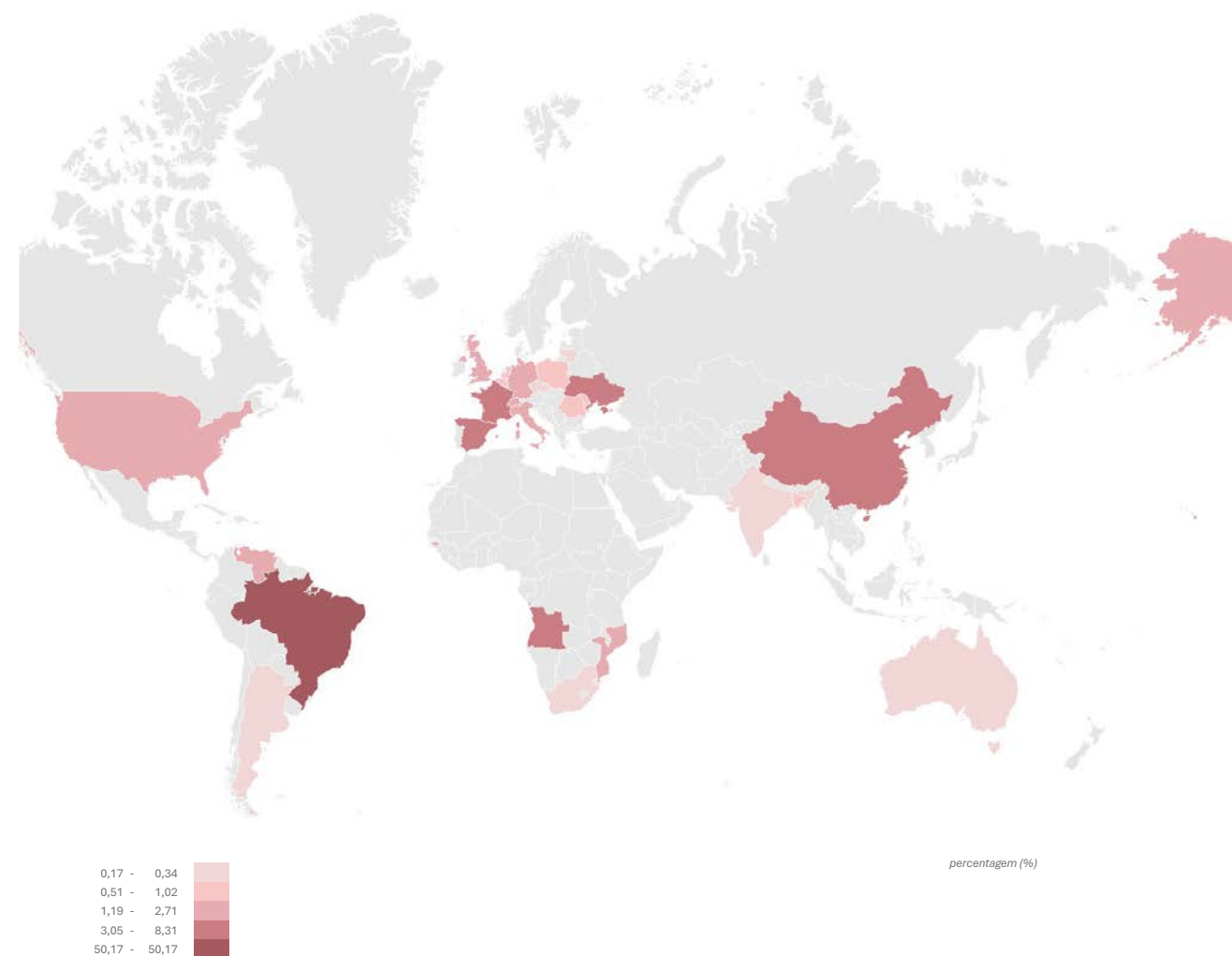
2.3 Esperança de vida

A esperança de vida à nascença corresponde ao número médio de anos de um indivíduo, à nascença, ou seja, o número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver desde o seu nascimento. Fornece uma visão geral do estado de saúde de uma população, isto é, quanto maior for a esperança de vida à nascença, mais se pode afirmar que seja uma população mais saudável. A esperança de vida tem aumentado ao longo do tempo, quer a nível de Portugal Continental, como também na Região Norte. Na população residente da Região Norte, a esperança de vida à nascença é ligeiramente superior ao de Portugal Continental, e Tâmega e Sousa, aumentando de 79,6 anos no triénio 2008-2010 para 81,5 anos no triénio 2020-2022 (Portugal Continental aumentou de 79,4 para 81,1, e Tâmega e Sousa de 78,9 para 80,8). A Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa tem a menor esperança de vida à nascença em comparação com Portugal Continental e Região Norte.



Proporção quinquenal de nascimentos pré-termo na população residente na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2018-2022

Figura 2.32



Principais países de origem da população residente no município de Penafiel de nacionalidade estrangeira, ambos os sexos, 2021

Figura 2.33

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

2.4 Imigração

A imigração tem um impacto profundo na composição demográfica e social das localidades portuguesas, e Penafiel não é exceção.

Em 2021, a presença de residentes estrangeiros no município de Penafiel reflete uma rica diversidade cultural, que apresenta desafios e oportunidades para as políticas locais, especialmente no que diz respeito à saúde e integração social. Compreender a origem e a distribuição da população estrangeira é fundamental para desenvolver estratégias eficazes que promovam a inclusão e o bem-estar de todos os cidadãos.

Na figura 2.33, entre os principais países de origem da população estrangeira residente em Penafiel, em 2021, destaca-se o Brasil, que representa uma parte significativa da comunidade estrangeira no município (50,2% da população imigrante era brasileira). A presença de brasileiros em Penafiel implica a necessidade de oferecer serviços de saúde e suporte em português, além de considerar as particularidades culturais deste grupo.

A Angola surge como outro país com uma importante presença em Penafiel (8,3%), exigindo atenção para as necessidades específicas da comunidade e para a promoção

da sua integração social. Além disso, a Ucrânia também contribui para a diversidade da população estrangeira em Penafiel (4,2%), sublinhando a importância de serviços adaptados às características desta comunidade

Imigrantes de origem europeia da população estrangeira, a Ucrânia destaca-se como o principal país de origem (17,2% do total da Europa). Esta presença significativa reflete padrões migratórios que têm implicações diretas na formulação de políticas de saúde e integração. Espanha também figura entre os principais países europeus de origem, com cidadãos espanhóis a residirem em Penafiel (15,9% do total da Europa), o que sugere a necessidade de serviços adequados e de suporte cultural.

Analisar a origem da população estrangeira é importante para adaptar as políticas de saúde às necessidades das diversas comunidades em Penafiel. A criação de estratégias de integração eficazes e a oferta de serviços de saúde adequados são essenciais para garantir a equidade e promover o bem-estar de todos os residentes. O conhecimento detalhado sobre a composição da população estrangeira ajuda a desenvolver abordagens mais inclusivas e a promover uma integração social harmoniosa no município.



03 PROBLEMAS DE SAÚDE

3.1 Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil (número de óbitos de crianças com menos de 1 ano, por cada 1.000 nados-vivos) tem vindo a diminuir ao longo dos anos, na Região Norte e Portugal Continental, entre os quinquénios 2001-2005 e 2018-2022 (4,7/1.000 nados vivos para 2,4/1.000 nados vivos, na região Norte, e 4,2/1.000 para 2,7/1.000 nados vivos, em Portugal Continental), atingindo o máximo de mortalidade infantil no quinquénio de 2001-2005 e um mínimo de 2,3/1.000 nados vivos no quinquénio de 2017-2021, observando a mesma tendência ao nível da população em Portugal Continental (Figura 3.3).

A taxa de mortalidade neonatal (número de óbitos de crianças com menos de 28 dias por cada 1.000 nados-vivos) e a taxa de mortalidade perinatal (número de óbitos fetais com 28 ou mais semanas de gestação, por cada 1.000 nados-vivos) na Região Norte, também têm a mesma tendência decrescente ao longo dos anos, com valores inferiores a Portugal Continental, a partir do quinquénio 2004-2008 relativamente à taxa de mortalidade neonatal, diminuindo de 3,0/1.000 no quinquénio 2001-2005 para 1,7/1.000 no quinquénio 2018-2022, e de 4,7/1.000 no quinquénio de 2001-2005 para 3,1/1.000 no quinquénio 2018-2022, relativamente à taxa de mortalidade perinatal, sendo sempre inferior aos valores registados

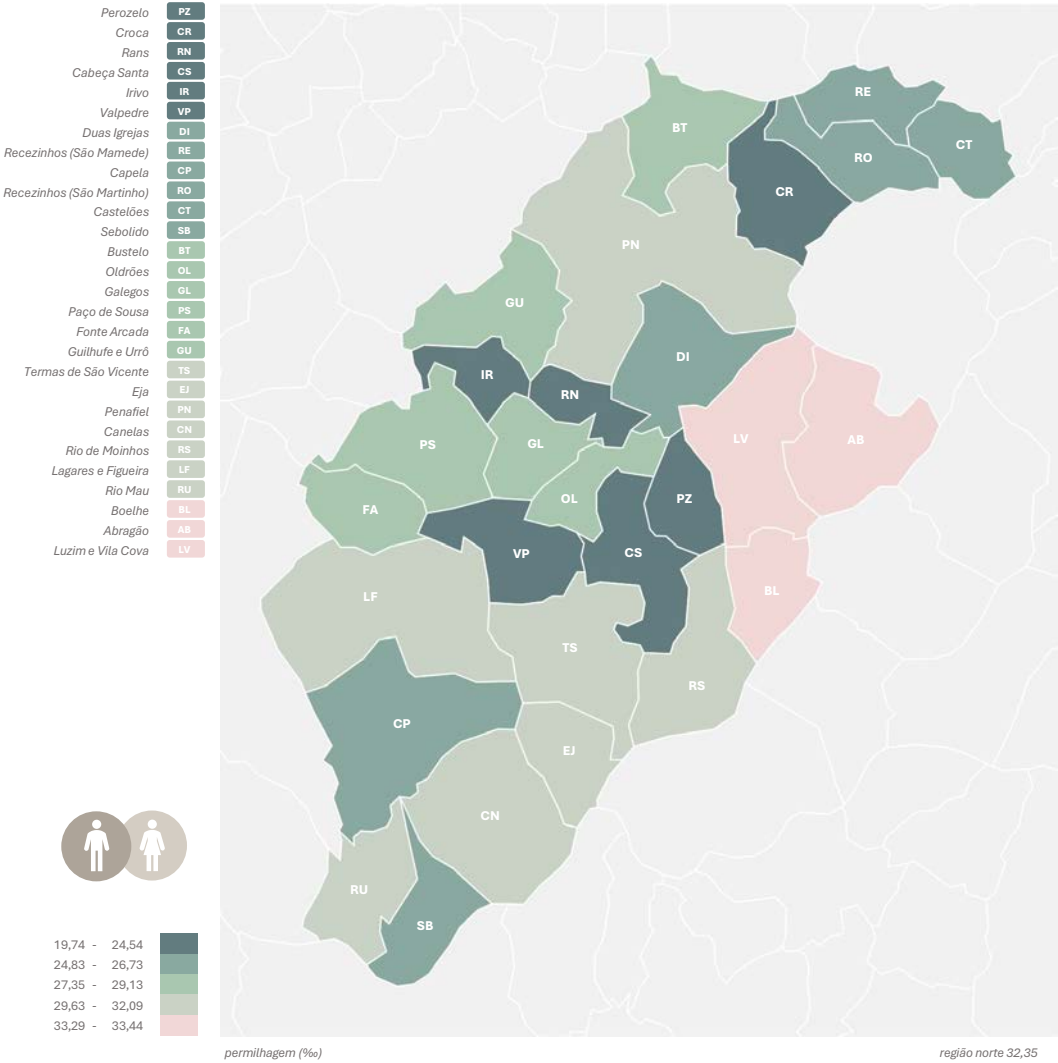
em Portugal Continental (Figura 3.2).

3.2 Mortalidade Geral

3.2.1 Taxa bruta de mortalidade

A taxa bruta de mortalidade da população residente no município de Penafiel, em 2022 foi 9,0 por cada 1.000 habitantes, valor inferior ao registado em Portugal Continental (11,9), Região Norte (10,7) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (9,6).

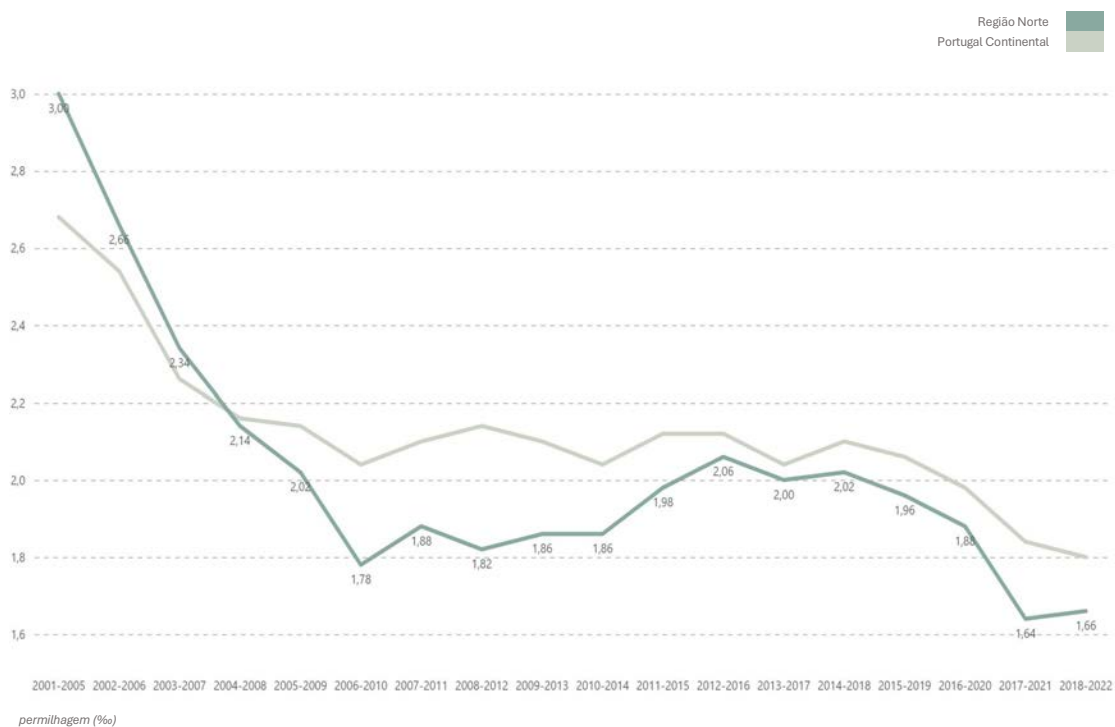
Nas freguesias de Penafiel, no triénio de 2020-2022, a taxa bruta de mortalidade foi superior em Luzim e Vila Cova (34,4), Abragão (33,3) e Boelhe (33,3). Os melhores valores foram nas freguesias de Perozelos (19,7), Croca (20,1), Rans (21,6), Cabeça Santa (21,7), Irivo (23,3) e Valpedre (24,5). A taxa bruta de mortalidade, por freguesias do município de Penafiel, no ano de 2021, foi superior nas freguesias de Rio Mau (12,7), Abragão (12,5), Eja (11,6), Bustelo (11,3), Oldrões (11,3), e Lagares e Figueira (11,2). As freguesias com as melhores taxas de mortalidade incluem as freguesias Capela (2,1), Irivo (5,2), Boelhe (5,9), Valpedre (6,0) e Castelões (6,6) (Figura 3.1).



Taxa bruta de mortalidade do município de Penafiel, por freguesia, 2020-2022

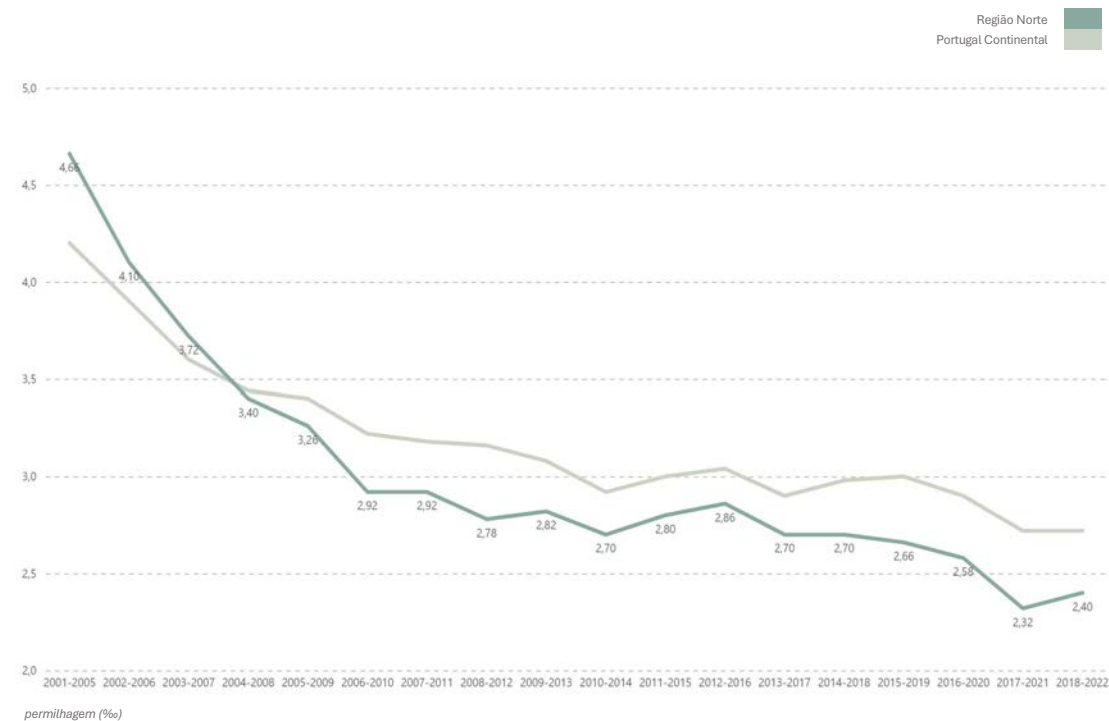
Figura 3.1

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Evolução da taxa de mortalidade neonatal, na Região Norte e Continente, 2001-2022

Figura 3.2



Evolução da taxa de mortalidade infantil, na Região Norte e Continente, 2001-2022

Figura 3.3

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

Na variação da taxa bruta de mortalidade, a maioria das freguesias aumentou de 2000-2002 a 2020-2022, com um máximo de 72,5 na freguesia de Luzim e Vila Cova, à exceção das freguesias Castelões (-18,9), Croca (-15,6), Recezinhos (São Martinho) (-10,9), Fonte Arcada (-6,5) e Perozelo (-3,7), que diminuiu.

A variação da taxa bruta de mortalidade, a maioria das freguesias aumentou de 2010-2012 a 2020-2022, com um máximo de 87,3 na freguesia de Lagares e Figueira, à exceção das freguesias Bustelo (-3,3), Eja (-2,4) e Guilhufe e Urrô (-2,1), que diminuíram (Figura 3.4).

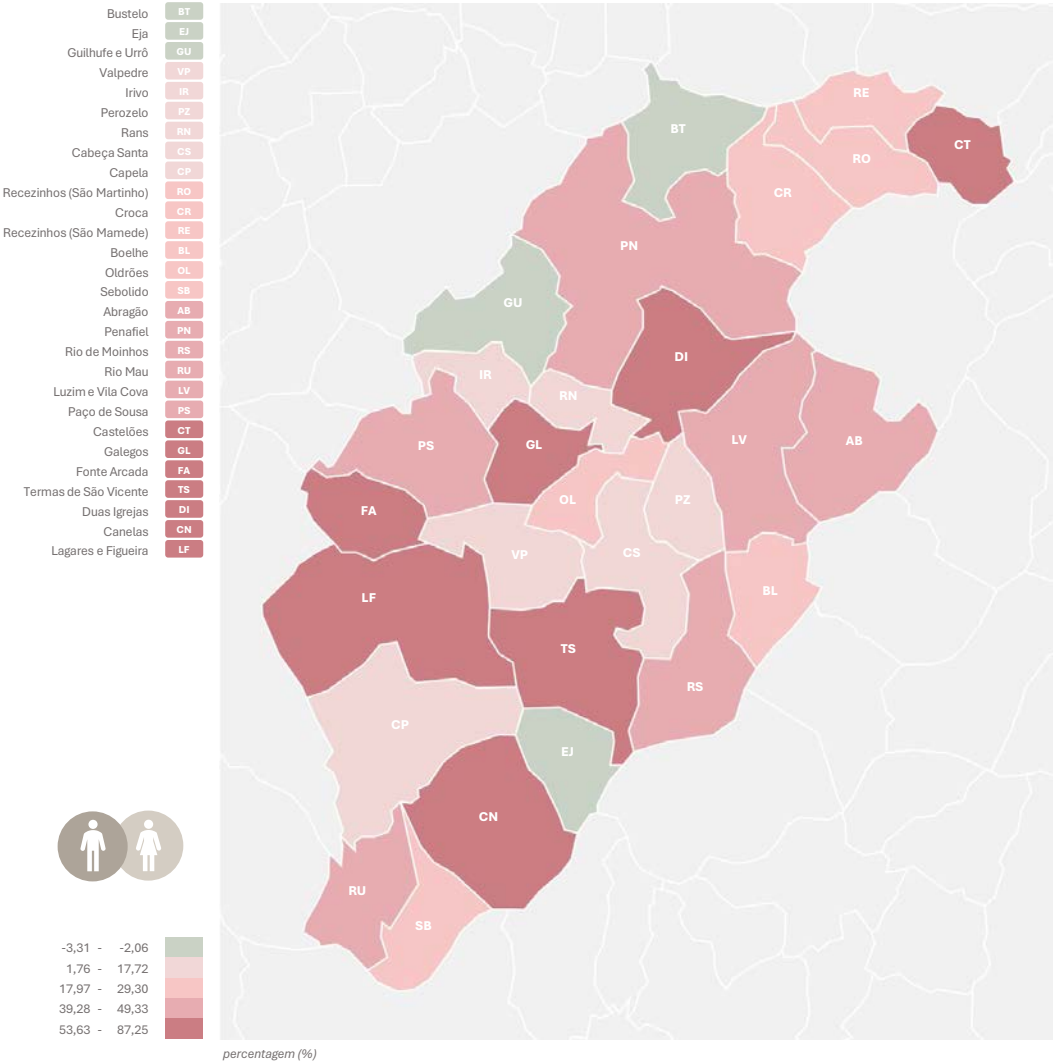
3.2.2 Taxa de mortalidade padronizada

A taxa de mortalidade padronizada é um indicador fundamental para comparar a mortalidade entre diferentes regiões e períodos, ajustando os dados para a estrutura etária das populações. Este índice permite uma avaliação mais precisa das taxas de mortalidade, independentemente das variações na distribuição etária, proporcionando uma visão mais clara da saúde pública de uma região. A análise da taxa de mortalidade padronizada por género revela variações adicionais, destacando as disparidades na mortalidade entre homens e mulheres dentro da mesma região.

A taxa de mortalidade padronizada em Penafiel, em ambos os sexos, no quinquénio de 2018-

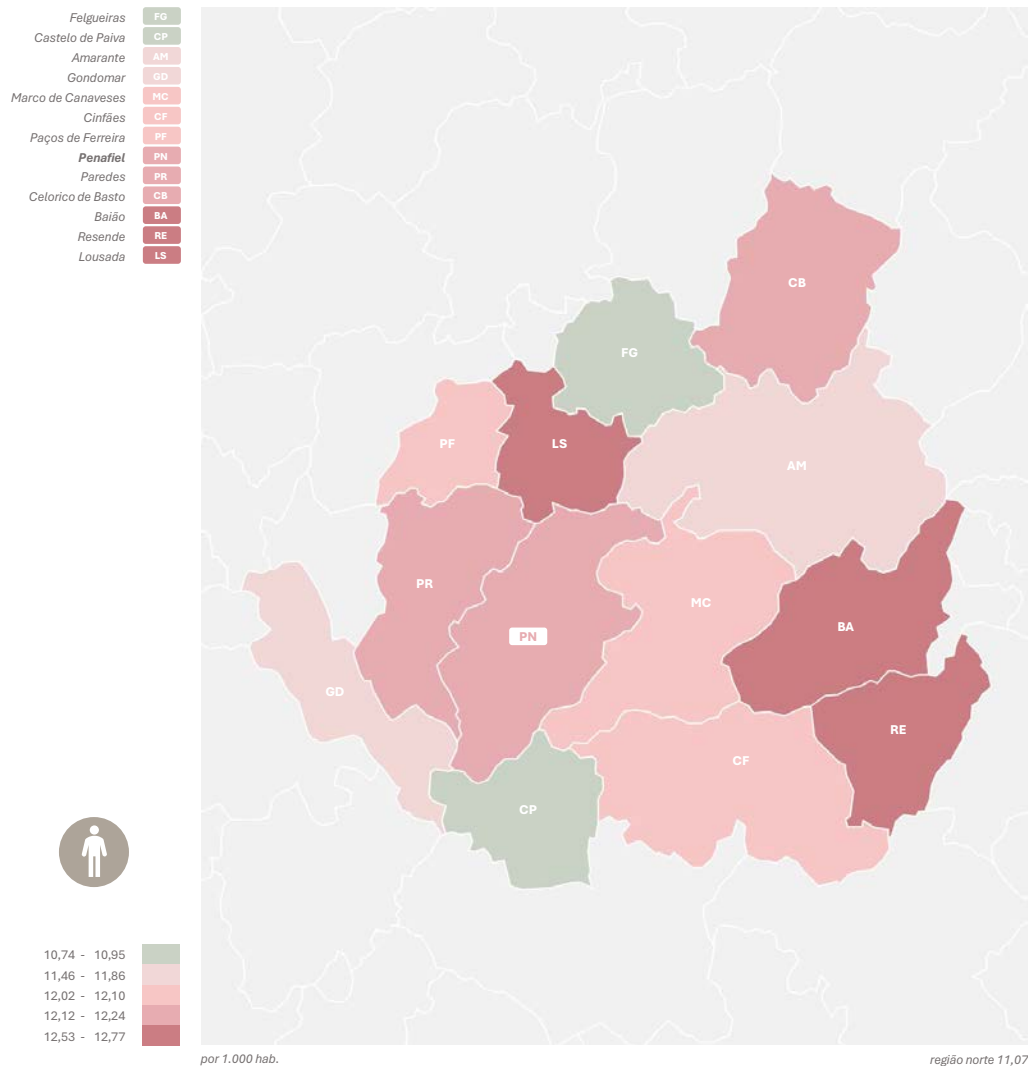
2022, foi de 9,7 mortes por 1.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (8,9/1.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo os municípios Gondomar e Paredes (9,6/1.000). Relativamente aos municípios da Comunidade de Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com uma maior mortalidade incluem Lousada (10,6/1.000), Resende (10,4/1.000) e Cinfães (9,9/1.000), e o município com menor mortalidade foi Felgueiras com uma taxa padronizada de 8,8 mortes por 1.000 habitantes (Figura 3.7).

Relativamente à taxa de mortalidade padronizada, no quinquénio de 2018-2022, no sexo masculino, e nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar, e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade incluíram Lousada (12,8/1.000), Resende (12,6/1.000) e Baião (12,5/1.000), e os municípios com menor mortalidade foram Felgueiras (10,7/1.000) e Castelo de Paiva (11,0/1.000). Penafiel apresentou uma taxa de mortalidade padronizada, no sexo masculino, para o quinquénio de 2018-2022 de 12,1 mortes por 1.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (11,1/1.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar, e município de Paredes (11,9/1.000) (Figura 3.5).



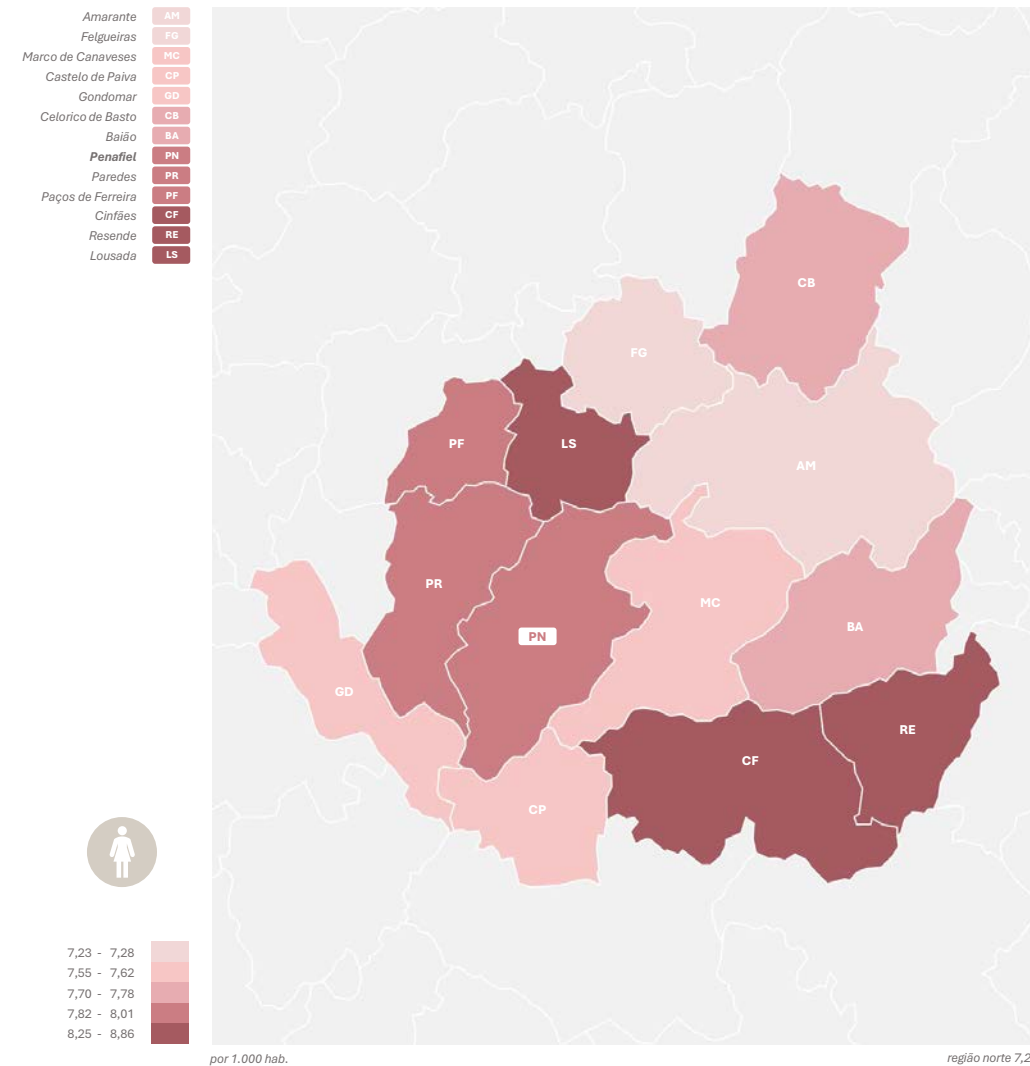
Variação da taxa bruta de mortalidade do município de Penafiel, por freguesia, entre os triénios 2010-2012 e 2020-2022

Figura 3.4



Taxa de mortalidade padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, no sexo masculino, 2018-2022

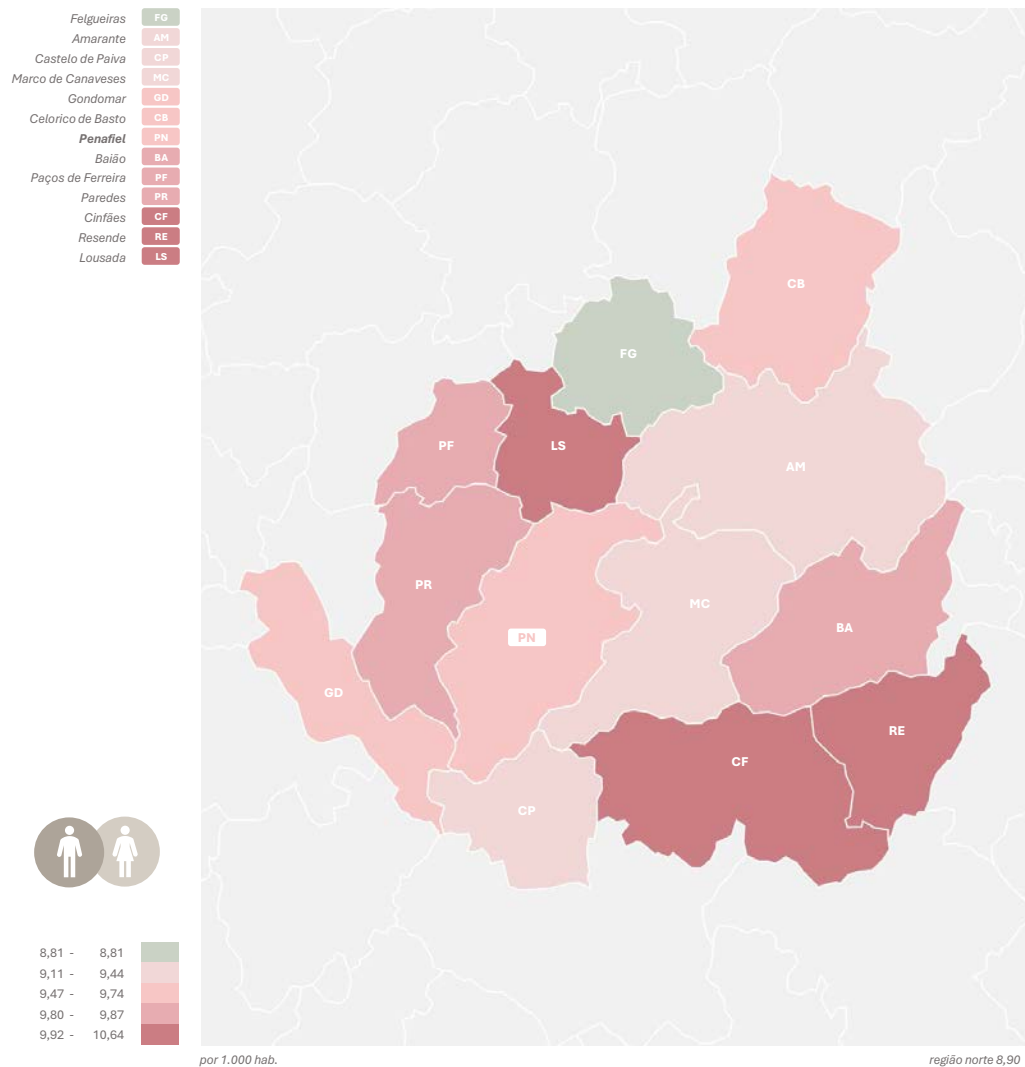
Figura 3.5



Taxa de mortalidade padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, no sexo feminino, 2018-2022

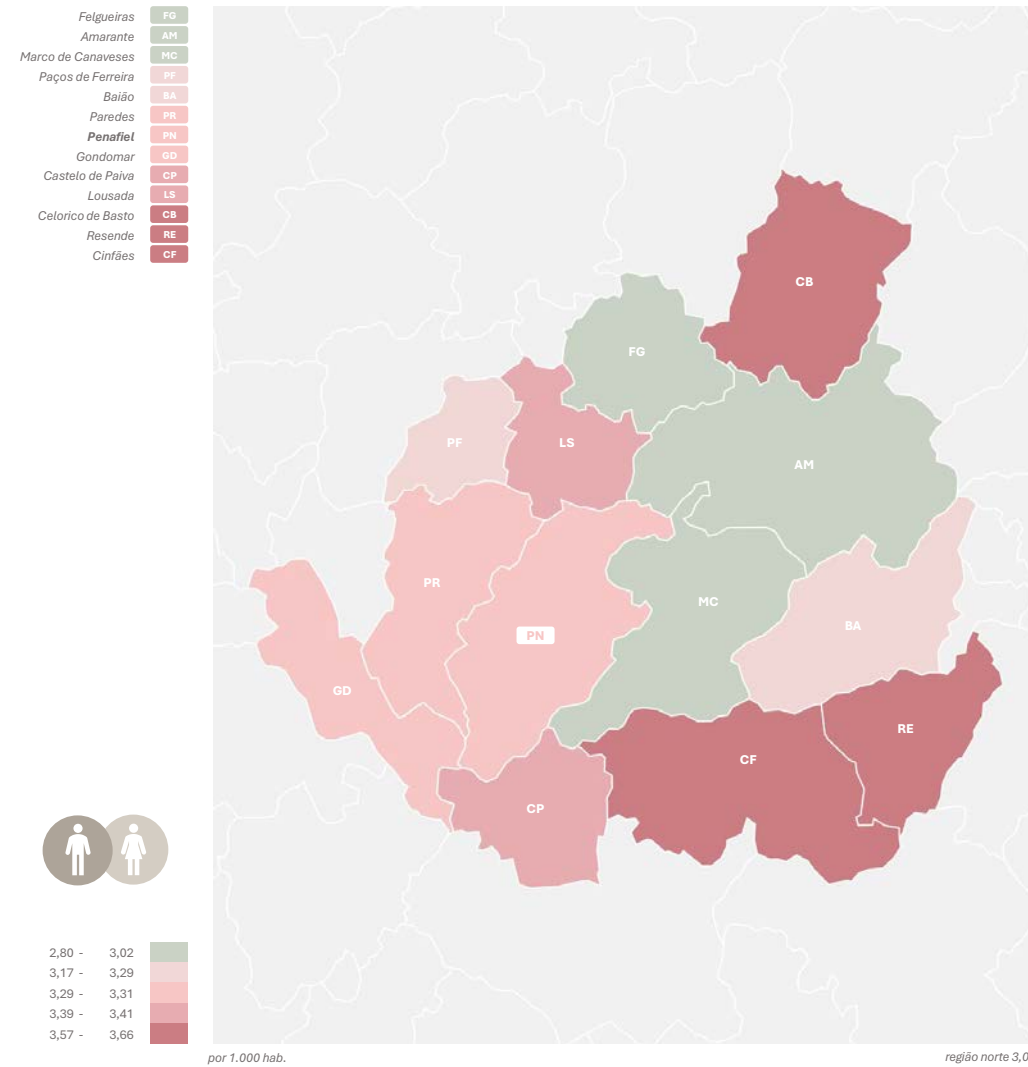
Figura 3.6

Instituto Nacional de Estatística, 2023



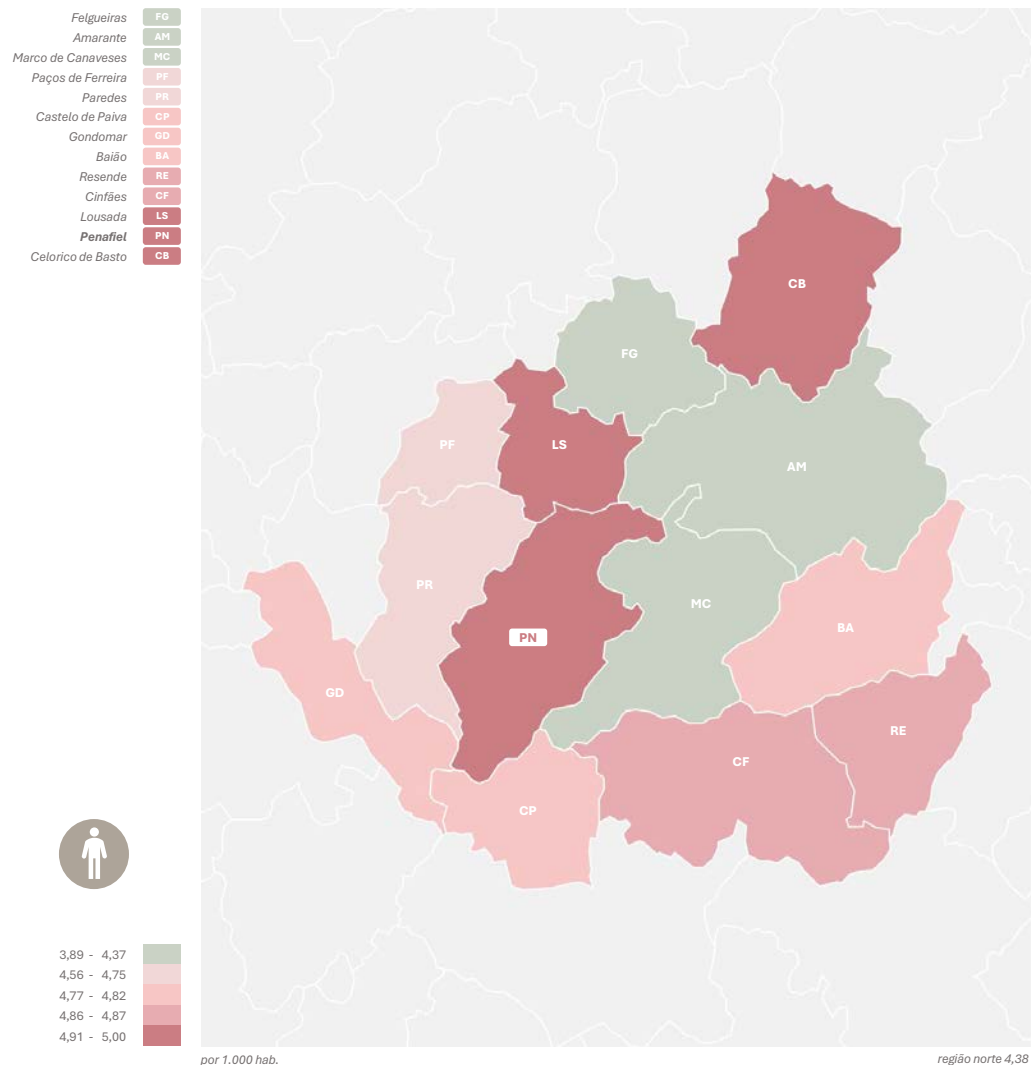
Taxa de mortalidade padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, ambos os sexos, 2018-2022

Figura 3.7



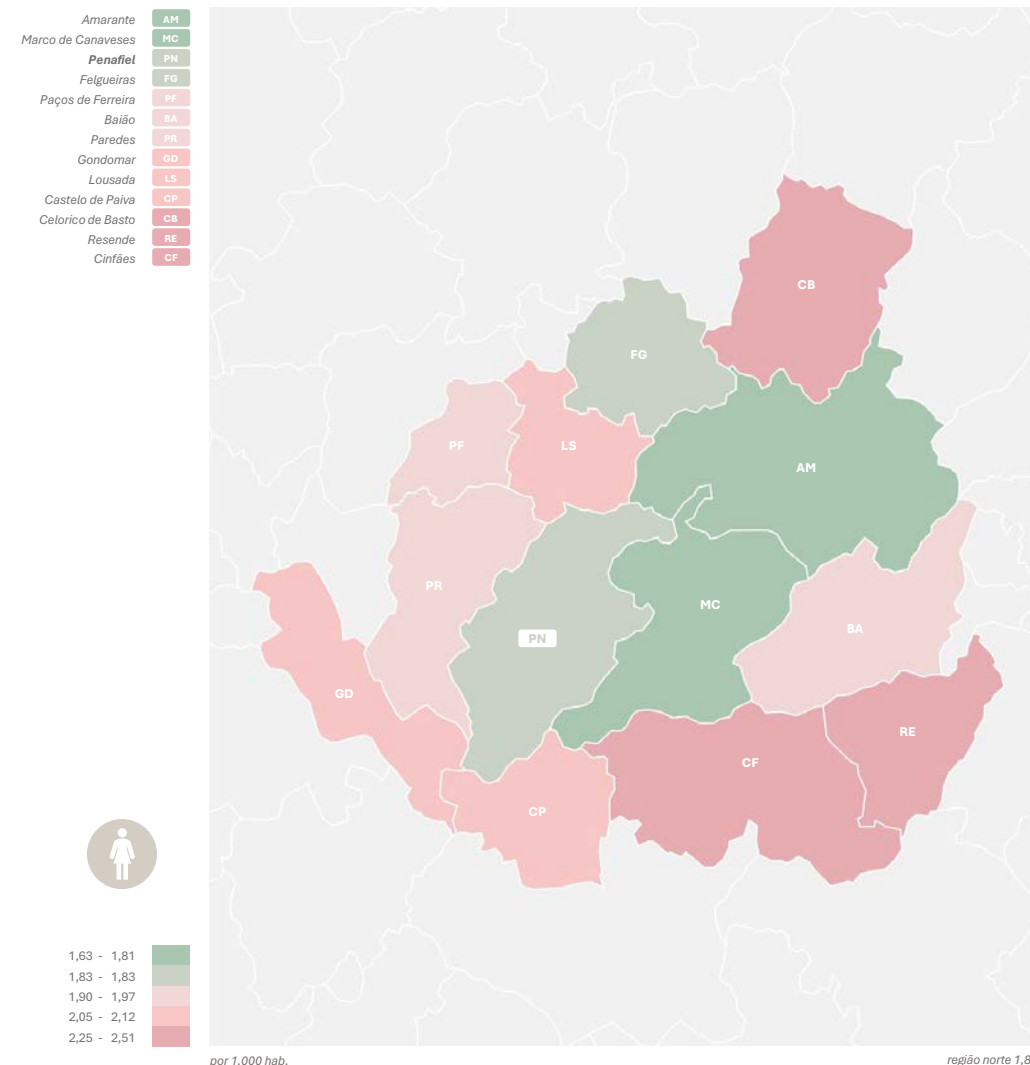
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, ambos os sexos, 2018-2022

Figura 3.8



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, no sexo masculino, 2018-2022

Figura 3.9



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, no sexo feminino, 2018-2022

Figura 3.10

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Relativamente à taxa de mortalidade padronizada, no quinquénio de 2018-2022, no sexo feminino, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar, e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade incluíram Lousada (8,9/1.000), Resende (8,7/1.000) e Cinfães (8,3/1.000) e os municípios com menor mortalidade foram Amarante (7,2/1.000) e Felgueiras (7,3/1.000). Penafiel apresentou uma taxa de mortalidade padronizada, no sexo feminino, para o quinquénio de 2018-2022 de 7,8 mortes por 1.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (7,2/1.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (7,7/1.000) (Figura 3.6).

A taxa de mortalidade padronizada prematura (indivíduos que faleceram com menos de 75 anos) em Penafiel, em ambos os sexos, no quinquénio de 2018-2022, foi de 3,3 mortes por 1.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (3,0/1.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo os municípios Gondomar e Paredes (3,2/1.000). Relativamente aos municípios da Comunidade de Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com uma maior mortalidade incluem Cinfães (3,7/1.000), Resende (3,6/1.000) e Celorico de Basto (3,6/1.000), e os municípios com menor mortalidade foram: Felgueiras (2,8/1.000), Amarante (2,9/1.000) e Marco de Canaveses

(3,0/1.000) (Figura 3.8).

Quanto à taxa de mortalidade padronizada prematura, no quinquénio de 2018-2022, no sexo masculino, e nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade incluíram Celorico de Basto (5,0/1.000), Penafiel (4,9/1.000) e Lousada (4,9/1.000). Os municípios com menor mortalidade foram Felgueiras (3,9/1.000) e Amarante (4,4/1.000). Penafiel apresentou uma taxa de mortalidade padronizada, no sexo masculino, para o quinquénio de 2018-2022 de 4,9 mortes por 1.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (4,4/1.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (4,7/1.000) (Figura 3.9).

Em relação à taxa de mortalidade padronizada prematura, no quinquénio de 2018-2022, no sexo feminino, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar, e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade incluíram Cinfães (2,5/1.000), Resende (2,4/1.000) e Celorico de Basto (2,3/1.000) e os municípios com menor mortalidade foram Amarante (1,6/1.000) e Marco de Canaveses (1,8/1.000). Penafiel apresentou uma taxa de mortalidade padronizada, no sexo feminino, para o quinquénio de 2018-2022 de 1,8 mortes por 1.000 habitantes, valor inferior ao

registado na Região Norte (1,9/1.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes (2,0/1.000) (Figura 3.10).

3.3 Principais Causas de Morte

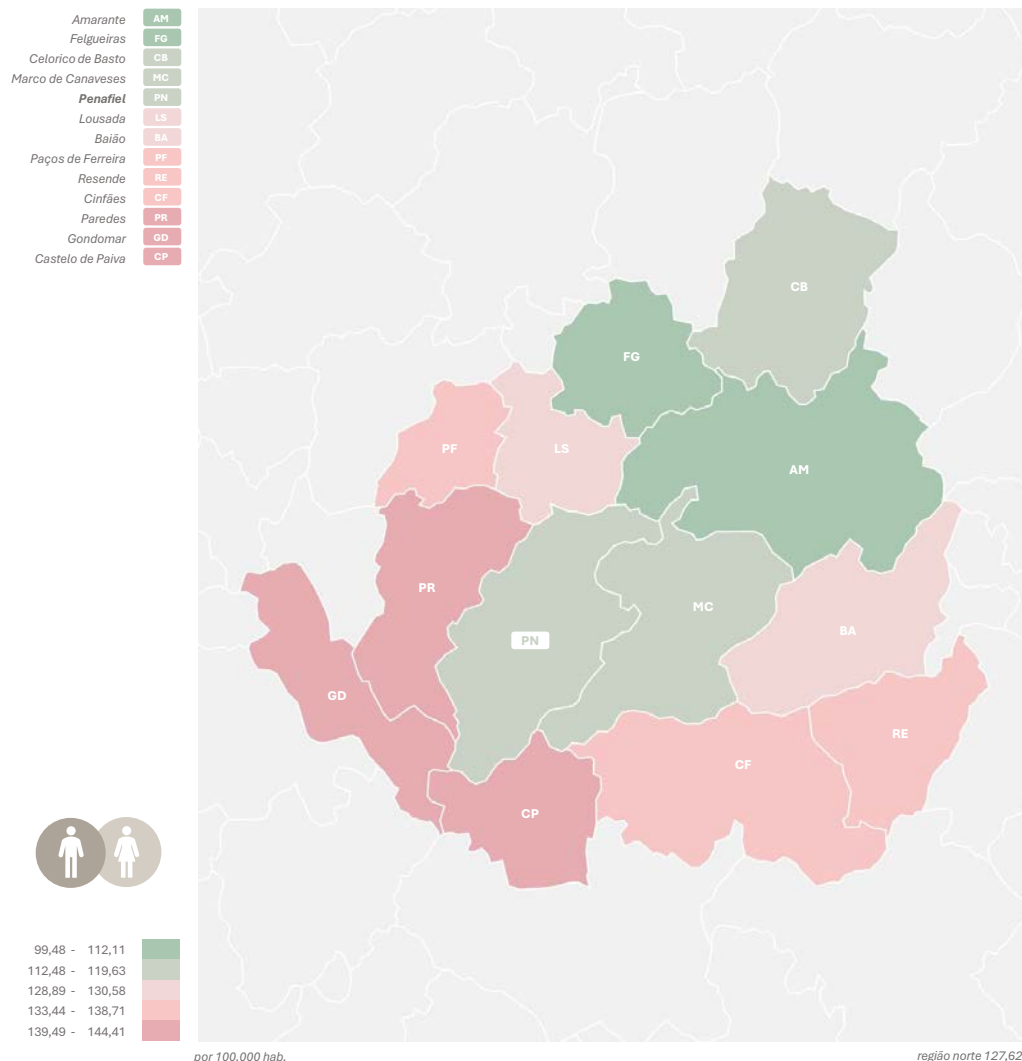
A análise das principais causas de morte prematura, definida como óbitos antes dos 75 anos, fornece uma visão sobre os principais problemas de saúde que afetam a população de uma região. A compreensão destas causas é fundamental para identificar áreas prioritárias de intervenção em saúde pública e desenvolver estratégias eficazes para a prevenção e tratamento de doenças.

Olhando para as principais causas de morte prematura, com idade inferior a 75 anos, da população residente em Penafiel no quinquénio 2017-2021, os grandes grupos de causas com maior mortalidade foram doenças do aparelho circulatório (260,4 mortes por cada 100.000 habitantes), tumores (neoplasmas) malignos (214,9 mortes por cada 100.000 habitantes), doenças do aparelho respiratório (132,6 mortes por cada 100.000 habitantes), sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (65,1 mortes por cada 100.000 habitantes), e transtornos mentais e comportamentais (47,6 mortes por cada 100.000 habitantes).

3.3.1 Tumores Malignos

Os tumores malignos, também conhecidos como neoplasmas malignos, são uma das principais causas de morte prematura e representam um desafio significativo para a saúde pública. A mortalidade associada a tumores malignos é um indicador importante da carga de doenças cancerígenas numa população e pode refletir a eficácia das estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

No que toca à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos, no quinquénio 2017-2021, em ambos os sexos, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade por tumores malignos foram Castelo de Paiva (144,4/100.000), Gondomar (142,6/100.000) e Paredes (138,5/100.000), e os melhores municípios foram Amarante (99,5/100.000) e Felgueiras (112,1/100.000) (Figura 3.11).



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021

Figura 3.11

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos de 119,6 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (127,6/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (128,7/100.000).

Relativamente à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade por tumores malignos foram Baião (211,2/100.000), Castelo de Paiva (207,4/100.000) e Gondomar (201,3/100.000), e os melhores municípios foram Amarante (148,2/100.000) e Felgueiras (151,0/100.000) (Figura 3.12).

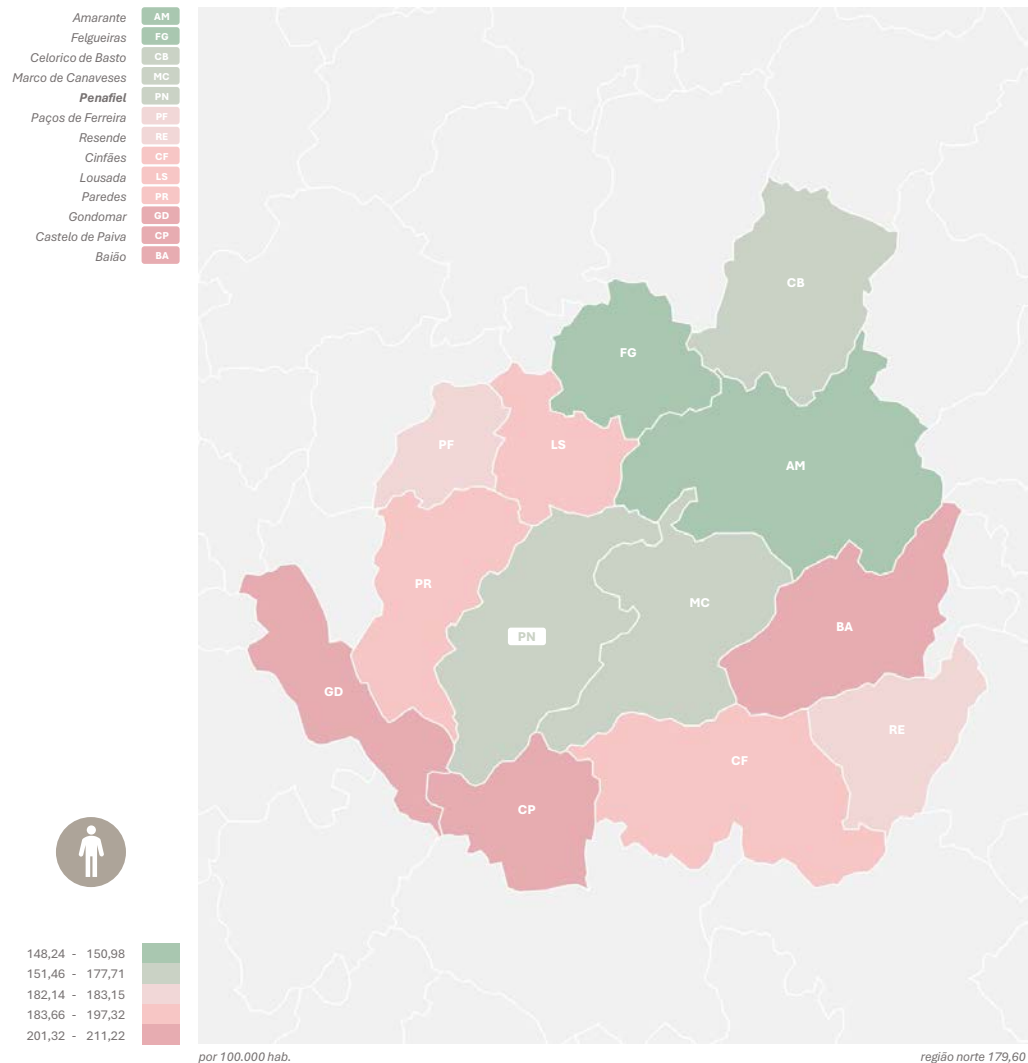
Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos de 177,7 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (179,6/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (183,4/100.000).

A respeito da taxa de mortalidade padronizada

prematura, por tumores malignos, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade por tumores malignos foram Resende (98,1/100.000) e Cinfães (96,5/100.000), e os melhores municípios foram Amarante (55,4/100.000) e Baião (58,9/100.000) (Figura 3.13).

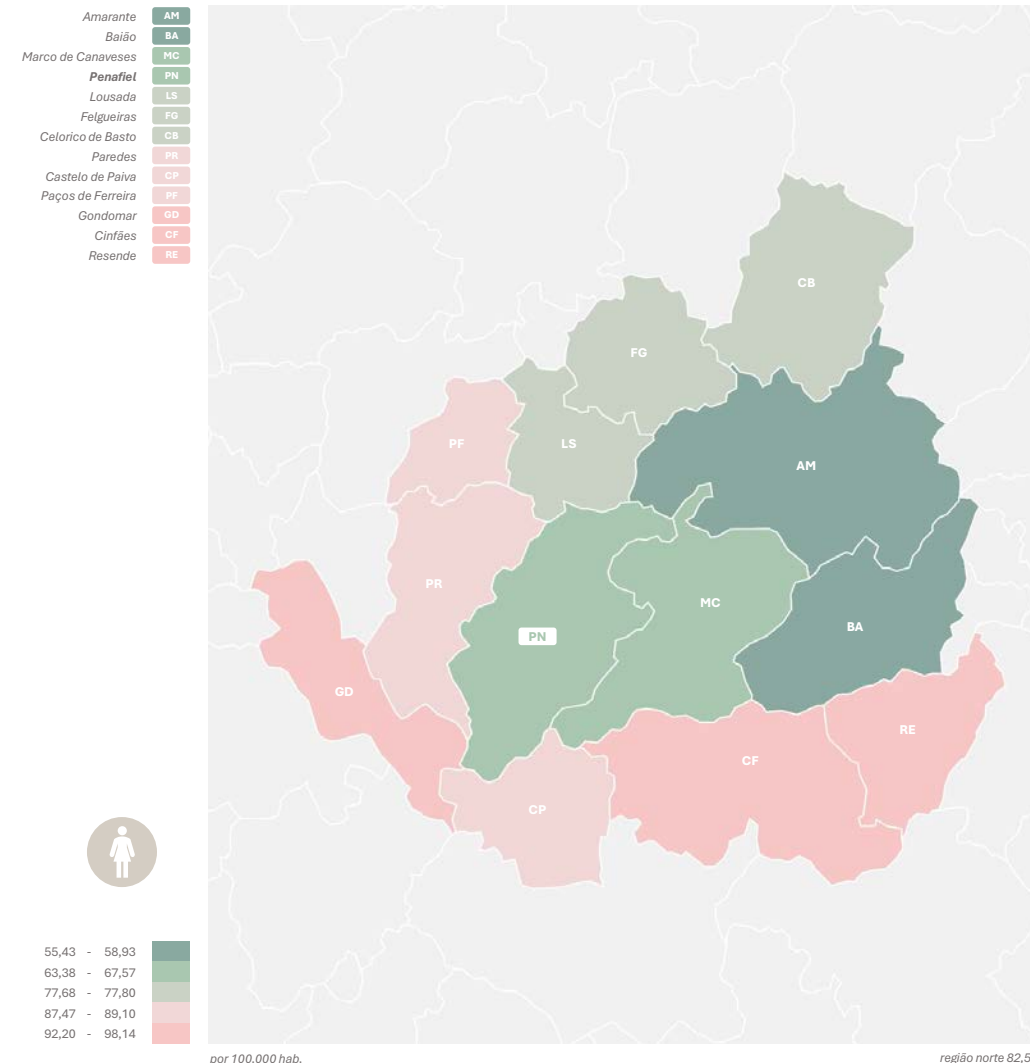
Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos, de 67,6 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (82,5/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (80,1/100.000).

As taxas de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos em Penafiel indicam um desempenho relativamente melhor em comparação com a média regional, tanto para homens como para mulheres. No entanto, a mortalidade por tumores malignos continua a ser uma preocupação significativa, refletindo a necessidade contínua de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.



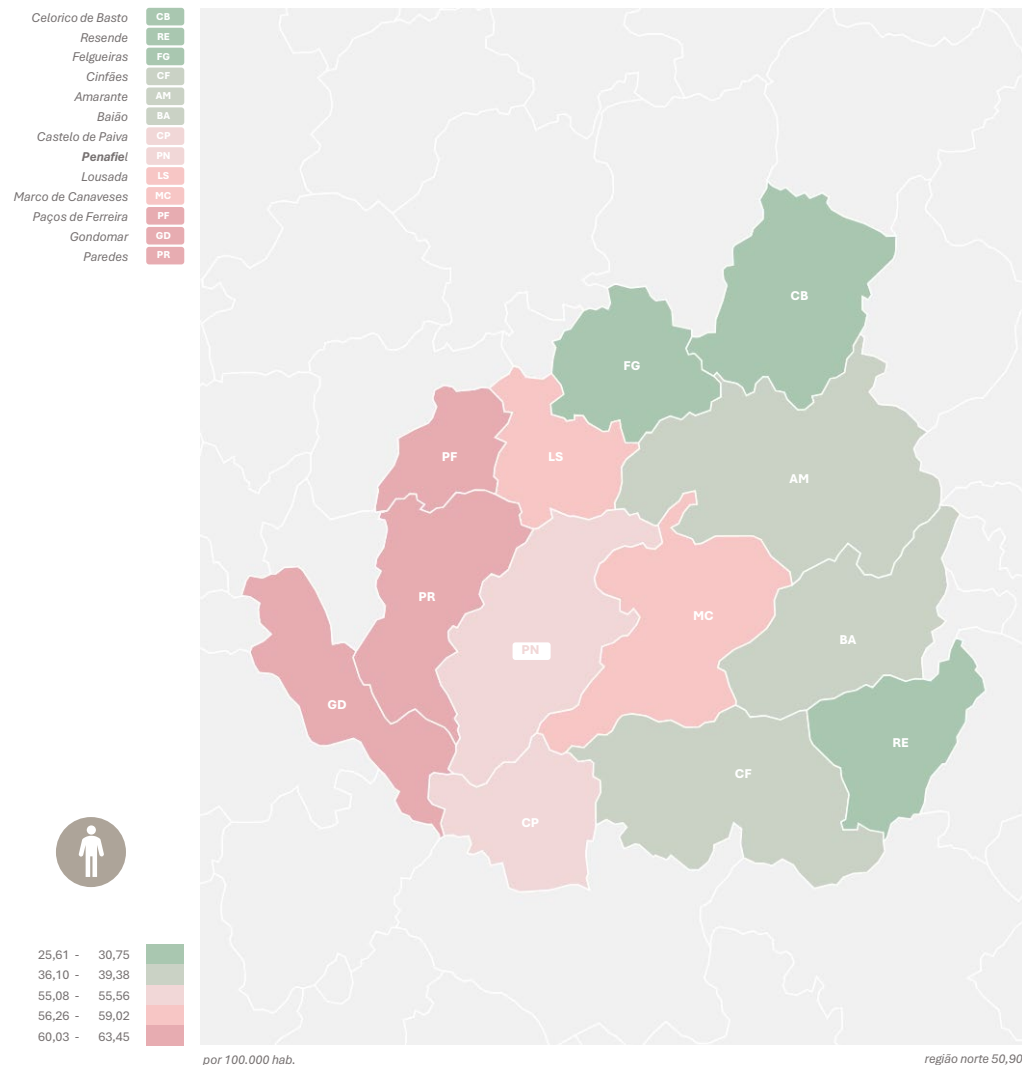
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.12



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.13



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.14

Os tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmões são um grupo de doenças oncológicas que afetam as vias aéreas e os pulmões. Estes tumores são frequentemente associados a fatores de risco como o tabagismo, a exposição a poluentes e certas condições ambientais. A taxa de mortalidade padronizada prematura por estes tipos de tumores fornece uma medida crítica da carga que estas condições representam para a saúde pública, refletindo a eficácia das estratégias de prevenção e tratamento. A análise desta taxa permite identificar áreas com maior incidência e os fatores que contribuem para a variação na mortalidade entre diferentes regiões.

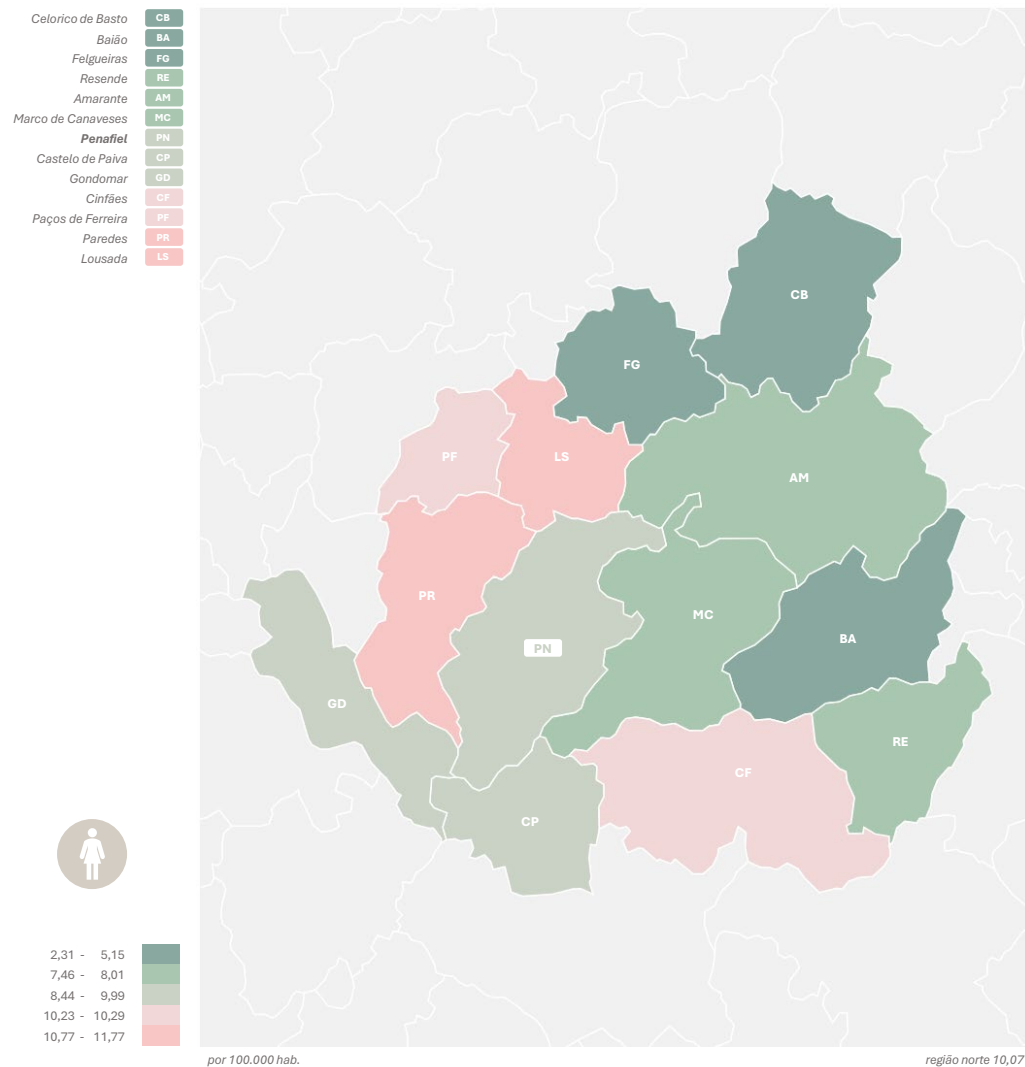
Relativamente à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Paredes (63,5/100.000), Gondomar (61,2/100.000), e Paços de Ferreira (60,0/100.000) e os melhores municípios foram Celorico de Basto (25,6/100.000), Resende (28,1/100.000) e Felgueiras (30,8/100.000) (Figura 3.14).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no

quinquénio 2017-2021, por tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, de 55,6 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (50,9/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (52,5/100.000).

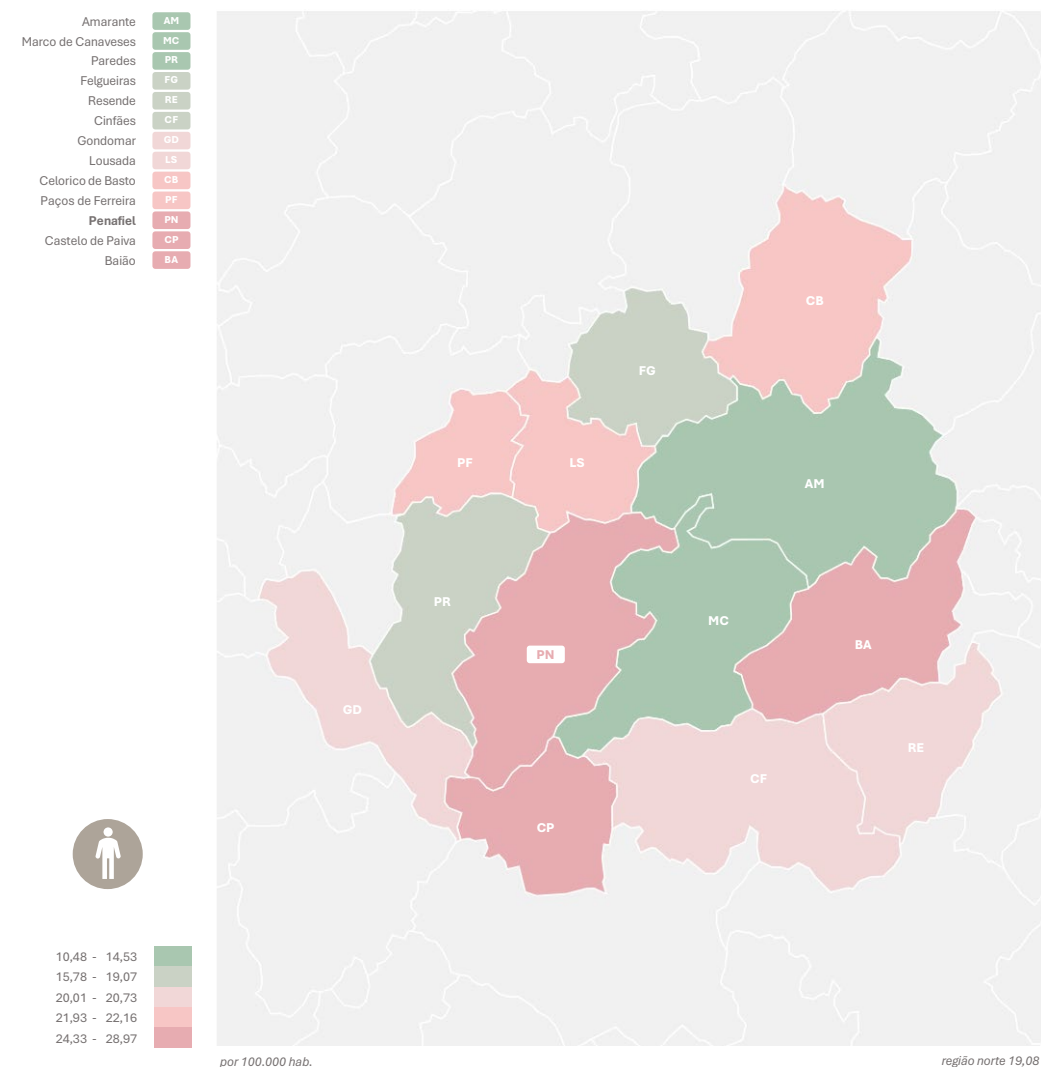
Quanto à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Lousada (11,8/100.000) e Paredes (61,2/100.000), e os melhores municípios foram Celorico de Basto (2,3/100.000), Baião (3,9/100.000) e Felgueiras (5,2/100.000) (Figura 3.15).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, de 8,4 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (10,1/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (8,9/100.000).



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.15



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do estômago, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.16

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Em relação à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do estômago, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Baião (29,0/100.000), Castelo de Paiva (26,4/100.000) e Penafiel (24,3/100.000) e os melhores municípios foram Amarante (10,5/100.000) e Marco de Canaveses (14,5/100.000) (Figura 3.16).

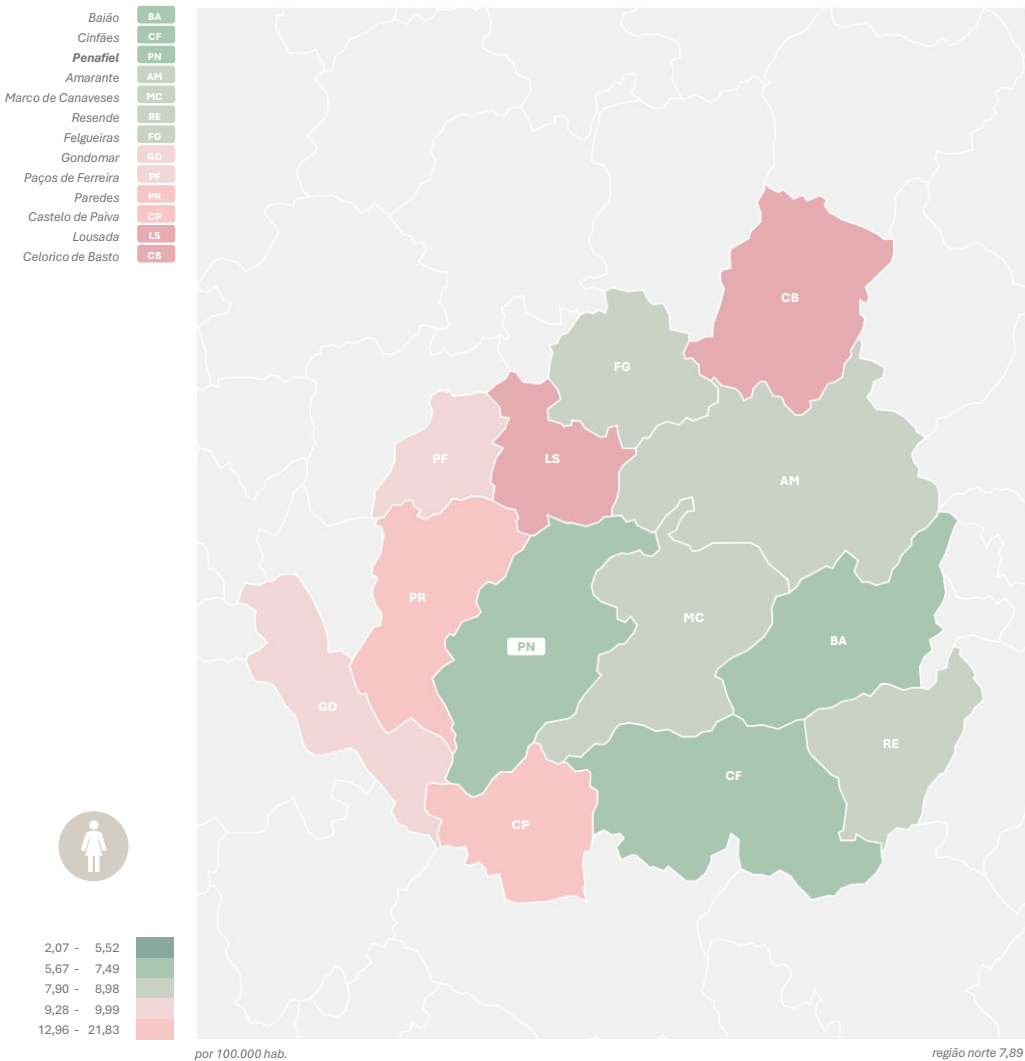
Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do estômago, de 24,3 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (19,1/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (19,6/100.000).

Na taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do estômago, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Celorico de Basto (21,8/100.000) e Lousada (13,0/100.000), e os melhores municípios foram Baião (2,1/100.000), Cinfães (2,2/100.000) e Penafiel (5,5/100.000) (Figura 3.17).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do estômago, de 5,5 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (7,9/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (8,0/100.000).

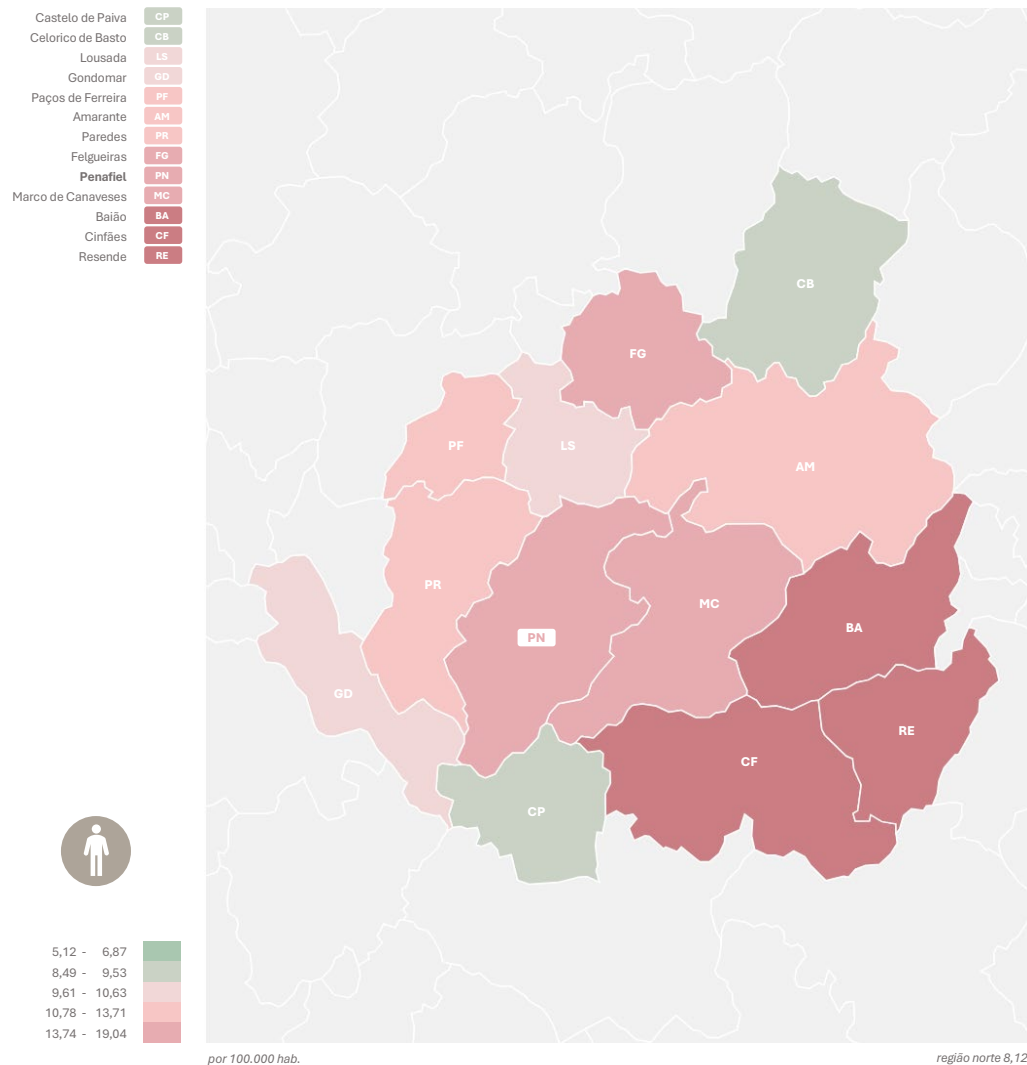
Na taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do esófago, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Resende (19,0/100.000), Cinfães (15,2/100.000) e Baião (13,7/100.000), e os melhores municípios foram Castelo de Paiva (5,1/100.000), e Celorico de Basto (6,9/100.000) (Figura 3.18).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do esófago, de 12,3 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (8,1/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (10,6/100.000).



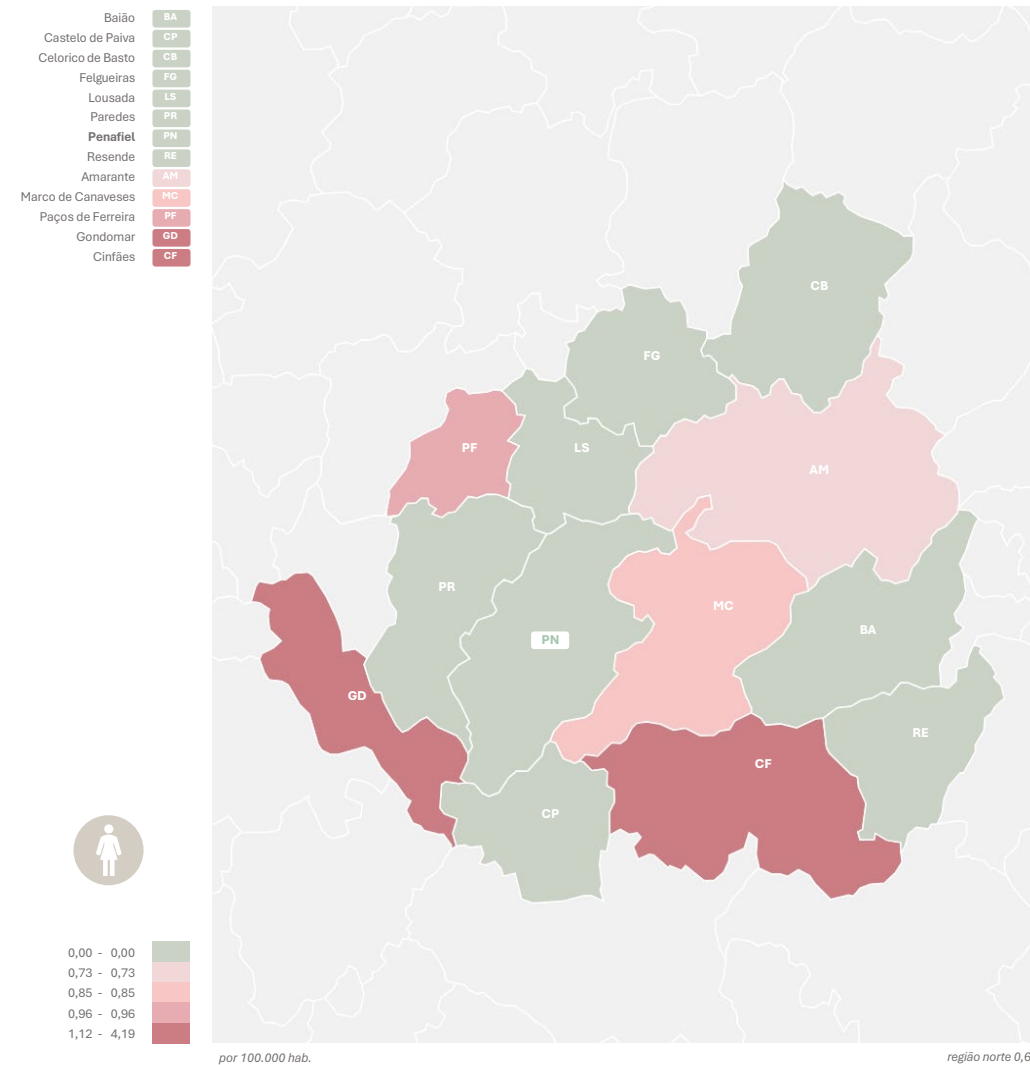
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do estômago, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.17



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do esófago, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.18



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do esófago, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.19

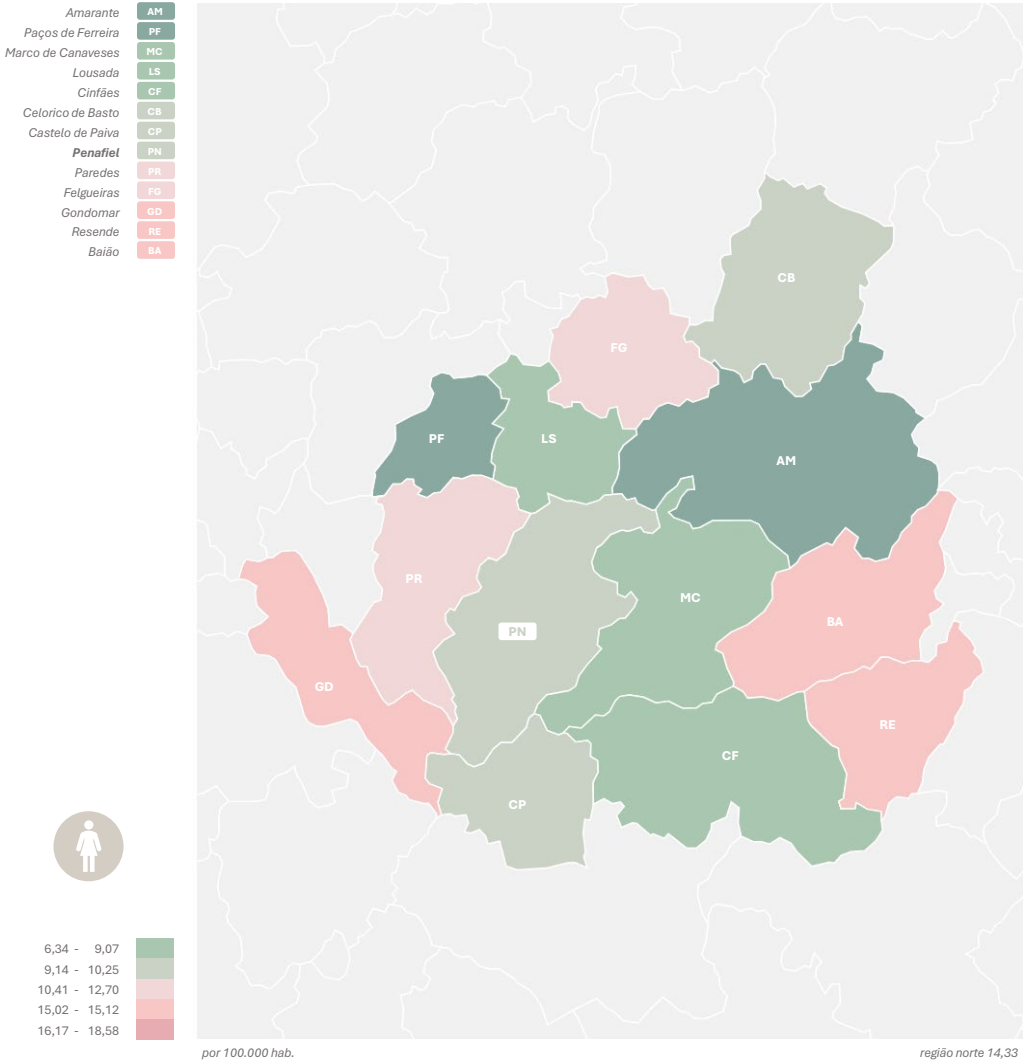
Quanto à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do esôfago, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Cinfães (19,0/100.000) e a maioria dos municípios não teve óbitos por causa de tumores do esôfago, incluindo Penafiel, valor inferior ao que se regista na Região Norte (0,6/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (0,6/100.000) (Figura 3.19).

Cancros que afetam exclusivamente o sexo feminino, como o cancro da mama, o cancro do ovário e o cancro do colo do útero são importantes indicadores da saúde feminina e exigem uma atenção especial nas estratégias de prevenção e tratamento.

Relativamente à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos da mama, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Baião (18,6/100.000), Resende (18,6/100.000) e Gondomar (16,2/100.000), e os melhores municípios foram Amarante (6,3/100.000) e Paços de Ferreira (9,1/100.000). Penafiel teve

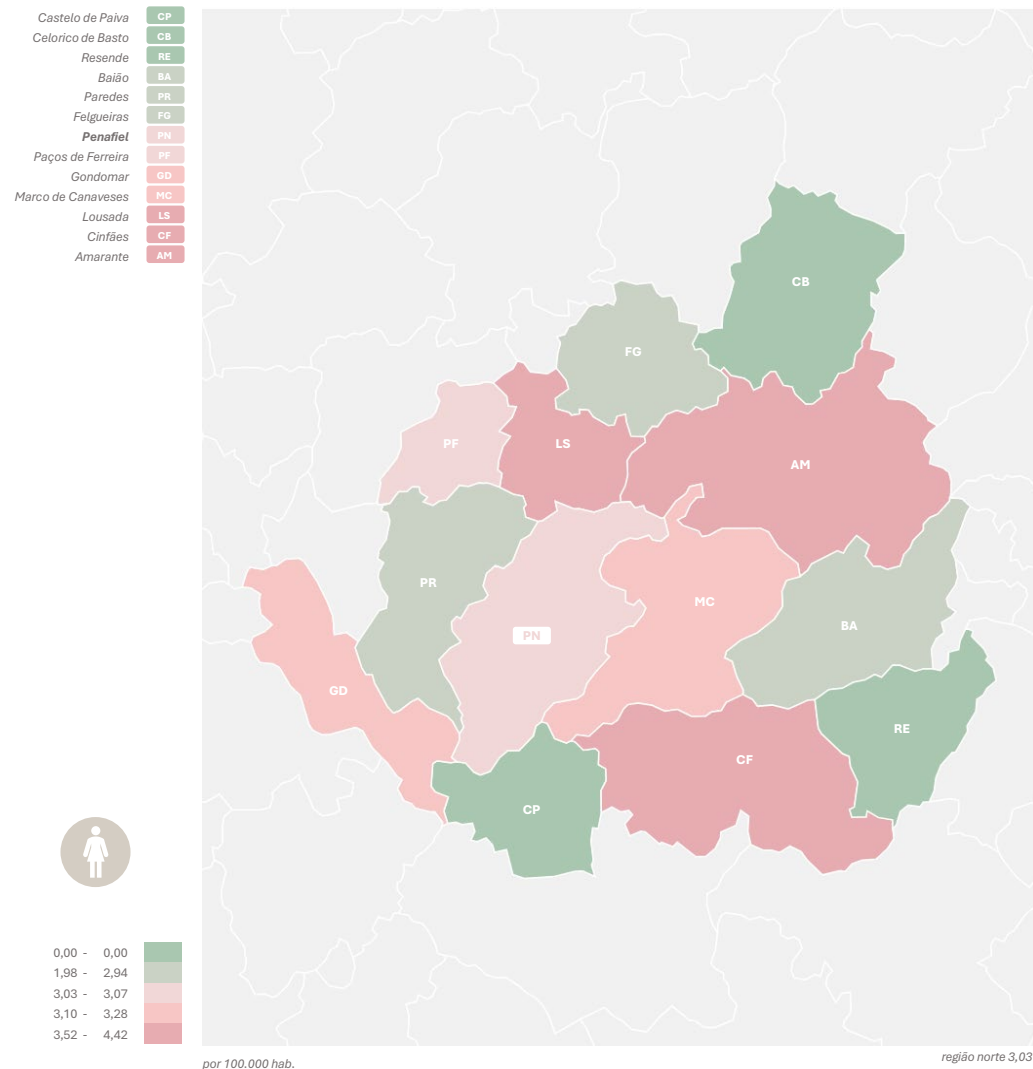
uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos da mama, de 12,7 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (14,3/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (13,0/100.000) (Figura 3.20).

No que toca à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do ovário, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Amarante (4,2/100.000), Cinfães (4,1/100.000) e Lousada (3,5/100.000) e os melhores municípios foram Castelo de Paiva, Celorico de Basto e Resende, com 0 mortes por 100.000 habitantes (Figura 3.21). Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do ovário, de 3,0 mortes por 100.000 habitantes, valor igual ao registado na Região Norte e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes.



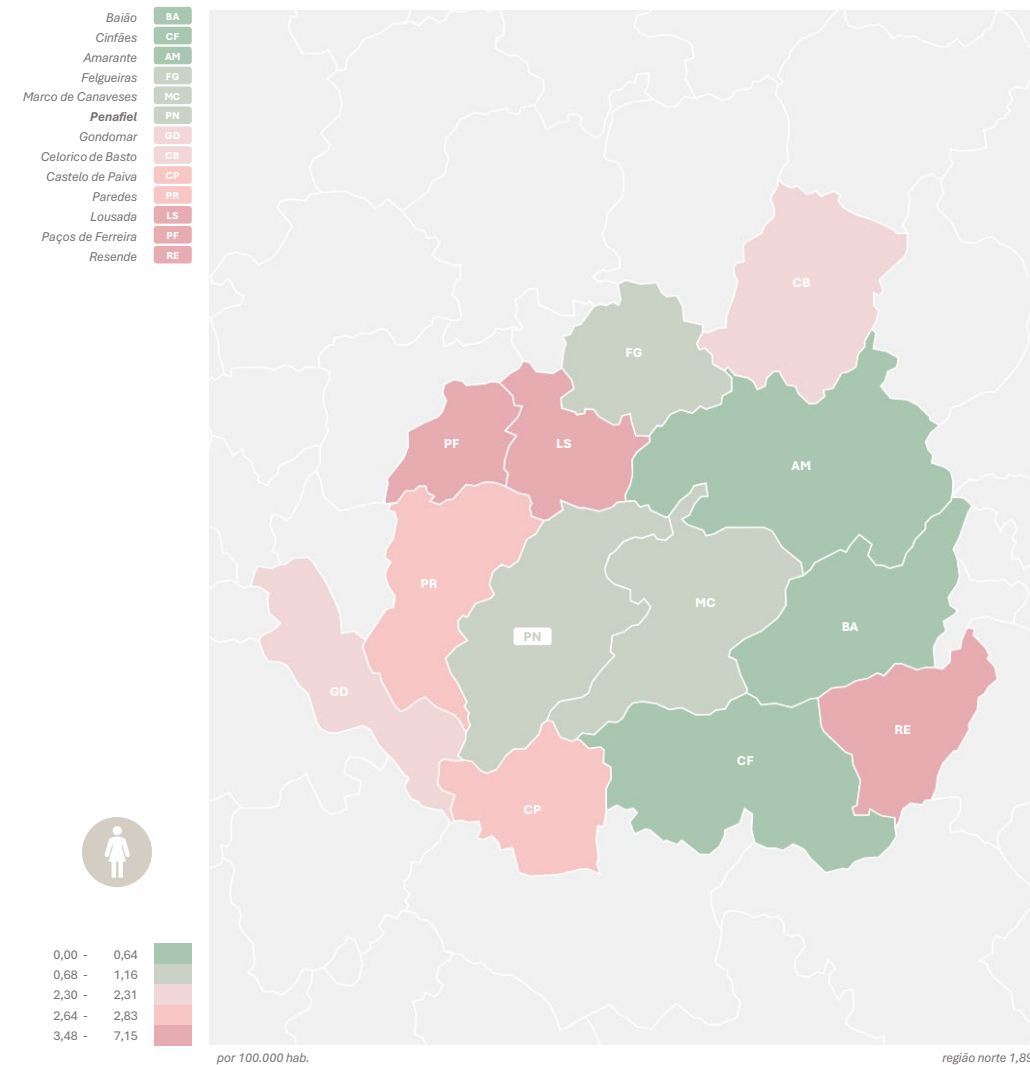
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da mama, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.20



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do ovário, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.21



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do colo do útero, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.22

Relativamente à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do colo do útero, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Resende (7,2/100.000), Paços de Ferreira (4,8/100.000) e Lousada (3,5/100.000), e os melhores municípios foram Baião (0,0/100.000), Cinfães (0,0/100.000) e Amarante (0,6/100.000) (Figura 3.22).

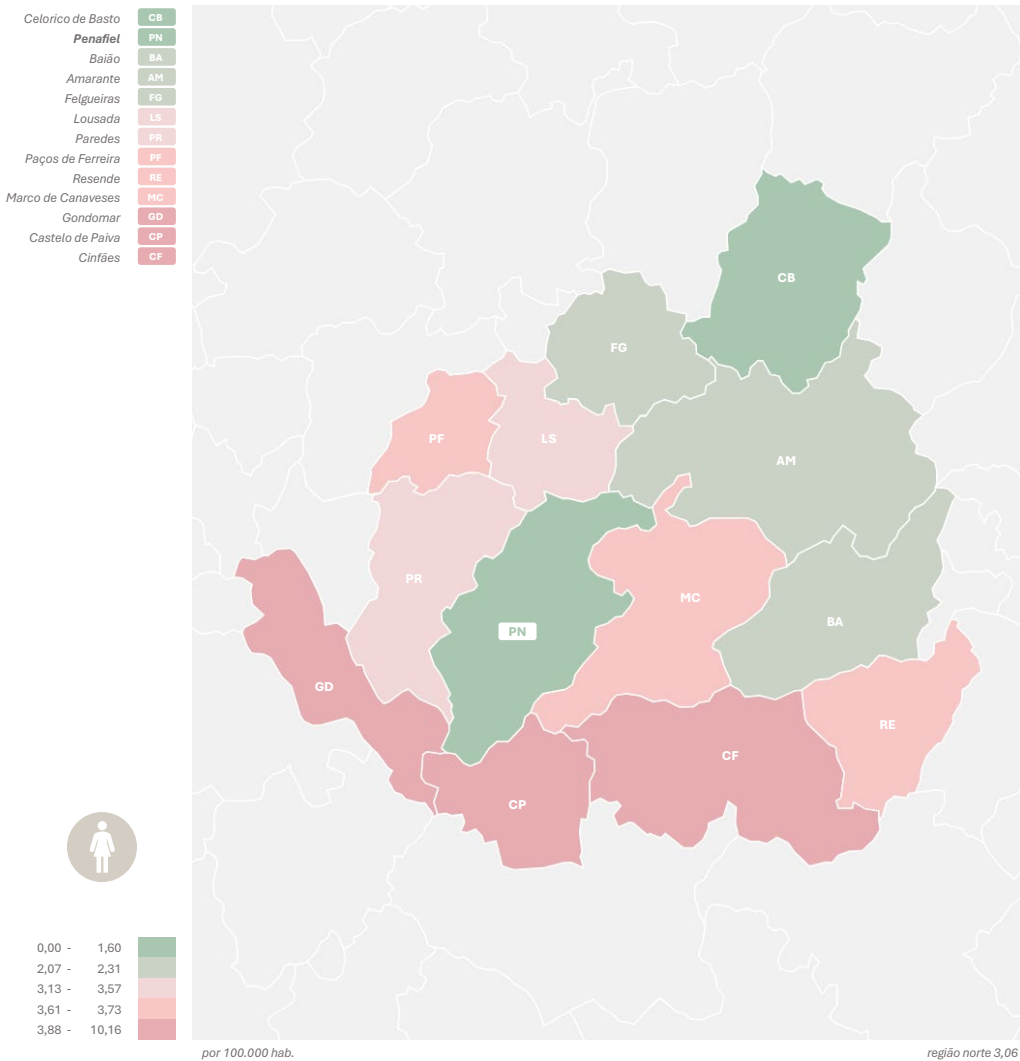
Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do colo do útero, de 1,2 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (1,9/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (2,1/100.000).

Os tumores malignos que afetam o útero, mas que não se encaixam nas categorias específicas de cancro do colo do útero ou do endométrio, podem englobar diversas formas menos comuns e menos bem definidas. Estes tumores incluem neoplasias malignas do corpo do útero, que não são claramente identificáveis em termos de localização ou tipo específico de células envolvidas.

Na taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos de outras partes e de partes não especificadas do útero, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Cinfães (10,2/100.000), Castelo de Paiva (8,0/100.000) e Gondomar (3,9/100.000) e os melhores municípios foram Celorico de Basto (0,0/100.000) e Penafiel (1,6/100.000) (Figura 3.23).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos de outras partes e de partes não especificadas do útero, de 1,6 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (3,1/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (3,4/100.000).

O cancro da próstata é um dos tipos de tumores malignos mais comuns entre os homens, caracterizando-se pelo desenvolvimento anómalo de células na glândula prostática. A sua taxa de mortalidade padronizada prematura pode variar significativamente consoante a região e os fatores locais de saúde e diagnóstico (Rawla, 2019).



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos de outras partes e de partes não especificadas do útero, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

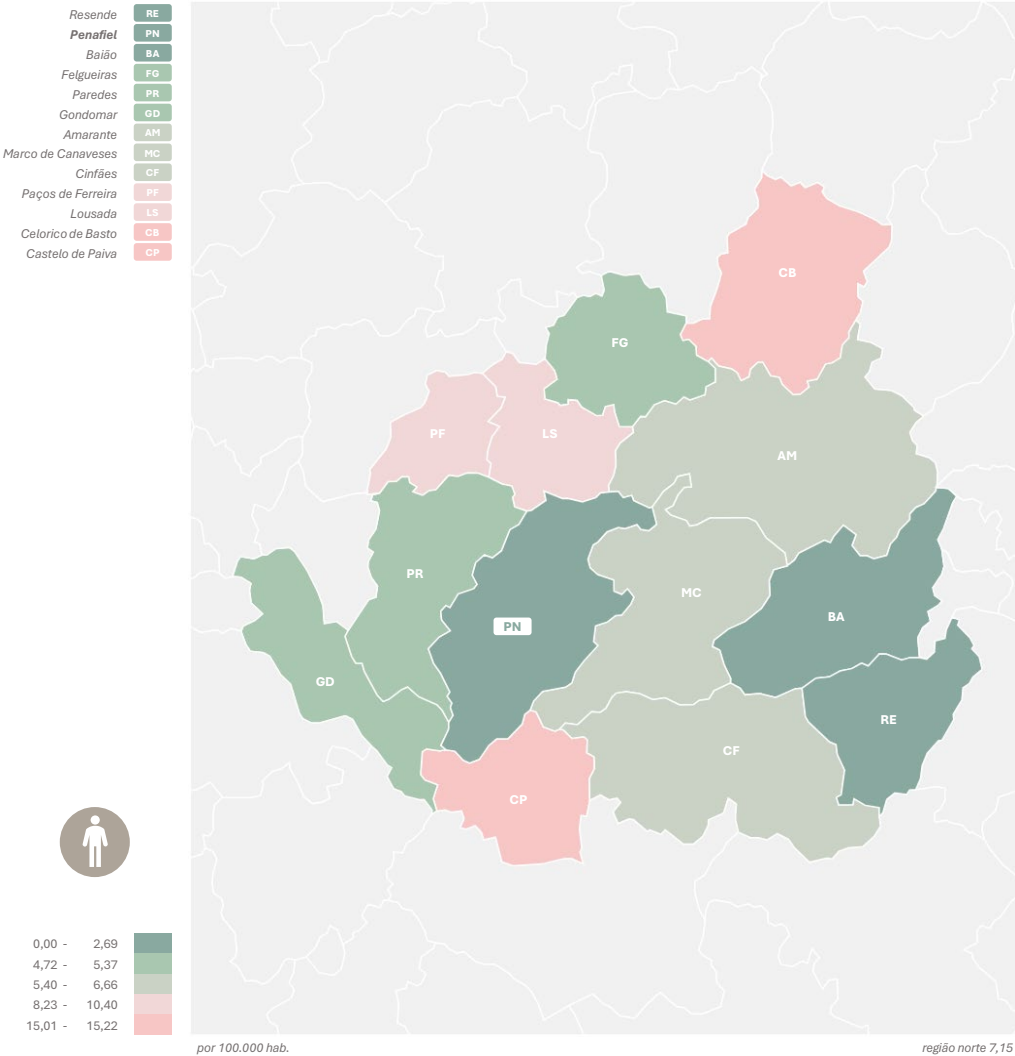
Figura 3.23

Na taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos da próstata, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Castelo de Paiva (15,2/100.000) e Celorico de Basto (15,0/100.000) e os melhores municípios foram Resende (0,0/100.000), Penafiel (2,3/100.000) e Baião (2,7/100.000) (Figura 3.24). Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos da próstata, de 2,3 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (7,2/100.000) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (6,0/100.000).

Na taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do lábio, cavidade bucal e faringe, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Celorico de Basto (25,6/100.000), Castelo de Paiva (22,8/100.000) e Baião (22,3/100.000) e os melhores municípios foram Resende (3,6/100.000), Felgueiras (5,9/100.000) e Marco de Canaveses (7,4/100.000) (Figura

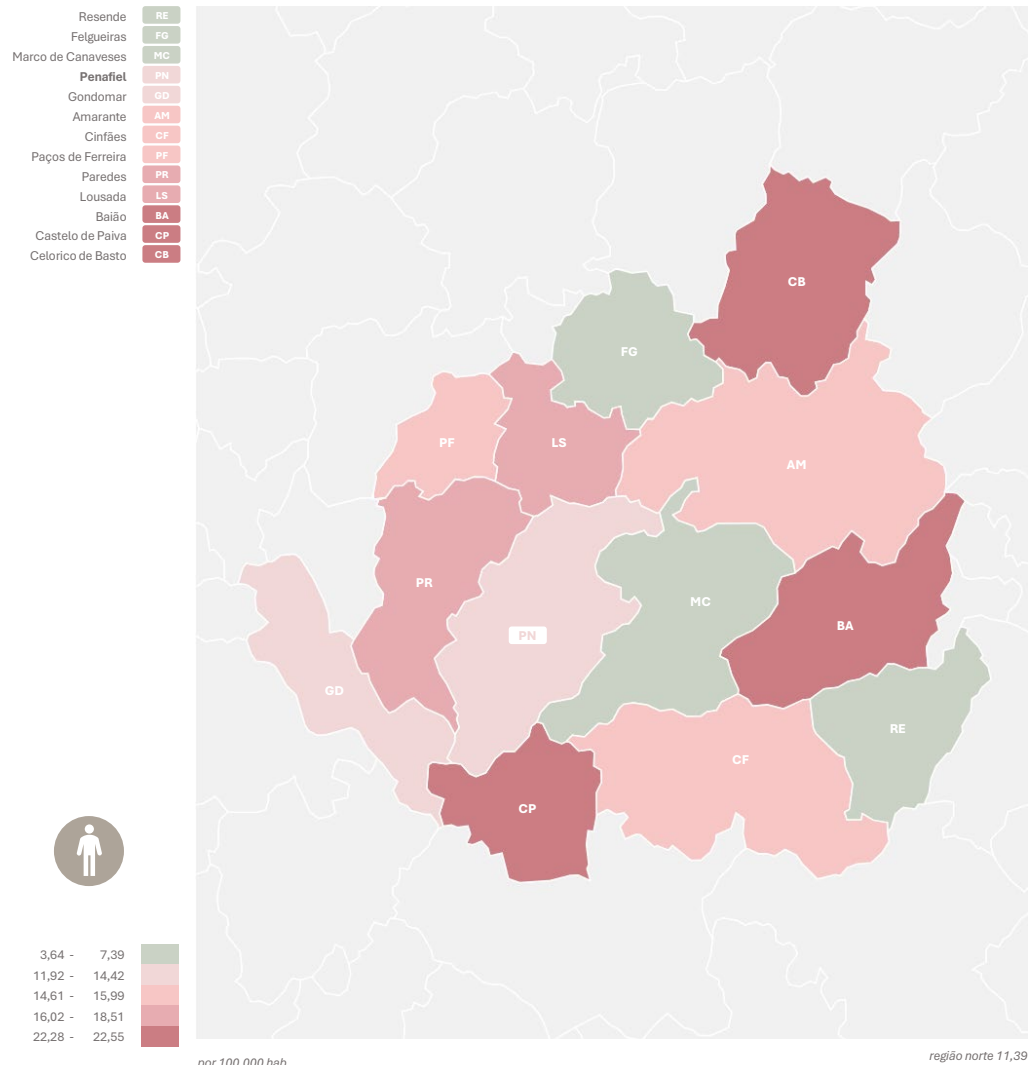
3.25). Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do lábio, cavidade bucal e faringe, de 11,9 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (11,4/100.000) e inferior ao registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar, e o município de Paredes (14,2/100.000).

Relativamente à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do lábio, cavidade bucal e faringe, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, o município com maior mortalidade foi Felgueiras (2,4/100.000) e os melhores municípios foram os cuja taxa foi zero por 100.000 habitantes (Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Cinfães e Resende) (Figura 3.26). Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do lábio, cavidade bucal e faringe, de 1,1 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (1,2/100.000) e inferior ao registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (1,2/100.000).



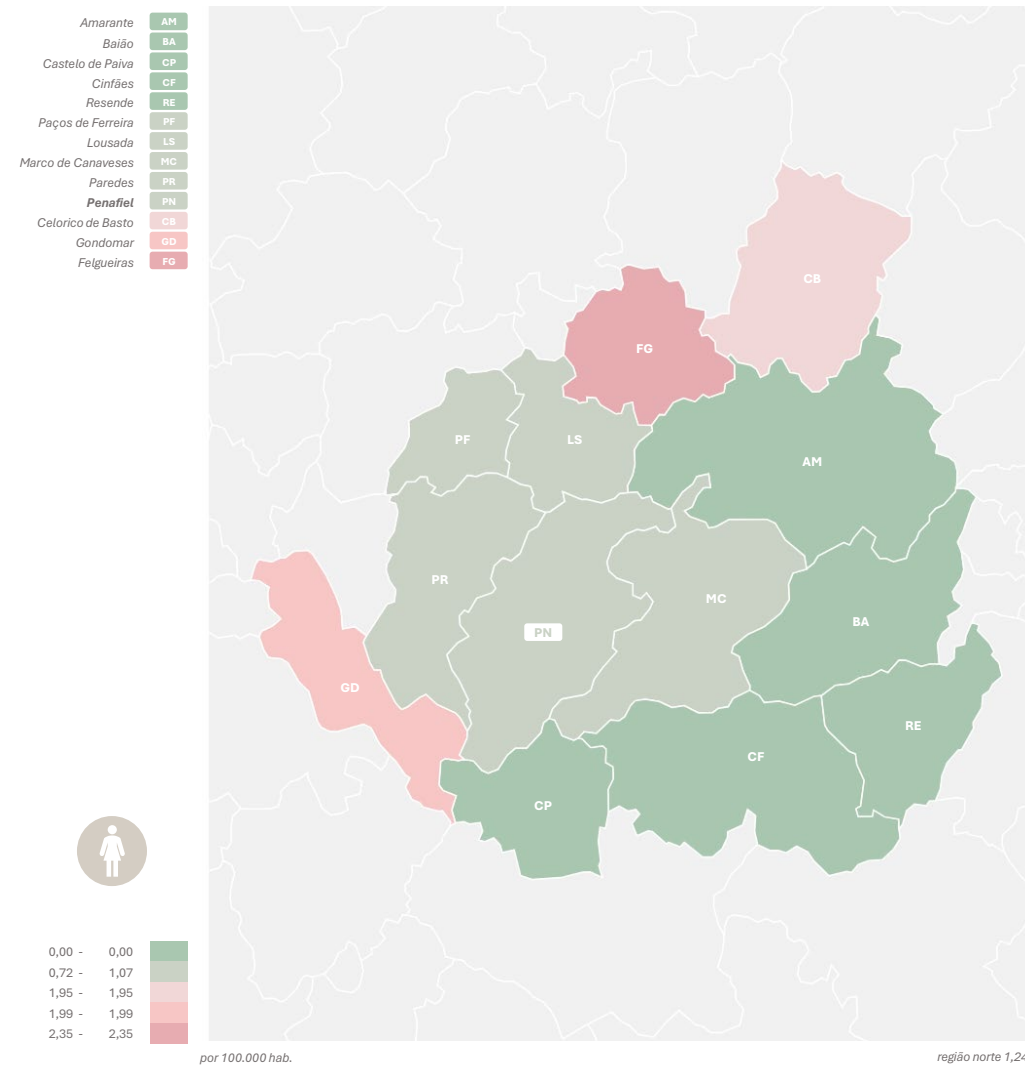
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da próstata nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.24



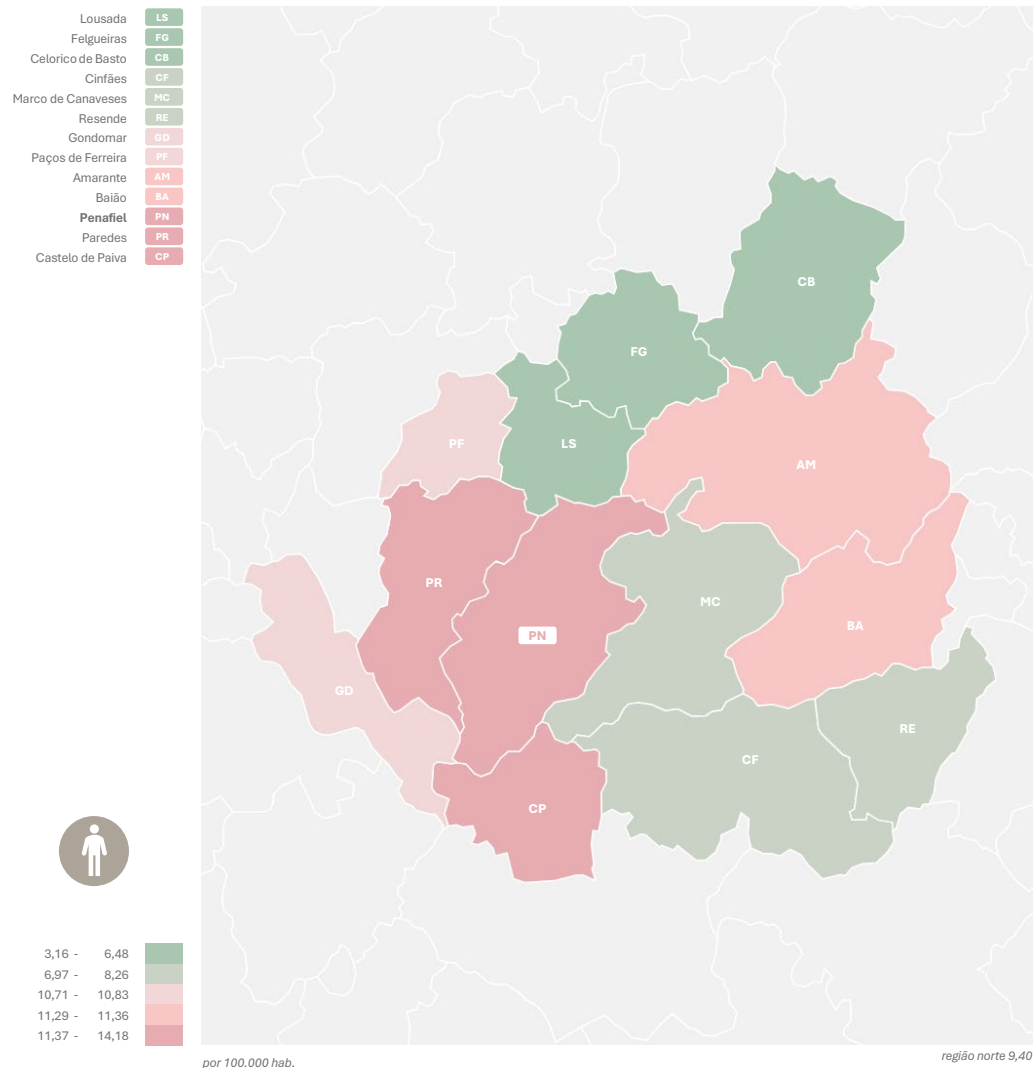
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do lábio, cavidade bucal e faringe, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.25



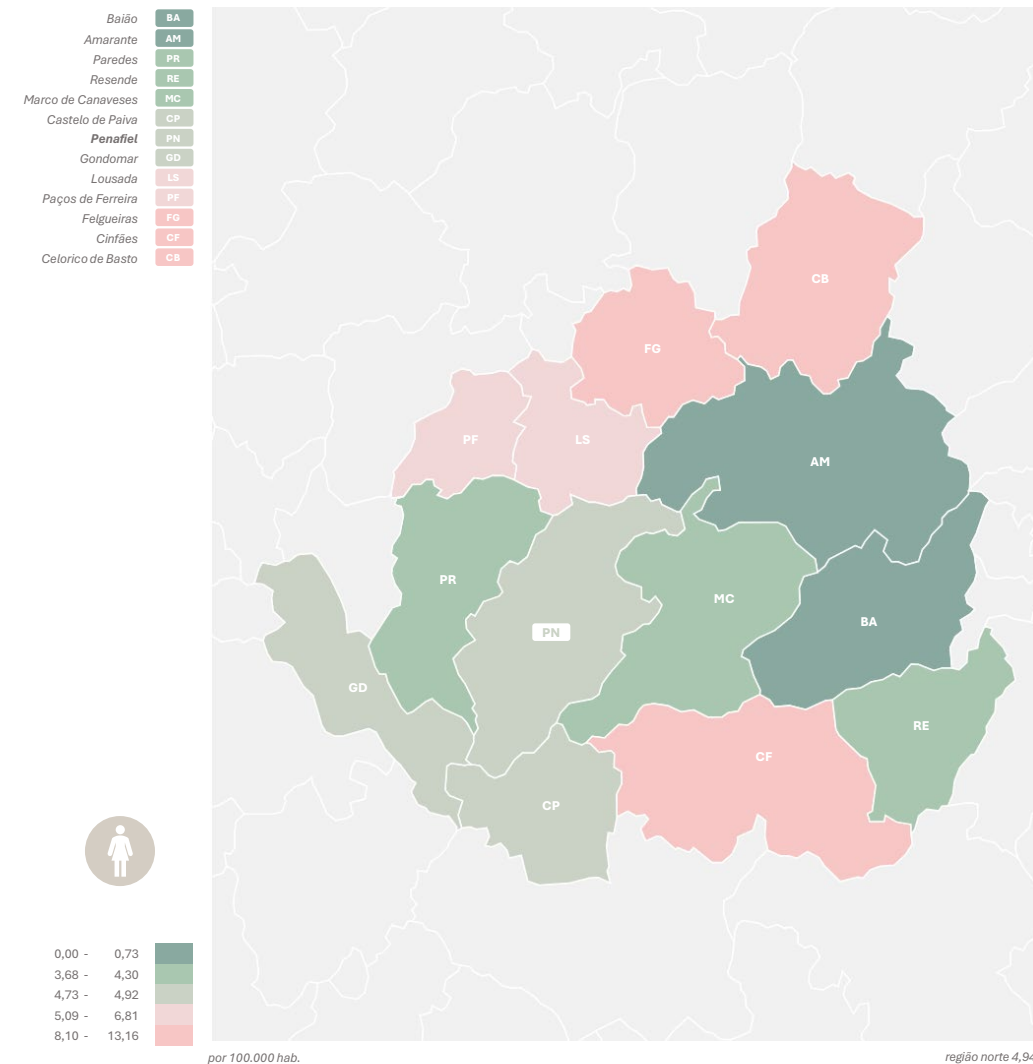
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do lábio, cavidade bucal e faringe, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.26



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do pâncreas, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.27



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do pâncreas, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.28

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Os tumores malignos do pâncreas e do fígado, incluindo as vias biliares intra-hepáticas, são formas particularmente agressivas e desafiadoras de cancro, que apresentam elevadas taxas de mortalidade.

O cancro do pâncreas é notoriamente difícil de diagnosticar precocemente devido à ausência de sintomas específicos nas fases iniciais. Muitas vezes, os sinais só se manifestam quando a doença está avançada, o que contribui para a elevada mortalidade associada (SNS).

Os tumores malignos do fígado e das vias biliares intra-hepáticas são frequentemente associados a doenças hepáticas crónicas, como a hepatite viral e a cirrose hepática. Estes fatores de risco predis põem os indivíduos ao desenvolvimento de carcinoma hepatocelular e de tumores biliares (National Cancer Institute).

A complexidade dos tratamentos e a resistência a terapias eficazes também são desafios significativos no combate a estas formas de cancro. A análise da taxa de mortalidade padronizada prematura para estes tipos de tumores fornece uma visão abrangente do impacto destas doenças nas diferentes regiões.

Relativamente à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do pâncreas, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do

Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Castelo de Paiva (14,2/100.000), Paredes (12,3/100.000) e Penafiel (11,4/100.000) e os melhores municípios foram Lousada (3,2/100.000), Felgueiras (3,6/100.000) e Celorico de Basto (6,5/100.000) (Figura 3.27).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do pâncreas, de 11,4 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (9,4/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (9,6/100.000).

Na taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do pâncreas, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Celorico de Basto (13,2/100.000), Cinfães (11,3/100.000) e Felgueiras (8,1/100.000) e os melhores municípios foram Baião (0,0/100.000) e Amarante (0,7/100.000) (Figura 3.28).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no

quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do pâncreas, de 4,8 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (4,9/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (5,0/100.000).

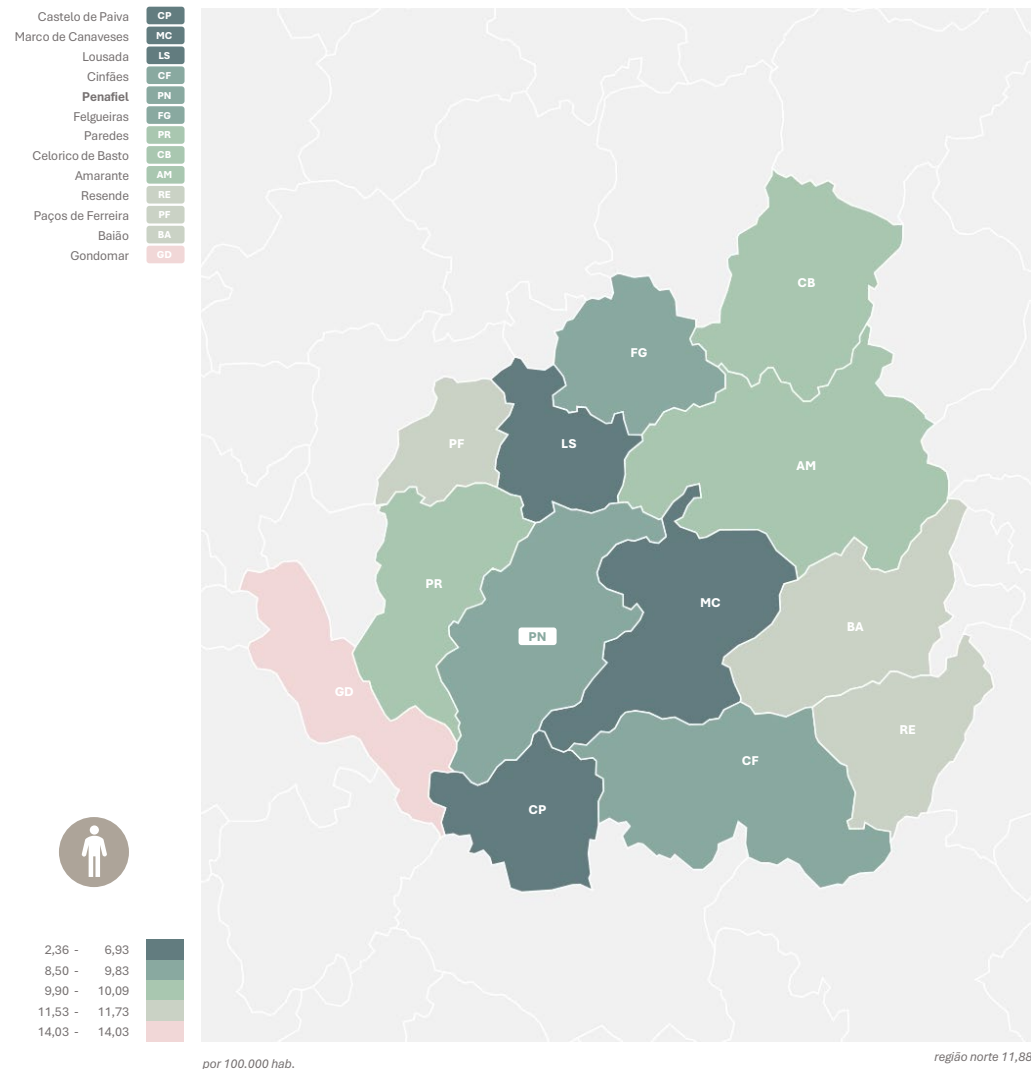
Em relação à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, o município com maior mortalidade foi Gondomar (14,0/100.000) e os melhores municípios foram Castelo de Paiva (2,4/100.000), Marco de Canaveses (6,1/100.000) e Lousada (6,9/100.000) (Figura 3.29).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, de 9,4 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (11,9/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (10,4/100.000).

Na taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, no sexo feminino, no quinquénio

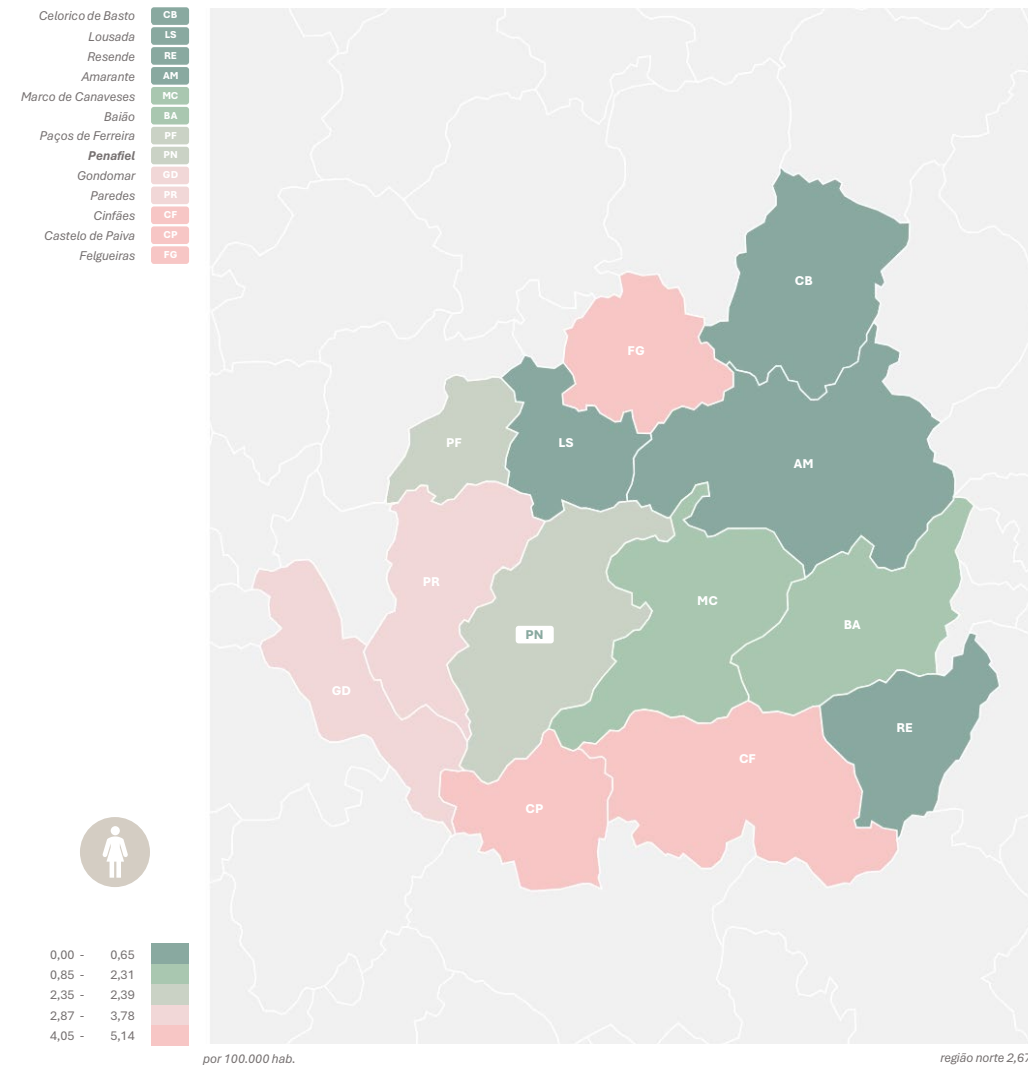
2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram: Felgueiras (5,1/100.000), Castelo de Paiva (5,0/100.000) e Cinfães (4,0/100.000) e os melhores municípios foram: Celorico de Basto (0,0/100.000), Lousada (0,0/100.000), Resende (0,0/100.000) e Amarante (0,7/100.000) (Figura 3.30).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, de 2,4 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (2,7/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (2,5/100.000).



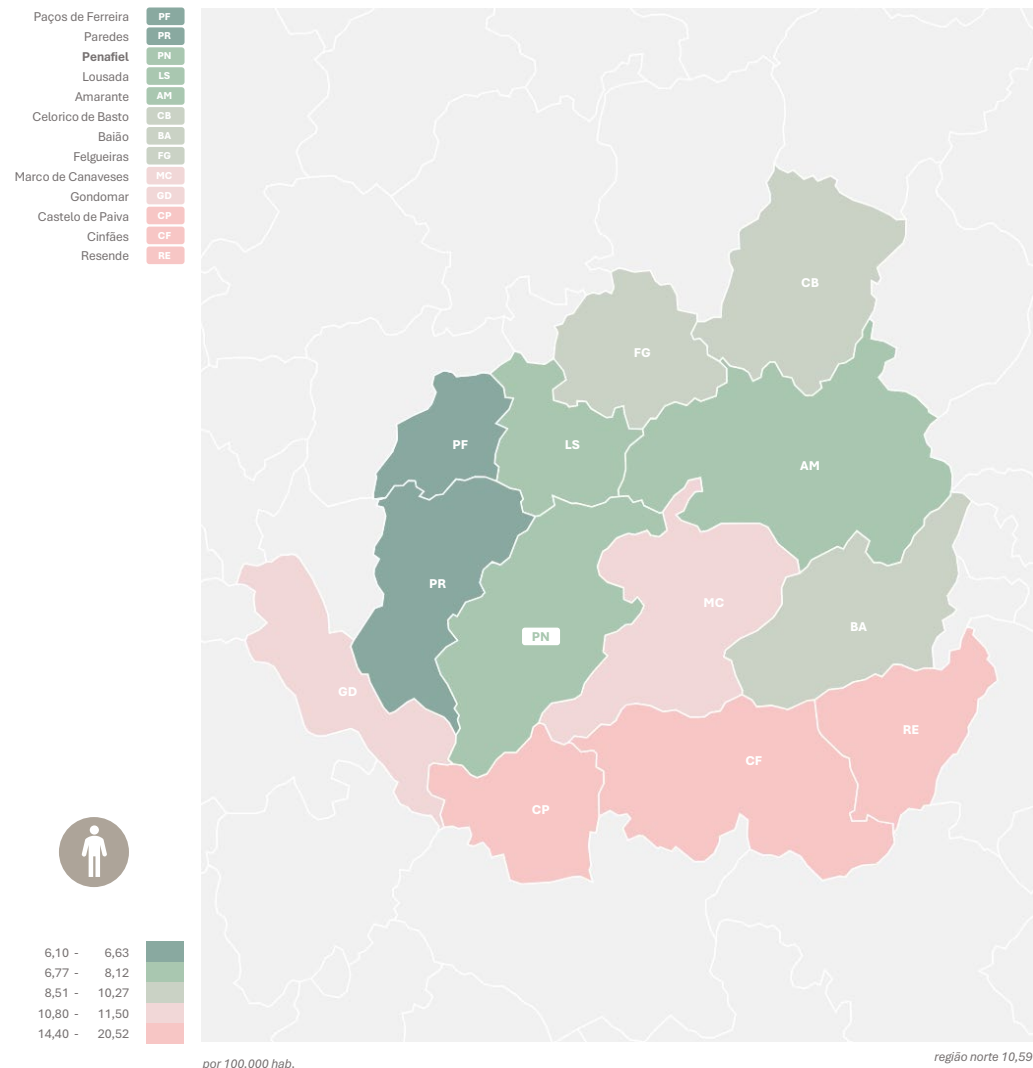
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.29



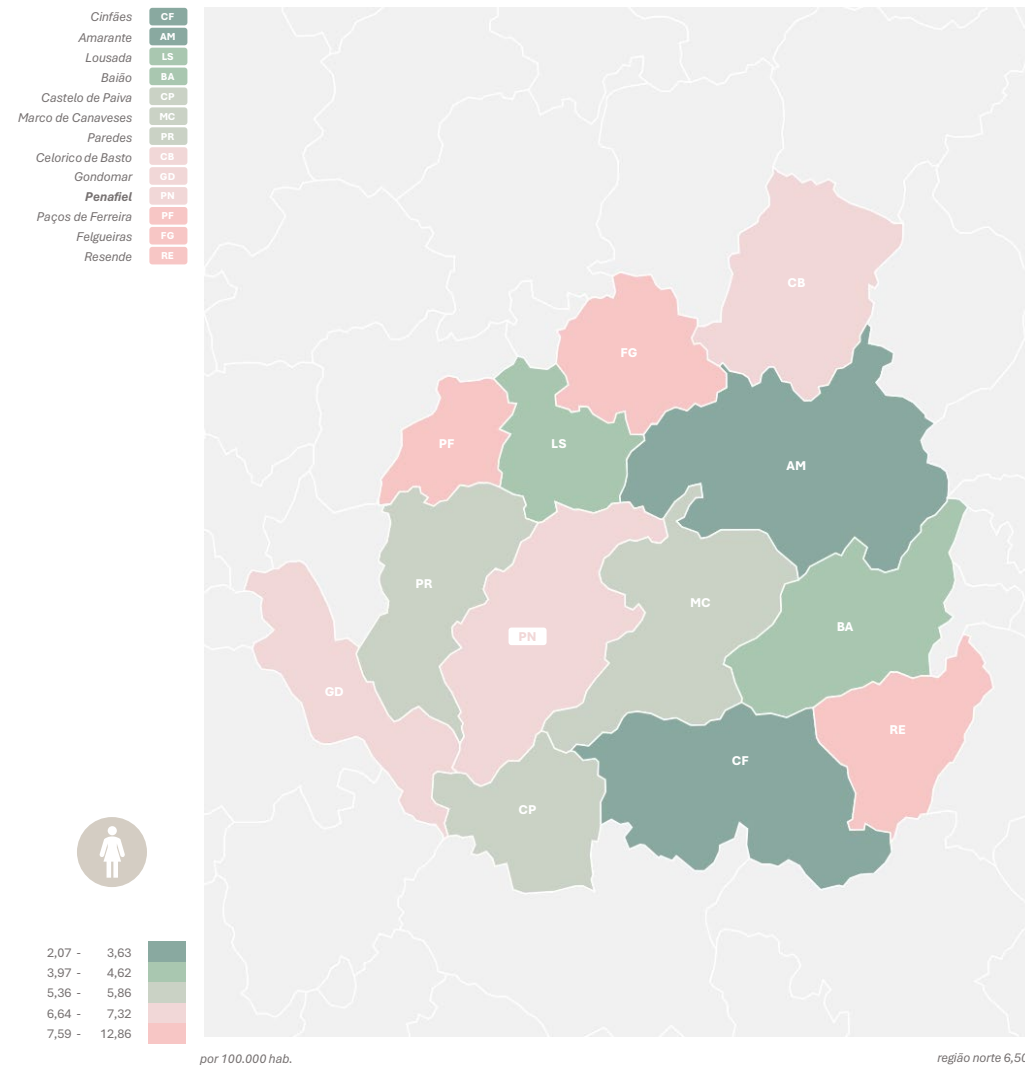
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.30



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.31



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.32

O cancro do tecido linfático e hematopoético, que inclui linfomas e leucemias, é uma categoria de tumores que afeta os linfonodos e o sangue, interferindo na produção e função das células sanguíneas. Estes tumores podem impactar significativamente a saúde, apresentando variações na taxa de mortalidade padronizada entre diferentes regiões. A mortalidade por linfomas e leucemias pode variar substancialmente, dependendo de fatores como diagnóstico precoce e acesso a tratamentos adequados (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).

No que diz respeito à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram: Resende (20,5/100.000), Cinfães (17,8/1000.000) e Castelo de Paiva (14,4/100.000) e os melhores municípios foram Paços de Ferreira (6,1/100.000) e Paredes (6,6/100.000) (Figura 3.31).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados, de 6,8 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região

Norte (10,6/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (9,7/100.000).

Na taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram: Resende (12,9/100.000), Felgueiras (8,4/1000.000) e Paços de Ferreira (7,6/100.000) e os melhores municípios foram Cinfães (2,1/100.000) e Amarante (3,6/100.000) (Figura 3.32).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados, de 7,3 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (6,5/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (6,3/100.000).

Os tumores malignos do cólon, também conhecidos como cancro colo-rectal, são um dos tipos mais comuns de cancro, afetando o cólon e o reto. Este tipo de cancro é fortemente

influenciado por fatores de risco como a dieta, a genética e a idade. A mortalidade por cancro do cólon pode variar significativamente entre diferentes áreas, refletindo disparidades no rastreio e na deteção precoce (American Cancer Society).

Relativamente à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do cólon, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram: Baião (24,2/100.000), Marco de Canaveses (20,3/1000.000) e Resende (17,8/100.000) e os melhores municípios foram Celorico de Basto (5,0/100.000) e Paços de Ferreira (5,3/100.000) (Figura 3.33).

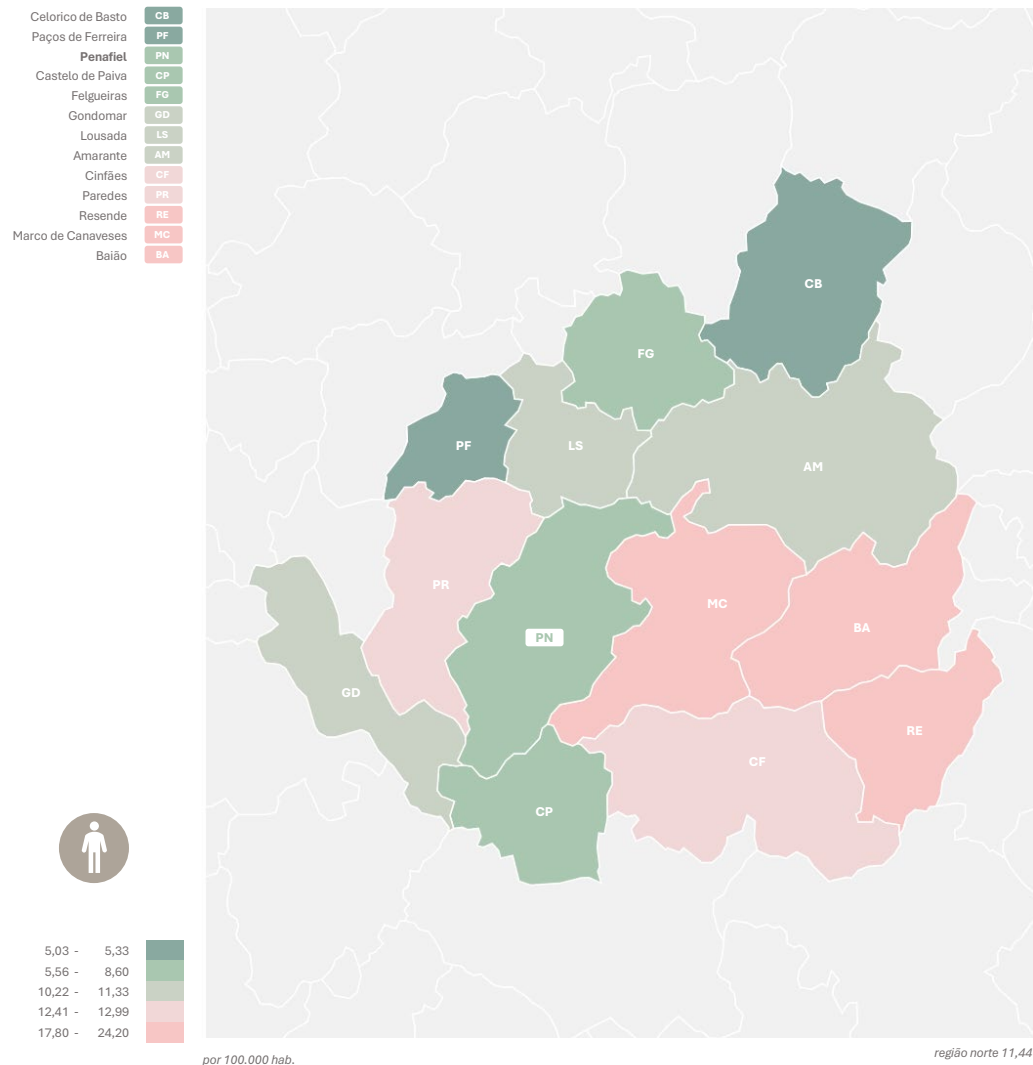
Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do cólon, de 5,6 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (11,4/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (10,7/100.000).

Quanto à taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos do cólon, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do

Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram: Resende (11,6/100.000), Celorico de Basto (10,8/1000.000) e Cinfães (8,2/100.000) e os melhores municípios foram Baião (4,0/100.000) e Amarante (4,5/100.000) (Figura 3.34).

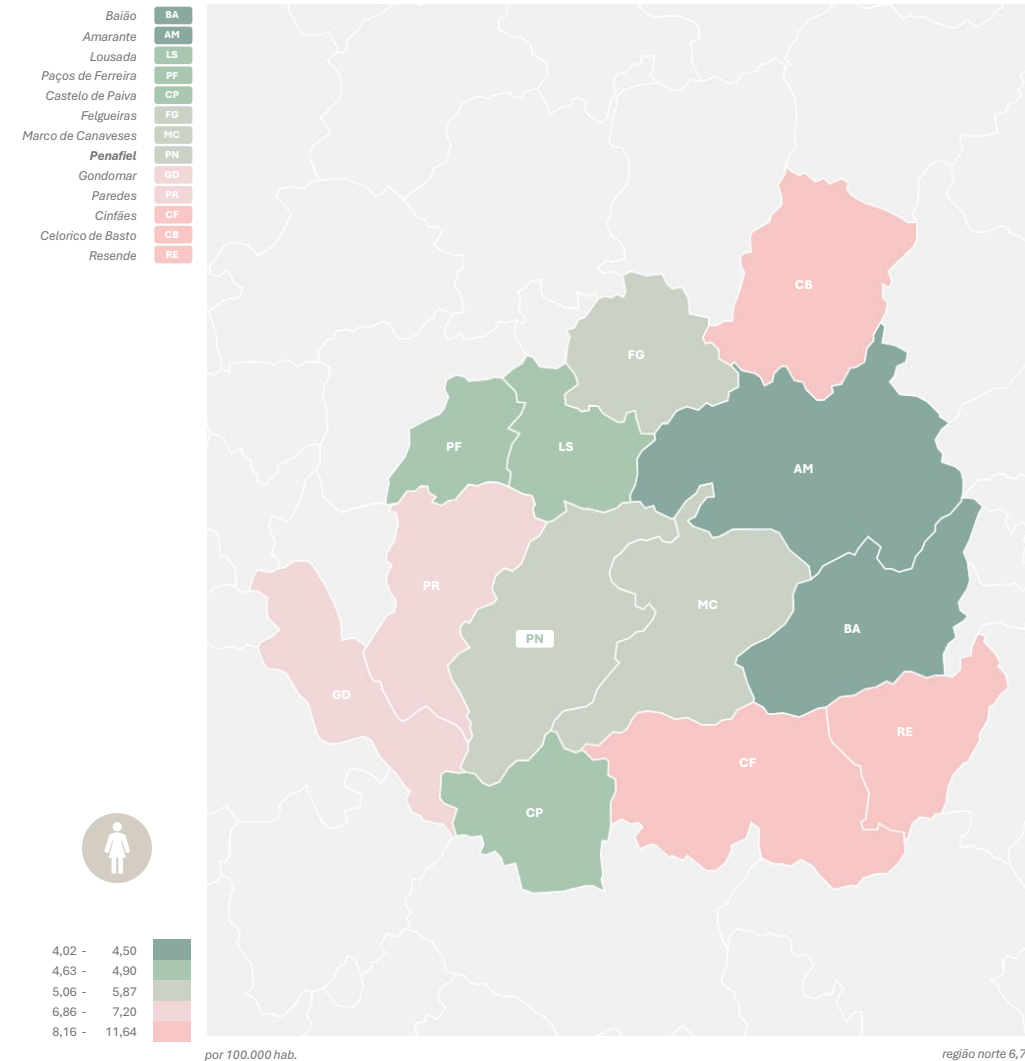
Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do cólon, de 5,9 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (6,7/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (6,2/100.000).

A análise das taxas de mortalidade padronizada prematura por tumores linfáticos e hematopoéticos, realça a importância do diagnóstico precoce e do acesso a tratamentos adequados. No caso dos tumores malignos do cólon, a variação nas taxas sublinha a necessidade de rastreio eficaz e medidas preventivas. Melhorar o acesso a cuidados de saúde e implementar estratégias específicas pode reduzir as desigualdades regionais e melhorar os resultados para os pacientes.



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do cólon, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.33



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do cólon, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.34

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Na taxa de mortalidade padronizada prematura por tumores malignos da junção rectossigmoideia, recto, ânus e canal anal, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram: Cinfães (17,3/100.000), Felgueiras (9,5/1000.000) e Castelo de Paiva (8,7/100.000) e os melhores municípios foram Paços de Ferreira (2,5/100.000) e Paredes (3,2/100.000) (Figura 3.35).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos da junção rectossigmoideia, recto, ânus e canal anal, de 5,1 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (5,8/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (6,2/100.000).

No sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Resende (4,4/100.000), Cinfães (4,2/1000.000) e Felgueiras (3,9/100.000) e os melhores municípios foram Castelo de Paiva e Marco de Canaveses com 0 mortes por 100.000 habitantes (Figura 3.36).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos da junção rectossigmoideia, recto, ânus e canal anal, de 2,9 mortes por 100.000 habitantes, valor igual ao registado na Região Norte (2,9/100.000) e inferior ao registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (2,4/100.000).

Na taxa de mortalidade padronizada prematura, por tumores malignos do rim, exceto pelve renal, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram: Felgueiras (4,9/100.000), Castelo de Paiva (4,7/1000.000) e Penafiel (3,3/100.000) e os melhores municípios foram: Celorico de Basto (0,0/100.000), Paços de Ferreira (0,0/100.000), Resende (0,0/100.000) e Amarante (0,7/100.000) (Figura 3.37).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do rim, exceto pelve renal, de 3,3 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (2,7/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (2,1/100.000).

No sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Paços de Ferreira (1,6/100.000) e Lousada (1,6/1000.000) e a maioria dos municípios teve uma taxa de 0 mortes por 100.000 habitantes (Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães, Penafiel e Resende) (Figura 3.38).

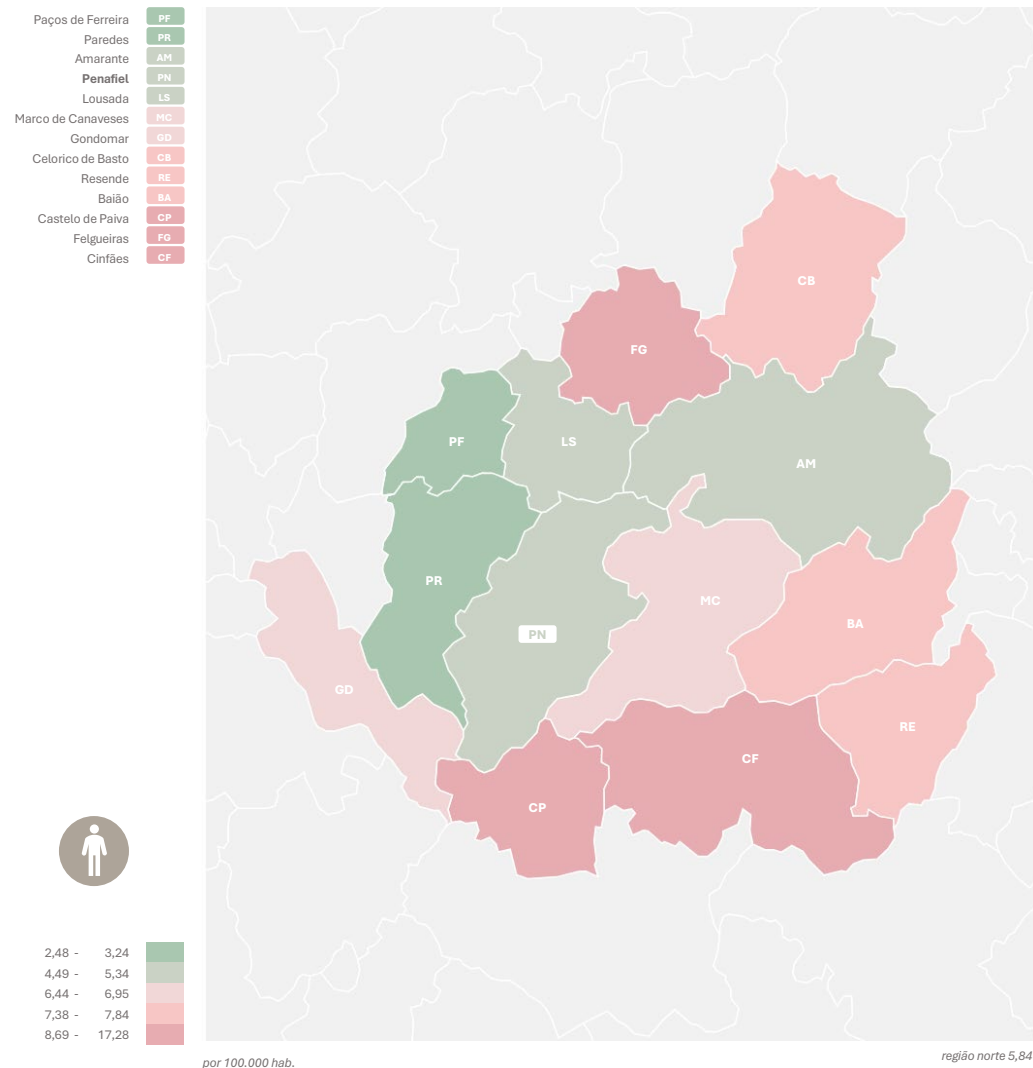
Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos do rim, exceto pelve renal, de 0,0 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (1,0/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (0,8/100.000).

Na taxa de mortalidade padronizada prematura, por tumores malignos da bexiga, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Felgueiras (6,4/100.000), Paredes (5,6/1000.000) e Gondomar (5,5/100.000) e os melhores municípios foram: Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães e Resende com 0 mortes por 100.000 habitantes. (Figura 3.39)

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos da bexiga, de 2,2 mortes por 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (4,2/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (3,9/100.000).

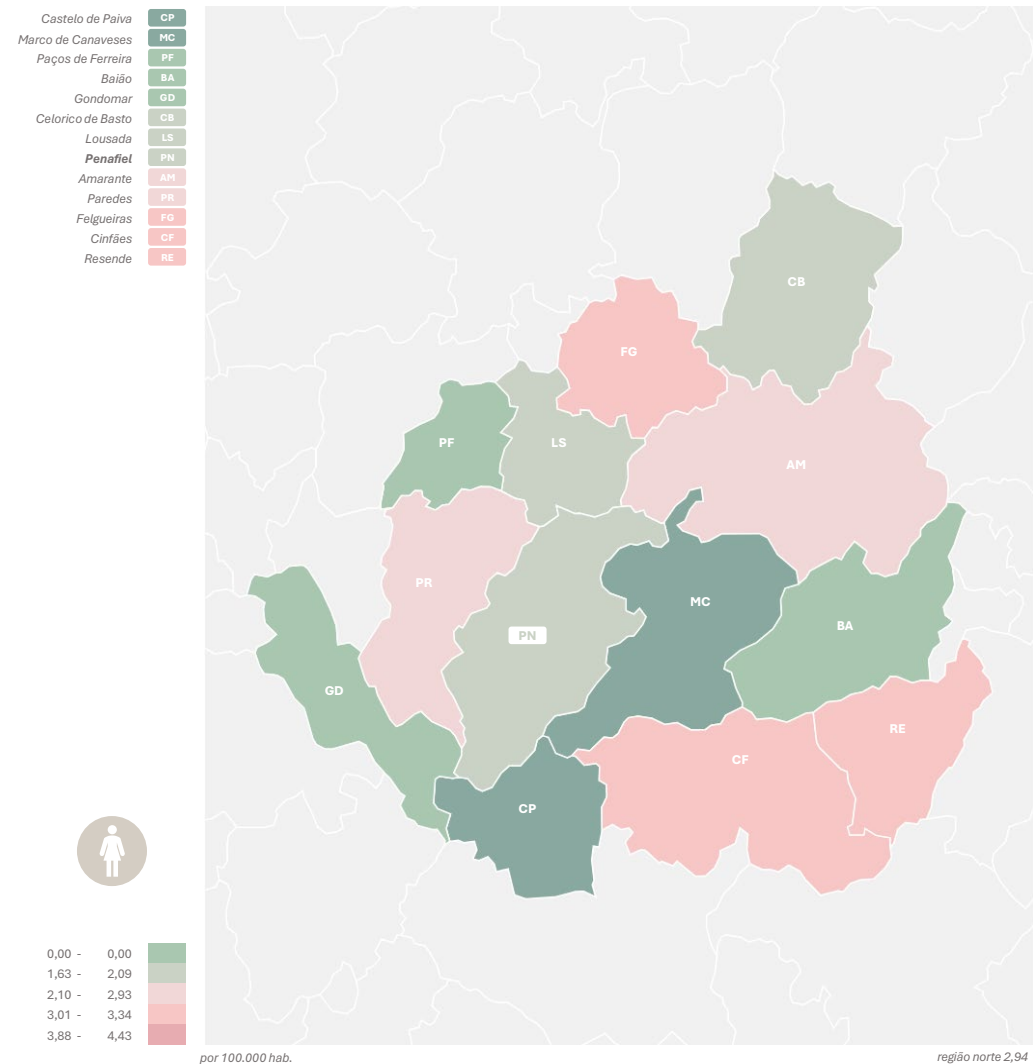
No sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Baião (6,4/100.000) e Paços de Ferreira (5,5/100.000) e os melhores municípios foram: Amarante, Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães, Lousada e Resende com 0 mortes por 100.000 habitantes (Figura 3.40).

Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por tumores malignos da bexiga, de 1,4 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (1,0/100.000) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (1,1/100.000).



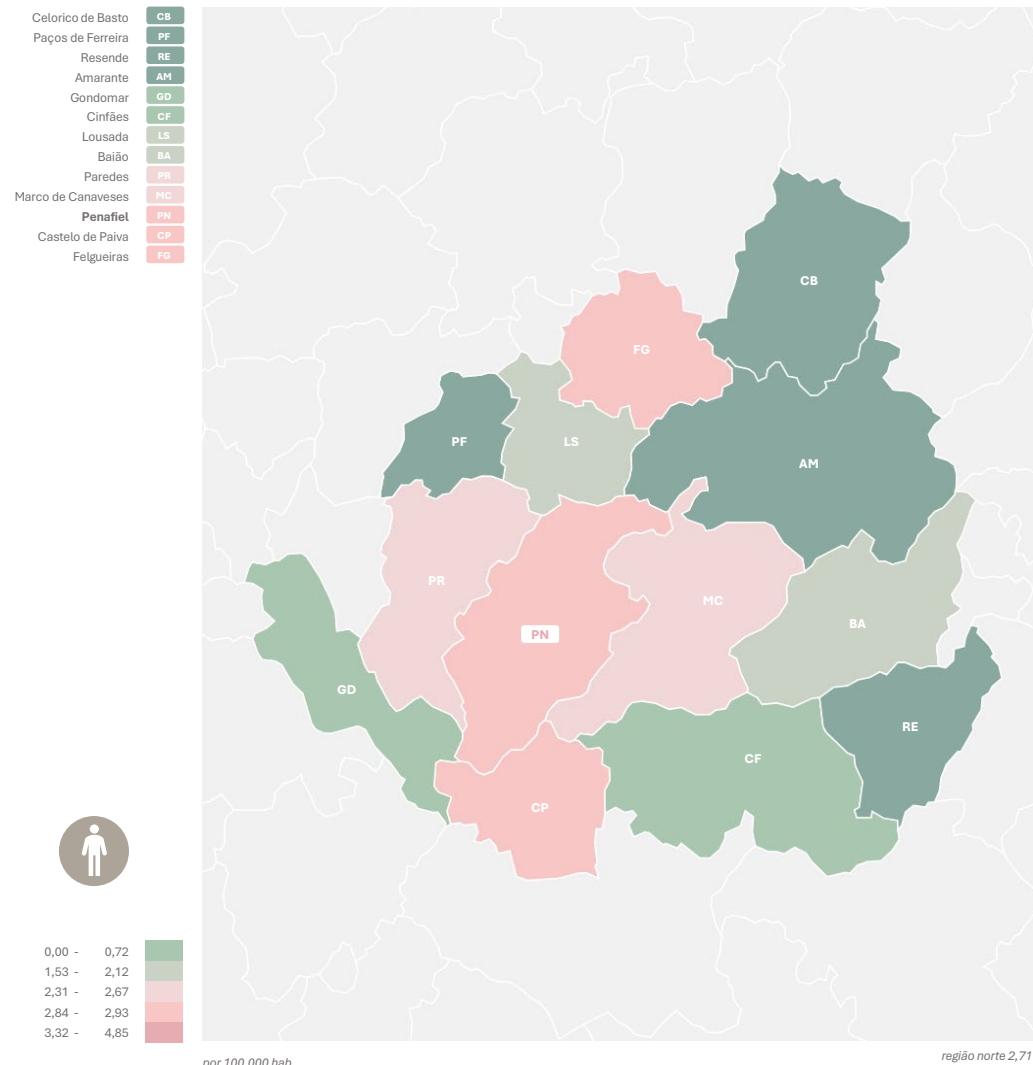
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da junção rectossigmoideia, recto, ânus e canal anal, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.35



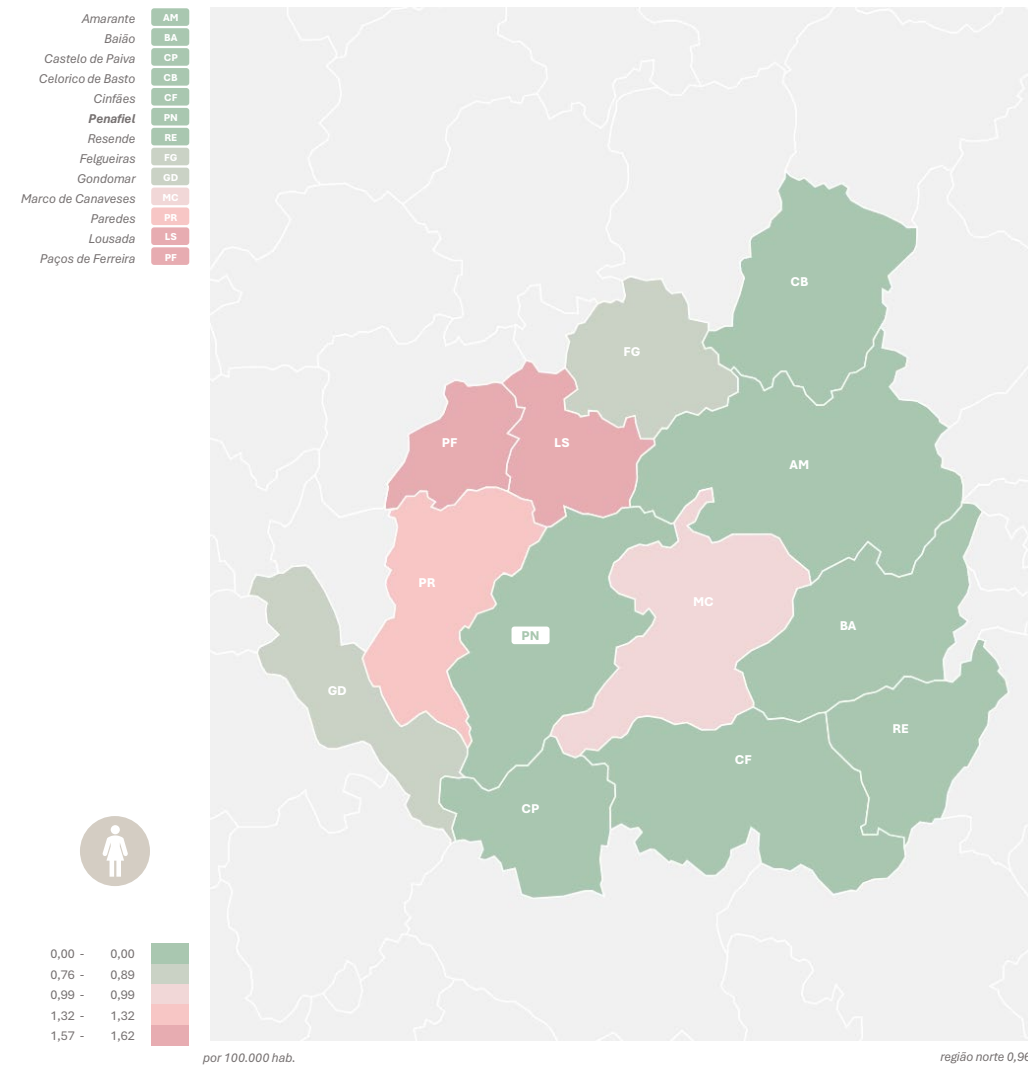
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da junção rectossigmoideia, recto, ânus e canal anal, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.36



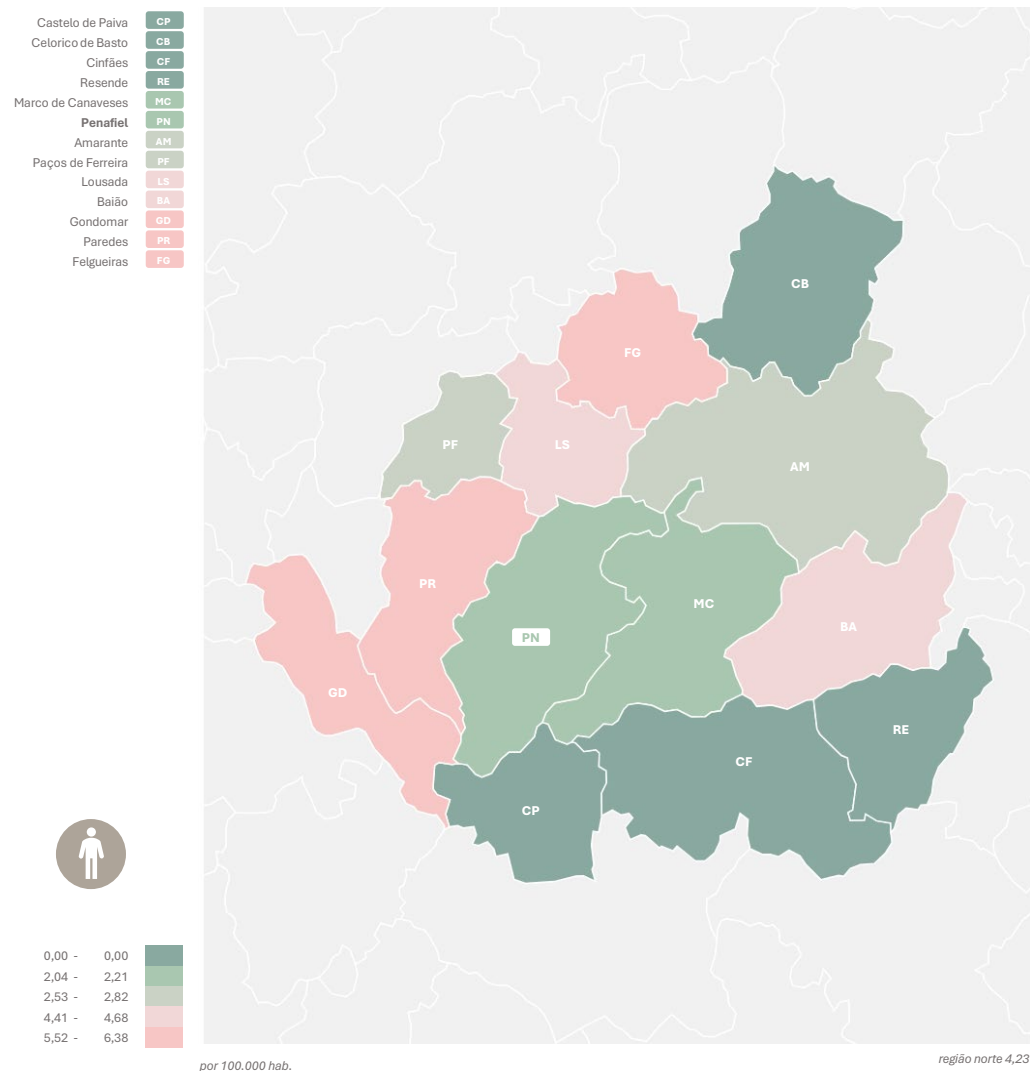
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do rim, exceto pelve renal, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.37



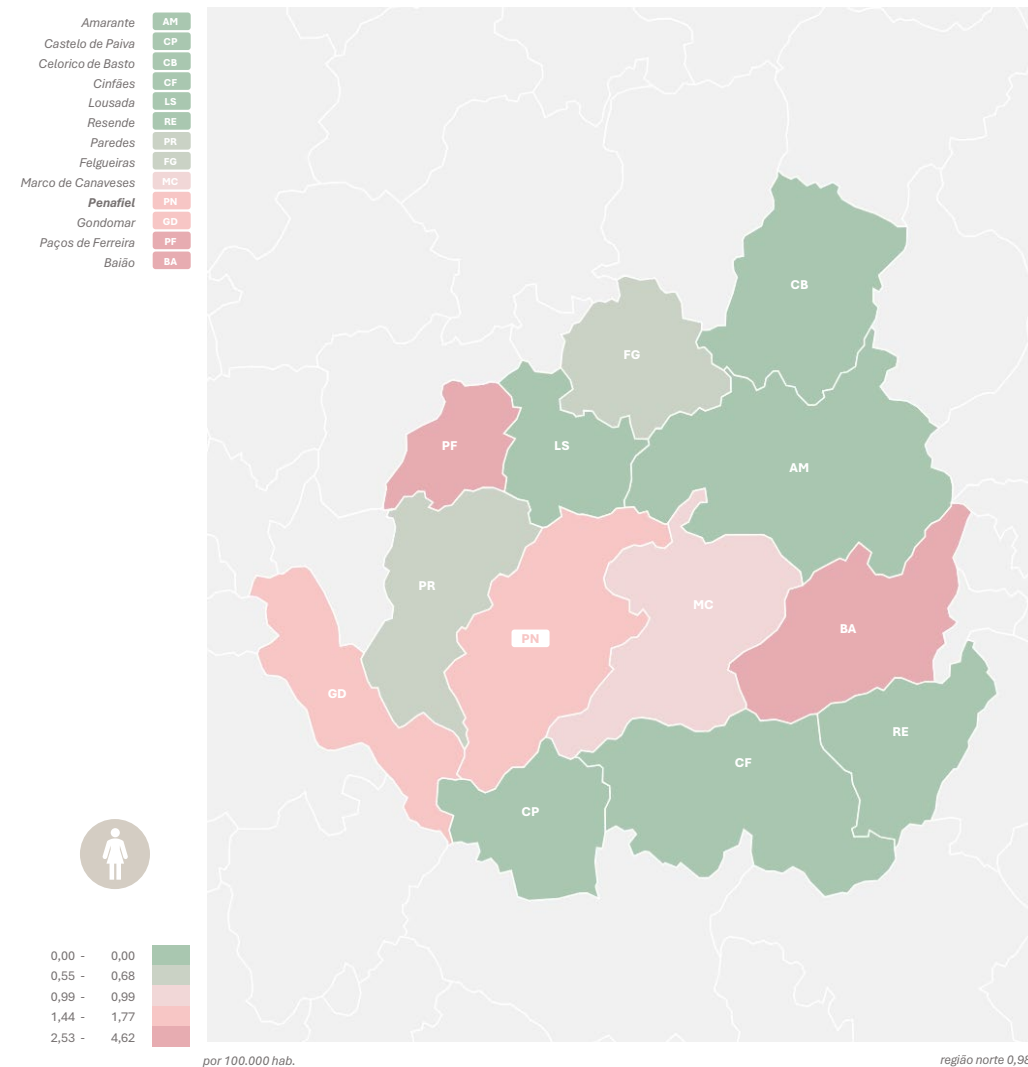
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do rim, exceto pelve renal, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.38



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da bexiga, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.39



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da bexiga, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.40

3.3.2 Doenças do Aparelho Circulatório

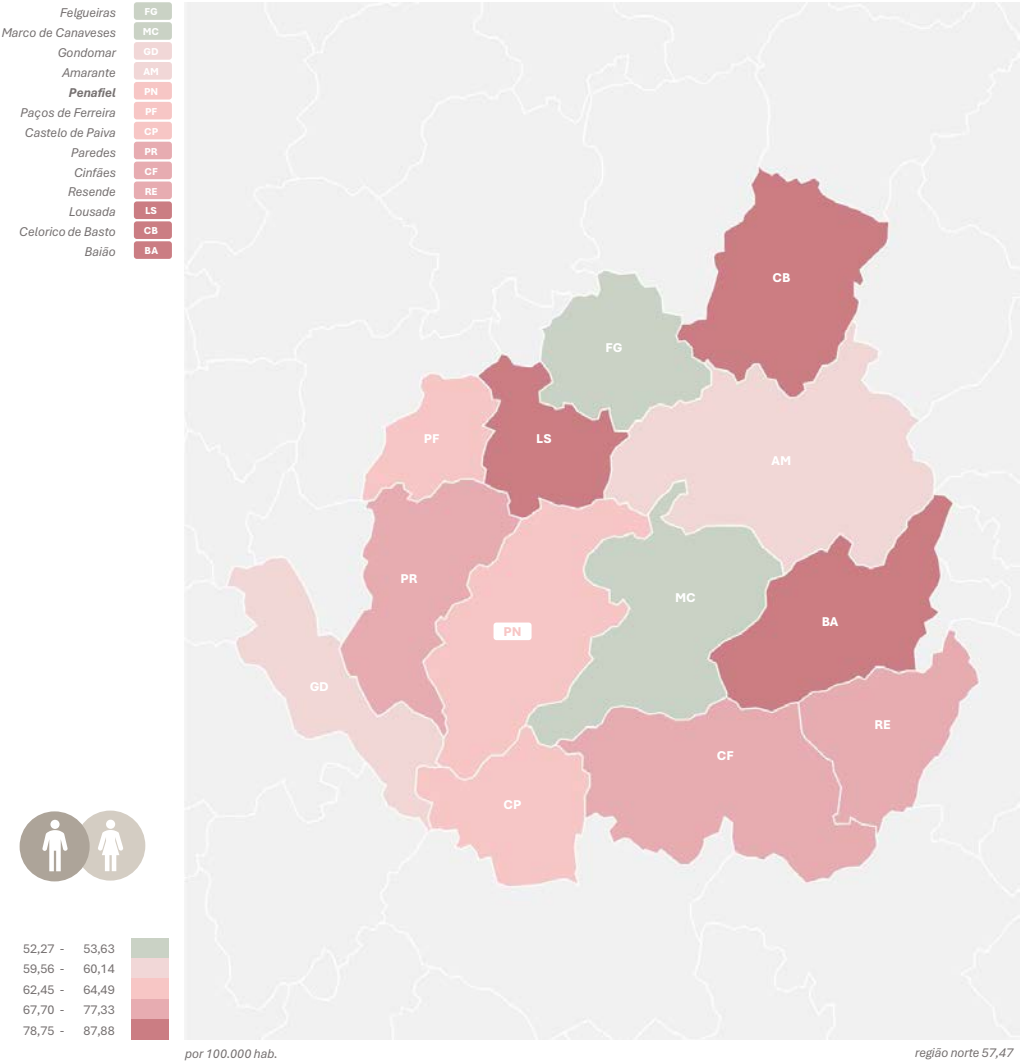
Na taxa de mortalidade padronizada prematura por doenças do aparelho circulatório, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Baião (87,9/100.000), Celorico de Basto (83,5/1000.000) e Lousada (78,8/100.000) e os melhores municípios foram Felgueiras (52,3/100.000) e Marco de Canaveses (53,6/100.000). Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no quinquénio 2017-2021, por doenças do aparelho circulatório, de 62,5 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (57,5/100.000) e inferior ao registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (63,6/100.000) (Figura 3.41).

Na taxa de mortalidade padronizada prematura, por doenças do aparelho circulatório, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Baião (121,5/100.000), Lousada (120,8/1000.000) e Celorico de Basto (118,6/100.000) e os melhores municípios foram Marco de Canaveses (74,2/100.000) e

Felgueiras (74,8/100.000) (Figura 3.42).

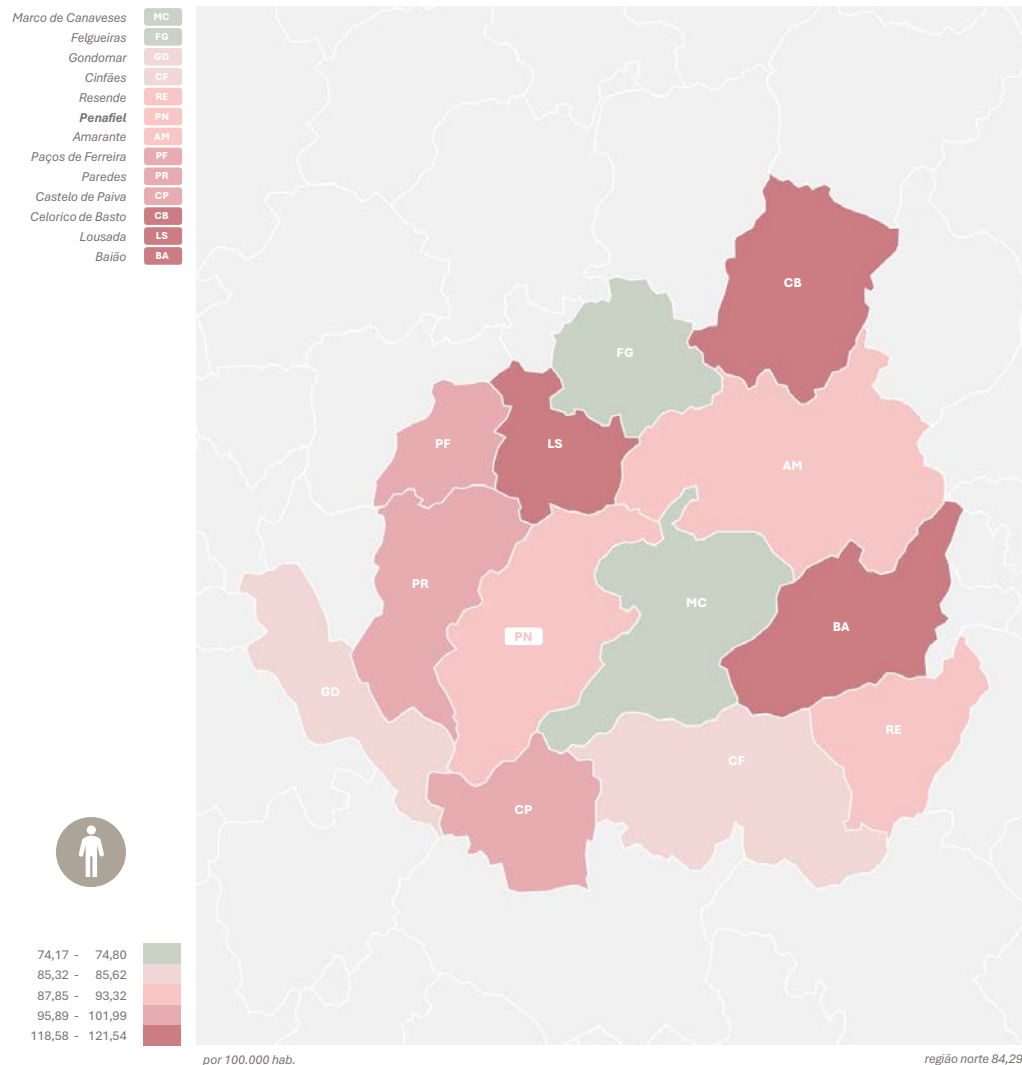
Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo masculino, no quinquénio 2017-2021, por doenças do aparelho circulatório, de 91,5 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (84,3/100.000) e inferior ao registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (92,5/100.000).

No sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, município de Gondomar, e município de Paredes, os municípios com maior mortalidade foram Resende (67,6/100.000), Baião (58,1/1000.000) e Cinfães(53,5/100.000) e os melhores municípios foram Castelo de Paiva (29,0/100.000) e Amarante (30,3/100.000) (Figura 3.43). Penafiel teve uma taxa de mortalidade padronizada prematura, no sexo feminino, no quinquénio 2017-2021, por doenças do aparelho circulatório, de 36,5 mortes por 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (34,0/100.000) e inferior ao registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (37,8/100.000).



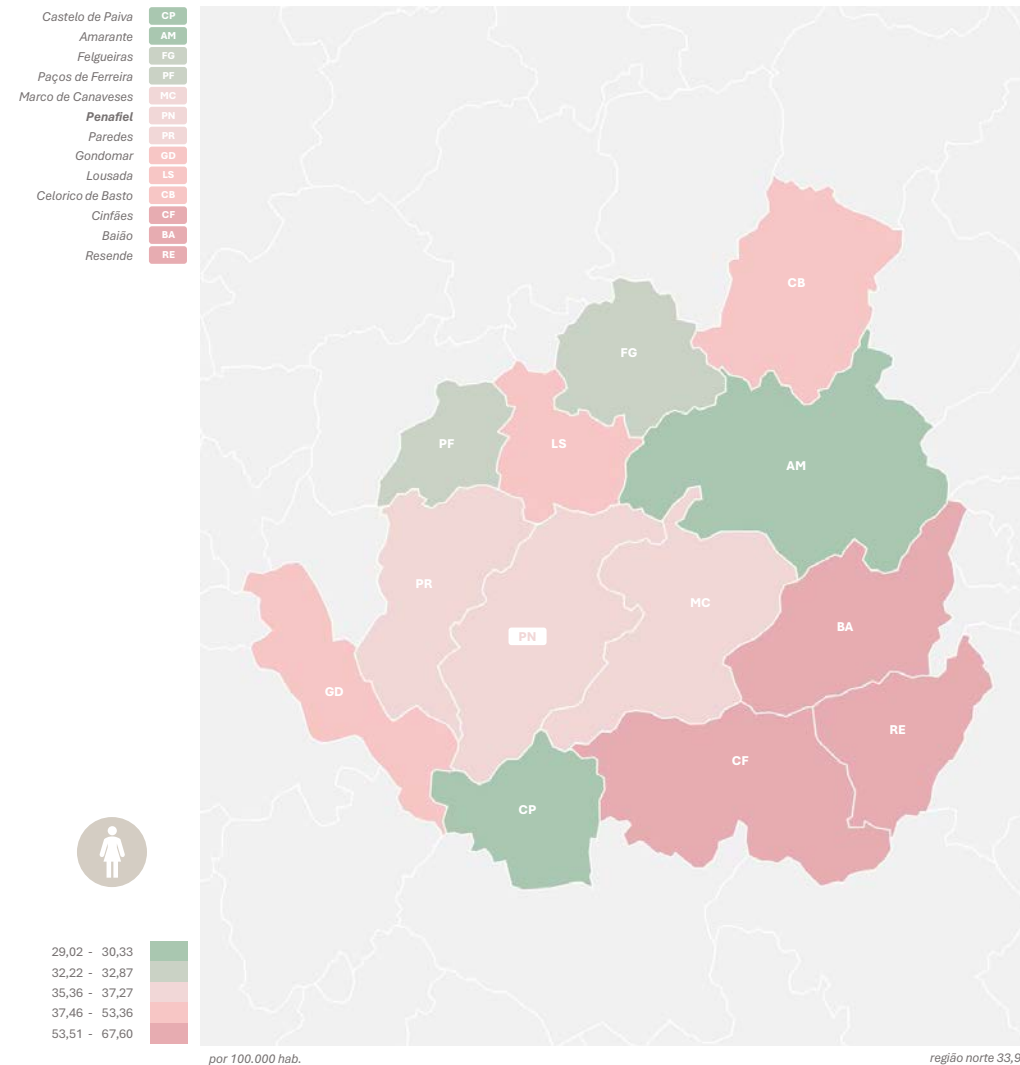
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho circulatório, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021

Figura 3.41



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho circulatório, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.42



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho circulatório nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.43

Em relação a doenças específicas cardiovasculares, no ACeS Vale do Sousa Sul, no ano de 2021, no sexo masculino, existe uma taxa de 194,9 utentes com diagnóstico de hipertensão, por cada 1.000 inscritos, e 227,2 utentes com o diagnóstico de hipertensão por cada 1.000 utentes, no sexo feminino, valor superior com significância estatística à média da Região Norte, especialmente no sexo feminino. Para acidente vascular cerebral, no sexo masculino, o valor é significativamente superior ao da Região Norte, enquanto no sexo feminino, está dentro da média da Região Norte (Figura 3.44).

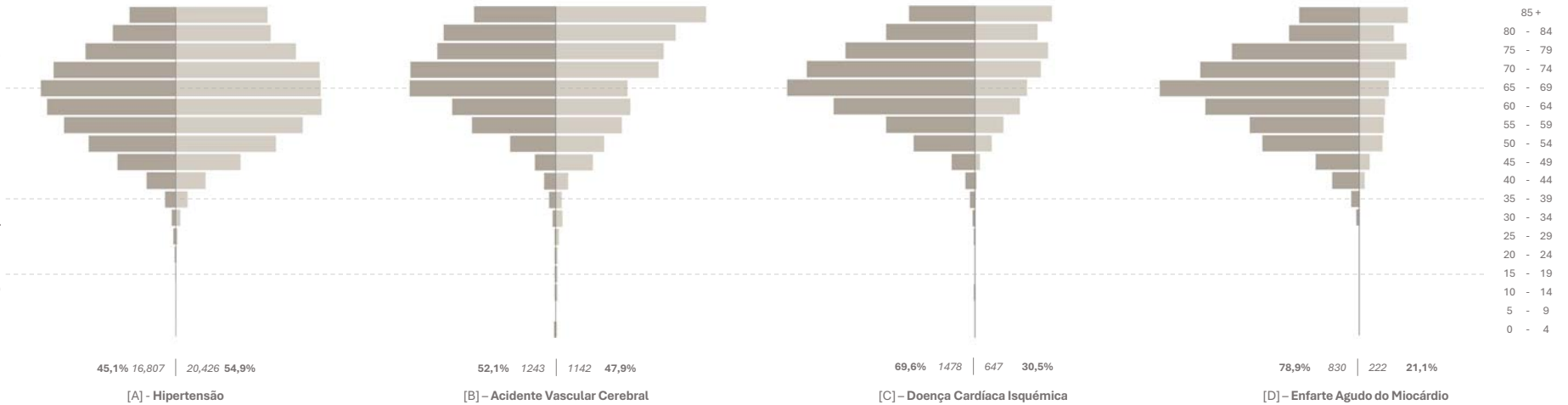
A doença cardíaca isquémica no sexo masculino é significativamente inferior ao da Região Norte, enquanto no sexo feminino está dentro da média da Região Norte. Relativamente ao diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio, é significativamente superior à média da Região Norte, no sexo feminino, enquanto no sexo masculino está dentro da média da Região Norte.

Olhando para as pirâmides, podemos evidenciar que os diagnósticos são mais frequentes na idade idosa, mais predominante no sexo masculino, à exceção da hipertensão (Figura 3.45).



Prevalência e posição relativa da taxa de morbilidade padronizada do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças cardiovasculares [A-D], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.44



Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças cardiovasculares [A-D], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.45

Em relação ao diagnóstico de hipertensão, no sexo masculino, na maioria dos ACeS, observou-se um aumento de diagnósticos de hipertensão. Os ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo (79,9%) e ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte (Paços de Ferreira, Lousada e Felgueiras) (68,4%) foram os que tiveram o maior aumento de diagnósticos de hipertensão. Em contraste, os ACeS com os melhores valores foram o ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa (11,1%) e o ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca (33,7%). No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada por hipertensão aumentou 47,0%, valor superior ao registado na Região Norte (44,1%) (Figura 3.46).

No diagnóstico de hipertensão, no sexo feminino, na maioria dos ACeS, observou-se uma diminuição de diagnósticos de hipertensão, à exceção dos ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira) (14,3%) e ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses e Resende) (2,7%). O ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo diminuiu -11,8%, o que teve uma maior redução em relação aos outros ACeS. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada por hipertensão diminuiu -4,8%, valor superior ao registado na Região Norte (-5,1%) (Figura 3.47).

Relativamente ao diagnóstico de acidente vascular, no sexo masculino, na maioria dos ACeS, observou-se um aumento de diagnósticos de acidente vascular, à exceção do ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa (-6,6%). Os ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo (64,5%) e ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (38,4%) foram os que tiveram o maior aumento de diagnósticos de acidente vascular. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada por acidente vascular aumentou 1,1%, valor inferior ao registado na Região Norte (18,8%) (Figura 3.48).

Quanto ao diagnóstico de acidente vascular, no sexo feminino, na maioria dos ACeS, observou-se uma diminuição de diagnósticos de acidente vascular, à exceção dos ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira) (3,5%). O ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca foi o que teve uma maior redução de diagnósticos de acidente vascular (-22,5%). No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada por acidente vascular diminuiu -18,5%, valor inferior ao registado na Região Norte (-7,3%) (Figura 3.49).

Relativamente ao diagnóstico de doença cardíaca isquémica, no sexo masculino, observou-se um aumento de diagnósticos em todos os ACeS. Os

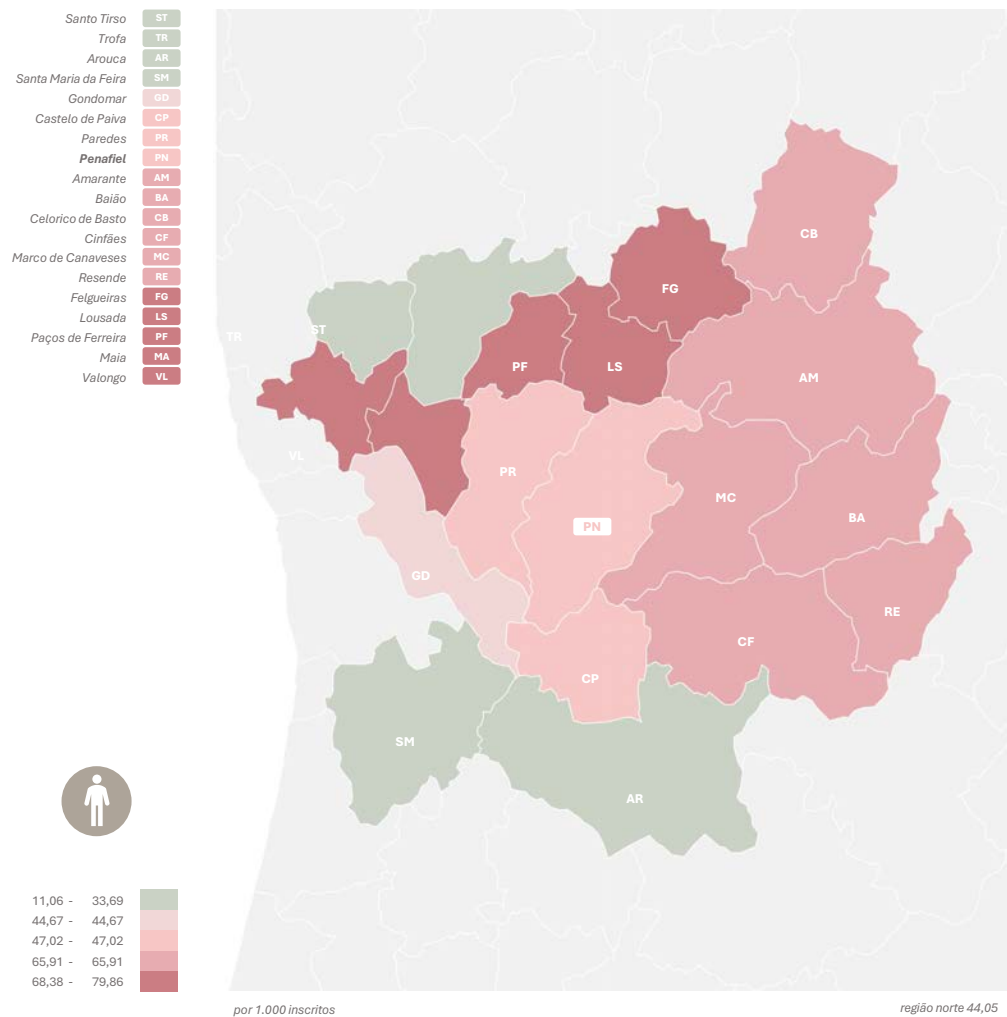
ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo (93,6%) e o ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca (70,5%) foram os que tiveram o maior aumento de diagnósticos de doença cardíaca isquémica. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada, por doença cardíaca isquémica, aumentou 38,4%, valor inferior ao registado na Região Norte (61,4%) (Figura 3.50).

Em respeito ao diagnóstico de doença cardíaca isquémica, no sexo feminino, observou-se uma redução de diagnósticos em todos os ACeS à exceção dos ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira) (9,8%) e ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca (2,1%). No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada por doença cardíaca isquémica diminuiu -10,9%, sendo o ACeS que mais reduziu em comparação com os outros ACeS, e com um valor inferior ao registado na Região Norte (-0,8%) (Figura 3.51).

No diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio, no sexo masculino, observou-se um aumento de diagnósticos em todos os ACeS. Os ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo (92,2%) e ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses e Resende) (90,0%) foram os que tiveram o maior aumento de diagnósticos de enfarte agudo do miocárdio. No

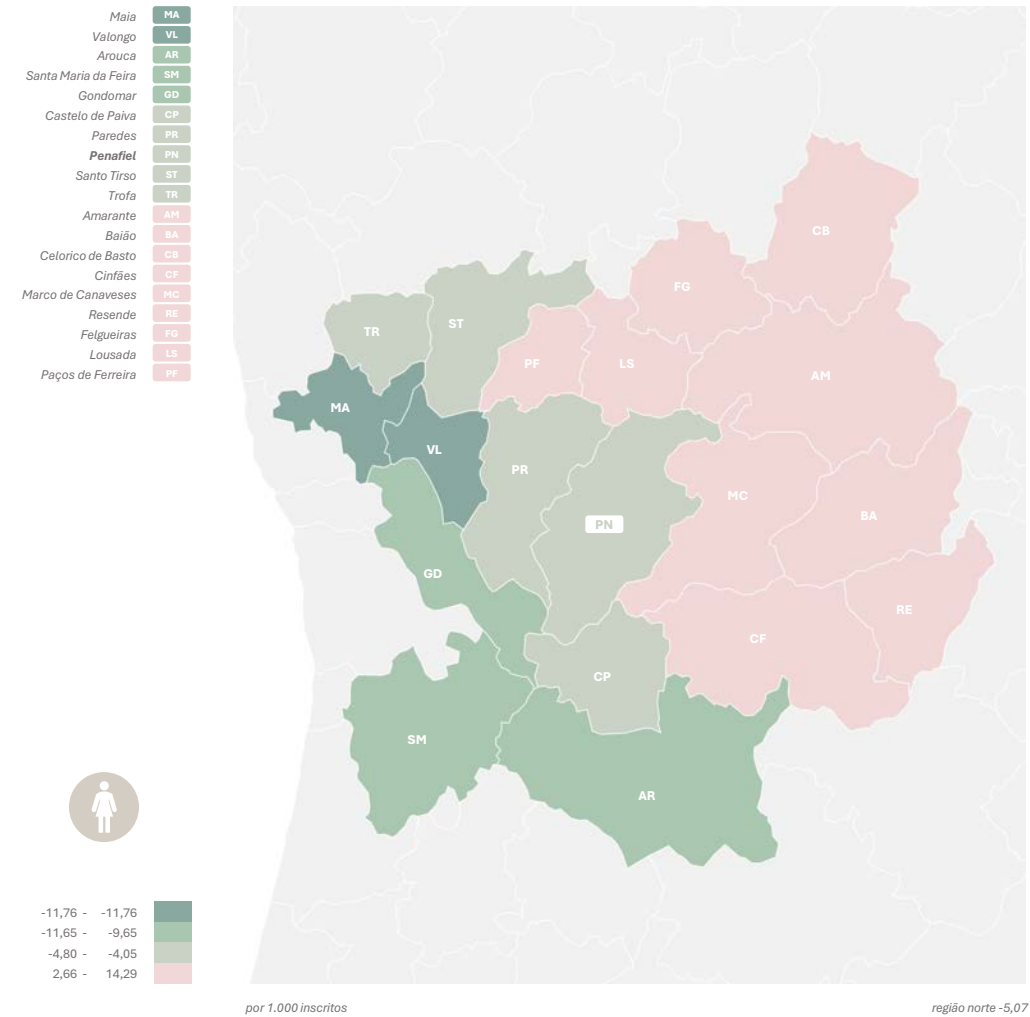
ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada por enfarte agudo do miocárdio aumentou 27,2%, valor inferior ao registado na Região Norte 49,6% (Figura 3.52).

Quanto ao diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio, no sexo feminino, observou-se uma redução de diagnósticos na maioria dos ACeS, à exceção dos ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses e Resende) (29,8%), ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira) (24,3%) e ACeS Grande Porto I – Santo Tirso / Trofa (3,0%), que foram os que tiveram o maior aumento de diagnósticos de enfarte agudo do miocárdio. O ACeS cuja taxa de morbilidade padronizada reduziu mais entre 2013 e 2021, foi o ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca, com uma redução de -17,1%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada por enfarte agudo do miocárdio diminuiu -8,9%, valor inferior ao registado na Região Norte (-0,3%) (Figura 3.53).



Variação da taxa de morbilidade padronizada por hipertensão do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

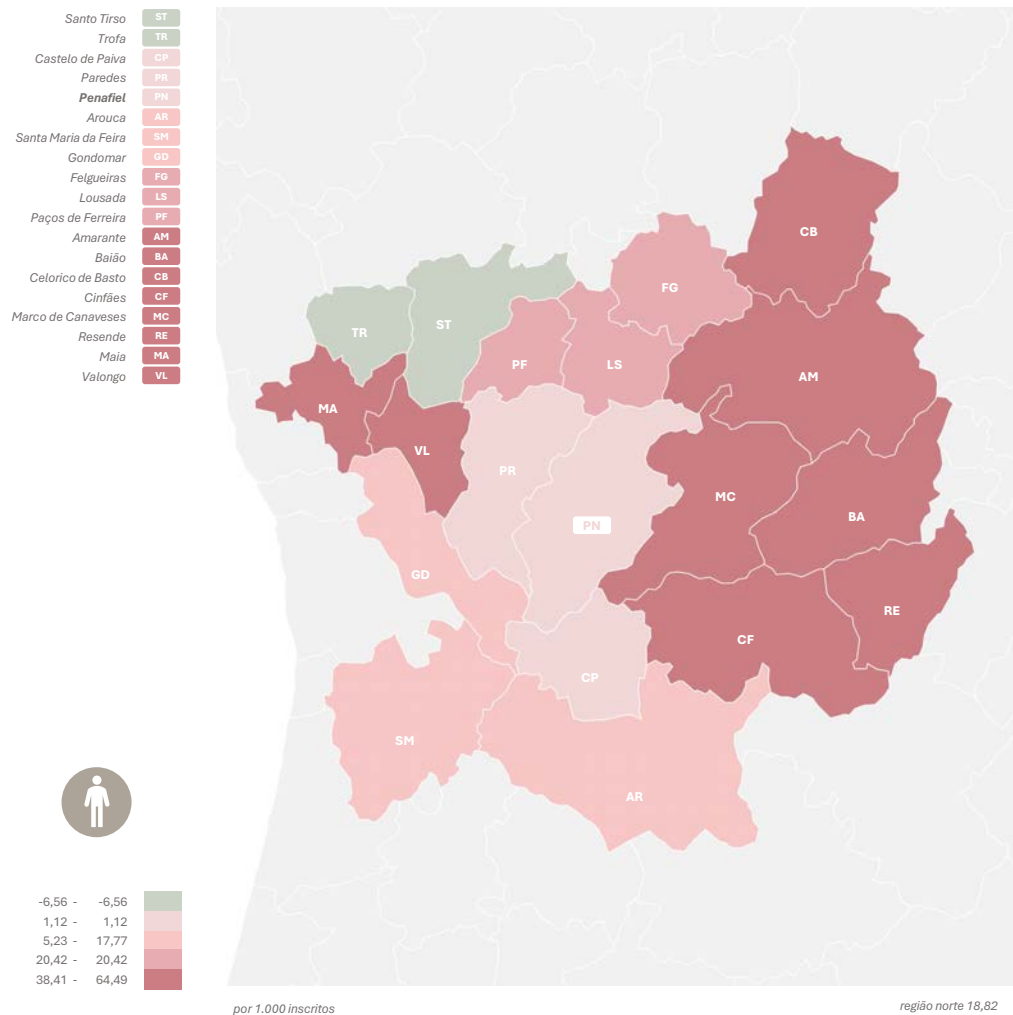
Figura 3.46



Variação da taxa de morbilidade padronizada por hipertensão do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

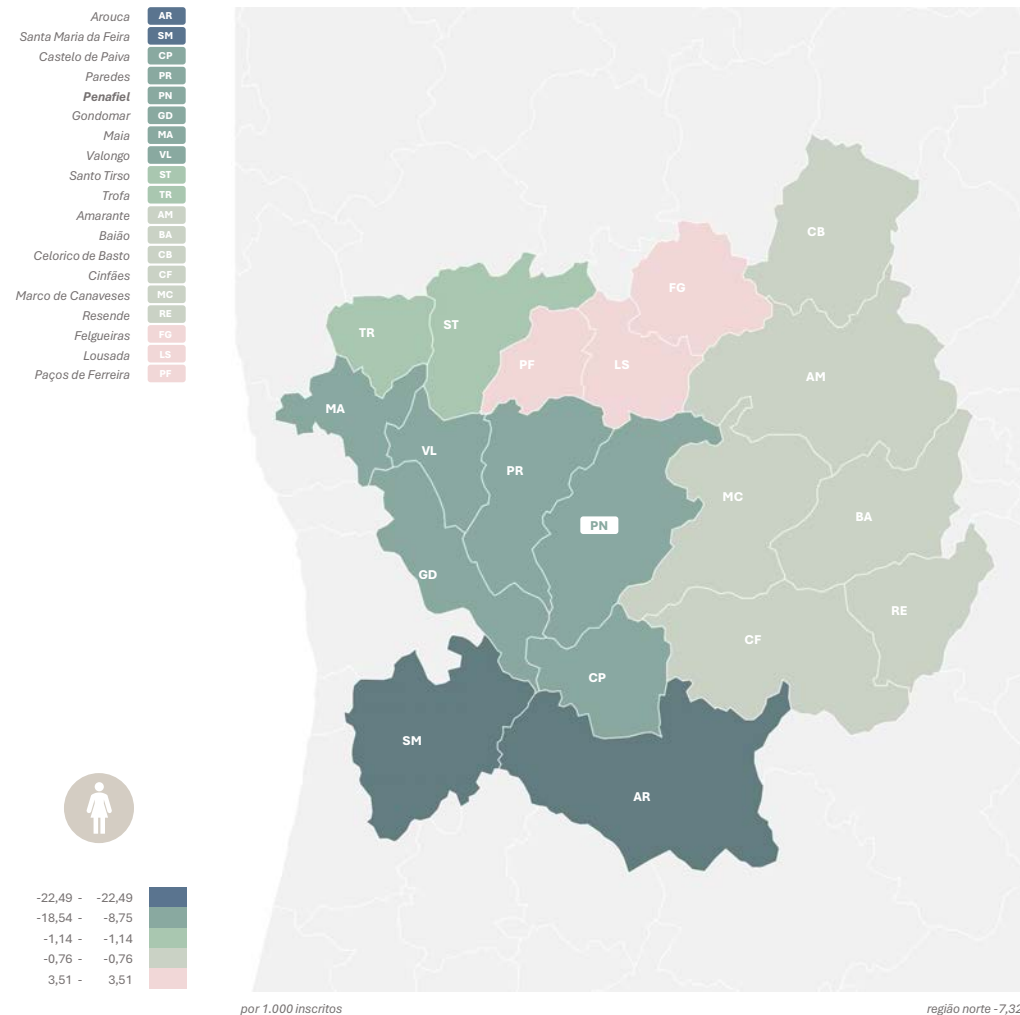
Figura 3.47

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Variação da taxa de morbilidade padronizada por trombose/acidente vascular do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

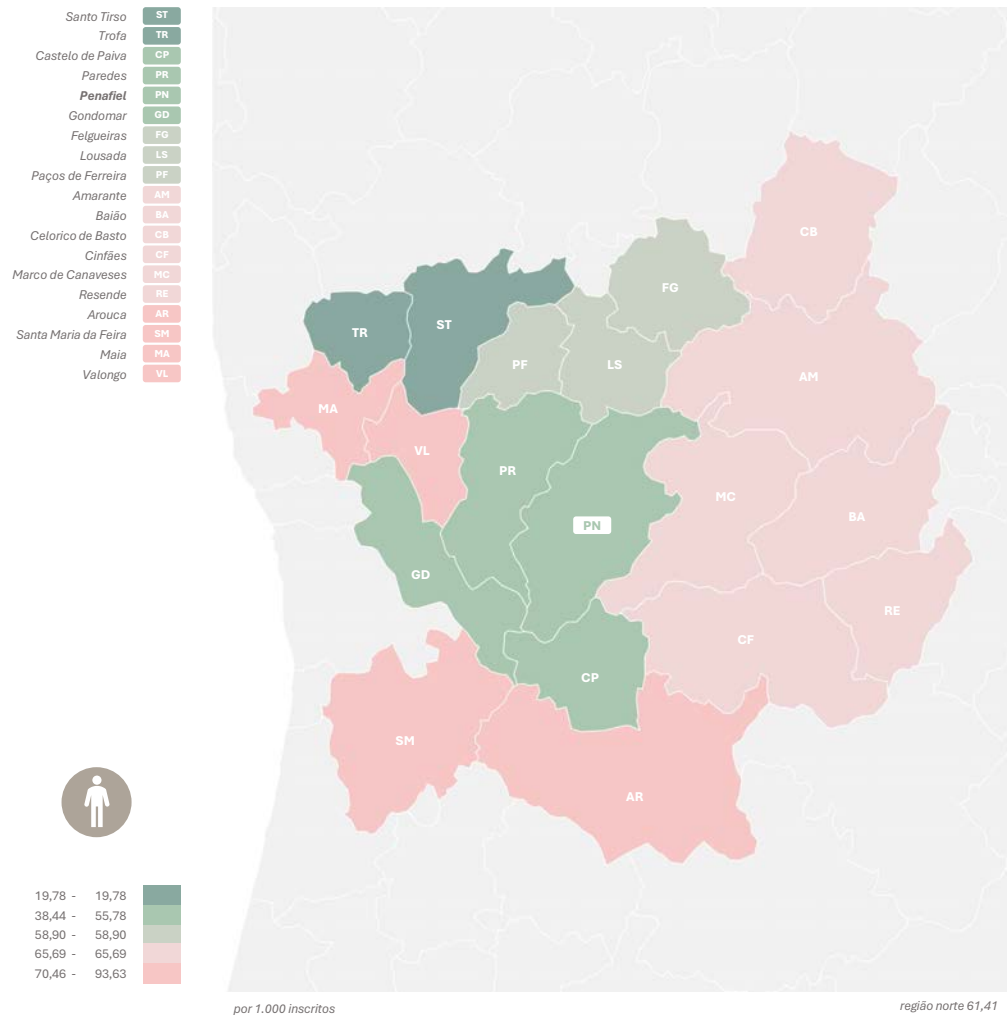
Figura 3.48



Variação da taxa de morbilidade padronizada por trombose/acidente vascular do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

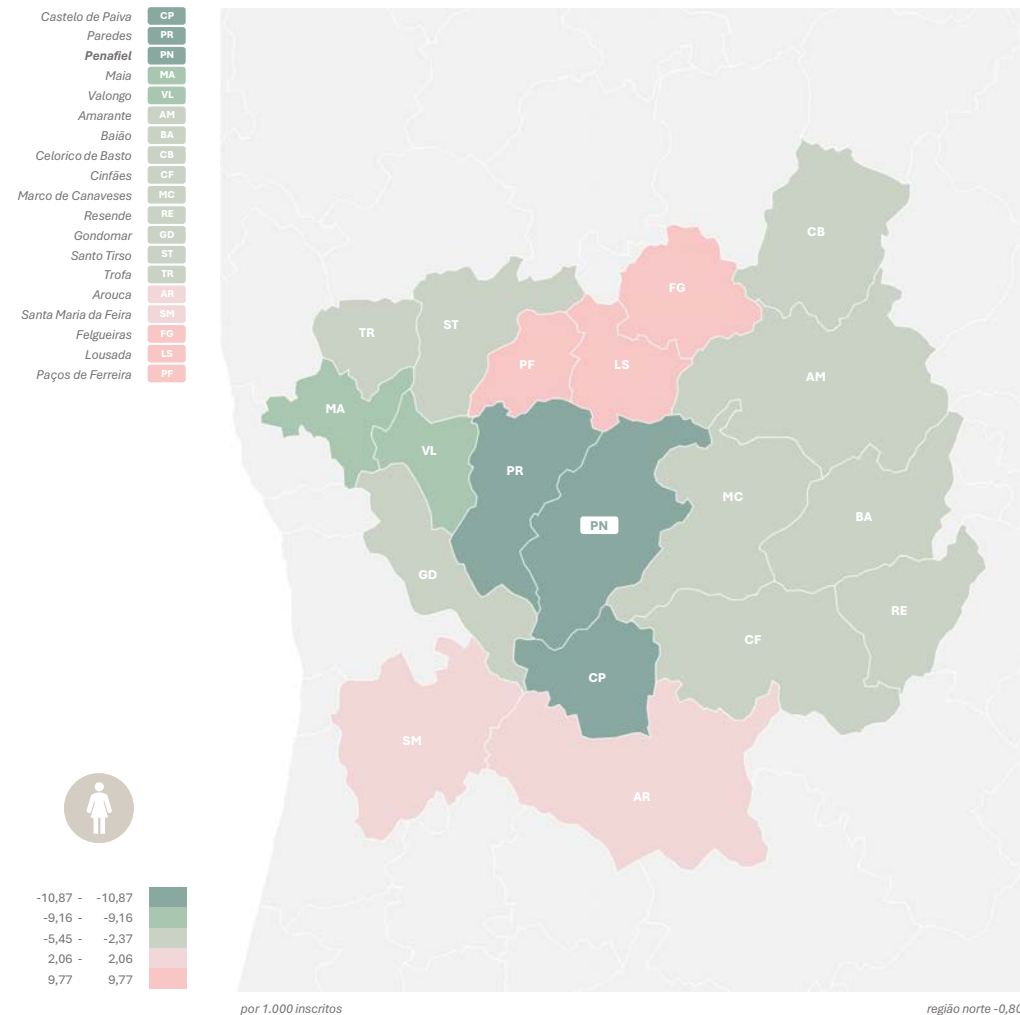
Figura 3.49

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Variação da taxa de morbilidade padronizada por doença cardíaca isquémica do ACoS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACoS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

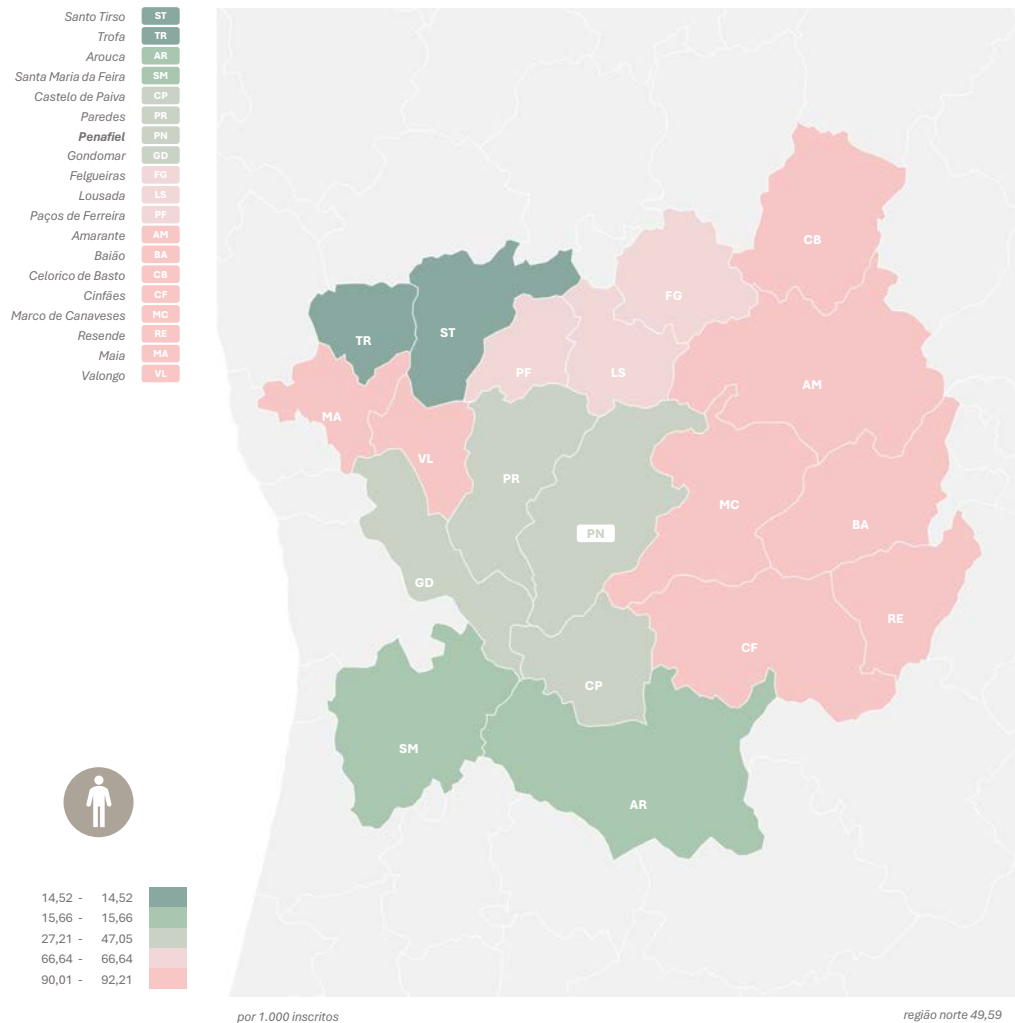
Figura 3.50



Variação da taxa de morbilidade padronizada por doença cardíaca isquémica do ACoS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACoS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

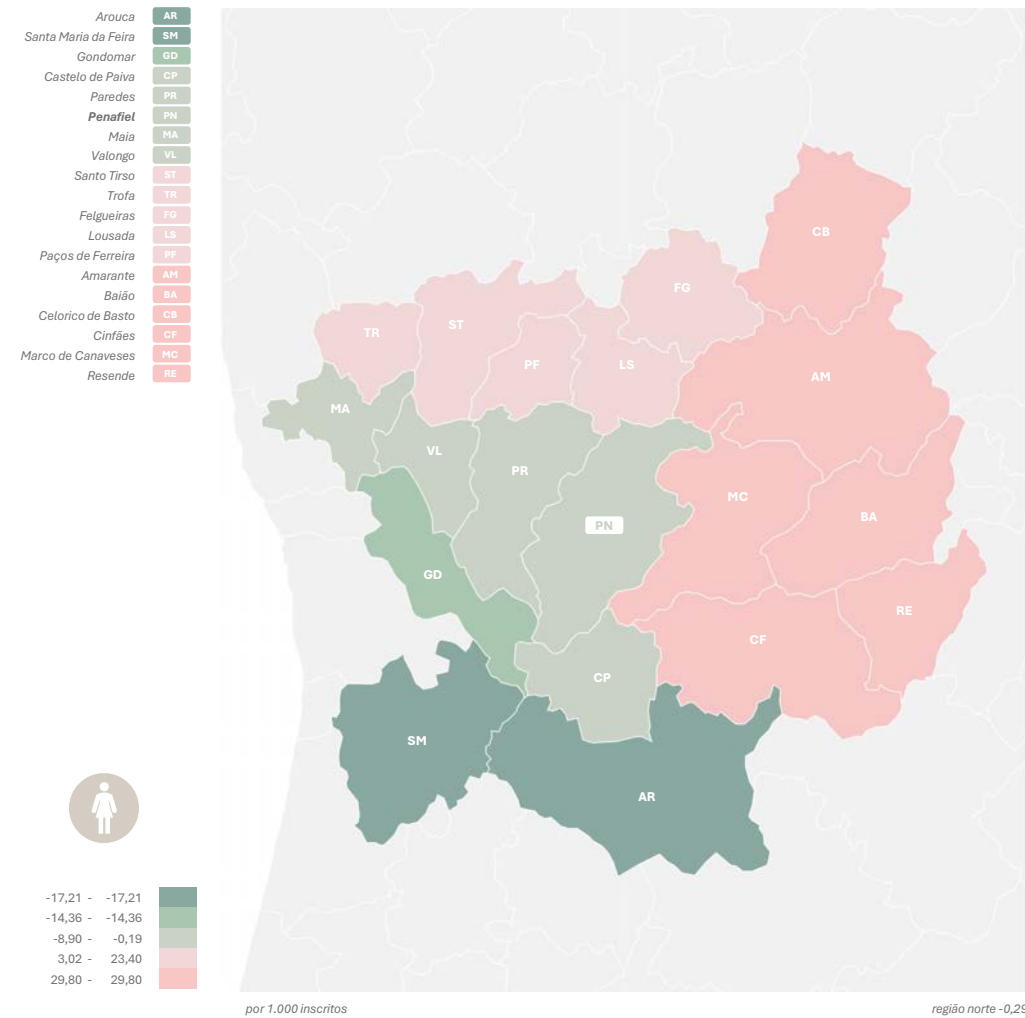
Figura 3.51

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Variação da taxa de morbilidade padronizada por enfarte agudo do miocárdio do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.52



Variação da taxa de morbilidade padronizada por enfarte agudo do miocárdio do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

Figura 3.53

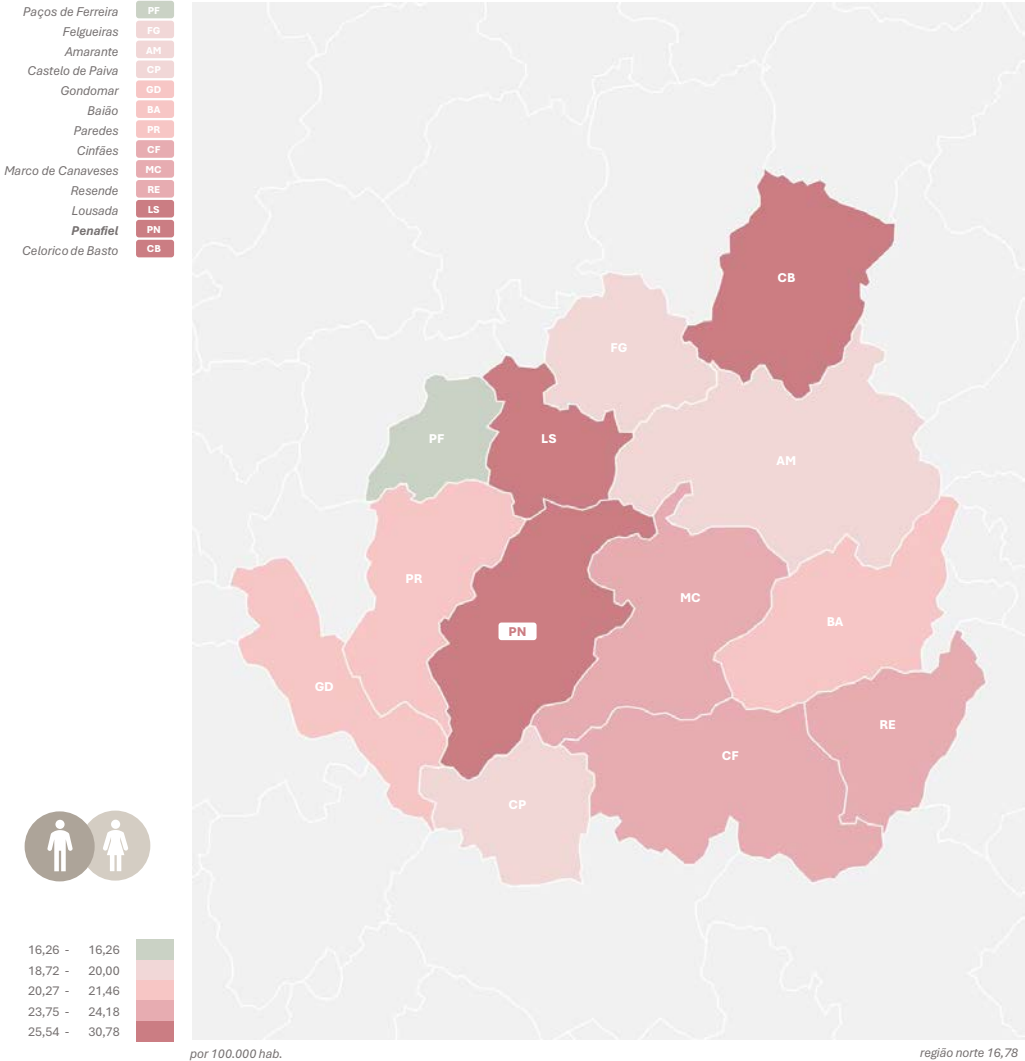
Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

3.3.3 Doenças do Aparelho Respiratório

A taxa de mortalidade prematura quinquenal, por doenças do aparelho respiratório, no município de Penafiel no quinquénio de 2017-2021, foi uma das mais elevadas, com uma taxa de 29,2 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (16,8) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (21,9). Os municípios com maior mortalidade foram Celorico de Basto (30,8), Penafiel (29,2) e Lousada (25,5). O município com menor mortalidade foi Paços de Ferreira com 16,3 mortes por cada 100.000 habitantes (Figura 3.54). No sexo masculino, Penafiel teve uma das taxas mais elevadas, de 49,2 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (26,5) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (33,4). Os municípios com maior mortalidade foram Celorico de Basto (51,0), Penafiel (49,2) e Resende (47,1) e os com menor mortalidade foram Castelo de Paiva e Felgueiras com 19,5 mortes por cada 100.000 habitantes e 26,0 mortes por cada 100.000 habitantes, respetivamente (Figura 3.55). No sexo feminino, Penafiel teve uma taxa de 11,1 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (8,4) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o

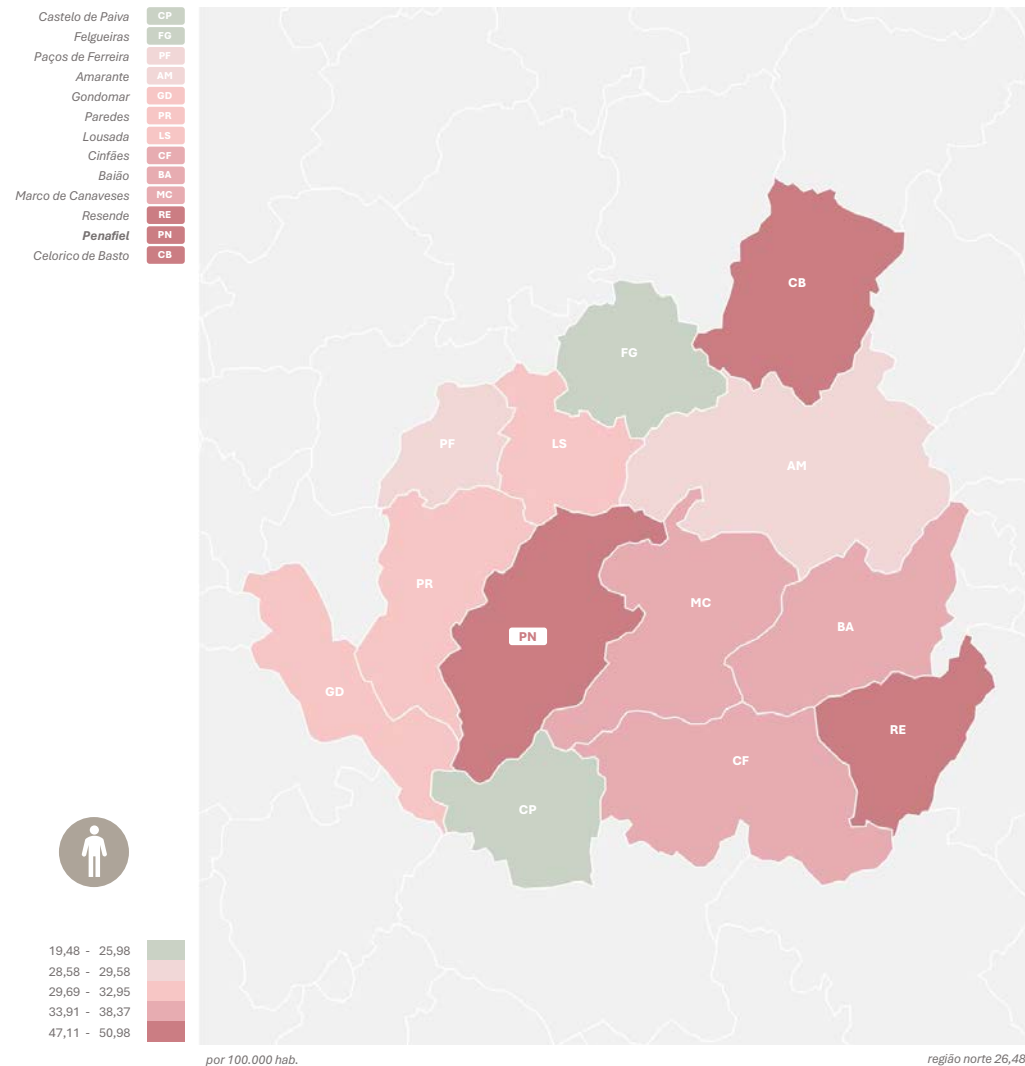
município de Paredes (11,7). Os municípios com maior mortalidade foram Castelo de Paiva (20,3), Lousada (18,9) e Cinfães (14,4). Os municípios com menor mortalidade foram Resende e Paços de Ferreira com 3,7 mortes por cada 100.000 habitantes e 5,2 mortes por cada 100.000 habitantes, respetivamente (Figura 3.56).

A mortalidade prematura por doenças crónicas das vias aéreas inferiores, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, no sexo masculino, foi de 10,9 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (8,9) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (9,6). Os municípios com maior mortalidade foram Celorico de Basto (16,3), Resende (16,2) e Gondomar (11,5) e os com menor mortalidade foram Castelo de Paiva (0,0), Cinfães (6,4) e Felgueiras (7,2) (Figura 3.57). No sexo feminino, foi de 2,0 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (1,9) e inferior ao registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (2,3). Os municípios com maior mortalidade foram Castelo de Paiva (5,3), Celorico de Basto (4,2) e Felgueiras (4,0) e os com menor mortalidade foram Cinfães e Resende, com 0 mortes por 100.000 habitantes (Figura 3.58).



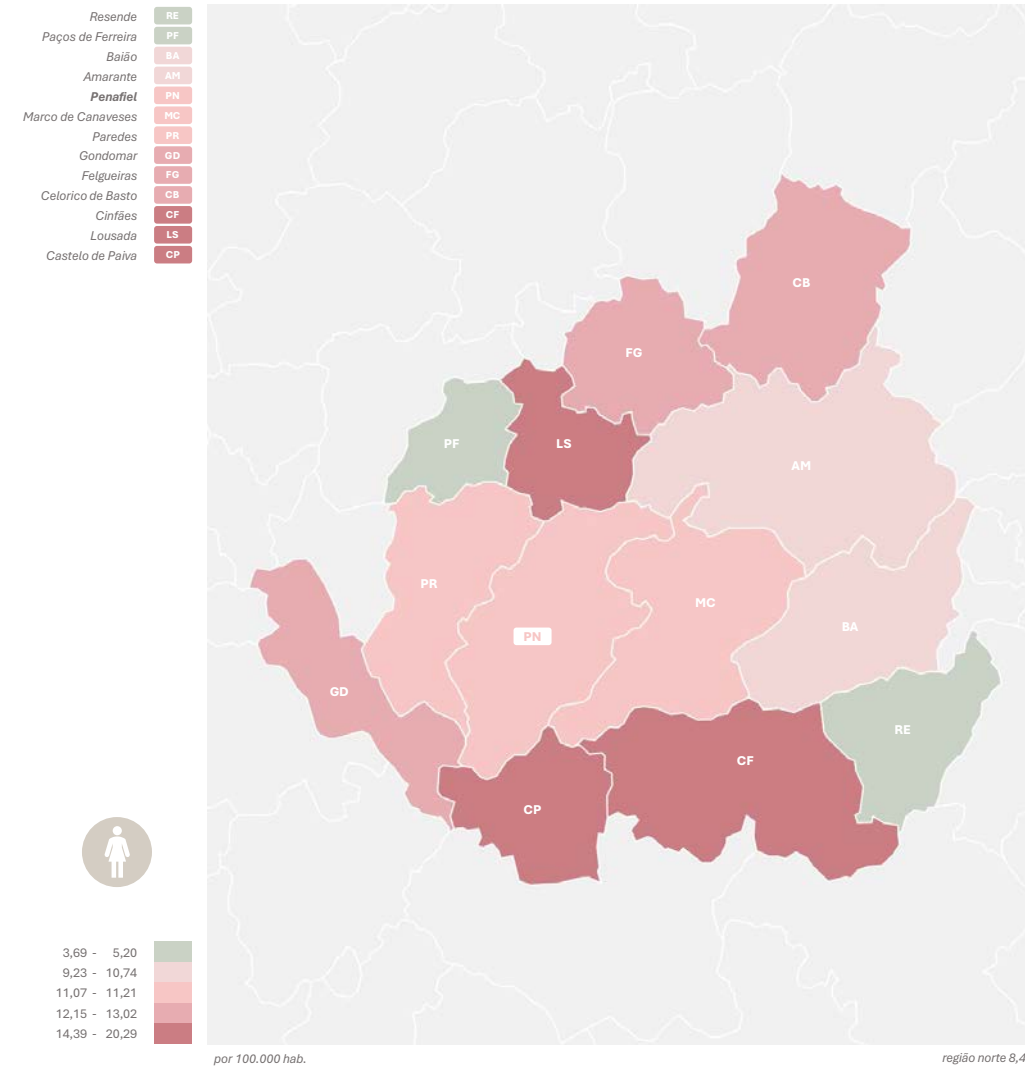
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho respiratório, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021

Figura 3.54



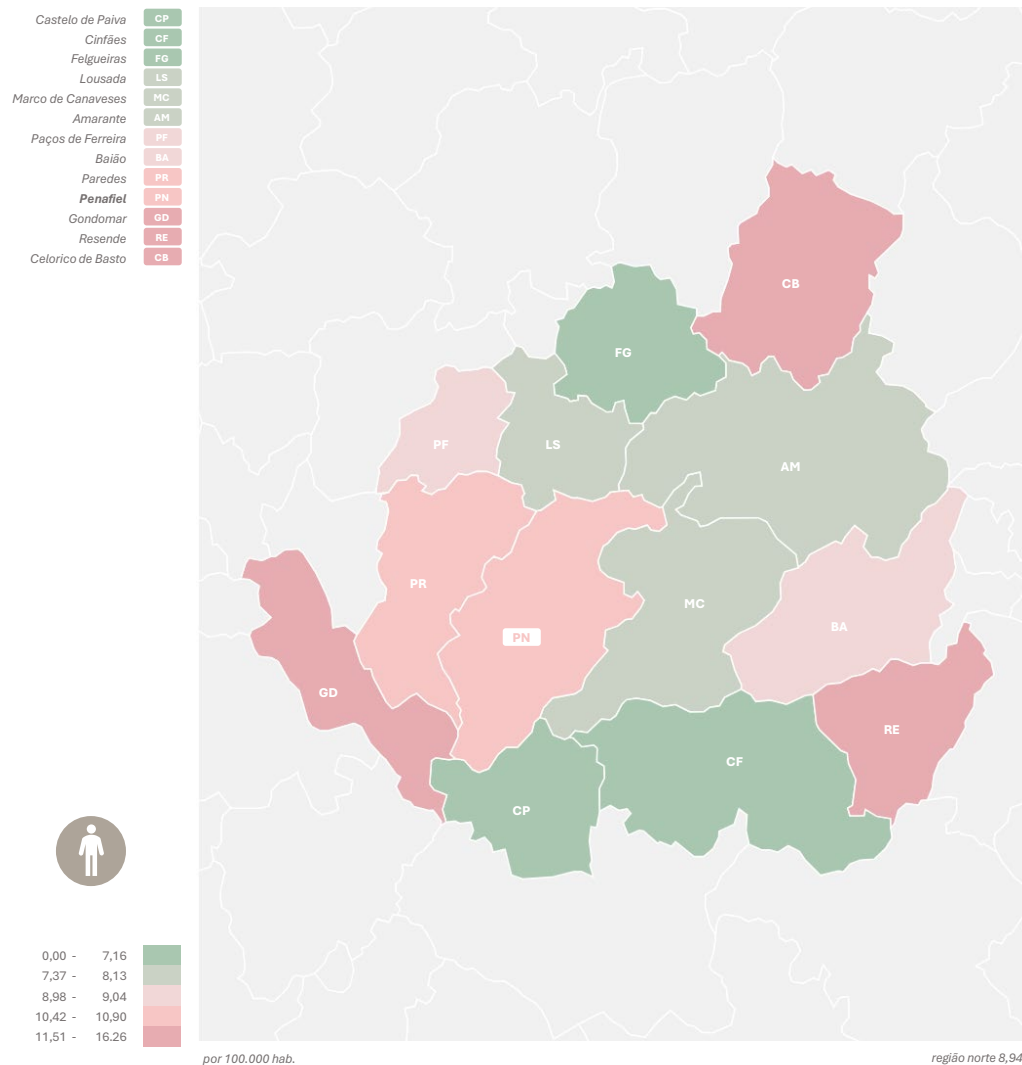
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho respiratório nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.55



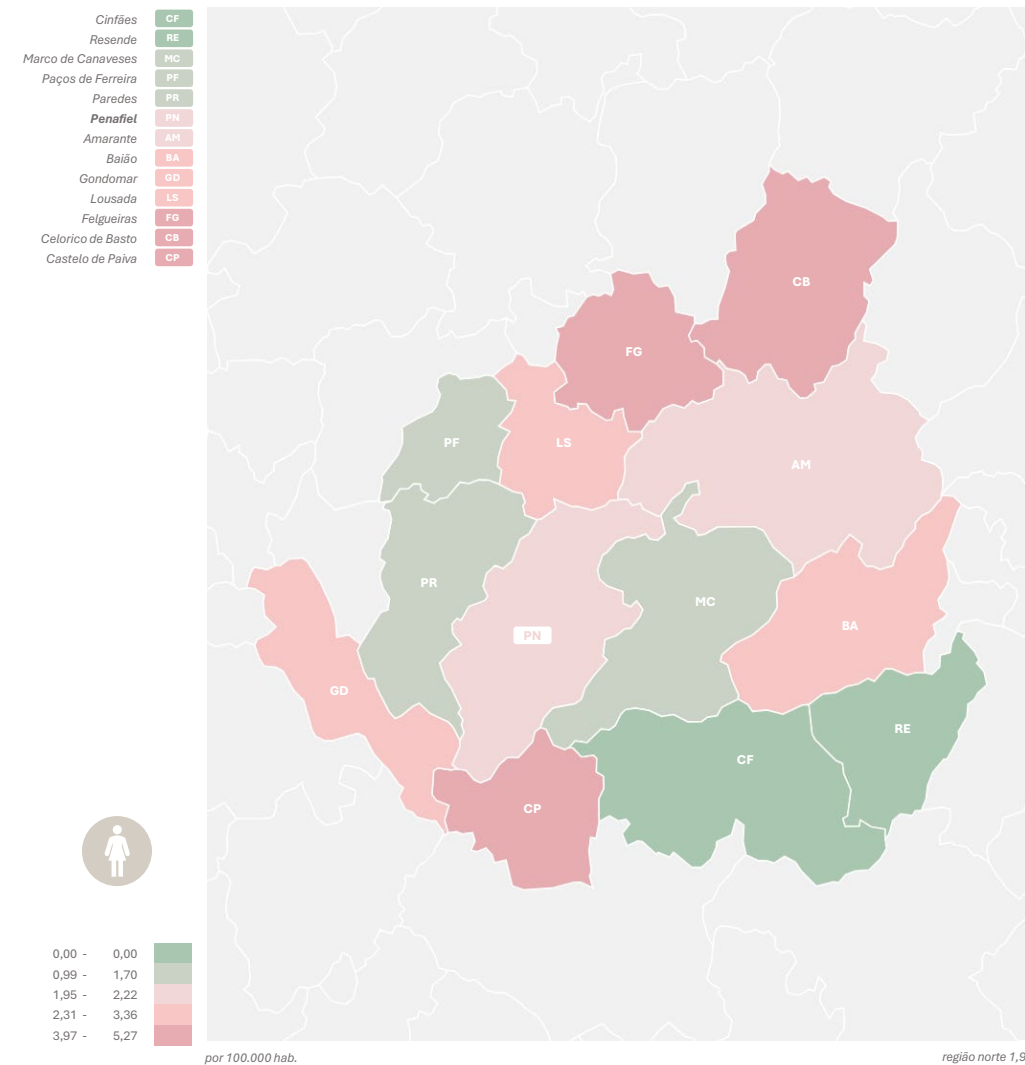
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho respiratório nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.56



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças crónicas das vias aéreas inferiores, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.57

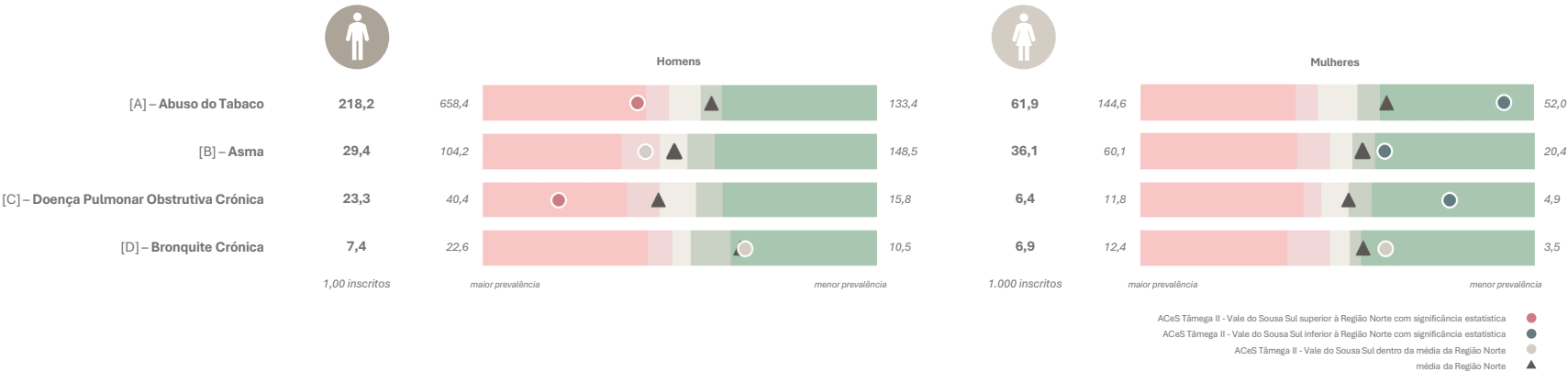


Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças crónicas das vias aéreas inferiores, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.58

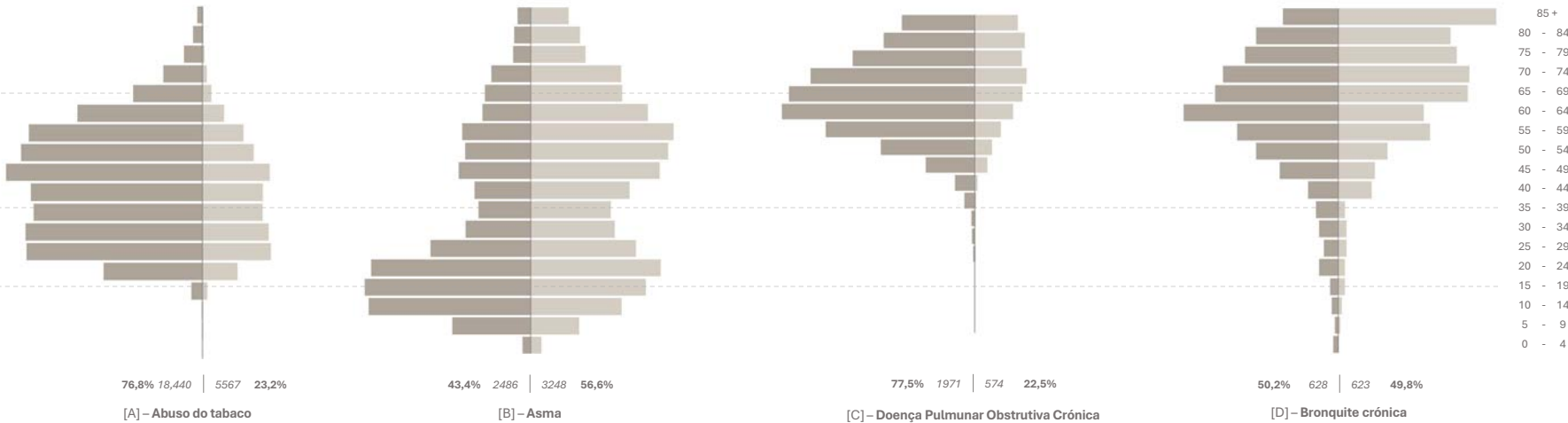
Em relação a doenças específicas respiratórias, no ACeS Vale do Sousa Sul, no ano de 2021, no sexo masculino, existe uma taxa de 218,2 utentes com diagnóstico de abuso do tabaco, por cada 1.000 inscritos, valor superior com significância estatística à média da Região Norte, e 61,9 utentes com o diagnóstico de asma, no sexo masculino, o valor está dentro da média da Região Norte, enquanto no sexo feminino está significativamente abaixo da média da Região Norte. A doença pulmonar obstrutiva crónica no sexo masculino é significativamente superior ao da Região Norte, enquanto no sexo feminino está abaixo da média da Região Norte. Relativamente ao diagnóstico de bronquite crónica, no sexo masculino e feminino, estão ambos dentro da média da Região Norte (Figura 3.59).

Olhando para as pirâmides, podemos evidenciar que os diagnósticos são mais frequentes na idade idosa, exceto abuso do tabaco e asma, sendo que o abuso do tabaco é mais predominante no sexo masculino e na população ativa, e a asma na população mais jovem, no sexo masculino, dos 0 aos 24 anos e mais frequente na população feminina, na população ativa (Figura 3.60).



Prevalência e posição relativa da taxa de morbilidade padronizada do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças respiratórias [A-D], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.59



Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças respiratórias [A-D], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.60

No diagnóstico de abuso do tabaco, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento drástico de diagnósticos em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses e Resende) (464,5%), e ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira) (385,0%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes com abuso do tabaco. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada por abuso do tabaco aumentou 240,1%, valor superior ao registado na Região Norte (213,2%). O ACeS com os melhores valores foi o ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa com um aumento de 124,7% (Figura 3.61).

No sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento de diagnósticos em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (181,4%) e ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (133,1%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes com abuso do tabaco. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada por abuso do tabaco aumentou 59,7%, valor superior ao registado na Região Norte (49,3%). O ACeS com os melhores valores foi o ACeS Grande Porto II – Gondomar com um aumento de 31,1% (Figura 3.62).

No diagnóstico de asma, no sexo masculino,

entre 2013-2021, observou-se um aumento de diagnósticos em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (382,1%) e ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul (334,8%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes diagnosticados com asma, valor superior ao registado na Região Norte (248,9%). O ACeS com os melhores valores foi o ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa com um aumento de 131,8% (Figura 3.63).

No sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento de diagnósticos em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte) (108,2%) e ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (94,7%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes diagnosticados com asma. Os ACeS com os melhores valores foram o ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo e o ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa com um aumento de 55,4% e 66,7%, respetivamente. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de asma aumentou 88,1%, valor superior ao registado na região Norte (68,3%) (Figura 3.64).

No diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento de diagnósticos em todos os ACeS. O ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (108,7%) foi o que teve o maior aumento de utentes diagnosticados com DPOC. O ACeS com os melhores valores foi o ACeS Grande Porto

I – Santo Tirso/ Trofa com um aumento de 26,8%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de DPOC aumentou 66,8%, valor inferior ao registado na Região Norte (70,7%) (Figura 3.65).

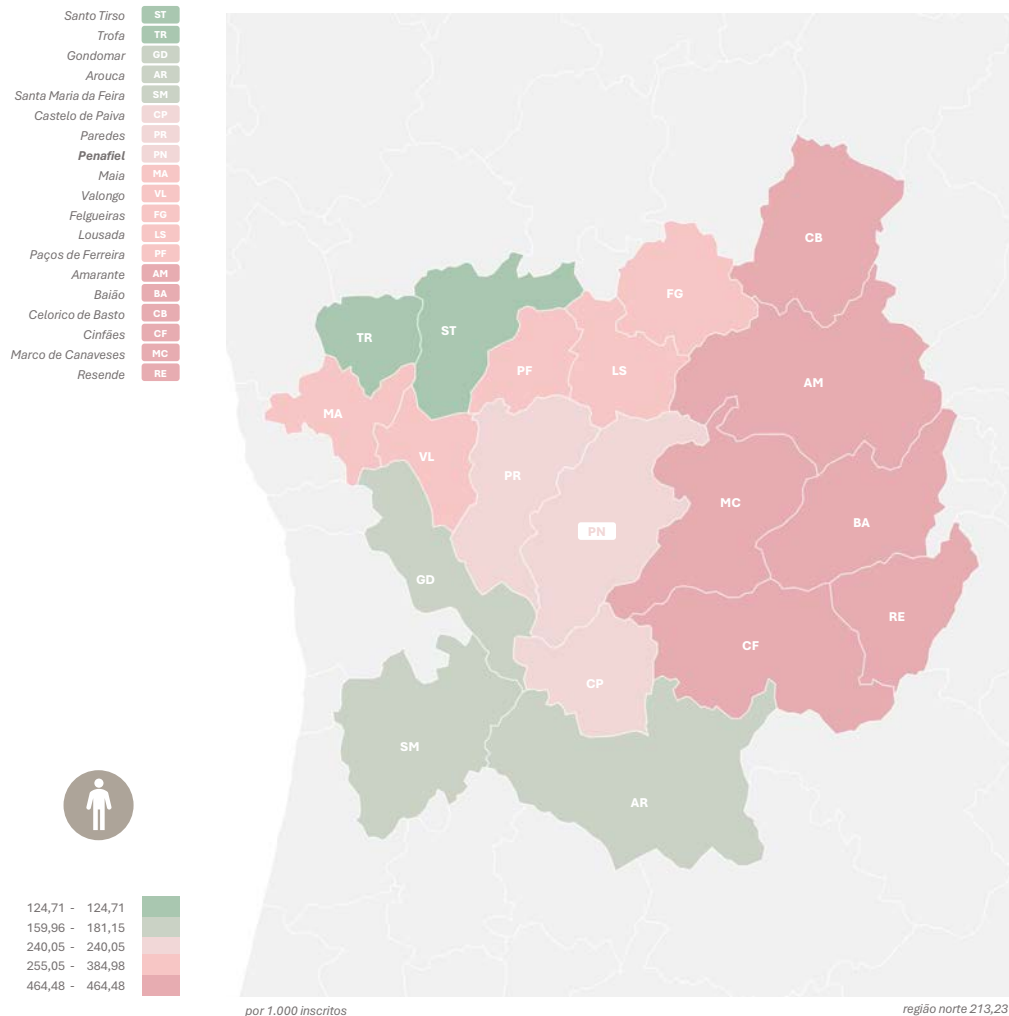
No sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento nos ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (19,7%), o ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (12,4%) e o ACeS Grande Porto II – Gondomar (6,2%). O ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega (19,7%) foi o que teve o maior aumento de utentes diagnosticados com DPOC. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de DPOC diminuiu -18,5%, sendo o ACeS com os melhores valores, valor inferior ao registado na Região Norte (9,0%) (Figura 3.66).

No diagnóstico de bronquite crónica no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento na maioria dos ACeS, à exceção dos ACeS Grande Porto II – Gondomar, ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul e o ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa. O ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca (19,7%), foi o que teve o maior aumento de utentes diagnosticados com bronquite crónica e o ACeS Grande Porto II – Gondomar foi o com melhores valores, que diminuiu mais (-25,9%) No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de bronquite crónica diminuiu -24,8%, valor superior ao registado na Região

Norte (-8,6%) (Figura 3.67).

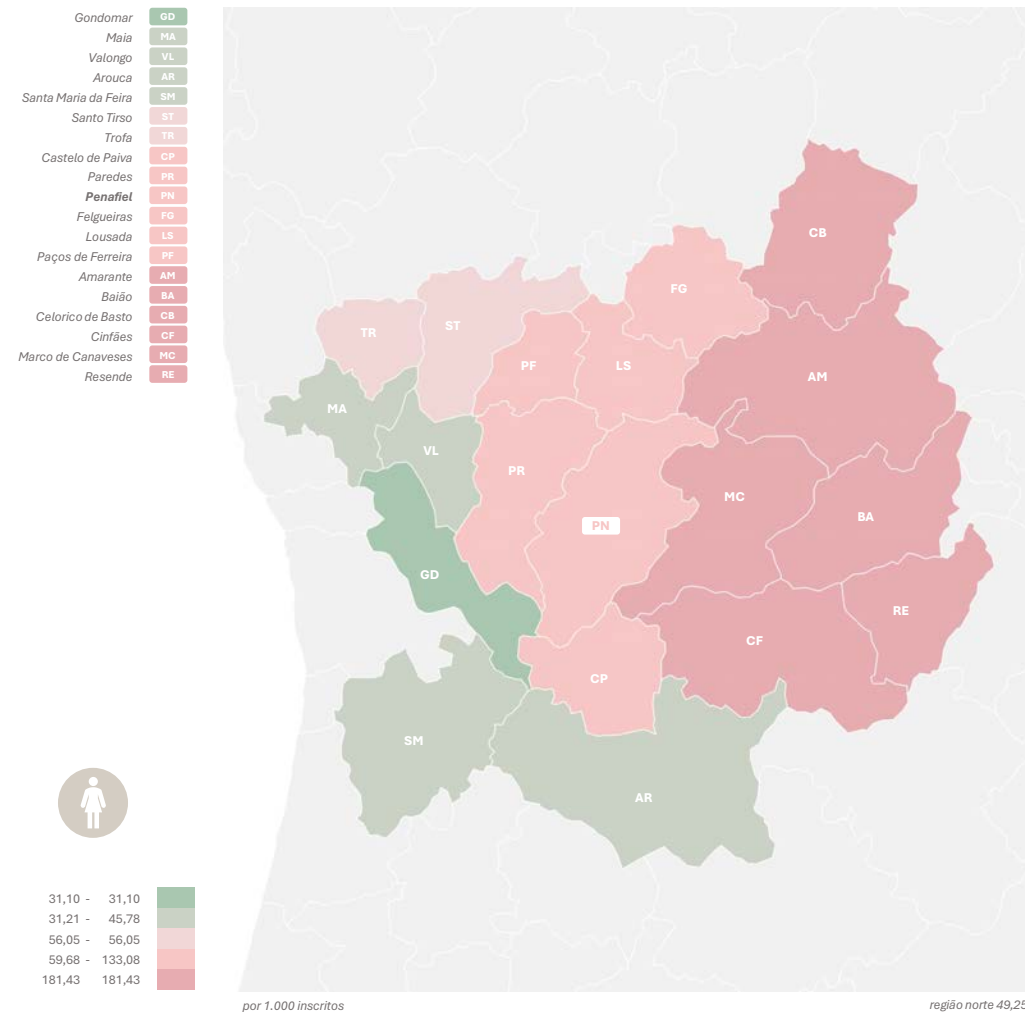
No sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se uma redução de diagnósticos em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul (-46,3%), e ACeS Grande Porto II – Gondomar (-43,5%) foram os que tiveram a maior redução de casos de bronquite crónica, valor inferior ao registado na Região Norte (-32,8%). Os ACeS com piores valores, que diminuíram menos em comparação com os outros ACeS, foram o ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte e o ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca, com uma diminuição de -18,8% e -20,2%, respetivamente (Figura 3.68).

Em geral, verificou-se uma tendência de aumento nos diagnósticos de abuso do tabaco, asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) no sexo masculino e feminino, com variações entre os diferentes ACeS. Por outro lado, no caso da bronquite crónica, observou-se uma tendência de redução no sexo feminino, em alguns ACeS, como o Tâmega II – Vale do Sousa Sul e Grande Porto II – Gondomar, a registarem as maiores diminuições. Estes dados refletem a necessidade de uma monitorização contínua das doenças respiratórias e dos fatores de risco associados.



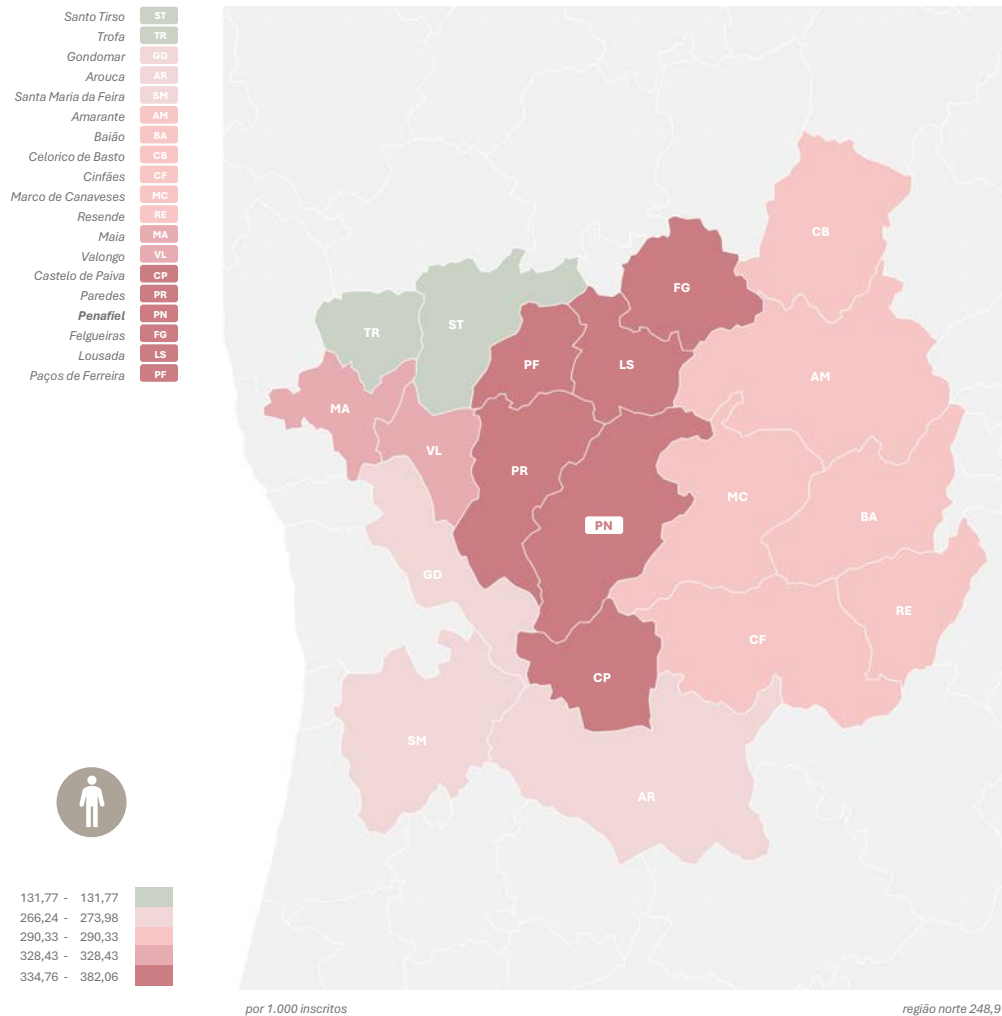
Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso do tabaco do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.61



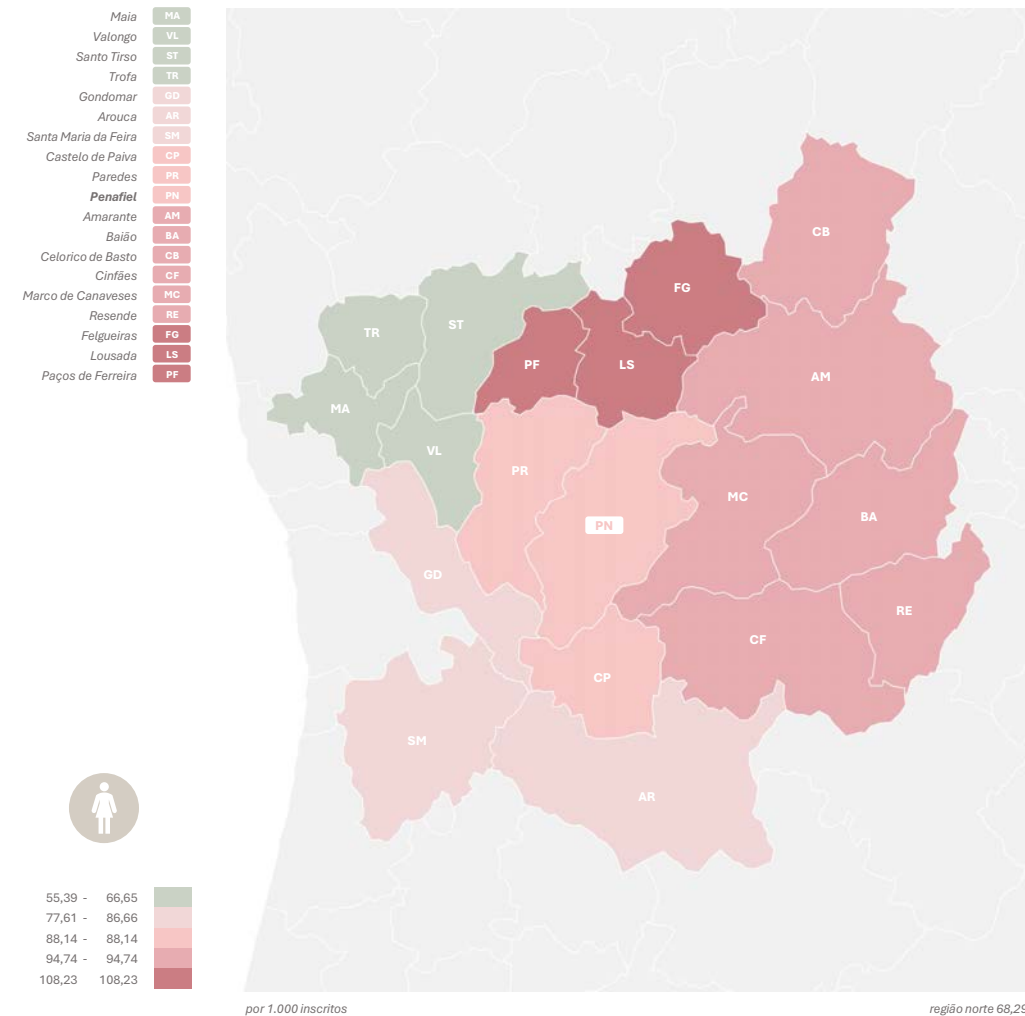
Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso do tabaco do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

Figura 3.62



Variação da taxa de morbilidade padronizada por asma do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

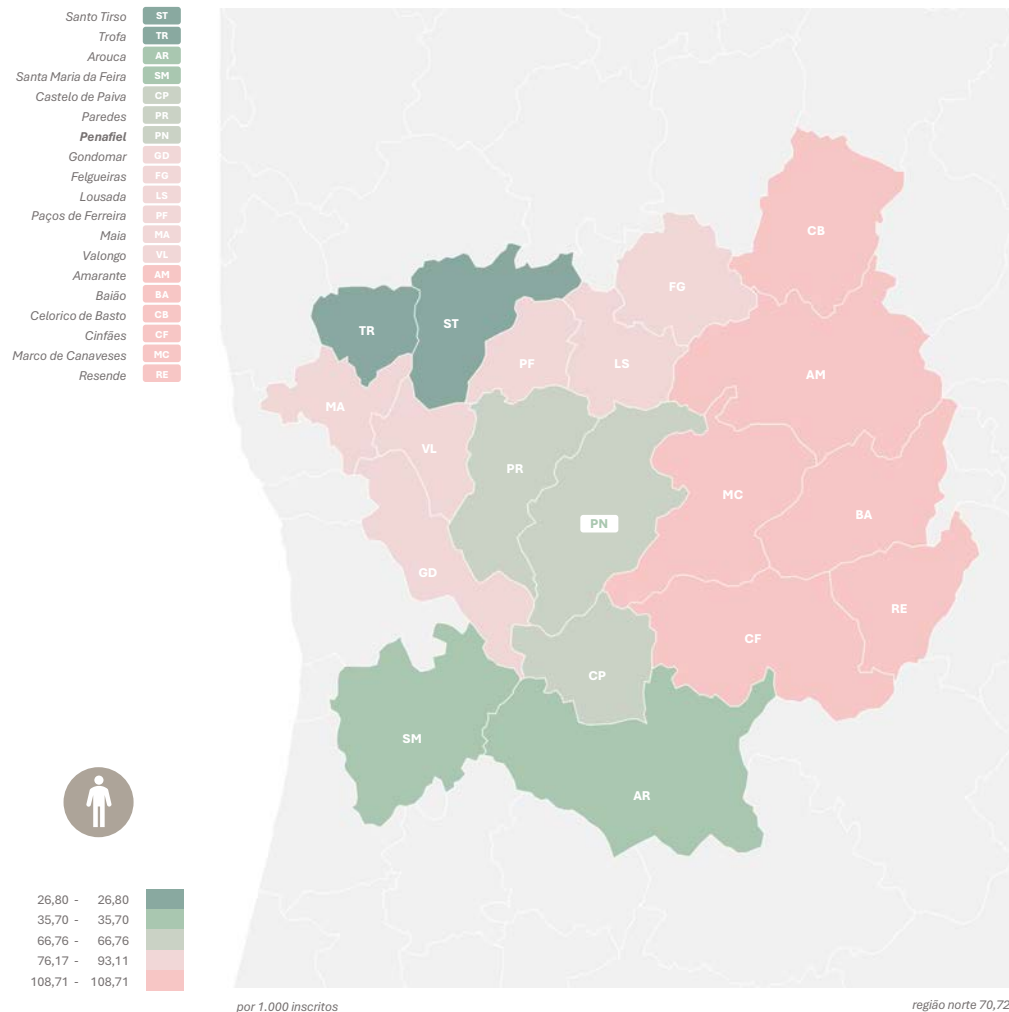
Figura 3.63



Variação da taxa de morbilidade padronizada por asma do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

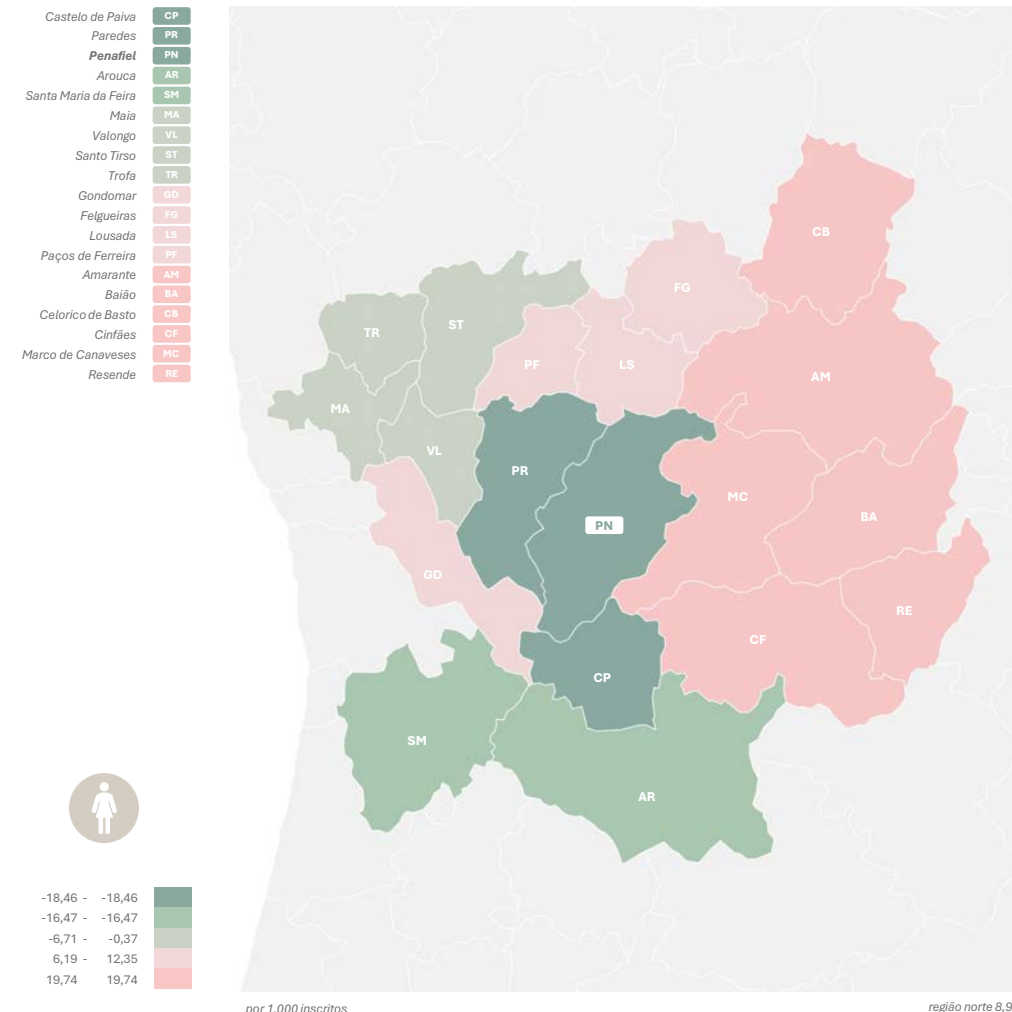
Figura 3.64

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



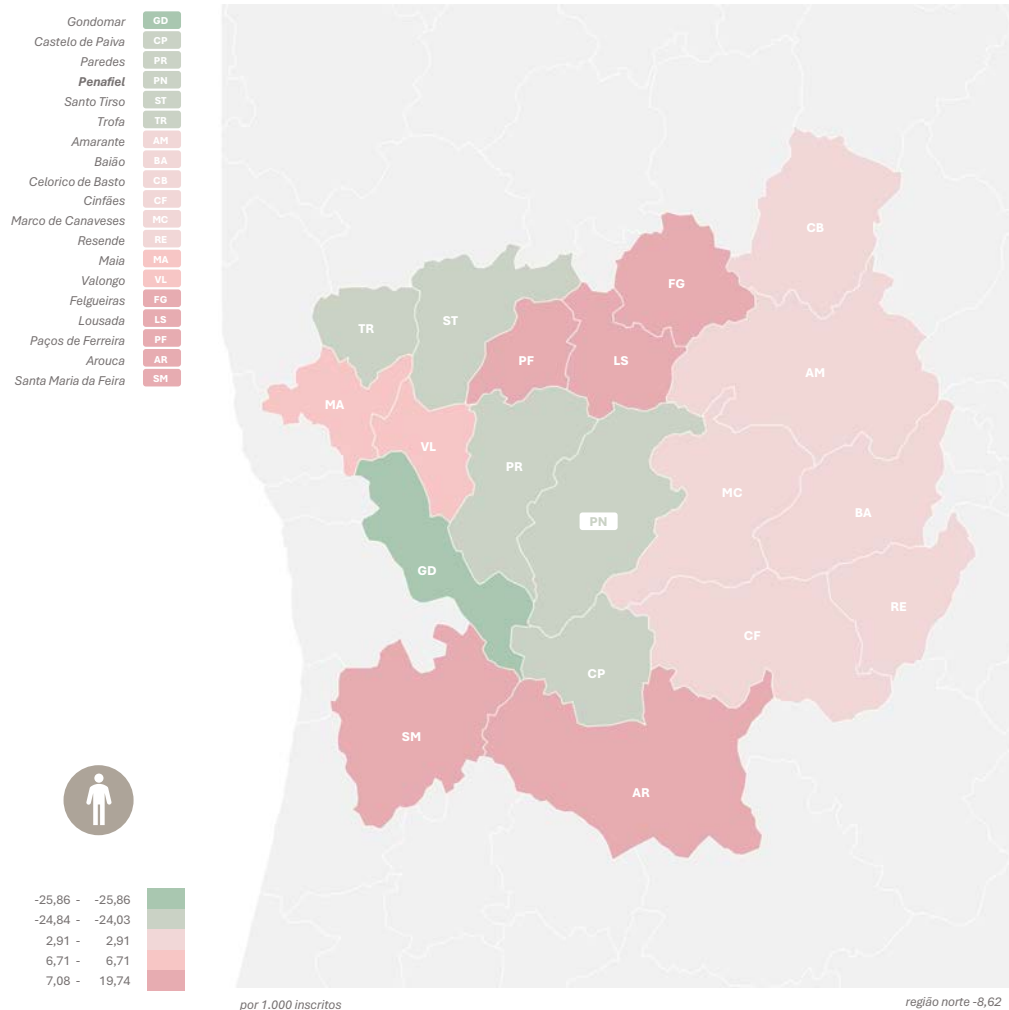
Variação da taxa de morbilidade padronizada por doença pulmonar obstrutiva crónica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.65



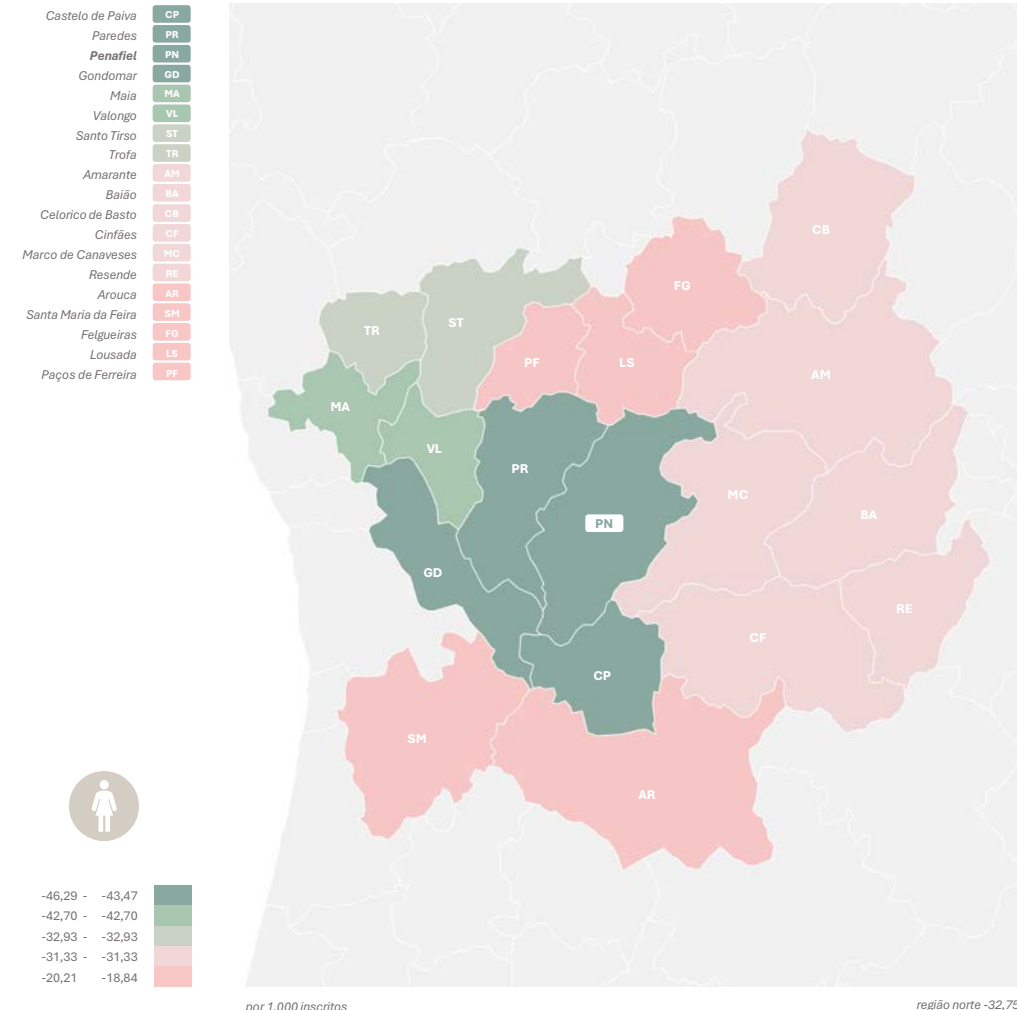
Variação da taxa de morbilidade padronizada por doença pulmonar obstrutiva crónica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

Figura 3.66



Variação da taxa de morbilidade padronizada por bronquite crónica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.67



Variação da taxa de morbilidade padronizada por bronquite crónica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

Figura 3.68

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

A pneumonia é uma das principais causas de mortalidade em Portugal, particularmente entre os grupos mais vulneráveis, como idosos e pessoas com doenças crónicas, sendo a pneumonia responsável por um número significativo de internamentos hospitalares e mortes prematuras (Hespanhol & Bárbara, 2020).

Em 2021, a taxa de mortalidade por pneumonia em Portugal foi de 36,1 por 100.000 habitantes, com uma tendência decrescente ao longo dos anos. A nível nacional, em 2021, a pneumonia causou mais de 3.000 mortes, com uma taxa mais elevada no inverno, devido ao impacto das infeções respiratórias sazonais. Em termos de grupos etários, a mortalidade é mais comum em indivíduos com mais de 65 anos, especialmente no sexo masculino, refletindo padrões semelhantes aos registados em Penafiel e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa.

A taxa de mortalidade prematura quinquenal por pneumonia no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, no sexo masculino, foi de 9,2 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (7,7) e inferior ao valor registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (9,5). Os municípios com maior mortalidade foram Celorico de Basto (19,9/100.000), Lousada (15,8/100.000) e Baião (14,5/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram

Resende (4,0/100.000), Paços de Ferreira (6,7/100.000), e Marco de Canaveses (6,9/100.000) (Figura 3.69).

A taxa de mortalidade prematura quinquenal por pneumonia no município de Penafiel no quinquénio de 2017-2021, no sexo feminino, foi de 3,4 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (2,7) e inferior ao valor registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (4,3). Os municípios com maior mortalidade foram Lousada (10,3/100.000), Castelo de Paiva (7,5/100.000) e Marco de Canaveses (5,7/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram Paços de Ferreira (0,8/100.000), Celorico de Basto (2,2/100.000) e Baião (2,3/100.000) (Figura 3.70).

Portugal tem feito progressos significativos no controlo da tuberculose, com uma redução consistente da incidência da doença ao longo das últimas décadas. No entanto, apesar dos avanços, continua a ser um dos países da Europa Ocidental com maior taxa de tuberculose (SNS). De acordo com os dados mais recentes, em 2020 a taxa de incidência de tuberculose em Portugal foi de 13,2 casos por 100.000 habitantes, uma redução em relação ao ano anterior (18,0). A Região Norte tem uma das taxas mais elevadas em relação às outras regiões de Portugal (15,2).

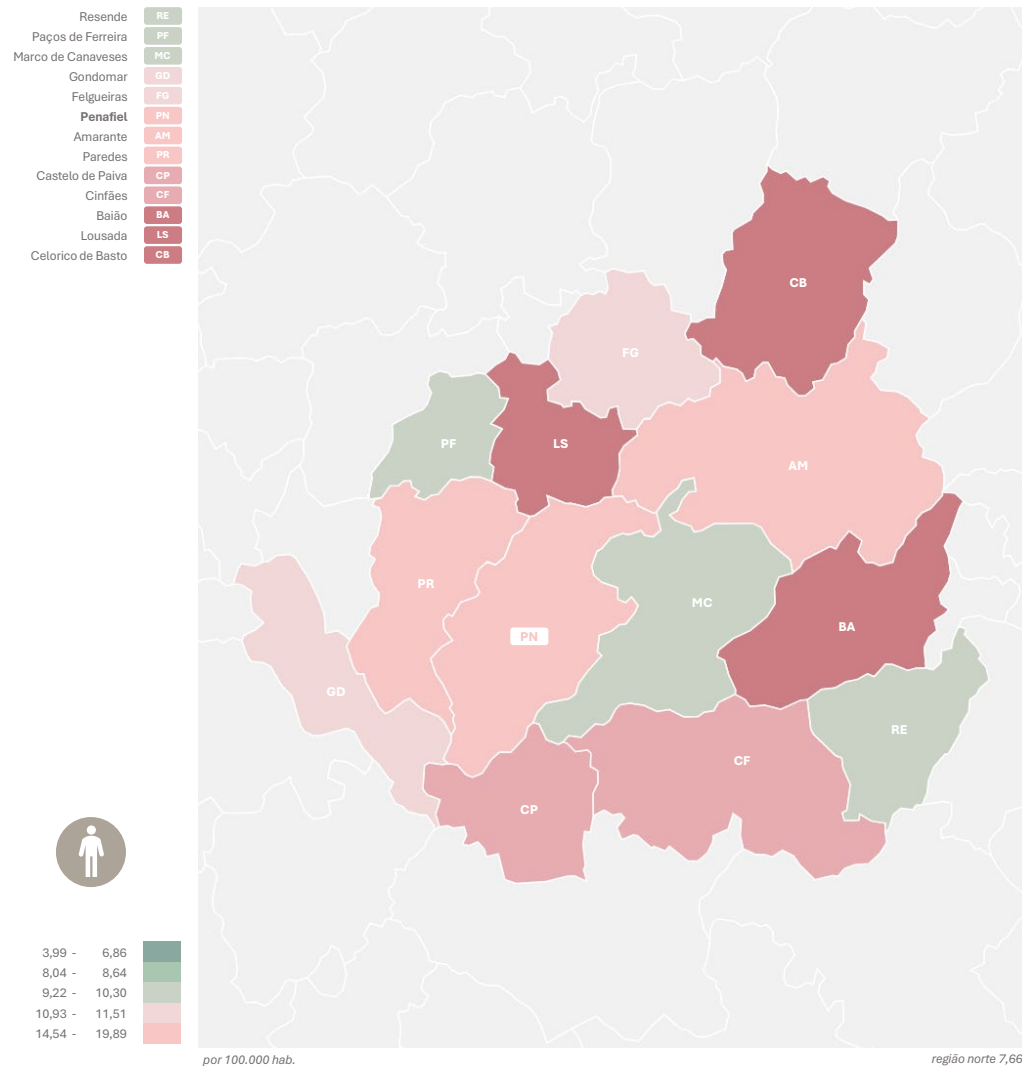
A taxa de mortalidade prematura quinquenal por tuberculose no município de Penafiel no quinquénio de 2017-2021, no sexo masculino, foi de 1,5 mortes por cada 100.000 habitantes, valor igual ao registado na Região Norte (1,5) e inferior ao valor registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (1,6). Os municípios com maior mortalidade foram Resende (3,8/100.000), e Marco de Canaveses (3,4/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram Castelo de Paiva, Celorico de Basto e Felgueiras com nenhuma morte por tuberculose (Figura 3.71).

A taxa de mortalidade prematura quinquenal, por tuberculose, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, no sexo feminino, foi de 0,0 mortes por cada 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (0,2) e inferior ao valor registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (0,1). Não houve mortes por tuberculose do sexo feminino, em nenhum município da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes, à exceção do município de Gondomar (0,2/100.000) (Figura 3.72).

Penafiel apresenta uma situação mais controlada. A ausência de mortes no sexo feminino durante o mesmo período, tanto em Penafiel como na maior

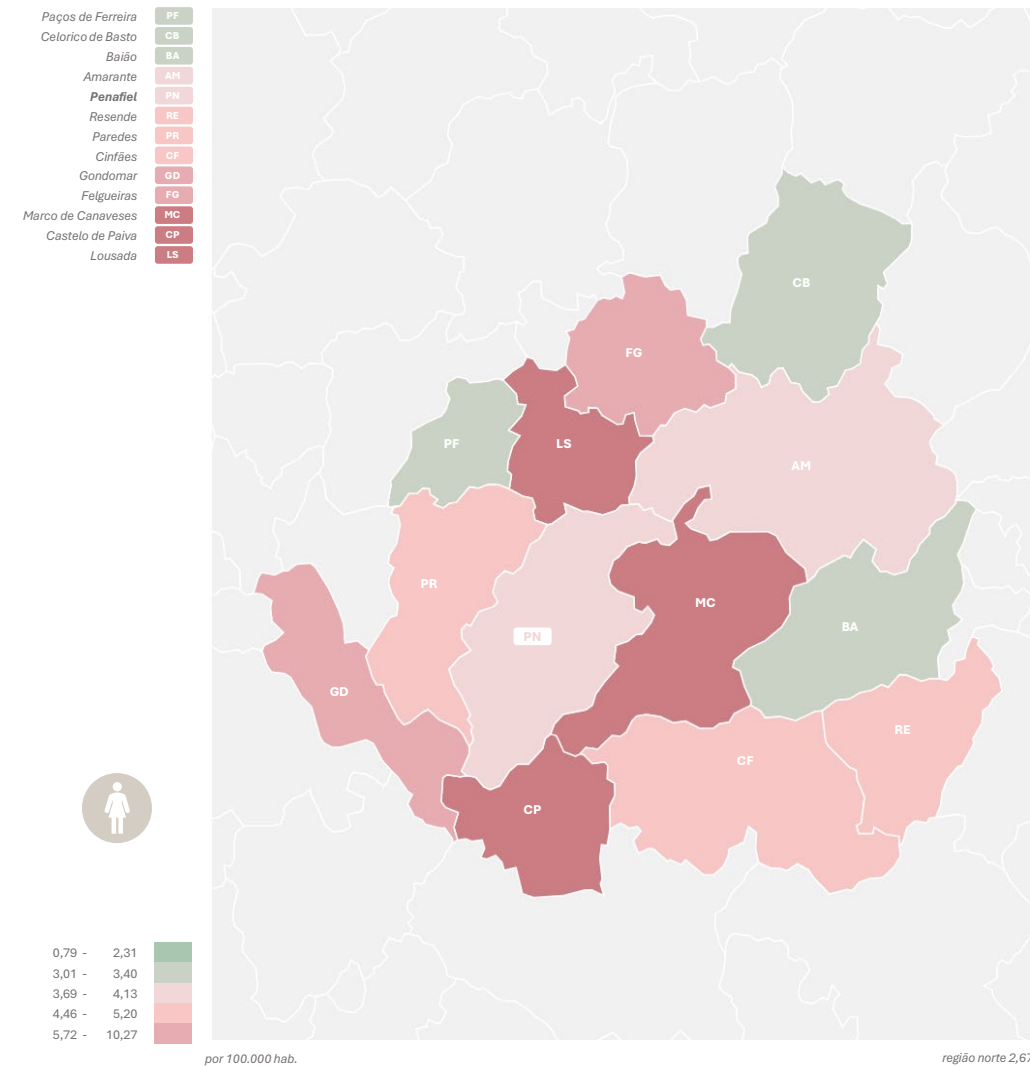
parte dos municípios da região, reflete uma tendência positiva. No entanto, a tuberculose continua a ser uma preocupação de saúde pública, sobretudo devido à sua associação com fatores socioeconómicos e condições de vida precárias que afetam alguns grupos populacionais de forma mais acentuada. O controlo rigoroso, a deteção precoce e o tratamento adequado são essenciais para continuar a reduzir a incidência e a mortalidade por tuberculose, não só em Penafiel, mas em todo o país.

A incidência de tuberculose no município de Penafiel pode ser influenciada por fatores ocupacionais, como a exposição prolongada nas pedreiras, onde muitos trabalhadores estão em risco acrescido devido às condições laborais. Esta exposição pode aumentar a suscetibilidade a doenças respiratórias, incluindo a tuberculose, tornando fundamental o reforço de medidas preventivas e de vigilância de saúde ocupacional na região.



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por pneumonia, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

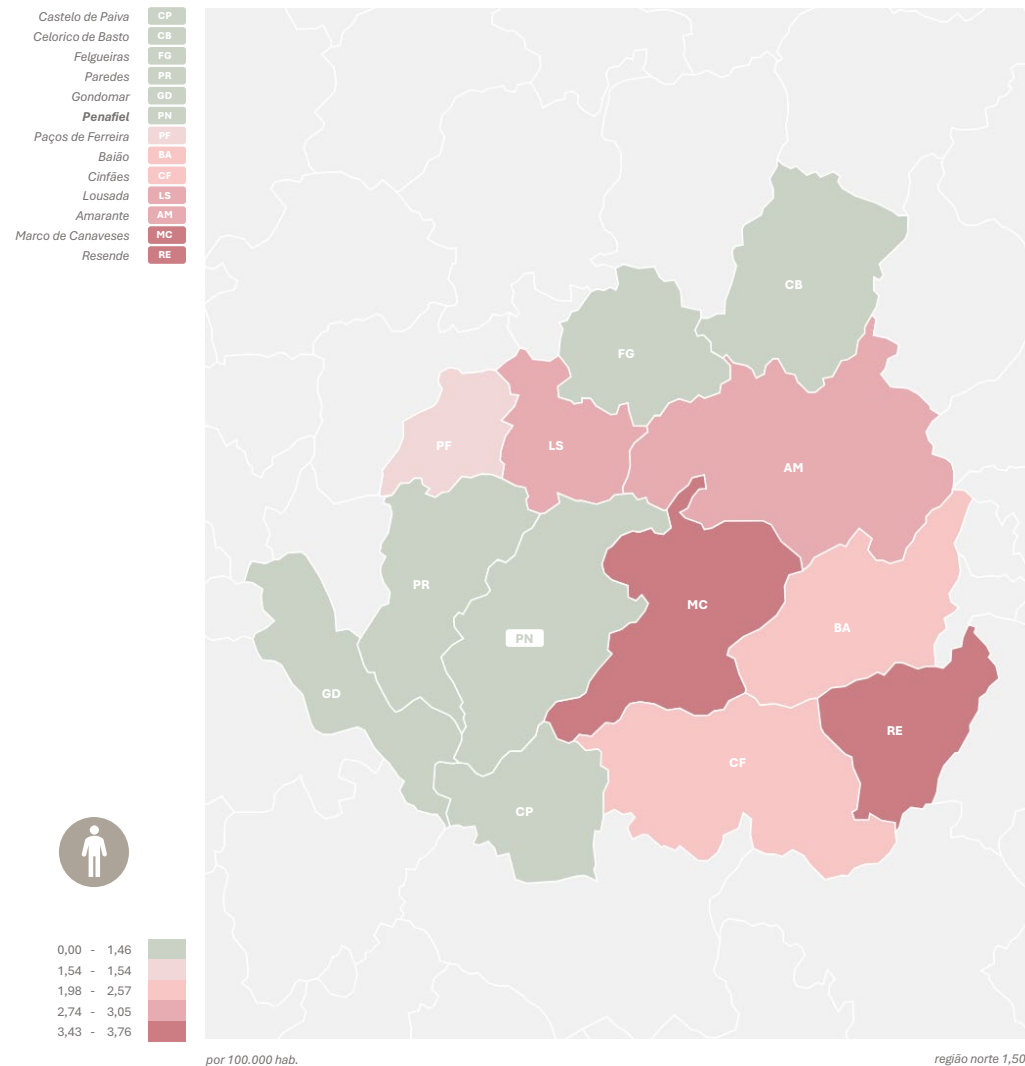
Figura 3.69



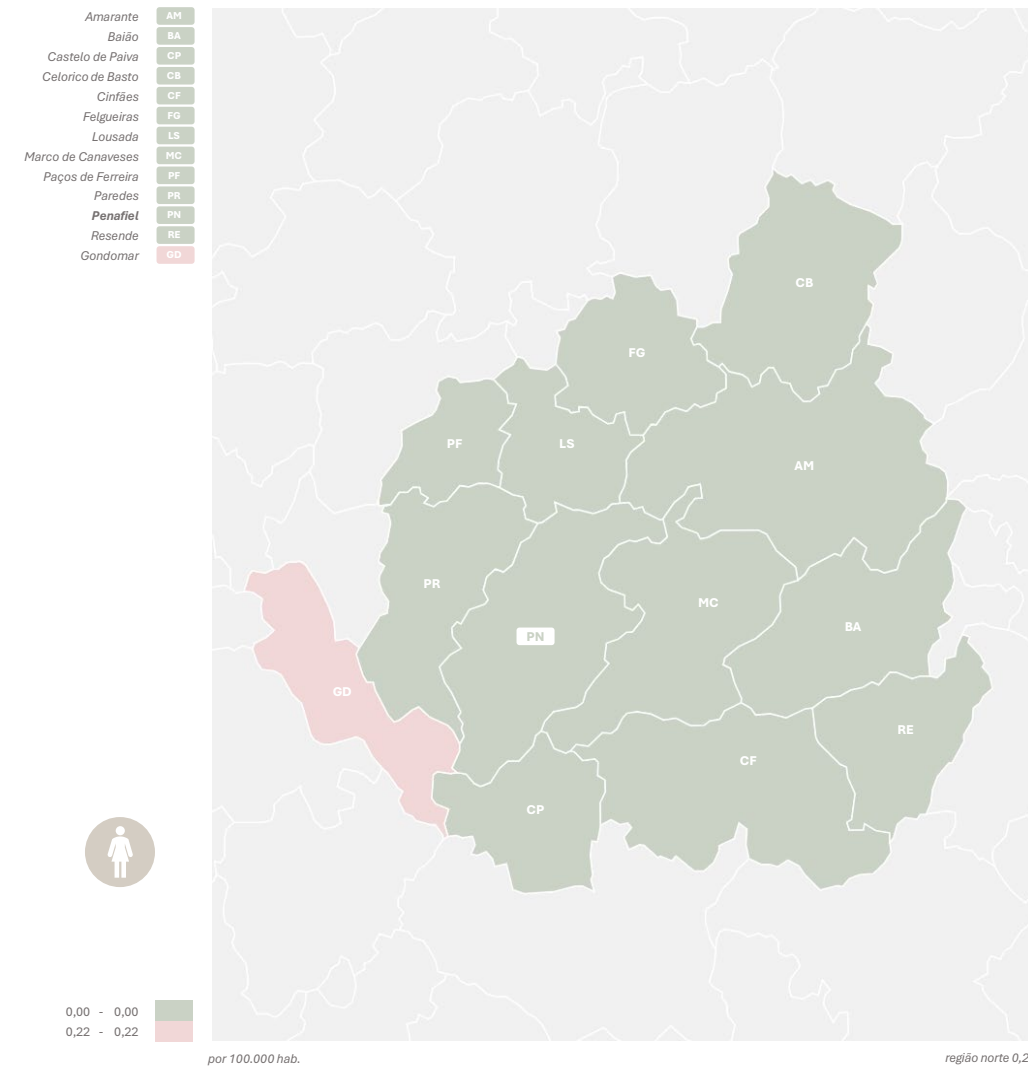
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por pneumonia, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.70

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tuberculose nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021
 Figura 3.71



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tuberculose nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021
 Figura 3.72

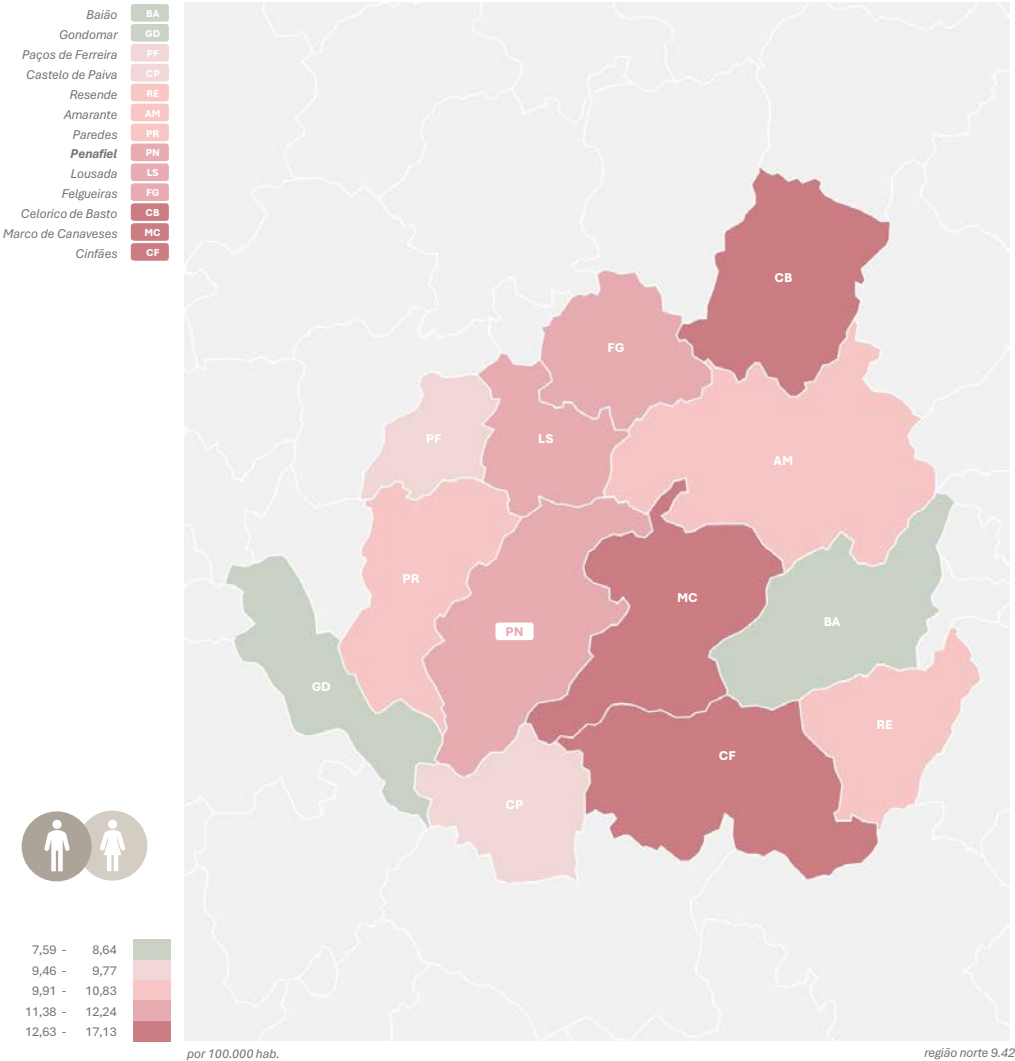
3.3.4 Doenças Endócrinas, Nutricionais, e Metabólicas

A taxa de mortalidade prematura quinquenal por doenças endócrinas, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, ambos os sexos, foi de 11,4 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (9,4) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (10,6). Os municípios com maior mortalidade foram Cinfães (20,5), Lousada (15,4) e Felgueiras (14,4). Os municípios com menor mortalidade foram Baião (5,7), Gondomar (6,1) e Paços de Ferreira (6,8) (Figura 3.73).

A taxa de mortalidade prematura quinquenal por doenças endócrinas, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, no sexo masculino, foi de 13,5 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (11,8) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (12,2). Os municípios com maior mortalidade foram Marco de Canaveses (17,5/100.000), Celorico de Basto (15,5/100.000) e Paredes (13,5/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram Lousada (8,4/100.000) e Resende (9,0/100.000) (Figura 3.74).

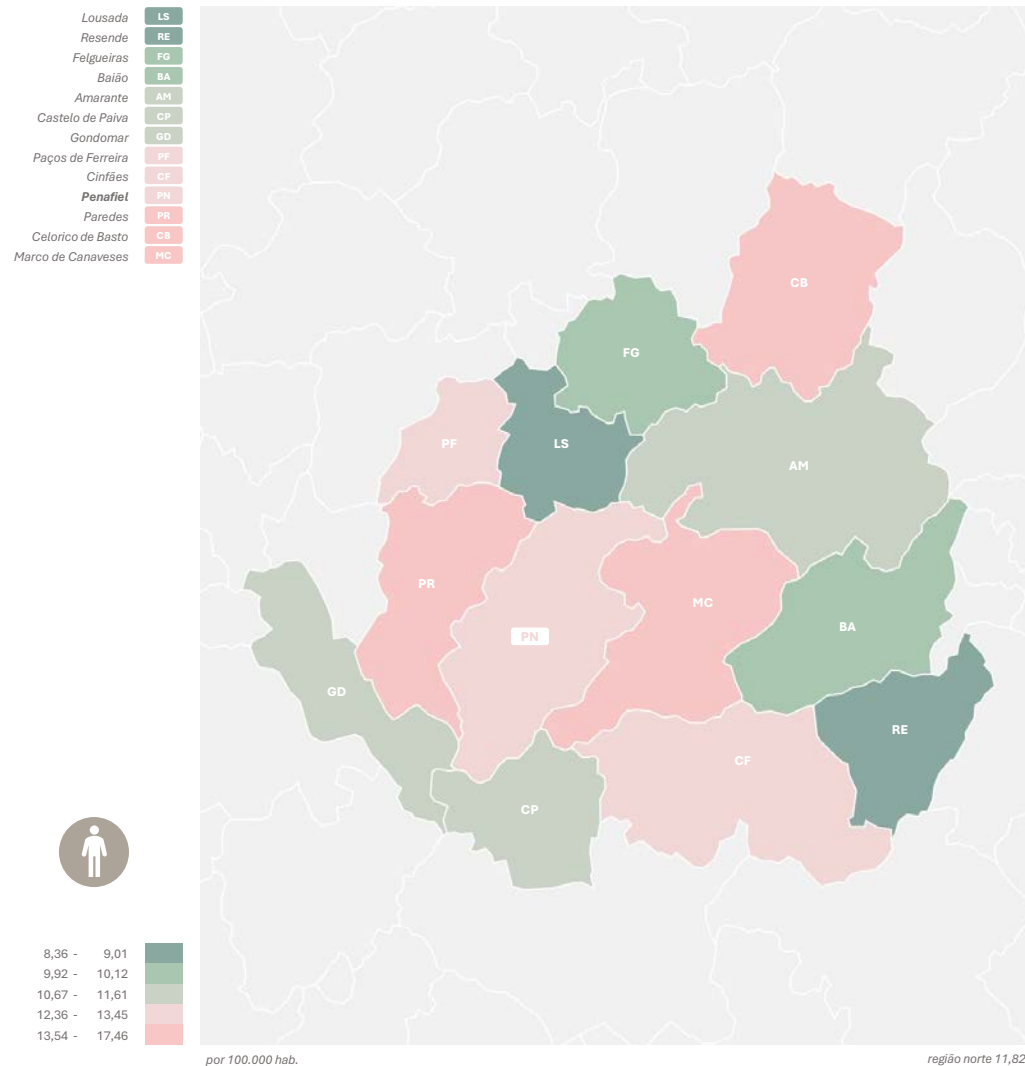
A taxa de mortalidade prematura quinquenal por doenças endócrinas, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, no sexo feminino, foi de 9,6 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (7,4) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (9,2). Os municípios com maior mortalidade foram Cinfães (20,5), Lousada (15,4) e Felgueiras (14,4). Os municípios com menor mortalidade foram Baião (5,7), Gondomar (6,1) e Paços de Ferreira (6,8) (Figura 3.75).

A análise das taxas de mortalidade prematura por doenças endócrinas no município de Penafiel entre 2017-2021 revela que os valores são superiores à média da Região Norte e da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, tanto em homens como em mulheres. Este cenário evidencia a necessidade de reforçar a prevenção e o controlo destas doenças, particularmente em municípios como Cinfães e Marco de Canaveses, que registaram as taxas mais elevadas. A gestão eficaz destas patologias, através de campanhas de sensibilização e acesso a cuidados de saúde, será essencial para reduzir a mortalidade prematura associada a doenças endócrinas na região.



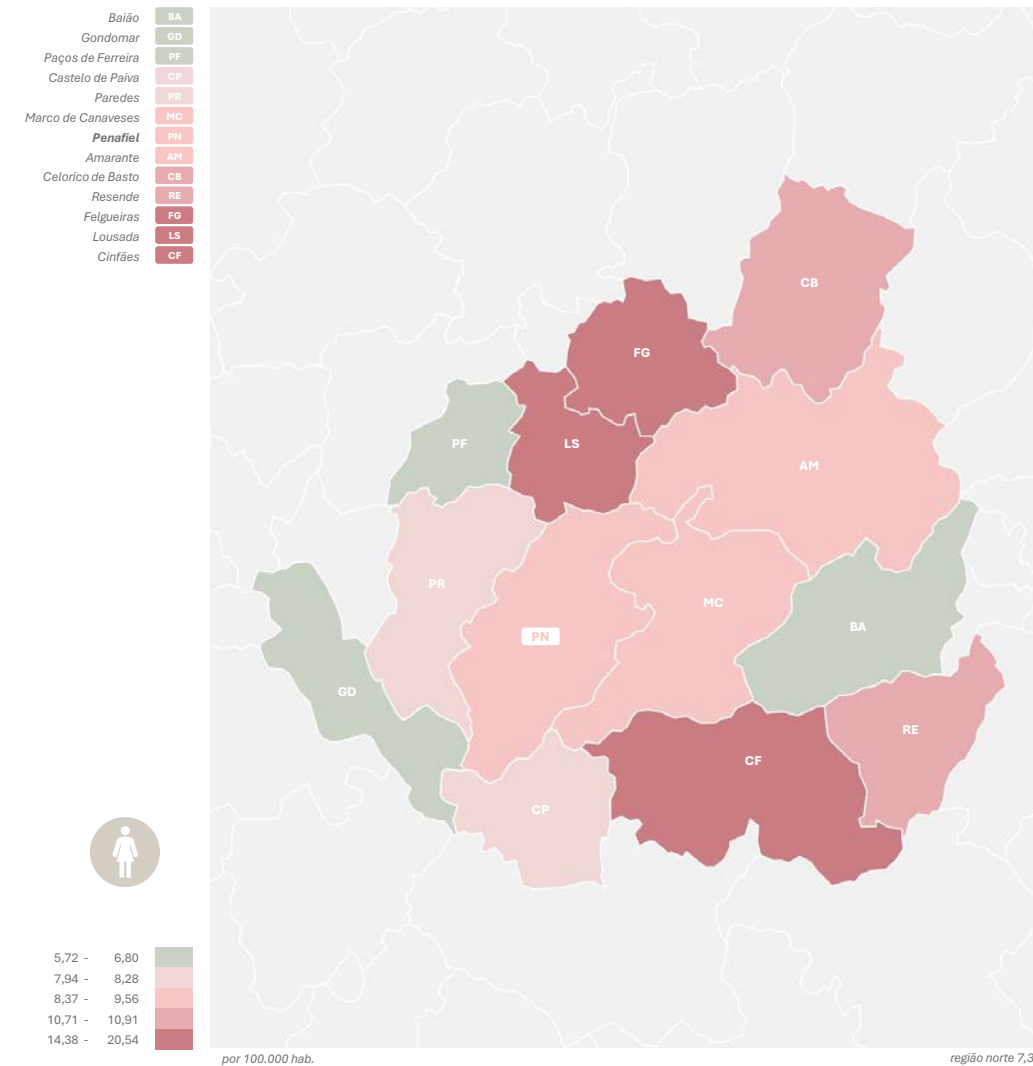
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças endócrinas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021

Figura 3.73



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças endócrinas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.74



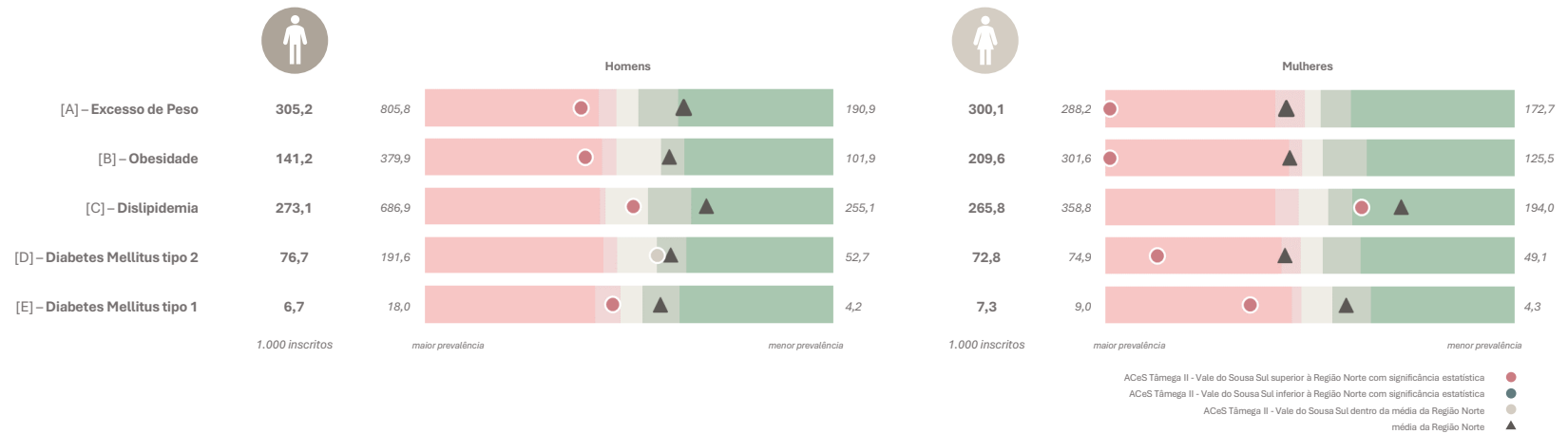
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças endócrinas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.75

Instituto Nacional de Estatística, 2023

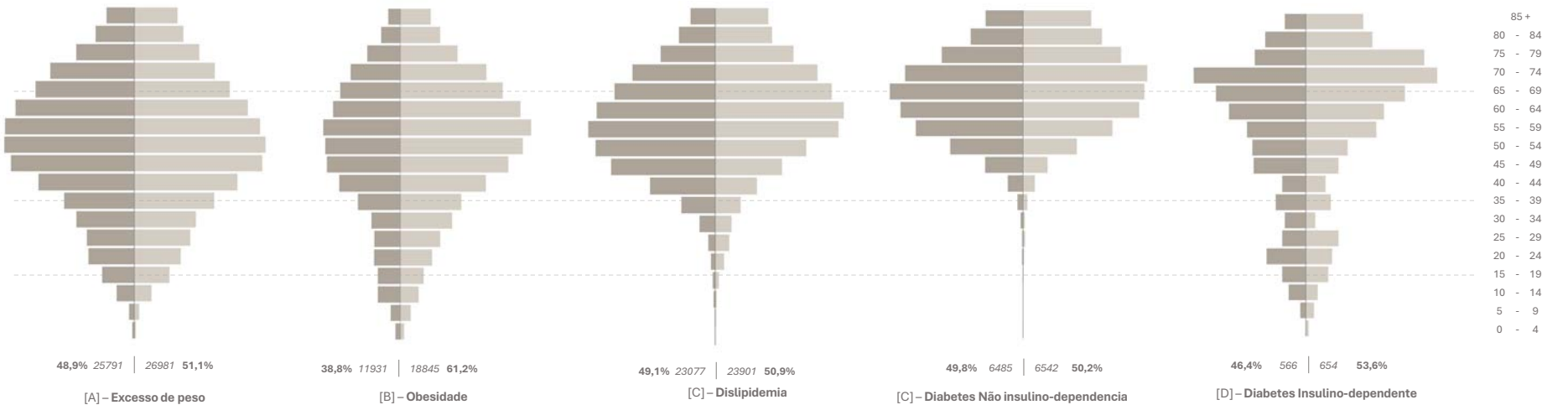
Em relação a doenças endócrinas, no ACeS Vale do Sousa Sul, no ano de 2021, no sexo masculino, obteve-se uma taxa de 305,2 utentes com diagnóstico de excesso de peso, por cada 1.000 inscritos, valor superior com significância estatística à média da Região Norte, e 300,1 utentes com o diagnóstico de excesso de peso por cada 1.000 utentes, no sexo feminino, valor superior com significância estatística à média da Região Norte. Para o diagnóstico de obesidade, o valor está significativamente superior à média da Região Norte, em ambos os sexos, como também para o diagnóstico de dislipidemia. Relativamente ao diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, no sexo feminino, está significativamente superior à média da Região Norte, enquanto no sexo masculino está dentro da média da Região Norte. Na diabetes tipo I, a taxa de morbilidade é significativamente superior à média da Região Norte (Figura 3.76).

Olhando para as pirâmides, podemos evidenciar que os diagnósticos são mais frequentes no sexo feminino, na população ativa. Observa-se mais casos de obesidade e diabetes insulino-dependente na população jovem (Figura 3.77).



Prevalência e posição relativa da taxa de morbilidade padronizada do ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças endócrinas [A-E], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.76



Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças endócrinas [A-E], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.77

Relativamente ao diagnóstico de excesso de peso, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira) (1148,6%) e o ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (1095,0%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes diagnosticados com excesso de peso. O ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa foi o com melhores valores, que aumentou 530,5%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de excesso de peso aumentou 896,6%, valor superior ao registado na Região Norte (721,8%) (Figura 3.78).

Quanto ao diagnóstico de excesso de peso no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira) (644,5%) e o ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (590,3%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes diagnosticados com excesso de peso. O ACeS Grande Porto II – Gondomar foi o com melhores valores, que aumentou 295,6%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de

excesso de peso aumentou 446,0%, valor superior ao registado na Região Norte (426,8%) (Figura 3.79).

No diagnóstico de obesidade no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, e Paços de Ferreira) (512,9%) e o ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (487,7%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes diagnosticados com excesso de peso. O ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa foi o com melhores valores, que aumentou 226,5%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de obesidade aumentou 369,8%, valor superior ao registado na Região Norte (325,3%) (Figura 3.80).

No diagnóstico de obesidade no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira) (233,6%) e o ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (213,7%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes diagnosticados com obesidade e o ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca foi o com melhores valores, que aumentou 89,7%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange

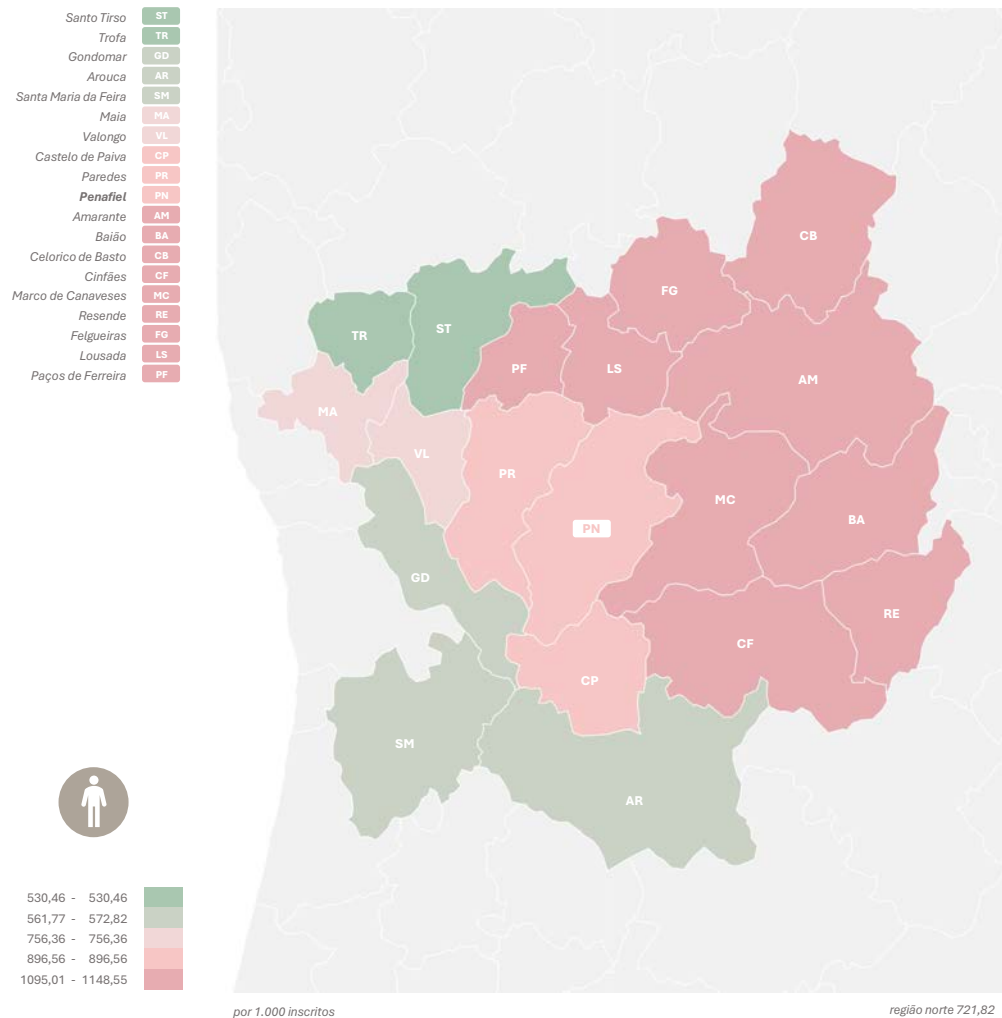
Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de obesidade aumentou 130,4%, valor inferior ao registado na Região Norte (138,1%) (Figura 3.81).

Em relação ao diagnóstico de alteração do metabolismo dos lípidos, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo (175,6%) e o ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira) (168,9%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes diagnosticados. Os ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa e ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca foram os com melhores valores, com um aumento de 46,8% e 95,6%, respetivamente. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de alteração do metabolismo dos lípidos aumentou 135,2%, valor superior ao registado na Região Norte (108,2%) (Figura 3.82).

A respeito do diagnóstico de alteração do metabolismo dos lípidos, no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira) (63,1%) e o ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (58,2%) foram os que tiveram o maior aumento de utentes

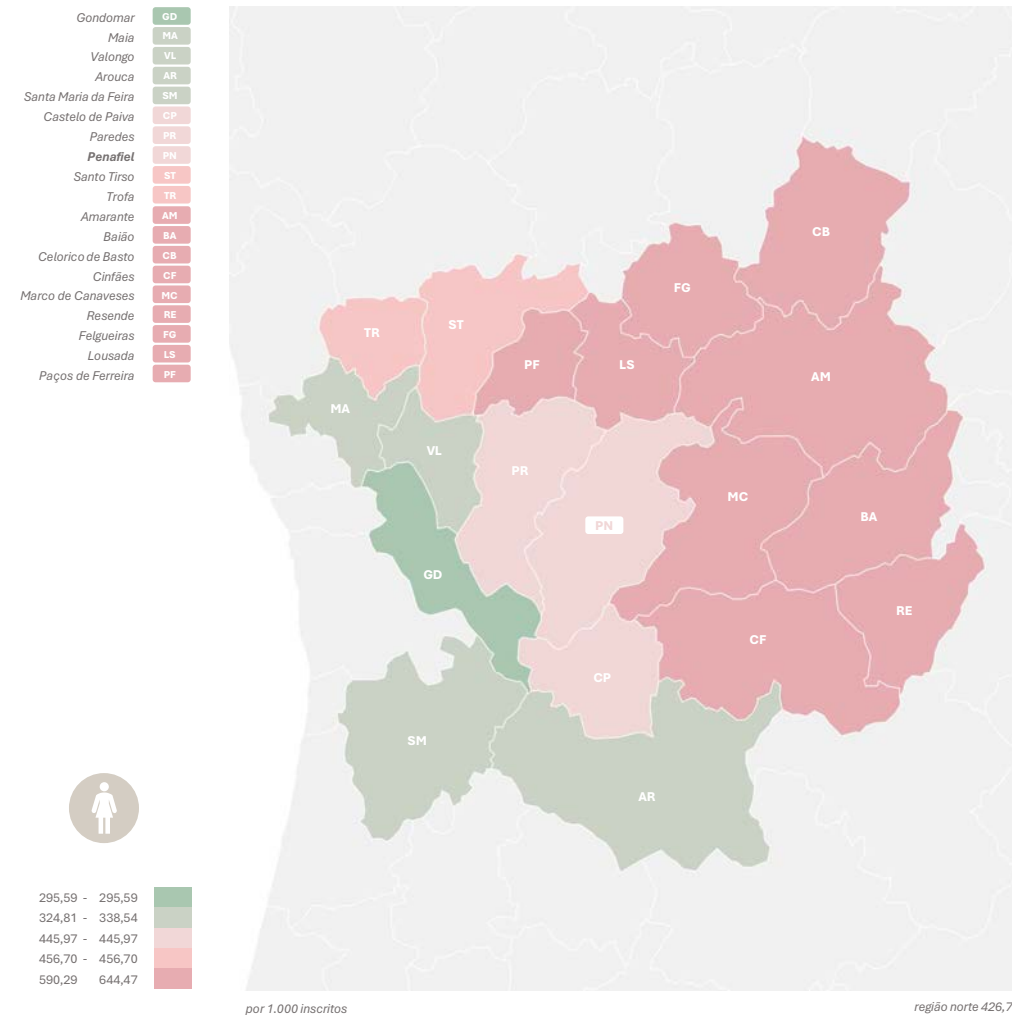
diagnosticados e o ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca foi o com melhores valores, que aumentou 18,9%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de obesidade aumentou 36,0%, valor superior ao registado na Região Norte (30,1%) (Figura 3.83).

As doenças relacionadas com o excesso de peso, obesidade e alterações do metabolismo dos lípidos têm vindo a aumentar de forma significativa, entre 2013 e 2021, em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) analisados. Este crescimento é preocupante, particularmente no ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte e ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega, onde os aumentos foram mais pronunciados. No que diz respeito ao ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, registou um aumento superior à média da Região Norte na maioria dos diagnósticos, sendo um alerta para a necessidade de implementação de políticas preventivas e de promoção de hábitos de vida saudáveis, a fim de mitigar os impactos destas doenças nas populações locais.



Variação da taxa de morbilidade padronizada por excesso de peso do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

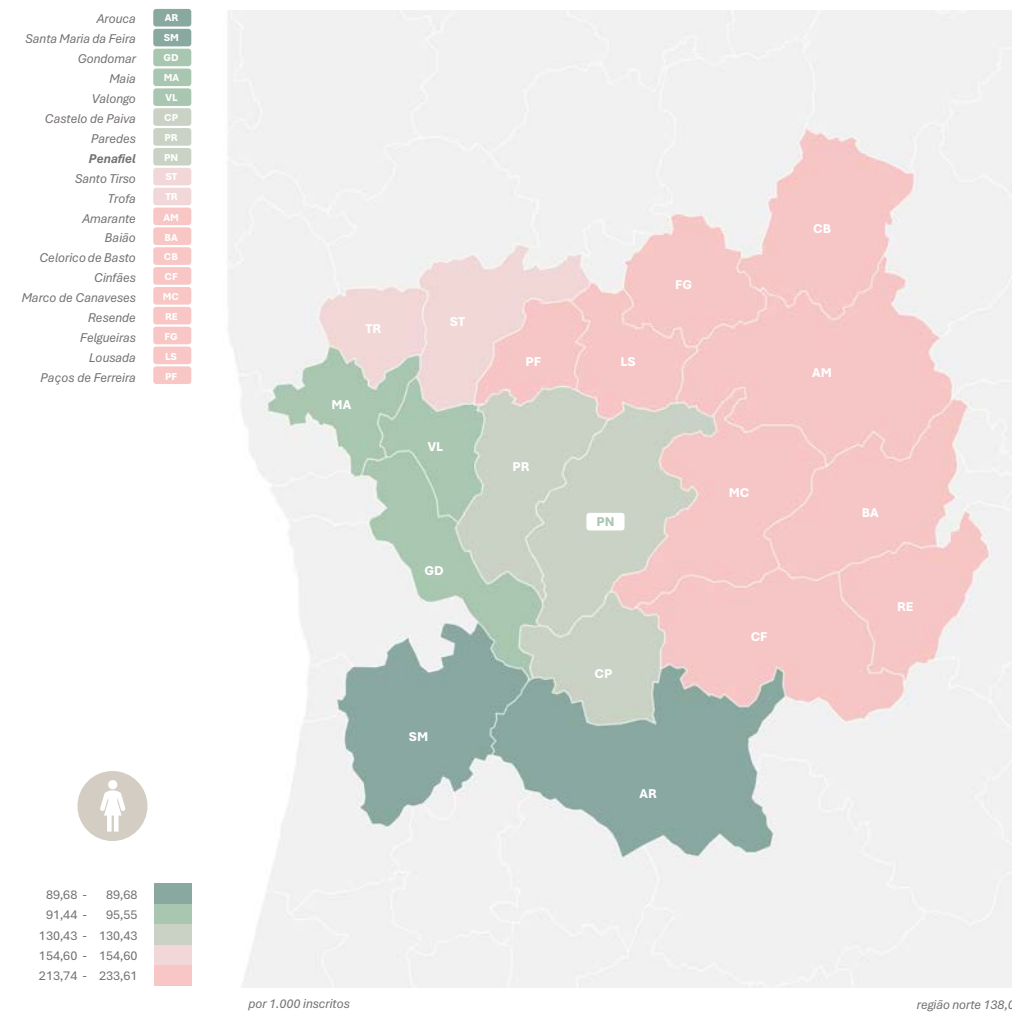
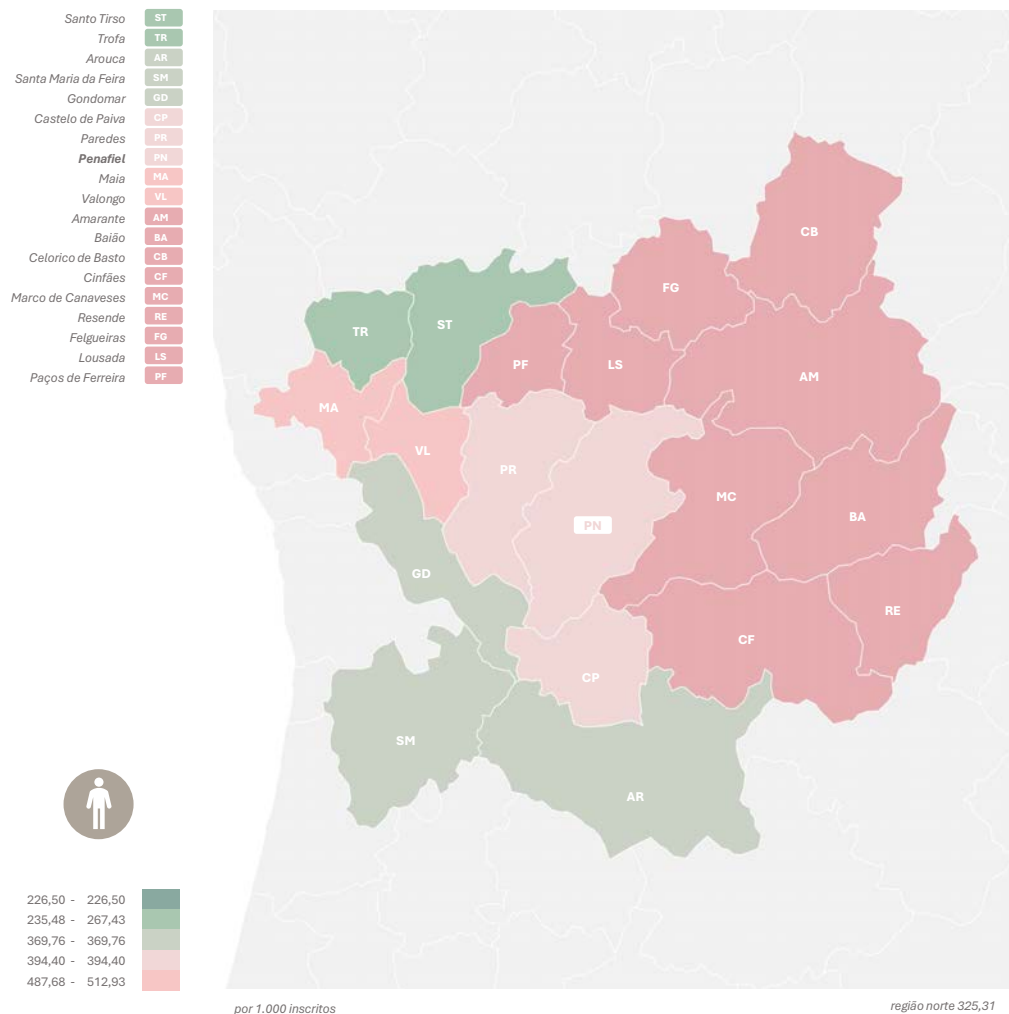
Figura 3.78



Variação da taxa de morbilidade padronizada por excesso de peso do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

Figura 3.79

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

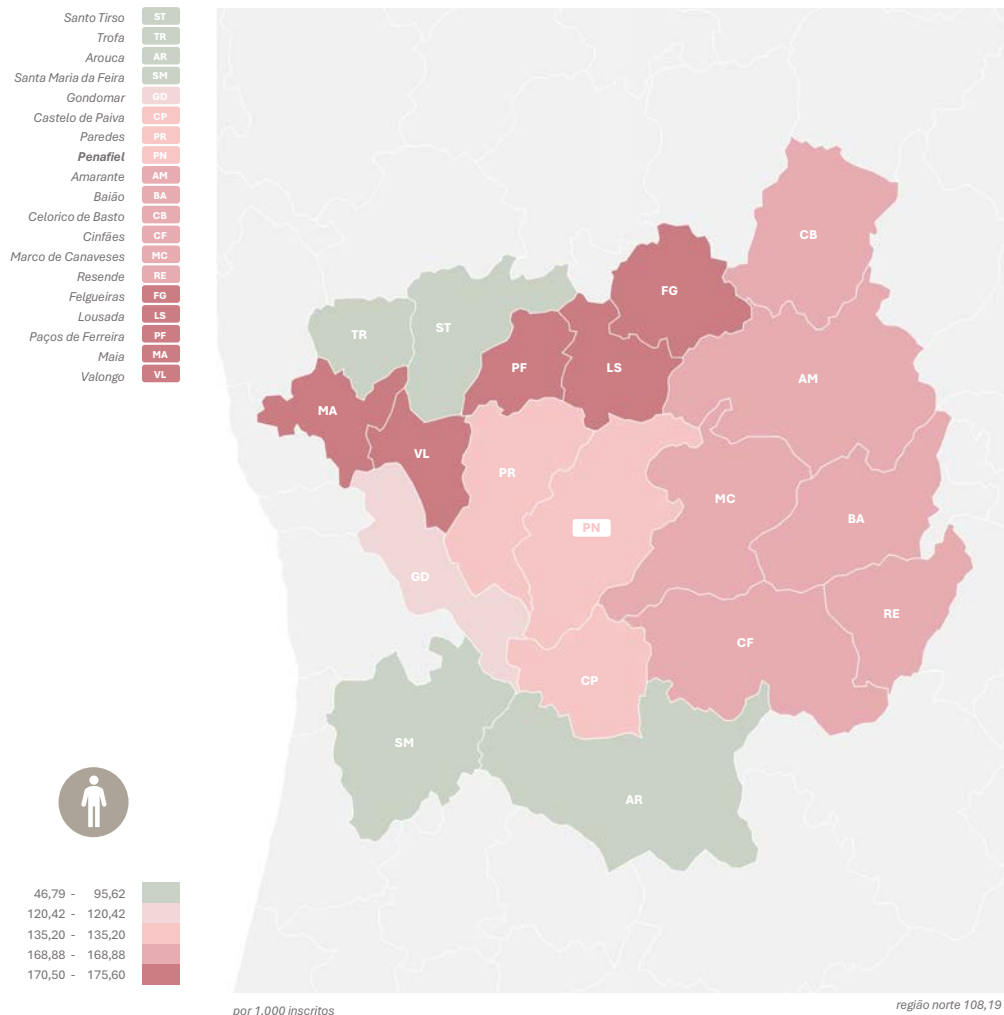


Variação da taxa de morbilidade padronizada por obesidade do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.80

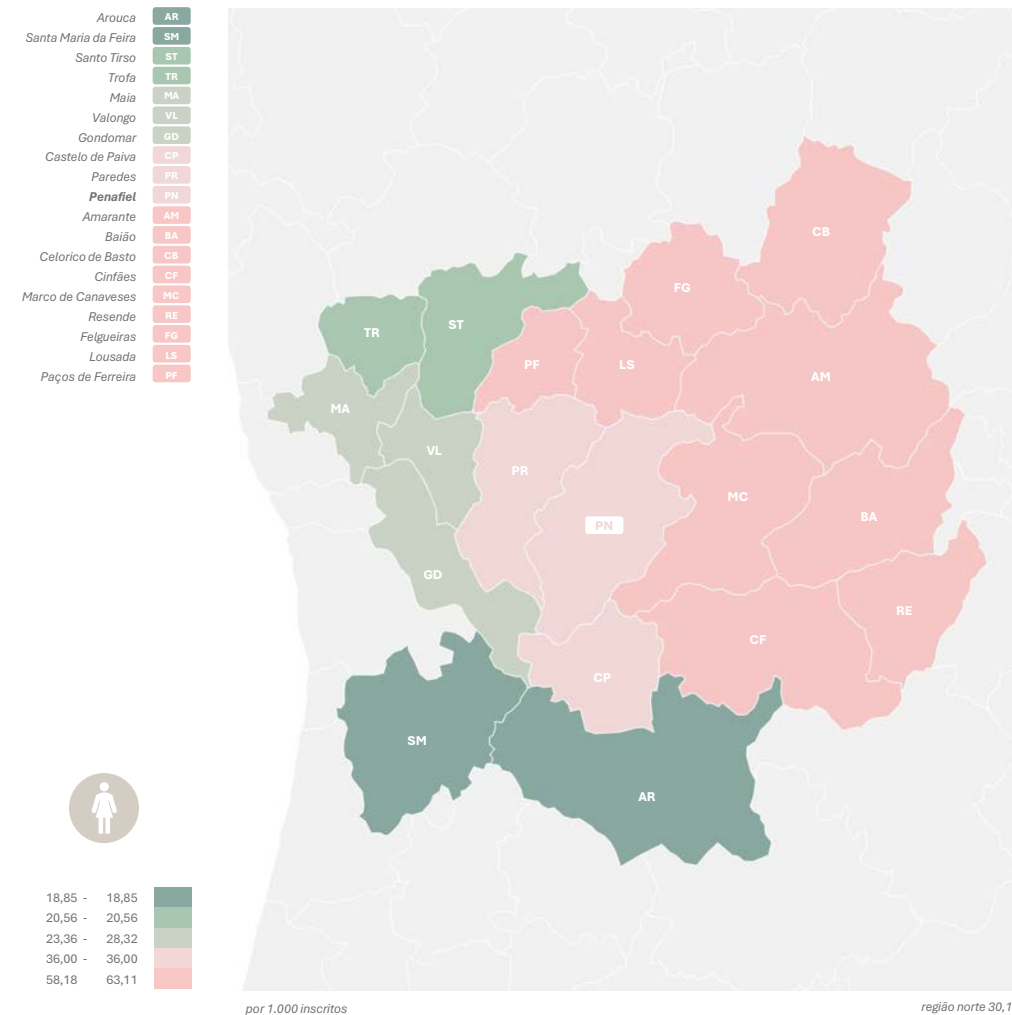
Variação da taxa de morbilidade padronizada por obesidade do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

Figura 3.81



Variação da taxa de morbilidade padronizada por alteração do metabolismo dos lípidos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

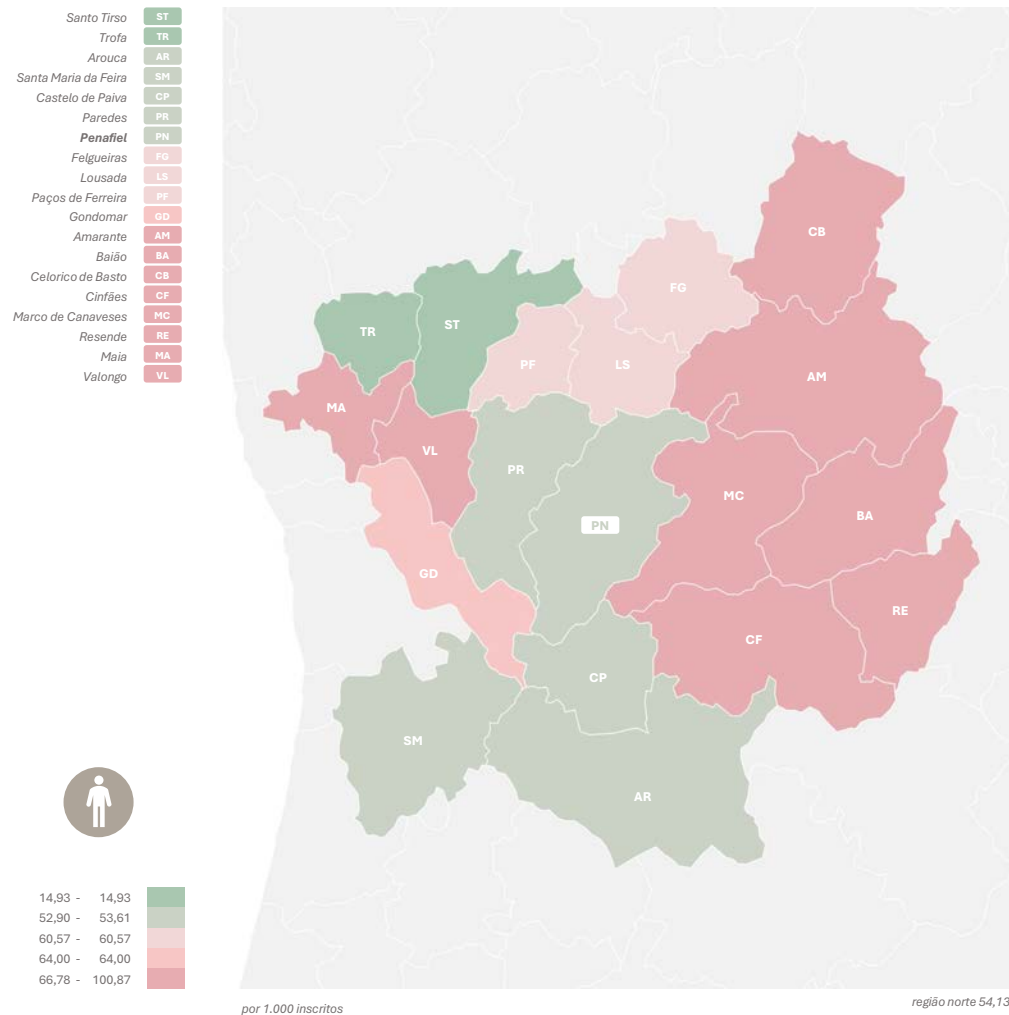
Figura 3.82



Variação da taxa de morbilidade padronizada por alteração do metabolismo dos lípidos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

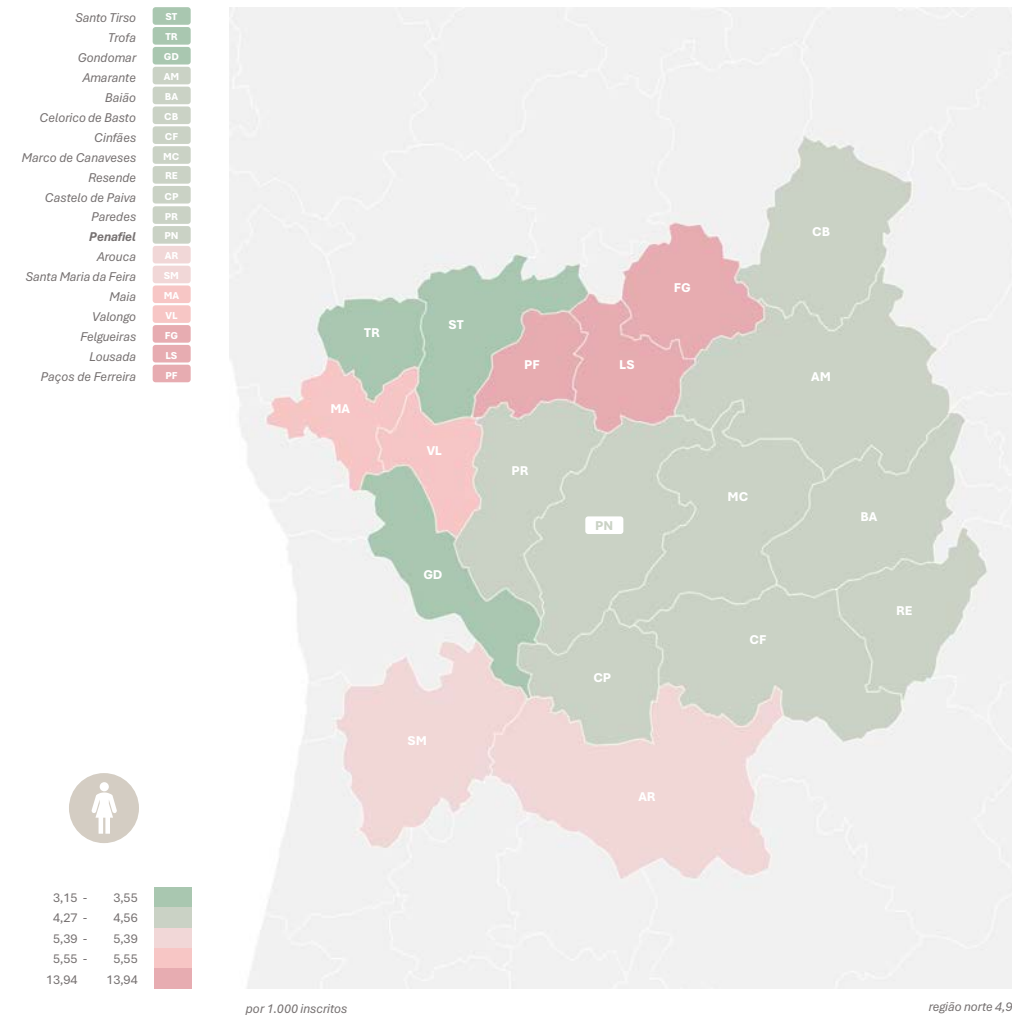
Figura 3.83

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Variação da taxa de morbilidade padronizada por diabetes não insulino-dependente do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

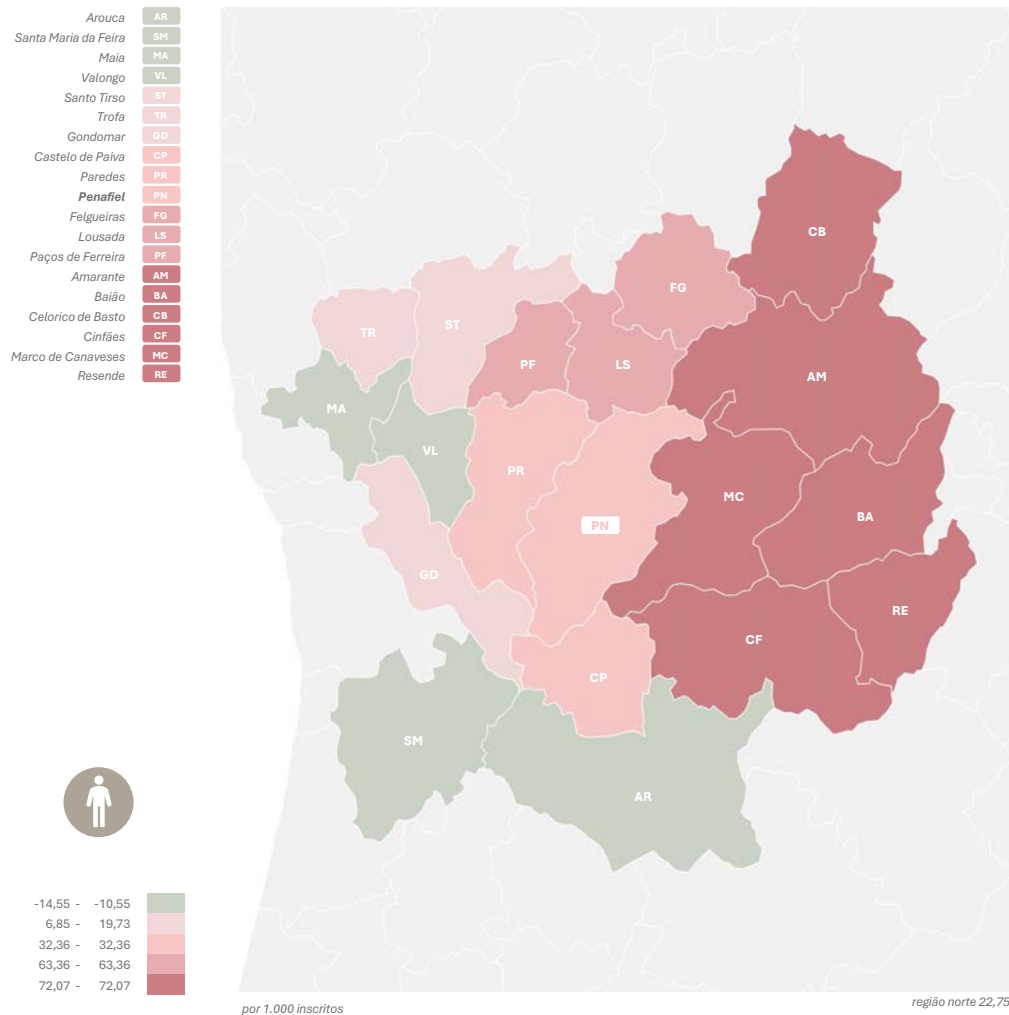
Figura 3.84



Variação da taxa de morbilidade padronizada por diabetes não insulino-dependente do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

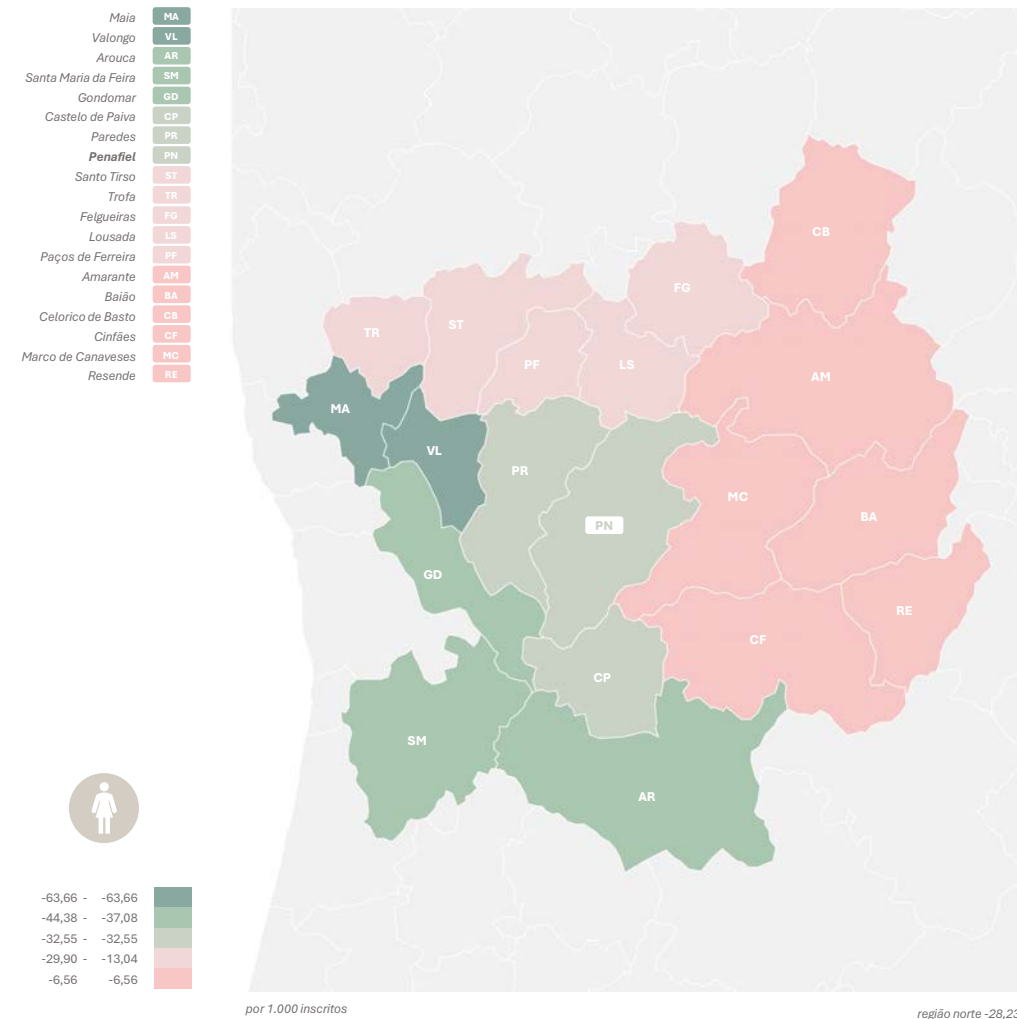
Figura 3.85

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Variação da taxa de morbilidade padronizada por diabetes insulino-dependente do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.86



Variação da taxa de morbilidade padronizada por diabetes insulino-dependente do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

Figura 3.87

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

No diagnóstico de diabetes não insulino-dependente, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo (100,9%) e o Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (66,8%) foram os que tiveram um maior aumento de utentes diagnosticados, e o ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa foi o com melhores valores, com um aumento de 14,9%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de diabetes não insulino-dependente aumentou 53,6%, valor inferior ao registado na Região Norte (54,1%) (Figura 3.84).

No diagnóstico de diabetes não insulino-dependente, no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. O ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira) (13,9%), foi o que teve um maior aumento de utentes diagnosticados e os ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa e ACeS Grande Porto II - Gondomar foram os com melhores valores, com um aumento de 3,2% e 3,6%, respetivamente. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de diabetes não insulino-dependente aumentou 4,6%, valor inferior ao registado na Região Norte

(5,0%) (Figura 3.85).

No diagnóstico de diabetes insulino-dependente, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento na maioria dos ACeS, à exceção dos ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca (-14,6%) e ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo (-10,5%). O ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (72,1%) foi o que teve um maior aumento de utentes diagnosticados. O ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca foi o com melhores valores, com uma redução de -14,6 %. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de diabetes insulino-dependente aumentou 32,4%, valor superior ao registado na Região Norte (22,7%) (Figura 3.86).

No diagnóstico de diabetes insulino-dependente, no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se uma redução em todos os ACeS. O ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (-6,6%) foi o que teve uma menor redução de utentes diagnosticados e o ACeS Grande Porto III - Maia / Valongo foi o com melhores valores, com uma redução de -63,7%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de diabetes

insulino-dependente diminuiu -32,6%, valor inferior ao registado na Região Norte (-28,2%) (Figura 3.87).

Este panorama revela uma crescente prevalência de diabetes não insulino-dependente no sexo masculino e uma ligeira estabilização ou diminuição da diabetes insulino-dependente no sexo feminino, sugerindo a necessidade de reforçar medidas preventivas e de controlo destas condições, especialmente em áreas como Penafiel e seus municípios vizinhos.

3.3.5 Doenças do Aparelho Digestivo

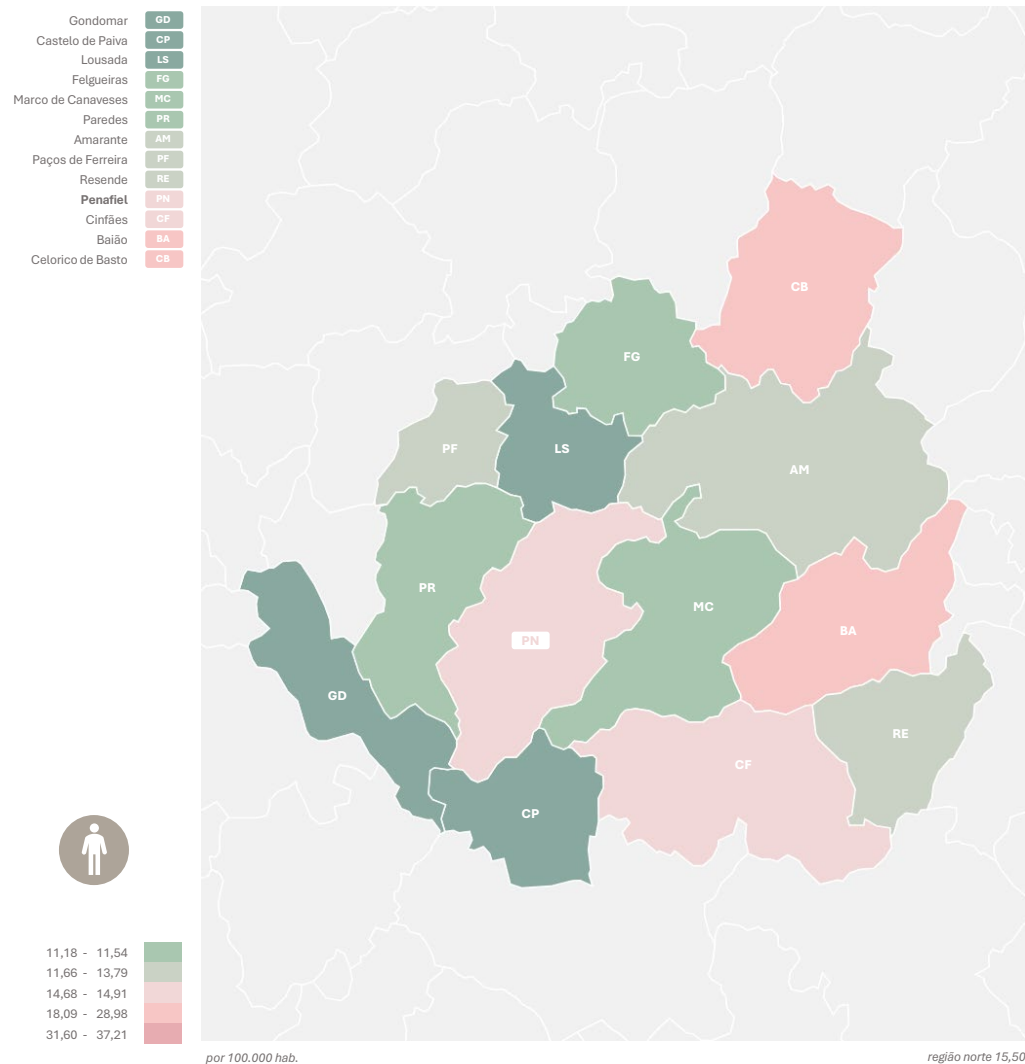
As doenças do aparelho digestivo representam uma das principais causas de mortalidade em Portugal. A taxa de mortalidade prematura associada a estas patologias reflete o impacto que estas doenças têm na saúde pública, sendo influenciada por fatores de risco como o consumo excessivo de álcool, obesidade e infeções hepáticas.

A taxa de mortalidade prematura quinquenal por doenças crónicas do fígado, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, no sexo masculino, foi de 18,1 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (15,5) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (14,8). Os municípios com maior mortalidade foram Celorico

de Basto (37,2) e Baião (31,6). Os municípios com menor mortalidade foram Gondomar (11,2), Castelo de Paiva (11,4) e Lousada (11,5) (Figura 3.88).

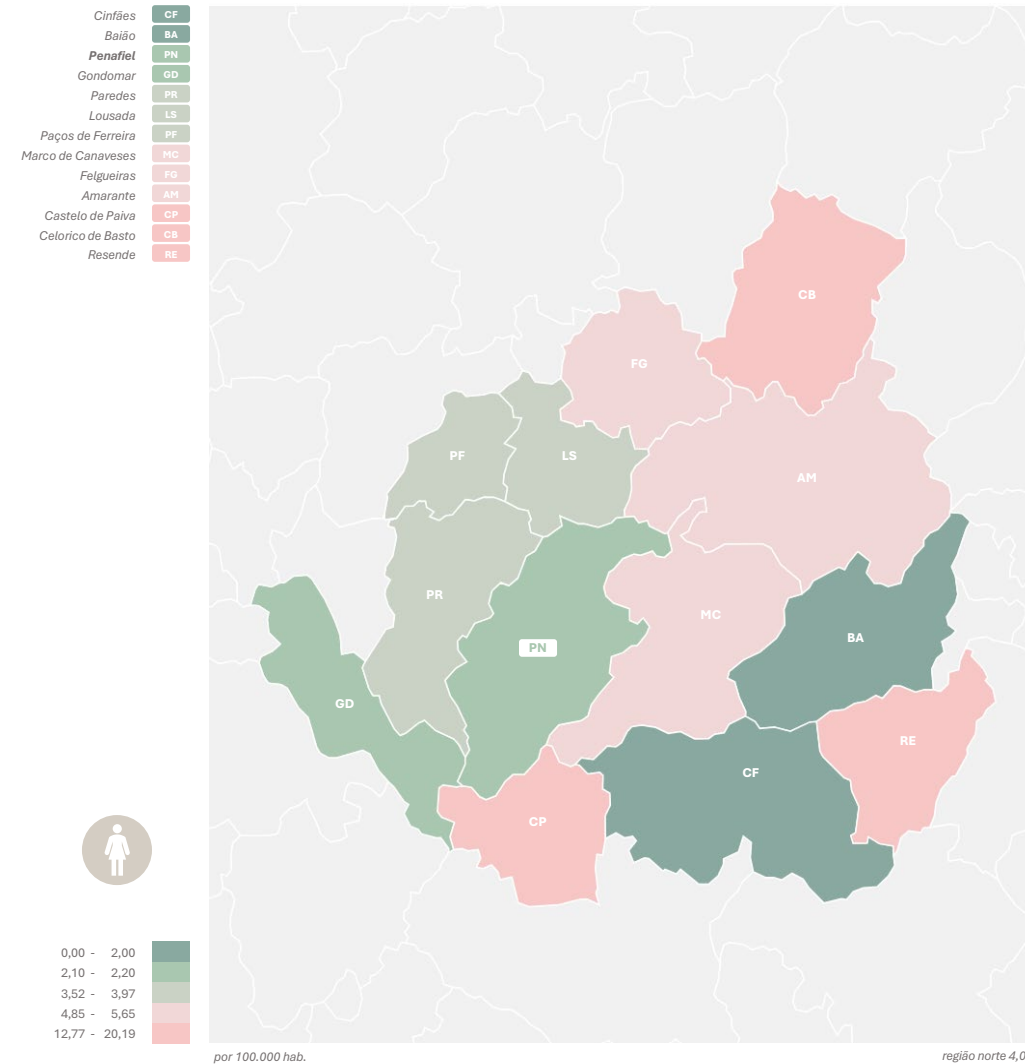
A taxa de mortalidade prematura quinquenal, por doenças crónicas do fígado, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, no sexo feminino, foi de 2,1 mortes por cada 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (4,1) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (4,1). Os municípios com maior mortalidade foram Resende (20,2), Celorico de Basto (13,3) e Castelo de Paiva (12,8). Os municípios com menor mortalidade foram Cinfães (0,0/100.000) e Baião (2,0) (Figura 3.89).

Os dados indicam uma taxa de mortalidade por doenças crónicas do fígado mais elevada em homens de Penafiel em comparação com a média regional e nacional, sugerindo um problema significativo de saúde pública. Estes resultados destacam a necessidade de medidas preventivas mais robustas para reduzir a mortalidade entre os homens na região.



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças crónicas do fígado nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.88



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças crónicas do fígado nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.89

3.3.6 Doenças Osteoarticulares

As doenças osteoarticulares, como a osteoartrose e a osteoporose, afetam as articulações e os ossos, provocando dor e limitações funcionais. A osteoartrose é caracterizada pelo desgaste das articulações, enquanto a osteoporose resulta na diminuição da densidade óssea, aumentando o risco de fraturas.

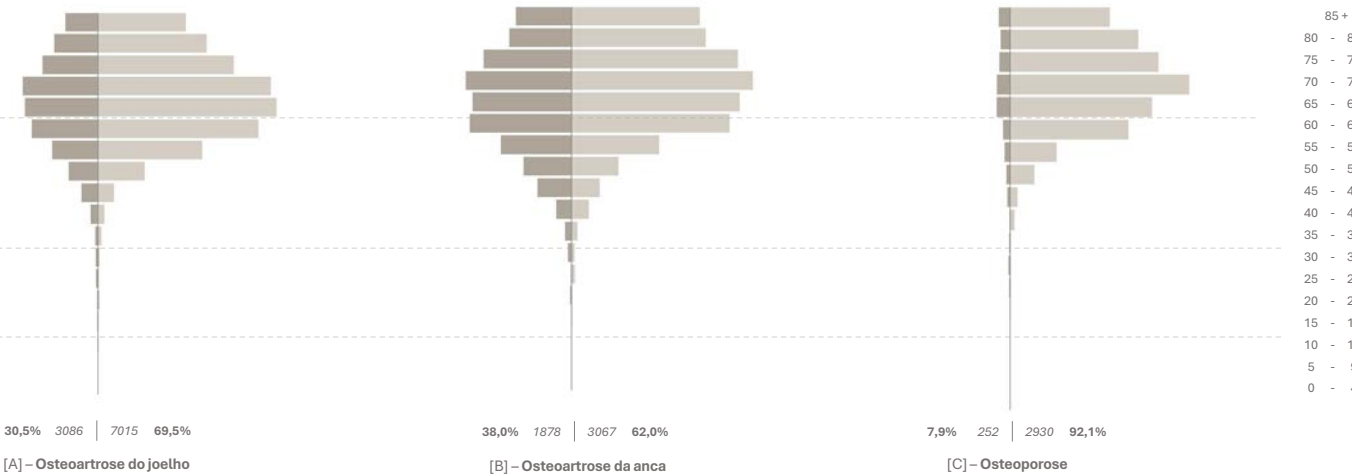
Nas doenças osteoarticulares, no ACeS Vale do Sousa Sul, no ano de 2021, no sexo masculino, existe uma taxa de 36,5 utentes com diagnóstico de osteoartrose do joelho, por cada 1.000 inscritos, valor superior com significância estatística à média da Região Norte, e 78,0 utentes com o mesmo diagnóstico por cada 1.000 utentes, no sexo feminino, valor significativamente superior à média da Região Norte. Para o diagnóstico de osteoartrose da anca, o valor está significativamente superior à média da Região Norte, em ambos os sexos. Relativamente ao diagnóstico de osteoporose, no sexo masculino está dentro da média da Região Norte, enquanto no sexo feminino está significativamente abaixo da média da Região Norte (Figura 3.90).

Estas condições são especialmente comuns em idosos e afetam mais frequentemente as mulheres (Figura 3.91).



Prevalência e posição relativa da taxa de morbilidade padronizada do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças osteoarticulares [A-C], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.90



Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças osteoarticulares [A-C], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.91

No diagnóstico de osteoartrose do joelho, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. O ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (157,6%) foi o que teve um maior aumento de utentes diagnosticados e o ACeS Grande Porto I - Santo Tirso / Trofa foi o com melhores valores, com um aumento de 44,9%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de osteoartrose do joelho aumentou 98,7%, valor inferior ao registado na Região Norte (104,0%) (Figura 3.92).

No diagnóstico de osteoartrose do joelho, no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. O ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (72,5%) foi o que teve um maior aumento de utentes diagnosticados e o ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca foi o com melhores valores, com um aumento de 28,4%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de osteoartrose do joelho aumentou 46,3%, valor superior ao registado na Região Norte (44,3%) (Figura 3.93).

No diagnóstico de osteoartrose da anca, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um

aumento em todos os ACeS. Os ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo (211,9%) e ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (179,0%) foram os que tiveram um maior aumento de utentes diagnosticados e o ACeS Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa foi o com melhores valores, com um aumento de 49,6%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de osteoartrose da anca aumentou 108,3%, valor inferior ao registado na Região Norte (118,7%) (Figura 3.94).

Relativamente ao diagnóstico de osteoartrose da anca, no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. O ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (120,2%) foi o que teve um maior aumento de utentes diagnosticados e o ACeS Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa foi o com melhores valores, com um aumento de 35,0%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de osteoartrose da anca aumentou 49,4%, valor inferior ao registado na Região Norte (62,4%) (Figura 3.95).

Em relação ao diagnóstico de osteoporose, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se

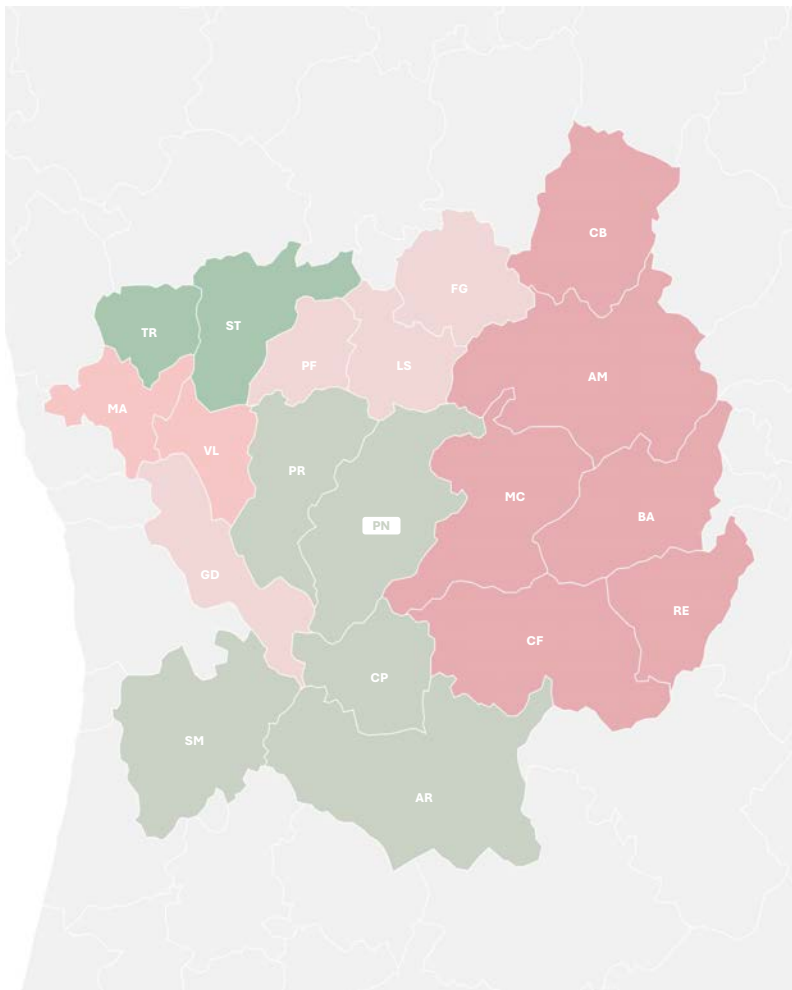
um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo (85,4%) e ACeS Grande Porto II - Gondomar (74,8%) foram os que tiveram um maior aumento de utentes diagnosticados. O ACeS Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa foi o com melhores valores, com um aumento de 18,6%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de osteoporose aumentou 33,3%, valor inferior ao registado na Região Norte (40,8%) (Figura 3.96).

No diagnóstico de osteoporose, no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento na maioria dos ACeS à exceção do ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca (-9,8%). Os ACeS Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa (19,3%) e ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (15,8%) foram os que tiveram um maior aumento de utentes diagnosticados. O ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca foi o com melhores valores, com uma redução de -9,8%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de osteoporose aumentou 6,3%, valor inferior ao registado na Região Norte (7,1%) (Figura 3.97).

Apesar destes aumentos, a taxa de morbilidade padronizada no ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul é inferior à média da Região Norte em todos os

casos, com exceção do diagnóstico de osteoartrose do joelho entre as mulheres, onde é ligeiramente superior. Estes dados refletem uma tendência crescente na prevalência destas condições osteoarticulares, particularmente entre a população idosa e o sexo feminino. A diferença nas taxas de aumento sugere uma necessidade contínua de estratégias eficazes de prevenção e gestão, bem como uma possível necessidade de revisão dos protocolos de diagnóstico e tratamento para melhor abordar as necessidades específicas da região.

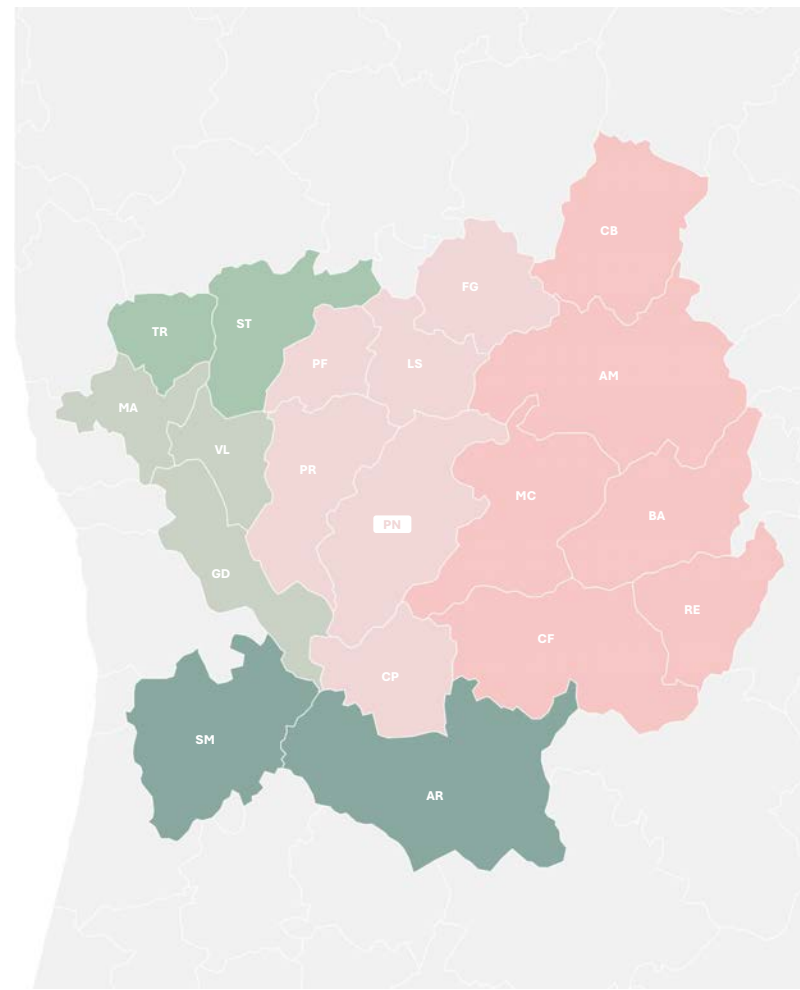
Santo Tirso ST
Trofa TR
Arouca AR
Santa Maria da Feira SM
Castelo de Paiva CP
Paredes PR
Penafiel PN
Gondomar GD
Felgueiras FG
Lousada LS
Paços de Ferreira PF
Maia MA
Valongo VL
Amarante AM
Baão BA
Celorico de Basto CB
Cinfães CF
Marco de Canaveses MC
Resende RE



Variação da taxa de morbilidade padronizada por osteoartrose do joelho do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.92

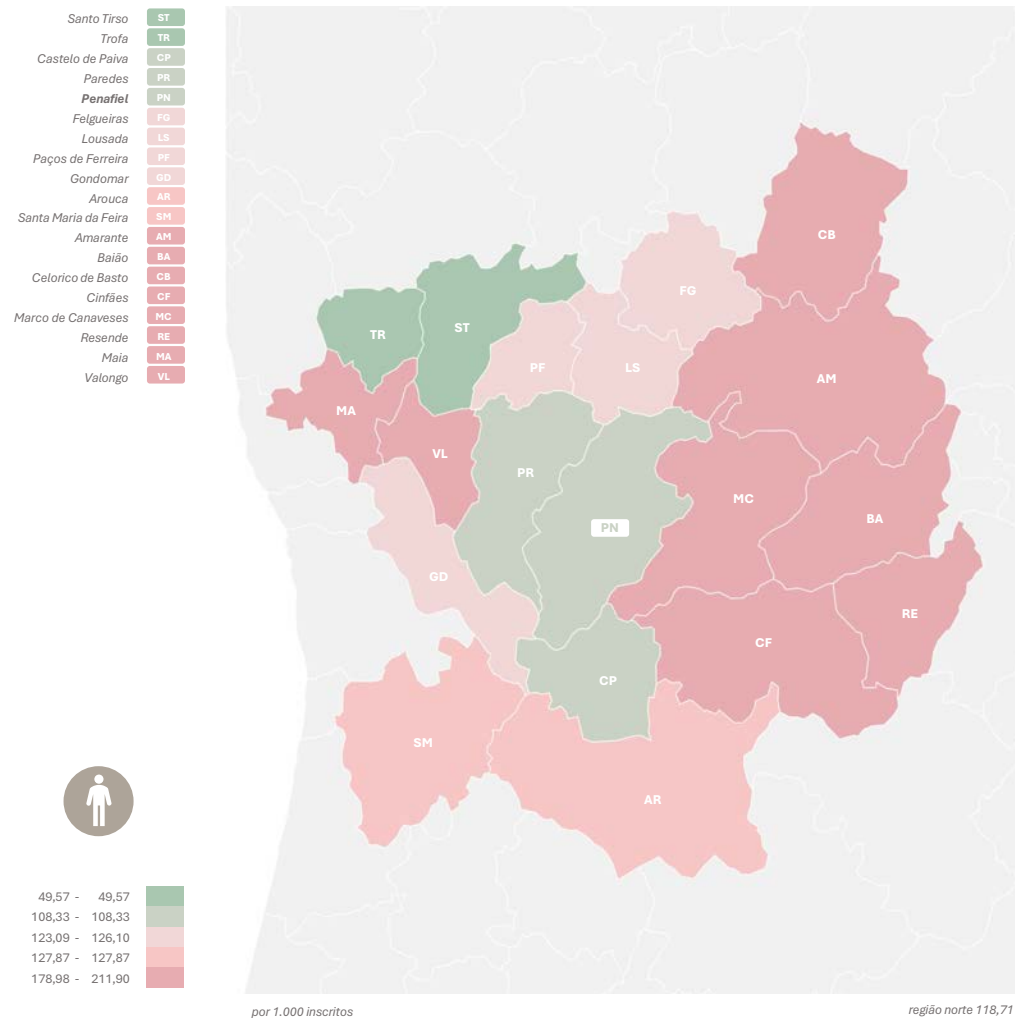
Arouca AR
Santa Maria da Feira SM
Santo Tirso ST
Trofa TR
Maia MA
Valongo VL
Gondomar GD
Castelo de Paiva CP
Paredes PR
Penafiel PN
Felgueiras FG
Lousada LS
Paços de Ferreira PF
Amarante AM
Baão BA
Celorico de Basto CB
Cinfães CF
Marco de Canaveses MC
Resende RE



Variação da taxa de morbilidade padronizada por osteoartrose do joelho do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

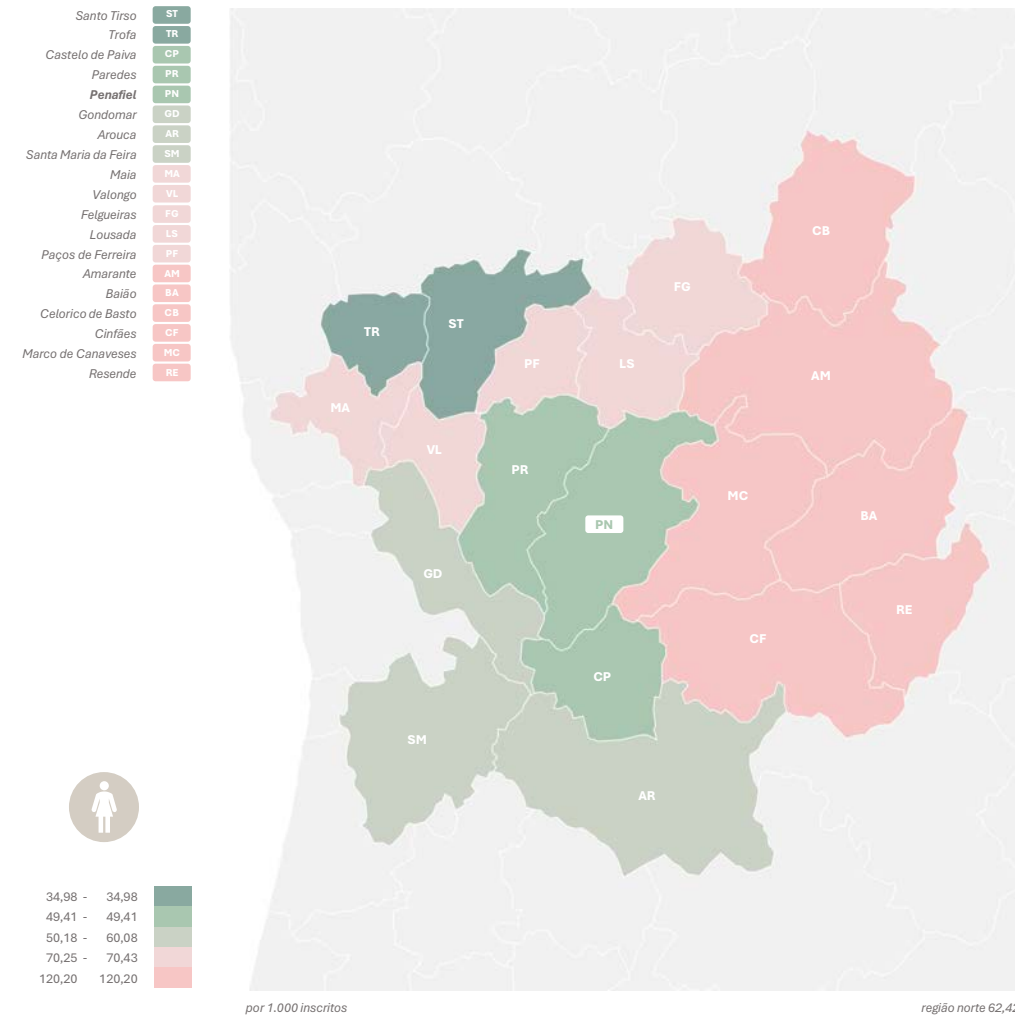
Figura 3.93

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Variação da taxa de morbilidade padronizada por osteoartrose da anca do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

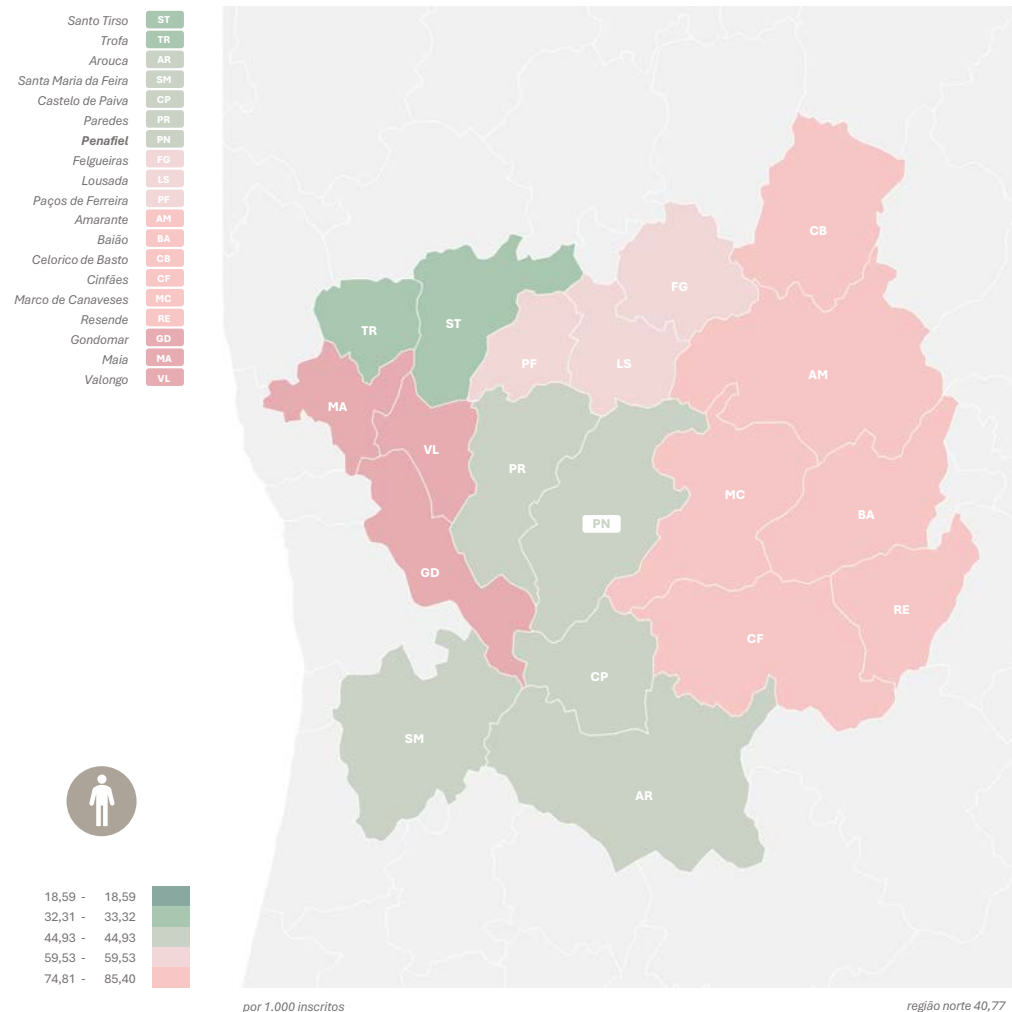
Figura 3.94



Variação da taxa de morbilidade padronizada por osteoartrose da anca do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

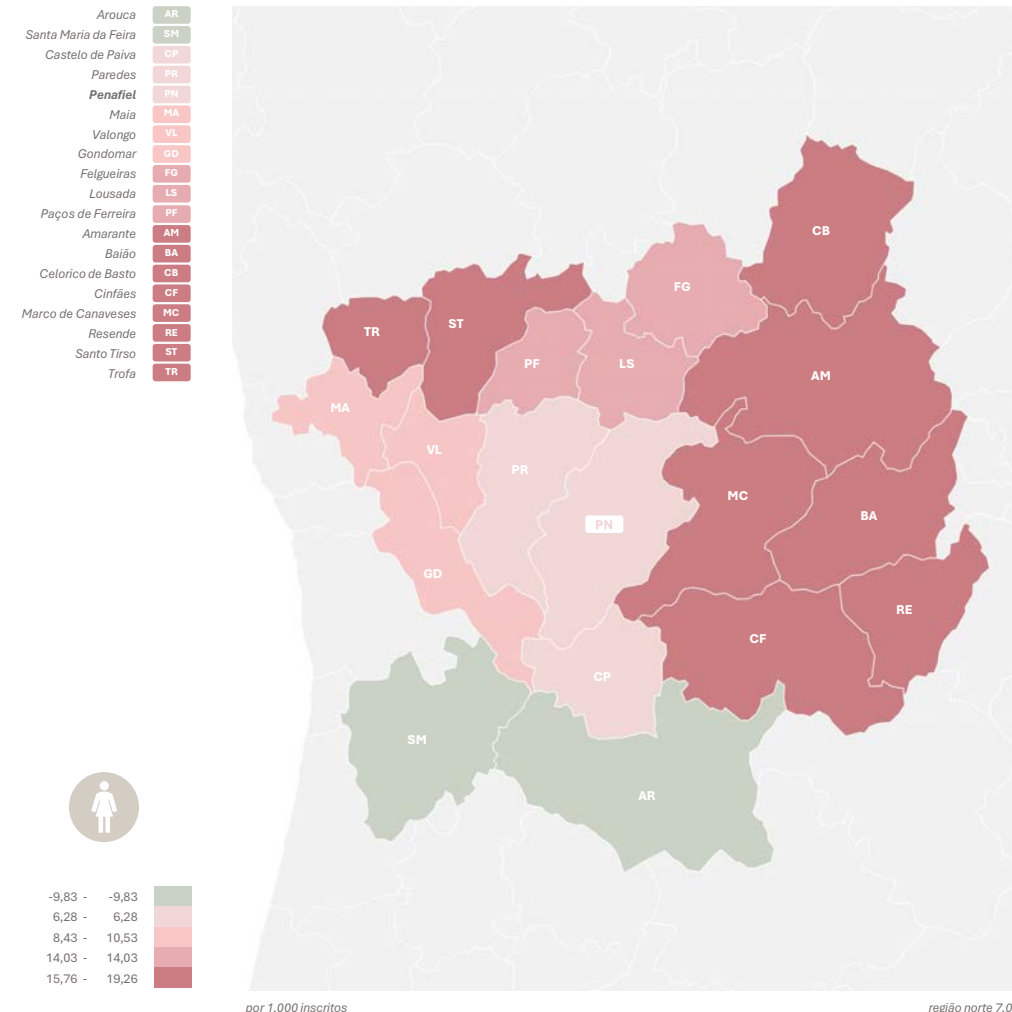
Figura 3.95

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Variação da taxa de morbilidade padronizada por osteoporose do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.96



Variação da taxa de morbilidade padronizada por osteoporose do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

Figura 3.97

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

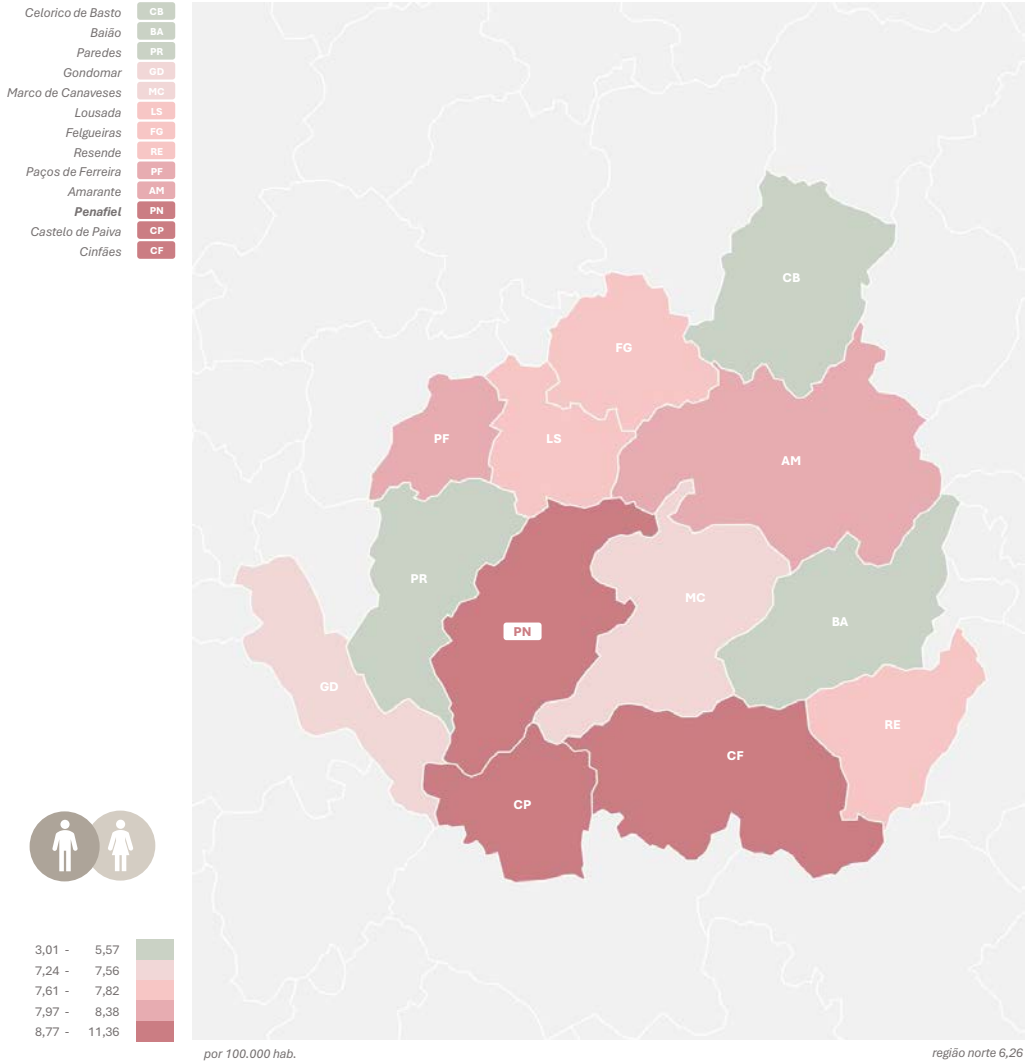
3.3.7 Doenças Mentais

A saúde mental é uma componente essencial do bem-estar geral e desempenha um papel essencial na qualidade de vida dos indivíduos. A mortalidade prematura associada a suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente é um indicador significativo de problemas de saúde mental na população. A saúde mental é fundamental para a saúde global e a prevenção do suicídio, é uma prioridade de saúde pública (OMS, 2022). Neste contexto, a análise da taxa de mortalidade prematura por estas causas no município de Penafiel oferece uma visão importante sobre a situação da saúde mental na região e pode ajudar a identificar áreas onde são necessárias intervenções específicas.

A taxa de mortalidade prematura quinquenal por suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, em ambos os sexos, foi de 8,8 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (6,3) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (7,4). Os municípios com maior mortalidade foram Cinfães (11,4/100.000), Castelo de Paiva (9,2/100.000) e Penafiel (8,8/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram Celorico de Basto (3,0/100.000), Baião (4,5/100.000), e Paredes (5,6/100.000) (Figura 3.98).

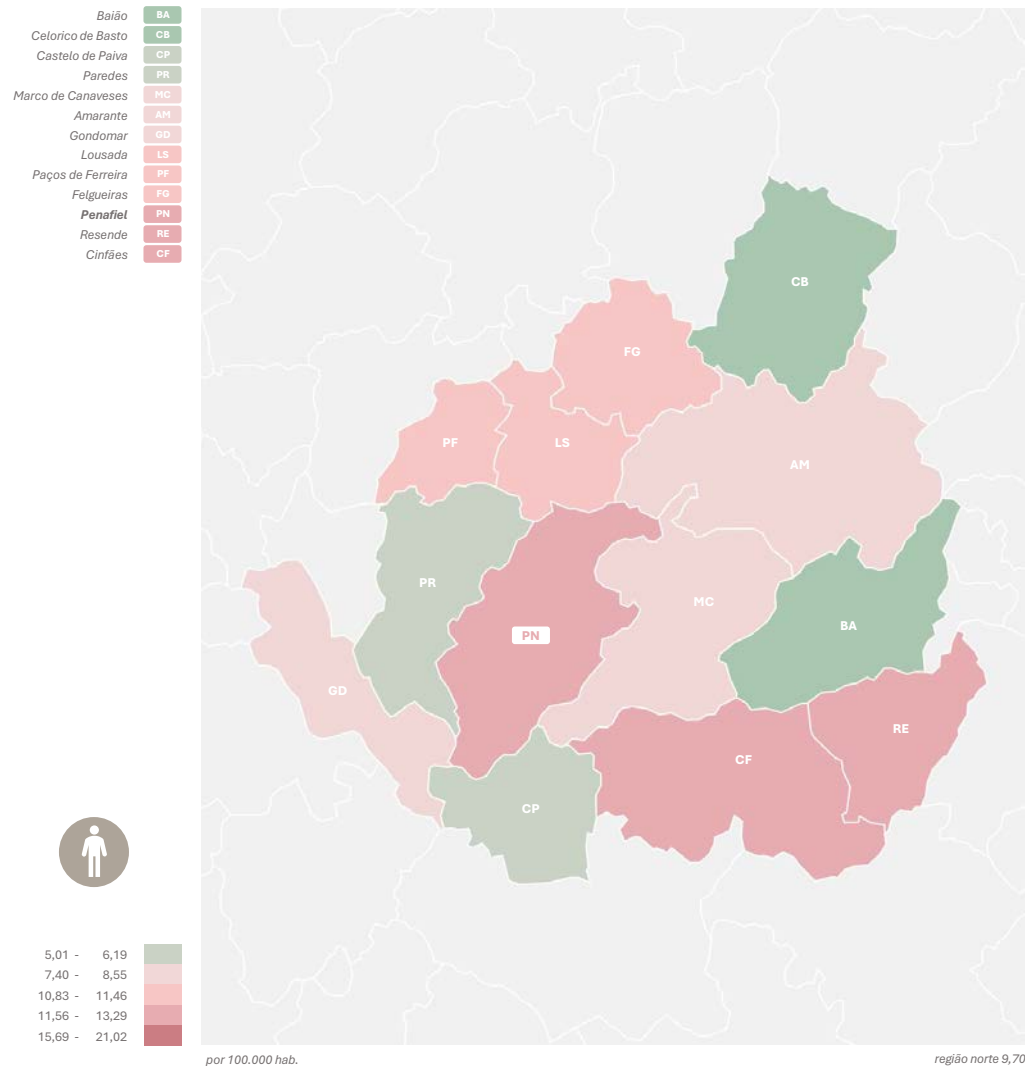
A taxa de mortalidade prematura quinquenal, por suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, no sexo masculino, foi de 15,7 mortes por cada 100.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (9,7) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (11,6). Os municípios com maior mortalidade foram Cinfães (21,0/100.000), Resende (16,5/100.000) e Penafiel (15,7/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram Baião (5,0/100.000), e Celorico de Basto (6,2/100.000) (Figura 3.99).

No sexo feminino, a taxa no município de Penafiel foi de 2,3 mortes por cada 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (3,1) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (3,6). Os municípios com maior mortalidade foram Castelo de Paiva (11,1/100.000), Amarante (5,7/100.000) e Marco de Canaveses (4,6/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram Celorico de Basto (0,0/100.000), Resende (0,0/100.000) e Cinfães (2,0/100.000) (Figura 3.100).



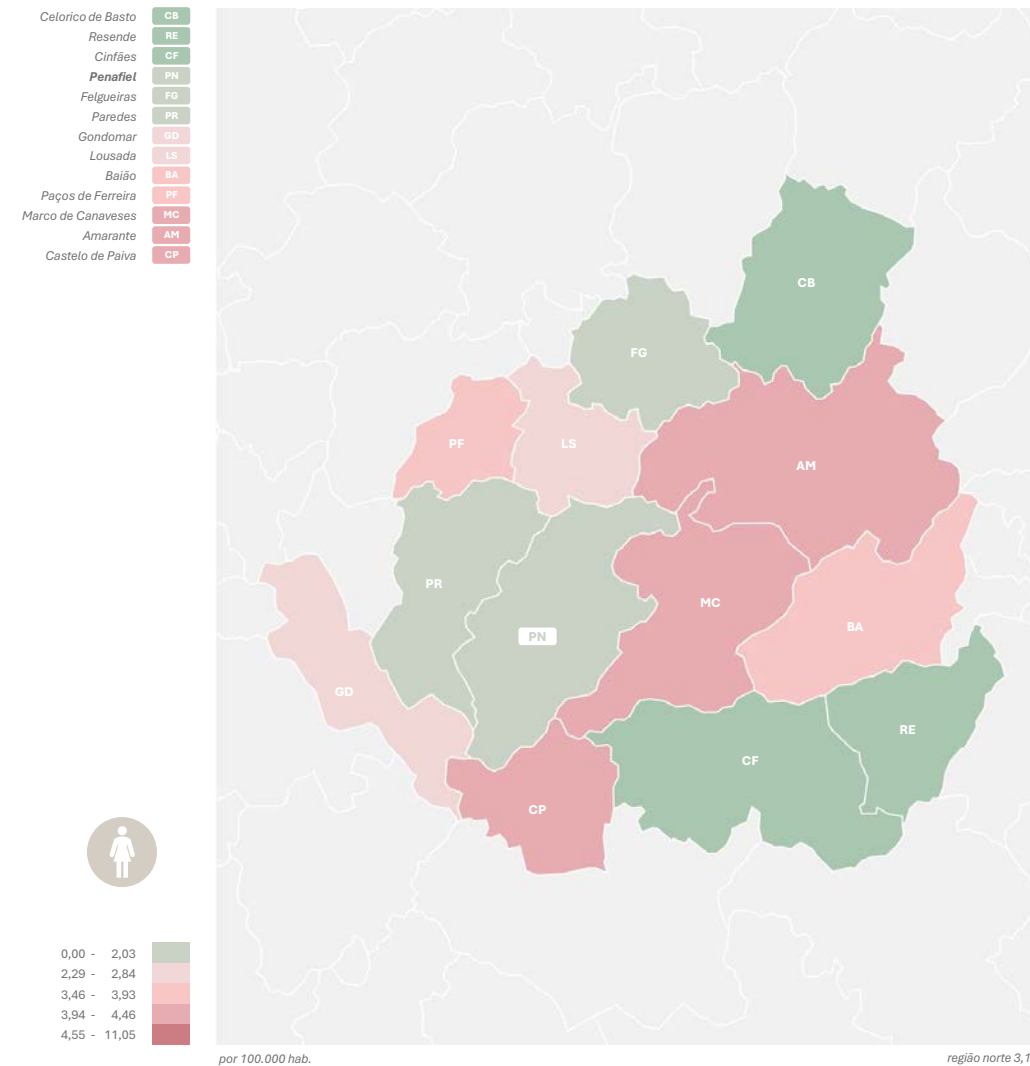
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021

Figura 3.98



Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 3.99



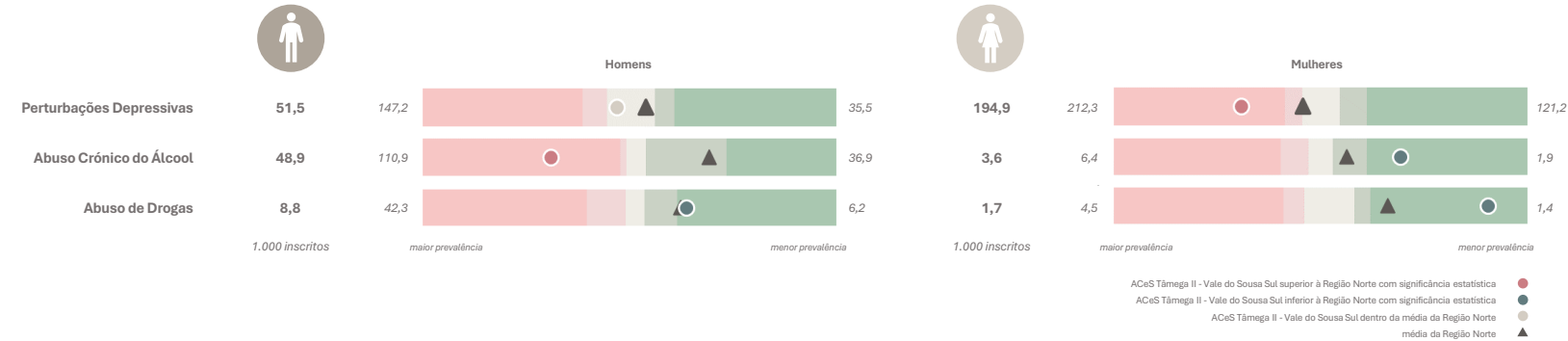
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 3.100

O diagnóstico e a gestão de doenças mentais, como a depressão, bem como a monitorização de comportamentos de risco, como o abuso de substâncias, são fundamentais para a promoção da saúde pública.

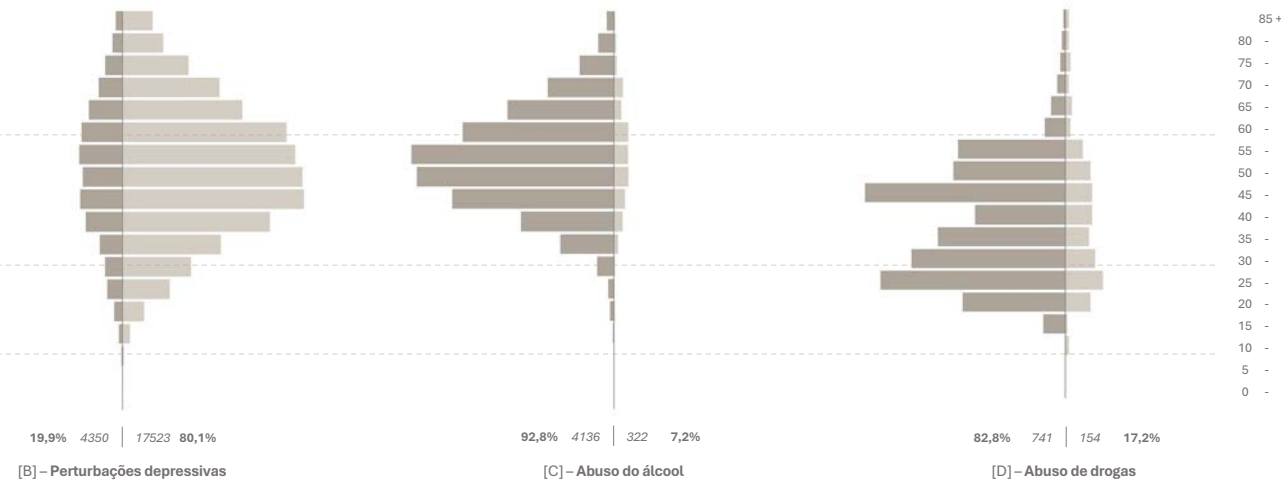
No ACeS Vale do Sousa Sul, no ano de 2021, no sexo masculino, existe uma taxa de 51,5 utentes com diagnóstico de depressão, por cada 1.000 inscritos, valor dentro da média da Região Norte, e 194,9 utentes com o mesmo diagnóstico por cada 1.000 utentes, no sexo feminino, valor significativamente superior à média da Região Norte. Para o diagnóstico de abuso crónico do álcool, o valor está significativamente superior à média da Região Norte, no sexo masculino, enquanto no sexo feminino é significativamente inferior. Relativamente ao diagnóstico de abuso de drogas, em ambos os sexos, é significativamente inferior à média da Região Norte (Figura 3.101).

A taxa de diagnóstico de depressão é significativamente mais elevada no sexo feminino em comparação com o masculino, alinhando-se com padrões nacionais que indicam uma maior prevalência de depressão entre mulheres. Em contrapartida, os comportamentos de risco, como o abuso de álcool e drogas, são mais prevalentes no sexo masculino (Figura 3.102).



Prevalência e posição relativa da taxa de morbilidade padronizada do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças mentais [A-C], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.101



Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças mentais [A-C], no sexo masculino e feminino, 2021

Figura 3.102

Relativamente ao diagnóstico de depressão, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira) (260,7%) e ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo (244,4%) foram os que tiveram um maior aumento de utentes diagnosticados. O ACeS Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa foi o com melhores valores, com um aumento de 92,9%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de depressão aumentou 164,5%, valor superior ao registado na Região Norte (161,5%) (Figura 3.103).

Quanto ao diagnóstico de depressão, no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. O ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira) (78,7%) foi o que teve um maior aumento de utentes diagnosticados, e o ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul (Castelo de Paiva, Paredes, Penafiel) foi o com melhores valores, com um aumento de 34,6%, valor inferior ao registado na Região Norte (40,6%) (Figura 3.104).

No diagnóstico de abuso crónico do álcool, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira) (266,4%) e ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de

Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (229,8%) foram os que tiveram um maior aumento de utentes diagnosticados. O ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca foi o com melhores valores, com um aumento de 92,3%. No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de abuso crónico de álcool aumentou 218,5%, valor superior ao registado na Região Norte (150,9%) (Figura 3.105).

No diagnóstico de abuso crónico do álcool, no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se um aumento na maioria dos ACeS à exceção dos ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca (-13,7%) e ACeS Grande Porto II – Gondomar (-6,3%). Os ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira) (97,6%) e ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul (Castelo de Paiva, Paredes, Penafiel) (62,6%) foram os que tiveram um maior aumento de utentes diagnosticados, valor superior ao registado na Região Norte (16,7%) (Figura 3.106).

Quanto ao diagnóstico de abuso de drogas, no sexo masculino, entre 2013-2021, observou-se um aumento em todos os ACeS. Os ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte (Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira) (557,6%) foi o que teve um maior aumento de utentes diagnosticados e o ACeS Grande Porto I - Santo Tirso / Trofa foi o com melhores valores, com um aumento de 227,9%.

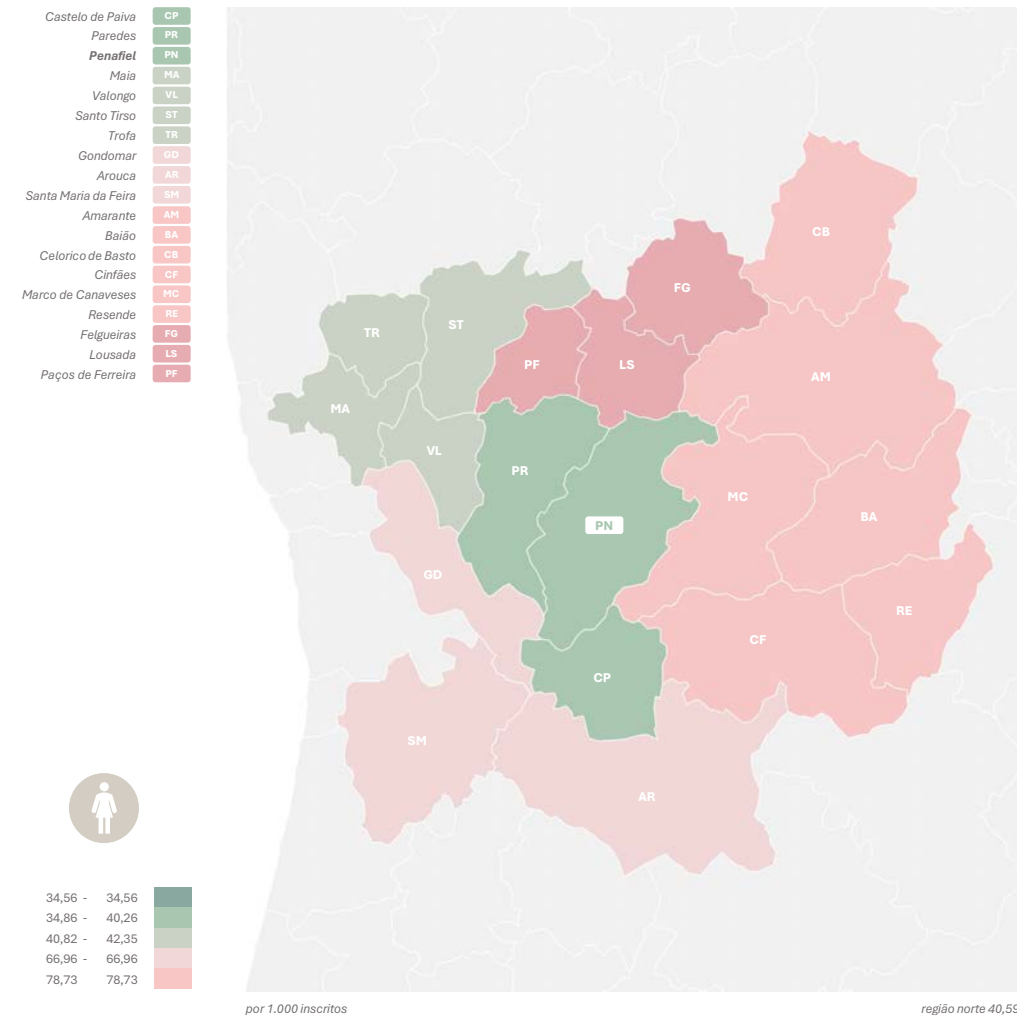
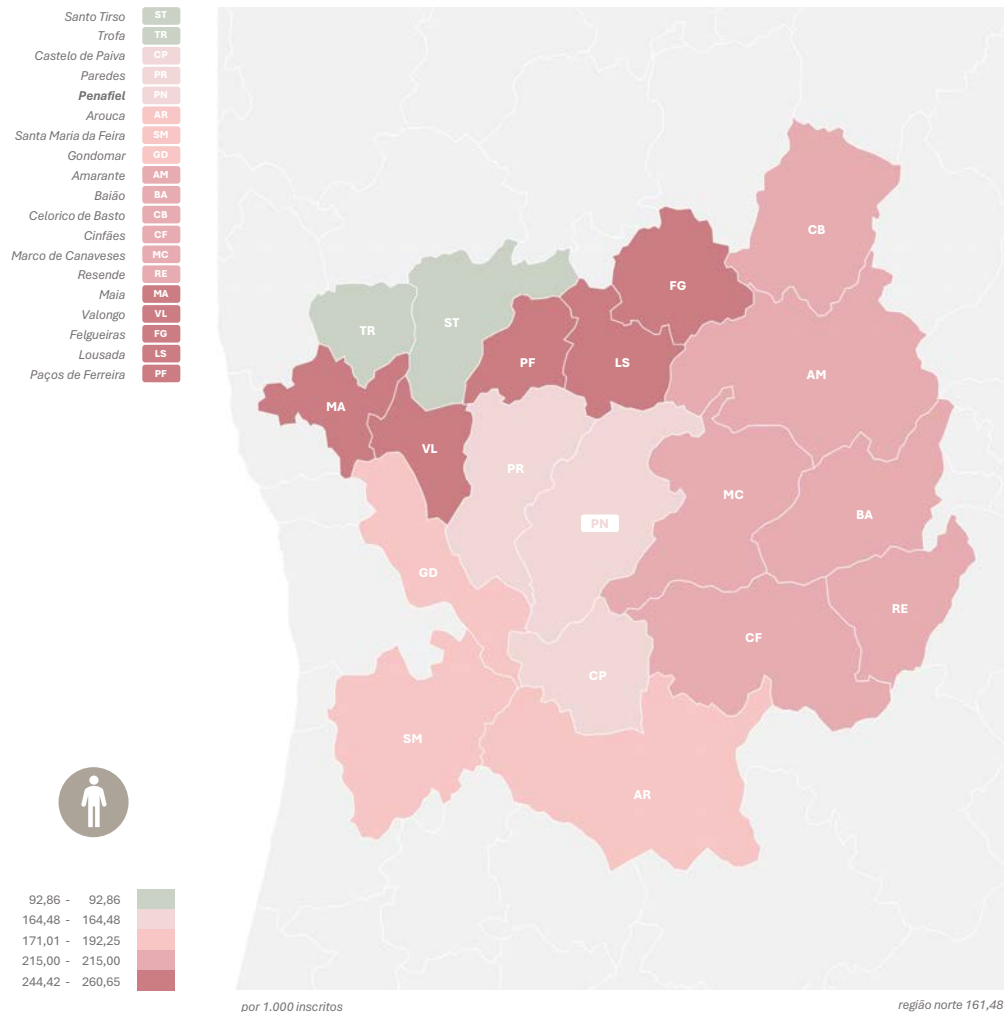
No ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, que abrange Penafiel, Paredes e Castelo de Paiva, a taxa de morbilidade padronizada com o diagnóstico de abuso crónico de álcool aumentou 340,0%, valor inferior ao registado na Região Norte (342,3%) (Figura 3.107).

No diagnóstico de abuso de drogas, no sexo feminino, entre 2013-2021, observou-se uma redução na maioria dos ACeS, à exceção dos ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (24,0%) e ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca (9,2%). Os ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega (Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende) (24,0%) foi o que teve um maior aumento de utentes diagnosticados. O ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul (Castelo de Paiva, Paredes, Penafiel) foi o com melhores valores, com uma redução de -39,9%, valor inferior ao registado na Região Norte (-5,4%) (Figura 3.108).

Resumindo, entre 2013 e 2021, a taxa de diagnóstico de depressão no sexo masculino aumentou significativamente em todos os ACeS, com o ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte a registar o maior aumento. Apesar de o aumento da depressão no sexo feminino ter sido menor em comparação com o masculino, o ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul ainda apresentou uma taxa superior à média da Região Norte.

Relativamente ao abuso crónico de álcool, observou-se um aumento notável, especialmente nos ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte e Tâmega I - Baixo Tâmega, embora o valor no ACeS Vale do Sousa Sul seja superior ao da Região Norte. Por outro lado, o diagnóstico de abuso de drogas aumentou substancialmente no sexo masculino, destacando-se o ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte, enquanto no sexo feminino houve uma redução na maioria dos ACeS, com uma exceção significativa no ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega.

Estes dados sublinham a necessidade de estratégias de intervenção específicas e direcionadas, com foco nas áreas e condições que apresentam as maiores taxas de crescimento e prevalência.



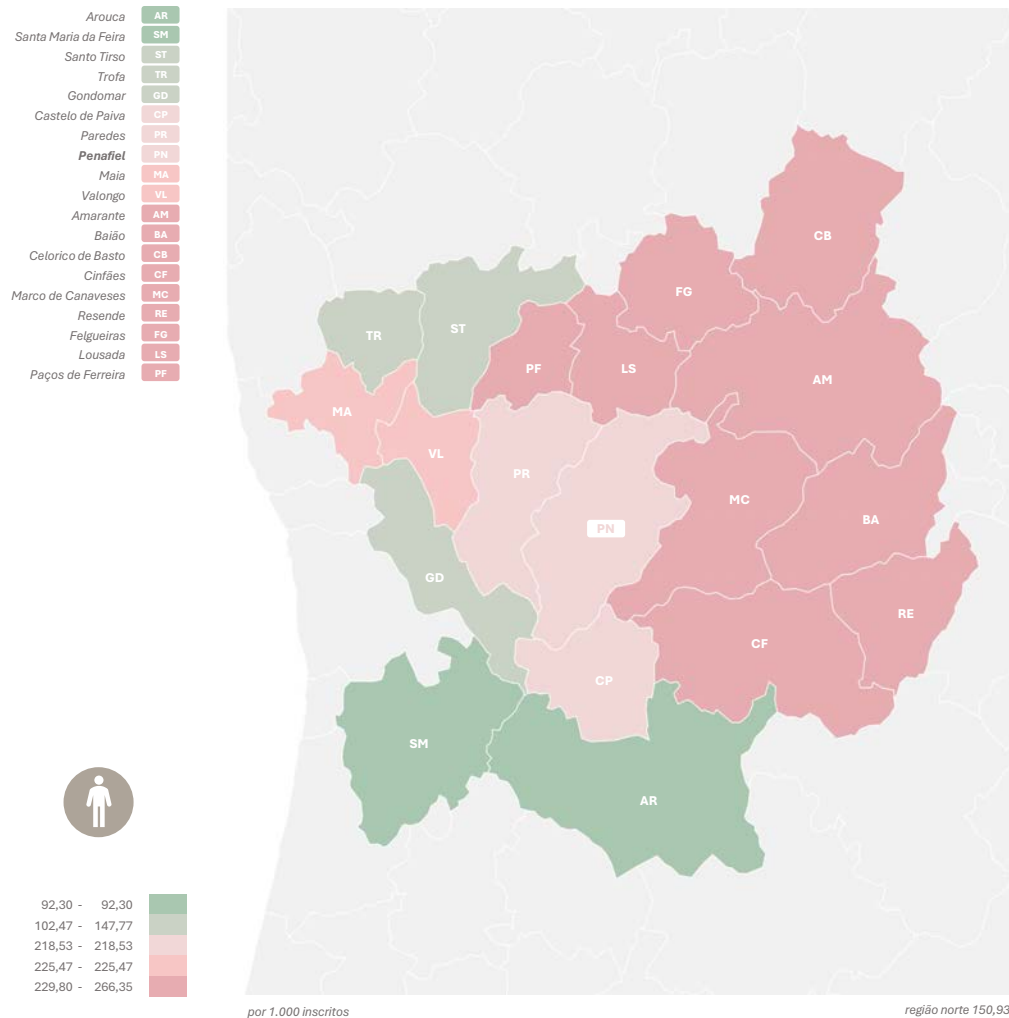
Variação da taxa de morbilidade padronizada por perturbações depressivas do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.103

Variação da taxa de morbilidade padronizada por perturbações depressivas do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

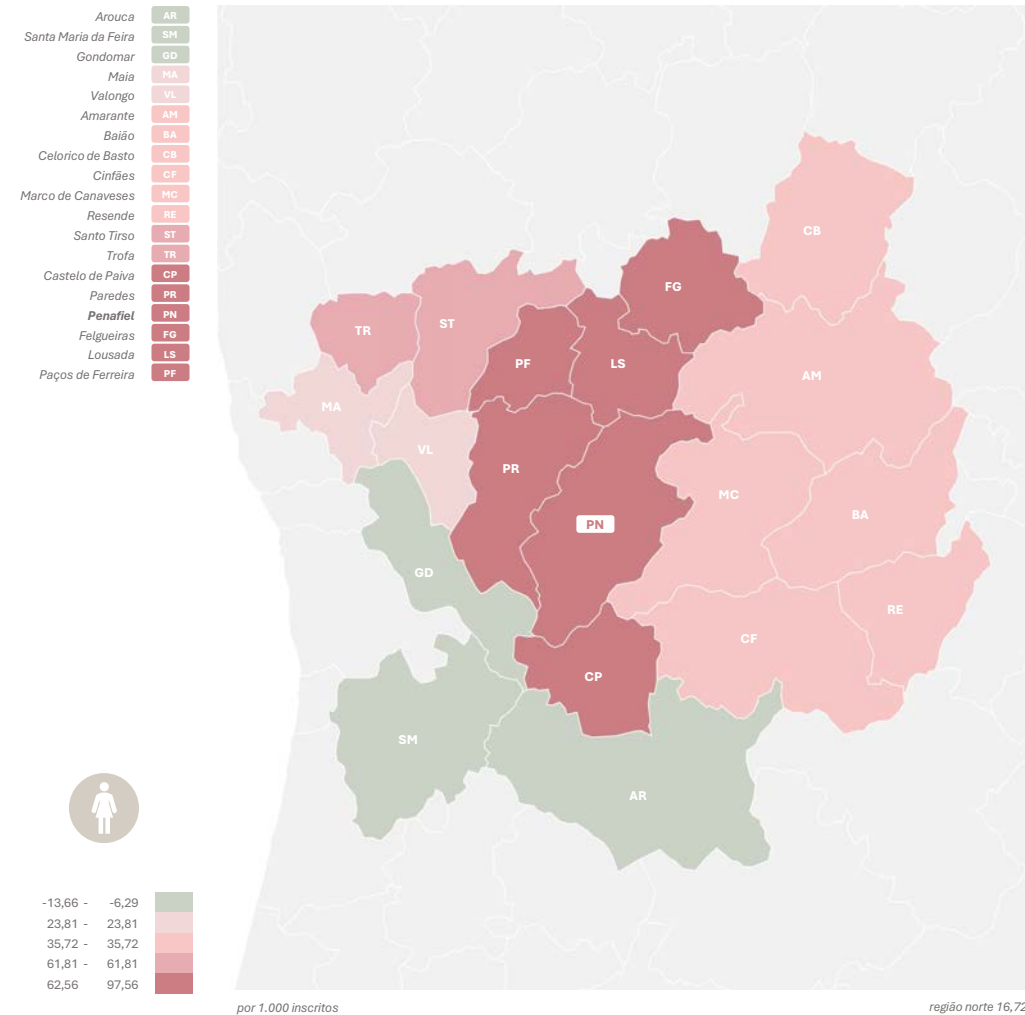
Figura 3.104

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso crónico do álcool do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

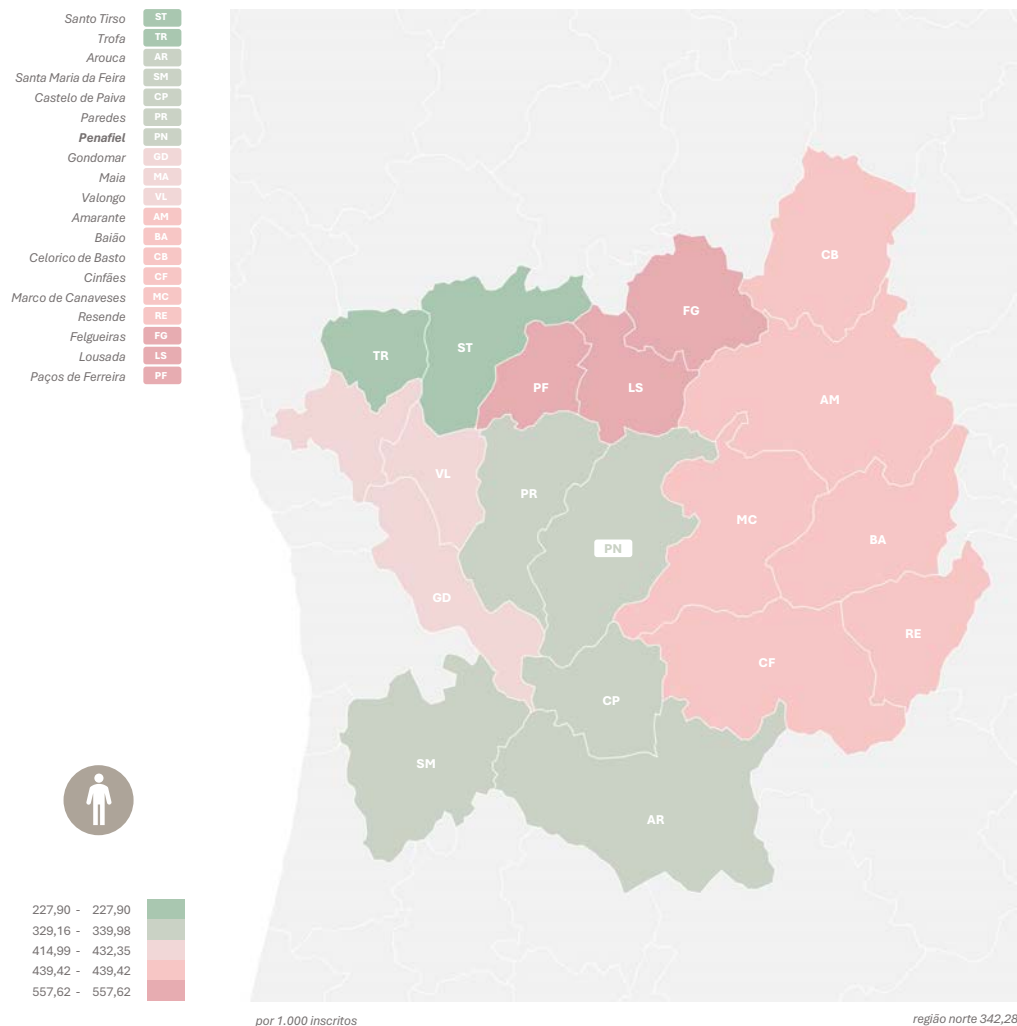
Figura 3.105



Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso crónico do álcool do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

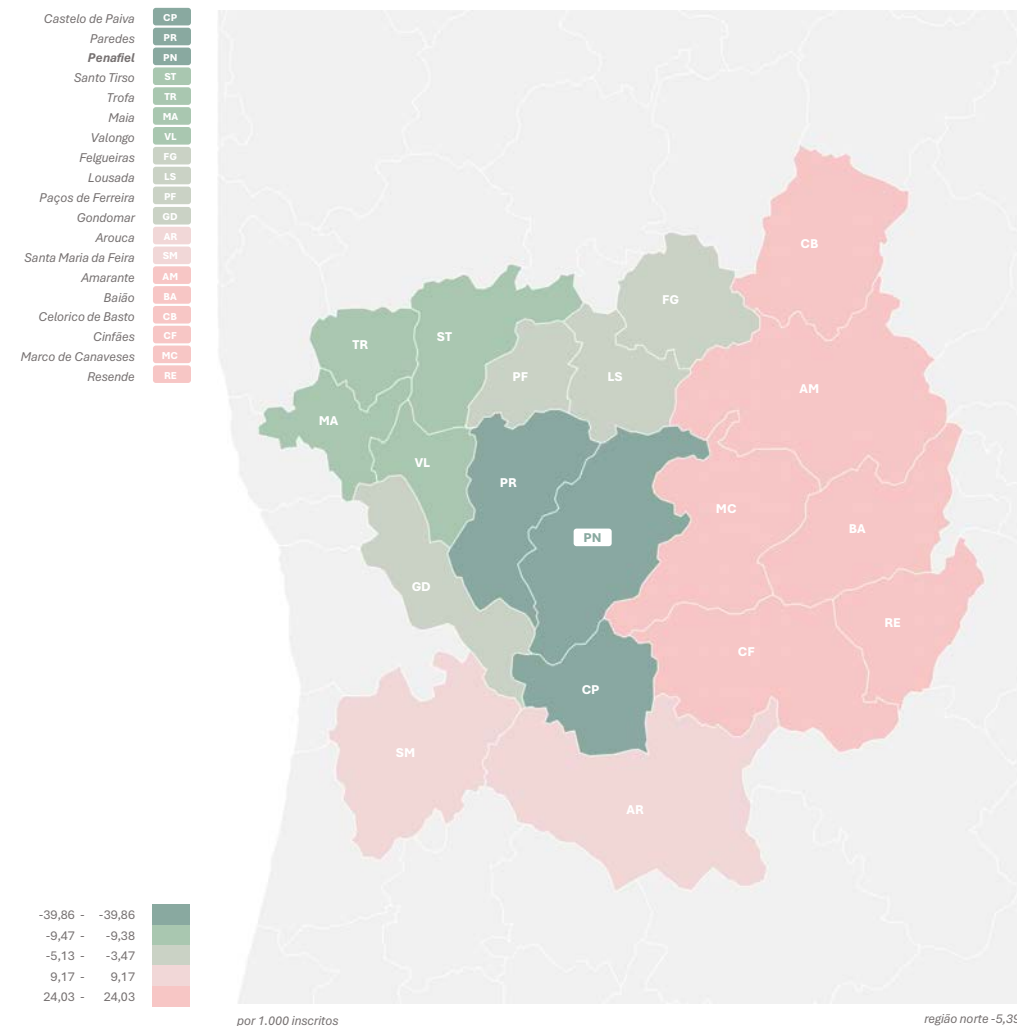
Figura 3.106

Administração Regional de Saúde do Norte, 2022



Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso de drogas do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021

Figura 3.107



Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso de drogas do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021

Figura 3.108

3.4 Autoapreciação do Estado de Saúde Oral

A saúde oral é essencial para o bem-estar geral e qualidade de vida. Além de prevenir cáries e gengivites, está associada a um menor risco de doenças sistémicas, como cardíacas e diabetes. A perceção da saúde oral reflete o acesso e a qualidade dos cuidados dentários, influenciando a capacidade de comer, falar e socializar, afetando o bem-estar e a autoestima.

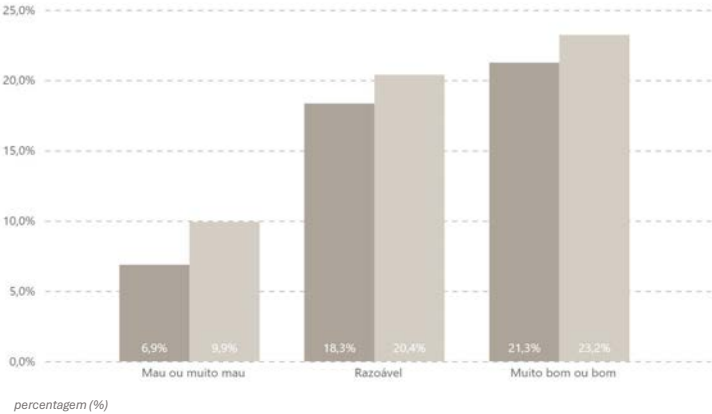
De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde, em 2019, na Região Norte, 21,3% dos homens e 23,2% das mulheres reportaram ter uma boa ou muito boa saúde oral, enquanto 6,9% dos homens e 9,9% das mulheres indicaram ter uma saúde oral má ou muito má (Figura 3.109). A Região Norte apresentou uma percentagem maior de saúde oral razoável (38,6%) comparada a Portugal Continental (35,9%), mas menor para boa ou muito boa (44,3% face a 47,7%). Estes dados indicam que a perceção da saúde oral na Região Norte é ligeiramente inferior à média nacional (Figura 3.110).

O rastreio de saúde oral realizado pela CESPU em colaboração com o município de Penafiel revelou dados importantes sobre a condição da saúde dentária da população idosa institucionalizada. No período entre janeiro e junho de 2023, 619 utentes foram avaliados, e uma amostra de 98 utentes foi selecionada para

intervenções corretivas. Este processo permitiu a deteção de várias condições orais, muitas das quais relacionadas com a idade avançada e a fragilidade associada. O uso de tecnologia inovadora, como o BlueStain®, desenvolvida pela CESPU Diagnóstico, facilitou uma avaliação eficaz e detalhada das condições orais presentes, levando à realização de 262 tratamentos.

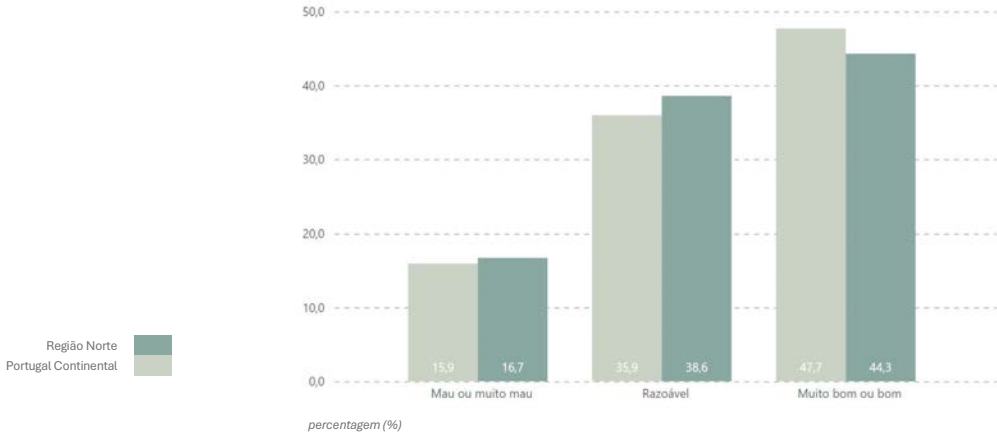
Os resultados do rastreio destacam-se pelo impacto positivo no acesso a cuidados de saúde oral de uma população frequentemente negligenciada. A análise mostrou que a maioria dos utentes beneficiados pertence à faixa etária mais avançada, com especial incidência entre os 81 e 90 anos, e muitos apresentavam situações de desdentamento total ou parcial. O facto de a intervenção ter sido realizada no local das instituições facilitou a prestação de cuidados, minimizando as barreiras de mobilidade e acesso que estes utentes enfrentam.

Conclui-se que o projeto foi um sucesso ao promover a melhoria das condições de saúde oral e contribuir para o bem-estar geral dos utentes, estabelecendo um importante precedente para futuras iniciativas neste domínio.



Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade, por sexo, segundo autoapreciação da saúde oral na Região Norte, 2019

Figura 3.109



Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade, por autoapreciação da saúde oral na Região Norte e Portugal Continental, 2019

Figura 3.110

Instituto Nacional de Estatística, INS



04 DETERMINANTES DE SAÚDE

4.1 Estilos de vida e Comportamentos

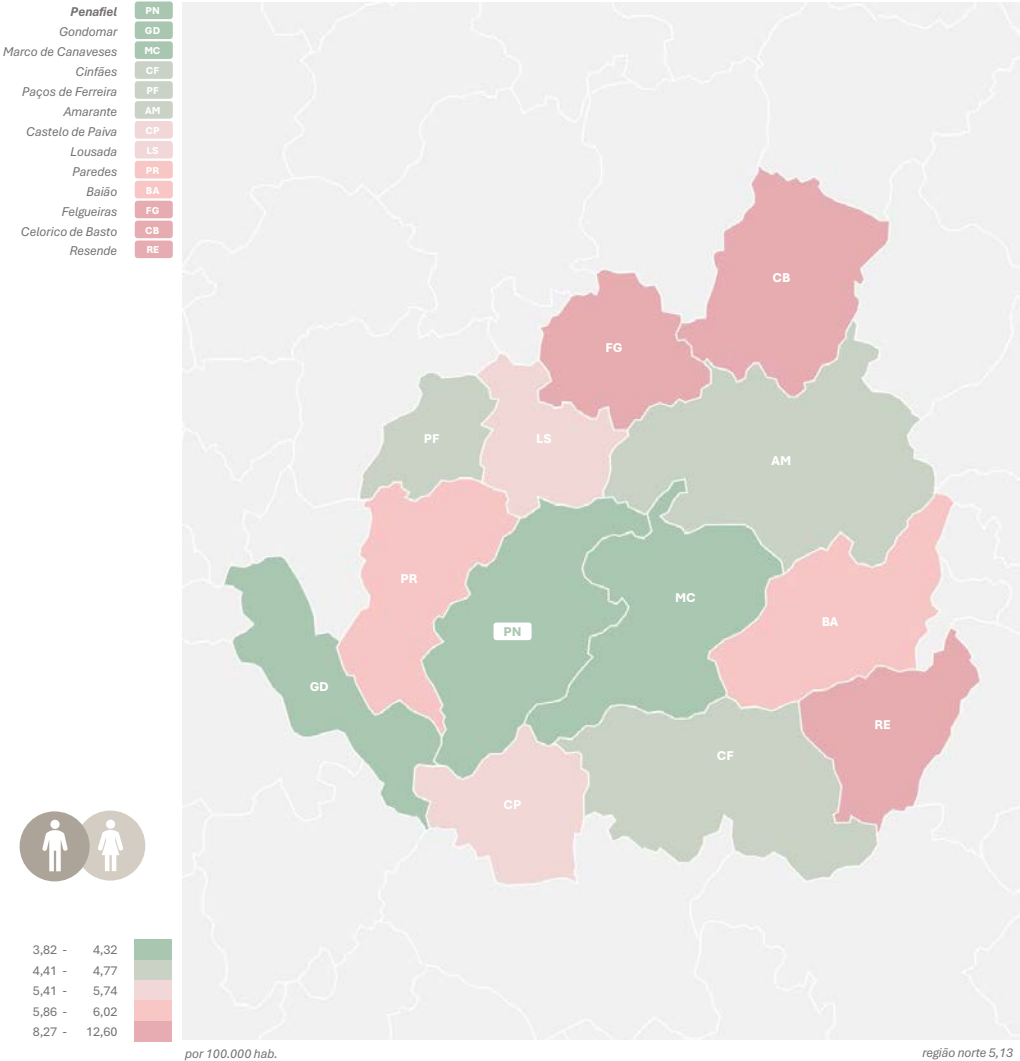
4.1.1 Segurança Rodoviária

A taxa de mortalidade prematura quinquenal, por acidentes de transporte/rodoviários, no município de Penafiel, no quinquénio de 2017-2021, em ambos os sexos, foi de 3,8 mortes por cada 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (5,1) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (5,2). Os municípios com maior mortalidade foram Resende (12,6/100.000), Celorico de Basto (9,5/100.000) e Felgueiras (8,3/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram Penafiel (3,8/100.000), Gondomar (3,9/100.000) e Marco de Canaveses (4,3/100.000) (Figura 4.1).

No sexo masculino, foi de 7,3 mortes por cada 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (8,8) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (9,0). Os municípios com maior mortalidade foram Resende (26,4/100.000), Celorico de Basto (19,7/100.000) e Felgueiras (13,8/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram Gondomar (6,4/100.000), Marco de Canaveses (7,3/100.000) e Penafiel (7,3/100.000) (Figura 4.2).

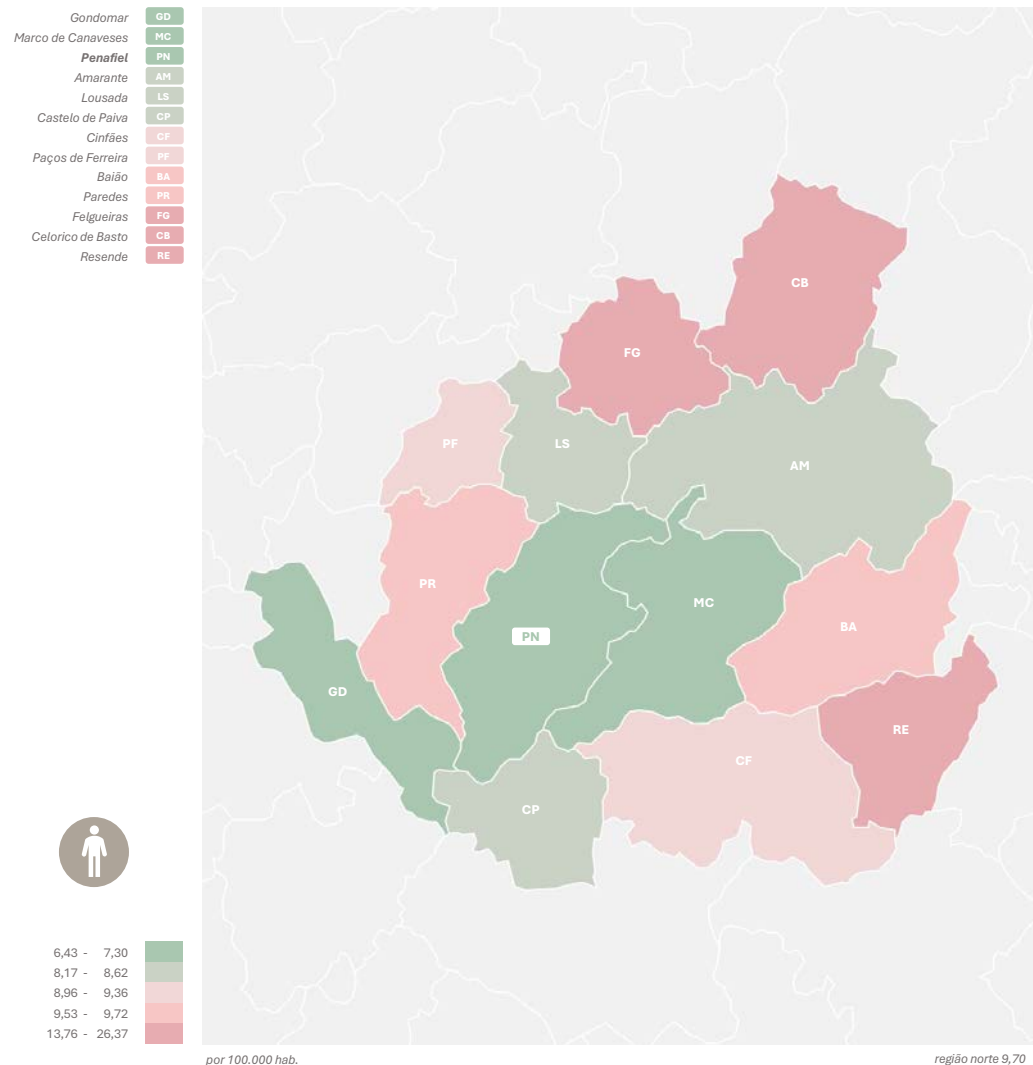
No sexo feminino, foi de 0,6 mortes por cada 100.000 habitantes, valor inferior ao registado na Região Norte (1,7) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (1,7). Os municípios com maior mortalidade foram Lousada (3,6/100.000) e Felgueiras (3,1/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram: Celorico de Basto, Cinfães, Paços de Ferreira e Resende, com 0,0 mortes por 100.000 habitantes. Um valor elevado de acidentes de viação pode gerar insegurança na população, por isso é sempre importar avaliar estas situações de maneira a prevenir futuros acidentes (Figura 4.3).

Relativamente a acidentes de viação com vítimas no município de Penafiel, no ano 2021, em ambos os sexos, foi de 5,1 acidentes com vítimas por cada 1.000 habitantes, valor superior ao registado na Região Norte (3,8) e na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (3,6). Os municípios com maior número de acidentes por 1.000 habitantes foram Resende (12,6/1.000), Celorico de Basto (9,5/1.000) e Felgueiras (8,3/100.000). Os municípios com menor mortalidade foram Penafiel (5,1/1.000), Marco de Canaveses (4,1/1.000) e Baião (4,1/1.000) (Figura 4.4).



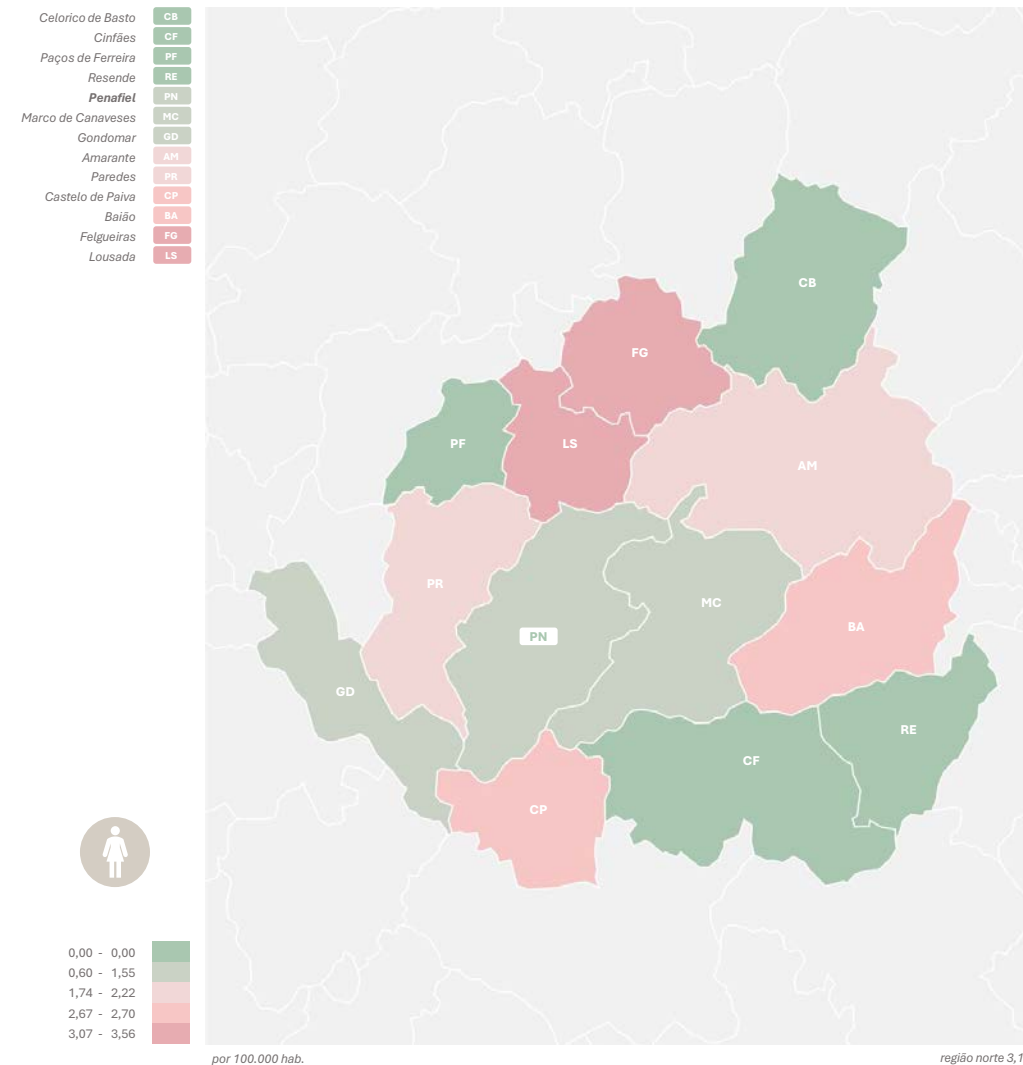
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por acidentes de transporte nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021

Figura 4.1



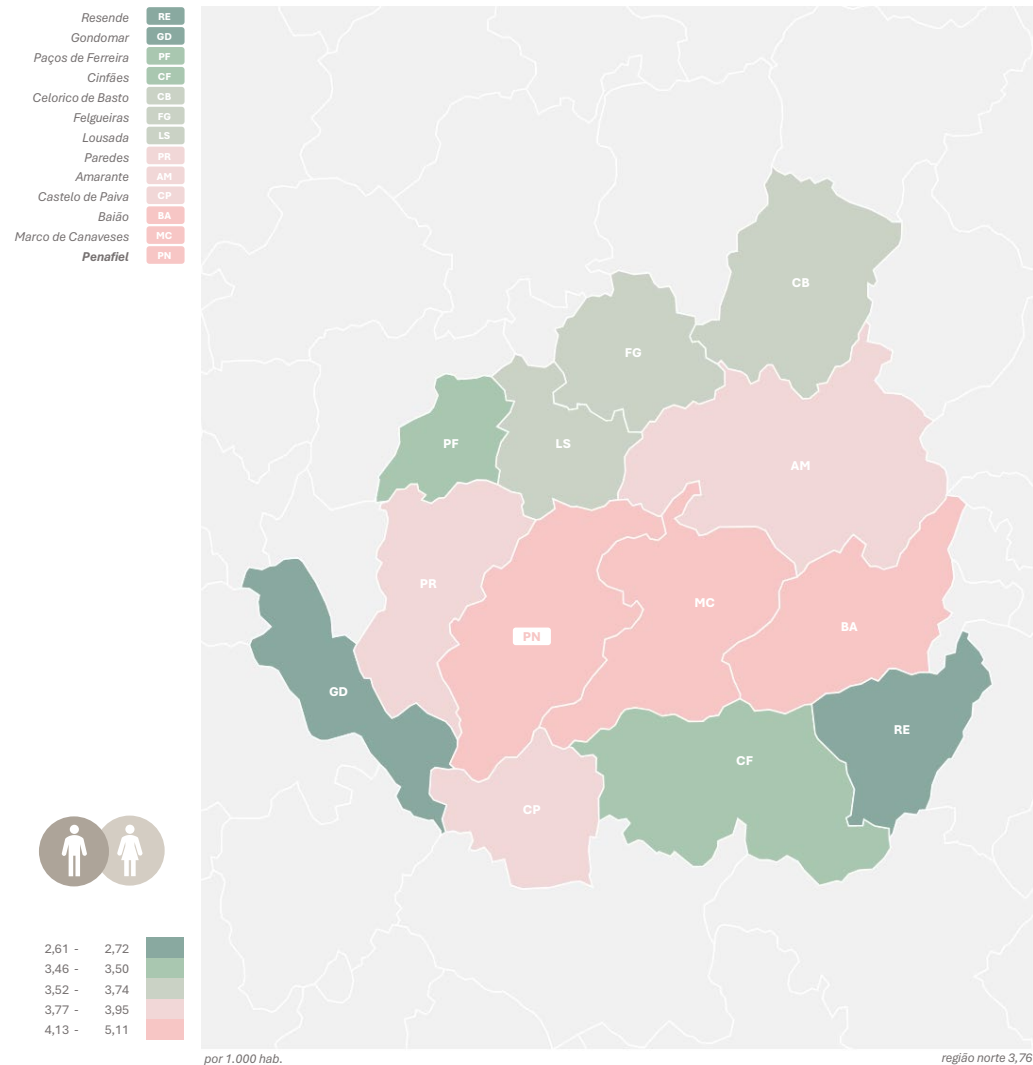
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por acidentes de transporte nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021

Figura 4.2



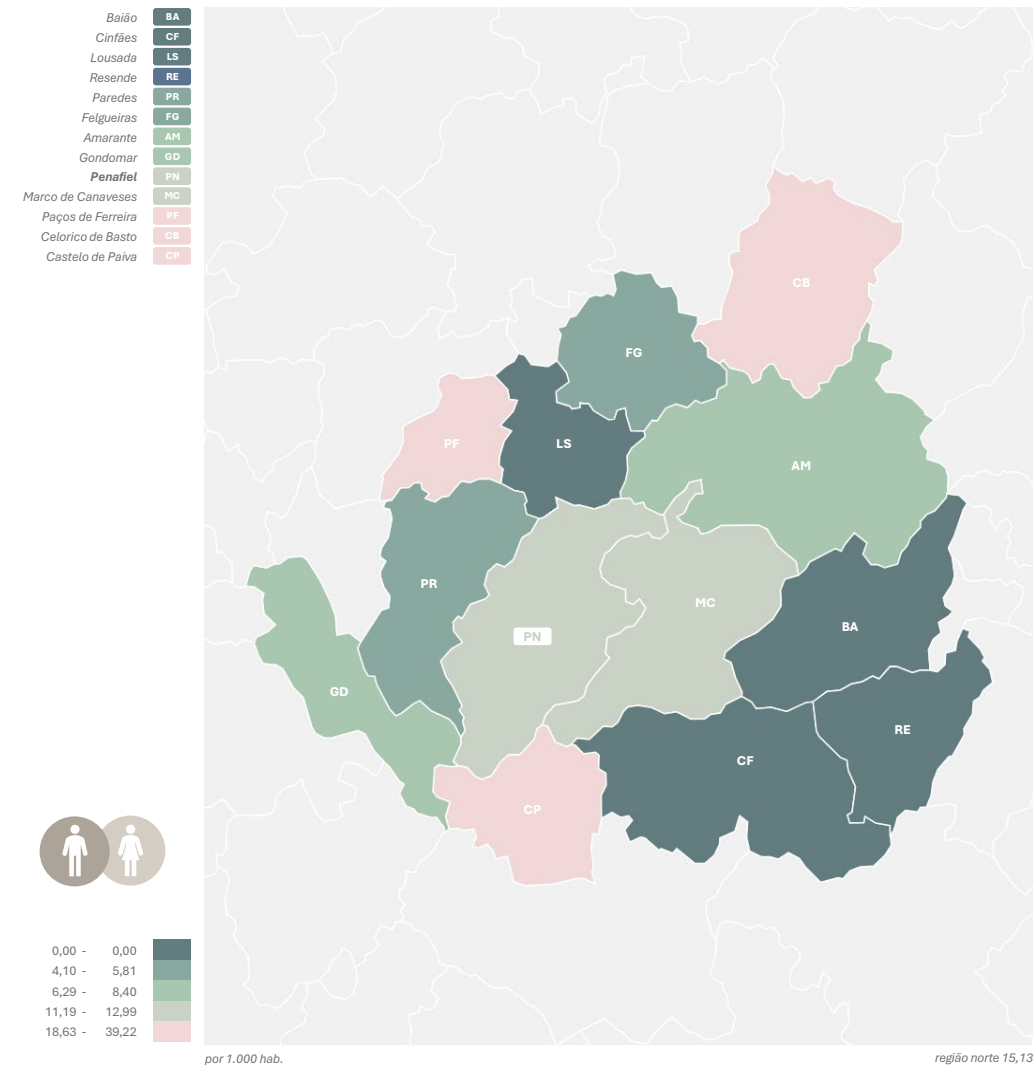
Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por acidentes de transporte nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021

Figura 4.3



Acidentes de viação com vítimas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021

Figura 4.4



Taxa de fatalidade nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021

Figura 4.5

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

Quanto à taxa de fatalidade, no município de Penafiel, no ano 2021, em ambos os sexos, foi de 11,2 mortes por cada 1.000 vítimas, valor inferior ao registado na Região Norte (15,1) e superior ao valor registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (9,1). Os municípios com maior taxa de fatalidade foram Castelo de Paiva (39,2/1.000), Celorico de Basto (20,4/1.000) e Paços de Ferreira (18,6/1.000). Os municípios com menor fatalidade foram: Baião, Cinfães, Lousada e Resende, com zero mortes por cada 1.000 vítimas. (Figura 4.5)

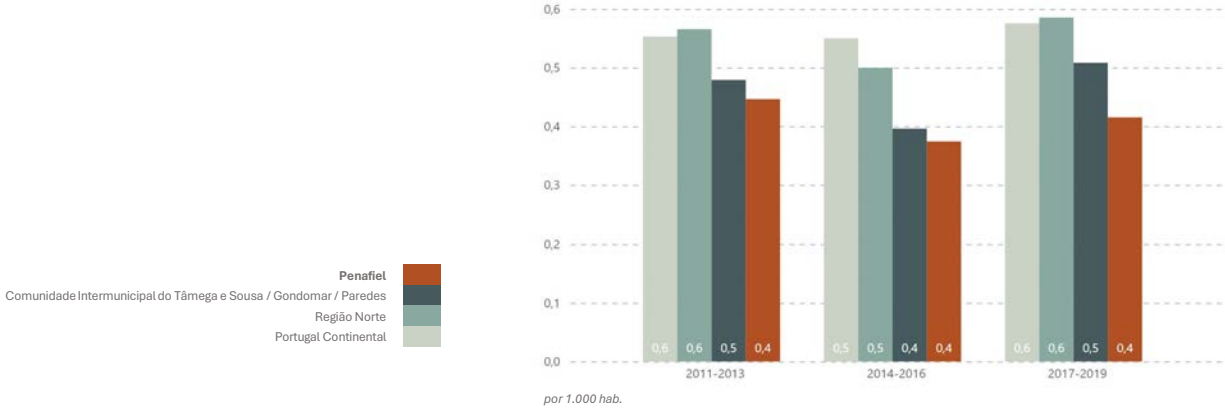
Atropelamentos são considerados fatores que condicionam a mobilidade e acessibilidade a pé, portanto é importante intervir de maneira a garantir segurança ao peão.

No município de Penafiel, no triénio 2017-2019, em ambos os sexos, ocorreram 0,4 atropelamentos por cada 1.000 habitantes, valor inferior ao registado em Portugal Continental (0,6), Região Norte (0,6) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (0,5). Entre os triénios 2011-2013 e 2017-2019, observa-se um aumento de atropelamentos em Penafiel (Figura 4.6).

No ano de 2022, em ambos os sexos, em

Penafiel, ocorreram 0,5 atropelamentos por cada 1.000 habitantes, igual ao valor registado na Região Norte (0,5) e superior ao registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (0,4). Os municípios com mais atropelamentos foram Paços de Ferreira e Felgueiras, ambos com 0,5, respetivamente. Os municípios com melhores resultados foram Celorico de Basto e Cinfães, ambos com 0,2 atropelamentos por 1.000 habitantes (Figura 4.7).

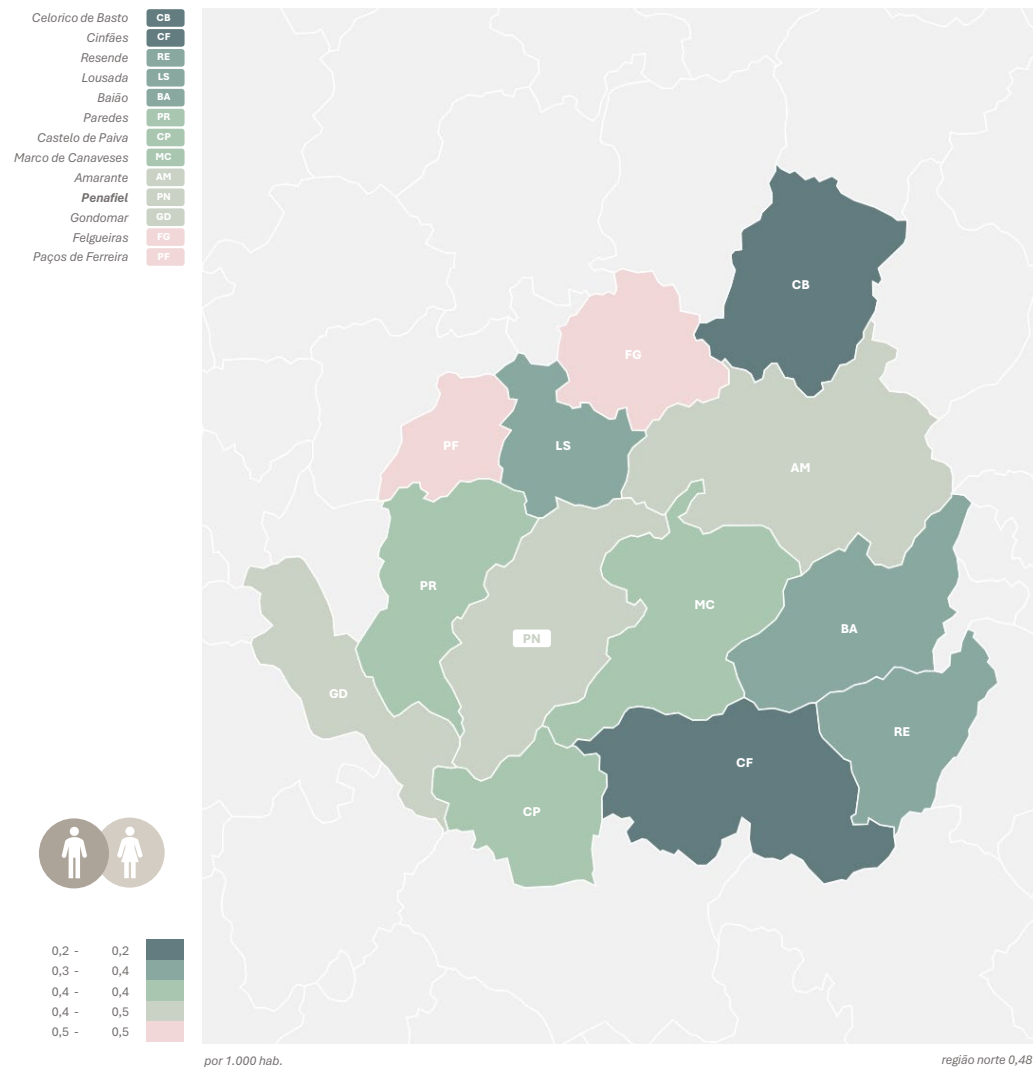
Observou-se um aumento de atropelamentos em Penafiel em 18,4% entre 2018 e 2022. Os municípios que mais aumentaram foram Baião e Paços de Ferreira, com 56,5% e 35,9%, respetivamente. Os municípios que mais reduziram em atropelamentos foram Celorico de Basto e Resende em -66,1% e -60,9%, respetivamente (Figura 4.8).



Atropelamentos no município de Penafiel na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, Região Norte e Portugal Continental, 2011-2019

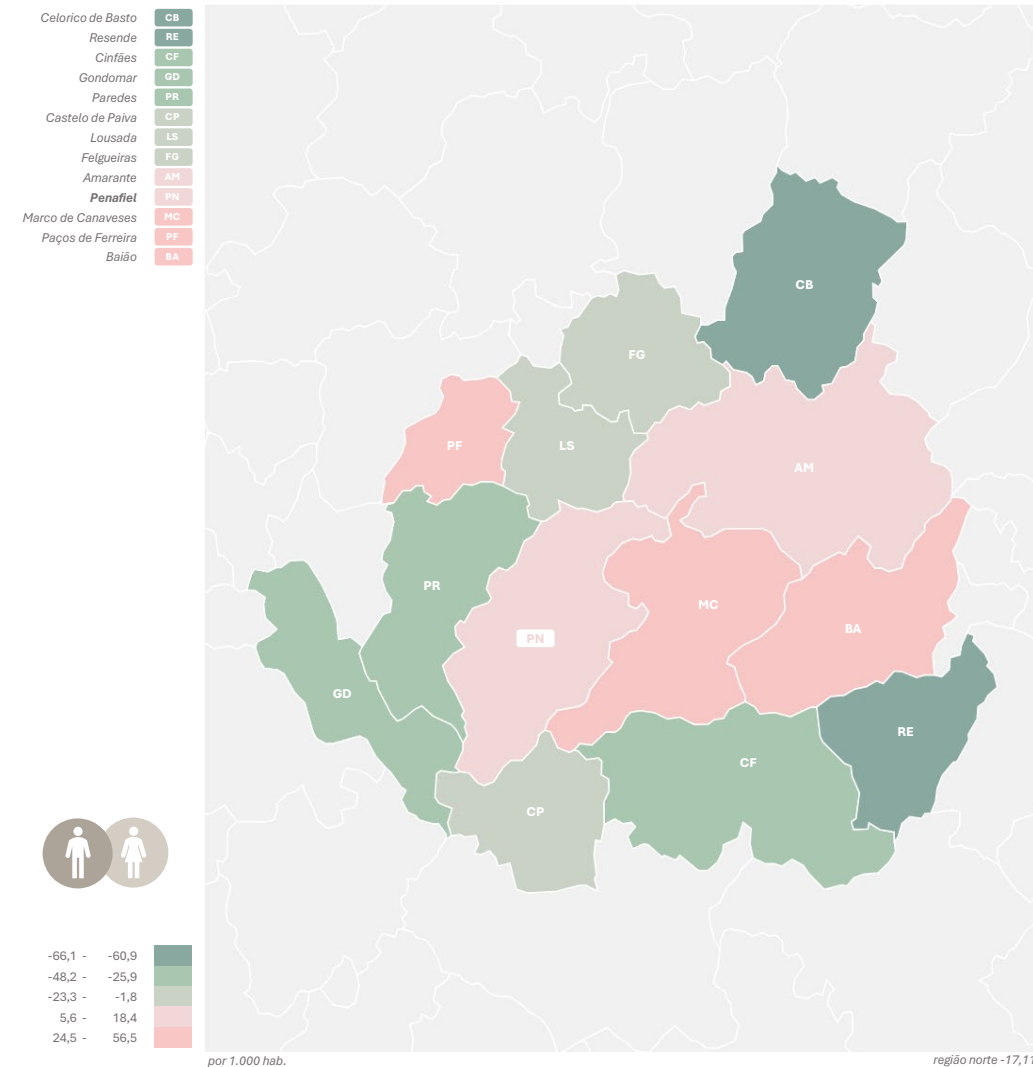
Figura 4.6

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Atropelamentos por 1.000 habitantes nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2022

Figura 4.7



Variação de atropelamentos por 1.000 habitantes nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2018-2022

Figura 4.8

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

4.1.2 Segurança Pública

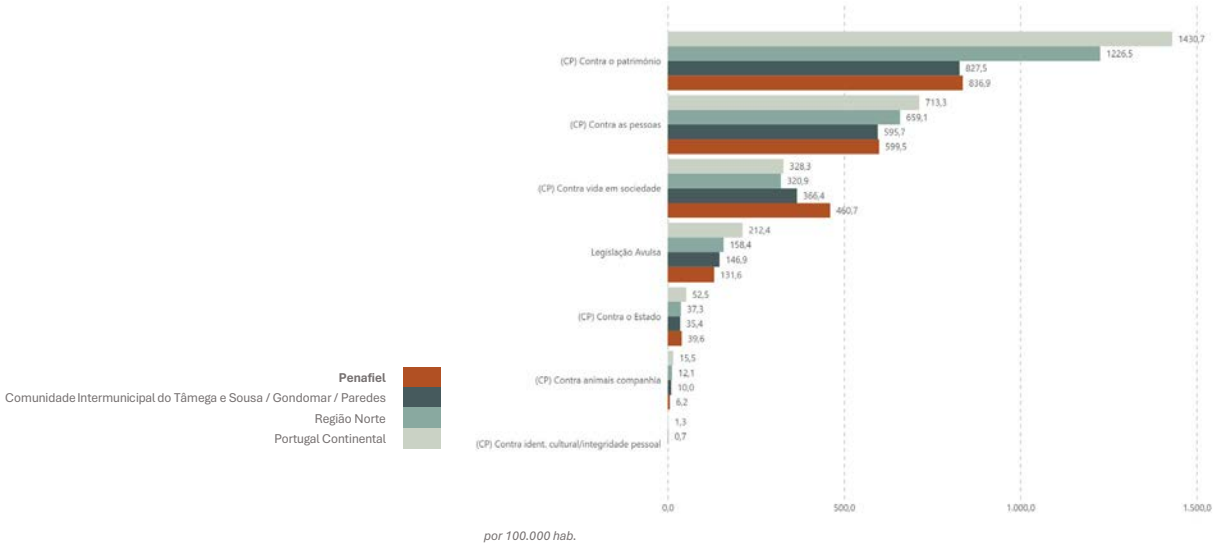
No que diz respeito a crimes reportados pelas autoridades policiais, no triénio de 2020-2022, no município de Penafiel, segundo o tipo de crime (nível 1), verifica-se que o crime mais frequente é o crime contra o património (CP) com 836,9 crimes por cada 100.000 habitantes, tendo vindo a diminuir desde 2011.

Crimes contra o património incluem crimes contra propriedades (roubos, furtos e danos contra património cultural). Em comparação com a Região Norte (1226,5/100.000) e Portugal Continental (1430,7/100.000), são valores superiores em relação a Penafiel, exceto na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo o município de Gondomar e o município de Paredes (827,5/100.000) (Figura 4.9).

Em relação a crimes reportados pelas autoridades policiais, no triénio de 2020-2022, no município de Penafiel, segundo o tipo de crime (nível 3), verifica-se que 9,1% são crimes de alcoolemia (taxa de álcool >= 1,2 g/l), valor superior ao registado na Região Norte (5,3%). Os municípios com mais casos de alcoolemia foram Resende (14,3%), Felgueiras (12,4%) e Cinfães (12,1%). Os municípios com melhores resultados foram Gondomar (3,9%), Baião (5,0%) e Castelo de Paiva (5,2%) (Figura 4.11).

Além disso, verifica-se que 4,3% são crimes por condução sem habilitação legal, valor superior ao registado na Região Norte (3,7%). Os municípios com mais casos de condução sem habilitação legal foram Amarante (6,8%), Lousada (6,5%) e Cinfães (6,1%). Os municípios com melhores resultados foram Baião (1,5%), Castelo de Paiva (2,4%) e Celorico de Basto (3,2%) (Figura 4.10).

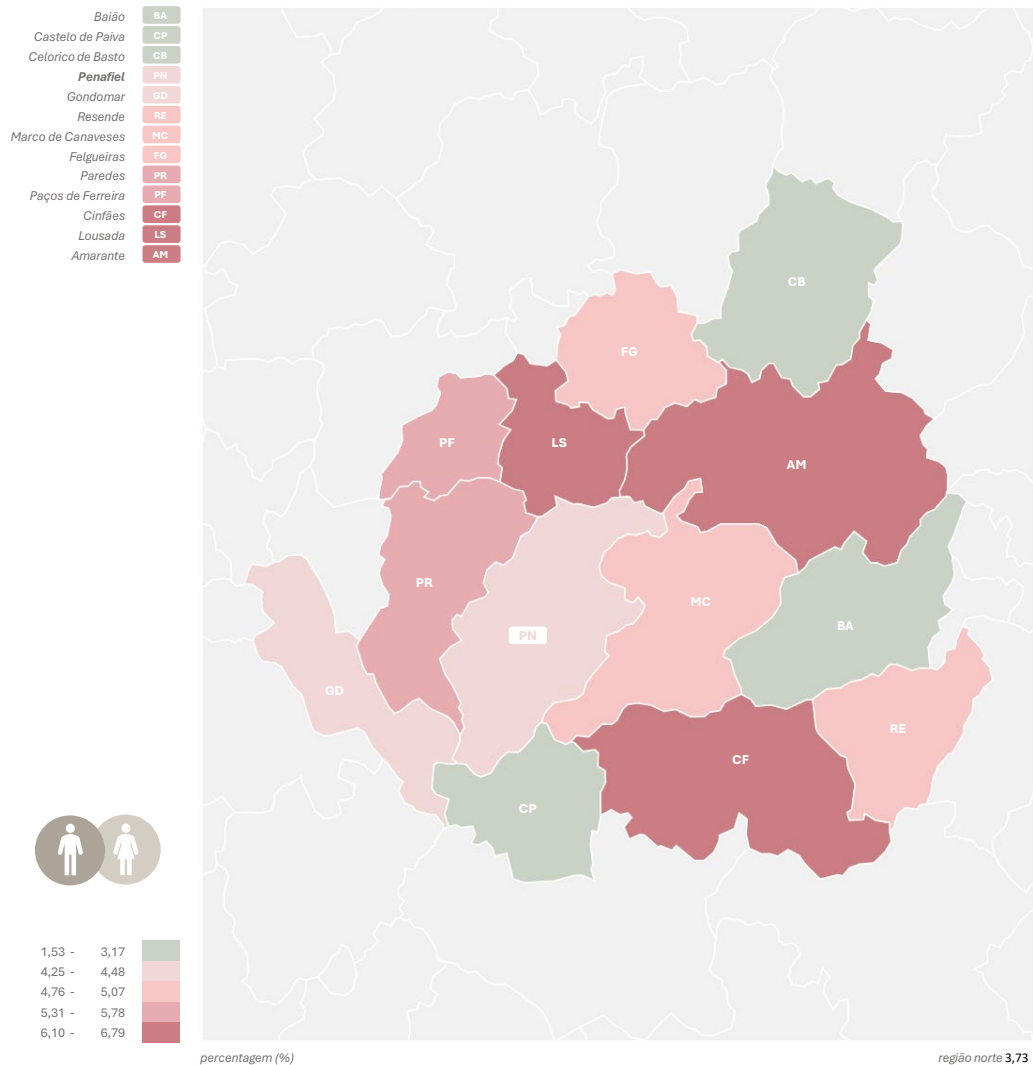
Os dados relativos aos crimes reportados pelas autoridades policiais, no município de Penafiel, no triénio de 2020-2022, evidenciam uma prevalência de crimes contra o património, embora com uma tendência decrescente desde 2011. Quando comparado com outras regiões, Penafiel apresenta uma taxa inferior tanto à Região Norte como a Portugal Continental. No entanto, destaca-se uma percentagem elevada de crimes relacionados com alcoolemia e condução sem habilitação legal, em comparação com a média regional. Crimes rodoviários, particularmente relacionados com a alcoolemia, continuam a ser uma preocupação significativa no município e nas áreas circundantes, exigindo atenção contínua das autoridades.



Taxas de crimes reportados pelas autoridades policiais segundo o tipo de crime (nível 1) no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, Região Norte e Portugal Continental, 2020-2022

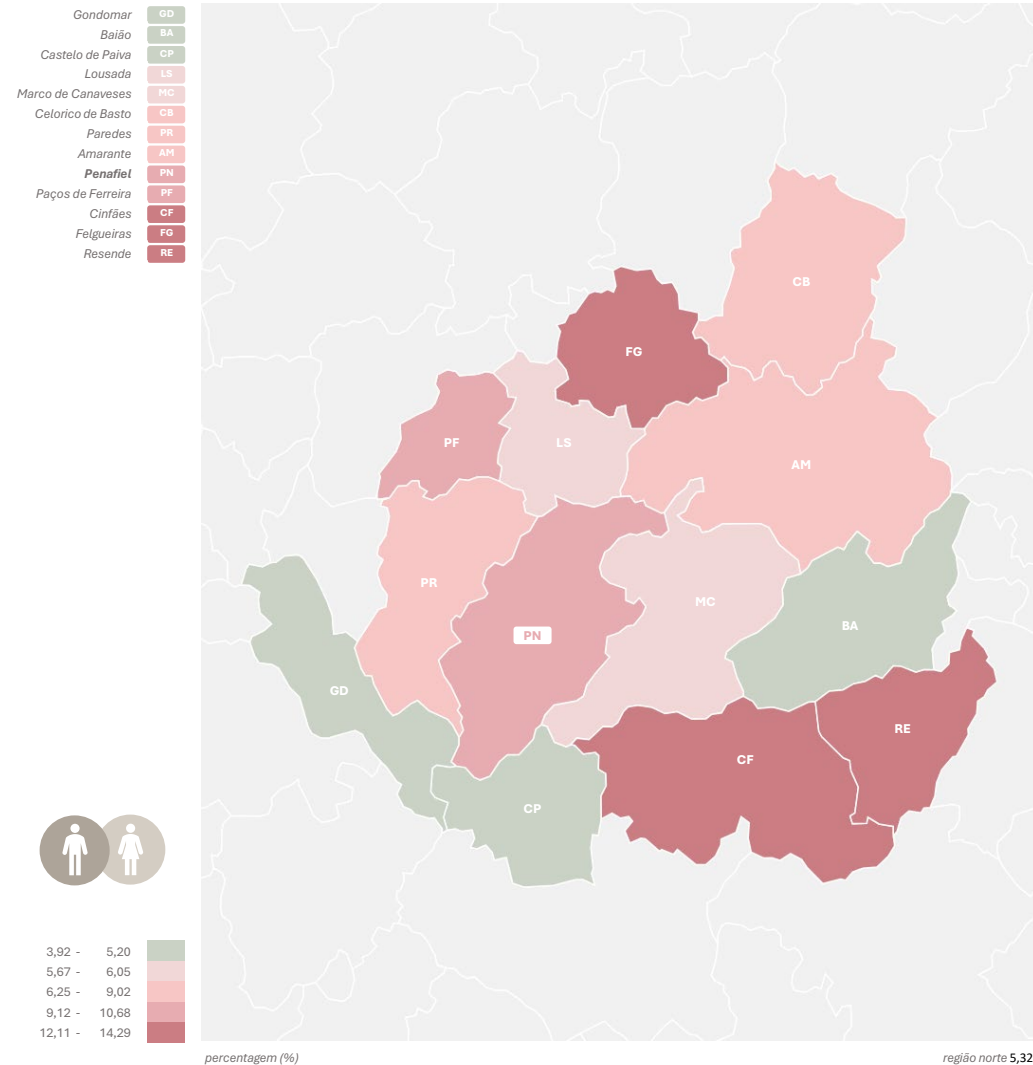
Figura 4.9

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Proporção de crimes por condução sem habilitação legal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022

Figura 4.10



Proporção de crimes de alcoolemia (taxa de álcool $\geq 1,2$ g/l) nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022

Figura 4.11

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Relativamente a crimes reportados pelas autoridades policiais, no triénio de 2020-2022, no município de Penafiel, segundo o tipo de crime (nível 3), verifica-se que 9,4% são crimes de violência doméstica, valor superior ao registado na Região Norte (8,3%). Os municípios com mais casos de violência doméstica foram Baião (12,6%), Paredes (10,9%) e Resende (10,7%). O município com melhores resultados foi Felgueiras (7,0%) (Figura 4.12).

Verifica-se que 7,8% são crimes de ofensa à integridade física de volume simples, valor superior ao registado na Região Norte (7,0%). Os municípios com mais casos de ofensa à integridade física de volume simples foram Castelo de Paiva (9,2%), Amarante (9,1%) e Marco de Canaveses (8,4%). Os municípios com melhores resultados foram Celorico de Basto (5,3%), Baião (6,7%) e Paços de Ferreira (6,8%) (Figura 4.13).

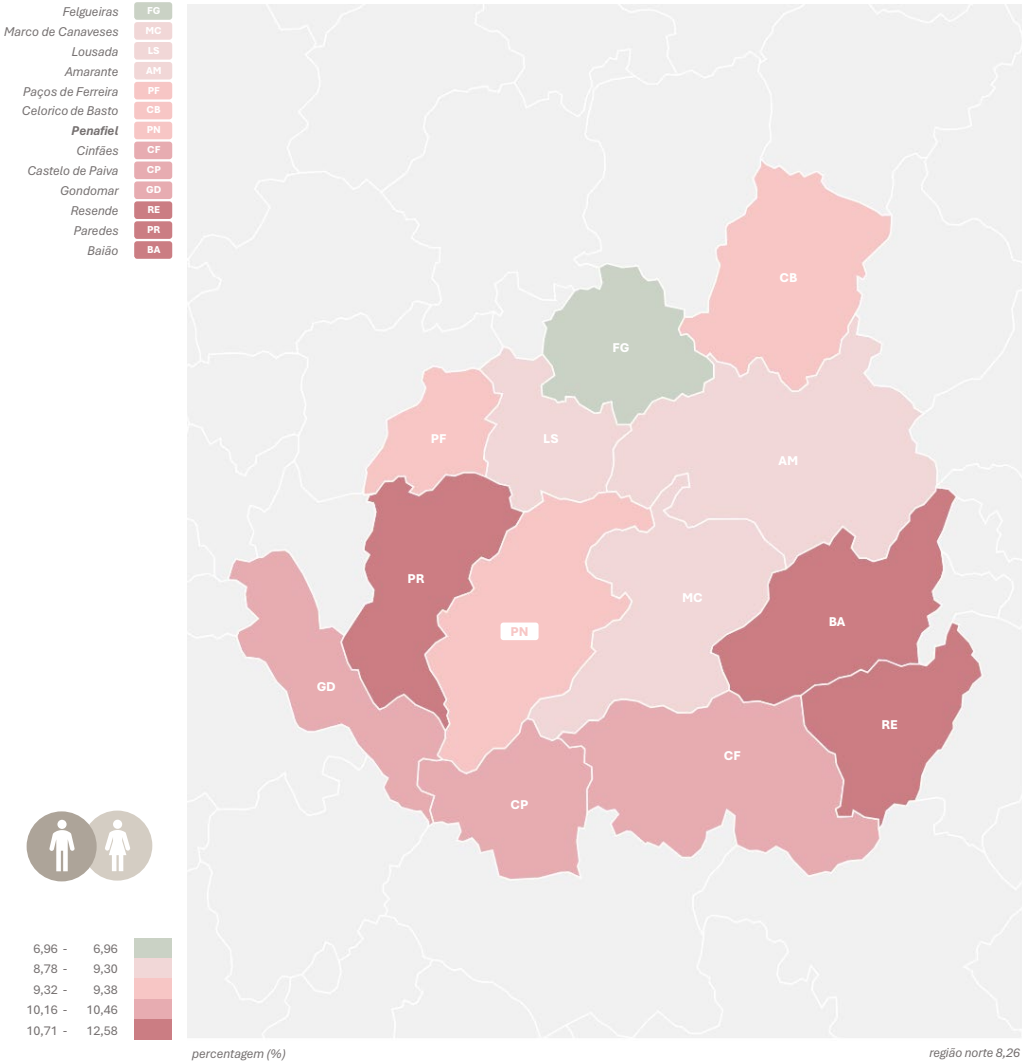
4,1% são crimes de ameaça e coação, valor inferior ao registado na Região Norte (5,0%). Os municípios com mais casos de ameaça e coação foram Resende (9,3%) e Cinfães (6,9%). Os municípios com melhores resultados foram Penafiel (4,1%), Celorico de Basto (4,2%) e Baião (4,5%) (Figura 4.14).

É de mencionar que 8,0% são crimes de furtos em veículos motorizados, valor inferior ao

registado na Região Norte (9,5%). Os municípios com mais casos de furtos em veículos motorizados foram Gondomar (8,2%), Paredes (8,1%) e Penafiel (8,0%). Os municípios com melhores resultados foram Celorico de Basto (1,2%) e Cinfães (3,1%) (Figura 4.15).

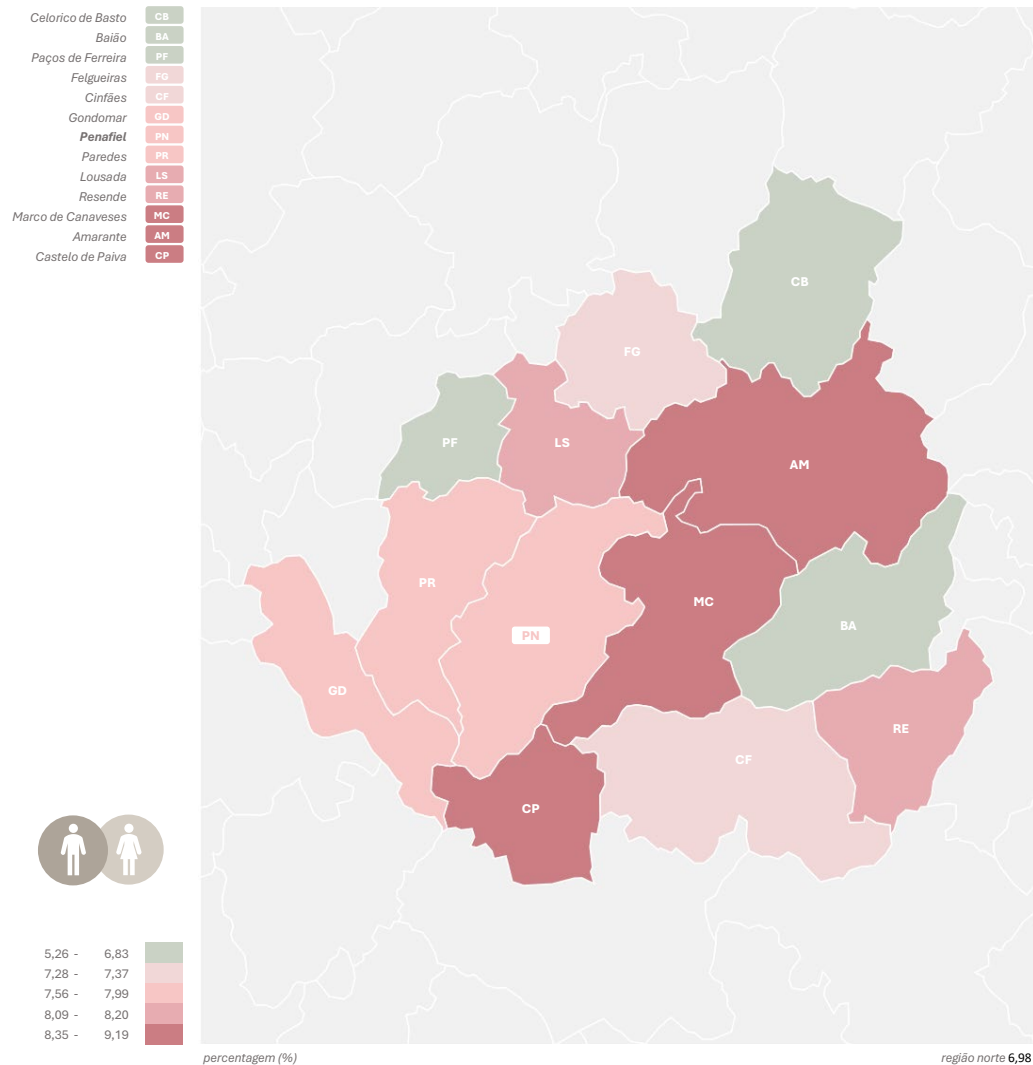
Além disso, verifica-se que 3,1% são crimes de furtos de veículos motorizados, valor inferior ao registado na Região Norte (3,8%). O município com mais casos de furtos de veículos motorizados foi Gondomar (6,5%). Os municípios com melhores resultados foram Resende (0,8%), Celorico de Basto (1,0%) e Amarante (1,1%) (Figura 4.16).

É destacado a prevalência de crimes de violência doméstica e de ofensa à integridade física de volume simples, com valores superiores à média da Região Norte. Estes resultados indicam uma necessidade de reforço nas políticas de prevenção e combate a estes tipos de crimes na área. Por outro lado, Penafiel apresenta uma taxa inferior à média regional em crimes de ameaça e coação, assim como em furtos de veículos motorizados, sugerindo que existem áreas com melhores resultados de segurança. Contudo, a vigilância sobre crimes patrimoniais, nomeadamente furtos em veículos, deve ser mantida, dado o seu impacto.



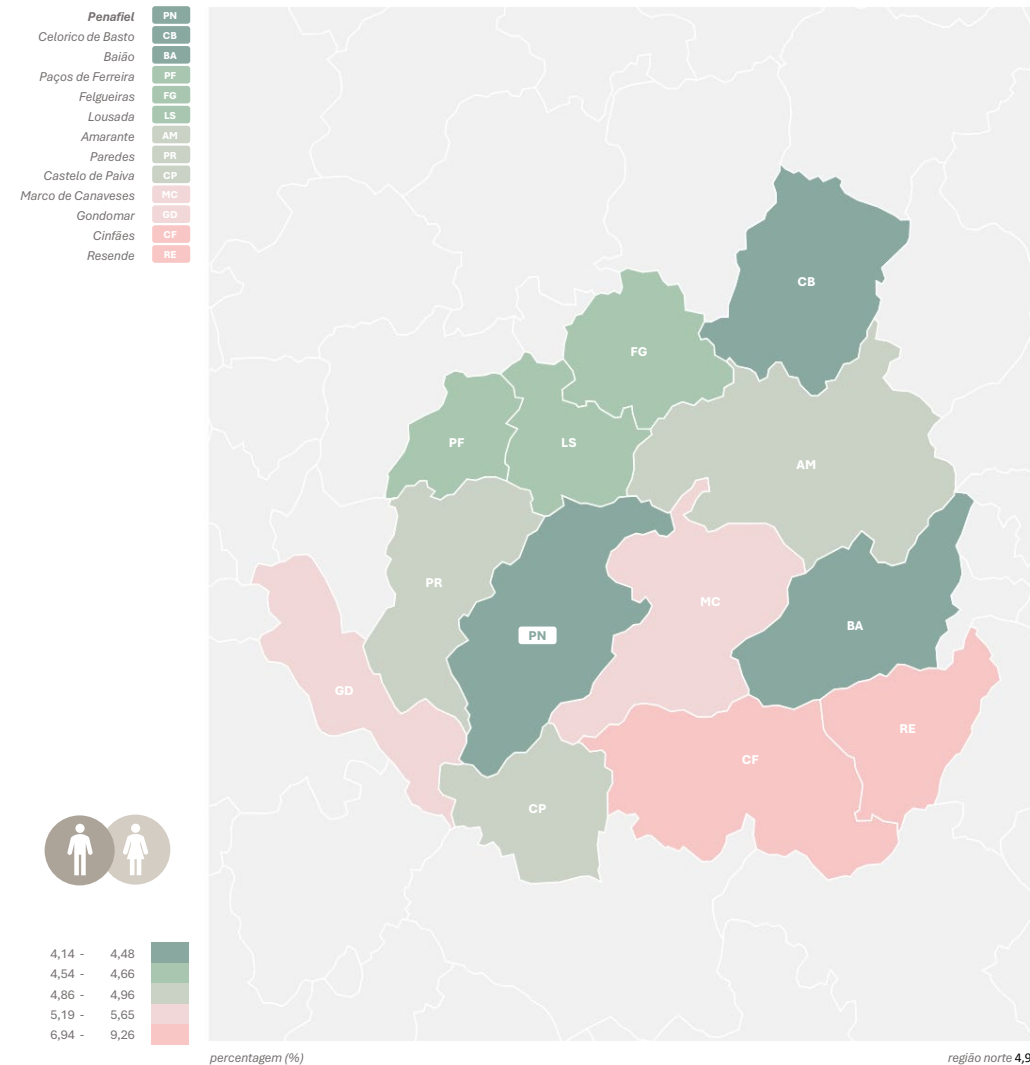
Proporção de crimes de violência doméstica (cônjuge/análogo) nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022

Figura 4.12



Proporção de crimes por ofensa à integridade física de volume simples nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022

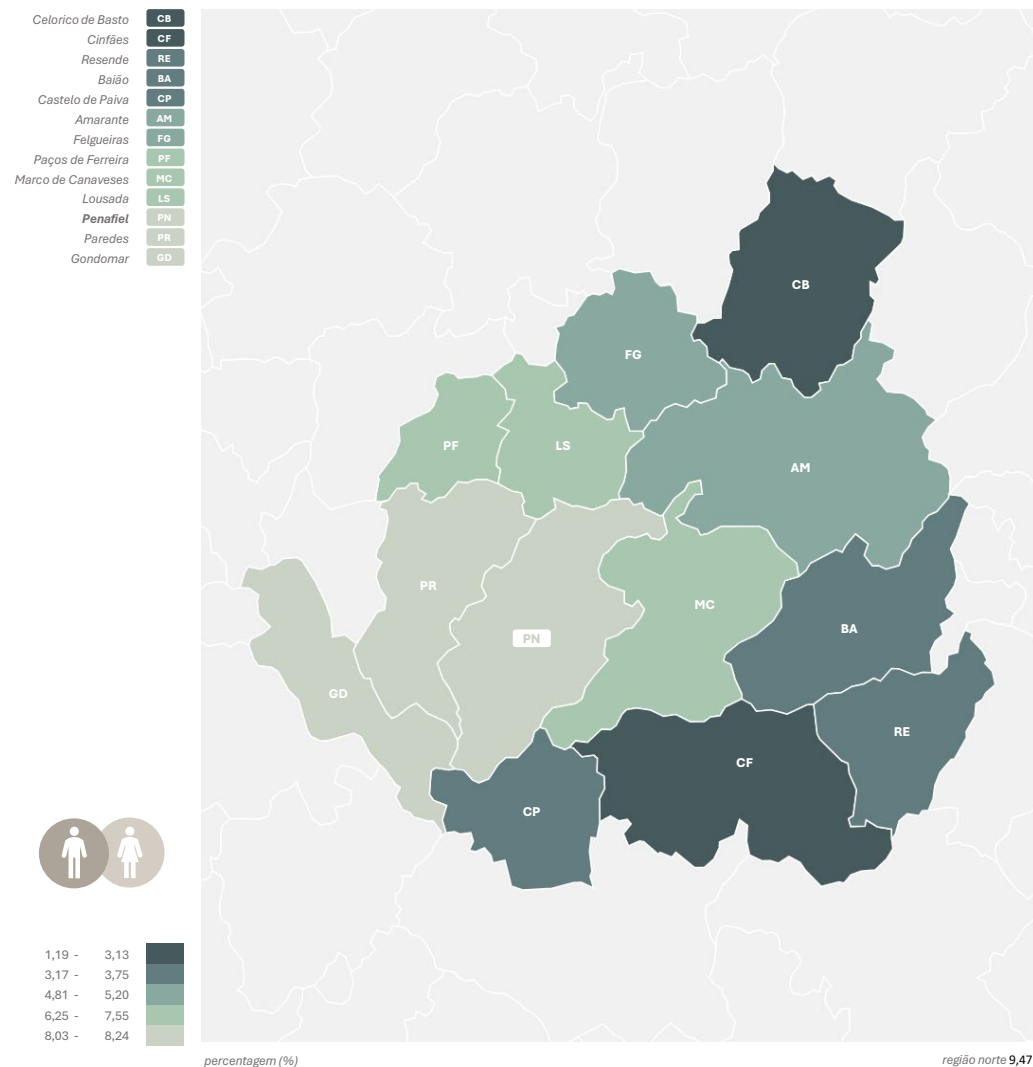
Figura 4.13



Proporção de crimes de ameaça e coação nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022

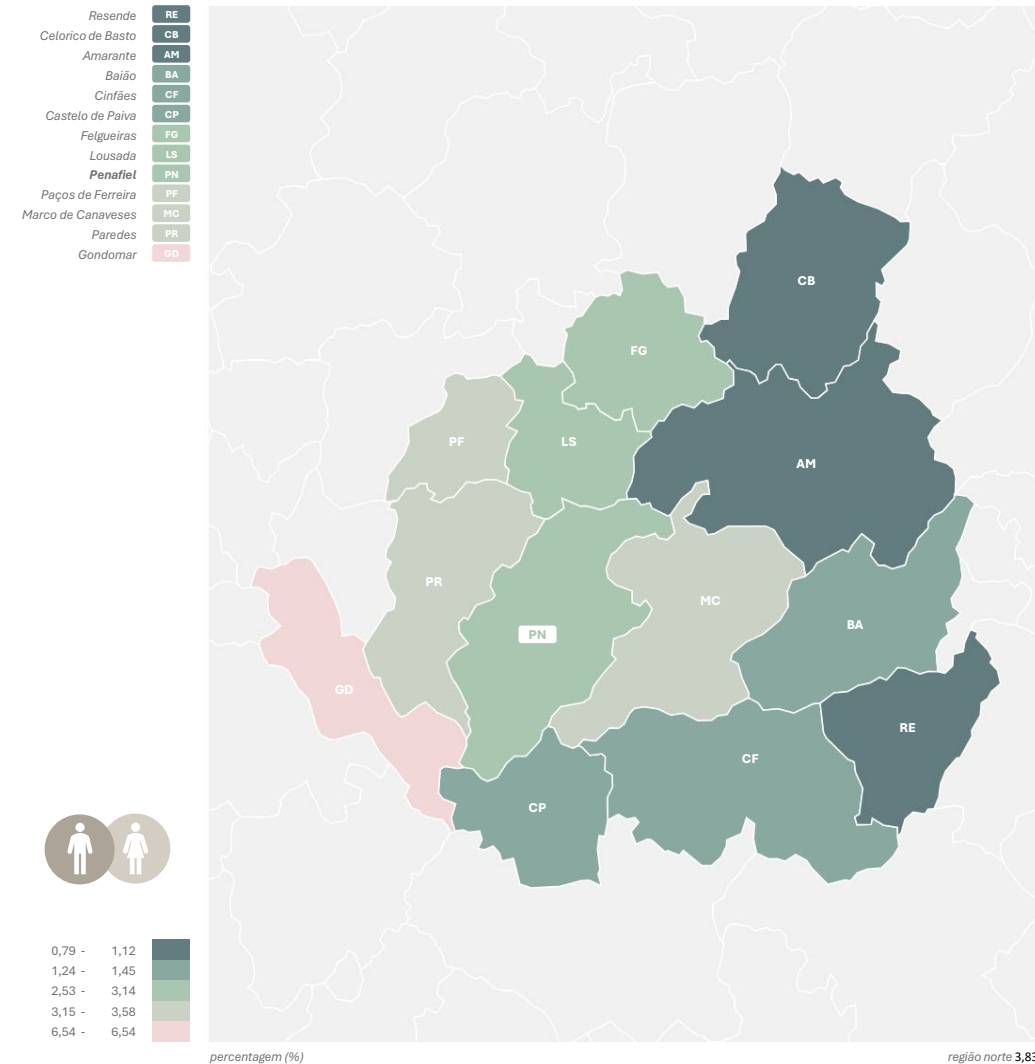
Figura 4.14

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Proporção de crimes de furtos em veículos motorizados nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022

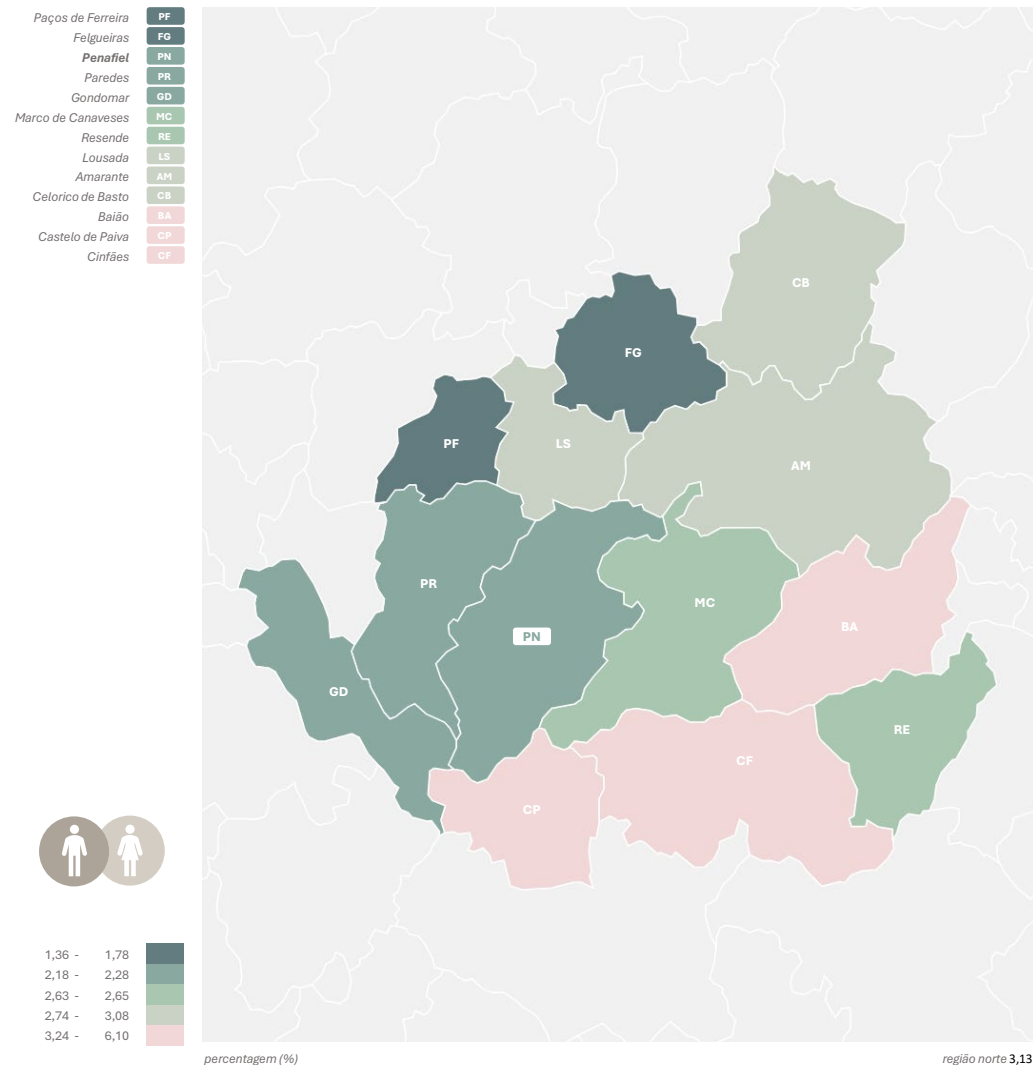
Figura 4.15



Proporção de crimes de furtos de veículos motorizados nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022

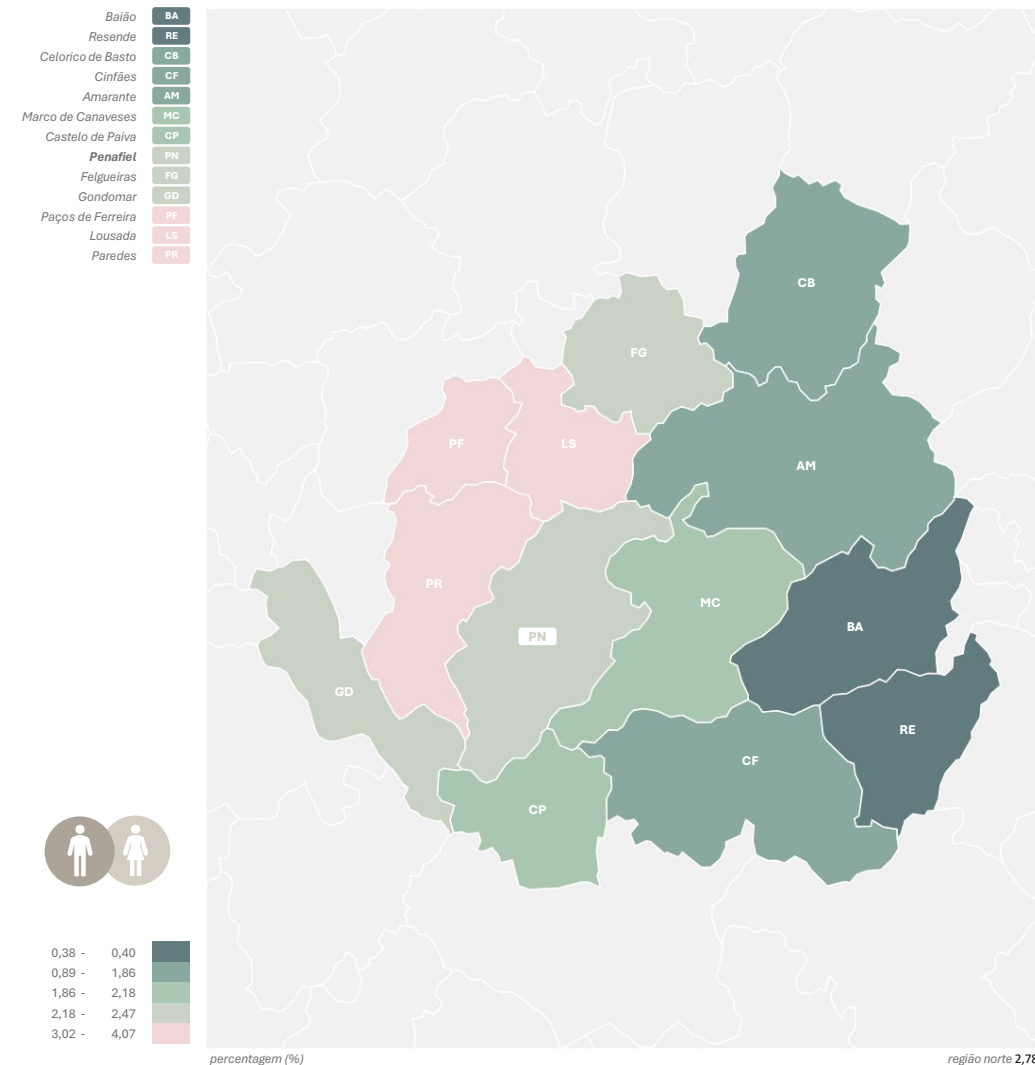
Figura 4.16

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Proporção de crimes de furto de residências com arrombamento, escalada ou uso de chaves falsas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022

Figura 4.17



Proporção de crimes de furto de edifícios comerciais ou industriais com arrombamento, escalada ou o uso de chaves falsas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022

Figura 4.18

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Em crimes reportados pelas autoridades policiais, no triénio de 2020-2022, no município de Penafiel, segundo o tipo de crime (nível 3), verifica-se que 2,2% são crimes de furto de residências, com arrombamento, escalada ou uso de chaves falsas, valor inferior ao registado na Região Norte (3,1%). Os municípios com mais casos de furto de residências com arrombamento, escalada ou uso de chaves falsas, foram Cinfães (6,1%), Castelo de Paiva (4,6%) e Baião (3,2%). Os municípios com melhores resultados foram Paços de Ferreira (1,4%) e Felgueiras (1,7%) (Figura 4.17).

Para além disso, verifica-se que 2,2% são crimes de furto de edifícios comerciais ou industriais, com arrombamento, escalada ou uso de chaves falsas, valor inferior ao registado na Região Norte (2,8%). Os municípios com mais casos de furto de edifícios comerciais ou industriais, com arrombamento, escalada ou uso de chaves falsas, foram Paredes (4,1%), Lousada (3,4%), e Paços de Ferreira (3,0%). Os municípios com melhores resultados foram Baião (0,4%) e Resende (0,4%) (Figura 4.18).

Embora a criminalidade em Penafiel seja relativamente baixa, existem variações significativas entre municípios, com alguns apresentando taxas mais elevadas e outros com resultados mais favoráveis. Estes dados indicam a necessidade de uma vigilância contínua e de estratégias específicas para

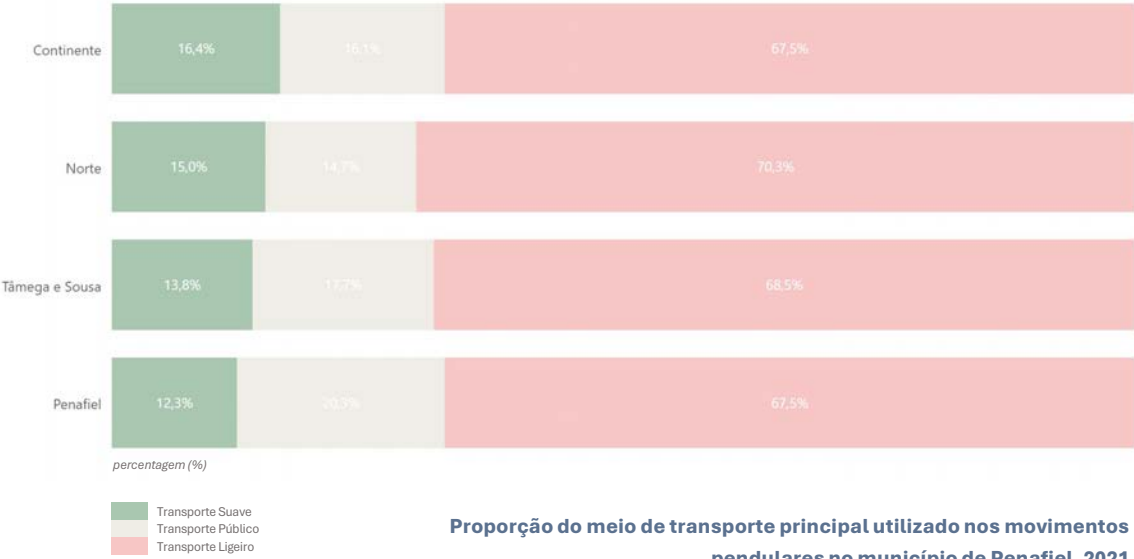
reforçar a segurança em áreas mais afetadas.

4.2 Ambiente Físico e Construído

4.2.1 Movimentos Pendulares

O estudo da mobilidade e das deslocações diárias é fundamental para compreender a dinâmica urbana e as necessidades de infraestrutura de um município, revelando não apenas os meios de transporte mais utilizados, mas também a eficiência dos sistemas de transporte público, a acessibilidade e o impacto ambiental das escolhas de transporte. A análise da mobilidade da população divide-se em quatro modos: automóvel ligeiro (como condutor e passageiro), transporte público e transporte suave (a pé e bicicleta).

O principal meio de transporte utilizado na população de Penafiel, no ano 2021, foi o transporte ligeiro (67,5%), valor inferior ao registado nas outras áreas de comparação, exceto Portugal Continental (67,5%) (Região Norte: 70,3% e CIM-TS: 68,5%). A população de Penafiel é a que menos utiliza o transporte suave (bicicleta ou a pé) com apenas 12,3%, valor inferior ao registado em Portugal Continental (16,4%) (Figura 4.19).



Proporção do meio de transporte principal utilizado nos movimentos pendulares no município de Penafiel, 2021

Figura 4.19

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

No entanto, Penafiel é o que mais utiliza os transportes públicos (20,3%) comparando ao registado em Portugal Continental (16,1%), Região Norte (14,%), e CIM-TS (17,7%).

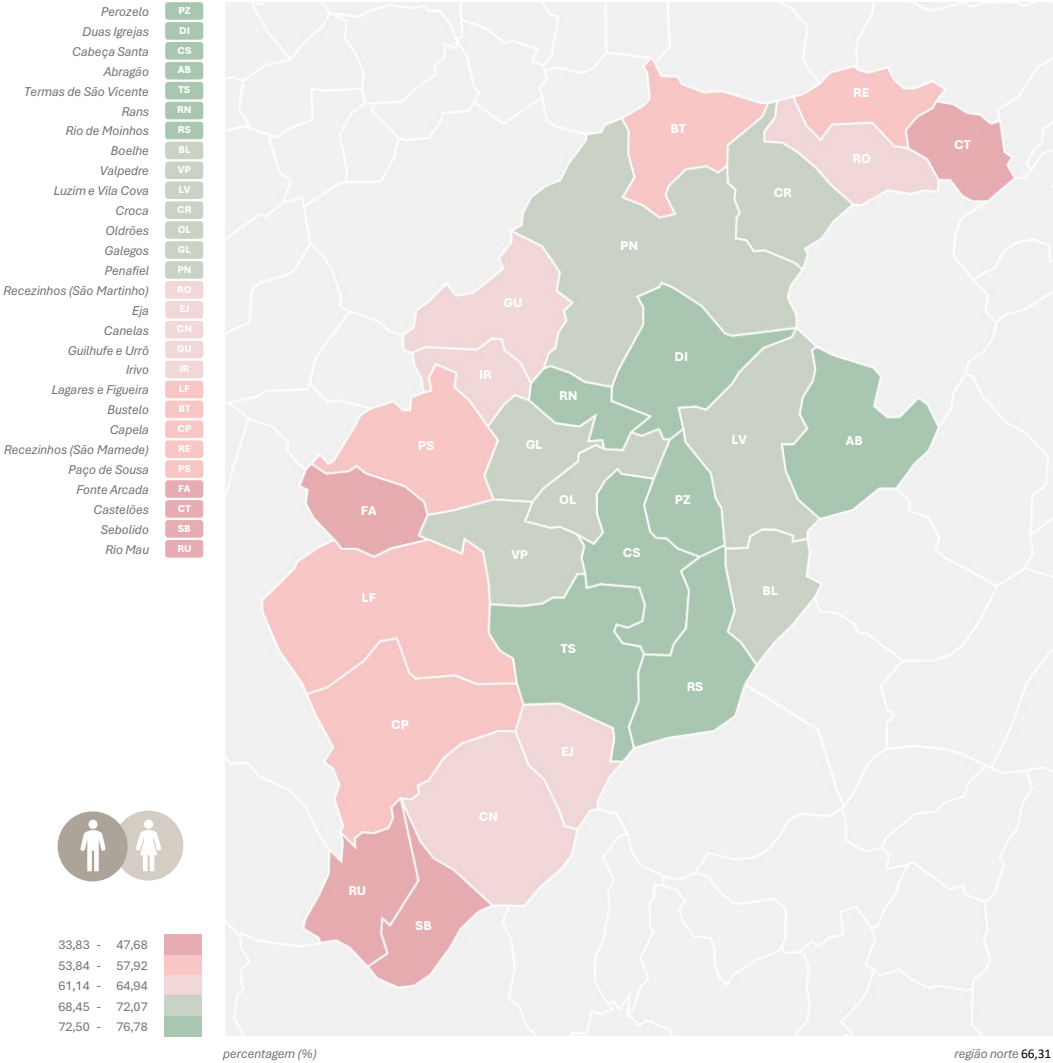
Na população do município de Penafiel, apenas 65,8% da população de Penafiel trabalha ou estuda no município de residência, valor inferior ao registado na Região Norte (66,3%). As freguesias com a menor proporção de população que trabalha ou estuda no município de residência foram: Rio Mau (33,8%), Sebolido (33,9 minutos), Capela (30,3 minutos), Canelas (30,0 minutos), Fonte Arcada (29,3 minutos), Lagares e Figueira (27,7 minutos), e Luzim e Vila Cova (26,4 minutos). As freguesias com os melhores valores foram Duas Igrejas (17,5 minutos) e Croca (17,8 minutos), valores inferiores ao registado na Região Norte (18,6 minutos) (Figura 4.22).

A população de Penafiel leva em média 22,0 minutos no deslocamento diário para o trabalho e/ou local de estudo, valor superior ao registado na Região Norte (18,6 minutos). Os municípios com maior duração média dos movimentos pendulares foram Baião (26,9 minutos), Cinfães (25,6 minutos) e Gondomar (23,5 minutos). Os municípios com melhores resultados foram Felgueiras (14,7 minutos), Paços de Ferreira (14,9 minutos) e Lousada (17,3 minutos) (Figura 4.21).

Comparando entre as freguesias do município de Penafiel, no ano 2021, as freguesias com

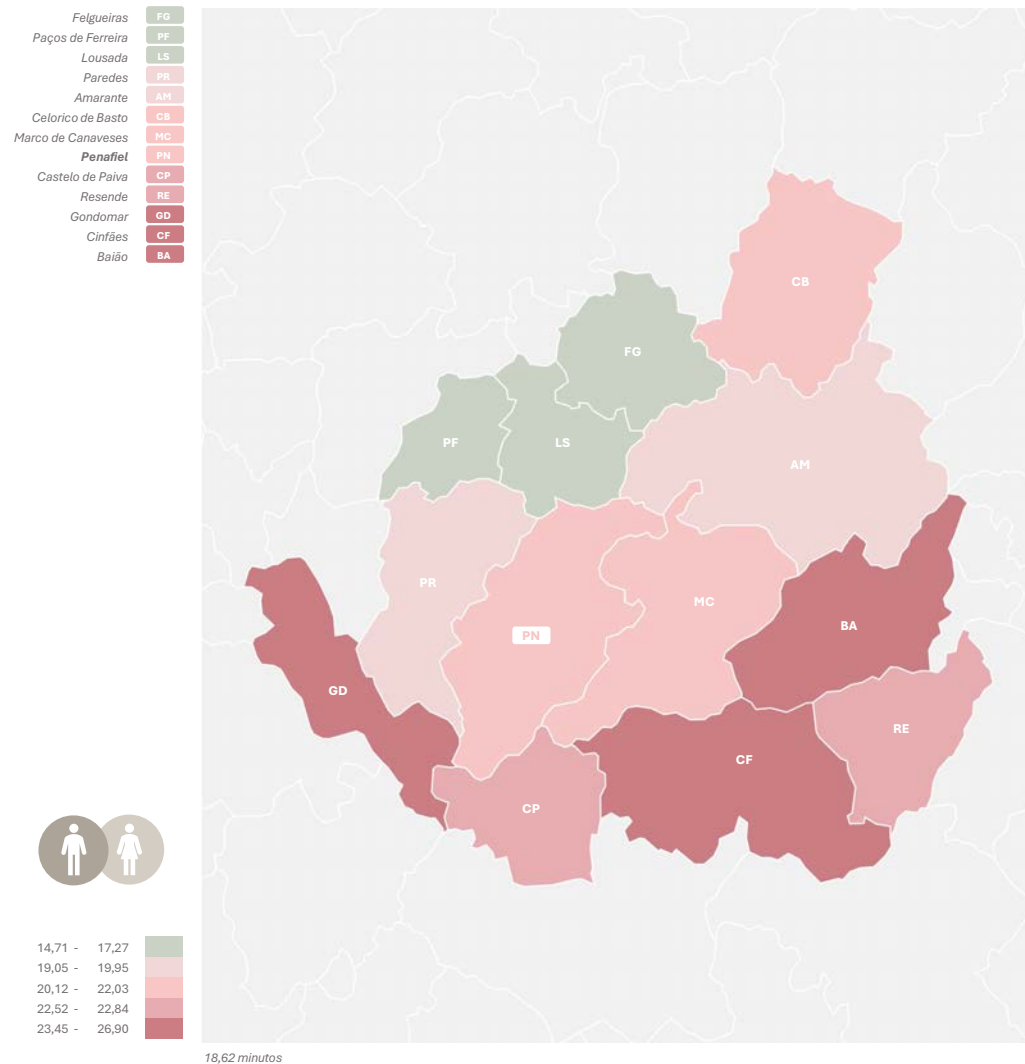
maior duração média dos movimentos pendulares foram: Rio Mau (34,4 minutos), Sebolido (33,9 minutos), Capela (30,3 minutos), Canelas (30,0 minutos), Fonte Arcada (29,3 minutos), Lagares e Figueira (27,7 minutos), e Luzim e Vila Cova (26,4 minutos). As freguesias com os melhores valores foram Duas Igrejas (17,5 minutos) e Croca (17,8 minutos), valores inferiores ao registado na Região Norte (18,6 minutos) (Figura 4.22).

Em resumo, a análise das deslocações diárias da população de Penafiel revela padrões distintos em relação ao uso dos meios de transporte. A baixa utilização do transporte suave, como bicicleta e a pé, contrasta com a alta dependência dos transportes públicos, que é superior à média nacional e regional. A média de 22 minutos para deslocações diárias é também superior à observada na Região Norte, refletindo a necessidade de melhorar a eficiência dos transportes e a infraestrutura local. As diferenças entre freguesias em termos de duração dos deslocamentos e percentagem da população que trabalha ou estuda no próprio município destacam desigualdades na acessibilidade e nas oportunidades locais, sugerindo que políticas de transporte e planeamento urbano precisam ser ajustadas para reduzir o tempo de deslocamento e promover uma maior integração local.



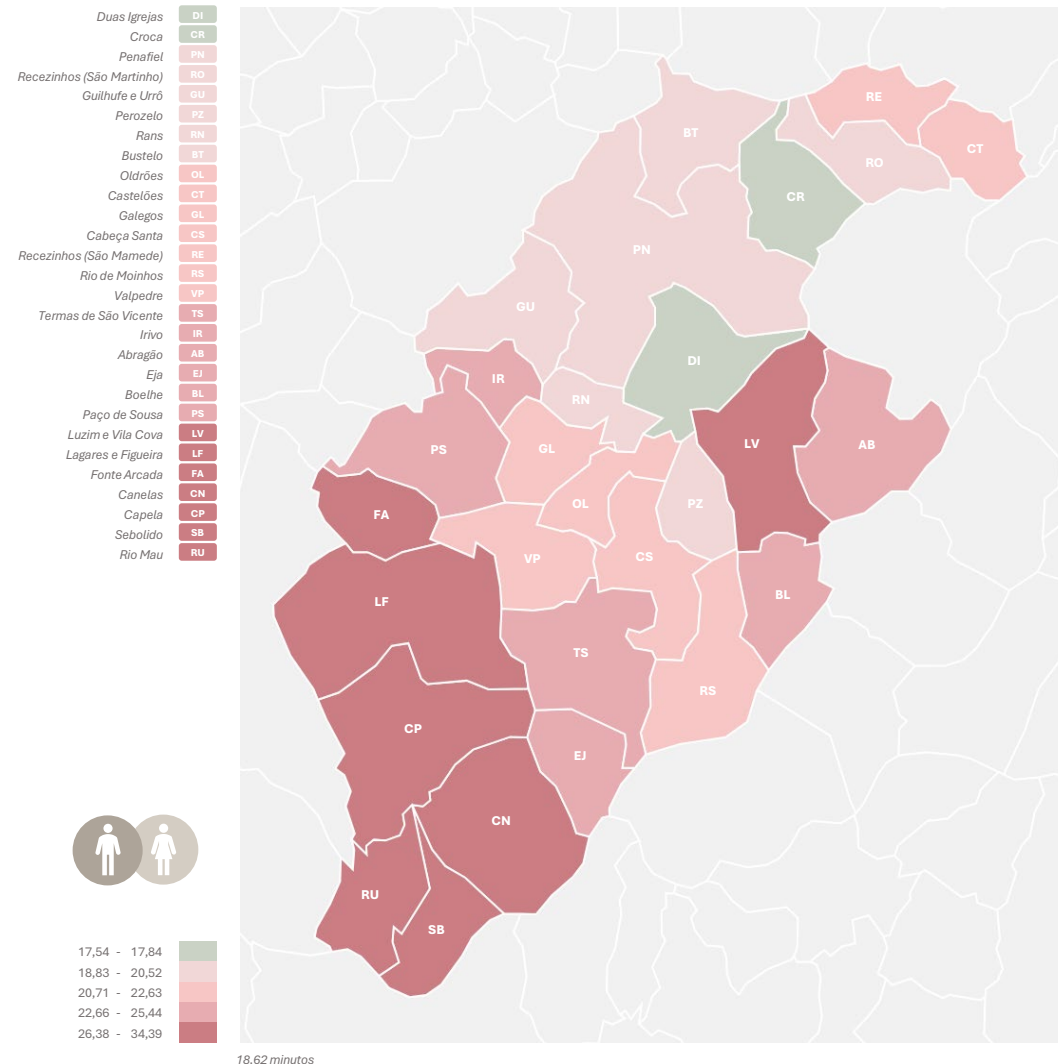
Proporção da população que reside e trabalha ou estuda no município de Penafiel, por freguesia, 2021

Figura 4.20



Duração média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021

Figura 4.21



Duração média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante no município de Penafiel, por freguesia, 2021

Figura 4.22

Relativamente à proporção da população que utiliza o automóvel ligeiro nos movimentos pendulares, no ano de 2021, as freguesias com maior proporção foram Bustelo (76,4%), Guilhufe e Urrô (73,6%) e Penafiel (71,4%). As freguesias com melhores resultados foram: Abragão (52,5%), Boelhe (55,5%), Luzim e Vila Cova (55,9%), Rio Mau (56,0%), Sebolido (56,2%), Capela (58,6%) e Rio de Moinhos (59,5%), valores inferiores ao registado na Região Norte (70,0%) (Figura 4.23).

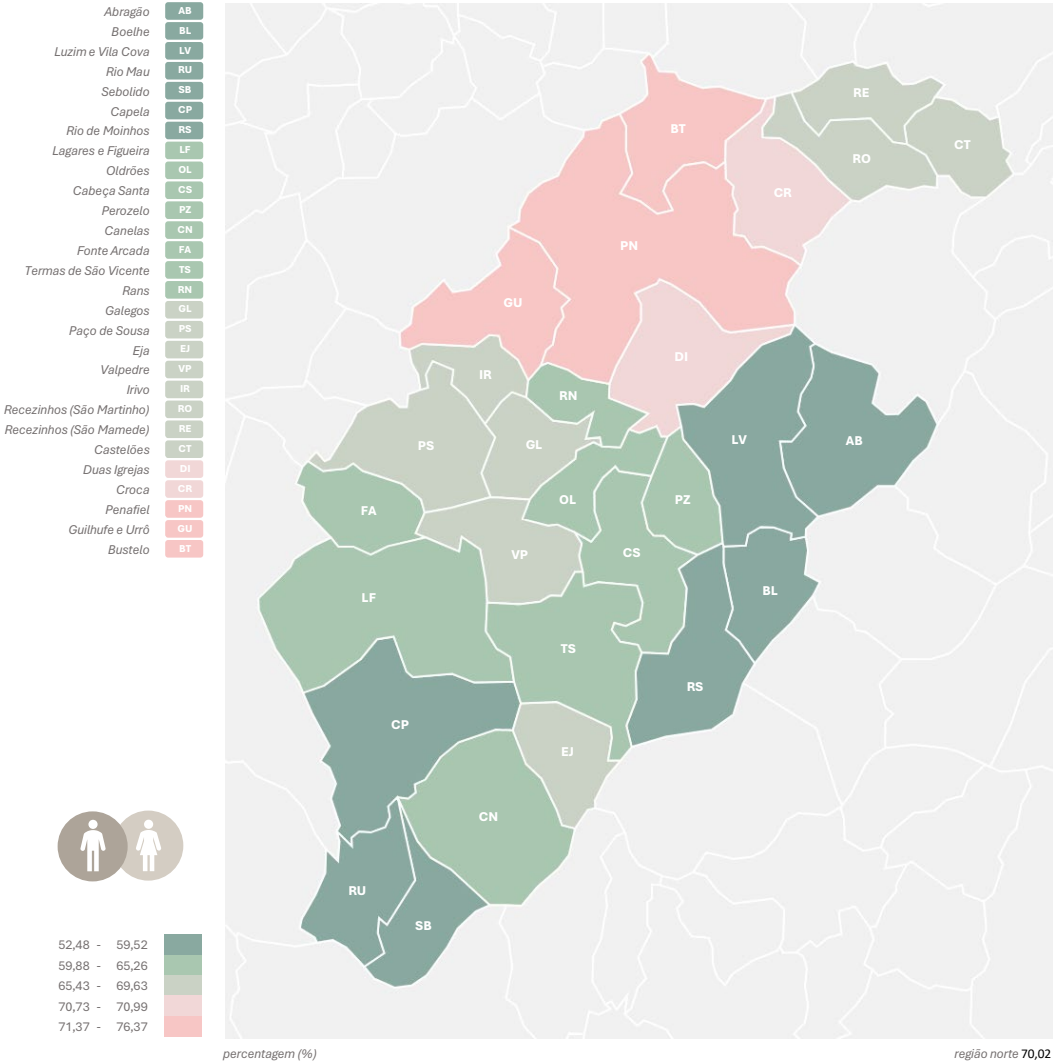
Quanto à proporção da população que utiliza transportes públicos nos movimentos pendulares, no ano de 2021, as freguesias com menor proporção foram Penafiel (13,0%), e Guilhufe e Urrô (14,4%). As freguesias com melhores resultados foram: Abragão (35,6%), Luzim e Vila Cova (35,0%), Boelhe (34,8%), Sebolido (34,3%), Capela (32,3%), Rio Mau (31,7%) e Fonte Arcada (31,4%), valores superiores ao registado na Região Norte (14,7%) (Figura 4.24).

Em relação à população que utiliza modo de transporte suave como a deslocação a pé ou bicicleta, o município de Penafiel teve uma proporção de 13,1%, no ano de 2021, valor inferior ao registado na Região Norte (15,0%). A freguesia Rio de Moinhos destaca-se com uma proporção de 15,4% e freguesia de Penafiel com 15,3%. As freguesias com os piores valores foram Fonte Arcada (4,3%), Bustelo

(5,3%), Duas Igrejas (6,7%), Valpedre (6,8%), Capela (7,8%) e Galegos (8,0%) (Figura 4.25).

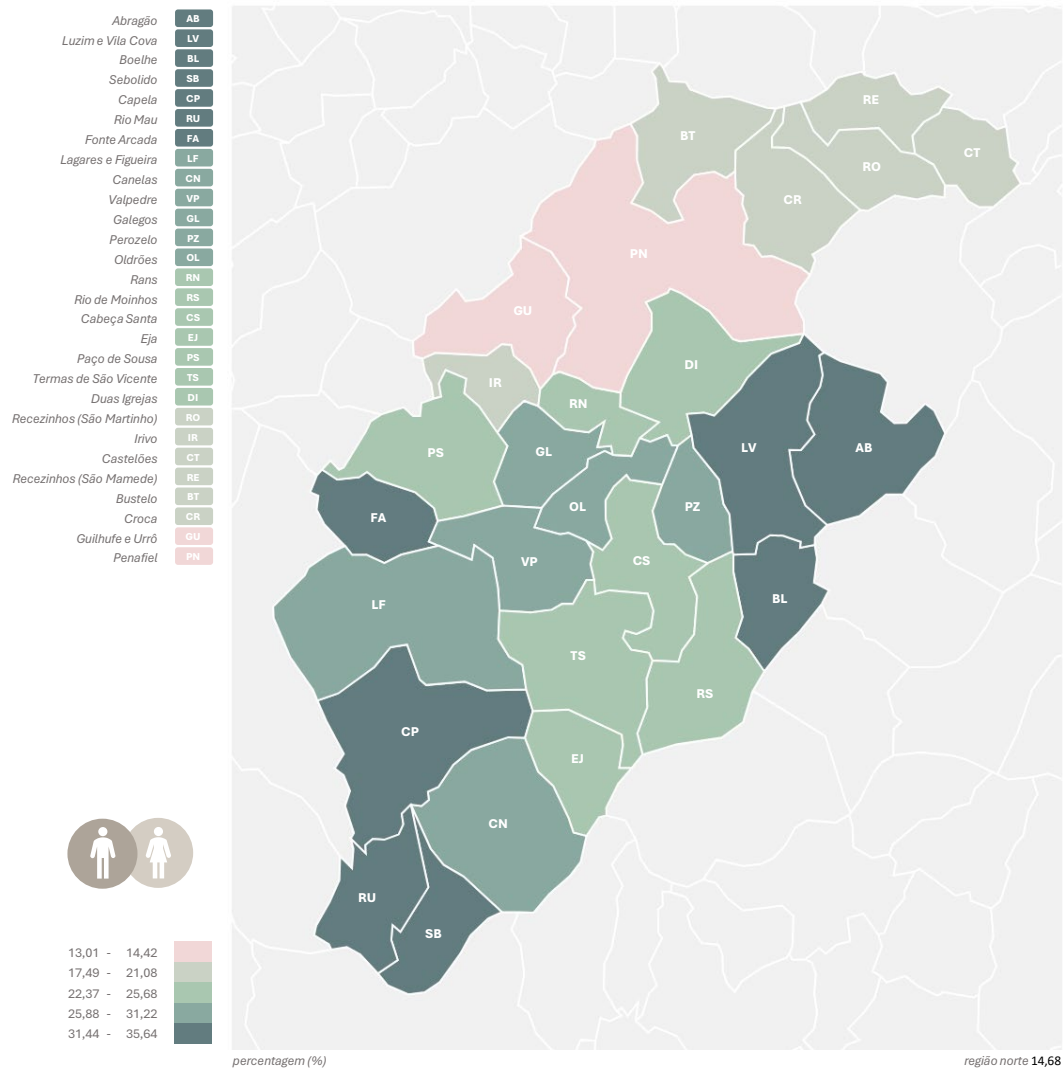
Os dados sobre os modos de transporte em Penafiel destacam uma forte dependência dos automóveis ligeiros, especialmente em freguesias como Bustelo e Guilhufe e Urrô, que registam as maiores proporções de utilização deste meio. Em contraste, o uso de transportes públicos é relativamente baixo em Penafiel comparado com outras freguesias do município, mas algumas áreas como Abragão e Luzim e Vila Cova apresentam uma proporção significativamente superior. A utilização de transportes suaves, como bicicletas e deslocações a pé, é também limitada, com valores inferiores à média da Região Norte, embora a freguesia de Rio de Moinhos se destaque positivamente neste aspeto.

Estas observações sublinham a necessidade de estratégias direcionadas para promover uma maior utilização dos transportes públicos e dos modos de transporte suaves, bem como para otimizar o uso dos automóveis ligeiros. Melhorias na infraestrutura de transporte, incentivos para o uso de meios de transporte sustentáveis e a promoção de soluções integradas de mobilidade são fundamentais para equilibrar as proporções de utilização e melhorar a eficiência e a qualidade das deslocações diárias dos residentes de Penafiel.



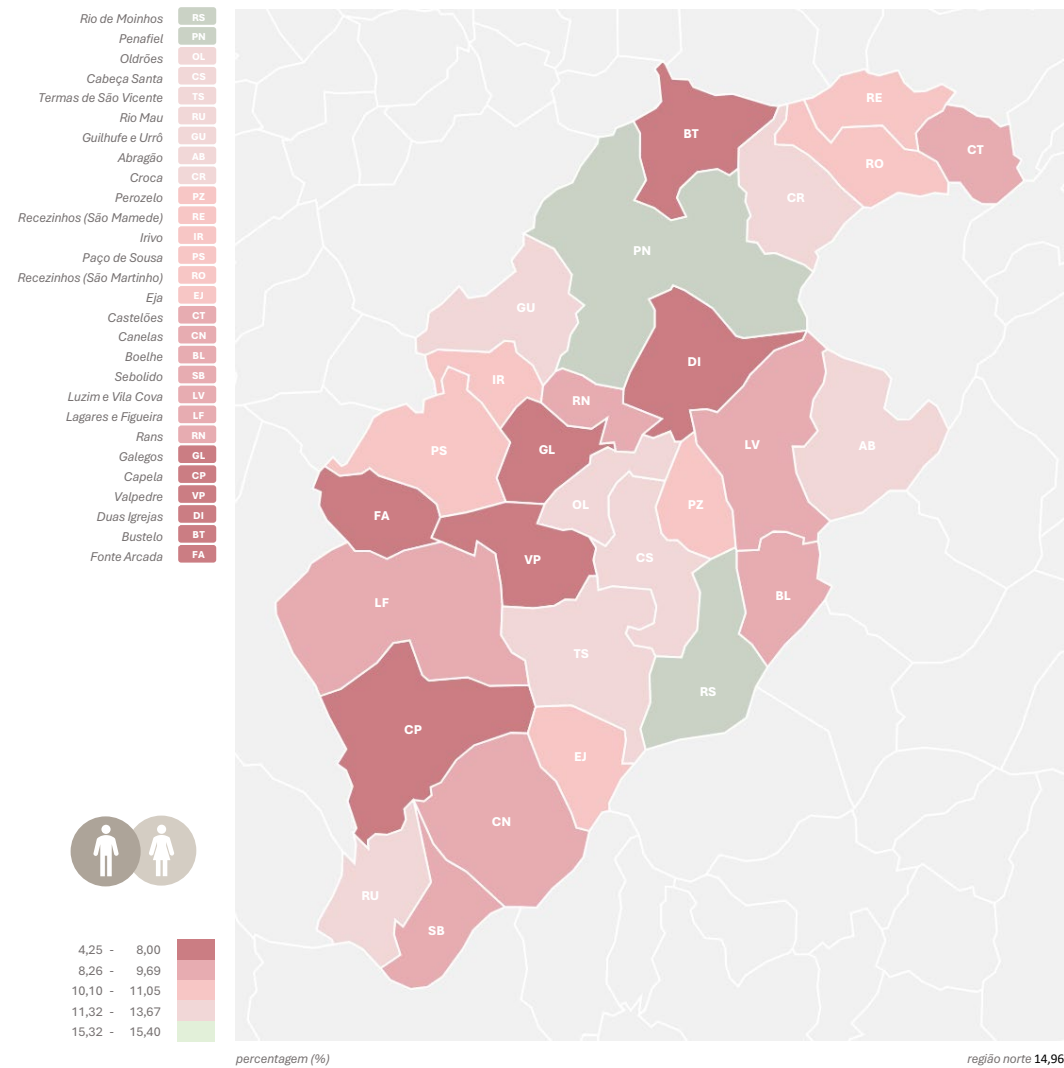
Proporção da população residente empregada ou estudante que utiliza automóvel ligeiro nos movimentos pendulares no município de Penafiel, por freguesia, 2021

Figura 4.23



Proporção da população residente empregada ou estudante que utiliza transportes públicos nos movimentos pendulares no município de Penafiel, por freguesia, 2021

Figura 4.24



Proporção da população residente empregada ou estudante que utiliza modos de transporte suave (a pé ou bicicleta) nos movimentos pendulares no município de Penafiel, por freguesia, 2021

Figura 4.25

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

4.2.2 Resíduos Urbanos

Um dos objetivos do desenvolvimento sustentável é a redução da geração de resíduos urbanos, através da reciclagem, reutilização e redução de resíduos depositados em aterros, sendo importante fazer a sua gestão, pois o depósito e tratamento inadequado dos resíduos urbanos pode afetar negativamente o meio ambiente e a população.

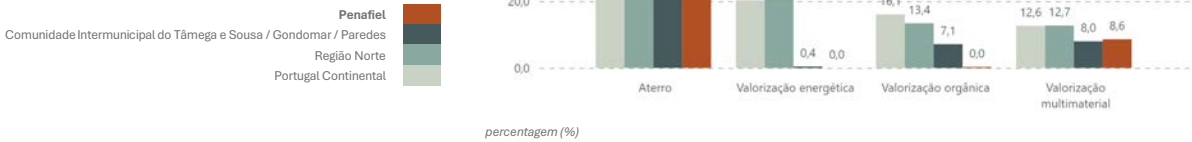
A gestão de resíduos urbanos é uma componente essencial para a sustentabilidade ambiental e a qualidade de vida nas comunidades. A crescente preocupação com a preservação ambiental e a eficiência na gestão de resíduos tem levado a um foco maior na redução da geração de resíduos e na promoção da reciclagem e reutilização. Em particular, a redução do depósito de resíduos em aterros é um objetivo essencial, dado que o tratamento inadequado pode ter impactos negativos substanciais no meio ambiente e na saúde pública. A análise da gestão de resíduos em Penafiel permite compreender como o município está a enfrentar esses desafios e como se posiciona em relação a outras áreas.

O município de Penafiel, em 2021, evidenciou uma gestão de resíduos maioritariamente na deposição em aterro (91,4%) e na valorização multimaterial (8,6%%).

Comparando com as outras áreas de desagregação, verifica-se que, em Penafiel, a percentagem cujo destino é o aterro é a mais alta, sendo superior à proporção de Portugal Continental (51,0%), Região Norte (52,8%) e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes (84,5%) (Figura 4.26).

É importante mencionar que, em Penafiel, os resíduos não têm destino a valorização energética e valorização orgânica, ao contrário de Portugal Continental, Região Norte e Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes.

Em 2022, Penafiel enfrentou desafios significativos na gestão de resíduos, refletindo tanto a eficácia das práticas locais quanto a sensibilização da comunidade para a separação e reciclagem. No ano de 2022, o município gerou aproximadamente 30.729 toneladas de resíduos sólidos. Destes, cerca de 2.998 toneladas foram identificadas como recicláveis, enquanto as restantes 27.714 toneladas foram resíduos indiferenciados. Isto representa uma proporção de resíduos recicláveis (recolhidos seletivamente) de aproximadamente 9,8% do total de resíduos.



Resíduos urbanos geridos por tipo de destino no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, Região Norte e Portugal Continental, 2021

Figura 4.26

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021

Comparando com a Região Norte, onde a média de resíduos recicláveis foi de cerca de 19% do total de resíduos, Penafiel apresenta uma taxa significativamente abaixo da média regional. A nível continental, a média para resíduos recicláveis foi de cerca de 23% em 2022, o que coloca Penafiel muito abaixo do valor registado a nível continental. Ao longo dos anos, Penafiel tem mostrado um progresso gradual na proporção de resíduos recicláveis, refletindo a implementação de melhores práticas de gestão e a crescente conscientização ambiental.

A proporção de resíduos urbanos recicláveis, por habitante, é um indicador vital para avaliar a eficácia dos sistemas de reciclagem e o envolvimento da comunidade. Em Penafiel, em 2022, a proporção de resíduos recicláveis (recolhidos seletivamente) por habitante é de cerca de 43 kg por habitante.

Penafiel possui uma proporção menor relativamente ao valor registado a nível da Região Norte e Portugal Continental, com 92 kg/hab. e 116 kg/hab., respetivamente. A proporção média de resíduos recicláveis, por habitante, tem mostrado um aumento constante, impulsionado por políticas de gestão de resíduos e pela melhoria das práticas de reciclagem. Penafiel, portanto, demonstra uma tendência positiva na proporção de resíduos recicláveis, alinhando-se com as melhorias observadas a nível regional e nacional.

Desde 2015, em Penafiel, tem-se observado um ligeiro aumento na quantidade de resíduos recicláveis (recolhidos seletivamente), principalmente em vidro e papel/cartão, com 1.164 toneladas e 1.179 toneladas, respetivamente, em 2022.

Este cenário indica a necessidade de melhorias na sensibilização e práticas de gestão de resíduos, bem como um incremento nas iniciativas de reciclagem. A proporção de resíduos recicláveis, por habitante, sublinha a importância de implementar estratégias mais eficazes para aumentar a eficiência da reciclagem e reduzir o impacto ambiental associado à gestão de resíduos urbanos.

4.2.3 Emissão de Poluentes

A emissão de poluentes atmosféricos é uma questão fundamental para a qualidade do ar e a saúde ambiental de qualquer município. Os principais gases poluentes, como dióxido de carbono (CO₂), óxidos de azoto (NO_x), partículas finas (PM_{2.5}) e partículas em suspensão (PM₁₀), têm um impacto significativo no ambiente e na saúde pública. A análise das emissões desses poluentes ajuda a entender as fontes de poluição e a eficácia das políticas ambientais implementadas.

O CO₂ é um gás de efeito estufa que contribui para o aquecimento global e alterações

climáticas. O aumento das temperaturas e eventos climáticos extremos, como ondas de calor e tempestades intensas, podem ser exacerbados por essas emissões, afetando a agricultura local e o bem-estar dos residentes.

Óxidos de Azoto (NO_x): Os NO_x são poluentes que contribuem para a formação de smog e acidificação dos solos e águas. Em áreas urbanas e periurbanas, como Penafiel, a poluição por NO_x pode causar problemas respiratórios, especialmente em crianças e idosos. Além disso, a exposição prolongada a NO_x está associada a doenças respiratórias crónicas e pode agravar condições existentes como asma e bronquite.

Partículas Finas (PM_{2.5}) e Partículas em Suspensão (PM₁₀) são suficientemente pequenas para penetrar nos pulmões e na corrente sanguínea, causando uma série de problemas de saúde. A exposição a estas partículas está associada a doenças cardiovasculares, respiratórias e a um aumento na mortalidade precoce.

Ao analisar os principais gases poluentes emitidos para a atmosfera, ou seja, CO₂, NO_x, PM_{2.5} e PM₁₀, em 2019, evidencia-se que o município de Penafiel possui as maiores emissões em todos os poluentes em comparação com os outros municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa. No entanto, comparando entre 2017 e 2019, observou-se uma diminuição das

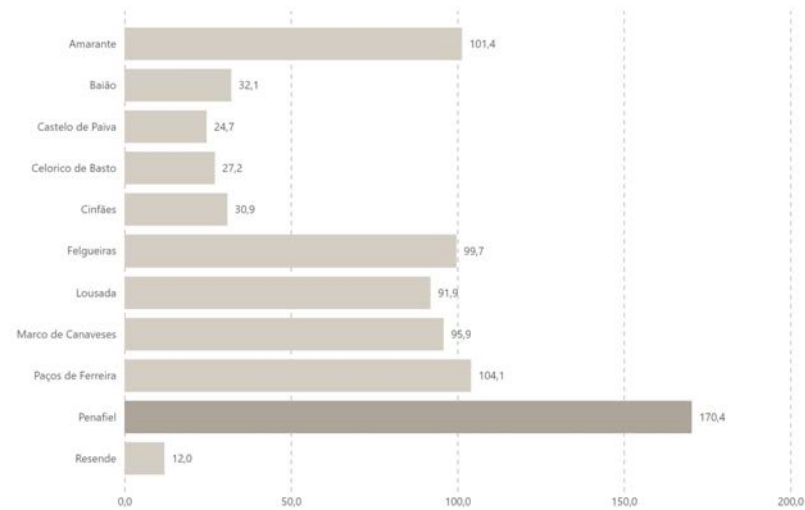
emissões dos gases poluentes, no município de Penafiel (Figura 4.27).

Uma das principais razões para uma maior emissão de poluentes é devido ao transporte rodoviário (relativamente a CO₂ e NO_x), uso de solventes (relativamente a PM₁₀) e produção de energia elétrica e calor (relativamente a PM_{2.5}). A indústria também tem um impacto significativo na emissão de poluentes para a atmosfera.

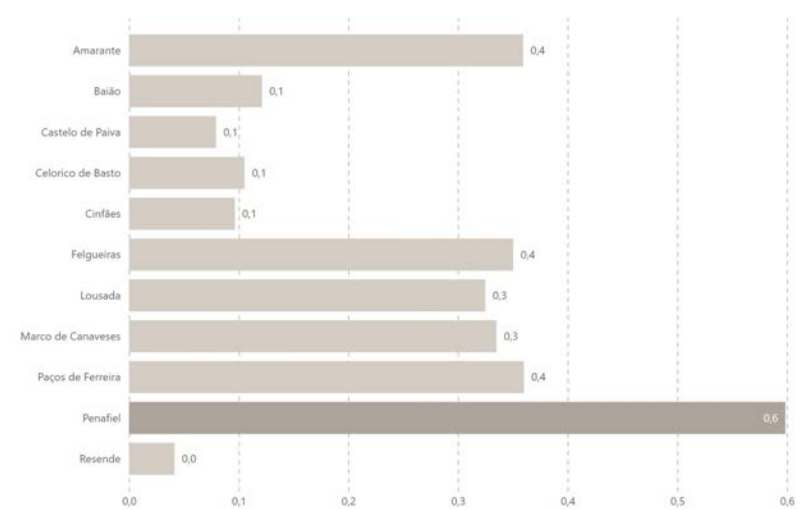
As emissões de gases provenientes do transporte rodoviário são um indicador importante do impacto ambiental e da qualidade do ar. Em 2017, Penafiel registou emissões de aproximadamente 114.595 toneladas de CO₂ devido ao transporte rodoviário. Em 2019, essas emissões aumentaram ligeiramente para cerca de 118.700 toneladas de CO₂.

A contínua monitorização e implementação de medidas eficazes para reduzir as emissões são essenciais para melhorar a qualidade do ar e proteger a saúde ambiental e pública, em Penafiel.

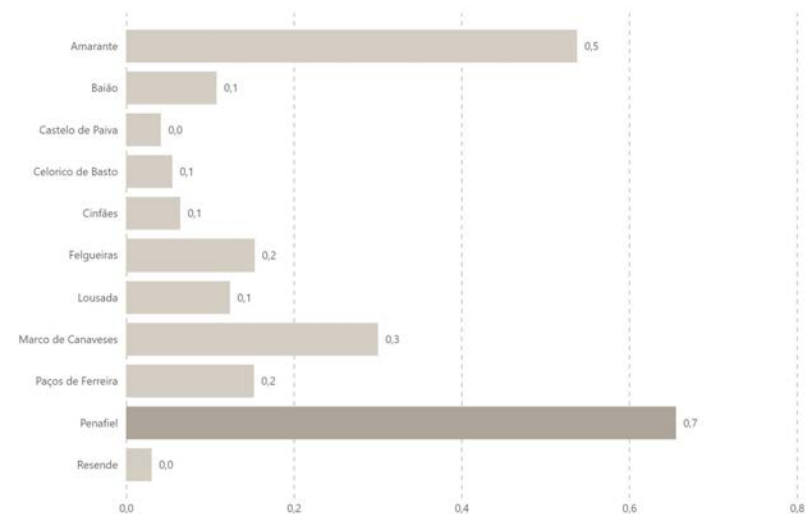
CO2 (kton)



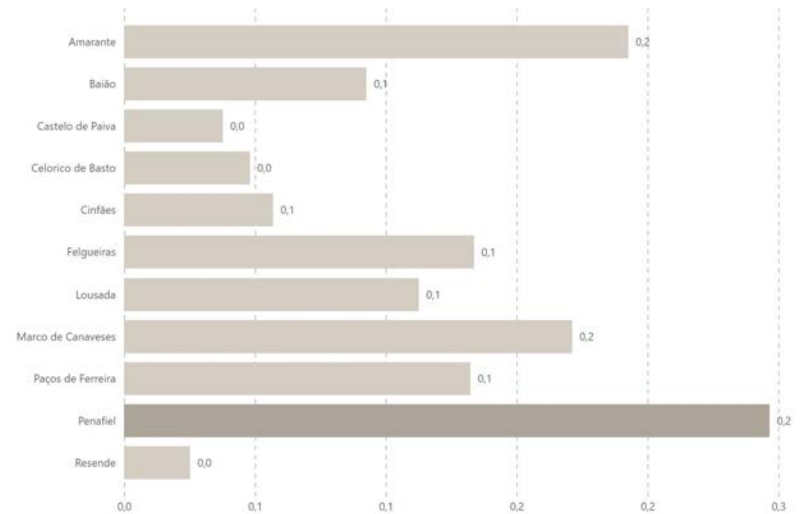
NOx (kton)



PM10 (kton)



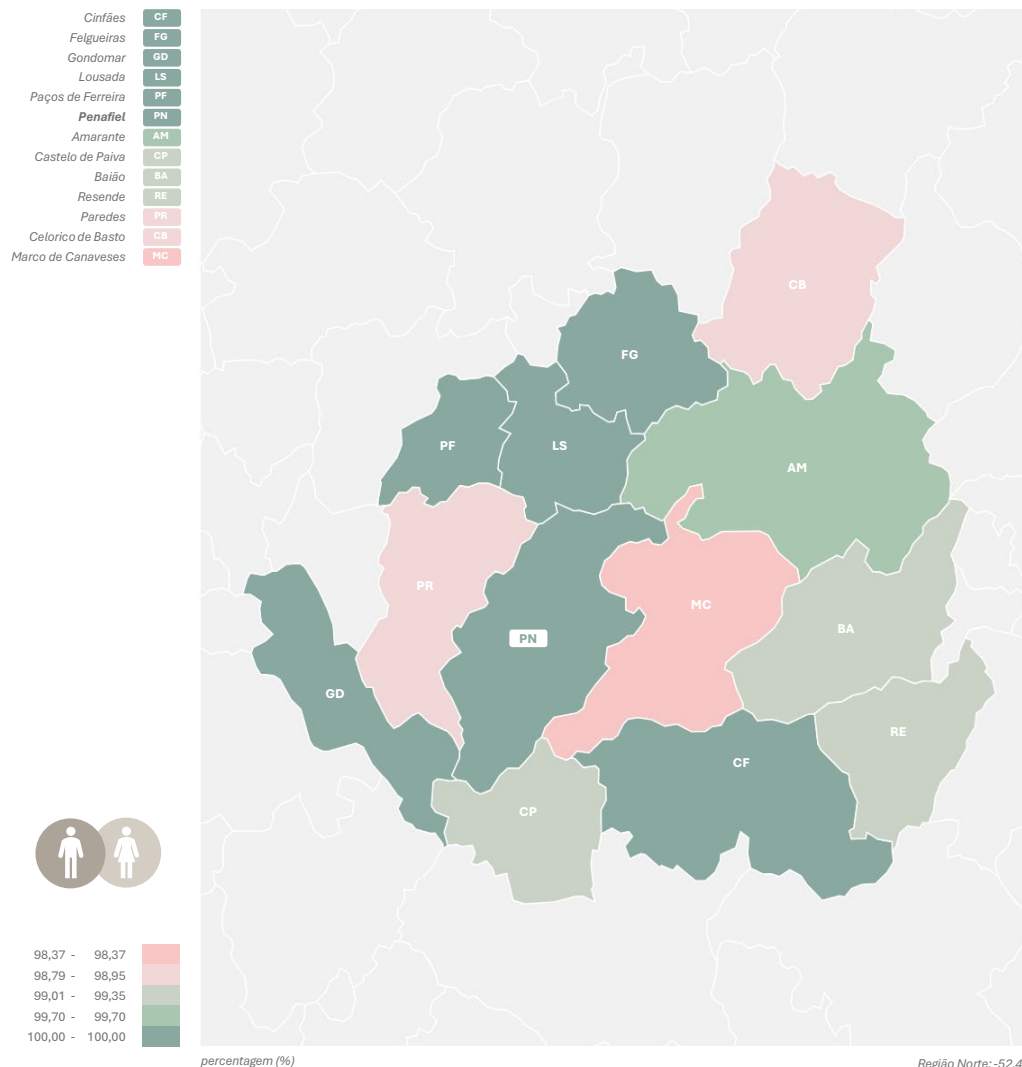
PM2,5 (kton)



Emissão de gases para a atmosfera no município de Penafiel, segundo o tipo de poluente (kton – quilotonelada), 2019

Figura 4.27

Distribuição Espacial de Emissões Nacionais (2015, 2017 e 2019), APA



Proporção de água segura nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021

Figura 4.28

4.2.4 Água para consumo humano

A proporção de água para consumo humano segura é um indicador importante para a saúde pública e a qualidade de vida. A água segura é um elemento fundamental para garantir a saúde pública e a qualidade de vida das populações. A disponibilidade de água potável e de boa qualidade é essencial para prevenir doenças e promover o bem-estar geral. Em Penafiel, a gestão da água e a capacidade de fornecer água segura à população são indicadores-chave do sucesso das políticas e infraestruturas locais. Analisar a proporção de água segura em Penafiel e compará-la com a média regional e nacional oferece uma visão importante sobre a eficácia dos sistemas de abastecimento e a qualidade dos recursos hídricos no município.

Em 2021, Penafiel apresentou uma elevada proporção de água segura, com 100,0% da população a ter acesso a água potável e de boa qualidade. Este indicador reflete a eficácia dos sistemas de abastecimento e o cumprimento dos padrões de qualidade da água (Figura 4.28).

Comparando com a Região Norte, Penafiel apresenta uma proporção de água segura semelhante à média regional, que também é alta (99,0%), com variações dependendo da infraestrutura local e da gestão dos recursos hídricos. A nível de Portugal Continental, a proporção de água segura tem sido consistentemente alta, demonstrando o

compromisso geral com a qualidade da água e a saúde pública (99,0%). Penafiel tem mantido uma taxa elevada de cobertura de água segura, alinhando-se com as tendências positivas observadas na região Norte e em Portugal Continental. Os municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes, com melhor acesso a água segura foram: Cinfães, Felgueiras, Gondomar, Lousada, Paços de Ferreira e Penafiel, com 100% de água segura. O município com pior acesso a água segura foi Marco de Canaveses com 98,4%.

Uma proporção de água segura de 100% em Penafiel, evidencia uma gestão eficaz dos recursos hídricos e a manutenção de elevados padrões de qualidade da água. Esta taxa de cobertura é consistente com as tendências observadas na Região Norte e em Portugal Continental, que apresentam proporções elevadas de água segura. Penafiel está alinhado com os melhores resultados da região, refletindo um compromisso com a saúde pública e a qualidade ambiental. A manutenção de uma proporção tão elevada de água segura não só garante a saúde e o bem-estar dos residentes, mas também reforça a importância das práticas de gestão e infraestrutura para o abastecimento de água em Penafiel.

4.2.5 Habitação

As condições habitacionais são analisadas através de diversos fatores como a sobrelotação, o saneamento e a higiene, o conforto e a saúde ambiental, assim como a acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida. A avaliação da sobrelotação é essencial para determinar a salubridade das habitações. Espaços habitacionais limitados podem provocar impactos negativos na saúde física e mental dos residentes, aumentando o risco de stress, depressão e a probabilidade de transmissão de doenças contagiosas devido ao uso partilhado de espaços. Durante a pandemia de COVID-19, estas preocupações foram particularmente relevantes em áreas economicamente desfavorecidas. O saneamento adequado é importante para prevenir doenças infecciosas.

A proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais é um indicador importante da infraestrutura sanitária e da gestão de águas residuais. Em 2021, Penafiel mostrou uma alta proporção de alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais, com cerca de 80,0% dos alojamentos no município beneficiando de infraestrutura adequada. Esta elevada proporção reflete investimentos contínuos em infraestrutura e uma gestão eficiente dos sistemas de saneamento.

Comparando com a Região Norte, Penafiel está

em linha com a média regional, onde a cobertura de drenagem de águas residuais também é alta (82,0%). A nível nacional, a proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais é amplamente satisfatória, com esforços contínuos para melhorar a infraestrutura em áreas menos servidas (86,0%). Penafiel tem demonstrado uma melhoria contínua na cobertura de drenagem de águas residuais, alinhando-se com as tendências positivas observadas a nível regional e nacional.

Comparando com a Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, 63,0% dos alojamentos são servidos por drenagem de águas residuais, valor substancialmente inferior ao registado em Penafiel, Região Norte e Portugal Continental. Os municípios da Comunidade Intermunicipal, incluindo Gondomar e Paredes, com maior proporção foram Paços de Ferreira (97,0%), Gondomar (89,0%) e Penafiel (80,0%). Os municípios com menor proporção foram Castelo de Paiva (18,0%), Celorico de Basto e Cinfães, ambos com 34,0%.

A proporção de alojamentos sobrelotados é um indicador relevante para a análise das condições habitacionais e da qualidade de vida. Em 2021, Penafiel apresentou variações significativas na proporção de alojamentos sobrelotados entre as suas freguesias. Em média, cerca de 14,4% dos alojamentos em Penafiel foram considerados sobrelotados, com algumas freguesias a

registarem taxas mais elevadas. Esta situação pode impactar negativamente a qualidade de vida e a saúde dos residentes, exigindo políticas adequadas para melhorar as condições habitacionais.

Comparando com a Região Norte e Portugal Continental, Penafiel tem uma proporção superior de alojamentos sobrelotados que varia conforme as freguesias, refletindo as características locais e as condições habitacionais específicas (12,3% na Região Norte e 12,4% no Continente).

A proporção de edifícios com acessibilidade através de cadeira de rodas é um indicador essencial para a inclusão e acessibilidade. Em 2021, em Penafiel, aproximadamente 1,4% dos edifícios nas suas freguesias estavam adaptados para acessibilidade através de cadeira de rodas (possuíam elevador). Esta proporção reflete os esforços locais para garantir que pessoas com mobilidade reduzida possam aceder a espaços públicos e edifícios.

Comparando com a Região Norte, Penafiel apresenta uma proporção de edifícios acessíveis que está abaixo da média regional, onde a acessibilidade tende a ser melhor em áreas urbanas mais desenvolvidas (2,8%). A nível continental, há um esforço contínuo para aumentar a acessibilidade em edifícios e espaços públicos (3,1%). Penafiel tem mostrado progresso na melhoria da acessibilidade, mas ainda enfrenta

desafios significativos.

A proporção de alojamentos familiares clássicos vagos é um indicador importante para a análise do mercado habitacional e da disponibilidade de habitação. Em 2021, Penafiel registou uma proporção significativa de alojamentos vagos nas suas subsecções estatísticas, com cerca de 11,5% dos alojamentos familiares clássicos a estarem desocupados. Este dado é relevante para entender a dinâmica do mercado habitacional e identificar possíveis áreas para intervenção.

Relativamente a nível da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes, registou uma proporção de 11,1%. Os municípios com maior proporção foram: Baião (18,8%), Celorico de Basto (13,1%) e Castelo de Paiva (12,9%).

Comparando com a Região Norte, Penafiel tem uma proporção superior de alojamentos vagos, refletindo as condições específicas do mercado habitacional local (10,3%). A nível de Portugal Continental, a proporção de alojamentos vagos foi de 12,1%.

4.3 Sociedade e Economia

4.3.1 Literacia

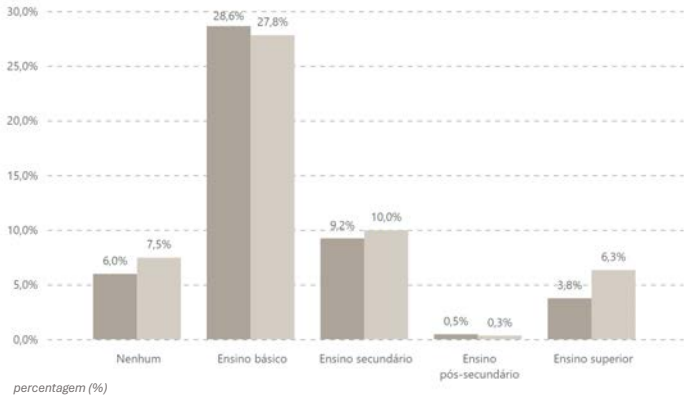
A literacia e o nível de escolaridade da população são indicadores essenciais para avaliar o desenvolvimento socioeconómico e o bem-estar de uma comunidade. Em Penafiel, a análise dos dados de 2021 sobre os níveis de escolaridade revela uma imagem detalhada das disparidades existentes, tanto entre géneros quanto ao longo do tempo. A proporção de indivíduos com diferentes níveis de formação académica, incluindo o ensino básico, secundário e superior, reflete o progresso educacional e os desafios persistentes enfrentados pelo município.

No município de Penafiel, a maioria da população tem apenas o ensino básico, 28,6% são homens e 27,8% são mulheres, no total da população. Apenas 19,2% da população têm o ensino secundário (9,2% homens e 10,0% mulheres). 13,5% da população não tem ensino básico completo, havendo mais mulheres sem ensino (7,5% mulheres vs. 6,0% homens). Apenas 10,1% da população tem o ensino superior, havendo mais mulheres com o ensino superior (6,3% mulheres versus 3,8% homens) (Figura 4.29).

Comparando com as outras áreas de desagregação, Penafiel tem uma maior percentagem de indivíduos sem nenhum nível

de escolaridade (13,4% vs 12,9% Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 12,5% Região Norte e 13,0% Portugal Continental). Relativamente ao ensino básico, Penafiel é o segundo com maior proporção, com 56,5% da população, sendo a Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes a com maior proporção da população com o ensino básico concluído (56,6%). Para os níveis de ensino secundário, pós-secundário e ensino superior, Portugal Continental é o com maior proporção, com 20,6%, 1,0%, e 17,4%, respetivamente, valores superiores ao registado em Penafiel, com 19,2%, 0,8%,e 10,1%, respetivamente (Figura 4.30).

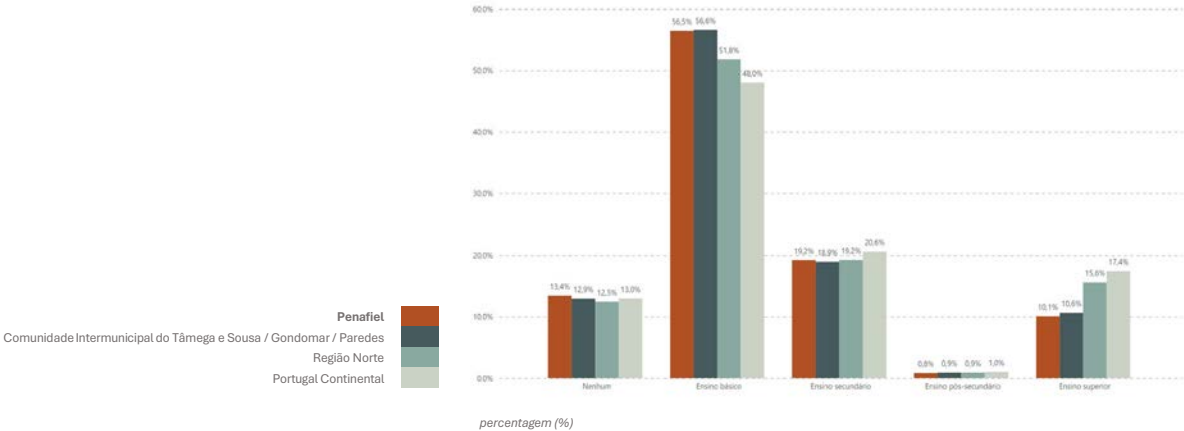
Relativamente à taxa de analfabetismo, no ano de 2021, o município de Penafiel (1,7%) e todas as suas freguesias têm uma taxa superior à registada na Região Norte (1,5%). As freguesias com a taxa de analfabetismo mais elevada foram: Abragão (6,4%), Recezinhos (São Mamede)(4,9%), Luzim e Vila Cova (4,6%), Lagares e Figueira (4,4%), Capela (4,4%) e Eja (4,2%). As freguesias com os melhores valores foram: Rans (1,9%), Perozelo (2,3%), Oldrões (2,5%), Castelões (2,5%) e Paço de Sousa (2,5%) (Figura 4.31).



Proporção da população residente por nível de escolaridade no município de Penafiel, por sexo, 2021

Figura 4.29

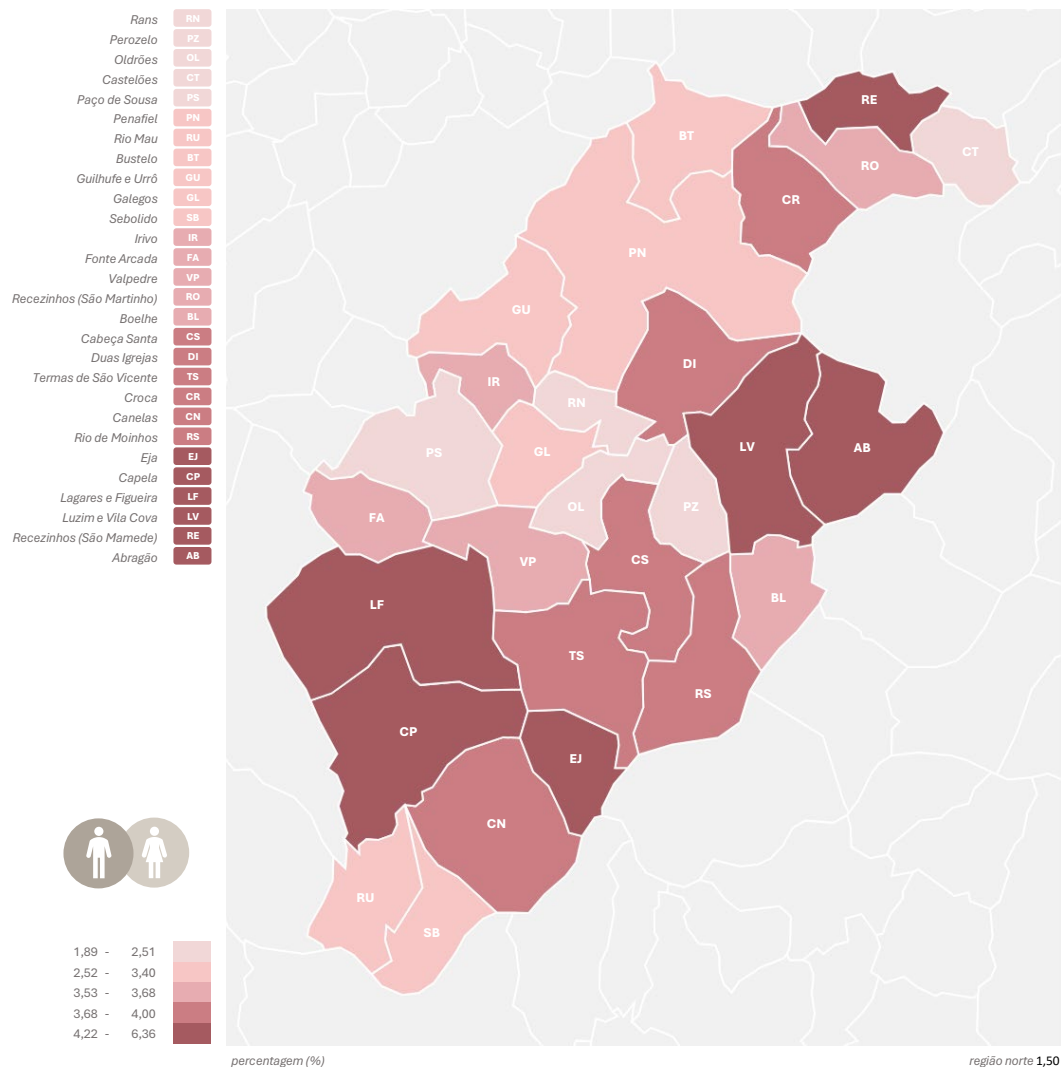
Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Proporção da população residente por nível de escolaridade no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, Região Norte e Portugal Continental, 2021

Figura 4.30

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



Taxa de analfabetismo no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021

Figura 4.31

Entre homens com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade, em 2021, a maioria das freguesias encontravam-se acima do valor da região Norte, com uma proporção superior a 4,0%. As freguesias com menor proporção foram Paços de Sousa (2,7%), Penafiel (2,8%) e Bustelo (3,0%). As freguesias com maior proporção foram Abragão (9,5%), Recezinhos (São Mamede) (7,3%) e Duas Igrejas (7,2%) (Figura 4.32).

Entre 2011 e 2021, observou-se uma redução da proporção. A maioria das freguesias diminuiu em relação ao valor da região Norte (-45,1%), o que indica que houve um aumento da proporção de homens a continuarem o estudos. As freguesias que mais reduziram foram Croca (-64,8%), Rio Mau (-63,7%) e Perozelo (-61,1%). As freguesias que menos reduziram foram Rans (-27,0%), Guilhufe e Urrô (-27,6%) e Recezinhos (São Mamede) (-30,7%) (Figura 4.34).

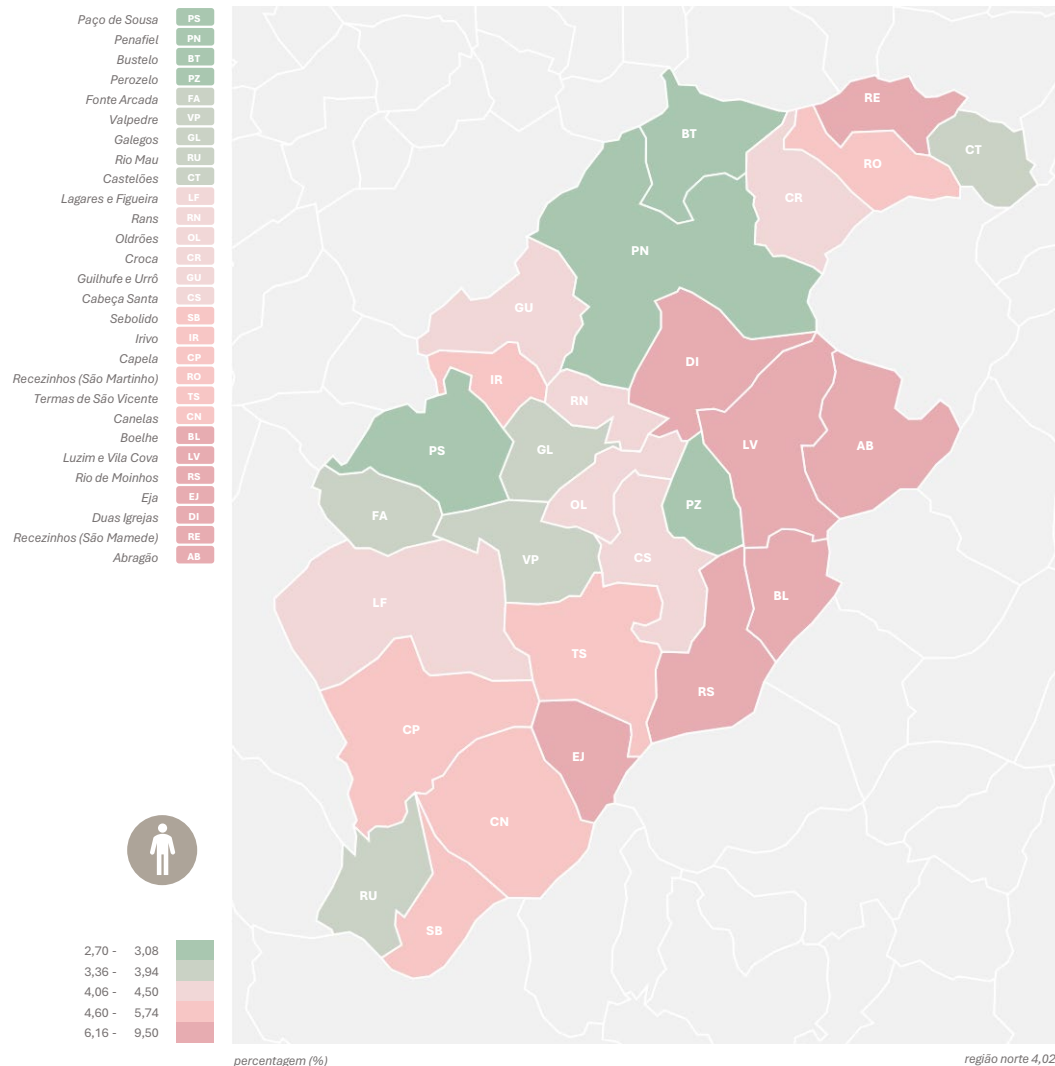
Em 2021, a maioria das freguesias tiveram uma proporção de mulheres com mais de 15 anos, sem nenhum nível de escolaridade completo, superior ao valor da região Norte (7,1%). Existe uma maior proporção de mulheres sem nível de escolaridade concluído do que homens. As freguesias com os melhores resultados foram Bustelo (5,3%), Perozelo (5,5%) e Penafiel (5,7%). As freguesias com maior proporção foram Abragão (12,9%), Recezinhos (São

Mamede) (12,1%) e Sebolido (10,5%). Entre 2011 e 2021, observou-se uma redução da proporção (Figura 4.33).

A maioria das freguesias diminuiu mais em relação ao valor da região Norte (-44,8%), o que indica que houve um aumento da proporção de mulheres a continuarem o estudos. As freguesias que mais reduziram foram Bustelo (-65,3%), Rio Mau (-60,3%), e Luzim e Vila Cova (-59,7%). As freguesias com os piores valores foram Boelhe (-21,4%), Abragão (-25,2%) e Galegos (-25,8%) (Figura 4.35).

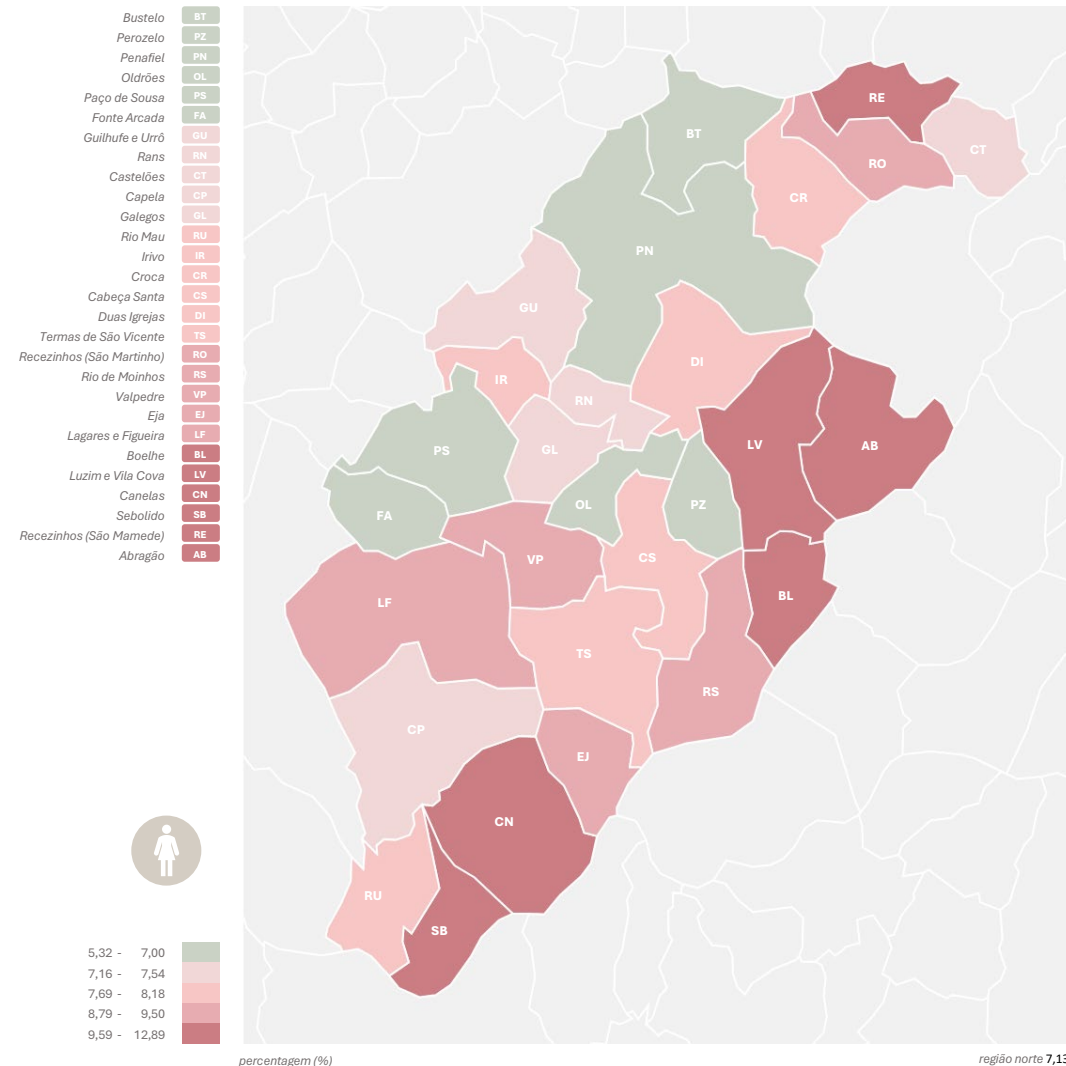
Entre homens com escolaridade obrigatória, no ano de 2021, Penafiel foi a única freguesia acima do valor da região Norte (40,3%), em que 45,5% têm a escolaridade obrigatória concluída. As freguesias com os piores valores foram Abragão (20,7%), Luzim e Vila Cova (22,6%) e Boelhe (23,5%) (Figura 4.36).

Observa-se um aumento da proporção, entre 2011 e 2021, com a maioria das freguesias acima do valor da região Norte (54,3%). Penafiel (44,6%) e Bustelo (52,4%) foram as freguesias em que não se observou um aumento significativo. As freguesias que mais aumentaram foram Valpedre (203,9%), Luzim e Vila Cova (190,6%) e Boelhe (184,6%) (Figura 4.38).



Proporção de homens com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade completo, por freguesia, 2021

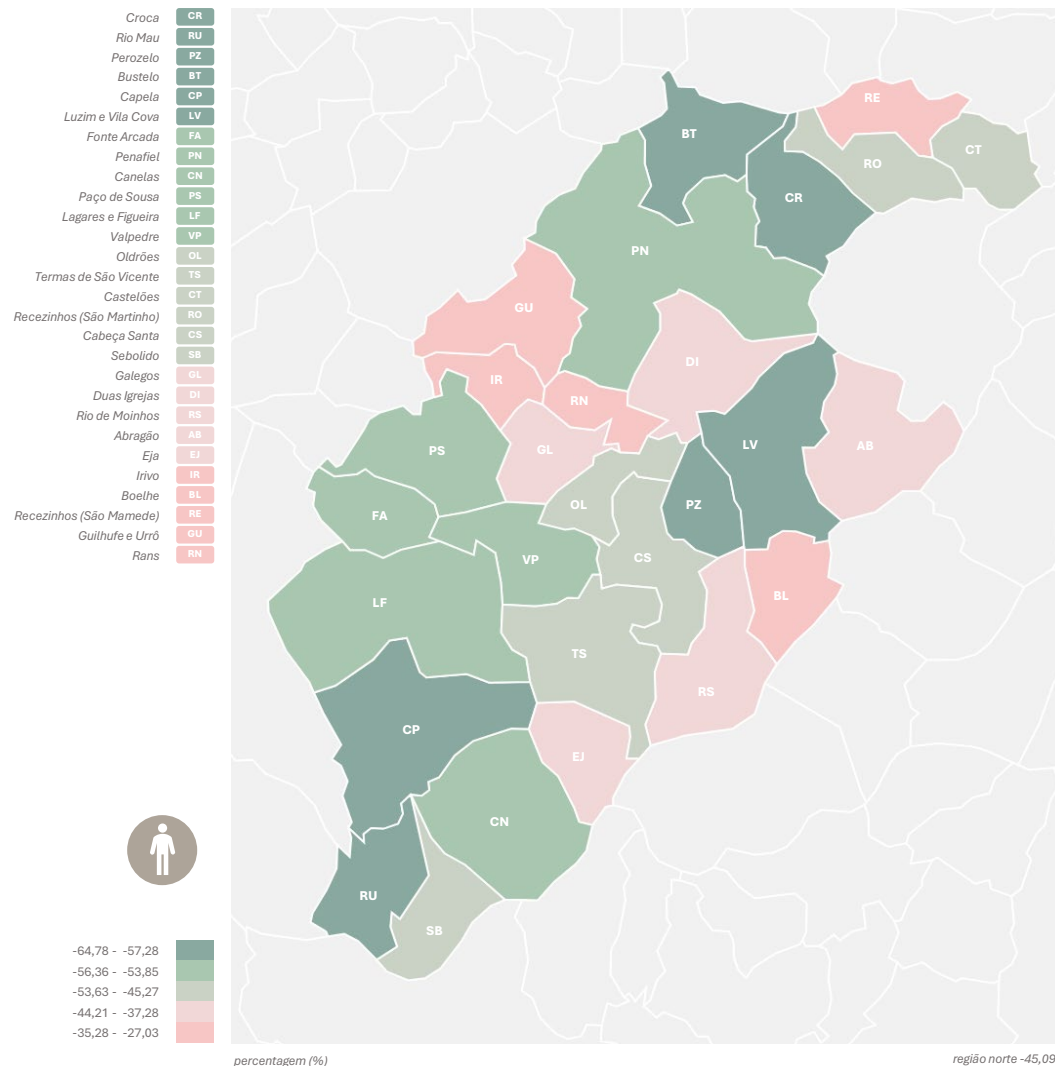
Figura 4.32



Proporção de mulheres com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade completo, por freguesia, 2021

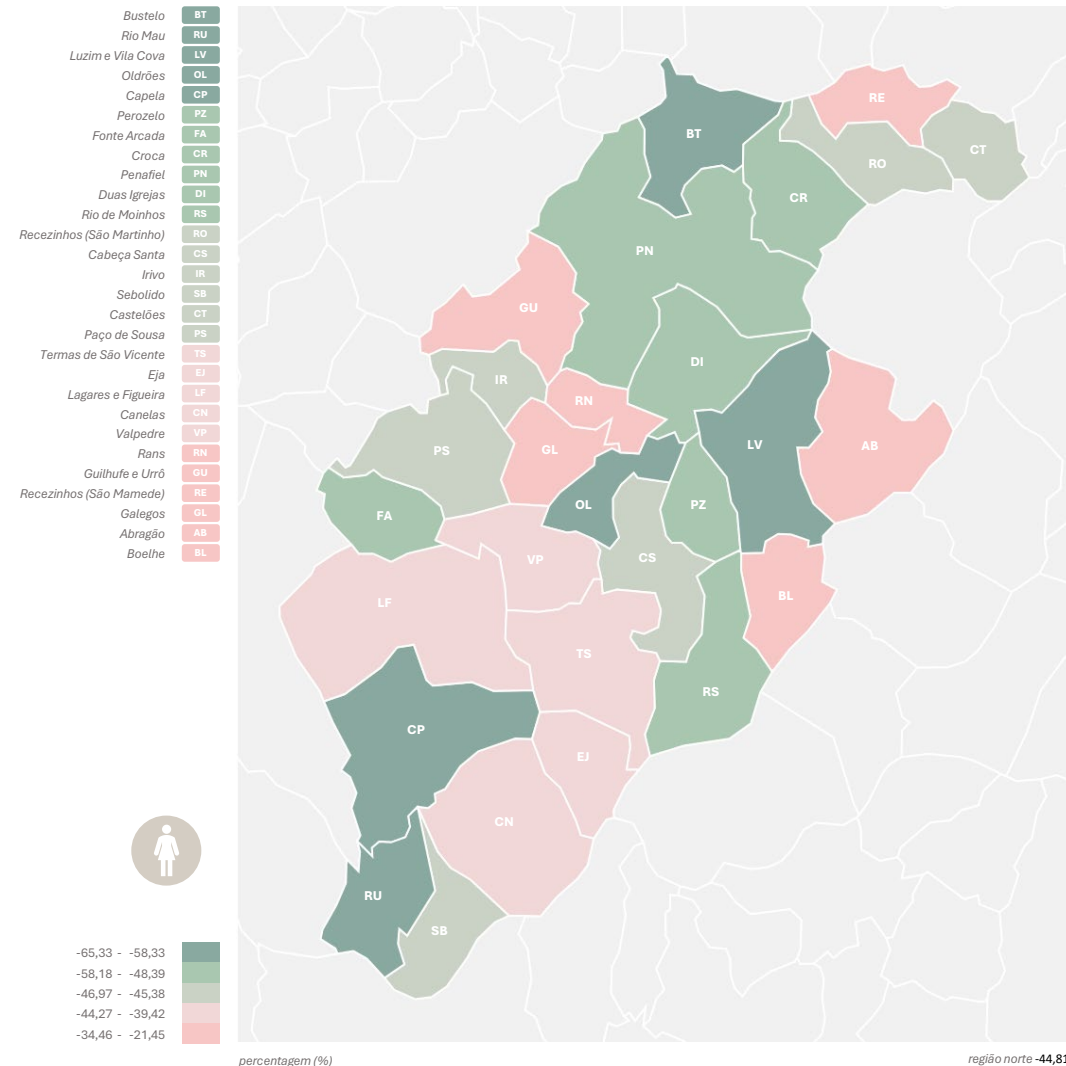
Figura 4.33

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Variação da proporção de homens com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade completo, por freguesia, 2011-2021

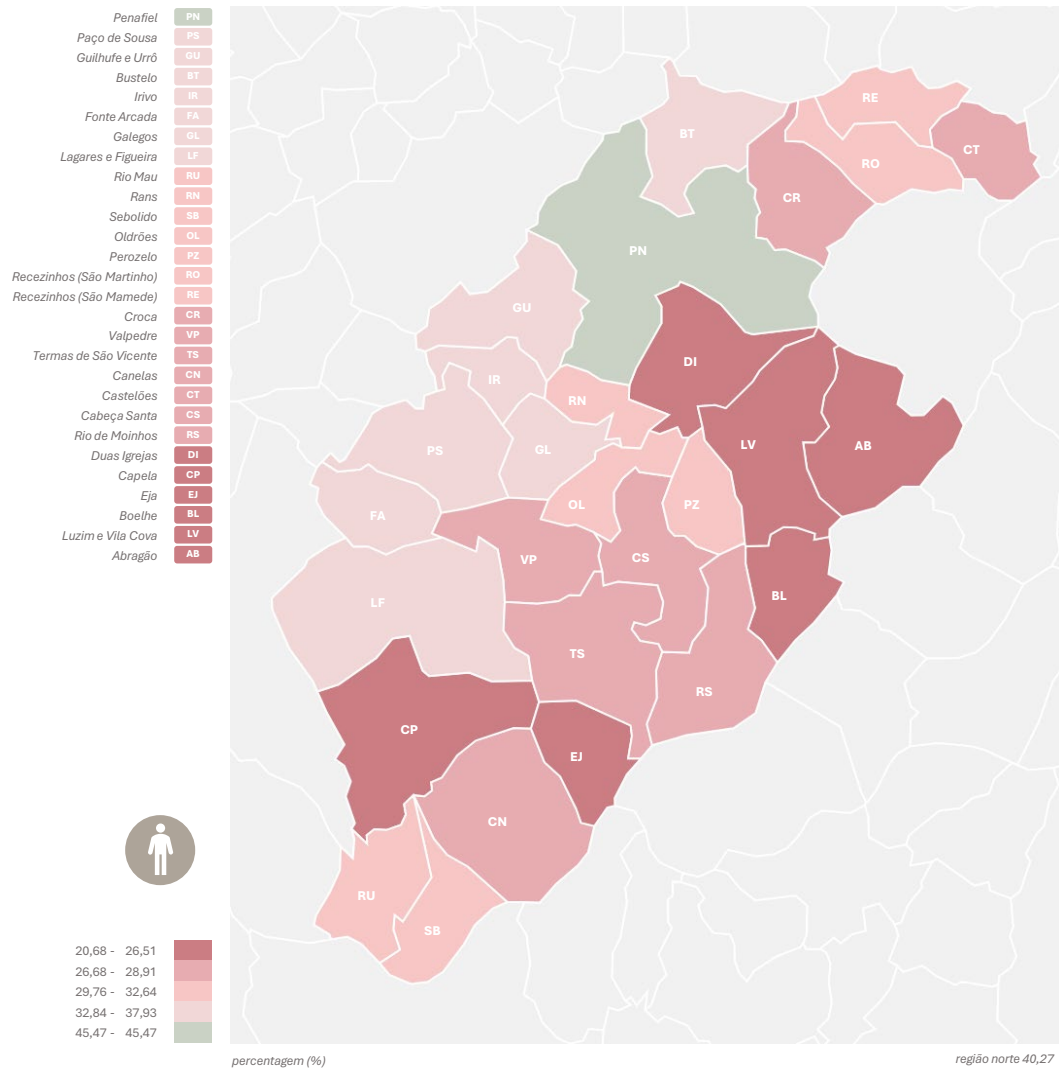
Figura 4.34



Variação da proporção de mulheres com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade completo, por freguesia, 2011-2021

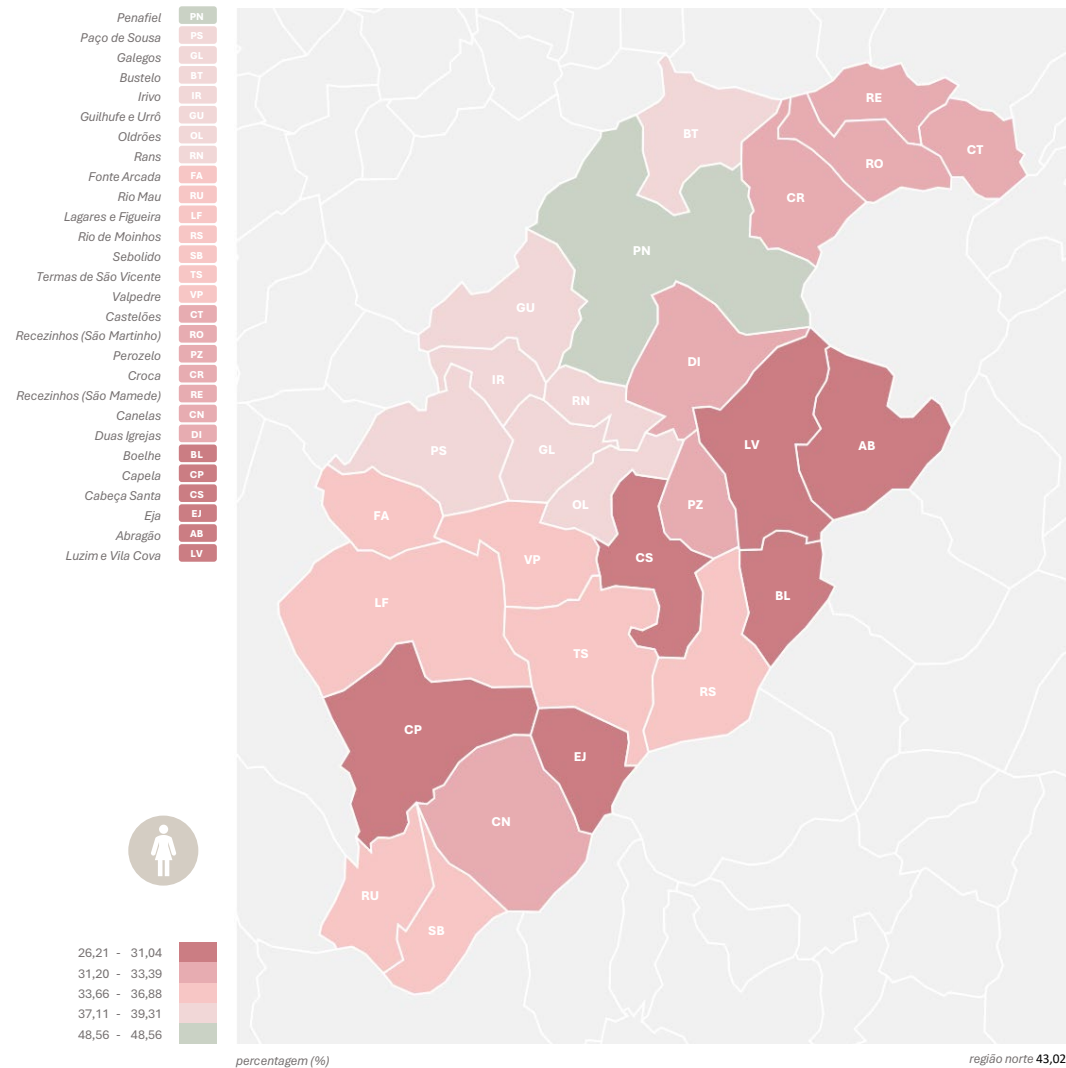
Figura 4.35

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Proporção de homens com pelo menos a escolaridade obrigatória (ensino secundário completo), por freguesia, 2021

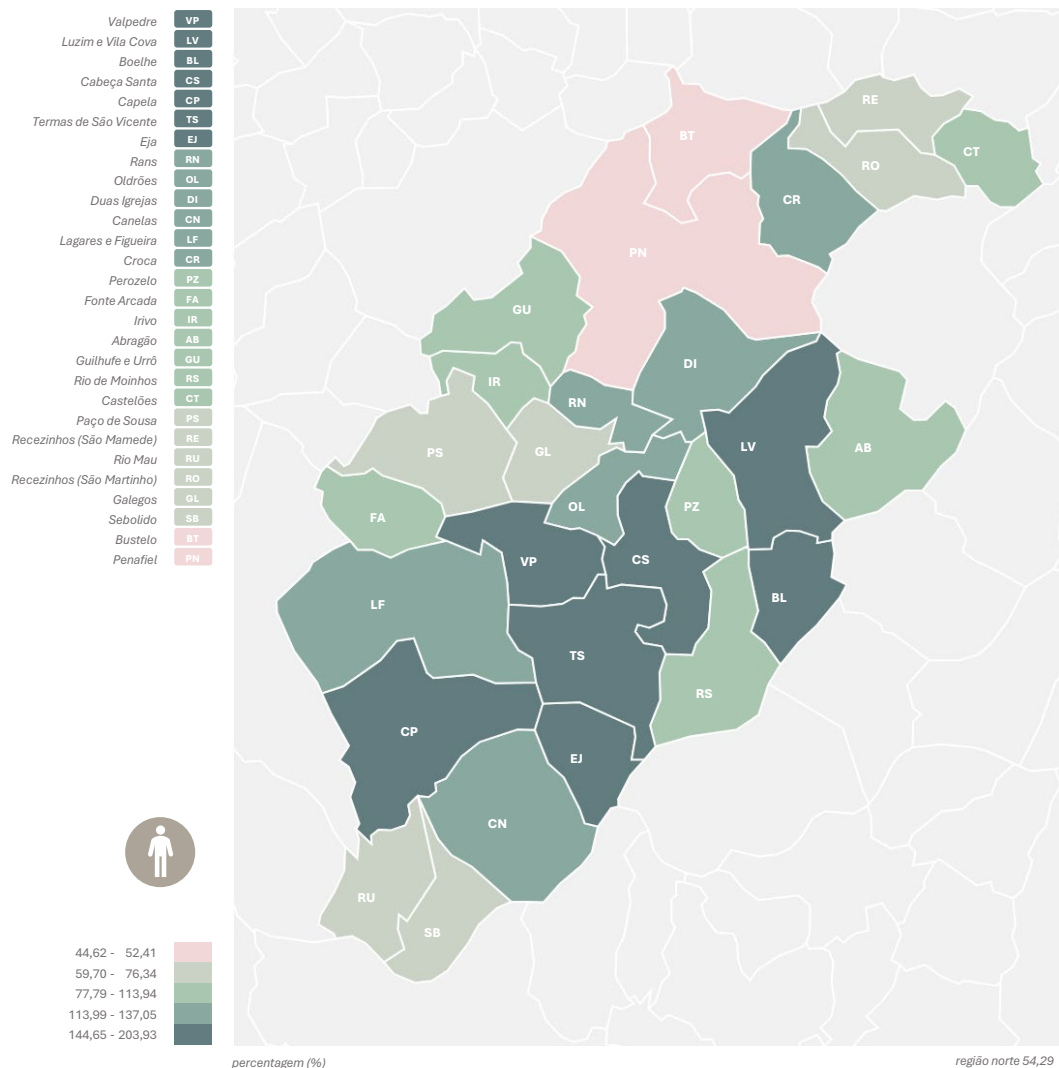
Figura 4.36



Proporção de mulheres com pelo menos a escolaridade obrigatória (ensino secundário completo), por freguesia, 2021

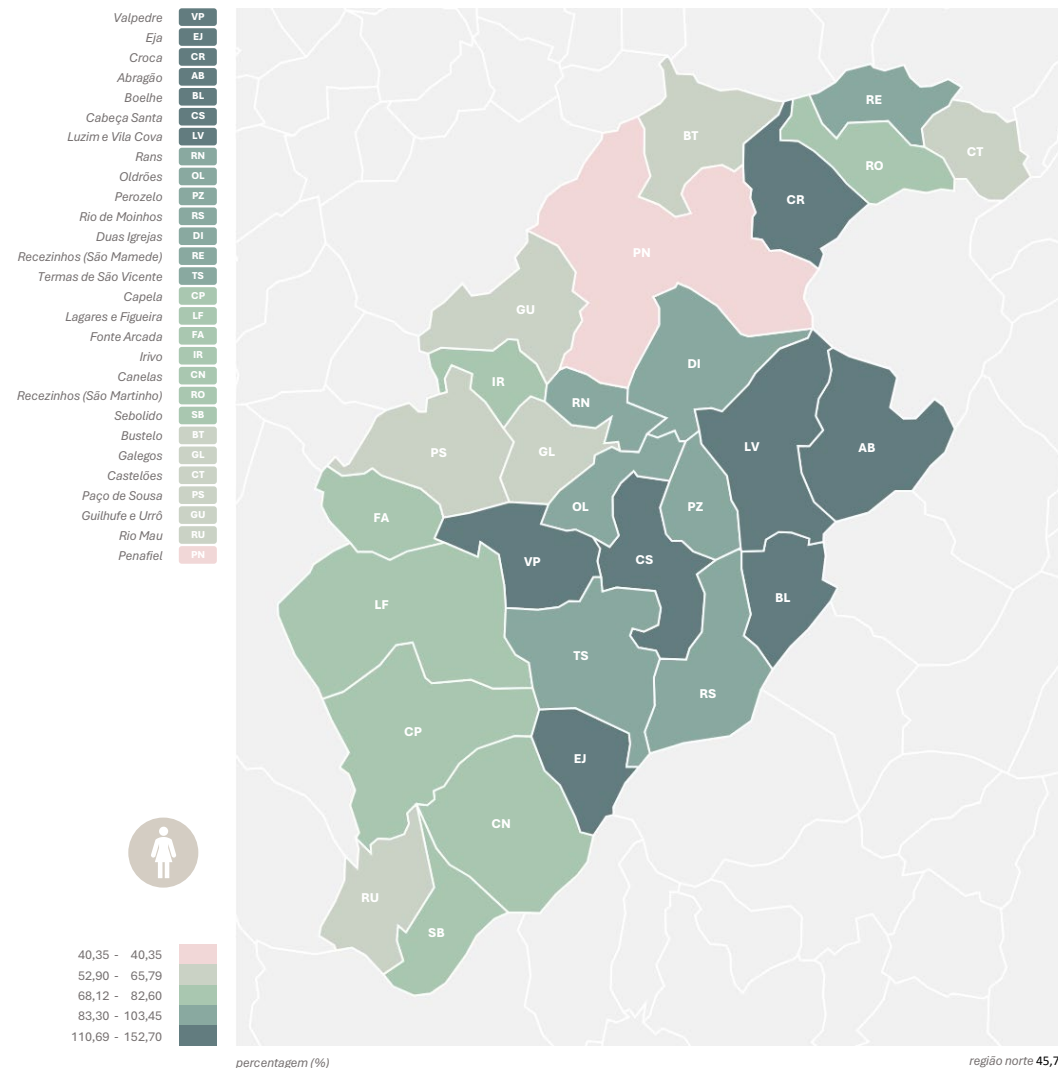
Figura 4.37

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Variação da proporção de homens com pelo menos a escolaridade obrigatória (ensino secundário completo), por freguesia, 2011-2021

Figura 4.38



Variação da proporção de mulheres com pelo menos a escolaridade obrigatória (ensino secundário completo), por freguesia, 2011-2021

Figura 4.39

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Em mulheres com escolaridade obrigatória, no ano de 2021, Penafiel destacou-se como a única freguesia a superar a média da Região Norte (42,0%), com 48,6% da sua população feminina a ter concluído a escolaridade obrigatória. No entanto, algumas freguesias enfrentam desafios significativos nesta área. As freguesias com as taxas mais baixas de conclusão da escolaridade obrigatória foram Luzim e Vila Cova (26,2%), Abragão (27,4%) e Eja (28,8%) (Figura 4.37).

Entre 2011 e 2021, foi observada uma melhoria geral na proporção de mulheres com escolaridade obrigatória completa, com a maioria das freguesias superando a média da Região Norte (45,7%). No entanto, Penafiel, com uma proporção de 40,3%, foi a única freguesia onde não se registou um aumento significativo neste indicador durante o período em análise. As freguesias que demonstraram os maiores avanços foram Valpedre (152,7%), Eja (151,2%) e Croca (124,5%), refletindo um progresso notável na conclusão da escolaridade obrigatória (Figura 4.39).

Em relação à população masculina com idade entre 20 e 24 anos, mais de 60% possui pelo menos o ensino secundário completo, em 2021, com a maioria das freguesias a ultrapassar a média da Região Norte (82,2%). As freguesias com a maior proporção de jovens com ensino secundário completo foram: Bustelo (91,5%), Fonte Arcada (89,1%), Canelas (88,5%), Perozelo

(87,8%), Valpedre (87,7%) e Cabeça Santa (86,6%). Por outro lado, as freguesias com menores proporções foram: Duas Igrejas (68,1%), Rio de Moinhos (69,5%), Abragão (71,2%), Galegos (73,8%), Rans (74,3%) e Boelhe (74,4%) (Figura 4.40).

Entre 2011 e 2021, houve um aumento significativo na proporção de homens com idade entre 20 e 24 anos a concluir o ensino secundário, com a maioria das freguesias a apresentar valores superiores ao da Região Norte (55,8%). As freguesias que registaram o maior aumento nesta proporção foram Luzim e Vila Cova (467,6%), Capela (293,4%), Oldrões (284,9%), Valpedre (227,7%), Boelhe (212,6%), Eja (202,3%) e Cabeça Santa (187,3%). No entanto, algumas freguesias mostraram um aumento menor, como Rio Mau (11,1%), Sebolido (28,6%) e Recezinhos (São Martinho) (44,8%) (Figura 4.42).

No que respeita à população feminina entre 20 e 24 anos, mais de 85% possui pelo menos o ensino secundário completo em 2021, com a maioria das freguesias a superar a média da Região Norte (90,2%). As freguesias com as maiores proporções foram: Castelões (98,0%), Lagares e Figueira (96,0%), Perozelo (95,7%), Irivo (94,7%), Valpedre (94,6%) e Bustelo (94,1%). As freguesias com as menores proporções foram Abragão (85,9%), Eja (86,2%), Recezinhos (São Mamede) (86,7%), Rans (86,7%) e Duas Igrejas (86,9%) (Figura 4.41).

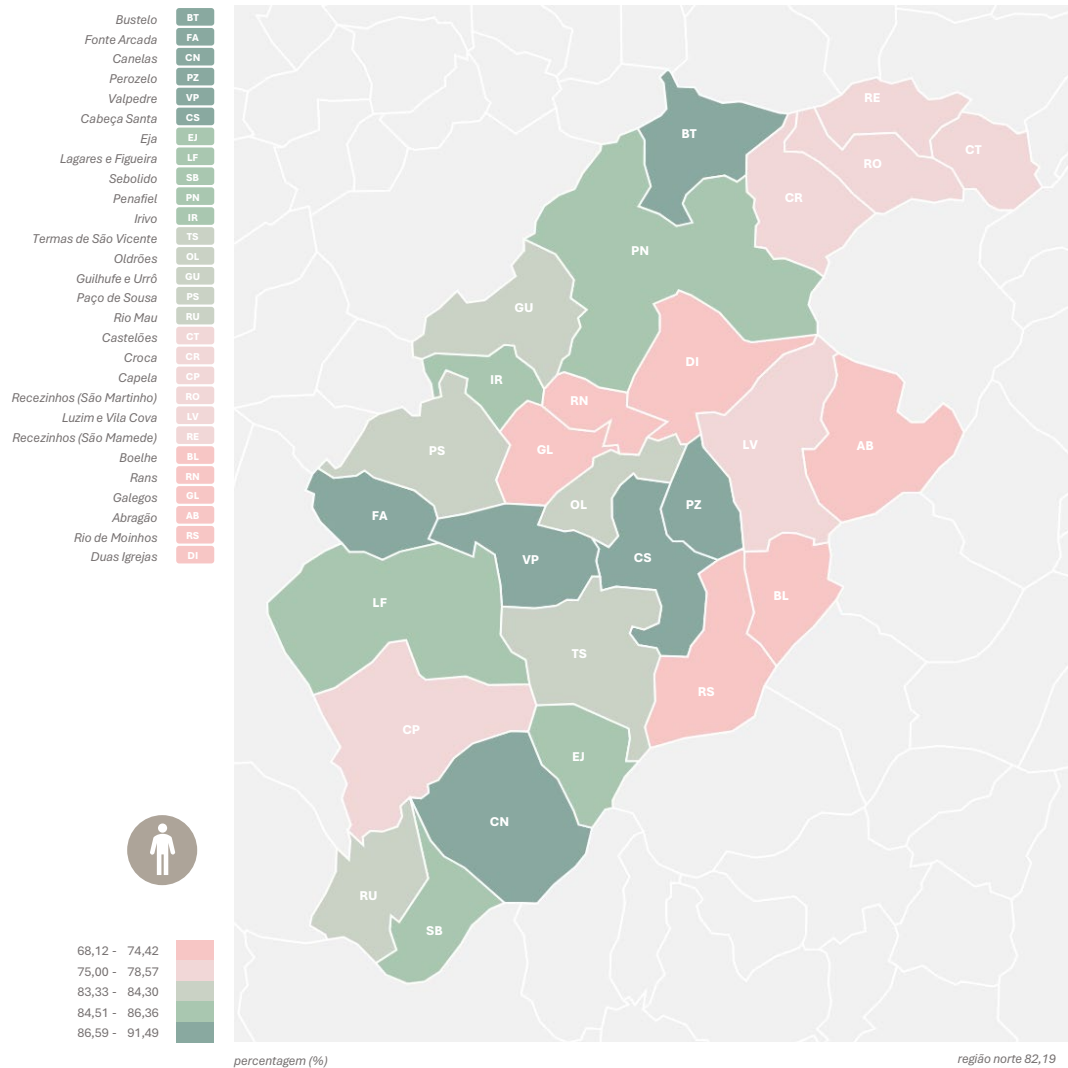
Entre 2011 e 2021, observou-se um aumento na proporção de mulheres entre 20 e 24 anos a concluir o ensino secundário, com a maioria das freguesias a superar a média da Região Norte (34,2%). As freguesias que apresentaram o maior crescimento foram: Duas Igrejas (157,6%), Valpedre (155,1%), Luzim e Vila Cova (136,6%), Boelhe (118,8%), Croca (116,3%), Eja (101,1%) e Lagares e Figueira (84,0%). Em contraste, freguesias como Rio Mau (13,5%), Guilhufe e Urrô (19,5%) e Castelões (30,7%) mostraram um aumento mais reduzido (Figura 4.43).

Em resumo, Penafiel enfrenta desafios e oportunidades significativas no que diz respeito à literacia e ao nível de escolaridade. Apesar de o município apresentar uma maior percentagem de indivíduos sem qualquer nível de escolaridade em comparação com a média regional e nacional, também se observam avanços notáveis na conclusão do ensino básico e secundário.

Algumas freguesias têm demonstrado um progresso positivo, refletindo os esforços para melhorar a educação na região. No entanto, existem ainda disparidades notáveis entre freguesias e entre géneros que requerem atenção contínua.

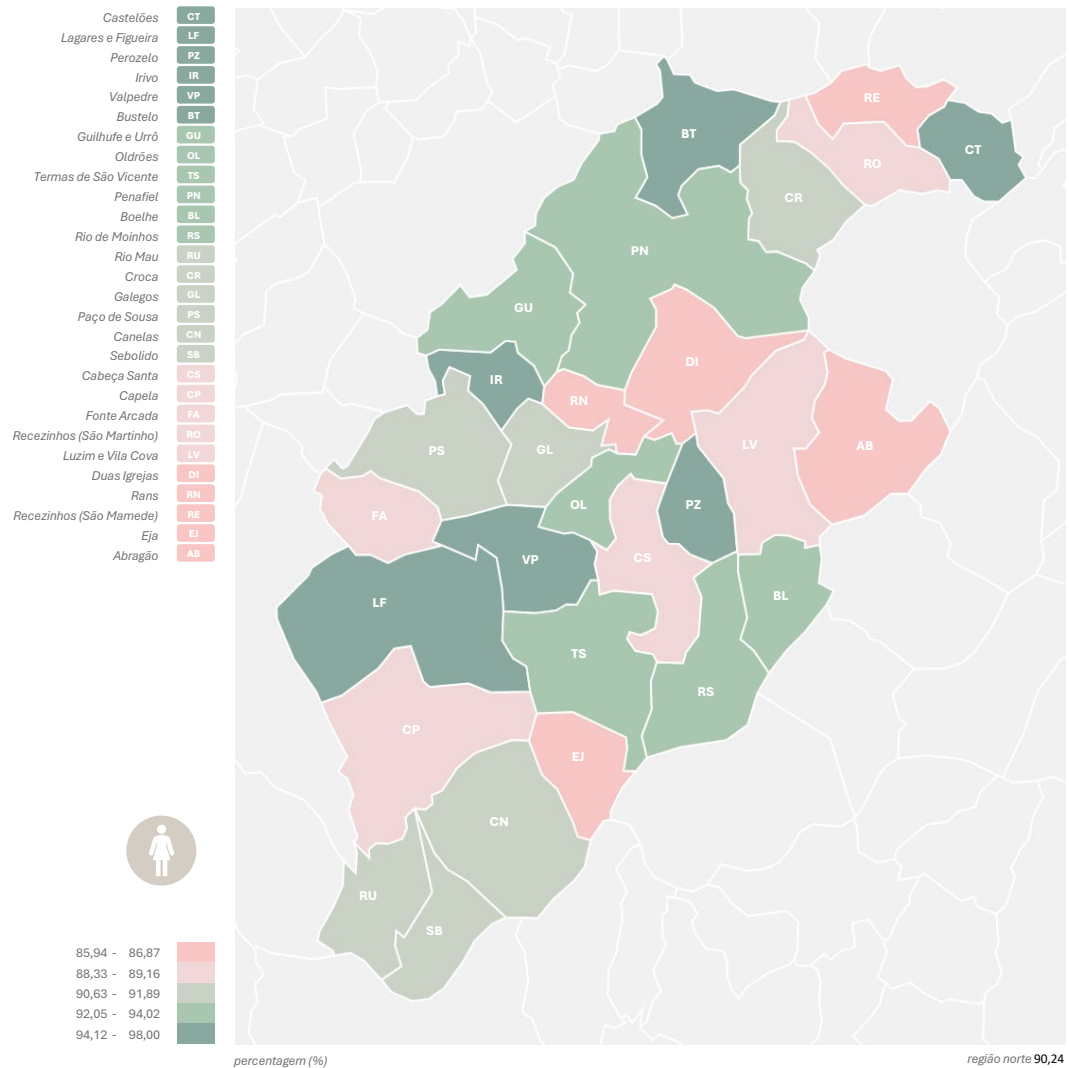
O aumento da proporção de jovens com o ensino secundário completo e a melhoria geral da literacia evidenciam um avanço promissor. No entanto, é importante que as políticas

educacionais e os investimentos continuem a apoiar a inclusão e a melhoria da qualidade educativa para alcançar uma equidade mais significativa. Ações específicas direcionadas para as áreas e grupos com maiores necessidades podem ajudar a garantir que todos os cidadãos de Penafiel tenham acesso às oportunidades educacionais necessárias para seu desenvolvimento pessoal e profissional.



Proporção de homens com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo, por freguesia, 2021

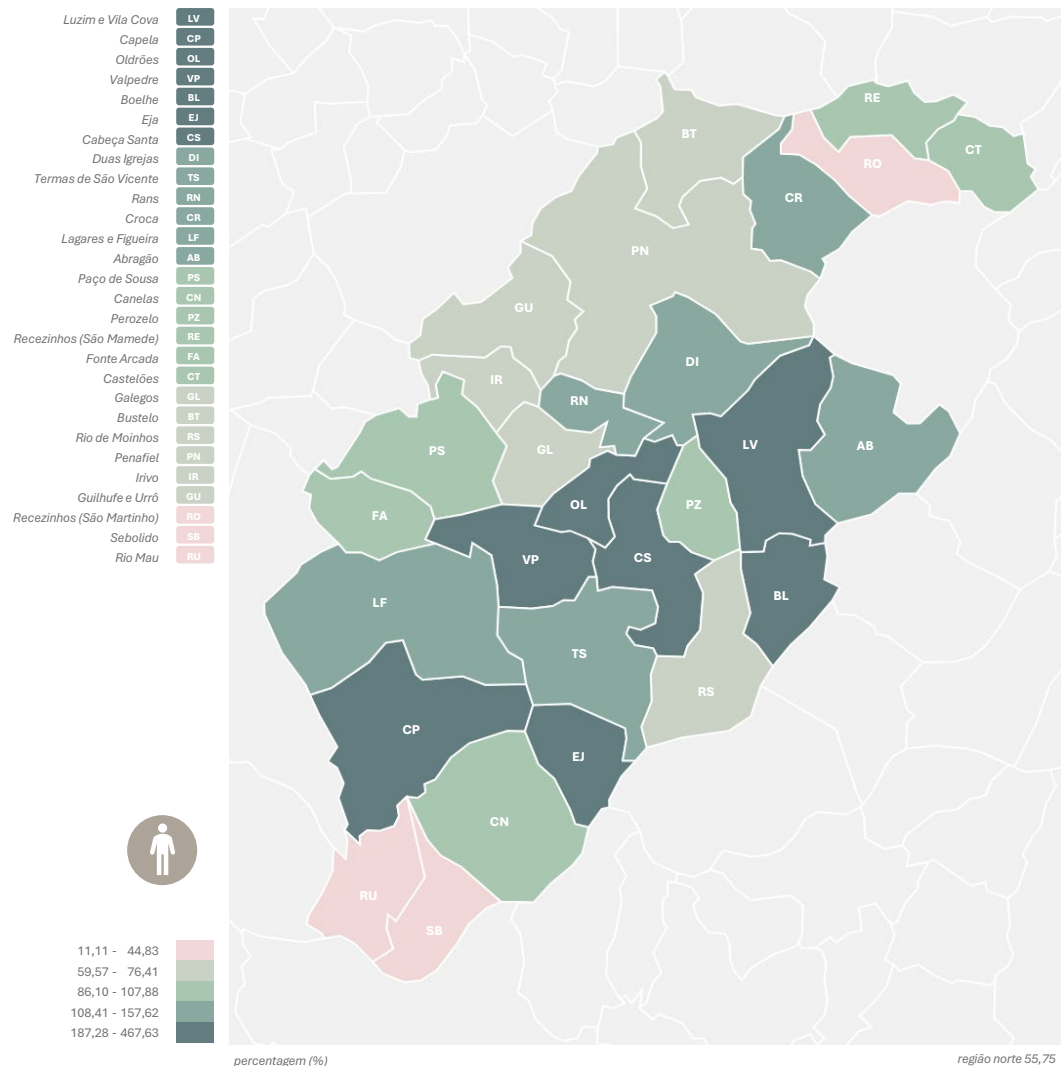
Figura 4.40



Proporção de mulheres com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo, por freguesia, 2021

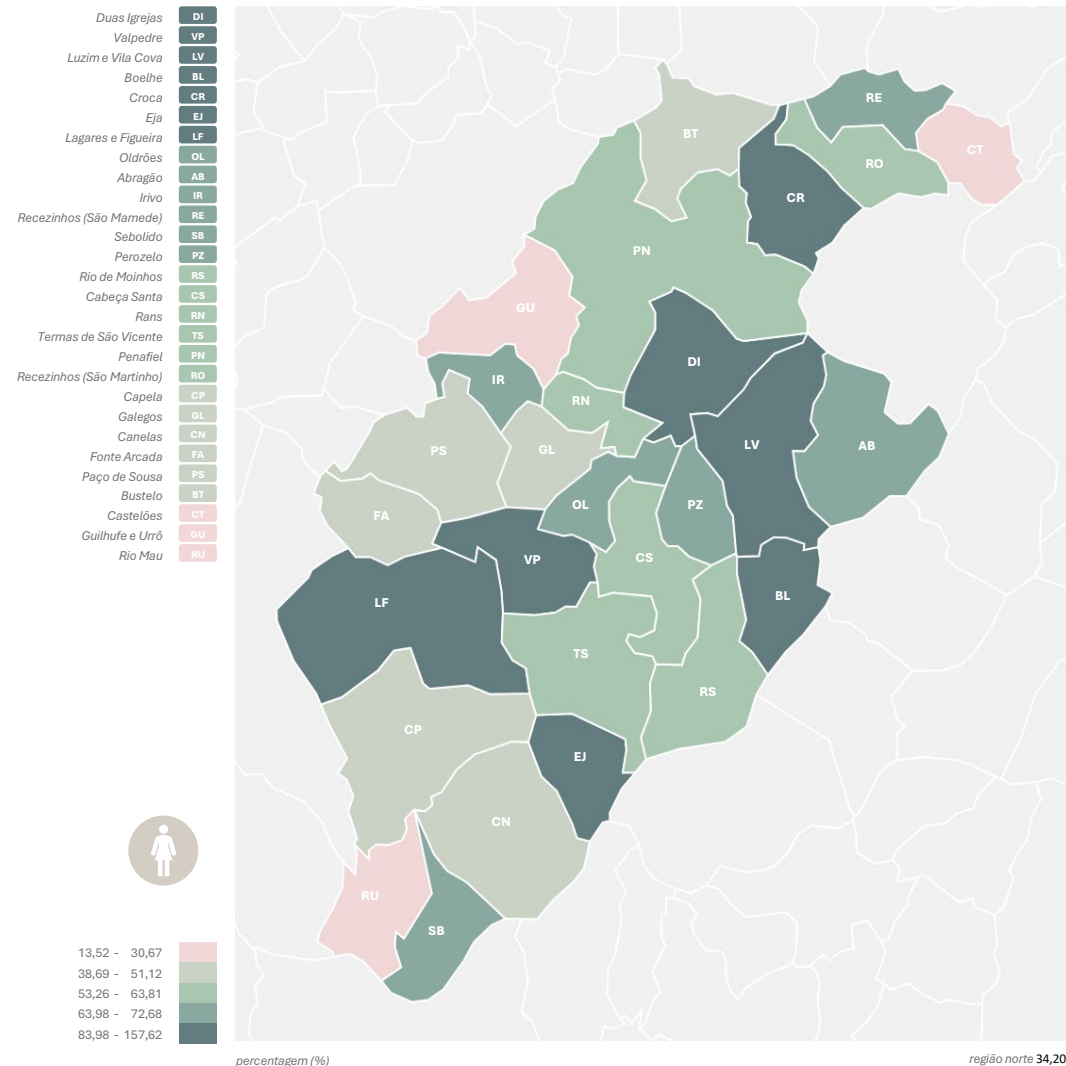
Figura 4.41

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Variação da proporção de homens com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo, por freguesia, 2011-2021

Figura 4.42



Variação da proporção de mulheres com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo, por freguesia, 2011-2021

Figura 4.43

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Em 2021, a freguesia de Penafiel registou a maior proporção de população com ensino superior concluído (21,8%), acima da média da Região Norte (18,9%). As freguesias com menor proporção foram Luzim e Vila Cova (5,7%), Boelhe (6,0%) e Abragão (6,2%) (Figura 4.44).

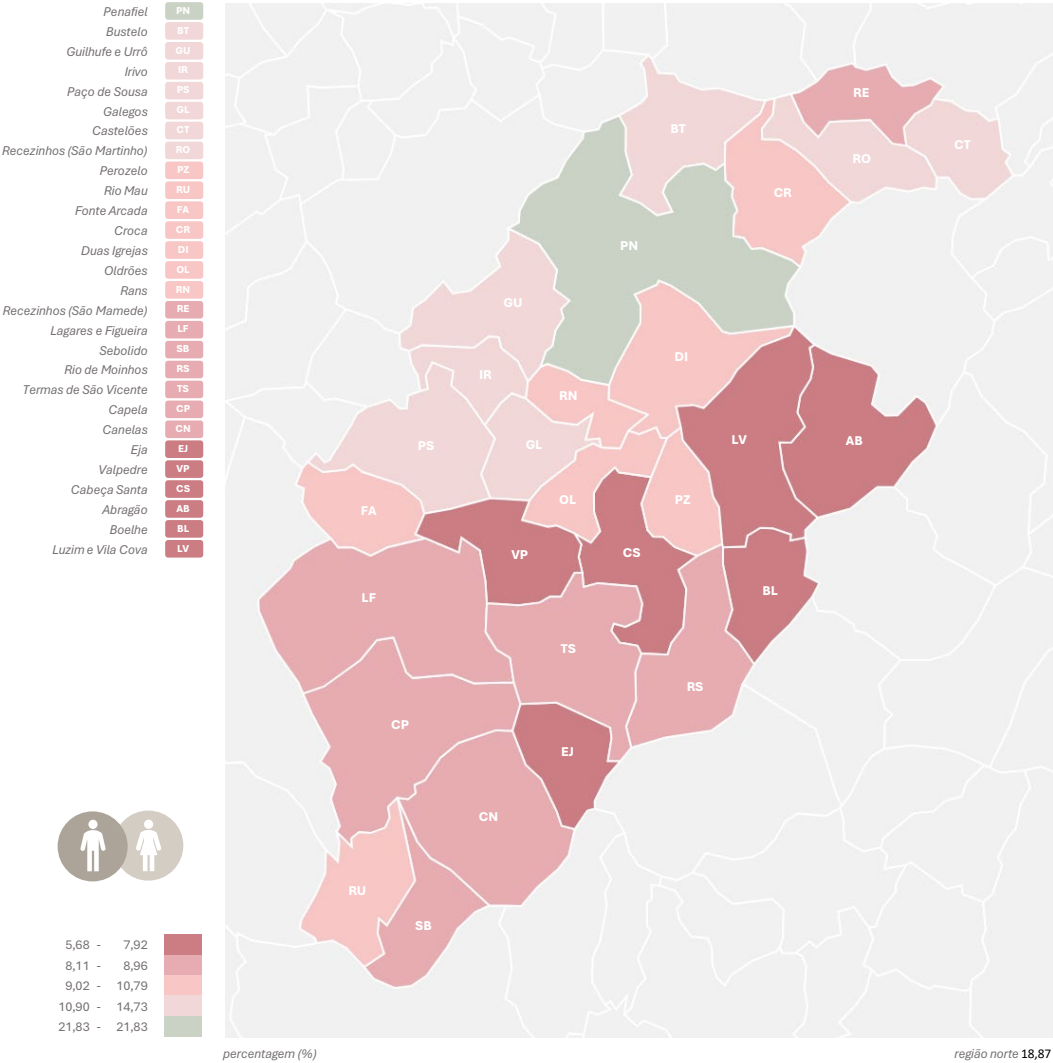
Entre os homens, a freguesia de Penafiel também se destacou com 18,5%, superando a média regional (16,1%). As menores proporções verificaram-se em Luzim e Vila Cova (3,4%), Boelhe (4,1%) e Abragão (4,8%). Entre 2011 e 2021, a maioria das freguesias registou aumentos significativos, com destaque para Capela (332,1%), Luzim e Vila Cova (216,7%) e Rans (206,9%). As menores variações foram em Recezinhos (São Mamede) (41,7%), Penafiel (42,0%) e Recezinhos (São Martinho) (43,5%).

No sexo feminino, Penafiel teve a maior proporção (25,0%), também acima da média regional (21,7%). As menores proporções registaram-se em Boelhe (7,3%), Abragão (7,4%) e Luzim e Vila Cova (7,7%). Entre 2011 e 2021, houve um crescimento significativo, especialmente em Capela (235,1%), Boelhe (173,5%) e Luzim e Vila Cova (153,8%). As menores variações ocorreram em Recezinhos (São Mamede) (31,9%) e Penafiel (35,9%).

No grupo de homens entre os 30 e os 34 anos, Penafiel (40,8%) e Rio Mau (30,0%) superaram

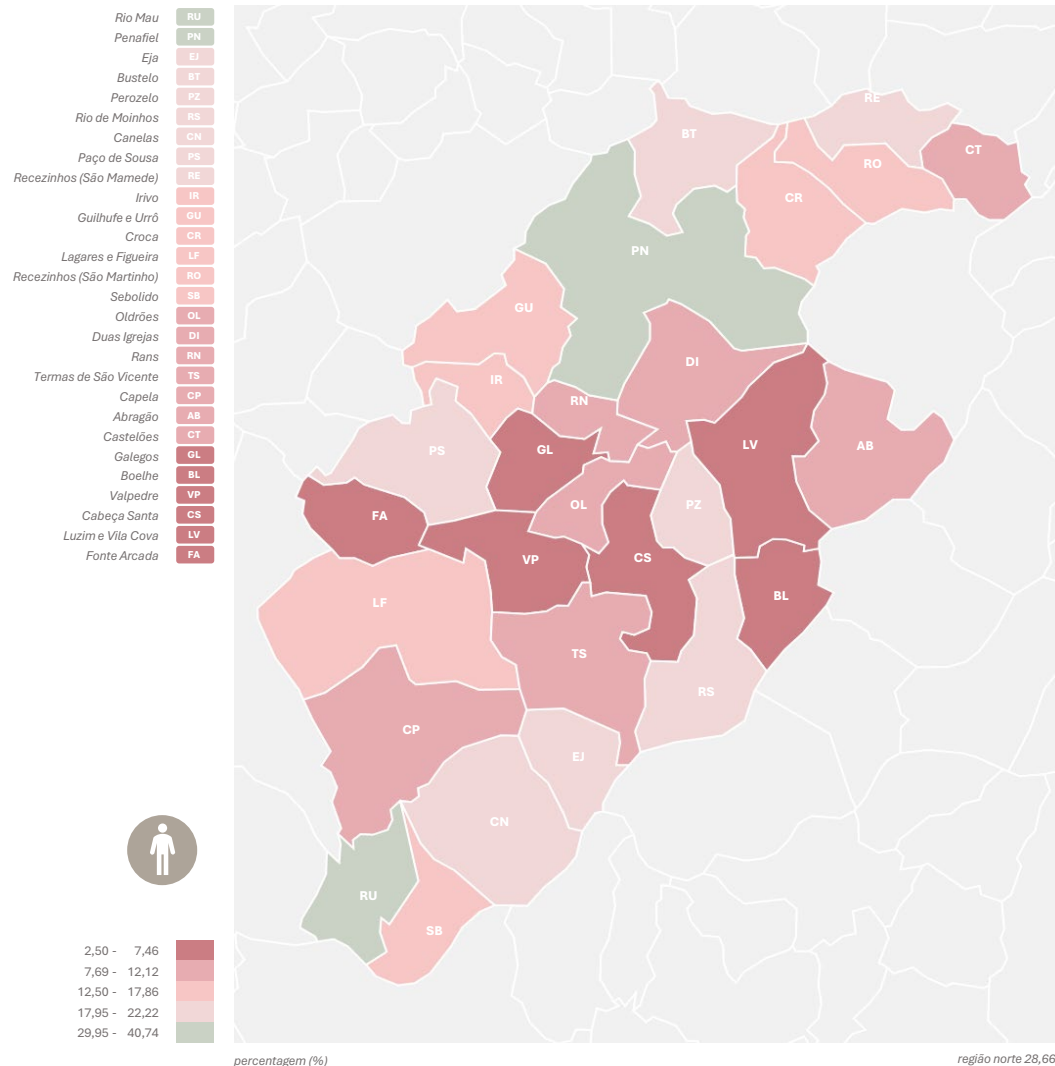
a média regional (28,7%). As menores proporções verificaram-se em Fonte Arcada (2,5%), Luzim e Vila Cova (5,1%) e Cabeça Santa (5,3%) (Figura 4.45). Houve um crescimento significativo na maioria das freguesias, com destaque para Canelas (968,4%), Rans (628,4%) e Rio Mau (389,1%). Apenas Fonte Arcada (-67,5%), Castelões (-26,9%) e Galegos (-14,2%) registaram uma redução (Figura 4.47).

Entre as mulheres no mesmo grupo etário, a freguesia de Penafiel (40,2%) ficou abaixo da média regional (42,9%). As menores proporções foram em Sebolido (5,9%), Boelhe (11,1%) e Valpedre (12,0%) (Figura 4.46). A maioria das freguesias teve um crescimento significativo, com destaque para Luzim e Vila Cova (1057,9%), Abragão (223,7%) e Croca (213,6%). Sebolido (-66,7%) e Perozelo (-2,7%) foram as únicas a registar uma diminuição (Figura 4.48).



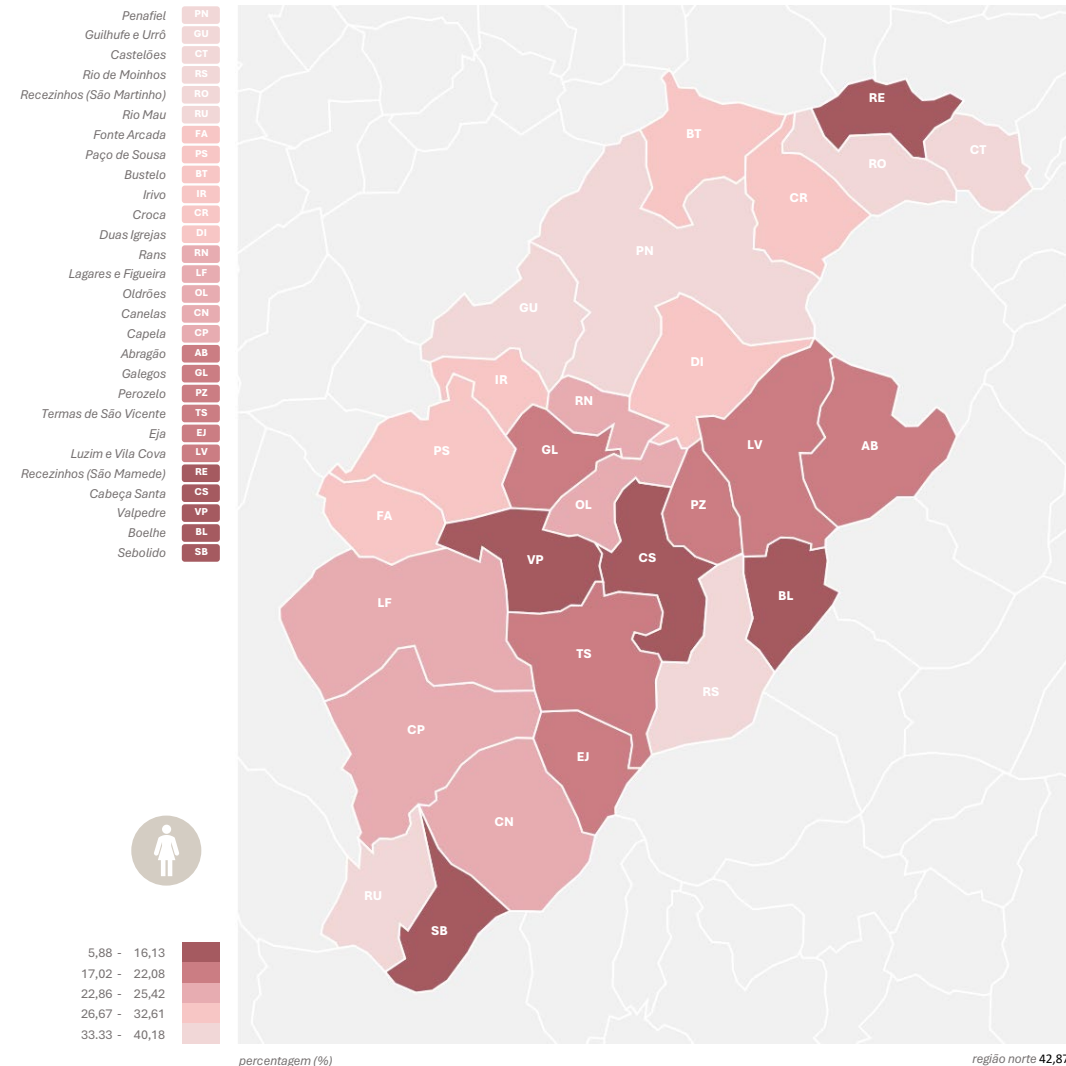
Proporção da população residente com 21 e mais anos de idade com ensino superior concluído no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021

Figura 4.44



Proporção de homens com idade entre 30 e 34 anos com pelo menos o ensino superior completo, por freguesia, 2021

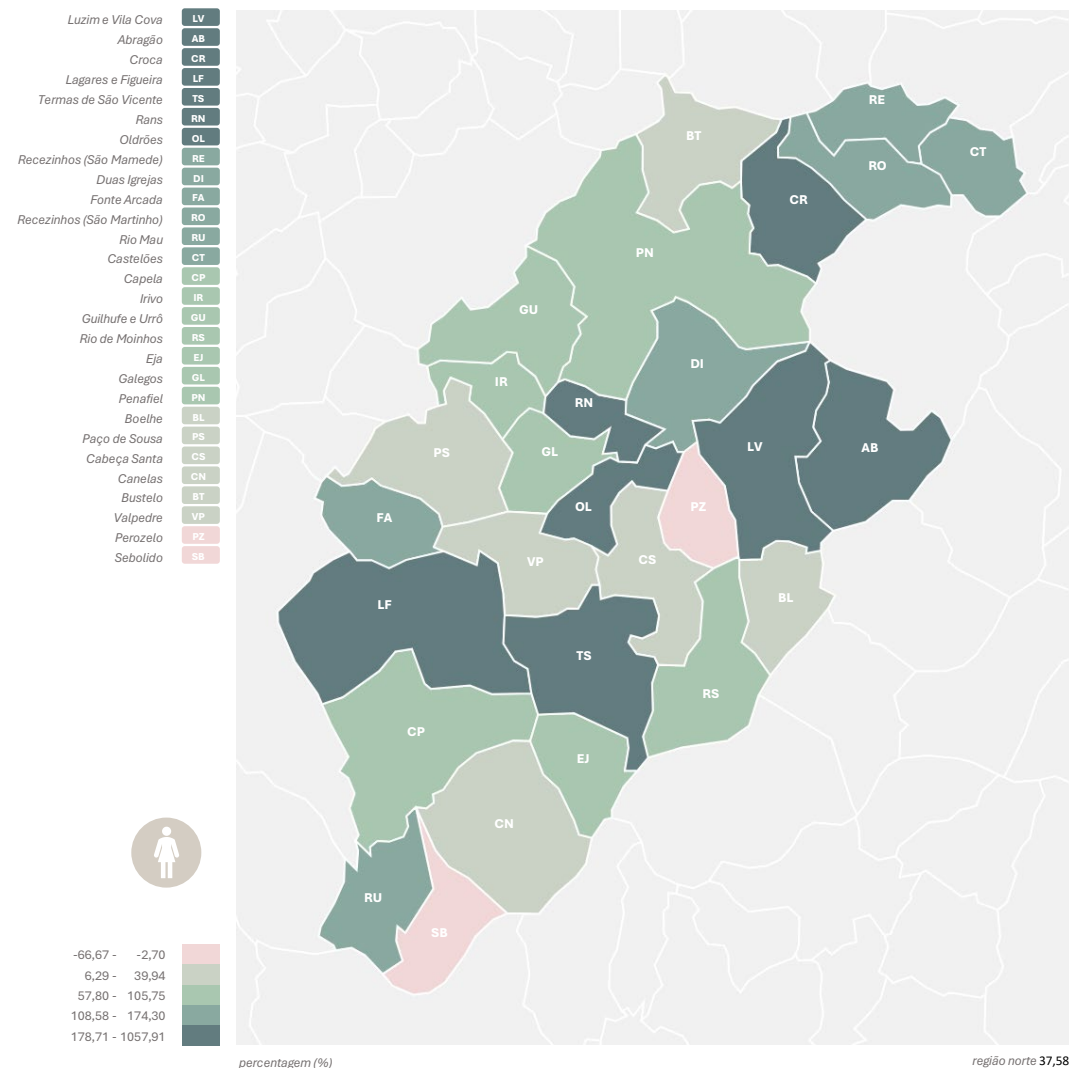
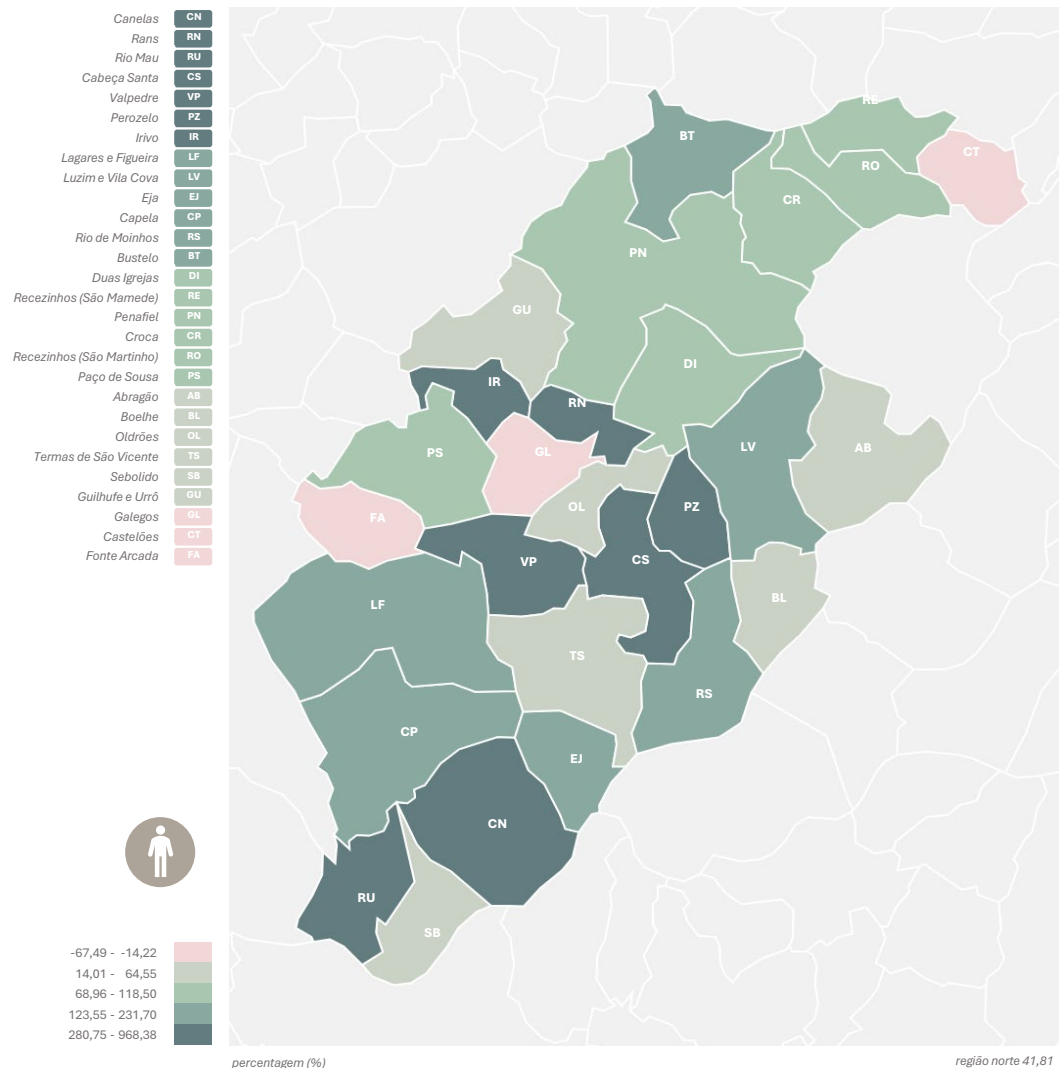
Figura 4.45



Proporção de mulheres com idade entre 30 e 34 anos com pelo menos o ensino superior completo, por freguesia, 2021

Figura 4.46

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Instituto Nacional de Estatística, 2023

O conceito de famílias monoparentais, onde um único progenitor assume a responsabilidade de sustentar e educar os filhos, tem vindo a aumentar significativamente em Portugal. Este fenómeno está associado a várias mudanças sociais, económicas e culturais, e apresenta desafios específicos, tanto para os pais como para os filhos. Estes desafios podem incluir dificuldades financeiras, falta de apoio emocional e pressão adicional sobre a saúde mental e física do progenitor.

Em 2021, a figura 4.49 evidencia a distribuição das famílias monoparentais no município de Penafiel, e revela tendências importantes no que diz respeito à idade e ao nível de escolaridade dos pais e das mães que assumem sozinhos a responsabilidade pela criação dos filhos. A maioria dos pais e mães nesta situação encontram-se em grupos etários mais elevados, nomeadamente a partir dos 65 ou mais anos. Isto sugere que tendem a assumir a parentalidade única em fases mais avançadas da vida, possivelmente após separações ou divórcios ou falecimento do cônjuge. No sexo masculino, relativamente à população ativa, o grupo etário com maior proporção, do total de todos os pais monoparentais, é o de 50 a 54 anos. No que toca à escolaridade, observa-se que a maior parte dos pais monoparentais possui escolaridade ao nível do ensino básico, o que reflete uma realidade onde o acesso ao ensino superior é menos comum entre esta população.

Em relação às mães monoparentais, em idade ativa, verifica-se uma predominância de mulheres em grupos etários mais jovens, com uma concentração significativa entre os 40 e os 54 anos, acolhendo a maioria das mães que criam os filhos sozinhas, o que pode estar relacionado com uma maior incidência de mães solteiras ou de separações em idades mais precoces. No que respeita à escolaridade, observa-se que a maior parte das mães monoparentais possui, tal como os pais, escolaridade ao nível do ensino básico, embora haja uma proporção ligeiramente superior de mulheres com ensino secundário e superior em comparação com os homens na mesma situação.

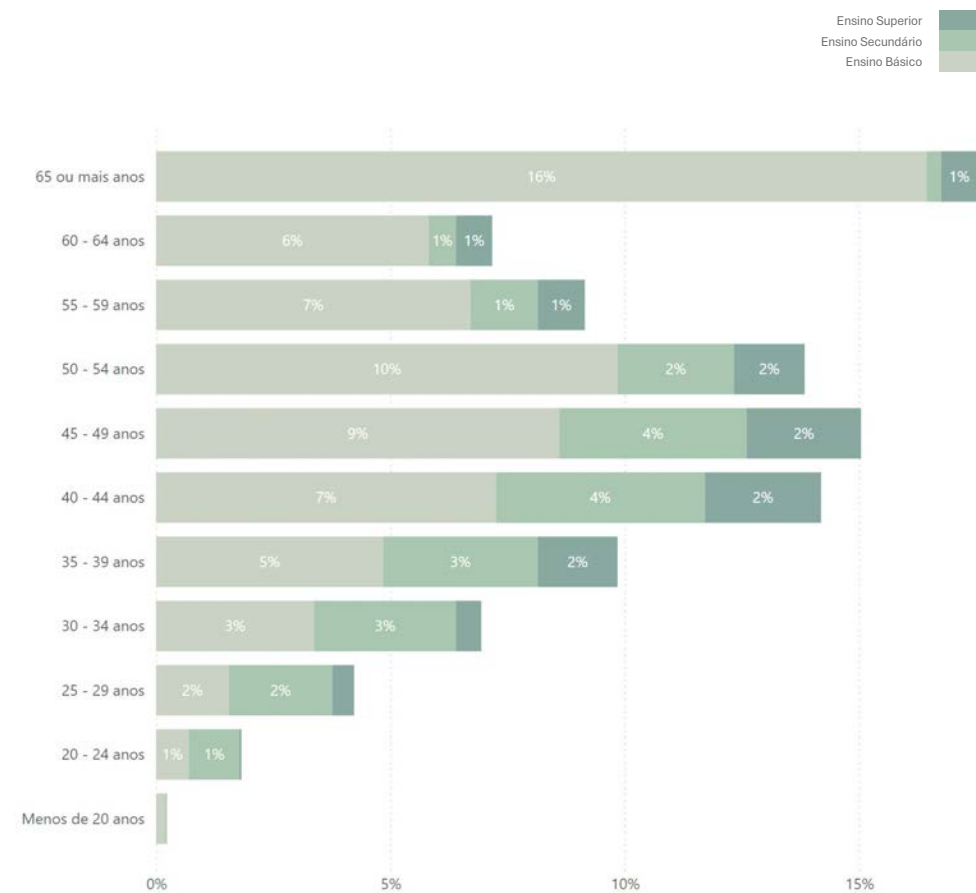
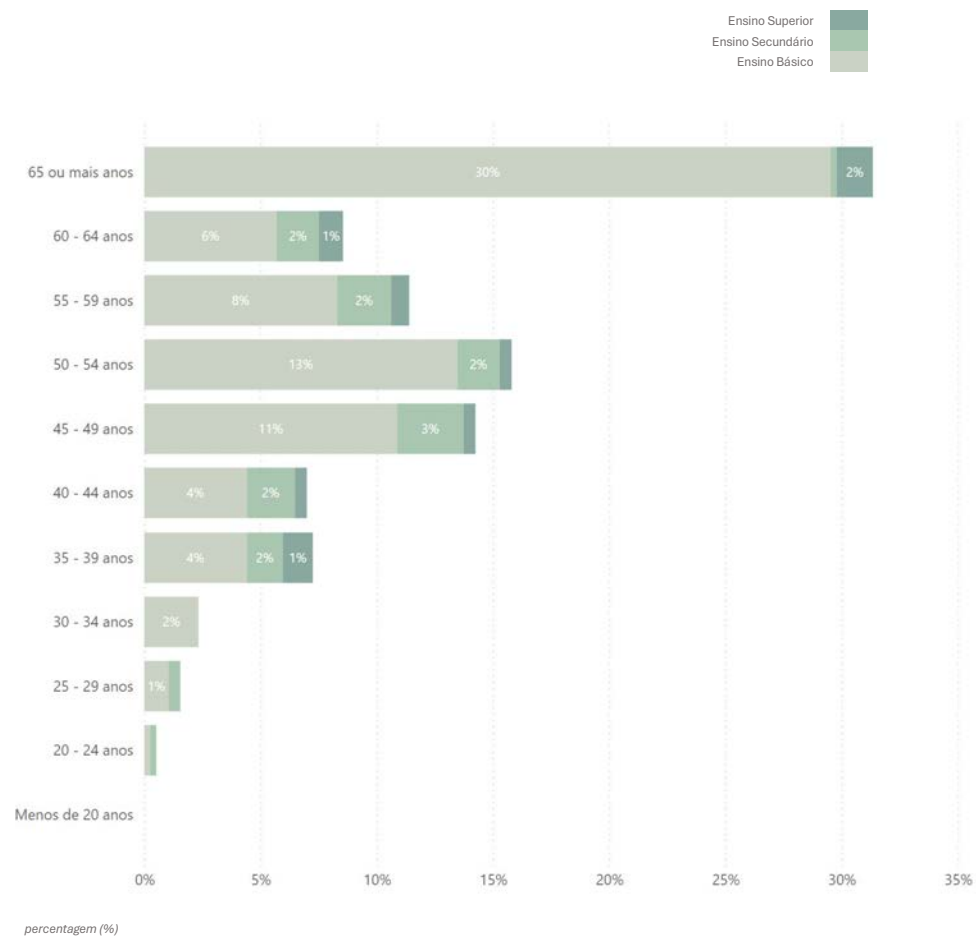
Em 2021, as famílias monoparentais com progenitores com menos de 65 anos, responsáveis pelo sustento dos filhos, representaram uma parte significativa da população de Penafiel. Estes pais e mães, muitas vezes no auge das suas carreiras e responsabilidades profissionais, enfrentam o desafio de conciliar o trabalho com as exigências da parentalidade, o que pode resultar em níveis elevados de stress e impacto na sua saúde. Nas freguesias de Sebolido, Valpedre e Abragão, registou-se uma maior proporção de pais monoparentais em idade ativa, com 2,3%, 2,0% e 1,5% das famílias a serem constituídas por um único progenitor do sexo masculino, com menos de 65 anos, respetivamente. Em contraste, as freguesias Capela, Croca e Eja apresentaram

percentagens mais baixas, com cerca de 0,7% cada (Figura 4.50). Relativamente a mães monoparentais, as freguesias com maior proporção das mesmas, em idade ativa, foram Penafiel (14,2%), Recezinhos (São Mamede) (13,0%) e Oldrões (12,8%). As freguesias com os melhores valores foram Fonte Arcada (7,1%), Canelas (5,8%) e Abragão (7,1%) (Figura 4.51). Evidencia-se uma maior proporção de mães monoparentais do que do sexo masculino.

Por outro lado, as famílias monoparentais em que o progenitor tem mais de 65 anos, muitas vezes encontram-se em situações onde os pais vivem com os filhos adultos. Neste caso, as dinâmicas familiares são diferentes, com os filhos, por vezes, a assumirem o papel de cuidadores. Este cenário pode criar uma pressão adicional sobre as famílias, especialmente em termos de saúde, dado que os idosos tendem a ter mais problemas de saúde crónicos e necessitam de cuidados continuados. As famílias monoparentais neste grupo etário são, muitas vezes, resultado do falecimento do cônjuge. Nas freguesias Eja, Recezinhos (São Mamede) e Fonte Arcada, observou-se uma maior prevalência de pais monoparentais com mais de 65 anos, correspondendo a 1,5%, 1,2%, e 1,1% das famílias, respetivamente. Em contraste, freguesias como Valpedre e Capela não registaram pais monoparentais idosos (Figura 4.52). Relativamente a mães monoparentais com mais de 65 anos, as freguesias que registaram

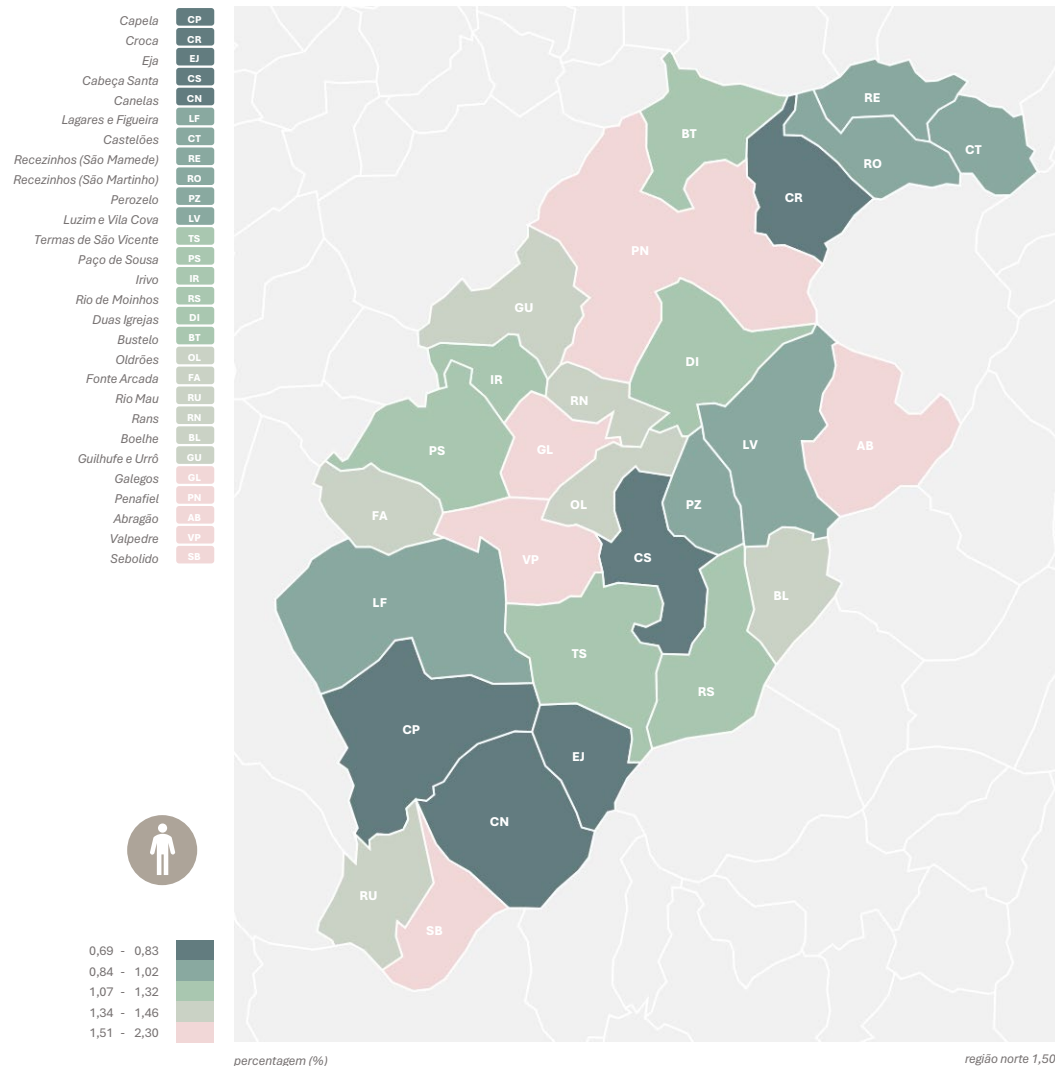
uma maior proporção foram Recezinhos (São Mamede) (5,7%), Irivo (4,6%) e Boelhe (4,6%). As freguesias com menor proporção de mães monoparentais, com mais de 65 anos foram Rio Mau (1,6%), Valpedre (1,7%) e Rans (1,8%) (Figura 4.53).

No município de Penafiel, em 2021, os grupos etários entre os 55 e os 64 anos, apresentam situações específicas no contexto das famílias monoparentais. Estes grupos são caracterizados por uma mistura de realidades onde pode ser desafiante determinar se o progenitor está a sustentar filhos em idade não ativa ou se, pelo contrário, está a viver com filhos adultos. Nestes grupos etários, o nível de escolaridade tem um papel determinante. Por exemplo, um progenitor com ensino superior, na faixa dos 55-59 anos, pode ainda estar a sustentar filhos dependentes, devido a uma maior estabilidade financeira e à possibilidade de prolongamento da sua vida profissional. Contudo, para aqueles com escolaridade mais baixa, no mesmo grupo etário, é mais provável que estejam a viver com filhos adultos, eventualmente já reformados ou em transição para a reforma. Estas exceções destacam a complexidade e a diversidade das situações familiares em Penafiel, especialmente entre aqueles que se encontram no limiar entre a fase ativa da vida e a transição para a terceira idade.



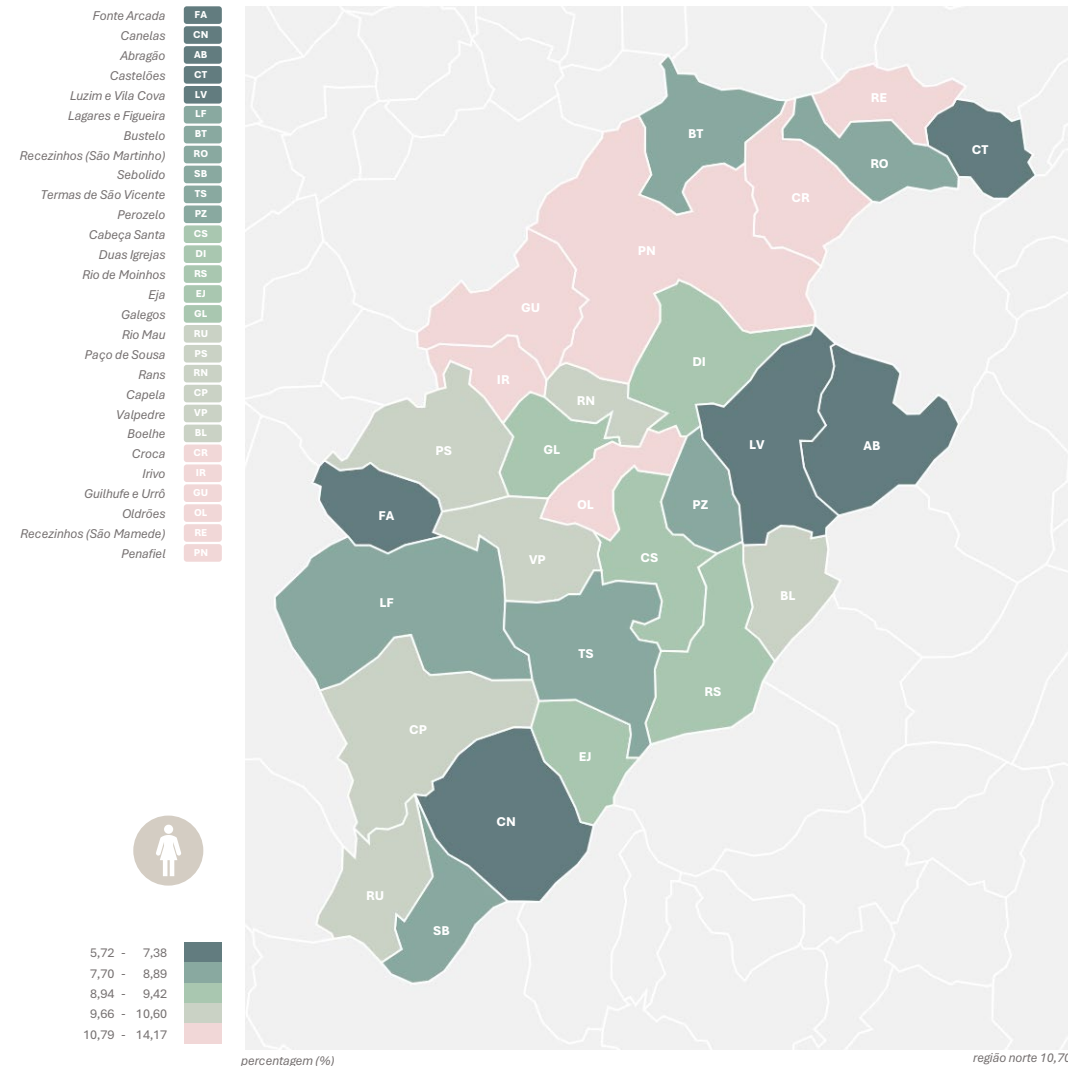
Distribuição das famílias monoparentais, por sexo, grupo etário e nível de escolaridade, 2021

Figura 4.49



Proporção de pais com filhos (monoparentais) com menos de 65 anos (que sustentam os filhos), por freguesia, 2021

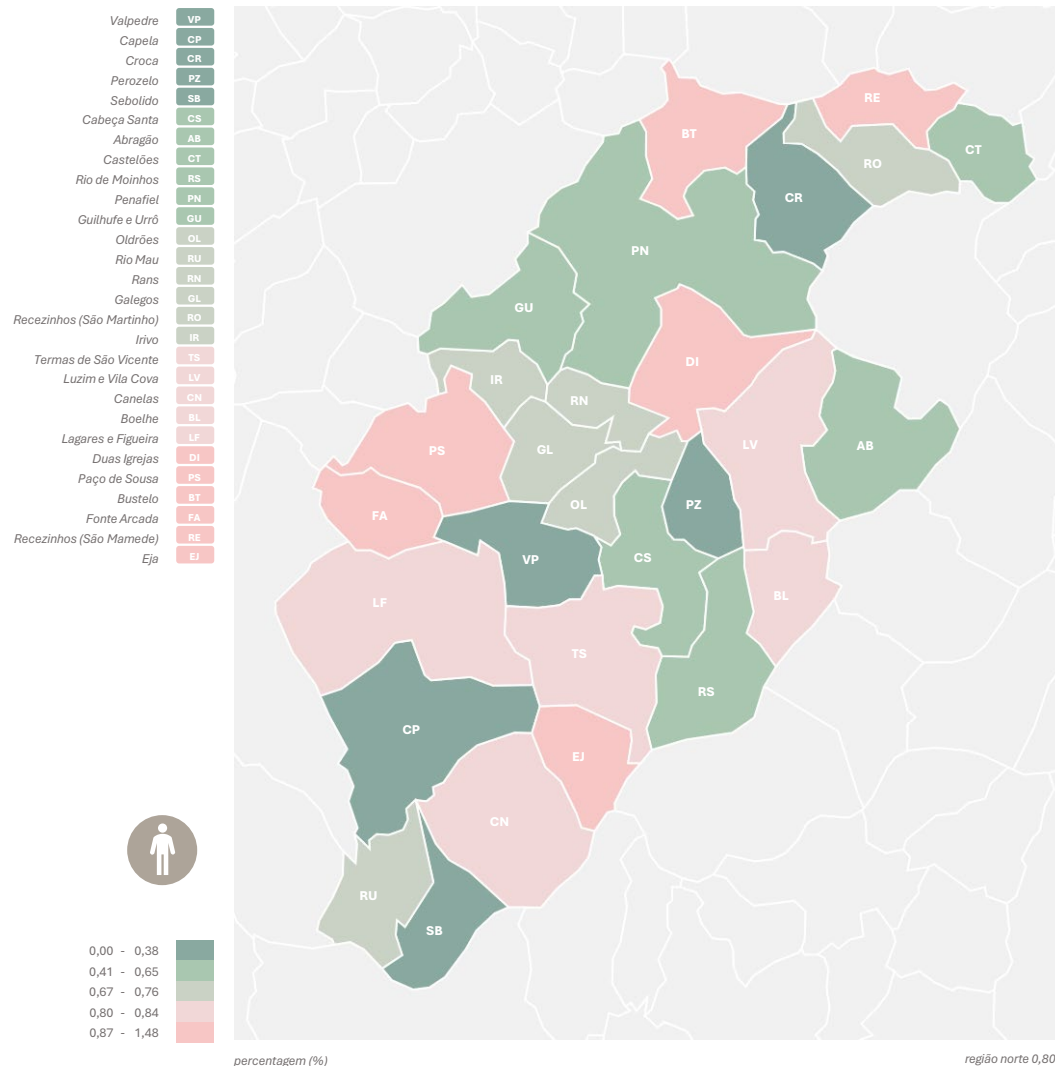
Figura 4.50



Proporção de mães com filhos (monoparentais) com menos de 65 anos (que sustentam os filhos), por freguesia, 2021

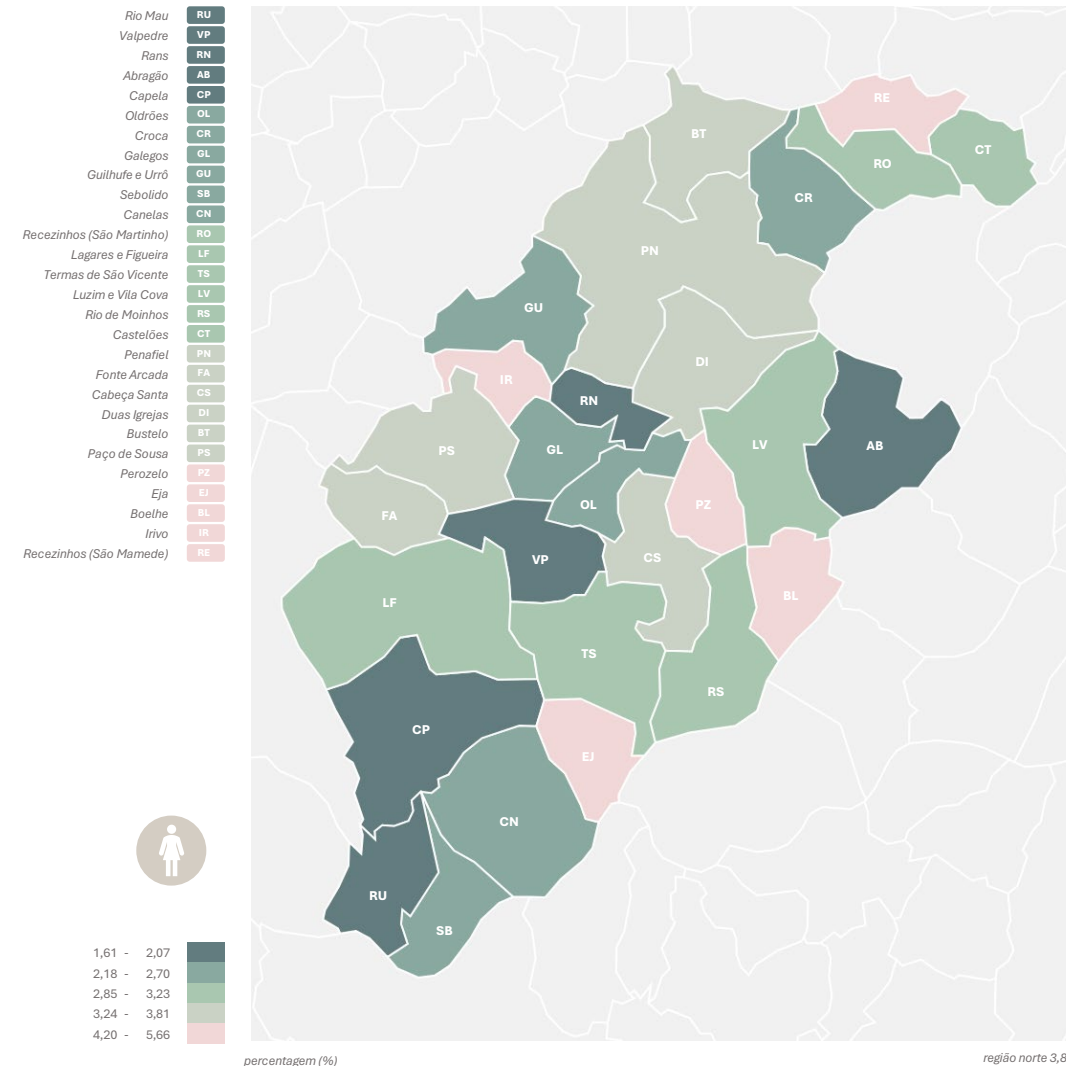
Figura 4.51

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Proporção de pais com filhos (monoparentais) com mais de 65 anos (que vivem com os filhos), por freguesia, 2021

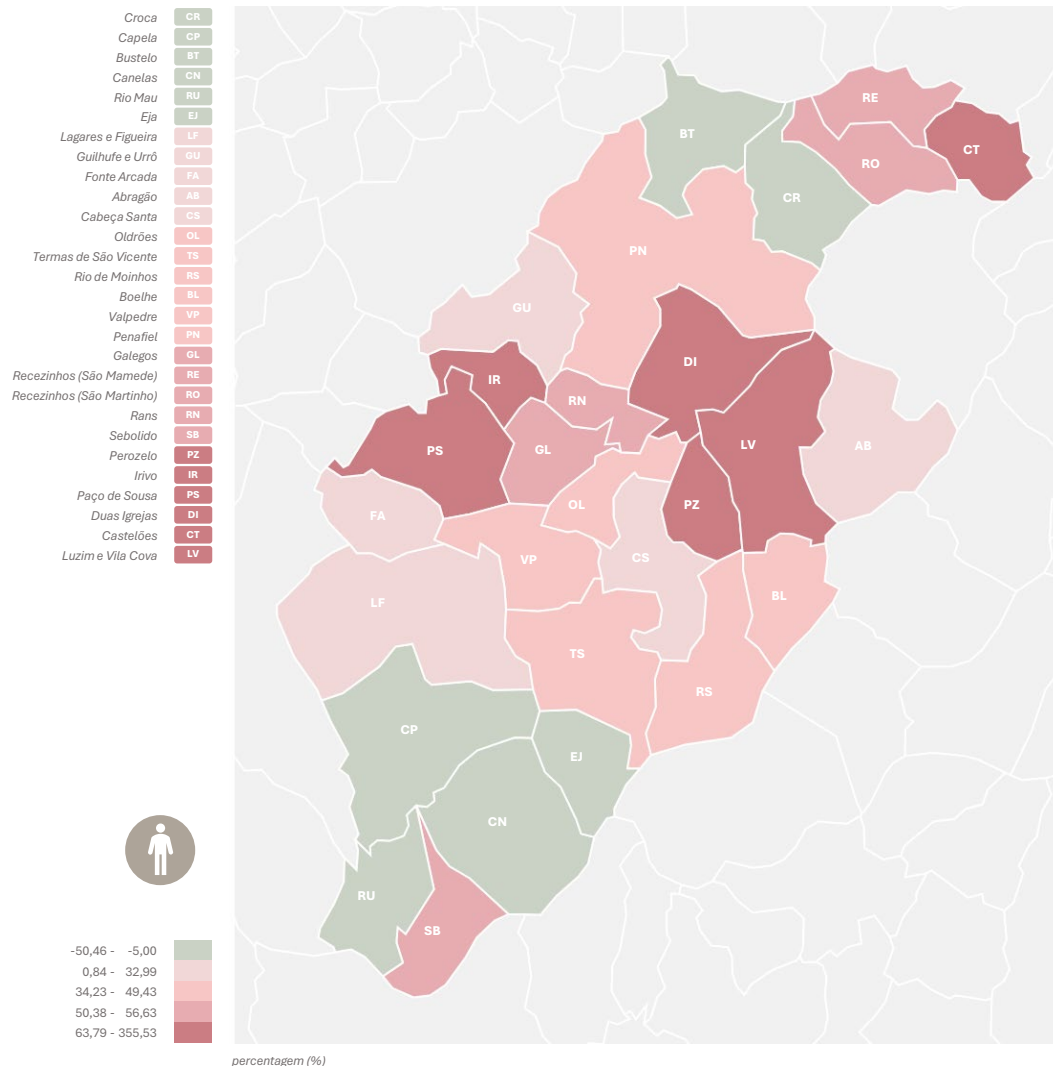
Figura 4.52



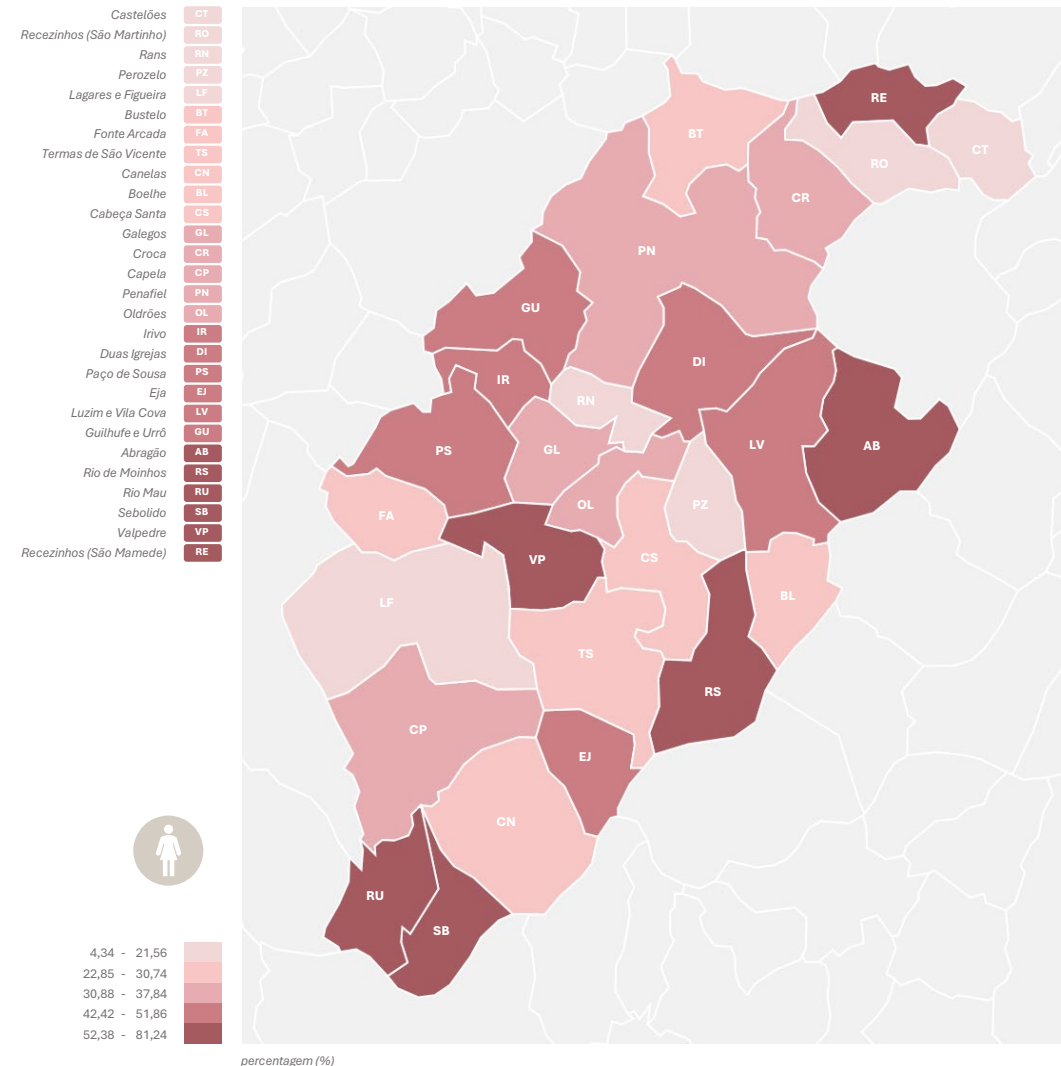
Proporção de mães com filhos (monoparentais) com mais de 65 anos (que vivem com os filhos), por freguesia, 2021

Figura 4.53

Instituto Nacional de Estatística, 2023



Variação da proporção de pais com filhos (monoparentais), por freguesia, 2011-2021
 Figura 4.54



Variação da proporção de mães com filhos (monoparentais), por freguesia, 2011-2021
 Figura 4.55

Instituto Nacional de Estatística, 2023

Relativamente à variação de pais monoparentais em Penafiel, entre 2011 e 2021, a maioria das freguesias registou um aumento, refletindo mudanças socioeconómicas como o aumento de divórcios e separações. As freguesias como Luzim e Vila Cova (355,5%), Castelões (104,1%), Duas Igrejas (99,3%) e Paço de Sousa (81,8%), Irlivo (65,0%) e Perozelo (63,8%), registaram os maiores aumentos, possivelmente devido a mudanças demográficas e sociais. No entanto, algumas freguesias registaram uma diminuição significativa, como Croca (-50,5%), Capela (-28,7%), Bustelo (-21,0%), Canelas (-8,7%), Rio Mau (-6,9%) e Eja (-5,0%) (Figura 4.54).

Quanto às mães monoparentais, todas as freguesias viram aumentos no mesmo período. As freguesias que mais aumentaram foram: Recezinhos (São Mamede) (81,2%), Valpedre (73,1%), Sebolido (62,2%), Rio Mau (58,4%), Rio de Moinhos (54,4%) e Abragão (52,4%). As freguesias com os melhores valores, com uma menor variação foram: Castelões (4,3%), Recezinhos (São Martinho) (5,1%), Rans (8,8%), Perozelo (13,2%), e Lagares e Figueira (21,6%) (Figura 4.55).

Este aumento geral de famílias monoparentais sublinha a importância de políticas que apoiem estas famílias, garantindo-lhes o acesso a recursos e serviços que promovam o seu bem-estar.

4.3.2 Beneficiários de apoio social

A análise dos beneficiários de apoio social, em Penafiel, revela importantes aspetos sobre as necessidades e o impacto das políticas de assistência na região. O Rendimento Social de Inserção (RSI) e a Ação Social Escolar (ASE) representam duas formas cruciais de apoio a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade. O RSI é uma medida destinada a garantir um nível mínimo de subsistência para os cidadãos em situação de pobreza, enquanto a ASE visa apoiar os alunos do 1º ciclo do ensino básico que enfrentam dificuldades económicas, assegurando-lhes condições para uma educação equitativa. A compreensão do panorama dos beneficiários destas formas de apoio social, em Penafiel, é essencial para avaliar o alcance e a eficácia das políticas sociais na melhoria das condições de vida e na promoção da igualdade de oportunidades.

Relativamente a beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI), em 2022, no município de Penafiel, 28,8 em cada 1000 habitantes é beneficiário do RSI, valor inferior ao registado na Região Norte (28,9/1.000). Os municípios com mais beneficiários de RSI foram Resende (60,8/1.000), Baião (46,0/1.000) e Marco de Canaveses (43,7/1.000). Os municípios com os melhores valores foram Lousada (18,0/1.000), Felgueiras (18,2/1.000) e Castelo de Paiva (20,0/1.000) (Figura 4.56).

Os beneficiários de Ação Social Escolar (ASE) no 1º ciclo do ensino básico, no ano letivo de 2020/2021, no município de Penafiel, corresponderam a 12,7% dos alunos do 1º ciclo, valor superior ao registado na Região Norte (8,2%). Os municípios com mais beneficiários de ASE foram Resende (17,9%), Celorico de Basto (16,9%) e Baião (15,2%). Os municípios com os melhores valores foram Lousada (8,6%) e Gondomar (9,4%) (Figura 4.57).

Os dados sobre beneficiários de RSI e ASE, em Penafiel, em 2022, oferecem uma visão valiosa sobre as dinâmicas de assistência social no município. Com uma taxa de beneficiários de RSI de 28,8 em cada 1000 habitantes, ligeiramente inferior à média da Região Norte, Penafiel apresenta uma situação relativamente melhor em comparação com alguns municípios da região, como Resende e Baião, que possuem taxas significativamente mais elevadas. No entanto, a análise também revela a necessidade contínua de atenção para garantir que todos os cidadãos em situação de vulnerabilidade recebam o apoio necessário.

No que diz respeito à Ação Social Escolar, Penafiel demonstra uma taxa de beneficiários (12,7%) acima da média da Região Norte (8,2%), o que indica uma maior necessidade de apoio escolar no município. Embora alguns municípios, como Lousada e Gondomar, apresentem taxas de beneficiários mais baixas, os valores elevados em

Penafiel destacam a importância de políticas de suporte contínuo para assegurar que todos os alunos tenham acesso a uma educação de qualidade, independentemente das suas condições económicas.

Em suma, a análise dos beneficiários de RSI e ASE sublinha a necessidade de um enfoque constante na adequação e eficácia das políticas sociais. A continuidade dos esforços para reduzir a vulnerabilidade económica e garantir uma educação acessível é fundamental para promover a inclusão e a equidade em Penafiel. A implementação de estratégias mais direcionadas e a monitorização regular dos indicadores sociais são essenciais para assegurar que os recursos e apoios estejam alinhados com as reais necessidades da população e contribuam para uma melhoria sustentável na qualidade de vida.

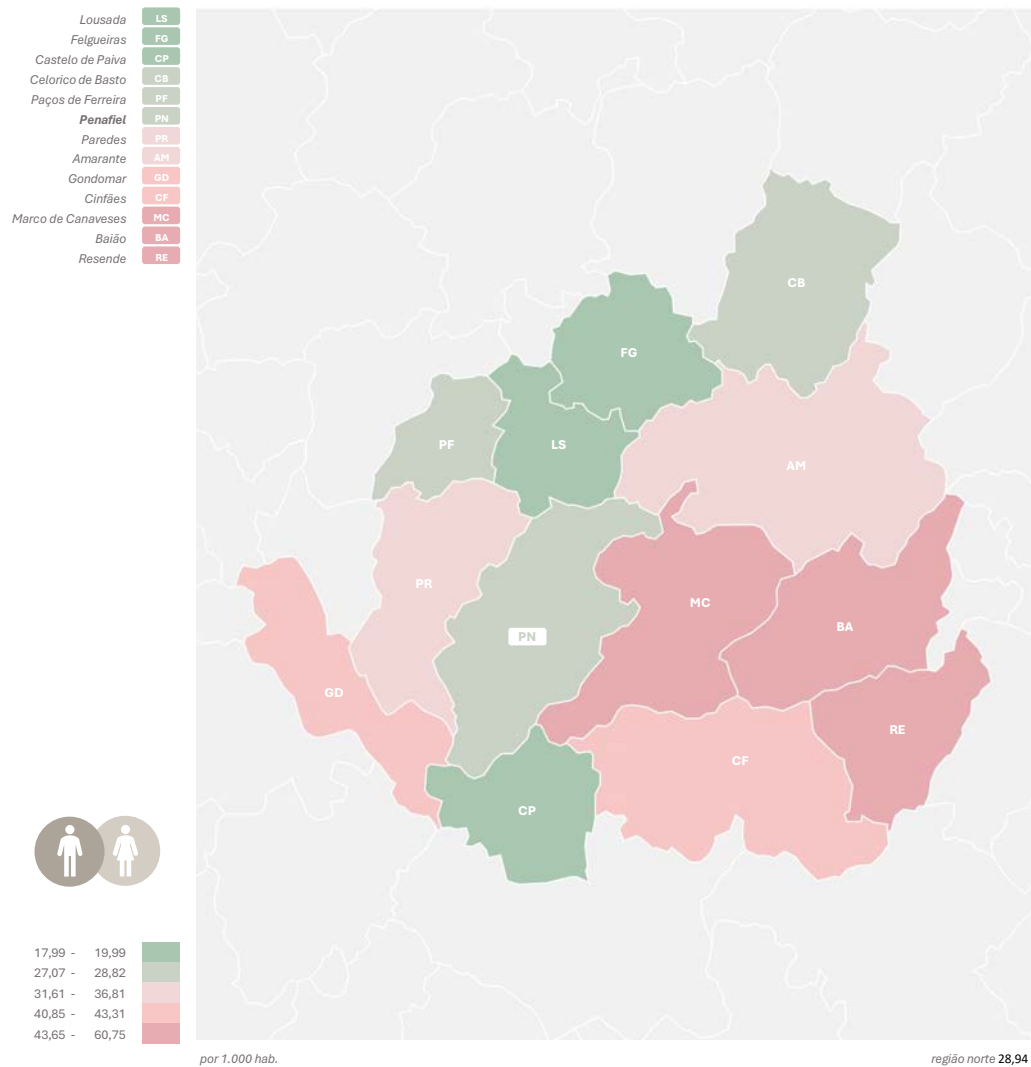


Figura 4.56

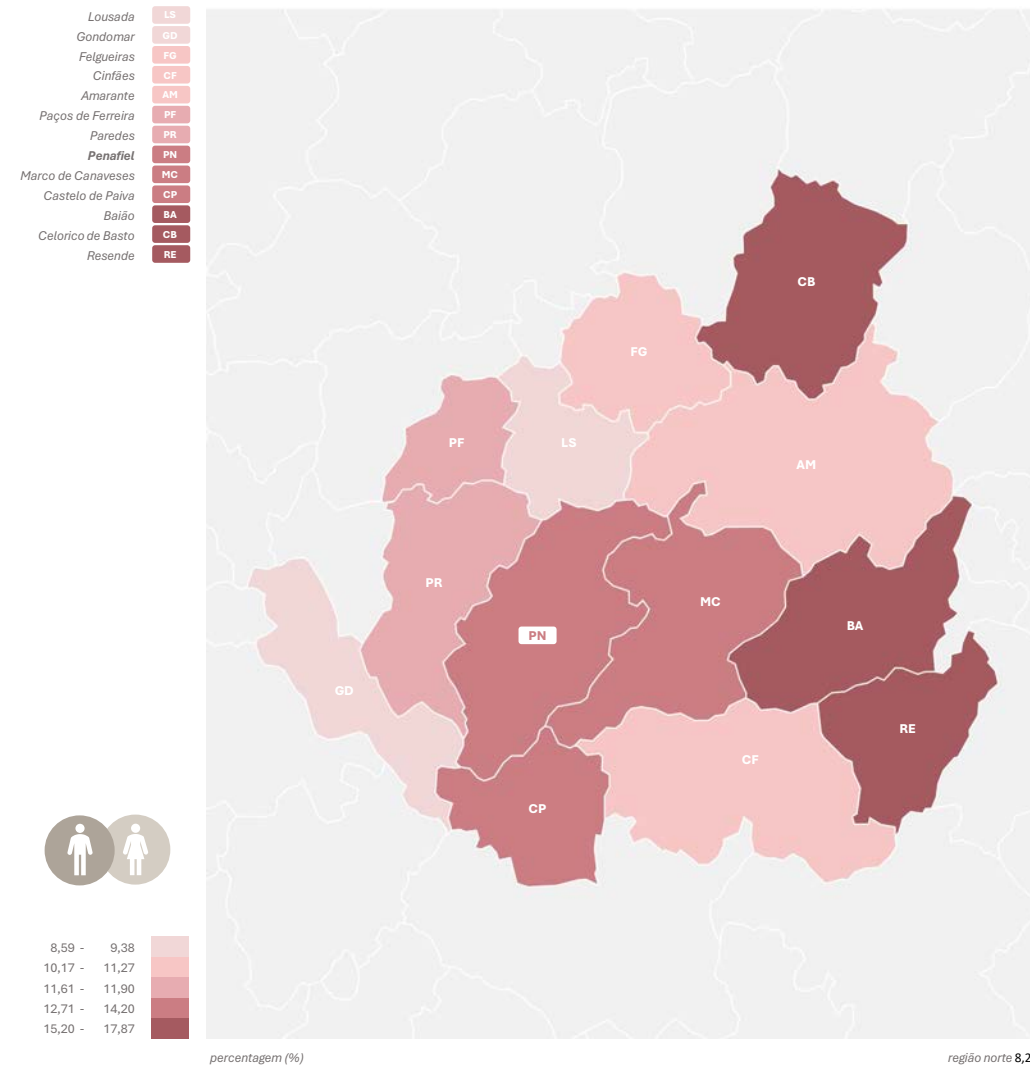


Figura 4.57

4.3.3 Emprego

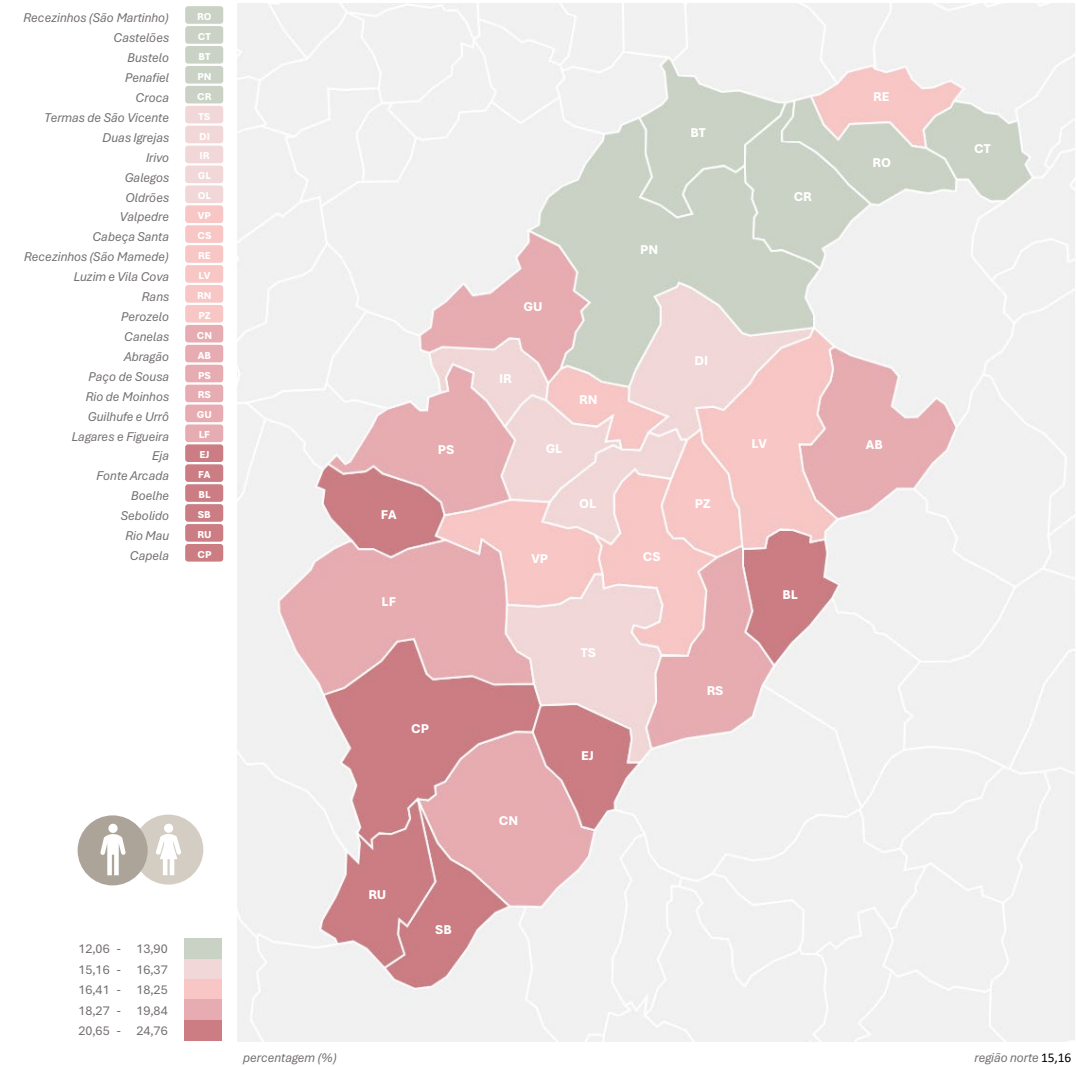
O emprego é um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento socioeconómico de qualquer região, desempenhando um papel central na melhoria das condições de vida e na promoção do bem-estar das populações. A criação de postos de trabalho de qualidade, a par com a distribuição equilibrada dos mesmos, e o nível de qualificação da mão-de-obra são determinantes para o crescimento económico sustentável, a redução das desigualdades sociais e o aumento da produtividade.

Os trabalhadores não qualificados, geralmente envolvidos em tarefas que exigem pouca ou nenhuma formação especializada, ocupam posições onde as suas funções são mais básicas e menos complexas, sendo frequentemente associadas a remunerações mais baixas e a menor segurança no emprego.

A proporção de trabalhadores não qualificados, no ano de 2021, em Penafiel foi de 15,6%, valor superior ao registado na Região Norte (15,2%). As freguesias com uma maior proporção de trabalhadores não qualificados foram: Capela (24,8%), Rio Mau (22,2%), Sebolido (21,6%), Boelhe (21,5%), Fonte Arcada (21,4%) e Eja (20,6%). As freguesias com os melhores valores foram: Recezinhos (São Martinho) (12,1%), Castelões (12,8%), Bustelo (13,7%), Penafiel (13,7%) e Croca (13,9%) (Figura 4.58).

A elevada prevalência de trabalhadores não qualificados em algumas freguesias de Penafiel reflete a necessidade urgente de reforçar políticas públicas de formação e requalificação profissional. Promover o acesso a programas de educação e formação contínua, em particular nas freguesias mais afetadas por este fenómeno, é essencial para melhorar a competitividade da força de trabalho e fomentar o desenvolvimento económico do município. O fortalecimento das competências técnicas e digitais dos trabalhadores não só os prepara para enfrentar os desafios de um mercado de trabalho cada vez mais exigente e tecnológico, como também abre portas a novas oportunidades de emprego em setores emergentes.

Além disso, investir no desenvolvimento de parcerias entre o setor privado, instituições de ensino e o governo local pode ser uma estratégia eficaz para alinhar a oferta formativa com as reais necessidades do mercado de trabalho. Tais iniciativas contribuirão para a criação de uma força de trabalho mais qualificada e resiliente, capaz de responder às dinâmicas de mudança que marcam a economia atual.



Proporção de trabalhadores(as) não qualificados(as) (CPP-9) no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021

Figura 4.58

Olhando para a evolução do Ganho médio mensal, no município de Penafiel, entre 2013 e 2021, observa-se uma tendência crescente, aumento de 827,8 euros em 2013 para 1063,7 euros em 2021. A mesma tendência observa-se para as outras áreas de comparação. O ganho médio mensal, em Penafiel, é inferior relativamente a Portugal Continental (de 1093,8 euros em 2013, para 1294,1 euros em 2021) e Região Norte (963,4 euros em 2013, para 1187,2 euros em 2021). Não se verifica o mesmo para a Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes, em que o ganho médio mensal é inferior (758,8 euros em 2013, para 980,7 euros em 2021) (Figura 4.59).

4.4 Serviços de Saúde
4.4.1 Oferta e Acesso a Serviços de Saúde

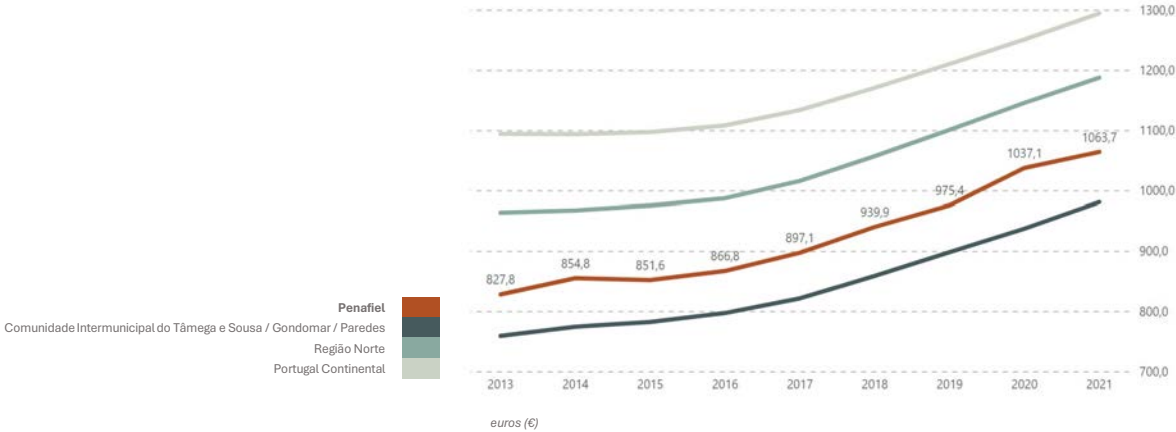
Na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, em 2022, existiam 2 hospitais públicos, 3 hospitais privados e nenhum hospital em regime de parceria público-privada. A análise da distribuição do número de camas de internamento por 1.000 habitantes, em 2022, aponta para valores mais elevados na Região Autónoma da Madeira (8,3 camas por 1.000 habitantes), na Região Autónoma dos Açores (6,5 camas por 1.000 habitantes) e na Área Metropolitana de Lisboa (3,7 camas por 1.000 habitantes), valor superior à média de Portugal (3,5 camas por 1.000 habitantes). A Região do

Alentejo e do Algarve eram as que registavam os menores valores a nível nacional (2,1 e 2,4 camas por 1.000 habitantes, respetivamente).

No geral, verifica-se que no município de Penafiel, em média, existem menos profissionais de saúde por cada 1.000 habitantes do que ao nível de Portugal Continental, à exceção dos enfermeiros com 12,4 enfermeiros por cada 1.000 habitantes, valor superior ao registado na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa e Portugal Continental. Observa-se uma tendência crescente do número de profissionais por 1.000 habitantes, no período de 2011 a 2022 (Figura 4.60).

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa é constituído por duas Unidades Hospitalares: a Unidade Hospital Padre Américo, em Penafiel e a Unidade Hospital de São Gonçalo, em Amarante. Está previsto abrir para o ano de 2025, um novo hospital privado em Penafiel, na freguesia de Guilhufe e Urrô.

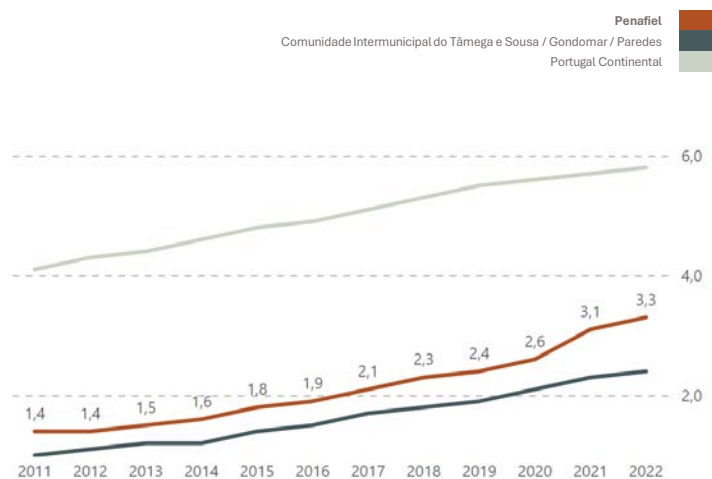
Atualmente existem 4 clínicas, a Clínica Médica Arrifana de Sousa (CMAS), Meditermas, Medifala e Clínica das Lages, 15 farmácias, e 0 postos farmacêuticos móveis, em Penafiel, em 2022.



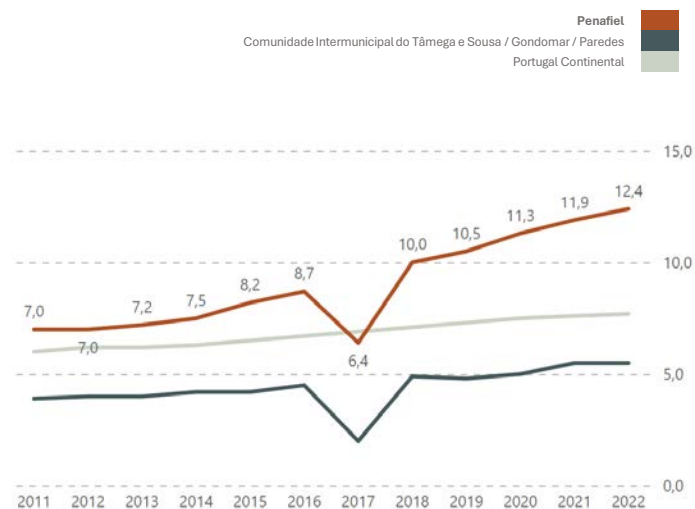
Evolução do ganho médio mensal no município de Penafiel, em ambos os sexos, 2013-2021

Figura 4.59

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2021



[A] – Médicos por 1.000 habitantes



[A] – Enfermeiros por 1.000 habitantes



[A] – Farmacêuticos por 1.000 habitantes

Médicos por 1.000 habitantes [A], enfermeiros por 1.000 habitantes [B] e farmacêuticos por 1.000 habitantes [C] no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, e em Portugal Continental, ambos os sexos, 2011-2022

Figura 4.60

Segundo os dados de dezembro de 2023, o ACeS Vale do Sousa Sul tem aproximadamente 176.187 utentes inscritos, distribuídos por 9 unidades funcionais, das quais 1 é uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 6 estão constituídas como Unidades de Saúde Familiares (USF). Além destas unidades, o ACeS Vale do Sousa Sul conta com uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Figura 4.61).

Conforme os dados de junho de 2024, a Área dos CSP da ULS Tâmega e Sousa conta, no total, com a colaboração de 1315 profissionais, dos quais 320 são médicos, 502 são enfermeiros, 288 são assistentes técnicos, 23 são assistentes operacionais e 182 são outros profissionais (técnicos superiores, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica, e assistentes técnicos e operacionais, formação pré-carreira Médica, formação pré-carreira TSS, etc...).

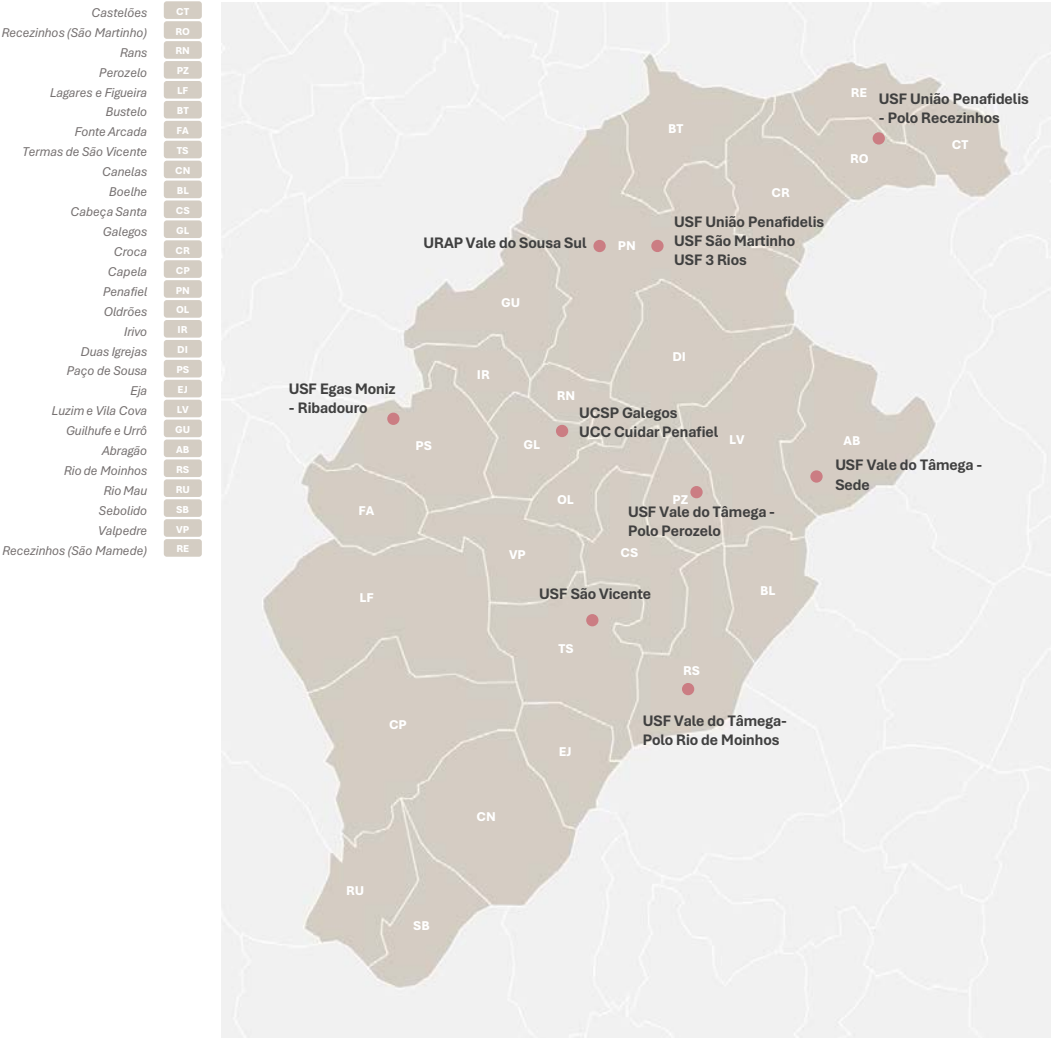
De acordo com os dados de junho de 2024, o ACeS Vale do Sousa Sul conta, no total, com a colaboração de 154 profissionais, dos quais 61 são médicos (17 internos), 60 são enfermeiros, 28 são secretários clínicos e 3 são outros profissionais (técnicos superiores) (Figura 6.62).

A UCSP Galegos tem 8 profissionais de saúde, dos quais 3 são médicos, 4 são enfermeiros e 1

é secretário clínico.

A USF Vale do Tâmega tem 18 profissionais de saúde, dos quais 7 são médicos, 8 são enfermeiros e 3 são secretários clínicos. A USF São Vicente tem, pelo menos, 26 profissionais de saúde, dos quais 10 são médicos (2 médicos internos), 8 são enfermeiros e 6 são secretários clínicos. A USF Egas Moniz Ribadouro tem, pelo menos, 16 profissionais de saúde, dos quais 7 são médicos (2 médicos internos), 5 são enfermeiros e 4 são secretários clínicos. A USF União Penafidelis tem, pelo menos, 22 profissionais de saúde, dos quais 10 são médicos (3 médicos internos), 7 são enfermeiros e 5 são secretários clínicos. A USF São Martinho tem, pelo menos, 29 profissionais de saúde, dos quais 15 são médicos (7 médicos internos), 9 são enfermeiros e 5 são secretários clínicos. A USF 3 Rios tem, pelo menos, 19 profissionais de saúde, dos quais 9 são médicos (3 médicos internos), 6 são enfermeiros e 4 são secretários clínicos.

A UCC Cuidar Penafiel tem 16 profissionais de saúde, dos quais 13 são enfermeiros, 1 é técnico superior de psicologia (Sem especialidade pela OPP), 1 é técnico superior de serviço social e 1 é técnico superior de saúde de nutrição e dietética.



Localização das unidades funcionais e serviços em Penafiel do ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul

Figura 4.61

SPMS, Bilhete de Identidade das Unidades Funcionais dos CSP 2024

Em dezembro de 2023, a taxa de utilização de consultas do ACeS Vale do Sousa Sul no espaço de 1 e 3 anos pela população foi de 77,6% e 92,2% respetivamente, valores que traduzem um acompanhamento relativamente alto da população residente pelos serviços de Cuidados de Saúde Primários públicos do ACeS Vale do Sousa Sul, possivelmente influenciado pela ampla oferta de cuidados de saúde privados da região. A mobilidade da população entre os municípios vizinhos poderá condicionar uma maior utilização de cuidados de saúde fora das respetivas áreas de residência, podendo haver utentes que optem por se inscrever não no Centro de Saúde da área de residência, mas na unidade mais próxima do local de trabalho, estudo ou residência de familiares.

Segundo os dados de junho de 2024, na UCSP Galegos estavam inscritos 2.533 utentes, dos quais 0 não tinham médico de família atribuído. Aproximadamente 14,2% (359 inscritos jovens) dos inscritos eram jovens com menos de 15 anos e 15,8% (401 inscritos idosos) eram idosos com 65 ou mais anos (Figura 4.64). O número médio de utentes por médico de família era de 1.266,5 utentes, com uma média de 1552,3 unidades ponderadas por cada médico de família (Figura 4.63).

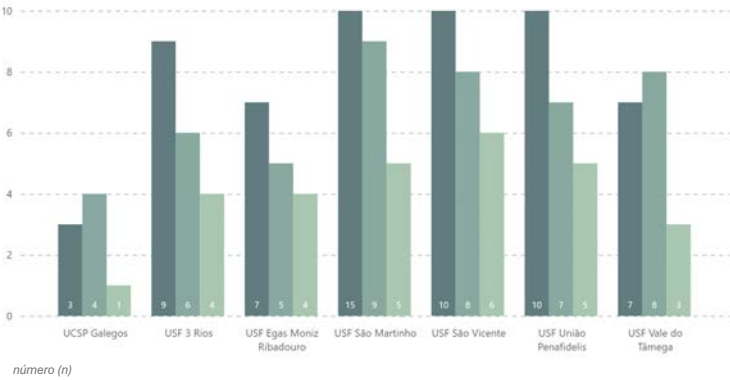
Conforme os dados de junho de 2024, na USF Vale do Tâmega estavam inscritos 7.011 utentes, dos quais 0 não tinham médico de

família atribuído. Aproximadamente 12,3% (860 inscritos jovens) dos inscritos eram jovens com menos de 15 anos e 20,0% (1.405 inscritos idosos) eram idosos com 65 ou mais anos. O número médio de utentes por médico de família nesta USF era de 1402,2, com uma média de 1.784,3 unidades ponderadas por cada médico de família.

De acordo com os dados de junho de 2024, na USF São Vicente estavam inscritos 14.651 utentes, dos quais 0 não tinham médico de família atribuído. Aproximadamente 12,9% (1.892 inscritos jovens) dos inscritos eram jovens com menos de 15 anos e 18,3% (2.688 inscritos idosos) eram idosos com 65 ou mais anos. O número médio de utentes por médico de família nesta USF era de 1.831,4, com uma média de 2.289,1 unidades ponderadas por cada médico de família.

Na USF Egas Moniz Ribadouro estavam inscritos 9.076 utentes, dos quais 0 não tinham médico de família atribuído. Aproximadamente 11,4% (1.039 inscritos jovens) dos inscritos eram jovens com menos de 15 anos e 21,3% (1.934 inscritos idosos) eram idosos com 65 ou mais anos. O número médio de utentes por médico de família nesta USF era de 1815,2, com uma média de 2.331,0 unidades ponderadas por cada médico de família.

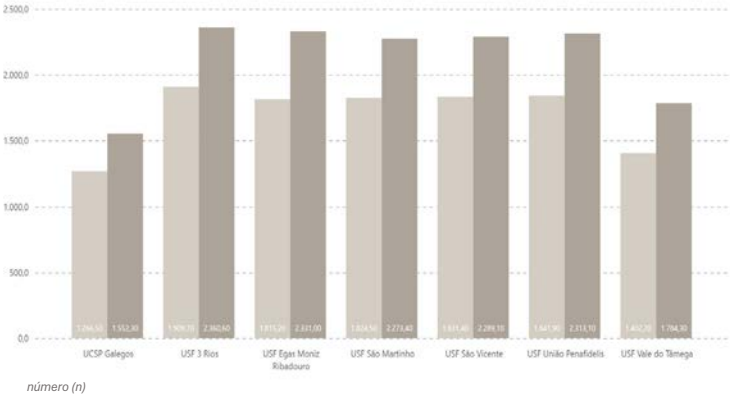
Médicos (com internos)
Enfermeiros
Secretários Clínicos



Número de profissionais por unidade funcional e unidade de cuidados de saúde personalizados

Figura 4.62

Número Médio de Utes por Médico de Família
Média das Unidades Ponderadas por Médico de Família



Número médio de utentes e unidades ponderadas por médico de família, por unidade funcional e unidade de cuidados de saúde personalizados

Figura 4.63

Na USF União Penafidelis estavam inscritos 12.893 utentes, dos quais 0 não tinham médico de família atribuído. Aproximadamente 13,7% (1.764 inscritos jovens) dos inscritos eram jovens com menos de 15 anos e 18,4% (2.372 inscritos idosos) eram idosos com 65 ou mais anos. O número médio de utentes por médico de família nesta USF era de 1.841,9, com uma média de 2.313,1 unidades ponderadas por cada médico de família.

Na USF São Martinho estavam inscritos 14.596 utentes, dos quais 0 não tinham médico de família atribuído. Aproximadamente 13,5% (1.964 inscritos jovens) dos inscritos eram jovens com menos de 15 anos e 17,7% (2.579 inscritos idosos) eram idosos com 65 ou mais anos. O número médio de utentes por médico de família nesta USF era de 1.824,5, com uma média de 2.273,4 unidades ponderadas por cada médico de família.

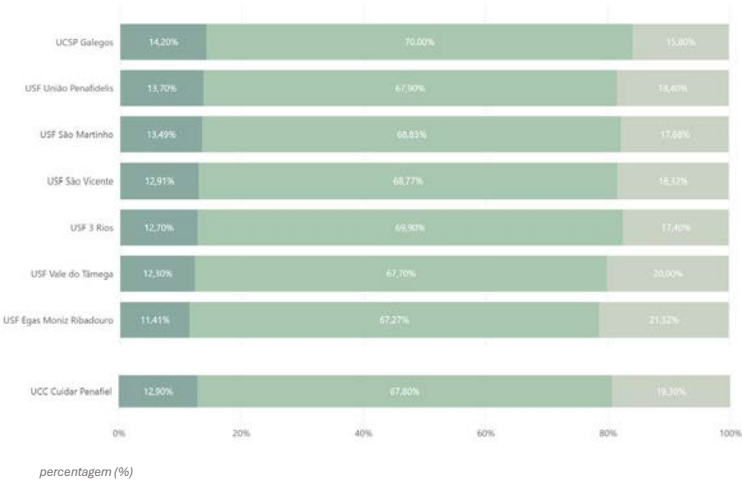
Na USF 3 Rios estavam inscritos 11.458 utentes, dos quais 1 (0,01%) não tinha médico de família atribuído. Aproximadamente 12,7% (1.453 inscritos jovens) dos inscritos eram jovens com menos de 15 anos e 17,4% (1.999 inscritos idosos) eram idosos com 65 ou mais anos. O número médio de utentes por médico de família nesta USF era de 1.909,7, com uma média de 2.360,6 unidades ponderadas por cada médico de família.

Segundo dados de junho de 2024, na UCC Cuidar Penafiel estão abrangidos 67.637 utentes, 23,6% dos quais residentes na freguesia de Penafiel (15.935 utentes abrangidos). A área de abrangência da UCC Cuidar Penafiel ultrapassa os limites da freguesia de Penafiel, prestando sobretudo cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário e gestão operacional de alguns programas de promoção da saúde, principalmente para grupos de risco. Aproximadamente 12,9% (8.718 inscritos jovens) dos inscritos eram jovens com menos de 15 anos e 19,3% (13.045 inscritos idosos) eram idosos com 65 ou mais anos.

Segundo o regime jurídico das Unidades de Saúde Familiar (Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho), os utentes inscritos em cada médico e enfermeiro de família são designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar. A lista de utentes inscritos por cada médico e enfermeiro de família deve ter uma dimensão mínima de 1.917 unidades ponderadas (ponderação diferencial para crianças dos 0 aos 6 anos, adultos entre os 65 e os 74 anos de idade e adultos com idade igual ou superior a 75 anos).

O número de profissionais por 1.000 utentes nas Unidades Funcionais, em junho de 2024 variou de 1,7 a 2,0 profissionais por cada 1.000 utentes.

Menos de 15 anos
Entre 15 e 64 anos
65 e mais anos



Proporção dos utentes inscritos por grupos etários, por unidade funcional e unidade de cuidados de saúde personalizados

Figura 4.64

SPMS, Bilhete de Identidade das Unidades Funcionais dos CSP 2024

4.4.2 Rastreio

A realização de uma colonoscopia, utilizada no rastreio do cancro do cólon, no ano de 2019, foi referida por 2,0 milhões (43,3%) de pessoas de residentes em Portugal com 50 ou mais anos, nos 10 anos anteriores à realização do inquérito, com maior frequência no caso dos homens (44,1%) do que nas mulheres (42,6%). Na Região Norte, as proporções são superiores para ambos os sexos (49,4% e 51,4% para o sexo masculino e feminino, respetivamente), em linha com as proporções registadas ao nível de Portugal Continental (44,8% e 43,4% para o sexo masculino e feminino, respetivamente).

No ACeS Vale do Sousa Sul, em setembro de 2023, o número de utentes inscritos com rastreio do cancro do colón e reto efetuado foi de 42.346, com 71,8% de utentes entre os 50 e os 75 anos com o rastreio realizado.

A realização da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), nos 2 anos anteriores à entrevista, foi mencionada por 50,5% dos inquiridos, residentes na Região Norte com 50 a 74 anos (vs. 41,4 em Portugal Continental), compreendendo 51,3% de respostas positivas na população do sexo masculino e 49,7% na população do sexo feminino. A população da Região Norte apresentou as proporções mais elevadas de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) nos 2 anos anteriores à entrevista. Relativamente ao

nível de escolaridade, destaca-se a relação inversa existente entre o nível de ensino das pessoas que mais frequentemente referiram ter realizado uma colonoscopia nos 10 anteriores à realização do inquérito (ensino superior, em ambos os sexos) e o nível de ensino das pessoas que mais frequentemente referiram ter realizado PSOF nos 2 anos anteriores à entrevista (ensino básico e secundário, em ambos os sexos). Esta relação é provável resultado não só da associação entre o nível de escolaridade e literacia em saúde, mas também dos níveis de acessibilidade e diferentes encargos financeiros associados a cada uma destas estratégias de rastreio.

No que se refere aos exames de rastreio do cancro do colo do útero, em Portugal, 2,3 milhões de mulheres residentes com idade entre os 20 aos 69 anos (65,5% vs. 74,0% na Região Norte) realizaram uma citologia cervical nos 3 anos anteriores ao inquérito de 2019, em maior proporção nas mulheres com nível de ensino superior (72,9%). A região com maior proporção de mulheres que realizaram uma citologia cervical nos 3 anos anteriores ao inquérito foi a Região do Norte (74,0%); a que registou uma menor proporção foi a Região Autónoma dos Açores (48,5%).

Entre 2014 e 2019, na Região Norte, observou-se uma redução da proporção de mulheres dos 20 aos 69 anos que referiram ter efetuado uma citologia cervical há menos de 3 anos de

aproximadamente 80,7% para 74,0% da população em análise deste intervalo de idades.

No ACeS Vale do Sousa Sul, em setembro de 2023, o número de mulheres inscritas com colpocitologia atualizada foi de 32.185, com 68,9% das mulheres entre os 25 e os 60 anos com colpocitologia atualizada.

No que se refere ao rastreio do cancro da mama, em Portugal, em 2019, 1,2 milhões de mulheres residentes com idades entre os 50 aos 69 anos (80,2% vs. 84,8% na Região Norte) realizaram uma mamografia nos 2 anos anteriores ao inquérito, em maior proporção nas mulheres com nível de ensino superior (82,5%) e menor proporção (75,7%) no grupo de mulheres sem nenhum nível de escolaridade concluído. A região com maior proporção de mulheres que realizaram uma mamografia nos 2 anteriores ao inquérito de 2019 foi a Região do Norte (84,8%); a que registou uma menor proporção foi a Região do Algarve (70,9%). Entre 2014 e 2019, na Região Norte, observou-se uma redução da proporção de mulheres dos 50 aos 69 anos que realizaram uma mamografia nos 2 anos anteriores de aproximadamente 88,9%, para 84,8% da população em análise deste intervalo de idades.

No ACeS Vale do Sousa Sul, em setembro de 2023, o número de mulheres inscritas com registo de mamografia nos últimos dois anos foi de 19.619, com 73,9% de mulheres com 50 e 70

anos com mamografia nos últimos dois anos.

4.5 Saúde mental

Segundo o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) realizado em 2023, pelo Instituto Nacional de Estatística, 51,0% da população portuguesa com 16 e mais anos, em 2022, avaliava o seu estado de saúde como bom ou muito bom, valor superior ao obtido no estudo realizado no ano anterior (49,5%). Do conjunto de indivíduos que responderam, 35,5% referia o seu estado de saúde como razoável (menos 37,4% do que em 2022) e 13,5% como mau ou muito mau (13,1% em 2022). De destacar que, no ano de 2022, 24,3% da população com 16 ou mais anos referiu o efeito negativo da pandemia COVID-19 sobre a sua saúde mental.

No geral, o sexo masculino avalia mais positivamente o seu estado de saúde (55,4% em 2023, em comparação com 47,1% no caso do sexo feminino). Como esperado, em relação à idade, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos que avaliam positivamente a sua saúde (17,2%) é bastante inferior à registada no caso das pessoas da faixa etária dos 16 aos 64 anos (64,3%).

A percentagem de pessoas que avaliam o seu estado de saúde como bom ou muito bom é maior para níveis de escolaridade mais elevados (aumenta de 9,7% para os que não terminaram qualquer ciclo de ensino para 12,1%. No caso dos que terminaram o ensino básico, aumentou de 33,0% para 34,8%, e para valores da ordem dos 60% ou mais, no caso dos que terminaram o ensino secundário ou o ensino superior). De entre os vários grupos de condição perante o trabalho, a população empregada é a que refere com maior frequência uma avaliação positiva ou muito positiva do estado de saúde (66,8% em 2023), proporção bastante superior à obtida para a população desempregada (50,4%) e, sobretudo, para população reformada (18,0%).

Na Região Norte, 48,0% das pessoas residentes tem uma perceção boa ou muito boa do seu estado de saúde. Comparativamente ao ano anterior, observa-se um aumento mais significativo da autoapreciação positiva no estado de saúde na população da Região Centro (44,5% vs. 43,8% em 2021) e uma redução da autoapreciação no resto das regiões (Região Norte (48,0% vs. 49,5% em 2021)). Em 2022, a proporção de pessoas residentes com uma perceção boa ou muito boa do seu estado de saúde foi maior na Área Metropolitana de Lisboa (55,4%), na Região Autónoma dos Açores (51,3%) e na Região do Algarve (52,1%) e menor na Região Autónoma da Madeira (45,4%) e na Região Centro (44,5%).

A análise temporal da série iniciada em 2004 evidencia três fases distintas: uma primeira fase até 2011, caracterizada por uma tendência crescente, a que seguiram três anos, de 2012 a 2014, em que a proporção de pessoas com avaliação positiva se reduziu, e uma terceira etapa novamente caracterizada pelo aumento contínuo do indicador, que se manteve em 2020 apesar das limitações impostas pelas medidas de mitigação da pandemia de COVID-19. Contudo, a população portuguesa continuava em 2022 a ser uma das populações dos 27 países de União Europeia em que a apreciação que a população residente fazia do seu estado de saúde era mais baixa: 49,5%, aproximadamente 18,3% menos que a média obtida para a UE-27 (67,8%).

Segundo estudos populacionais realizados a nível nacional em 2019, estima-se que a proporção da população com 15 ou mais anos que expressava sintomas depressivos fosse aproximadamente 6,9%. Do conjunto de pessoas com sintomas depressivos, a maioria (59,8%) evidenciou sintomas depressivos ligeiros. De realçar que aproximadamente 33,4% da população com 15 ou mais anos que avaliou o seu estado de saúde como mau ou muito mau referiu ter sintomas depressivos; e que mais de 60,0% dos indivíduos com sintomas depressivos eram do sexo feminino e 41,1% eram reformadas/os.

Segundo mesmo inquérito, conclui-se que a frequência de pessoas com sintomas depressivos

era maior em faixas etárias mais avançadas (7,1% entre 45 e 54 anos, 10% entre 55 e 64 anos, 8,9% entre 65 e 74 anos e 15,4% entre 75 e 84 anos). De forma inversa, a proporção da população com sintomas depressivos era menor em função do nível superior de escolaridade concluído, sendo que 21,2% das pessoas que não tinham concluído qualquer nível de ensino referiram ter sintomas depressivos face a 9,5% e 2,8% das pessoas que tinham concluído o ensino básico e secundário, respetivamente. A proporção de sintomas depressivos graves era referida em maior proporção relativa pelas pessoas com menor nível de escolaridade. Aproximadamente 41,3% da população com sintomas depressivos residia em áreas densamente povoadas.

4.6 Consumo de Substâncias

Entre 2014 e 2019, os hábitos de consumo de substâncias em Portugal, incluindo a Região Norte, sofreram algumas alterações significativas, de acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) divulgado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

Em 2019, em Portugal, 69,4% da população com 15 ou mais anos de idade relatou ter consumido bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores ao inquérito, uma ligeira diminuição em relação a 2014 (70%). A mesma tendência se observa na Região Norte, com 71,6% da população com 15 ou mais anos de idade relatarem ter consumido

bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores ao inquérito, observando também uma ligeira redução em relação a 2014 (74,7%). No entanto, a proporção daqueles que admitiram consumir bebidas alcoólicas diariamente caiu de 34,5% em 2014 para 29,6% em 2019, em Portugal. A redução foi mais acentuada nos grupos etários mais elevados, sendo o grupo etário entre 75 e os 84 anos, a população que mais consumiu diariamente, em 2019 (55,3%). O mesmo se verifica para a Região Norte, observando-se uma redução do consumo diário de bebidas alcoólicas (37,8% vs. 40,6% em 2014), sendo o grupo etário dos 75 aos 84 anos que mais consome diariamente (62,2%).

No entanto, o consumo arriscado de álcool, definido como o consumo de seis ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião, aumentou significativamente.

Em 2019, 42,8% da população admitiu ter participado em episódios de consumo arriscado, um aumento de 9,6 pontos percentuais em relação a 2014 (33,2%). Este aumento foi particularmente notável entre as mulheres, onde a proporção subiu de 18,1% em 2014 para 30,3% em 2019, embora os homens ainda fossem os principais responsáveis por esse tipo de consumo.

Na Região Norte, o consumo de tabaco também apresentou uma redução entre 2014 e 2019. A percentagem da população que fumava diariamente diminuiu, seguindo a tendência nacional (redução de -13,2% na Região Norte, e -15,1% em Portugal). Em 2019, cerca de 17,0% da população portuguesa com 15 ou mais anos era fumadora, um decréscimo de 3 pontos percentuais em relação a 2014. Na Região Norte, o padrão foi semelhante, com uma queda visível na prevalência do tabagismo diário, especialmente entre as faixas etárias mais jovens.

A análise por sexo revelou que os homens continuam a ter uma prevalência mais alta de consumo diário de tabaco do que as mulheres, apesar de ambos os grupos terem mostrado uma redução no consumo. Em 2019, a maioria dos fumadores na Região Norte consumia até 10 cigarros por dia. No entanto, em Portugal entre os homens, prevalece o consumo de 11 a 20 cigarros diários.

Comparando os dados de 2014 e 2019, observa-se uma tendência geral de redução no consumo diário de tabaco e de bebidas alcoólicas em Portugal e na Região Norte, com uma exceção significativa no aumento do consumo arriscado de álcool. Este último reflete uma mudança nos padrões de comportamento, especialmente entre as mulheres, que aderiram mais ao consumo intenso em ocasiões específicas.

Estas mudanças nos padrões de consumo são fundamentais para compreender a evolução dos determinantes de saúde em Portugal e na Região Norte, indicando áreas que podem necessitar de intervenções mais direcionadas no futuro para promover estilos de vida mais saudáveis.

4.7 Excesso de Peso/Obesidade

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde, no ano de 2019, a prevalência de excesso de peso e de obesidade na população com 18 e mais anos residente na Região Norte foi estimada em 58,1% e 49,9% no sexo masculino e feminino, respetivamente. Ao nível do território de Portugal Continental foi estimada em 58,6% e 49,0% no sexo masculino e feminino, respetivamente. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico de 2015, a prevalência padronizada de excesso de peso e de obesidade, na população com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos, residente na área de influência da Região Norte, foi estimada em 42,0% e 28,4%,

respetivamente. Na população residente em Portugal, do sexo masculino e feminino, foi estimada em 45,4% e 33,1% (excesso de peso) e em 24,9% e 32,1% (obesidade), respetivamente.

A diferença nos valores obtidos através das fontes, para além das discrepâncias inerentes às unidades geográficas de análise em que está inserida a população de interesse, aponta para uma possível sub-codificação desta informação nos registos dos Cuidados de Saúde Primários. Salienta-se que os valores de base populacional para a Região Norte estão muito próximos daqueles que foram estimados para a população de Portugal Continental, em ambos os estudos.

No que se refere às populações mais jovens estima-se que, em 2021/22, 20,6% das crianças, entre os 6 e os 8 anos, residentes na área de influência da Região Norte, tinham excesso de peso (pré-obesidade) e 12,6 % eram obesas, segundo os critérios da OMS de 2007.

4.8 Indicadores de atividade física

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2019, 52,7% da população, com 15 ou mais anos, residente na Região Norte que foi inquirida, referiu desempenhar as suas tarefas diárias sentadas ou em pé, em atividades que envolviam um esforço físico ligeiro, face a uma proporção de 50,8% de inquiridos, residentes em Portugal Continental. Aproximadamente 7,2% dos inquiridos residentes

na Região Norte e 5,9% dos residentes em Portugal Continental exercia trabalhos fisicamente exigentes.

Segundo o mesmo inquérito, o desempenho de tarefas em esforço físico ligeiro foi a forma mais frequente em qualquer condição perante o trabalho em 2019. O desempenho de tarefas envolvendo um esforço físico moderado atingiram proporções mais elevadas no conjunto dos empregados e reformados; e mais baixas no grupo dos desempregados.

A nível nacional, mais de 30% da população, com 15 ou mais anos, deslocava-se a pé diariamente; já as pessoas que se deslocavam de bicicleta representavam 5,9% da população residente, ou seja, cerca de meio milhão de residentes com 15 ou mais anos em 2019.

As pessoas que o faziam diariamente representavam menos de 1,0% da população em análise (cerca de 73.871 mil pessoas utilizava a bicicleta todos os dias nas suas deslocações em 2019). Estimou-se que a população a partir dos 45 anos fossem o grupo que mais se deslocavam a pé todos os dias da semana. Para a maioria da população, o tempo médio das deslocações diárias efetuadas a pé foi inferior a 30 minutos. De um modo geral, os homens deslocavam-se a pé mais dias por semana e durante mais tempo do que as mulheres.

Em Portugal, segundo dados de 2019, estima-se que a maioria da população com 15 ou mais anos não praticasse qualquer atividade desportiva ou de lazer de forma regular (5,8 milhões). Estima-se ainda que 1,2 milhões de pessoas praticassem exercício físico entre 1 e 2 dias por semana e 327 mil pessoas de forma diária. A situação mais frequentemente relatada foi a prática de exercício físico entre 1 e 2 dias por semana. A prática de exercício físico pelo menos uma vez por semana foi mais frequente para as mulheres (54,0%) do que para os homens (46,0%).

Estima-se assim que em Portugal os homens pratiquem mais exercício físico, tanto em número de dias por semana como em duração média por semana. Em 2019, 32,5% da população masculina residente em Portugal, com 15 ou mais anos, que praticava exercício físico, pelo menos um dia por semana, fê-lo menos de 2 horas por

semana, 15,9% entre 2 até 3 horas, 22,3% entre 3 até 5 horas e 24,6% 5 ou mais horas. Já no sexo feminino estes valores foram estimados em 35,6%, 23,0%, 22,2% e 15,4%, respetivamente.

4.9 Indicadores nutricionais e alimentares

Em 2019, mais de 7 milhões de portugueses residentes em Portugal Continental com 15 ou mais anos (67,0% vs. 66,0% na Região Norte) referiram consumir fruta diariamente e 5,3% (5,5% na Região Norte) referiram consumir fruta menos de uma vez por semana. O consumo diário de fruta foi menos frequente entre as pessoas com 15 e 24 anos e mais frequente a partir dos 55 anos, pertencentes às populações de ambas as áreas geográficas. A média de porções de fruta consumidas diariamente a nível nacional foi de 2,4, mais elevada para as pessoas entre 55 e 74 anos, e para quem tinha completado um nível de ensino superior.

Segundo dados do mesmo ano, a população do sexo feminino, residente em Portugal Continental, consumia legumes e saladas mais frequentemente do que do que a população do sexo masculino. Numa base diária as proporções de consumo referidas foram de aproximadamente 47,3% (47,6% na Região Norte) para o sexo feminino, face a 36,7% (37,6% na Região Norte) para o sexo masculino. Na população residente na Região Norte, o consumo diário de legumes e

saladas foi sustentadamente mais elevado na população adulta (55 - 64 anos), com proporções superiores a 50%.

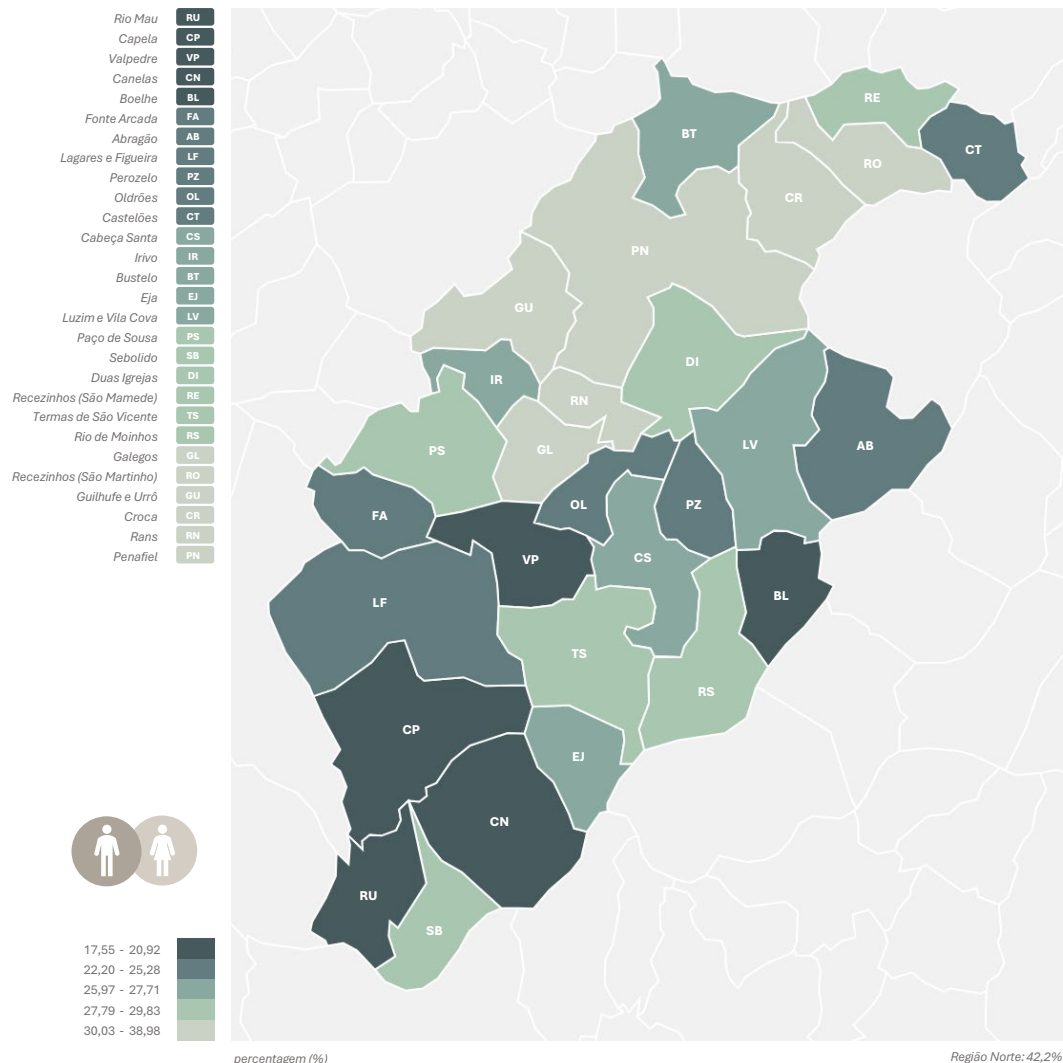
Apenas 35,8% dos jovens até aos 24 anos residentes na Região Norte (34,4% ao nível de Portugal Continental) referiu consumir diariamente legumes e saladas.

Em termos de média de porções de legumes ou saladas consumidas por dia a nível nacional, as mulheres registaram um valor superior ao dos homens. As pessoas que tinham completado o ensino superior indicaram consumir, em média, 2,1 porções por dia, valor mais elevado do que a média da população (2,0 porções).

A nível nacional a adesão elevada ao padrão alimentar mediterrânico é estimada em 12%, superior no sexo masculino (12,6%) em comparação com o sexo feminino (11,3%); superior nas faixas etárias entre os 50 e os 69 anos de idade (50-59 anos – 14,0% e 60-69 anos – 16,3%) e inferior nos mais jovens (18-29 anos - 8,0%).

Em 2015-2016, dados da coorte EpiDoC (amostra representativa da população portuguesa) demonstravam que cerca de 19,3% dos agregados familiares portugueses encontravam-se numa situação de insegurança alimentar (14,0% insegurança alimentar ligeira, 3,5% insegurança alimentar moderada e 1,8%

insegurança alimentar grave). Neste contexto, a insegurança alimentar pode ser definida como uma situação que existe quando se verificam dificuldades económicas no acesso aos alimentos. A prevalência de insegurança alimentar nas famílias monoparentais (26,4%) e nos agregados familiares com idosos (20,9%) foi superior à prevalência nacional (19,3%). Verificaram-se diferenças regionais na prevalência de insegurança alimentar, sendo a Região Autónoma dos Açores (29,0%), a Região Autónoma da Madeira (28,8%) e a Região do Algarve (22,4%) as que apresentaram os valores mais elevados de insegurança alimentar.



Taxa de abstenção para as autarquias locais do município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021

Figura 4.65

4.10 Participação da população

4.10.1 Taxa de Abstenção

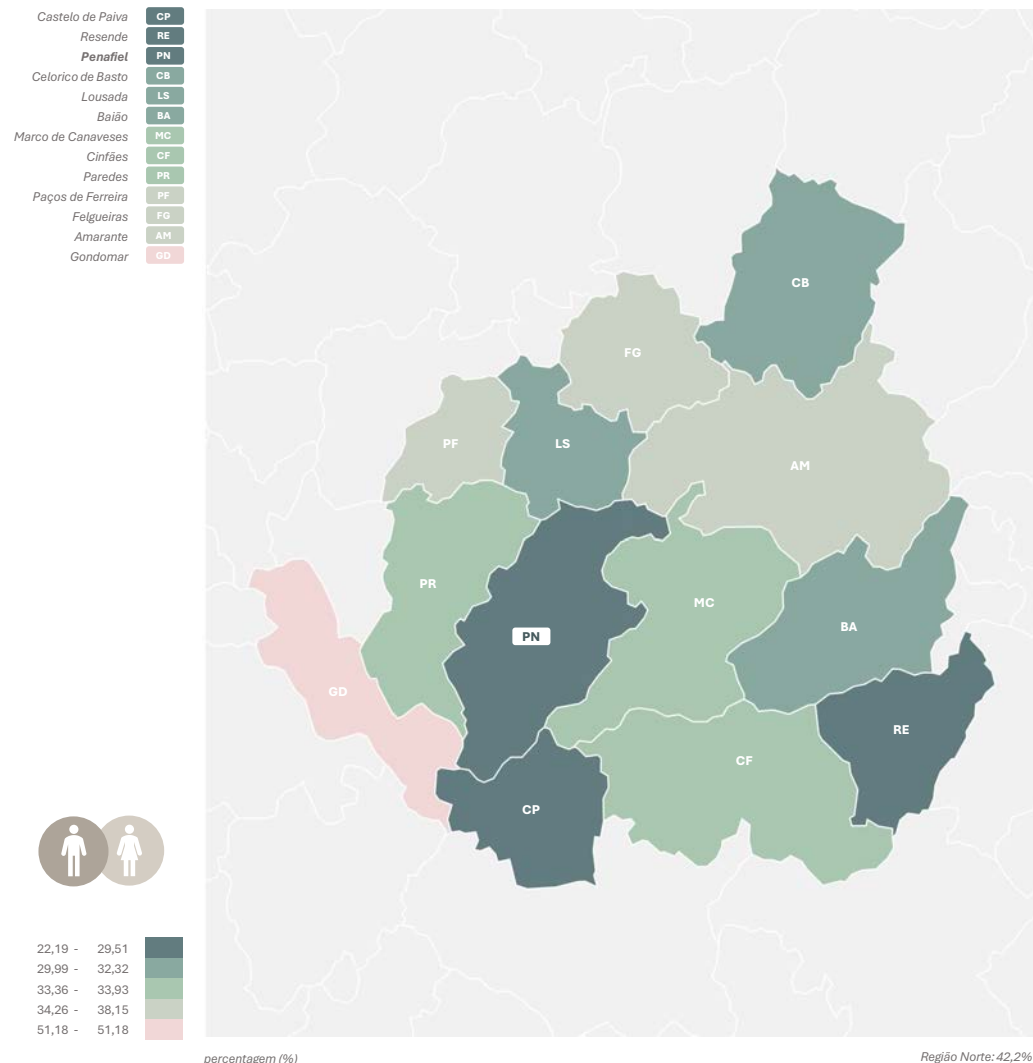
A participação eleitoral é um indicador essencial da saúde democrática e cívica de um município. A envolvimento da população nas decisões locais, como as eleições autárquicas, reflete o compromisso dos cidadãos com o desenvolvimento e o bem-estar da comunidade. Num contexto de estratégias municipais de saúde, a participação ativa da população nas eleições é fundamental, pois permite a eleição de representantes que, ao compreenderem as necessidades locais, podem implementar políticas públicas adequadas que promovam a saúde, a qualidade de vida e a coesão social. A abstenção elevada, por outro lado, pode indicar desinteresse ou desconfiança nas instituições, comprometendo o progresso comunitário.

Em 2021, a taxa de abstenção nas eleições autárquicas, no município de Penafiel, foi de aproximadamente 29,5%, continuando uma tendência crescente observada nas últimas décadas. Esta tendência acompanha o panorama geral no continente, onde a abstenção nas autárquicas subiu de cerca de 39,8% em 2001 para 46,4% em 2021. Em Penafiel, as freguesias apresentaram valores bastante diferenciados: Penafiel registou a maior taxa de abstenção, com cerca de 39,0%, enquanto Rio Mau teve a menor, com aproximadamente 17,6%. Este contraste

espelha as diferenças demográficas e socioeconómicas dentro do município (Figura 4.65).

No contexto da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa (CIM-TS), incluindo os municípios de Gondomar e Paredes, Gondomar destacou-se com a maior taxa de abstenção, com 51,2%, enquanto Castelo de Paiva apresentou a menor taxa, com 22,2%. Estes valores sugerem variações significativas de participação entre os diferentes municípios da região, influenciadas por fatores locais como a densidade populacional e o grau de urbanização (Figura 4.66).

A evolução das taxas de abstenção desde 2001 mostra uma tendência preocupante, tanto em Penafiel como a nível regional e nacional. Este aumento reflete um desafio crescente na reativação do interesse dos cidadãos pela vida política local, essencial para a implementação de estratégias municipais eficazes, particularmente no domínio da saúde pública (Figura 4.67).



Taxa de abstenção para as autarquias locais nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021

Figura 4.66

4.10.2 Voluntariado

O voluntariado é uma força vital para a coesão social e uma componente essencial na promoção de uma sociedade saudável e inclusiva. Num contexto de saúde pública, o voluntariado pode contribuir para a disseminação de informação, apoio a grupos vulneráveis e promoção de estilos de vida saudáveis. Em 2018, a taxa de voluntariado na Região Norte de Portugal foi de 1,8%, significativamente inferior à média nacional de 6,5%. A análise dos dados revela diferenças importantes entre os géneros: na Região Norte, a taxa de voluntariado foi maior entre as mulheres (2,1%) em comparação com os homens (1,5%). Esta tendência de maior participação feminina também se observou no panorama nacional, com as mulheres a apresentarem uma taxa ligeiramente superior (6,6%) em relação aos homens (6,5%).

O tipo de voluntariado predominante na Região Norte é o informal, com uma taxa de 7,2%, superando o voluntariado formal, que se situou nos 5,6%. Este padrão é semelhante ao observado a nível nacional, onde o voluntariado informal atingiu 6,4%, enquanto o voluntariado formal foi consideravelmente menor, com 1,5%. A análise demográfica dos voluntários a nível nacional mostra que a população com ensino superior é a mais envolvida em atividades de voluntariado, com uma taxa de participação de

15,1%. Em contrapartida, a participação mais baixa foi observada entre aqueles com educação até ao 3.º ciclo do ensino básico, com uma taxa de 4,9%. No que diz respeito às faixas etárias, o grupo dos 15 aos 24 anos destacou-se como o mais participativo, com uma taxa de 11,3%. Em contraste, a menor participação foi registada entre os indivíduos com 65 anos ou mais, com uma taxa de 4,6%. A participação em voluntariado também varia conforme o estado civil. Indivíduos divorciados ou separados mostraram a maior taxa de participação, atingindo 9,2%, seguidos pelos solteiros com 9,1%. A menor participação foi observada entre a população viúva, com uma taxa de 5,1%. Considerando a condição perante o trabalho, a população ativa registou uma maior taxa de participação em voluntariado (8,9%) em comparação com a população inativa (6,3%). Dentro do grupo da população ativa, os desempregados destacaram-se como os mais envolvidos, com uma taxa de 10,5%, superando a participação dos empregados, que foi de 8,8%.

4.10.3 Entidades da Economia Social

O número de entidades, no ano de 2016, foi de 5,3 por 1.000 habitantes em Tâmega e Sousa, valor inferior ao registado na Região Norte (6,5/1.000 hab.) e em Portugal Continental (7,0/1.000 hab.).

4.11 Rendimento médio anual

Entre 2011 e 2021, o rendimento médio anual disponível das famílias em Portugal registou uma evolução significativa, refletindo as diversas fases económicas e as políticas públicas implementadas ao longo deste período.

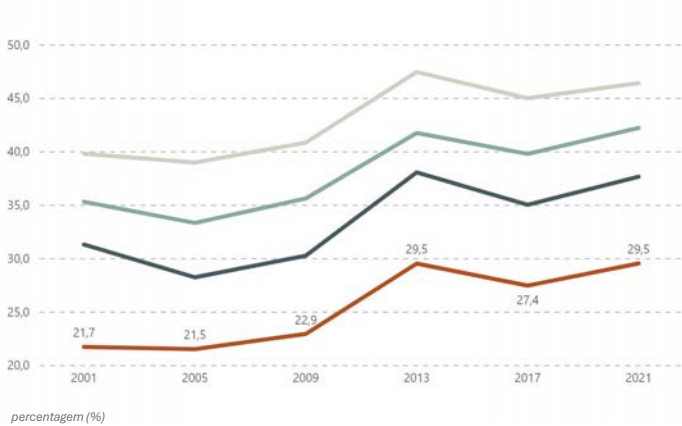
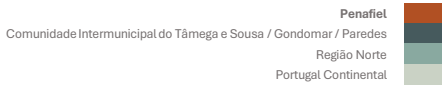
Em 2011, Portugal atravessava uma fase de ajustamento económico profundo devido à crise financeira global e ao programa de ajustamento imposto pela Troika, com um rendimento médio anual de 30.922,5 euros (Figura 4.68). Neste contexto, o rendimento médio anual disponível das famílias sofreu uma redução, refletindo o impacto das medidas de austeridade e das dificuldades económicas. As famílias enfrentaram um período de estagnação e redução no seu poder de compra, com uma diminuição notável no rendimento disponível per capita.

Nos anos seguintes, o país iniciou um processo de recuperação económica. Entre 2014 e 2019, observaram-se sinais de recuperação com um aumento gradual no rendimento médio anual disponível das famílias, aumentado de 29.245,5 para 34.594,8 euros. Este crescimento foi impulsionado pela recuperação da economia, melhoria das condições de emprego e pela implementação de políticas públicas que visavam aumentar o rendimento das famílias e

estimular o consumo, beneficiando-se de um ambiente económico mais estável, com taxas de crescimento económico positivas e uma melhoria nas condições de mercado de trabalho. As políticas de aumento do salário mínimo e de outras transferências sociais contribuíram para a melhoria das condições de vida das famílias portuguesas.

No entanto, a partir de 2020, a pandemia de COVID-19 introduziu novos desafios. Apesar das medidas de apoio do governo, como os apoios à manutenção de emprego e os subsídios de emergência, o rendimento médio anual disponível das famílias teve uma variação significativa para 2021 (com um aumento para 38.735,2 euros em 2021).

Entre 2011 e 2021, o rendimento médio anual disponível das famílias em Portugal mostrou uma trajetória de recuperação após a crise financeira global, com períodos de crescimento acelerado e desaceleração devido a choques económicos e pandemias. A evolução deste indicador é um reflexo das condições económicas gerais, das políticas públicas e das dinâmicas de mercado que moldaram o contexto económico e social do país ao longo dos anos.



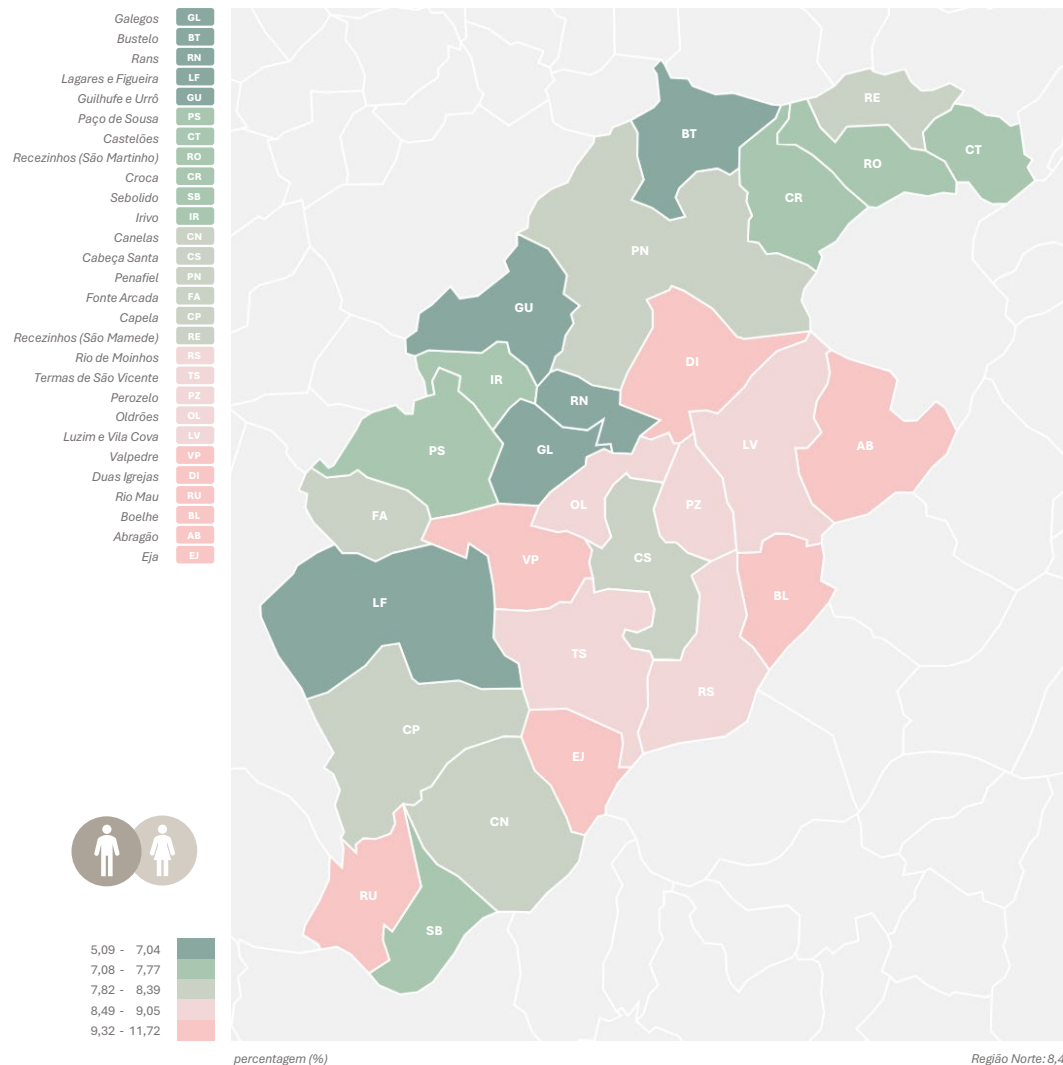
Evolução da taxa de abstenção para as autarquias locais na população residente no município de Penafiel, 2001-2021

Figura 4.67



Evolução do rendimento médio anual disponível das famílias em Portugal, 2011-2021

Figura 4.68



Taxa de desemprego do município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021

Figura 4.69

4.12 Desemprego

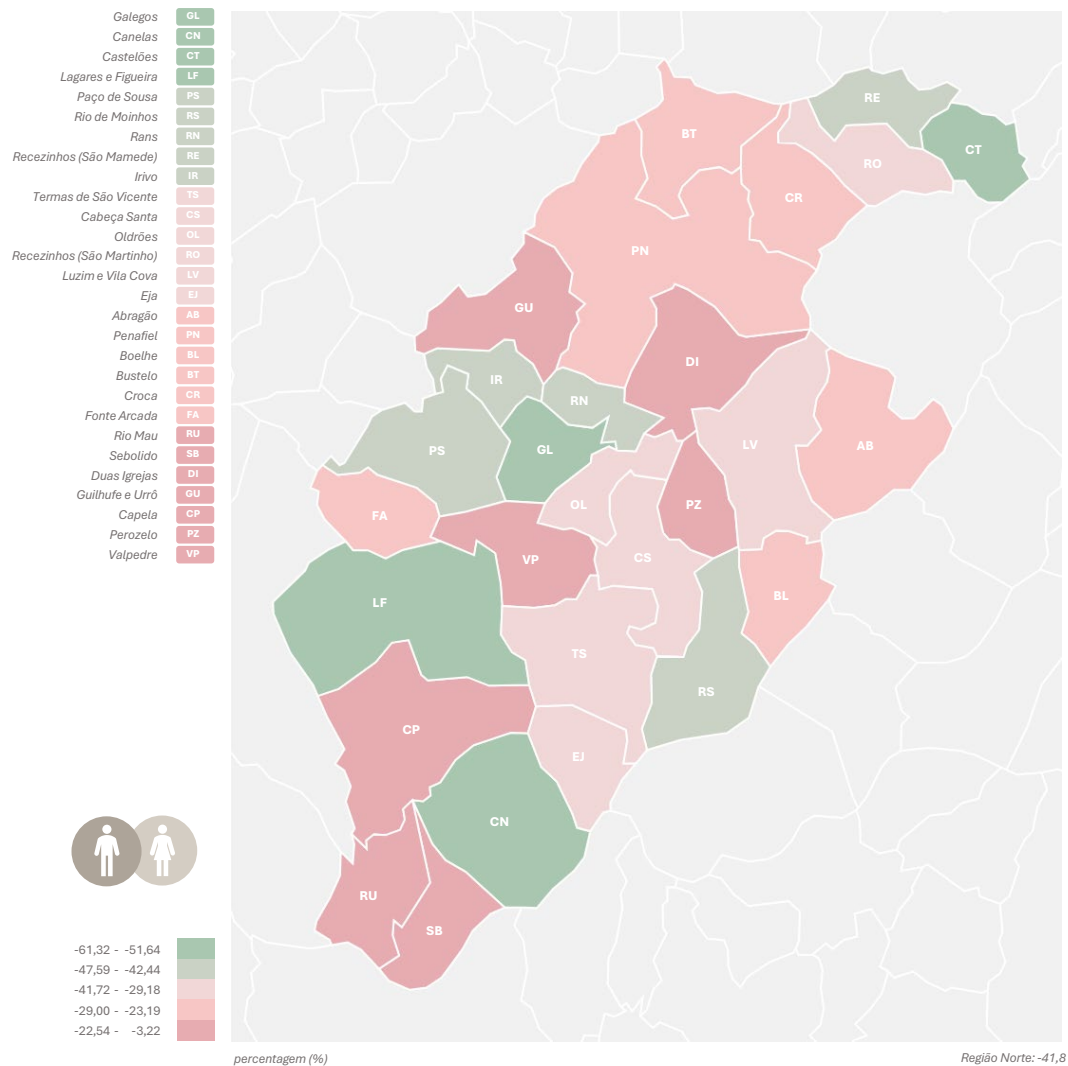
O desemprego é um indicador económico e social fundamental que reflete a saúde do mercado de trabalho e o bem-estar da população. Este indicador é essencial para compreender o dinamismo económico de uma região, as condições de vida dos seus habitantes e as desigualdades socioeconómicas. A análise destes dados permite não só compreender o panorama do desemprego em diferentes áreas, mas também identificar áreas de intervenção prioritária e desenvolver estratégias adaptadas às necessidades específicas de cada freguesia e município.

Em 2021, a taxa de desemprego no município de Penafiel, conforme dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), apresentou variações significativas entre as freguesias. Os dados revelam que as freguesias mais afetadas pelo desemprego foram, geralmente, aquelas com economias menos diversificadas. Em contraste, freguesias com um setor económico mais robusto e diversificado tendem a exibir taxas de desemprego mais baixas. As freguesias com maior taxa de desemprego em 2021 foram: Eja (11,7%), Abragão (11,4%), Boelhe (11,1%), Rio Mau (9,8%), Duas Igrejas (9,5%) e Valpedre (9,3%), valores superiores ao registado na Região Norte (8,4%). As freguesias com menor desemprego foram: Galegos (5,1%), Bustelo

(6,0%), Rans (6,2%), Lagares e Figueira (6,3%), e Guilhufe e Urrô (7,0%) (Figura 4.69).

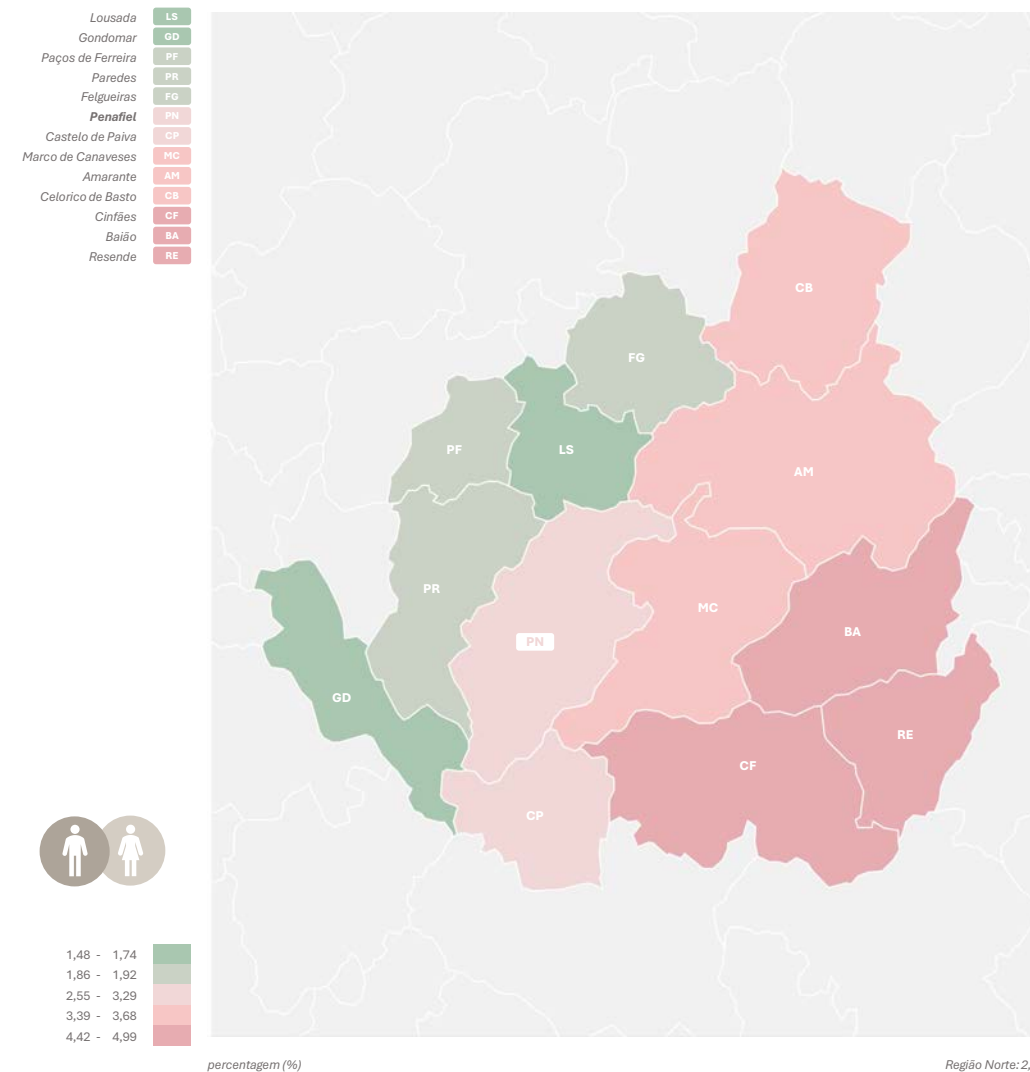
Quando analisamos a taxa de desemprego na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, juntamente com os municípios de Gondomar e Paredes para o ano de 2021, observa-se uma variação entre 7,0% a 11,0%, sendo que o município de Penafiel apresentou uma taxa de 8,0%, valor inferior ao registado na Região Norte (8,4%). Nos municípios que compõem esta região, a taxa de desemprego é influenciada por diversos fatores económicos e sociais específicos. O município de Penafiel, ao longo da última década, entre 2011 e 2021, experienciou uma redução significativa na taxa de desemprego, um reflexo de políticas locais eficazes e de um ambiente económico em recuperação (de 12,4% em 2011 para 8,0% em 2021) (Figura 4.70). A mesma tendência se observa nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes.

As freguesias de Penafiel viram diferentes níveis de sucesso na redução do desemprego, com algumas a mostrarem melhorias notáveis e outras a lutarem para acompanhar esta tendência. As freguesias que mais reduziram foram: Galegos (-61,3%), Canelas (-55,6%), Castelões (-52,1%), e Lagares e Figueira (-51,6%), valores inferiores ao registado na Região Norte (-41,8%).



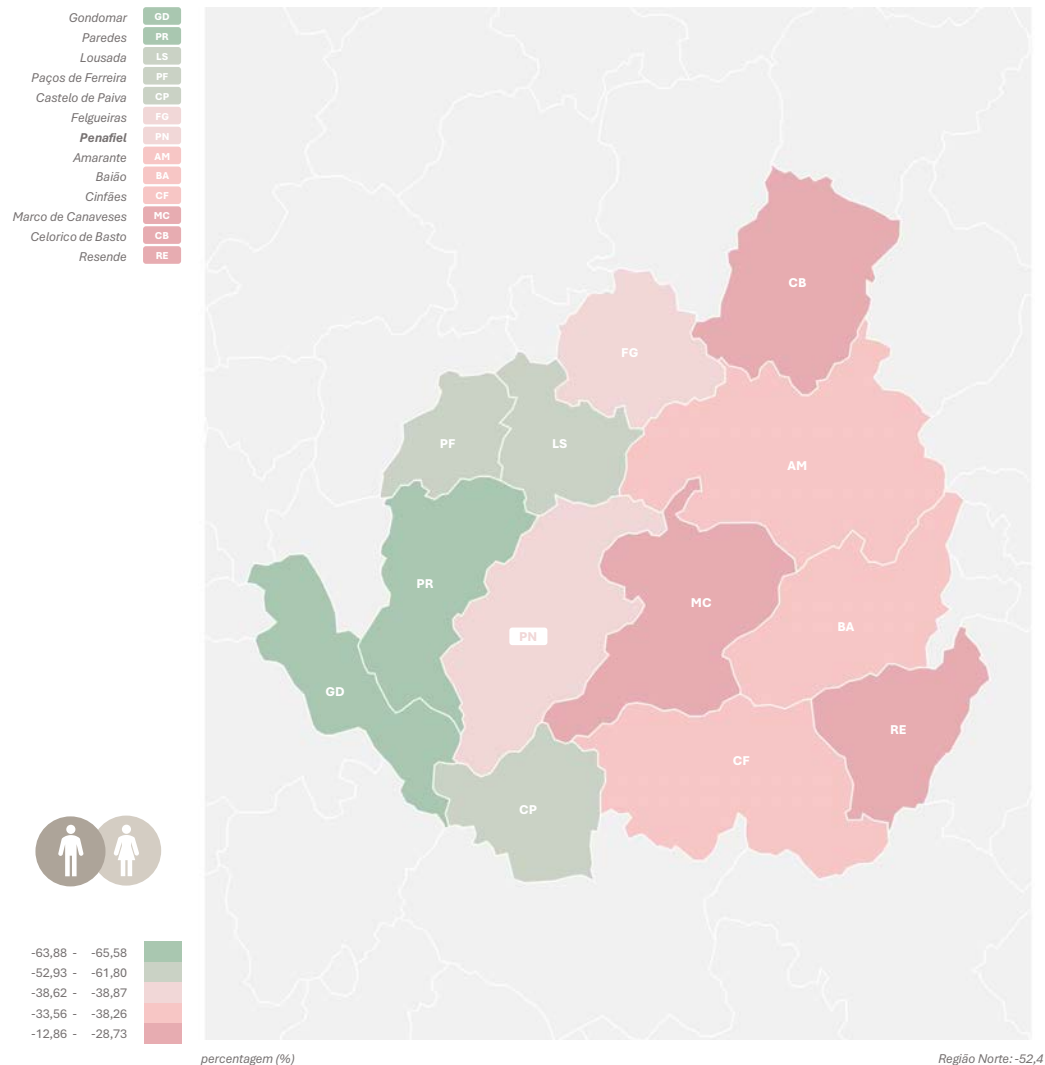
Variação da taxa de desemprego do município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2011 e 2021

Figura 4.70



Taxa de desemprego de longa duração (mais de 12 meses) nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2022

Figura 4.71



Variação da taxa de desemprego de longa duração (mais de 12 meses) nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2011 e 2022

Figura 4.72

O desemprego de longa duração é um problema social e económico significativo, que se refere aos indivíduos que permanecem sem emprego por um período superior a 12 meses. Este fenómeno é particularmente preocupante, pois as dificuldades em encontrar trabalho tendem a agravar-se com o tempo, resultando em maiores desafios para a reintegração no mercado laboral, aumento do risco de pobreza e exclusão social. O desemprego pode comprometer a saúde do indivíduo, isto é, pode levar a consequências negativas para a saúde, como o aumento de problemas mentais e do risco de doenças cardíacas.

A análise do desemprego de longa duração nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes, em 2021, permite identificar as áreas mais afetadas e aquelas que conseguiram reduzir significativamente este tipo de desemprego ao longo da última década.

Em 2021, os municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes com as taxas mais elevadas de desemprego de longa duração foram: Resende (5,0%), Baião (4,4%) e Cinfães (4,4%), valores superiores ao registado na Região Norte (2,2%) refletindo desafios persistentes na recuperação económica e na criação de emprego sustentável nessas áreas. Por outro lado, os municípios com as taxas mais

baixas de desemprego de longa duração em 2021 foram Lousada e Gondomar, com 1,5% e 1,7%, respetivamente (Figura 4.71).

Entre 2011 e 2021, a maioria dos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, incluindo Gondomar e Paredes, registou uma redução no desemprego de longa duração, embora a magnitude dessa redução varie consideravelmente. O município de Gondomar destacou-se como aquele que conseguiu a maior redução na taxa de desemprego de longa duração (-65,6%), seguido por Paredes e Lousada, que também mostraram progressos significativos (-63,9%, e -61,8%, respetivamente) (Figura 4.72).

Estes resultados indicam um esforço contínuo e eficaz na implementação de políticas de emprego e formação, bem como na atração de investimentos que fomentem a criação de postos de trabalho. Em contrapartida, municípios como Resende (-12,9%), Celorico de Basto (-24,2%) e Marco de Canaveses (-28,7%) registaram reduções mais modestas, sugerindo que ainda enfrentam desafios estruturais na mitigação do desemprego de longa duração.

4.13 Abandono Escolar

A taxa de abandono precoce de educação e formação, e a proporção de jovens que nem trabalham nem estudam são indicadores críticos para a saúde social e económica de uma comunidade. Estes fatores impactam diretamente a coesão social, a empregabilidade e a capacidade de inovação e desenvolvimento de uma região. No contexto de uma estratégia municipal de saúde, abordar estas questões é essencial para promover uma comunidade mais educada, empregada e saudável.

Na Região Norte, a taxa de abandono precoce de educação e formação, entre 2011 e 2022, registou uma evolução positiva, com uma redução significativa. Em 2011, a taxa de abandono escolar precoce era de cerca de 22,5%, o que destacava as dificuldades persistentes no sistema educativo. Contudo, ao longo da década, este indicador melhorou substancialmente, com a taxa a descer para aproximadamente 5,4% em 2022. Este progresso é reflexo de políticas educativas mais eficazes e de iniciativas de retenção escolar (Figura 4.73).

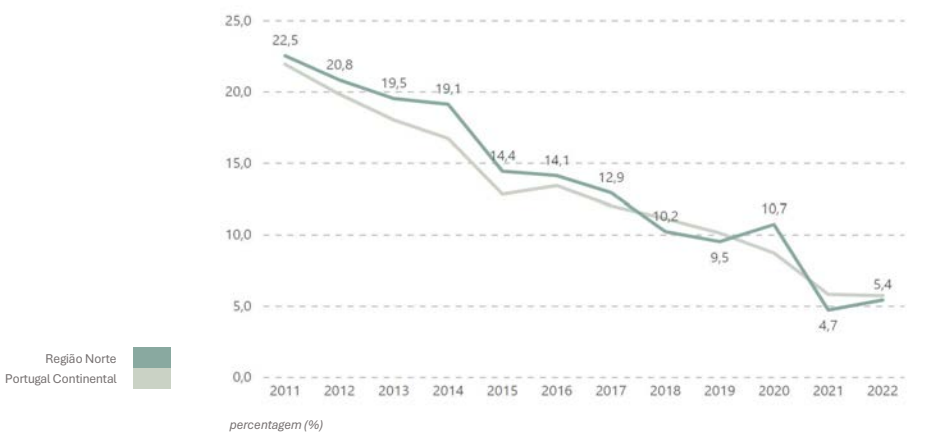
A nível de Portugal Continental, a evolução foi semelhante, com a taxa de abandono escolar precoce a descer de 21,9% em 2011 para 5,7% em 2022. A redução na Região Norte está, portanto, em linha com a tendência nacional,

mostrando uma convergência nos esforços para reduzir o abandono escolar.

Por outro lado, a proporção de jovens, entre os 15 e os 34 anos, que nem trabalham nem estudam (NEETs), na Região Norte, também apresentou variações importantes entre 2011 e 2020. Em 2011, cerca de 14,0% dos jovens na região encontravam-se nesta situação, com um aumento significativo até 2013, atingindo cerca de 17,5%, refletindo o impacto da crise económica. A partir desse ponto, a proporção começou a diminuir gradualmente, alcançando cerca de 11,8% em 2020 (Figura 4.74).

A nível nacional, a proporção de NEETs era ligeiramente inferior, começando com 14,1% em 2011 e reduzindo para 11,2% em 2020. Estes números indicam que, embora a Região Norte tenha registado melhorias, o desafio dos NEETs continua a ser uma preocupação significativa, tanto na região como no país.

Estas tendências revelam a importância de continuar a investir em políticas que previnam o abandono escolar e que promovam a inclusão de jovens no mercado de trabalho ou em programas educativos, essenciais para o desenvolvimento sustentável da Região Norte e de Portugal Continental.



Evolução da taxa de abandono precoce de educação e formação na população residente na Região Norte, 2011-2022

Figura 4.73



Evolução da proporção da população residente entre 15 e 34 anos que nem trabalha nem estuda na população residente na Região Norte, 2011-2020

Figura 4.74



05

RECURSOS DA COMUNIDADE

5.1 Inquérito à População

O presente inquérito tem como objetivo identificar e caracterizar os projetos/atividades de âmbito local, intermunicipal, regional ou nacional que estejam atualmente a decorrer, dirigidos a toda a população ou a grupos específicos na comunidade, e que sejam dinamizados por instituições ou organizações, públicas, privadas e do setor social do município de Penafiel. Pretende-se com esta identificação e caracterização mapear projetos/atividades que tenham como objetivo (direto ou indireto) intervir sobre determinantes de saúde da população, promovendo o bem-estar físico, mental e social.

5.1.1 Principais Áreas de Intervenção

O inquérito revelou diversas áreas prioritárias com um impacto na saúde. A área de intervenção de cada projeto é uma informação fundamental que nos permite identificar o problema/área a que o projeto/atividade está a dar resposta. É de salientar que um projeto pode estar em mais do que uma área. Nos 33 projetos analisados, as principais áreas de intervenção identificadas foram (Figura 5.1), em proporção (e número total):

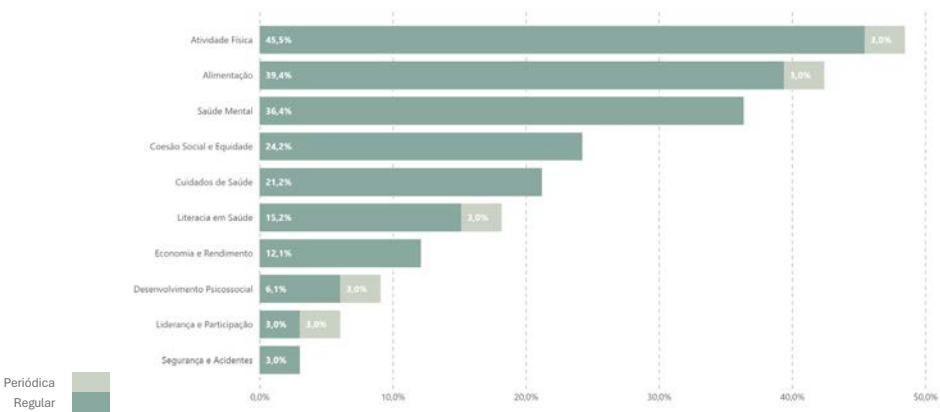
- Atividade física: 48,5% (16)
- Alimentação: 42,4% (14)
- Saúde mental: 36,4% (12)

- Coesão social e equidade: 24,2% (8)
- Cuidados de saúde: 21,2% (7)
- Literacia em saúde: 18,2% (6)
- Economia e rendimento: 12,1% (4)
- Desenvolvimento psicossocial: 9,1% (3)
- Liderança e participação: 6,1% (2)
- Segurança e acidentes: 3,0% (1)

5.1.2 Frequência da Execução dos Projetos/Atividades

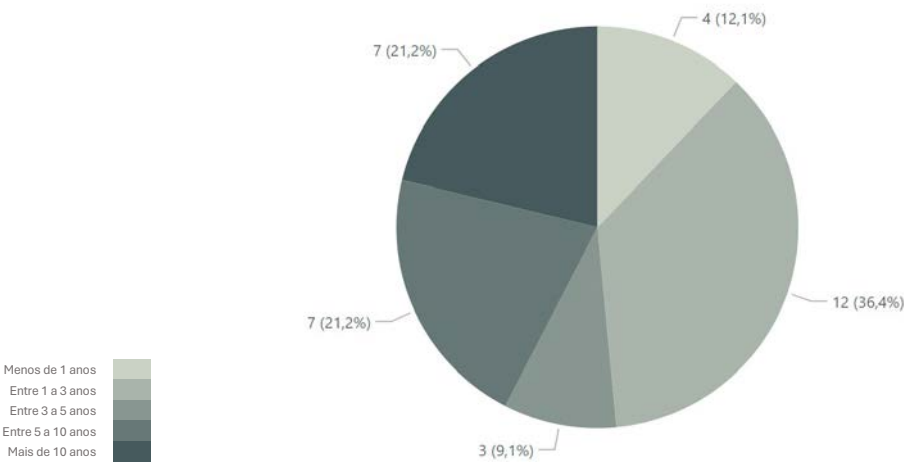
O inquérito sobre os projetos/atividades revelou diferentes padrões de frequência, que são relevantes para entender a continuidade e o impacto das iniciativas. As categorias de frequência foram definidas como:

- Pontual** (apenas decorre uma vez durante um período de 12 meses)
- Ocasional** (decorre mais do que uma vez durante um período de 12 meses, sem periodicidade/calendário definido)
- Periódica** (decorre mais do que uma vez durante um período de 12 meses, com periodicidade/calendário definido)
- Regular** (decorre pelo menos uma vez por mês segundo um calendário de sessões/eventos)



Principais áreas prioritárias de intervenção dos projetos/atividades identificados e frequência da execução dos projetos/atividades

Figura 5.1



Período em atividade do projetos/atividades

Figura 5.2

Inquérito à comunidade – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde.

A maioria dos projetos/atividades (90,9% - 30 projetos) são realizados regularmente, apenas 3 projetos (9,1%) são realizados periodicamente. Não existem projetos/atividades de carácter pontual ou ocasional.

A maioria dos projetos/atividades foram desenvolvidos no ano de 2023, com 11 projetos/atividades. Contudo, destaca-se 1 projeto/atividade que já existe desde 2001. Maior parte dos projetos foram implementados há 1 a 3 anos, partindo da data de 30 de junho de 2024, representado 36,4% do total (Figura 5.2).

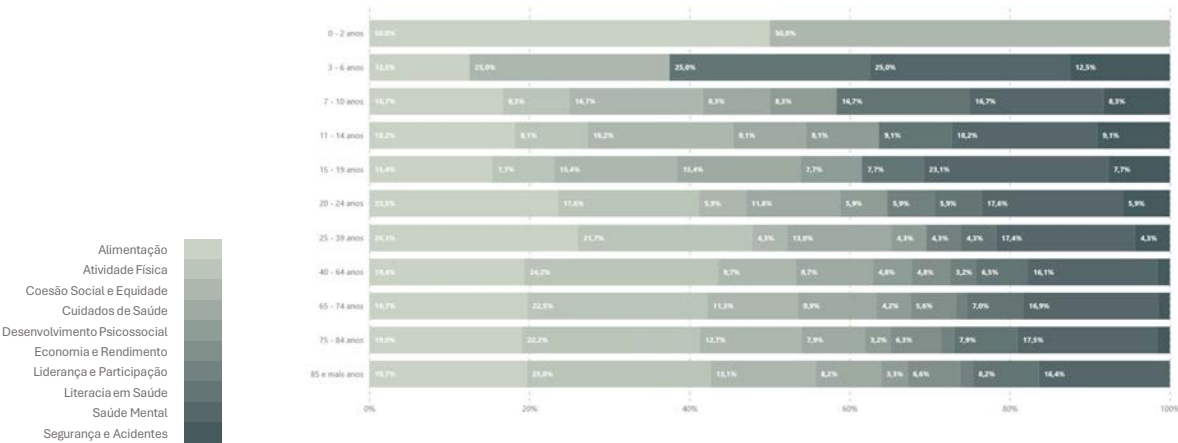
5.1.3 Grupos - Alvo

Os projetos/atividades são direcionados principalmente à população idosa dos 65 aos 74 anos com 31 projetos/atividades envolvidos. Também existe um considerável número de projetos/atividades que têm como alvo a população entre os 40 e 64, como também para a população idosa com 85 e mais anos, com 28 projetos/atividades envolvidos. Entre a população jovem, observa-se um menor número de projetos/atividades, nas diferentes áreas de intervenção, principalmente em crianças pequenas entre os 0 e 2 anos. De um modo geral, verifica-se uma predominância de projetos/atividades nas áreas da alimentação e atividade física para todos os grupos etários (Figura 5.3).

5.1.4 Âmbito Geográfico do Projeto/Atividade

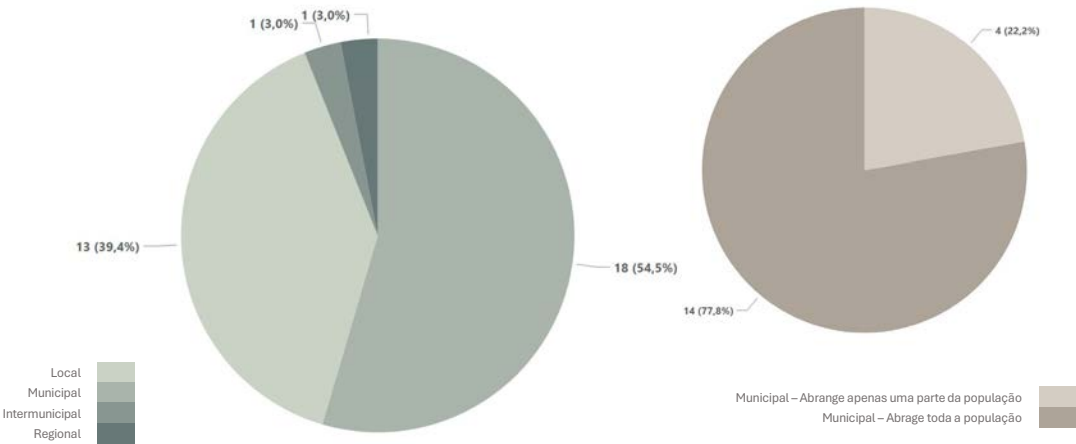
18 projetos/atividades foram desenvolvidos a nível municipal (54,5%), dos quais 14 abrangem toda a população residente de Penafiel (77,8%), enquanto 4 abrangem apenas parte da população residente (22,2%). A nível local, 13 projetos/atividades são direcionados à população de freguesias específicas do município de Penafiel (39,4%). Um projeto/atividade foi desenvolvido a nível intermunicipal (3,0%), nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, abrangendo toda a população do município de Penafiel, e outro projeto/atividade a nível regional, nos municípios da Região Norte (3,0%) (Figura 5.4).

Os projetos/atividades desenvolvidos a nível local e a nível municipal que abrangem apenas parte da população, foram dinamizados em várias freguesias do município de Penafiel. 1 projeto/atividade engloba todas as 28 freguesias do município de Penafiel. A maioria dos projetos são dinamizados na freguesia de Penafiel (5 projetos). Outras freguesias onde foram desenvolvidos mais do que 1 projeto/atividade incluem Galegos, Oldrões, e Termas de São Vicente.



Proporção dos projetos/atividades por grupo etário alvo do projeto/atividade

Figura 5.3



Proporção dos projetos/atividades por âmbito geográfico do projeto/atividade

Figura 5.4

5.1.5 População Residente Abrangida pelo Projeto/Atividade, Número e Duração das Sessões do Projeto/Atividade

De acordo com os dados recolhidos através do inquérito sobre os projetos/atividades implementados no município de Penafiel, observa-se que, em média, as iniciativas abrangem 194,6 pessoas nos últimos 12 meses. Este número reflete o impacto e a capacidade de alcance dos projetos, demonstrando que grande parte das ações tem uma abrangência significativa junto da população. A maioria dos projetos/atividades envolve mais de 100 pessoas, indicando uma forte participação comunitária, com um foco claro na inclusão e no envolvimento coletivo (Figura 5.5).

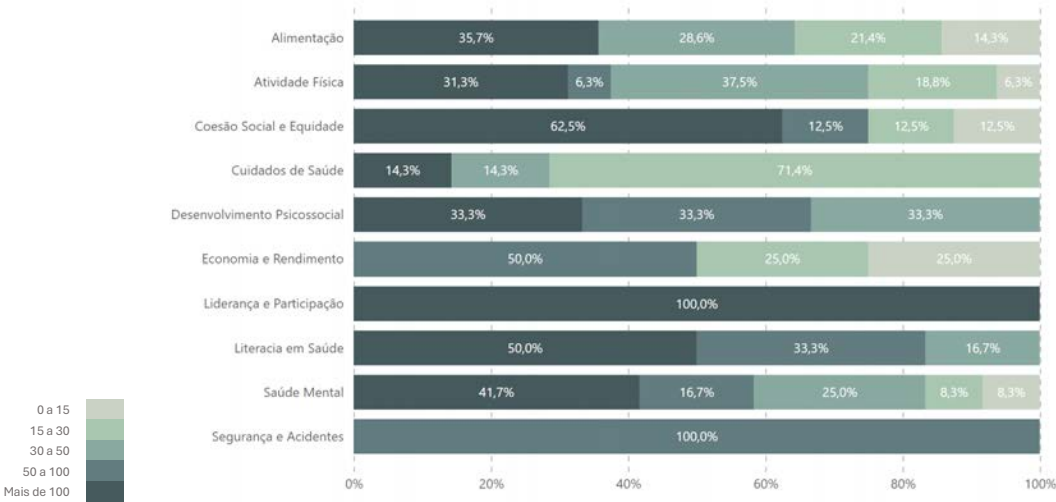
Além disso, em termos do número de participantes, por sessão ou momento de contacto, foi apurado que, em média, 128,5 pessoas estiveram presentes em cada sessão, demonstrando um bom nível de adesão. Este dado sublinha o interesse da comunidade em participar nas atividades promovidas, o que pode estar relacionado com a relevância dos temas abordados e a necessidade de uma maior interação social e envolvimento em iniciativas de carácter comunitário.

Em termos do número de sessões ou momentos de contacto realizados, o inquérito

revela que foram organizadas, em média, 227,8 sessões ou momentos de contacto durante os últimos 12 meses. A regularidade das sessões permite a criação de um vínculo mais forte entre os participantes e as iniciativas, promovendo uma continuidade que é crucial para o sucesso a longo prazo destes projetos.

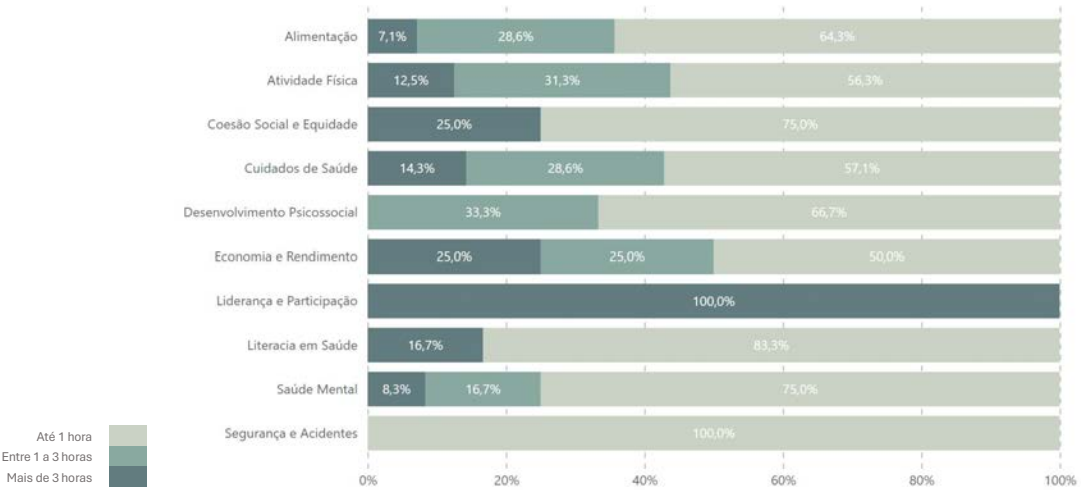
No que diz respeito à duração das sessões, os dados mostram uma variação considerável entre diferentes projetos/atividades. A duração das sessões pode ser ajustada às necessidades específicas de cada iniciativa, ao público-alvo e aos objetivos traçados. No entanto, a maioria das sessões ou momentos de contacto realizados tem uma duração de 1 hora (Figura 5.6), o que parece ser suficiente para atingir os objetivos propostos, garantindo que a participação dos residentes seja acessível e adequada aos seus horários e compromissos pessoais.

Em síntese, os projetos/atividades desenvolvidos em Penafiel ao longo dos últimos 12 meses têm tido um impacto substancial na comunidade local, com um número significativo de pessoas envolvidas e uma elevada frequência de sessões.



Proporção dos projetos/atividades por número de população abrangida pelo projeto nos últimos 12 meses

Figura 5.5



Proporção dos projetos/atividades por número de horas de duração do projeto por sessão/momento de contacto

Figura 5.6

5.1.6 Sessões/Momentos de Contacto Online/Digital ou Presencial

Relativamente à duração de sessões de contacto online/digital e presencial, 28 projetos/atividades fornecem sessões presenciais, em que a maioria (16 projetos/atividades) desenvolve sessões de 30 a 90 minutos (57,1%). Adicionalmente, 10 projetos/atividades oferecem sessões em modo online/digital, sendo que 5 destes projetos/atividades também têm sessões de 30 a 90 minutos (Figura 5.7). É de mencionar que os projetos/atividades disponibilizam tanto sessões presenciais quanto online, permitindo uma maior acessibilidade e flexibilidade aos participantes.

5.1.7 Estratégias de Divulgação do Projeto/Atividade

As estratégias de divulgação dos projetos/atividades foram variadas e incluíram contacto institucional, redes sociais (Facebook e Instagram), pessoa a pessoa (divulgação pessoal), folhetos informativos, páginas de internet, imprensa local, placard informativa/cartazes, atendimento/consulta, mensagens de texto/chat e rádio. Estes dados destacam a predominância dos meios de divulgação de contacto direto e através das redes sociais, realçando a importância da

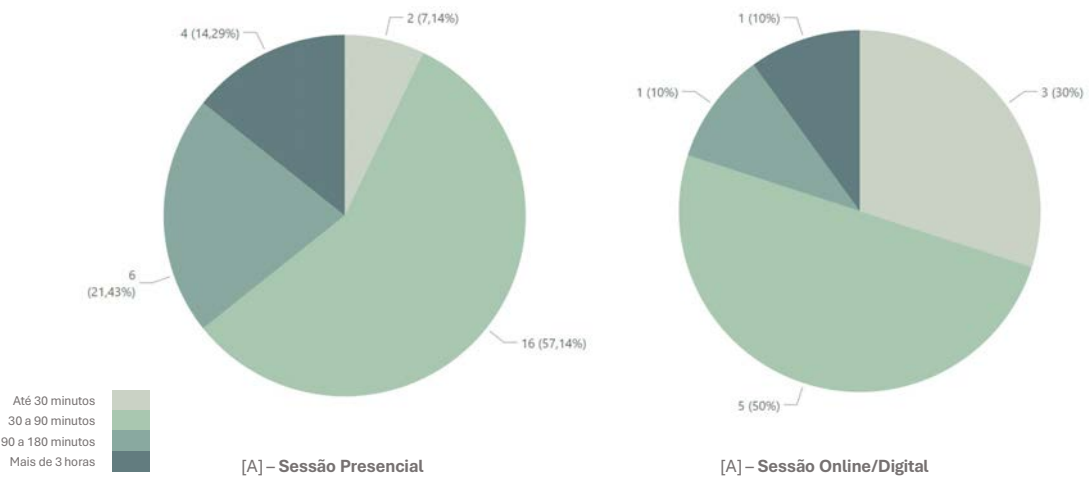
comunicação eficaz na implementação de projetos/atividades de saúde pública.

Os principais meios de divulgação utilizados foram (Figura 5.8):

- Contacto institucional: 66,7% (22)
- Pessoa a pessoa: 54,5% (18)
- Redes sociais - Facebook: 54,5% (18)

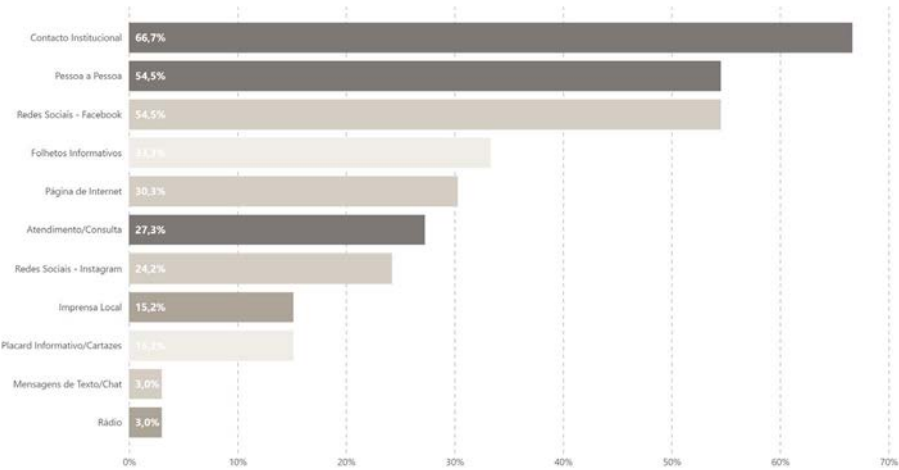
Os meios de divulgação menos utilizados foram:

- Rádio: 3,0% (1)
- Mensagens de texto/chat: 3,0% (1)
- Placards informativos/cartazes: 15,2% (5)



Proporção dos projetos/atividades por duração de sessões online/digital ou presencial

Figura 5.7



Proporção dos projetos/atividades por estratégias de divulgação do projeto/atividade

Figura 5.8

5.1.8 Recursos Humanos Envolvidos na Gestão e Operacionalização do Projeto/Atividade

Os recursos humanos são fundamentais na gestão e execução dos projetos/atividades. A gestão eficiente dos recursos humanos assegura que cada etapa do projeto/atividade seja executada de forma organizada, obtendo um impacto positivo na população. Na figura 5.9 observa-se que um projeto/atividade possui mais de 10 formadores/instrutores (6,3%). O mesmo se verifica para os voluntários, com um projeto envolvendo mais de 10 voluntários (6,3%). A maioria dos projetos não possui assistentes administrativos (68,% - 11 projetos) e os restantes têm 1 a 3 assistentes. No que se refere a assistentes sociais, 81,3% (13 projetos) não têm estes profissionais e os restantes 3 projetos possuem 1 a 3 assistentes sociais.

5.1.9 Parcerias com Instituições/Organizações e Financiamento

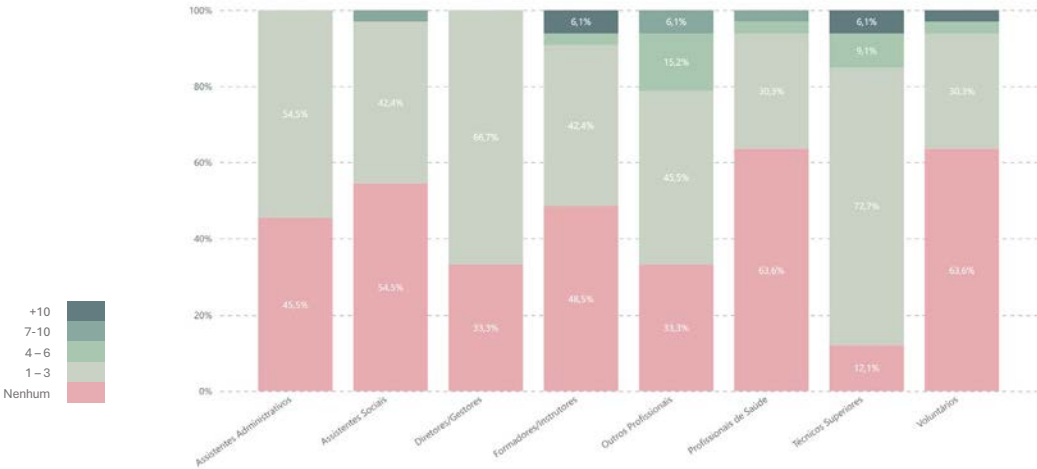
Parcerias e colaborações com instituições/organizações são essenciais para o desenvolvimento de projetos/atividades.

Diversas instituições/organizações colaboram ou têm parcerias no âmbito dos projetos/atividades identificados, tais como o município de Penafiel (Câmara Municipal de

Penafiel) e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) . Outras parcerias incluem o ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul, e o Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa, como também o Sistema Nacional de Saúde. Outras parcerias incluem as Juntas de Freguesia, a RUTIS (Rede de Universidades Seniores), a Segurança Social, Banco Alimentar de Luta Contra a Fome do Porto, entre outras.

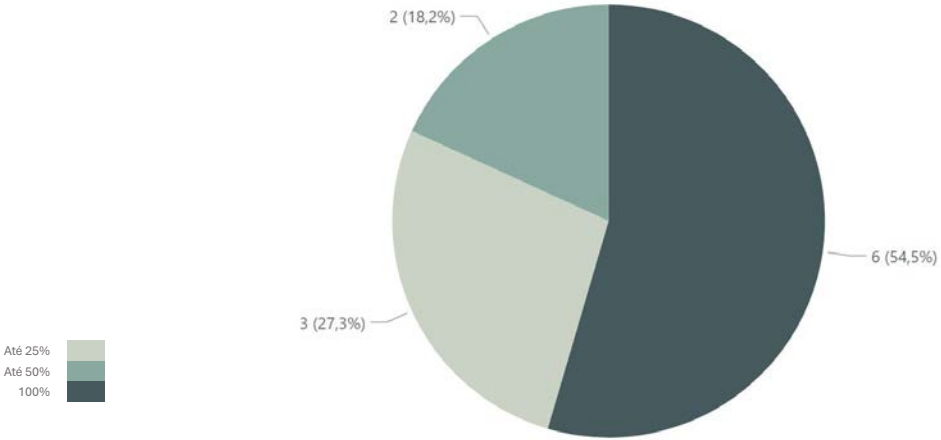
As instituições/organizações que participam no financiamento dos projetos/atividades são o ACeS Vale do Sousa Sul, a Câmara Municipal, empresas locais, regionais e nacionais, instituições e empresas públicas, a Junta de Freguesia de Penafiel, Organizações não Governamentais (ONGs) locais, regionais e nacionais, Órgãos de Governo Regionais e nacionais e a Comissões de Desenvolvimento Regional.

Relativamente aos projetos financiados pelo município (11 projetos), 54,5% foram financiados a 100%, 18,2% até 50%, e 27,3% até 25% (Figura 5.10).



Proporção dos projetos/atividades por tipo de profissional de recursos humanos

Figura 5.9



Proporção dos projetos/atividades financiados pela Câmara Municipal, por tipo de financiamento

Figura 5.10

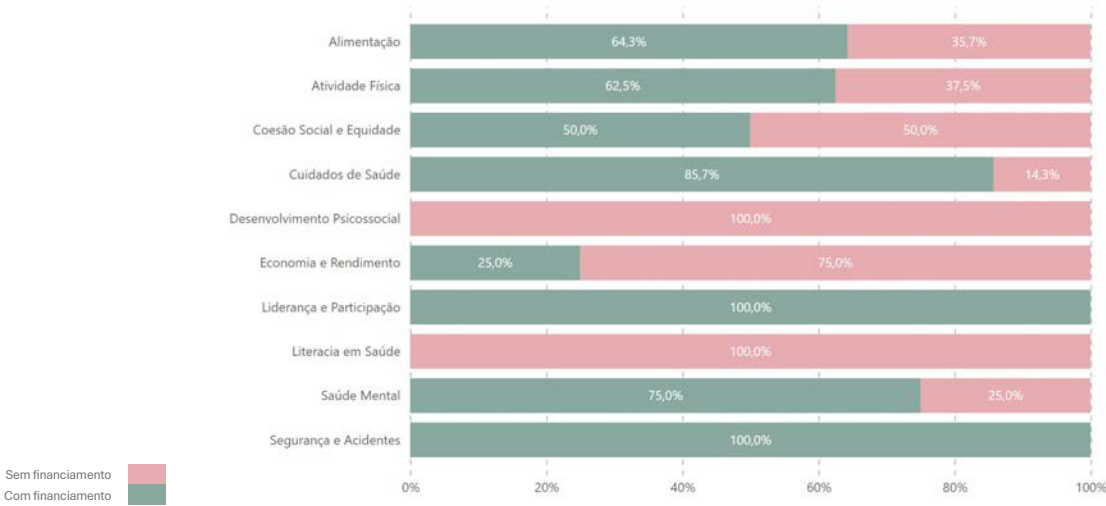
Inquérito à comunidade – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde.

Os dados do inquérito sobre projetos/atividades identificados revelam informações importantes sobre o financiamento atribuído a projetos/atividades a diferentes áreas prioritárias de intervenção. Observa-se que os projetos/atividades enquadrados na áreas do desenvolvimento psicossocial e da literacia em saúde, não tiveram nenhum financiamento. Em contraste, todos os projetos/atividades nas áreas liderança e participação, segurança e acidentes, foram totalmente financiadas, com 2 projetos/atividades e 1 projeto/atividade, respetivamente. Para além destas áreas, as que têm mais projetos/atividades financiados são os cuidados de saúde e a saúde mental, com 85,7% e 75,0%, dos projetos/atividades financiados (6 e 9 projetos/atividades financiados, respetivamente) (Figura 5.11) . A área da alimentação tem 9 projetos/atividades financiados (64,3%), a atividade física tem 10 projetos/atividades financiados (62,5%) e a economia e rendimento tem apenas 1 projeto/atividade financiado (25,0%).

Em termos de tipo de financiamento, algumas áreas prioritárias de intervenção possuem projetos/atividades financiados a 100%. Na área da alimentação, 6 dos 9 projetos/atividades financiados receberam um financiamento total. Na área da Atividade Física 70,0% dos projetos/atividades financiados tiveram um financiamento a 100% (7 dos 10 projetos financiados). A área da coesão social e

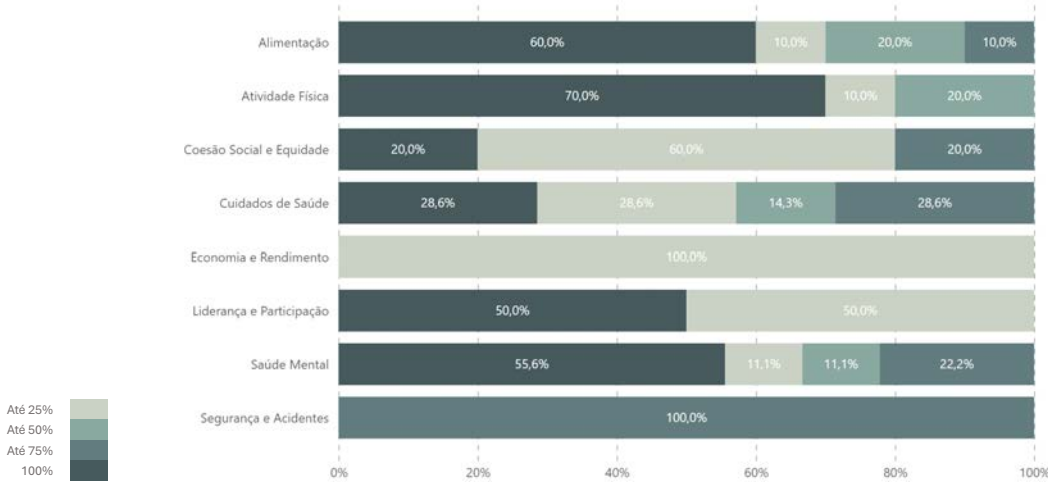
equidade tem 1 projeto/atividade financiado a 100% (1 de 4 projetos/atividades financiados). Nos cuidados de saúde, 2 de 6 projetos/atividades financiados receberam financiamento total. A área de liderança e participação também teve alguns projetos/atividades financiados a 100%, com 1 dos 2 projetos/atividades financiados. Por fim, a área da saúde mental também inclui alguns projetos/atividades financiados a 100%, com 5 dos 9 projetos/atividades financiados. A área da economia e rendimento apresentou um menor financiamento, com apenas 1 projeto/atividade financiado a 25%. A área da segurança e acidentes inclui um projeto/atividade que foi financiado a 75% (Figura 5.12).

É importante mencionar que um projeto/atividade pode receber financiamento de várias instituições/organizações. Por exemplo, um projeto/atividade pode ser financiado a 25% por uma instituição/organização e a 75% por outra instituição/organização. Na figura 5.12, os projetos com 100% de financiamento referem-se a projetos/atividades financiados por apenas uma instituição/organização.



Proporção dos projetos/atividades com ou sem financiamento por cada área prioritária de intervenção

Figura 5.11



Proporção dos projetos/atividades por tipo de financiamento por cada área prioritária de intervenção

Figura 5.12

A análise do financiamento é relevante para compreender a viabilidade e sustentabilidade dos projetos/atividades, bem como identificar áreas que necessitam de maior apoio financeiro.

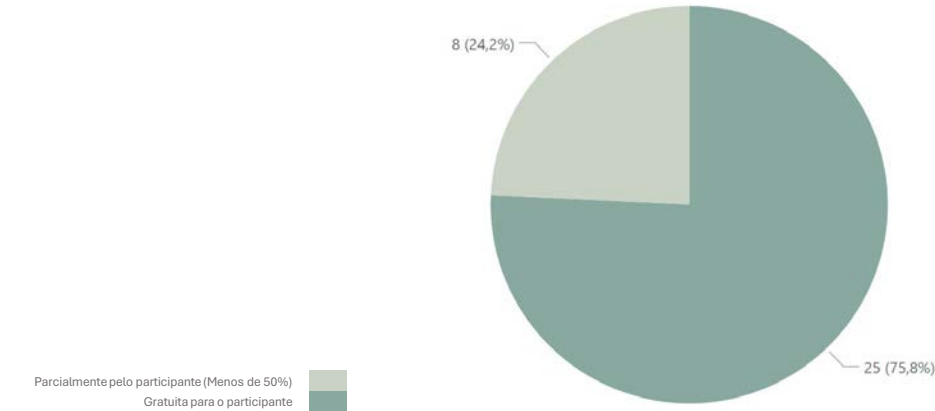
O financiamento de projetos/atividades por organizações/instituições é importante para a implementação e sustentabilidade dos projetos/atividades, fornecendo os recursos financeiros necessários para cobrir despesas e outros custos associados. No entanto, o envolvimento dos participantes nos custos do projeto pode variar. Alguns projetos são inteiramente gratuitos para os participantes, enquanto outros podem exigir uma contribuição parcial, conforme os objetivos do projeto/atividade. Um financiamento misto permite adaptar o projeto/atividade às necessidades e capacidades financeiras da população, garantindo viabilidade económica e o alcance dos objetivos propostos.

Relativamente ao financiamento dos projetos/atividades analisados, a maioria dos projetos/atividades (75,8% correspondendo a 25 projetos/atividades) é gratuita para os participantes. Em contrapartida, 24,2% dos projetos/atividades (8 projetos/atividades) requerem uma contribuição financeira parcial do participante (menos de 50% dos custos pagos por participante) (Figura 5.13).

5.1.10 Avaliação do Projeto/Atividade

A avaliação de projetos/atividades é uma etapa fundamental para assegurar a eficácia dos projetos/atividades. Realizar avaliações contínuas é importante para monitorizar o progresso, identificar áreas de melhoria e medir o impacto, como, por exemplo, o acesso dos participantes ao projeto/atividade, o impacto ambiental, impacto económico, impacto na saúde, entre outros. Os dados recolhidos através das avaliações orientam na tomada de decisões e garantem a eficiência dos recursos investidos. Além disso, a avaliação ajuda a adaptar os projetos às necessidades, minimizando os impactos negativos.

Na figura 5.14, em geral, a maioria dos projetos nunca foram avaliados, com valores superiores a 35% (mais de 12 projetos/atividades), principalmente do impacto ambiental, em que a maioria nunca foi avaliado (72,7% correspondendo a 24 projetos/atividades).



Proporção dos projetos/atividades por tipo de financiamento do participante

Figura 5.13



Proporção dos projetos/atividades por áreas de avaliação e pelo tempo desde que a última avaliação foi realizada

Figura 5.14

Inquérito à comunidade – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde.

A close-up photograph of a person's hands writing on a document. The left hand is resting on the paper, while the right hand holds a black pen. The document features various charts, including bar graphs and pie charts, in shades of blue and orange. The background is slightly blurred, showing other people in a meeting setting.

06 INDICADORES

POPULAÇÃO

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Densidade populacional	População residente	Área (km ²)	(A/B)	Número/ Quilómetro quadrado (N.º/ km ²)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
Taxa de crescimento natural	Saldo natural	População residente média	(A/B)*1000	Permilhagem (‰)	INE, Estimativas anuais da população residente, Indicadores demográficos
Taxa de crescimento migratório	Saldo migratório	População residente média	(A/B)*1000	Permilhagem (‰)	INE, Estimativas anuais da população residente, Indicadores demográficos
Taxa de crescimento efetivo	Variação populacional	População residente média	(A/B)*1000	Permilhagem (‰)	INE, Estimativas anuais da população residente, Indicadores demográficos
Índice de dependência de jovens	População residente com idades entre 0 e 14 anos	População residente com idades entre 15 e 64 anos	(A/B)*100	Número (N.º)	INE, Estimativas anuais da população residente
Índice de dependência de idosos	População residente com 65 e mais anos de idade	População residente com idades entre 15 e 64 anos	(A/B)*100	Número (N.º)	INE, Estimativas anuais da população residente

POPULAÇÃO

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Índice de envelhecimento	População residente com 65 e mais anos de idade	População residente com idade entre 0 e 14 anos	$(A/B)*100$	Número (N.º)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
Índice de juventude	População residente com idades entre 0 e 14 anos	População residente com 65 e mais anos de idade	$(A/B)*100$	Número (N.º)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
Índice de longevidade	População residente com 75 e mais anos de idade	População residente com 65 e mais anos de idade	$(A/B)*100$	Número (N.º)	INE, Estimativas anuais da população residente
Índice de potencialidade	Nº de mulheres com idades entre 20 e 34 anos	Nº de mulheres com idades entre 35 e 49 anos	$(A/B)*100$	Número (N.º)	INE, Estimativas anuais da população residente, Indicadores demográficos
Índice de renovação da população em idade ativa (de gerações)	População residente com idades entre 20 e 29 anos	População residente com idades entre 55 e 64 anos	$(A/B)*100$	Número (N.º)	INE, Estimativas anuais da população residente, Indicadores demográficos
Mulheres em idade fértil	Nº de mulheres com idades entre 15 e 49 anos	População residente feminina	$(A/B)*100$	Porcentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021, Estimativas anuais da população residente, Indicadores demográficos

POPULAÇÃO

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Taxa bruta de natalidade	Nº de nados-vivos	População residente média	(A/B)*1000	Permilhagem (%)	INE, Estimativas anuais da população residente, Indicadores demográficos, Nados-vivos
Índice sintético de fecundidade	Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades, ano a ano ou grupos quinquenais, entre os 15 e os 49 anos, observadas num determinado período (habitualmente um ano civil).		$\Sigma [(Nados-vivos\ de\ mães\ do\ grupo\ etário\ i / Mulheres\ do\ grupo\ etário\ i) \times n]$ Onde: i representa cada grupo etário quinquenal entre os 15 e os 49 anos; n é a amplitude do grupo etário (habitualmente 5 anos)	Número (Nº)	INE, Estimativas anuais da população residente, Indicadores demográficos
Nados-vivos de mães adolescentes (com idade inferior a 20 anos)	Nº de nados-vivos de mães com menos de 20 anos de idade	Nº de nados-vivos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Nados-vivos
Nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos	Nº de nados-vivos de mães com 35 e mais anos de idade	Nº de nados-vivos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Nados-vivos
Nados-vivos com baixo peso à nascença	Nº de nados-vivos com peso inferior a 2500 gramas	Nº de nados-vivos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Nados-vivos
Nascimentos pré-termo	Nº de nados-vivos com tempo de gestação inferior a 37 semanas	Nº de nados-vivos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Nados-vivos
População residente de nacionalidade estrangeira	População residente de nacionalidade estrangeira	População residente	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

MORTALIDADE E MORBILIDADE

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Taxa bruta de mortalidade	Nº de óbitos	População residente média	(A/B)*1000	Permilhagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021, Indicadores demográficos, Óbitos Gerais
Taxa de mortalidade neonatal	Nº de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade	Nº de nados-vivos	(A/B)*1000	Nº por 1.000 nados-vivos	INE, Indicadores demográficos, Óbitos de menos de 1 ano, Nados-vivos
Taxa de mortalidade infantil	Nº de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade	Nº de nados-vivos	(A/B)*1000	Nº por 1.000 nados-vivos	INE, Indicadores demográficos, Óbitos de menos de 1 ano, Nados-vivos
Taxa de mortalidade padronizada por todas as causas de morte	Nº de óbitos por todas as causas por grupo etário	População residente por grupo etário	[Total de óbitos esperados/ População padrão]*1000	Nº por 1.000 habitantes	INE, Estimativas anuais da população residente, Óbitos Gerais
Taxa de mortalidade prematura padronizada por todas as causas de morte	Nº de óbitos com menos de 75 anos de idade por todas as causas por grupo etário	População residente com menos de 75 anos de idade por grupo etário	[Total de óbitos esperados (idade = menos de 75 anos)/ População padrão (idade = menos de 75 anos)]*1000	Nº por 1.000 habitantes	INE, Estimativas anuais da população residente, Óbitos Gerais
Taxa de mortalidade padronizada por causa de morte	Nº de óbitos por causa de morte* por grupo etário	População residente por grupo etário	[Total de óbitos esperados/ População padrão]*100000	Nº por 100.000 habitantes	INE, Estimativas anuais da população residente, Óbitos por Causa de Morte
Taxa de mortalidade prematura padronizada por causa de morte	Nº de óbitos com menos de 75 anos de idade por causa de morte* por grupo etário	População residente com menos de 75 anos de idade por grupo etário	[Total de óbitos esperados (idade = menos de 75 anos)/ População padrão (idade = menos de 75 anos)]*100000	Nº por 100.000 habitantes	INE, Estimativas anuais da população residente, Óbitos por Causa de Morte
Taxa de morbilidade padronizada por diagnóstico ativo	Nº de utentes inscritos nos CSP por tipo de diagnóstico ativo	Nº de utentes inscritos nos CSP	[Total de utentes inscritos esperados/ População padrão]*1000	Nº por 1.000 habitantes	ARS Norte, Observatórios Regionais de Saúde (Dados: SIARS)
População residente segundo a Autoapreciação da saúde oral	População residente com 15 e mais anos de idade por tipo de autoapreciação da saúde oral	População residente com 15 e mais anos de idade	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019

ESTILOS DE VIDA E COMPORTAMENTOS

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Acidentes de viação com vítimas	Nº de acidentes de viação com vítimas	População residente	(A/B)*1000	Nº por 1.000 habitantes	Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), INE, Estimativas anuais da população residente
Taxa de fatalidade em acidentes de viação	Nº de acidentes de viação com vítimas mortais	Nº de acidentes de viação com vítimas	(A/B)*1000	Nº por 1.000 vítimas	Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), INE
Atropelamentos	Nº de peões atropelados	População residente	(A/B)*1000	Nº por 1.000 habitantes	ANSR/MAI, INE, Estimativas anuais da população residente, PORDATA
Taxa de crimes reportados pelas autoridades policiais por tipo de crime (nível 1)	Nº de crimes reportados pelas autoridades policiais por tipo de crime (nível 1)	População residente	(A/B)*100000	Nº por 100.000 habitantes	Direção-Geral da Política de justiça (DGPJ), Sistema de Informação das Estatísticas da Justiça, INE, Estimativas anuais da população residente
Crimes reportados pelas autoridades policiais por tipo de crime (nível 3)	Nº de crimes reportados pelas autoridades policiais por tipo de crime (nível 3)	Nº total de crimes reportados pelas autoridades policiais	(A/B)*100	Percentagem (%)	Direção-Geral da Política de justiça (DGPJ), Sistema de Informação das Estatísticas da Justiça
Distribuição da população residente com 16 e mais anos segundo a autoapreciação do estado de saúde	População residente com 16 e mais anos segundo a autoapreciação do estado de saúde	População residente com 16 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito às condições de vida e rendimento (ICOR)
População residente com 15 e mais anos de idade por Prevalência de sintomas de depressão	População residente com 15 e mais anos por prevalência de sintomas de depressão	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019
População residente com 15 e mais anos de idade por Condição perante o consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista	População residente com 15 e mais anos por condição perante o consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019

ESTILOS DE VIDA E COMPORTAMENTOS

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
População residente com 15 e mais anos de idade por Condição perante o consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista	População residente com 15 e mais anos por condição perante o consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019
População residente com 15 e mais anos de idade que consumiu bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista por Condição perante o consumo arriscado de álcool	População residente com 15 e mais anos por condição perante o consumo arriscado de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019
População residente com 15 e mais anos de idade por Condição perante o consumo de tabaco	População residente com 15 e mais anos por condição perante o consumo de tabaco	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019
População residente com 15 e mais anos de idade por Consumo médio de cigarros por dia	População residente com 15 e mais anos por Consumo médio de cigarros por dia	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019
População residente com 18 e mais anos com excesso de peso ou obesidade	População residente com 18 e mais anos com excesso de peso ou obesidade	População residente com 18 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF
Crianças entre 6 e 8 anos residentes com excesso de peso ou obesidade	Crianças entre 6 e 8 anos residentes com excesso de peso ou obesidade	Crianças entre os 6 e 8 anos residentes	(A/B)*100	Percentagem (%)	INSA, COSI Portugal
População residente com 15 e mais anos de idade por Principal forma de desempenho das tarefas diárias	População residente com 15 e mais anos de idade por principal forma de desempenho das tarefas diárias	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF
População residente com 15 e mais anos de idade por Escalão do total de dias de deslocação a pé numa semana normal	População residente com 15 e mais anos de idade por escalão do total de dias de deslocação a pé numa semana normal	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF

ESTILOS DE VIDA E COMPORTAMENTOS

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
População residente com 15 e mais anos de idade por Escalão do total de dias de deslocação de bicicleta numa semana normal	População residente com 15 e mais anos de idade por escalão do total de dias de deslocação de bicicleta numa semana normal	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF
População residente com 15 e mais anos de idade por Escalão do total de dias de prática de exercício físico numa semana normal	População residente com 15 e mais anos de idade por escalão do total de dias de prática de exercício físico numa semana normal	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF
População residente com 15 e mais anos de idade que pratica exercício físico pelo menos um dia numa semana normal por Escalão de tempo gasto em exercício físico numa semana normal	População residente com 15 e mais anos de idade que pratica exercício físico pelo menos um dia numa semana normal por Escalão de tempo gasto em exercício físico numa semana normal	População residente com 15 e mais anos de idade que pratica exercício físico pelo menos um dia numa semana normal	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF
População residente com 15 e mais anos de idade por Frequência do consumo de fruta (excluindo sumos)	População residente com 15 e mais anos de idade por Frequência do consumo de fruta (excluindo sumos)	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF
Média de porções de fruta consumidas habitualmente por dia pela população residente com 15 e mais anos que consome fruta diariamente (excluindo sumos)	Nº total de porções de fruta consumidas por dia	População residente com 15 e mais anos que consome fruta diariamente	A/B	Porções de fruta por dia.	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF
População residente com 15 e mais anos de idade por Frequência do consumo de legumes ou saladas (excluindo sopas, batatas e sumos)	População residente com 15 e mais anos de idade por Frequência do consumo de legumes ou saladas (excluindo sopas, batatas e sumos)	População residente com 15 e mais anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF
Média de porções de legumes e saladas consumidas habitualmente por dia pela população residente com 15 e mais anos que consome legumes e saladas diariamente (excluindo sopas, batatas e sumos)	Nº total de porções de legumes e saladas consumidas por dia	População residente com 15 e mais anos que consome legumes e saladas diariamente	A/B	Porções de legumes e saladas por dia.	INE, Inquérito nacional de saúde 2014/2019, INSEF

AMBIENTE FÍSICO E CONSTRUÍDO

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
População que reside e trabalha ou estuda no município de residência	População residente, empregada ou estudante que trabalha ou estuda na freguesia onde reside atualmente ou no mesmo município, noutra freguesia	População residente empregada ou estudante que realiza movimentos pendulares	$(A/B)*100$	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
Duração média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante	Nº de indivíduos na classe j * ponto médio da classe j Classes consideradas: Nenhum (ponto médio: 0), Até 15 minutos (ponto médio: 7,5); 16 a 30 minutos (ponto médio: 23); 31 a 60 minutos (ponto médio: 45,5) e Mais de uma hora (ponto médio: 90)	População residente empregada ou estudante que realiza movimentos pendulares	(A/B)	Minutos (min)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
População que utiliza automóvel ligeiro nos movimentos pendulares	População residente, empregada ou estudante, que utiliza automóvel (como condutor ou como passageiro) nos movimentos pendulares	População residente empregada ou estudante que realiza movimentos pendulares	$(A/B)*100$	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
População que utiliza transportes públicos nos movimentos pendulares	População residente, empregada ou estudante, que utiliza transportes públicos nos movimentos pendulares	População residente empregada ou estudante que realiza movimentos pendulares	$(A/B)*100$	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
População que utiliza modos de transporte suaves nos movimentos pendulares	População residente, empregada ou estudante, que utiliza modos suaves de deslocação (a pé ou de bicicleta) nos movimentos pendulares	População residente empregada ou estudante que realiza movimentos pendulares	$(A/B)*100$	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

AMBIENTE FÍSICO E CONSTRUÍDO

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Resíduos urbanos geridos por tipo de destino	Total de resíduos urbanos geridos por tipo de destino* *Tipo de destino: aterro, valorização orgânica, valorização energética e valorização multimaterial	Total de resíduos urbanos geridos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Estatísticas dos resíduos urbanos
Resíduos urbanos recicláveis por habitante	Resíduos urbanos recolhidos por tipo de recolha seletiva	População média anual residente	(A/B)	Kg - kilogramas por habitante	INE, Estatísticas dos resíduos urbanos
Emissão de gases para a atmosfera, segundo o tipo de poluente	Valores de emissão de gases por tipo de poluente			kton - quilotonelada	APA, Agência Portuguesa do Ambiente
Água Segura	Percentagem de análises em cumprimento do valor paramétrico [(N.º de análises em cumprimento do valor paramétrico)/ (N.º de análises realizadas com valor paramétrico)]*100	Percentagem de análises realizadas [1- (N.º de análises em falta)/ (N.º de análises regulamentares obrigatórias)]*100	A*B	Percentagem (%)	Entidade Reguladora dos Serviços e Águas e Resíduos, INE
Alojamentos sobrelotados	Alojamentos sobrelotados(com uma divisão em falta ou com duas divisões em falta ou com três ou mais divisões em falta)	Alojamentos familiares de residência habitual	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2011
Edifícios com acessibilidade através de cadeira de rodas	Edifícios com acessibilidade através de cadeira de rodas	Edifícios	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2011
Alojamentos familiares clássicos vagos	Alojamentos familiares clássicos vagos	Alojamentos familiares clássicos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
Alojamentos servidos por drenagem de águas residuais	Nº total de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais	Nº total de alojamentos familiares clássicos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, ERSAR, Sistemas públicos urbanos de serviços de águas / vertente física e de funcionamento

SOCIEDADE E ECONOMIA

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
População residente por nível de escolaridade	População residente por nível de escolaridade* *(sem nível de escolaridade completo/ensino básico/ensino secundário/ensino pós-secundário/ensino Superior)	População residente	(A/B)*100	Porcentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
Taxa de analfabetismo	População residente com 10 e mais anos que não sabe ler nem escrever	População residente com 10 e mais anos	(A/B)*100	Porcentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
População com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade completo	População residente com 15 e mais anos de idade sem nenhum nível de escolaridade completo	População residente com 15 e mais anos de idade	(A/B)*100	Porcentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
População com pelo menos a escolaridade obrigatória (ensino secundário completo)	População residente com pelo menos o ensino secundário completo	População residente com 18 e mais anos de idade	(A/B)*100	Porcentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
População com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo	População residente com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo	População residente com idade entre 20 e 24 anos	(A/B)*100	Porcentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
População com o ensino superior concluído	População residente com 21 e mais anos de idade com ensino superior concluído	População residente com 21 e mais anos de idade	(A/B)*100	Porcentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
População com idade entre 30 e 34 anos com pelo menos o ensino superior completo	População residente com idade entre 30 e 34 anos com pelo menos o ensino superior completo	População residente com idade entre 30 e 34 anos	(A/B)*100	Porcentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

SOCIEDADE E ECONOMIA

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Famílias com filhos (monoparentais) por nível de escolaridade	Nº de núcleos familiares monoparentais por tipo de núcleo familiar (mãe ou pai com filhos) e por nível de escolaridade	Nº de núcleos familiares monoparentais por tipo de núcleo familiar (mãe ou pai com filhos)	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021 e Censos 2011
Famílias com filhos (monoparentais) com menos de 65 anos (que sustentam os filhos)	Nº de núcleos familiares monoparentais por tipo de núcleo familiar (mãe ou pai com filhos) com menos de 65 anos	Nº de núcleos familiares	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021 e Censos 2011
Famílias com filhos (monoparentais) com mais de 65 anos (que vivem com os filhos)	Nº de núcleos familiares monoparentais por tipo de núcleo familiar (mãe ou pai com filhos) com mais de 65 anos	Nº de núcleos familiares	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021 e Censos 2011
Beneficiários do Rendimento Social de Inserção	Beneficiárias/os do rendimento social de inserção, da segurança social	População média em idade ativa	(A/B)*1000	Permilhagem (‰)	INE, Instituto de Informática
Beneficiários de Ação Social Escolar no 1º Ciclo do Ensino Básico	Nº de alunos beneficiários de ASE (escalões A e B) inscritos no 1º CEB	Nº total de alunos inscritos no 1º CEB	(A/B)*100	Percentagem (%)	DGEEC/ME-MCTES, Recenseamento Escolar Anual, Portal InfoEscolas
Trabalhadores(as) não qualificados(as) (CPP-9)	População empregada em profissões não qualificadas (CPP-9)	População empregada	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem	Montante líquido em dinheiro e/ou géneros pago ao trabalhador com carácter regular, durante o período de referência, por tempo trabalhado ou trabalho fornecido no período normal e extraordinário, incluindo o pagamento de horas remuneradas, mas não efetuadas (férias, feriados e outras ausências pagas).		A	Euros (€)	INE, MTSSS/GEP, Quadros de pessoal

SOCIEDADE E ECONOMIA

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Rendimento médio anual disponível das famílias	Rendimento anual disponível das famílias (ou seja, a soma dos rendimentos anuais líquidos de todas as famílias da população)	Nº total de famílias clássicas	A/B	Euro	INE - Inquérito ao Emprego, PORDATA
Taxa de desemprego	População desempregada	População ativa	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021
Taxa de desemprego de longa duração (mais de 12 meses)	População desempregada há um ano ou mais	População ativa	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito ao emprego (Séries - 2021), IEFP
Taxa de abandono precoce de educação e formação	População residente com idade entre 18 e 24 anos, com nível de escolaridade completo até ao 3º ciclo do ensino básico que não recebeu nenhum tipo de educação (formal ou não formal) no período de referência	População residente com idade entre 18 e 24 anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	NE, Inquérito ao emprego (Séries - 2021)
População residente entre 15 e 34 anos que nem trabalha nem estuda	Jovens com idade entre 15 e 34 anos não empregados que não estão em educação ou formação	Jovens com idade entre 15 e 34 anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito ao emprego

SERVIÇOS DE SAÚDE

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Médicos por 1.000 habitantes	Nº total de médicas/os inscritos no final do ano	População residente estimada para o final do ano	(A/B)*1000	Médicos por 1.000 habitantes	INE, Estatísticas do pessoal de saúde
Enfermeiros por 1.000 habitantes	Nº total de enfermeiras/os inscritos no final do ano	População residente estimada para o final do ano	(A/B)*1000	Enfermeiros por 1.000 habitantes	INE, Estatísticas do pessoal de saúde
Farmacêuticos por 1.000 habitantes	Nº total de farmacêuticas/os inscritos no final do ano	População residente estimada para o final do ano	(A/B)*1000	Farmacêuticos por 1.000 habitantes	INE, Estatísticas do pessoal de saúde
Número médio de utentes por médico de família	Nº de utentes	Nº de médicos de família	(A/B)	Utentes por médico de família	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)
Unidades ponderadas por médico de família	Nº de unidades ponderadas	Nº de médicos de família	(A/B)	Unidades ponderadas por medico de família	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)
Utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), por Unidade Funcional e por grupo etário	Nº de utentes inscritos por grupo etário	Nº total de utentes	(A/B)*100	Percentagem (%)	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)
Taxa de utilização global de consultas médicas (1 ano) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)	Nº Utentes com pelo menos 1 consulta médica presencial ou não presencial num 1 ano	Nº total de utentes	(A/B)*100	Percentagem (%)	SIMSNS, Portal da Transparência
Taxa de utilização global de consultas médicas (3 anos) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)	Nº Utentes com pelo menos 1 consulta médica presencial ou não presencial em 3 anos	Nº total de utentes	(A/B)*100	Percentagem (%)	SIMSNS, Portal da Transparência

SERVIÇOS DE SAÚDE

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Mulheres inscritas nos Cuidados de Saúde Primários entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	Nº de mulheres inscritas nos Cuidados de Saúde Primários entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	Nº de mulheres inscritas nos Cuidados de Saúde Primários entre os 50 e os 70 anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	SIMSNS, Portal da Transparência
População residente feminina com idade entre 50 e 69 anos que referiu ter realizado uma mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista	População residente feminina com idade entre 50 e 69 anos que referiu ter realizado uma mamografia nos 2 anos anteriores ao inquérito	População residente feminina com idade entre 50 e 69 anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2014/2019
Mulheres inscritas nos Cuidados de Saúde Primários entre os 25 e os 60 anos com rastreio do cancro do colo do útero efetuado	Nº de mulheres inscritas nos Cuidados de Saúde Primários entre os 25 e os 60 anos com rastreio do cancro do colo do útero efetuado	Nº de mulheres inscritas nos Cuidados de Saúde Primários entre os 25 e os 60 anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	SIMSNS, Portal da Transparência
População residente feminina com idade entre 20 e 69 anos que referiu ter realizado uma citologia cervical nos 3 anos anteriores à entrevista	População residente feminina com idade entre 20 e 69 anos que referiu ter realizado uma citologia cervical nos 3 anos anteriores ao inquérito	População residente feminina com idade entre 20 e 69 anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2014/2019
Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários entre os 50 e os 75 anos com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado	Nº de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários entre os 50 e os 75 anos com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado	Nº de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários entre os 50 e os 75 anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	SIMSNS, Portal da Transparência
População residente com 50 e mais anos de idade que referiu ter realizado uma colonoscopia nos 10 anos anteriores à entrevista	População residente com 50 e mais anos de idade que referiu ter realizado uma colonoscopia nos 10 anos anteriores ao inquérito	População residente com 50 e mais anos de idade	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2014/2019
População residente com idade entre 50 e 74 anos que referiu ter realizado uma pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista	População residente com idade entre 50 e 74 anos que referiu ter realizado uma pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores ao inquérito	População residente com idade entre 50 e 74 anos	(A/B)*100	Percentagem (%)	INE, Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2014/2019

PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Taxa de abstenção para as Autarquias Locais	Nº de eleitores que se abstiveram nas eleições locais	Nº total de eleitores inscritos	$(A/B)*100$	Porcentagem (%)	SGMAI
Taxa de voluntariado	Nº de voluntários	População residente com 15 e mais anos	$(A/B)*100$	Porcentagem (%)	INE, Inquérito ao Trabalho Voluntário
Entidades sociais	Nº de entidades sociais	População residente	$(A/B)*1000$	Nº por 1.000 habitantes	INE, Conta Satélite da Economia Social (CSES)

RECURSOS DA COMUNIDADE

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Projetos/atividades por grupo etário alvo do projeto/atividade	Nº de projetos/atividades por grupo etário	Nº total de projetos/atividades	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades por âmbito geográfico do projeto/Atividade	Nº de projetos/atividades por âmbito geográfico	Nº total de projetos/atividades	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades por número de população abrangida pelo projeto nos últimos 12 meses	Nº de projetos/atividades por número de população abrangida pelo projeto nos últimos 12 meses	Nº total de projetos/atividades	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades por número de horas de duração do projeto por sessão/momento de contacto	Nº de projetos/atividades por número de horas de duração do projeto por sessão/momento de contacto	Nº total de projetos/atividades	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades por duração de sessões online/digital ou presencial	Nº de projetos/atividades por duração de sessões online/digital ou presencial	Nº total de projetos/atividades	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades por estratégias de divulgação do projeto/atividade	Nº de projetos/atividades por estratégias de divulgação do projeto/atividade	Nº total de projetos/atividades	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades por tipo de profissional de recursos humanos	Nº de projetos/atividades por tipo de profissional de recursos humanos	Nº total de projetos/atividades	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde

RECURSOS DA COMUNIDADE

INDICADOR	NUMERADOR (A)	DENOMINADOR (B)	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADES	FONTE DOS DADOS
Projetos/atividades financiados pela câmara municipal, por tipo de financiamento	Nº de projetos/atividades financiados pela câmara municipal, por tipo de financiamento	Nº total de projetos/atividades financiados pela câmara municipal	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades com ou sem financiamento por cada área prioritária de intervenção	Nº de projetos/atividades com ou sem financiamento por cada área prioritária de intervenção	Nº total de projetos/atividades por cada área prioritária de intervenção	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades por tipo de financiamento por cada área prioritária de intervenção	Nº de projetos/atividades por tipo de financiamento por cada área prioritária de intervenção	Nº total de projetos/atividades por cada área prioritária de intervenção	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades por tipo de financiamento do participante	Nº de projetos/atividades por tipo de financiamento do participante	Nº total de projetos/atividades	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde
Projetos/atividades por áreas de avaliação e pelo tempo desde que a última avaliação foi realizada	Nº de projetos/atividades por áreas de avaliação e pelo tempo desde que a última avaliação foi realizada	Nº total de projetos/atividades	(A/B)*100	Porcentagem (%)	ET-EMSP, Inquérito à Comunidade pela Comissão Técnica da EMS Penafiel 2024-27 – identificação de projetos/atividades com impacto em saúde

A hand is pointing at a document on a wooden table. The document contains various charts and graphs, including a bar chart, a pie chart, and a circular diagram. The background is slightly blurred, showing other documents and a smartphone on the table.

07 LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1	Enquadramento geográfico e tipologia das unidades territoriais do município de Penafiel, 2013	13
Figura 2.1	Densidade populacional da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes [A] e do município de Penafiel [B], por freguesia, ambos os sexos, 2021	15
Figura 2.2	Proporção da população do município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021	16
Figura 2.3	Variação da população residente no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2011-2021	17
Figura 2.4	Variação da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022	18
Figura 2.5	Taxa de crescimento efetivo da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022	18
Figura 2.6	Taxa de crescimento natural da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022	19
Figura 2.7	Taxa de crescimento migratório da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022	20
Figura 2.8	Pirâmide etária da população residente no município de Penafiel, por sexos, 2001-2021	21
Figura 2.9	Índice de dependência de jovens [A] e Índice de dependência de idosos [B] da população residente no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, na Região Norte e em Portugal Continental, ambos os sexos, 2011-2022	22
Figura 2.10	Índice de envelhecimento da população residente no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021	24
Figura 2.11	Variação do índice de envelhecimento da população residente no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2011-2021	24
Figura 2.12	Índice de juventude da população em idade ativa residente no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021	25
Figura 2.13	Variação do índice de juventude da população em idade ativa residente no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2011-2021	26
Figura 2.14	Índice de longevidade [A], Índice de potencialidade [B] e Índice de renovação de gerações [C] no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, na Região Norte e em Portugal Continental, ambos os sexos, 2011-2022	27
Figura 2.15	Variação da proporção de mulheres em idade fértil na população nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, 2011-2021	28
Figura 2.16	Variação da proporção de mulheres em idade fértil na população residente no município de Penafiel, por freguesia, 2011-2021	29

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.17	Taxa bruta de natalidade da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2022	29
Figura 2.18	Variação da taxa bruta de natalidade da população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2011-2022	30
Figura 2.19	Evolução da taxa bruta de natalidade da população residente no município de Penafiel, ambos os sexos, 2011-2022	31
Figura 2.20	Evolução do índice sintético de fecundidade da população residente na Comunidade Intermunicipal Tâmega e Sousa (NUTS III), 2011-2022.	31
Figura 2.21	Proporção quinquenal de nados-vivos de mães residentes no município de Penafiel, por idade da mãe no momento do nascimento, 2018-2022	31
Figura 2.22	Proporção quinquenal de nados-vivos de mães adolescentes residentes no município de Penafiel, por tipologia de áreas urbanas, 2011-2022	32
Figura 2.23	Proporção quinquenal de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos na população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, 2018-2022	33
Figura 2.24	Proporção quinquenal de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos na população residente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, 2018-2022	33
Figura 2.25	Evolução da proporção quinquenal de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos na população residente no município de Penafiel, 2011-2022	34
Figura 2.26	Evolução da proporção quinquenal de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos na população residente no município de Penafiel, 2011-2022	34
Figura 2.27	Proporção quinquenal de nados-vivos com baixo peso à nascença na população residente na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2018-2022	35
Figura 2.28	Proporção quinquenal de nados-vivos com baixo peso à nascença na população residente no município de Penafiel, por grupo etário da mãe, 2018-2022	36
Figura 2.29	Evolução da proporção de nados-vivos com baixo peso à nascença na população residente no município de Penafiel, 2016-2022	36
Figura 2.30	Proporção quinquenal de nascimentos pré-termo na população residente no município de Penafiel, por grupo etário da mãe, 2018-2022	36
Figura 2.31	Evolução da proporção de nascimentos pré-termo na população residente no município de Penafiel, 2016-2022	36
Figura 2.32	Proporção quinquenal de nascimentos pré-termo na população residente na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por município, ambos os sexos, 2018-2022	37
Figura 2.33	Principais países de origem da população residente no município de Penafiel de nacionalidade estrangeira, ambos os sexos, 2021	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1	Taxa bruta de mortalidade do município de Penafiel, por freguesia, 2020-2022	40
Figura 3.2	Evolução da taxa de mortalidade neonatal, na Região Norte e Continente, 2001-2022	41
Figura 3.3	Evolução da taxa de mortalidade infantil, na Região Norte e Continente, 2001-2022	41
Figura 3.4	Variação da taxa bruta de mortalidade do município de Penafiel, por freguesia, entre os triénios 2010-2012 e 2020-2022	42
Figura 3.5	Taxa de mortalidade padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, no sexo masculino, 2018-2022	43
Figura 3.6	Taxa de mortalidade padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, no sexo feminino, 2018-2022	43
Figura 3.7	Taxa de mortalidade padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, ambos os sexos, 2018-2022	44
Figura 3.8	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, ambos os sexos, 2018-2022	44
Figura 3.9	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, no sexo masculino, 2018-2022	45
Figura 3.10	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, por todas as causas de morte, no sexo feminino, 2018-2022	45
Figura 3.11	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021	47
Figura 3.12	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	48
Figura 3.13	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	48
Figura 3.14	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	49
Figura 3.15	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	50
Figura 3.16	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do estômago, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.17	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do estômago, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	51
Figura 3.18	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do esôfago, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	52
Figura 3.19	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do esôfago, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	52
Figura 3.20	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da mama, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	53
Figura 3.21	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do ovário, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	54
Figura 3.22	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do colo do útero, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	54
Figura 3.23	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos de outras partes e de partes não especificadas do útero, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	55
Figura 3.24	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da próstata nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	56
Figura 3.25	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do lábio, cavidade bucal e faringe, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	57
Figura 3.26	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do lábio, cavidade bucal e faringe, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	57
Figura 3.27	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do pâncreas, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	58
Figura 3.28	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do pâncreas, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	58
Figura 3.29	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.30	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	60
Figura 3.31	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	61
Figura 3.32	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	61
Figura 3.33	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do cólon, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	63
Figura 3.34	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do cólon, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	63
Figura 3.35	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da junção rectossigmoideia, recto, ânus e canal anal, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	65
Figura 3.36	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da junção rectossigmoideia, recto, ânus e canal anal, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	65
Figura 3.37	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do rim, exceto pelve renal, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	66
Figura 3.38	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos do rim, exceto pelve renal, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	66
Figura 3.39	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da bexiga, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	67
Figura 3.40	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tumores malignos da bexiga, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	67
Figura 3.41	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho circulatório, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021	68
Figura 3.42	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho circulatório, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.43	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho circulatório nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	69
Figura 3.44	Prevalência e posição relativa da taxa de morbilidade padronizada do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças cardiovasculares [A-D], no sexo masculino e feminino, 2021	70
Figura 3.45	Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças cardiovasculares [A-D], no sexo masculino e feminino, 2021	70
Figura 3.46	Variação da taxa de morbilidade padronizada por hipertensão do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	72
Figura 3.47	Variação da taxa de morbilidade padronizada por hipertensão do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	72
Figura 3.48	Variação da taxa de morbilidade padronizada por trombose/acidente vascular do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	73
Figura 3.49	Variação da taxa de morbilidade padronizada por trombose/acidente vascular do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	73
Figura 3.50	Variação da taxa de morbilidade padronizada por doença cardíaca isquémica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	74
Figura 3.51	Variação da taxa de morbilidade padronizada por doença cardíaca isquémica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	74
Figura 3.52	Variação da taxa de morbilidade padronizada por enfarte agudo do miocárdio do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	75
Figura 3.53	Variação da taxa de morbilidade padronizada por enfarte agudo do miocárdio do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	75
Figura 3.54	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho respiratório, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021	76
Figura 3.55	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho respiratório nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	77
Figura 3.56	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças do aparelho respiratório nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.57	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças crónicas das vias aéreas inferiores, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	78
Figura 3.58	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças crónicas das vias aéreas inferiores, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	78
Figura 3.59	Prevalência e posição relativa da taxa de morbilidade padronizada do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças respiratórias [A-D], no sexo masculino e feminino, 2021	79
Figura 3.60	Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças respiratórias [A-D], no sexo masculino e feminino, 2021	79
Figura 3.61	Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso do tabaco do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	81
Figura 3.62	Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso do tabaco do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	81
Figura 3.63	Variação da taxa de morbilidade padronizada por asma do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	82
Figura 3.64	Variação da taxa de morbilidade padronizada por asma do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	82
Figura 3.65	Variação da taxa de morbilidade padronizada por doença pulmonar obstrutiva crónica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	83
Figura 3.66	Variação da taxa de morbilidade padronizada por doença pulmonar obstrutiva crónica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	83
Figura 3.67	Variação da taxa de morbilidade padronizada por bronquite crónica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	84
Figura 3.68	Variação da taxa de morbilidade padronizada por bronquite crónica do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	84
Figura 3.69	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por pneumonia, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	86
Figura 3.70	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por pneumonia, nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.71	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tuberculose nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	87
Figura 3.72	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por tuberculose nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	87
Figura 3.73	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças endócrinas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021	88
Figura 3.74	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças endócrinas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	89
Figura 3.75	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças endócrinas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	89
Figura 3.76	Prevalência e posição relativa da taxa de morbilidade padronizada do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças endócrinas [A-E], no sexo masculino e feminino, 2021	90
Figura 3.77	Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças endócrinas [A-E], no sexo masculino e feminino, 2021	90
Figura 3.78	Variação da taxa de morbilidade padronizada por excesso de peso do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	92
Figura 3.79	Variação da taxa de morbilidade padronizada por excesso de peso do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	92
Figura 3.80	Variação da taxa de morbilidade padronizada por obesidade do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	93
Figura 3.81	Variação da taxa de morbilidade padronizada por obesidade do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	93
Figura 3.82	Variação da taxa de morbilidade padronizada por alteração do metabolismo dos lípidos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	94
Figura 3.83	Variação da taxa de morbilidade padronizada por alteração do metabolismo dos lípidos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	94
Figura 3.84	Variação da taxa de morbilidade padronizada por diabetes não insulino-dependente do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	95
Figura 3.85	Variação da taxa de morbilidade padronizada por diabetes não insulino-dependente do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	95
Figura 3.86	Variação da taxa de morbilidade padronizada por diabetes insulino-dependente do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	96
Figura 3.87	Variação da taxa de morbilidade padronizada por diabetes insulino-dependente do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	96
Figura 3.88	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças crónicas do fígado nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	98
Figura 3.89	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por doenças crónicas do fígado nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.90	Prevalência e posição relativa da taxa de morbidade padronizada do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças osteoarticulares [A-C], no sexo masculino e feminino, 2021	99
Figura 3.91	Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças osteoarticulares [A-C], no sexo masculino e feminino, 2021	99
Figura 3.92	Variação da taxa de morbidade padronizada por osteoartrose do joelho do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	101
Figura 3.93	Variação da taxa de morbidade padronizada por osteoartrose do joelho do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	101
Figura 3.94	Variação da taxa de morbidade padronizada por osteoartrose da anca do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	102
Figura 3.95	Variação da taxa de morbidade padronizada por osteoartrose da anca do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	102
Figura 3.96	Variação da taxa de morbidade padronizada por osteoporose do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	103
Figura 3.97	Variação da taxa de morbidade padronizada por osteoporose do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	103
Figura 3.98	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021	104
Figura 3.99	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	105
Figura 3.100	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	105
Figura 3.101	Prevalência e posição relativa da taxa de morbidade padronizada do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da Região Norte por doenças mentais [A-C], no sexo masculino e feminino, 2021	106
Figura 3.102	Pirâmide etária dos inscritos do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul com diagnóstico por doenças mentais [A-C], no sexo masculino e feminino, 2021	106
Figura 3.103	Variação da taxa de morbidade padronizada por perturbações depressivas do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	108
Figura 3.104	Variação da taxa de morbidade padronizada por perturbações depressivas do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	108
Figura 3.105	Variação da taxa de morbidade padronizada por abuso crónico do álcool do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	109
Figura 3.106	Variação da taxa de morbidade padronizada por abuso crónico do álcool do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.107	Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso de drogas do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo masculino, 2013-2021	110
Figura 3.108	Variação da taxa de morbilidade padronizada por abuso de drogas do ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul no conjunto dos ACeS da sub-região, no sexo feminino, 2013-2021	110
Figura 3.109	Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade, por sexo, segundo autoapreciação da saúde oral na Região Norte, 2019	111
Figura 3.110	Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade, por autoapreciação da saúde oral na Região Norte e Portugal Continental, 2019	111
Figura 4.1	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por acidentes de transporte nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2017-2021	113
Figura 4.2	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por acidentes de transporte nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo masculino, 2017-2021	114
Figura 4.3	Taxa de mortalidade prematura padronizada quinquenal por acidentes de transporte nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, no sexo feminino, 2017-2021	114
Figura 4.4	Acidentes de viação com vítimas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021	115
Figura 4.5	Taxa de fatalidade nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021	115
Figura 4.6	Atropelamentos no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, Região Norte e Portugal Continental, 2011-2019	116
Figura 4.7	Atropelamentos por 1.000 habitantes nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2022	117
Figura 4.8	Variação de atropelamentos por 1.000 habitantes nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2018-2022	117
Figura 4.9	Taxas de crimes reportados pelas autoridades policiais segundo o tipo de crime (nível 1) no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, Região Norte e Portugal Continental, 2020-2022	118
Figura 4.10	Proporção de crimes por condução sem habilitação legal nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022	119
Figura 4.11	Proporção de crimes de alcoolemia (taxa de álcool $\geq 1,2$ g/l) nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022	119
Figura 4.12	Proporção de crimes de violência doméstica (cônjuge/análogo) nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022	120
Figura 4.13	Proporção de crimes por ofensa à integridade física de volume simples nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022	121
Figura 4.14	Proporção de crimes de ameaça e coação nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022	121
Figura 4.15	Proporção de crimes de furtos em veículos motorizados nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.16	Proporção de crimes de furtos de veículos motorizados nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022	122
Figura 4.17	Proporção de crimes de furto de residências com arrombamento, escalada ou uso de chaves falsas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022	123
Figura 4.18	Proporção de crimes de furto de edifícios comerciais ou industriais com arrombamento, escalada ou o uso de chaves falsas nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2020-2022	123
Figura 4.19	Proporção do meio de transporte principal utilizado nos movimentos pendulares no município de Penafiel, 2021	124
Figura 4.20	Proporção da população que reside e trabalha ou estuda no município de Penafiel, por freguesia, 2021	125
Figura 4.21	Duração média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021	126
Figura 4.22	Duração média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante no município de Penafiel, por freguesia, 2021	126
Figura 4.23	Proporção da população residente empregada ou estudante que utiliza automóvel ligeiro nos movimentos pendulares no município de Penafiel, por freguesia, 2021	127
Figura 4.24	Proporção da população residente empregada ou estudante que utiliza transportes públicos nos movimentos pendulares no município de Penafiel, por freguesia, 2021	128
Figura 4.25	Proporção da população residente empregada ou estudante que utiliza modos de transporte suave (a pé ou Bicicleta) nos movimentos pendulares no município de Penafiel, por freguesia, 2021	128
Figura 4.26	Resíduos urbanos geridos por tipo de destino no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, Região Norte e Portugal Continental, 2021	129
Figura 4.27	Emissão de gases para a atmosfera no município de Penafiel, segundo o tipo de poluente (kton – quilotonelada), 2019	131
Figura 4.28	Proporção de água segura nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021	132
Figura 4.29	Proporção da população residente por nível de escolaridade no município de Penafiel, por sexo, 2021	134
Figura 4.30	Proporção da população residente por nível de escolaridade no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, Região Norte e Portugal Continental, 2021	134
Figura 4.31	Taxa de analfabetismo no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021	135
Figura 4.32	Proporção de homens com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade completo, por freguesia, 2021	136
Figura 4.33	Proporção de mulheres com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade completo, por freguesia, 2021	136
Figura 4.34	Variação da proporção de homens com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade completo, por freguesia, 2011-2021	137
Figura 4.35	Variação da proporção de mulheres com mais de 15 anos sem nenhum nível de escolaridade completo, por freguesia, 2011-2021	137

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.36	Proporção de homens com pelo menos a escolaridade obrigatória (ensino secundário completo), por freguesia, 2021	138
Figura 4.37	Proporção de mulheres com pelo menos a escolaridade obrigatória (ensino secundário completo), por freguesia, 2021	138
Figura 4.38	Variação da proporção de homens com pelo menos a escolaridade obrigatória (ensino secundário completo), por freguesia, 2011-2021	139
Figura 4.39	Variação da proporção de mulheres com pelo menos a escolaridade obrigatória (ensino secundário completo), por freguesia, 2011-2021	139
Figura 4.40	Proporção de homens com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo, por freguesia, 2021	141
Figura 4.41	Proporção de mulheres com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo, por freguesia, 2021	141
Figura 4.42	Variação da proporção de homens com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo, por freguesia, 2011-2021	142
Figura 4.43	Variação da proporção de mulheres com idade entre 20 e 24 anos com pelo menos o ensino secundário completo, por freguesia, 2011-2021	142
Figura 4.44	Proporção da população residente com 21 e mais anos de idade com ensino superior concluído no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021	143
Figura 4.45	Proporção de homens com idade entre 30 e 34 anos com pelo menos o ensino superior completo, por freguesia, 2021	144
Figura 4.46	Proporção de mulheres com idade entre 30 e 34 anos com pelo menos o ensino superior completo, por freguesia, 2021	144
Figura 4.47	Variação da proporção de homens com idade entre 30 e 34 anos com pelo menos o ensino superior completo, por freguesia, 2011-2021	145
Figura 4.48	Variação da proporção de mulheres com idade entre 30 e 34 anos com pelo menos o ensino superior completo, por freguesia, 2011-2021	145
Figura 4.49	Distribuição das famílias monoparentais, por sexo, grupo etário e nível de escolaridade, 2021	147
Figura 4.50	Proporção de pais com filhos (monoparentais) com menos de 65 anos (que sustentam os filhos), por freguesia, 2021	148
Figura 4.51	Proporção de mães com filhos (monoparentais) com menos de 65 anos (que sustentam os filhos), por freguesia, 2021	148
Figura 4.52	Proporção de pais com filhos (monoparentais) com mais de 65 anos (que vivem com os filhos), por freguesia, 2021	149
Figura 4.53	Proporção de mães com filhos (monoparentais) com mais de 65 anos (que vivem com os filhos), por freguesia, 2021	149
Figura 4.54	Variação da proporção de pais com filhos (monoparentais), por freguesia, 2011-2021	150
Figura 4.55	Variação da proporção de mães com filhos (monoparentais), por freguesia, 2011-2021	150

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.56	Beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, 2022	152
Figura 4.57	Beneficiários de Ação Social Escolar (ASE) no 1º ciclo do ensino básico nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, ambos os sexos, no ano letivo 2020/2021	152
Figura 4.58	Proporção de trabalhadores(as) não qualificados(as) (CPP-9) no município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021	153
Figura 4.59	Evolução do ganho médio mensal no município de Penafiel, em ambos os sexos, 2013-2021	154
Figura 4.60	Médicos por 1.000 habitantes [A], enfermeiros por 1.000 habitantes [B] e farmacêuticos por 1.000 habitantes [C] no município de Penafiel, na Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, e em Portugal Continental, ambos os sexos, 2011-2022	155
Figura 4.61	Localização das unidades funcionais e serviços em Penafiel do ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul	156
Figura 4.62	Número de profissionais por unidade funcional e unidade de cuidados de saúde personalizados	157
Figura 4.63	Número médio de utentes e unidades ponderadas por médico de família, por unidade Funcional e unidade de cuidados de saúde personalizados	157
Figura 4.64	Proporção dos utentes inscritos por grupos etários, por unidade funcional e unidade de cuidados de saúde personalizados	158
Figura 4.65	Taxa de abstenção para as autarquias locais do município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021	163
Figura 4.66	Taxa de abstenção para as autarquias locais nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2021	164
Figura 4.67	Evolução da taxa de abstenção para as autarquias locais na população residente no município de Penafiel, 2001-2021	165
Figura 4.68	Evolução do rendimento médio anual disponível das famílias em Portugal, 2011-2021	165
Figura 4.69	Taxa de desemprego do município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2021	166
Figura 4.70	Variação da taxa de desemprego do município de Penafiel, por freguesia, ambos os sexos, 2011 e 2021	167
Figura 4.71	Taxa de desemprego de longa duração (mais de 12 meses) nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2022	167
Figura 4.72	Variação da taxa de desemprego de longa duração (mais de 12 meses) nos municípios da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa, Gondomar e Paredes, 2011 e 2022	168
Figura 4.73	Evolução da taxa de abandono precoce de educação e formação na população residente na Região Norte, 2011-2022	169
Figura 4.74	Evolução da proporção da população residente entre 15 e 34 anos que nem trabalha nem estuda na população residente na Região Norte, 2011-2020	169

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1	Principais áreas prioritárias de intervenção dos projetos/atividades identificados e frequência da execução dos projetos/atividades	171
Figura 5.2	Período em atividade do projetos/atividades	171
Figura 5.3	Proporção dos projetos/atividades por grupo etário alvo do projeto/atividade	172
Figura 5.4	Proporção dos projetos/atividades por âmbito geográfico do projeto/Atividade	172
Figura 5.5	Proporção dos projetos/atividades por número de população abrangida pelo projeto nos últimos 12 meses	173
Figura 5.6	Proporção dos projetos/atividades por número de horas de duração do projeto por sessão/momento de contacto	173
Figura 5.7	Proporção dos projetos/atividades por duração de sessões online/digital ou presencial	174
Figura 5.8	Proporção dos projetos/atividades por estratégias de divulgação do projeto/atividade	174
Figura 5.9	Proporção dos projetos/atividades por tipo de profissional de recursos humanos	175
Figura 5.10	Proporção dos projetos/atividades financiados pela câmara municipal, por tipo de financiamento	175
Figura 5.11	Proporção dos projetos/atividades com ou sem financiamento por cada área prioritária de intervenção	176
Figura 5.12	Proporção dos projetos/atividades por tipo de financiamento por cada área prioritária de intervenção	176
Figura 5.13	Proporção dos projetos/atividades por tipo de financiamento do participante	177
Figura 5.14	Proporção dos projetos/atividades por áreas de avaliação e pelo tempo desde que a última avaliação foi realizada	177

A close-up, slightly blurred photograph of a workspace. In the foreground, a silver pen lies diagonally across a stack of brown paper folders. Behind the folders, a spiral-bound notebook with a grid pattern is visible. To the right, a portion of a silver laptop keyboard is shown. The entire scene is set on a light-colored wooden surface.

08 REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte) - Observatório Regional de Saúde. (n.d.). Observatório Regional de Saúde do Norte. Disponível em: <https://www.arsnorte.min-saude.pt>

Agência Portuguesa do Ambiente (APA). (n.d.). Agência Portuguesa do Ambiente. Disponível em: <https://www.apambiente.pt>

American Cancer Society. (n.d.). Colon and Rectal Cancer Risk Factors.

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR). (n.d.). Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Disponível em: <https://www.ansr.pt>

Base Integrada de Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). (n.d.). Base Integrada de Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024, May 20). About Teen Pregnancy. Reproductive Health. <https://www.cdc.gov/reproductive-health/teen-pregnancy/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (n.d.). Hematologic cancer statistics. Disponível em: <https://www.cdc.gov/united-states-cancer-statistics/publications/hematologic-cancer.html>

CESPU - Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário. (n.d.). CESPU. Disponível em: <https://www.cespu.pt>

Conta Satélite da Economia Social (CSES). (n.d.). Conta Satélite da Economia Social. Disponível em: <https://cases.pt/contasatelitedaes/>

Direção-Geral da Política de Justiça (DGPJ). (n.d.). Direção-Geral da Política de Justiça. Disponível em: <https://dgpj.justica.gov.pt/>

Direção-Geral de Estatísticas da Educação e da Ciência (DGEEC/ME-MCTES). (n.d.). DGEEC/ME-MCTES. Disponível em: <https://www.dgeec.medu.pt/>

Direção-Geral do Território. (2013). Carta Administrativa Oficial de Portugal.

Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos. (n.d.). Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos. Disponível em: <https://www.ersar.pt>

Hespanhol, V., & Bárbara, C. (2020). Pneumonia mortality, comorbidities matter? Pulmonology, 26(3), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2019.10.003>.

Inquérito Nacional de Saúde. (n.d.). Inquérito Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/inqueritos/inquerito-nacional-de-saude/>

INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR). (n.d.). Inquérito às Condições de Vida e Rendimento. Disponível em: <https://www.ine.pt/>

INE, Inquérito ao Trabalho Voluntário. (n.d.). Inquérito ao Trabalho Voluntário. Disponível em: <https://www.ine.pt/>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (n.d.). Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: <https://www.ine.pt>

Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro. (2013). Sobre a reorganização administrativa do território das freguesias. Diário da República, 1.ª série. Disponível em: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2114&tabela=leis

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS)/Gabinete de Estudos e Planeamento (GEP). (n.d.). MTSSS/GEP. Disponível em: <https://www.gep.mtsss.gov.pt/inicio>

National Cancer Institute. (n.d.). Liver cancer: causes and risk factors. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/liver/what-is-liver-cancer/causes-risk-factors>

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). (n.d.). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://ods.pt/>

Pires, R. P., Vidigal, I., & Pereira, C. (2022). Emigração Portuguesa 2022.

PORDATA. (n.d.). PORDATA. Disponível em: <https://www.pordata.pt>

Rawla P. (2019). Epidemiology of Prostate Cancer. World journal of oncology, 10(2), 63–89. <https://doi.org/10.14740/wjon1191>

Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna (SGMAI). (n.d.). SGMAI. Disponível em: <https://www.sg.mai.gov.pt/>

Serviço Nacional de Saúde – Portal da Transparência. (n.d.). Portal da Transparência do SNS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt>

SNS 24. (n.d.). Cancro do pâncreas. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/tipos-de-cancro/cancro-do-pancreas/>

SNS 24. (n.d.). Tuberculose: o que é. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/tuberculose/#o-que-e-a-tuberculose>

van Katwijk, C., & Peeters, L. L. (1998). Clinical aspects of pregnancy after the age of 35 years: A review of the literature. Human Reproduction Update, 4(2), 185–194. <https://doi.org/10.1093/humupd/4.2.185>

World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All (1st ed). (2022). World Health Organization.

World Health Organization. (n.d.). Global Health Observatory data repository: Low birthweight estimates. Retrieved from <https://apps.who.int/gho/data/view.main.LBWWBINCOMEGROUPv?lang=en>